

Le pronostic de l'affection se déduit de toute l'histoire de cette malade; sans doute, il s'agit d'une difformité très légère, mais n'empêche que cette femme a déjà été souvent troublée dans son travail. C'est ainsi d'ailleurs que se comportent les luxations de la rotule; elles ne gênent pas par la difformité qu'elles occasionnent, mais par les troubles fonctionnels qu'elles déterminent. Ces chutes à répétition, ces hyarthroses récidivantes sont gênantes; abandonnée à elle-même, la luxation en se reproduisant, distend de plus en plus les tissus fibreux.

Plus la luxation se reproduit, et plus s'accroît le relâchement des moyens de fixité; mais plus sont faibles les moyens de fixité, plus la rotule est mobile et apte à se déplacer. C'est un cercle vicieux. Aussi est-il toujours nécessaire de faire quelque chose pour traiter ces luxations; s'il en est quelques-unes, et j'en ai vu, qui n'entraînent que peu de gêne et n'exigent aucun traitement, il en est d'autres pour lesquelles un traitement rationnel doit intervenir; celle que nous avons à soigner est de ce nombre, et bien qu'elle soit très légère, j'estime que nous devons faire quelque chose pour y remédier.

IV

Le traitement d'une luxation même spontanée, comporte en général la réduction et la contention.

Ici la réduction est simple; elle s'obtient facilement et nous n'avons qu'à nous occuper de la *contention*. Mais avant de fixer la ligne de conduite que nous devons adopter, je dois d'abord passer en revue les différents moyens de traitement qui ont jusqu'ici été appliqués à la cure de ces luxations récidivantes de la rotule.

Les *moyens orthopédiques* sont parfois suffisants; lorsque la luxation est peu gênante, lorsqu'elle se reproduit ou rarement ou difficilement, il peut suffire de mettre autour du genou un bandage approprié ou même une genouillère élastique qui maintient la rotule en place. J'en ai eu de bons résultats dans quelques cas, une fois entre autres, sur une fillette de neuf ans, que j'ai vue l'année dernière à Saint-Louis; chez elle, la luxation se reproduisait de temps en temps dans les mouvements de flexion; les ligaments n'étaient que peu relâchés; l'enfant tombait quelquefois, mais cela n'arrivait pas souvent. Cette enfant allait et venait, jouait et courait avec ses camarades. Les muscles étaient à peine atrophiés. Je fis porter une bonne genouillère élastique

bien serrée; l'enfant s'en trouva bien. Je n'oserais affirmer que ce moyen l'aura pour toujours mise à l'abri d'une nouvelle luxation; mais d'une façon transitoire au moins, la genouillère maintient, protège et fixe la rotule.

Ce n'est là, j'en conviens, qu'un moyen bien palliatif, et qui ne peut convenir à la plupart des cas. Chez notre malade, ces moyens ont été utilisés sans résultat; il est donc absolument nécessaire de faire plus et mieux, et c'est à une opération que nous devons donner la préférence.

Les opérations qui ont été tentées contre les luxations récidivantes de la rotule, sont de deux ordres; les unes s'adressent aux altérations des condyles et se proposent de modifier leurs rapports avec la rotule ce sont les *opérations osseuses*; les autres s'adressent plutôt aux ligaments, qu'elles se proposent de reconstituer, de consolider, ce sont des *opérations capsulaires*.

1° Les *opérations osseuses* sont comprises de deux façons: pour maintenir la rotule en place, on peut en effet ou augmenter la saillie du condyle externe, de manière à créer là un mur, une barrière qui s'oppose à la projection de la rotule en dehors, ou bien on peut aussi creuser dans le condyle interne une loge, une dépression où la rotule sera très à l'aise et d'où elle aura moins de tendance à s'échapper.

La première de ces opérations a été imaginée par Thomas et mise en pratique par Ridlon, en 1892. Pour augmenter la saillie du condyle externe en avant, ce chirurgien pratiqua le martellement du condyle externe du fémur; il utilisa cette méthode pour trois malades chez lesquels la cause de la luxation semblait surtout résider dans l'effacement du condyle externe. Grâce à ce martellement, il aurait obtenu l'hypertrophie désirée du condyle externe du fémur, et dans deux cas au moins la luxation ne se reproduisit pas. Le troisième malade était encore en traitement à l'époque où Ridlon communiquait sa méthode à l'Académie de New-York, et depuis lors, on n'a plus entendu parler ni de la méthode ni de ses résultats. Je suppose que les résultats éloignés n'ont pas répondu à ce qu'on en attendait.

La seconde opération, l'*évidement du condyle interne*, a été réalisée plusieurs fois en France. En 1888, Ollier¹, après avoir ouvert l'articulation pratiqua l'évidement de la partie inférieure du fémur, dans un cas où la luxation de la rotule s'était développée sur un fémur atteint d'ostéite. Il obtint un succès complet et durable.

1. Ollier. *Lyon médical*, 30 septembre 1888.

La même année, M. Lucas-Championnière¹ communiquait au Congrès de chirurgie le résultat également heureux d'une opération semblable. Après avoir ouvert l'articulation en dedans, il creusa dans le condyle interne une grande cavité dans laquelle la rotule fut réintégrée. Les tissus fibreux périarticulaires furent soigneusement suturés et un drain fut seulement laissé dans l'articulation. Dix jours après, on commençait à mobiliser le genou, et le résultat immédiat, le seul dont il eut été fait mention, était excellent.

Je n'aurai recours à aucun de ces procédés et je repousse absolument pour le cas particulier que j'ai à traiter les interventions sur les os. Remarquez en effet que la rotule est habituellement à sa place ici, la luxation n'est qu'un accident, intermittent, rare, même exceptionnel. Si la rotule se maintient ainsi, c'est que les os sont conformés d'une façon normale; l'examen du genou d'ailleurs me l'a démontré, et dès lors en opérant sur les os, je croirais dépasser le but sans avoir la certitude d'obtenir un meilleur résultat. Autant je comprendrais l'évidement du fémur pour une luxation habituelle de la rotule, avec altérations osseuses évidentes, autant ces opérations sur le fémur me paraissent ici illégitimes et inutiles.

Au contraire, en m'adressant aux tissus fibreux péri-articulaires, en cherchant à modifier la laxité des ligaments internes de la rotule, j'ai le droit d'espérer que je maintiendrai la rotule dans sa situation normale et que je préviendrai la récurrence de la luxation. Je donne donc ici la préférence aux *procédés capsulaires*.

Plusieurs opérations ont été déjà tentées dans cet ordre d'idées.

Roux (de Lausanne) fut un des premiers à agir sur la capsule².

Son opération date de 1888, elle n'est pas d'ailleurs exclusivement capsulaire, elle est à la fois capsulaire et osseuse. Elle consista en effet à libérer la rotule en dehors, à suturer en dedans une déchirure capsulaire et enfin à déplacer le tendon rotulien, en transplantant la tubérosité tibiale antérieure à laquelle il s'insère sur la face interne du tibia. Le résultat fut parfait. Pollard³ en 1891, obtint également un très beau succès, en suturant après résection la partie interne de la capsule. C'est à peu de chose près le même procédé que recommande Ménard⁴ (de Berck); il propose en effet de faire du côté

1. Lucas-Championnière. *Troisième Congrès français de Chirurgie*. Paris, Alcan, 1888, p. 643.

2. Roux. *Rev. de Chirurg.*, 1888, p. 682.

3. Pollard. *The Lancet*, 30 mai 1891, p. 1203.

4. Ménard. *Revue d'Orthopédie*, 1893, p. 114.

externe une incision profonde pour libérer la rotule, et du côté interne une autre incision pour mettre à nu l'aileron rotulien interne, pour le réséquer en partie et en suturer les restes de telle façon qu'ils maintiennent la rotule dans une situation absolument fixe. Ce procédé a été aussi pratiqué avec succès par mon collègue, M. Brun¹, pour une luxation traumatique ancienne datant de quatre ans et demi. Perkins² et Bajadi³ l'ont aussi utilisé à l'étranger avec un égal succès.

Vous remarquerez que dans tous ces procédés, il est fait usage de deux incisions; l'une est externe, elle est purement libératrice, elle permet de libérer la rotule, qui dans les luxations habituelles peut être fixée par des rétractions fibreuses serrées. L'autre est interne, elle permet de suturer la capsule déchirée, ou de la réséquer si elle est trop lâche, et de ce côté la restauration porte ou sur la capsule en totalité, ou sur le ligament rotulien, ou encore sur la rotule elle-même comme dans un cas de Broca⁴. Celui-ci en effet fixa directement la rotule au ligament latéral interne de l'articulation à l'aide de fils de catgut, et ceux-ci ayant lâché, il les remplaça plus tard par de gros fils de soie.

Je me contenterai ici d'une opération purement capsulaire: c'est-à-dire que sans toucher à la rotule elle-même, je chercherai à la maintenir en diminuant seulement l'amplitude de la capsule dans sa partie interne. Je ne croirais pas faire assez en agissant seulement sur l'aileron rotulien interne, car je pense que tous les tissus fibreux qui doivent maintenir la rotule en dedans, sont relâchés: j'agirai donc en bloc sur toute l'épaisseur de la capsule. Et je n'ai le choix qu'entre la résection ou le plissement: la résection suppose l'ouverture de l'articulation; je ne la crains pas; mais elle est inutile. Et mon maître Le Dentu a préconisé un procédé de *plissement capsulaire* sans résection fibreuse, sans ouverture de l'articulation qui me semble trouver ici une de ses meilleures indications.

Ce procédé est décrit longuement dans la thèse de Bereaux⁵: voici en quoi il consiste. Après incision verticale de la peau, à la face interne du genou, on fait sur la capsule mise à nu, un pli vertical, qu'on fixe avec deux pinces (fig. 16). A la base de ce pli, on passe une série de fils de catgut, de manière à le fixer. Et ainsi rétrécie,

1. Ricoulléau. *Luxations congénitales de la rotule*. Thèse de Paris, 1901, p. 72.

2. Perkins. *Annals of Surgery*, 1893.

3. Bajadi. *Archivio di ortopedia*, 1894.

4. Ricoulléau. *Loc. cit.*, p. 77.

5. Bereaux. Thèse de Paris, 1894.

plissée, la capsule devient très apte à maintenir la rotule : le résultat fut très bon et se maintenait encore lorsque la malade fut revue deux ans après.

C'est à ce procédé que j'aurai recours, la malade sera anesthésiée avec la rachicocainisation, et pendant l'opération, je m'assurerai que la correction est bonne, je demanderai à la malade de luxer sa rotule, comme elle le fait d'habitude; et si ce même mouvement est incapable après le plissement capsulaire de reproduire sa luxa-

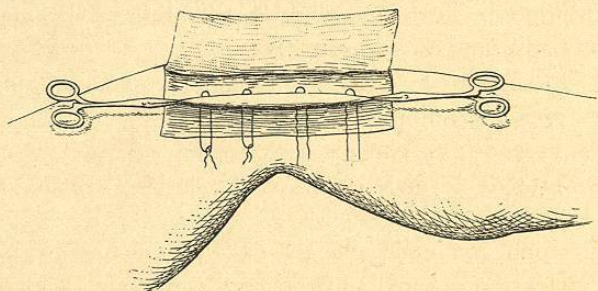



Fig. 16. — Plissement capsulaire sur la face interne du genou pour fixer la rotule.

tion, j'en conclurai que ma correction est suffisante. C'est un des avantages de l'anesthésie lombaire de laisser intacte la conscience du malade; ici, nous aurons à en profiter d'une manière toute spéciale, et je tiens à le souligner en passant.

Opération. Résultat immédiat. — L'opération fut pratiquée séance tenante, le 17 mai 1901. Opérateur, M. Legueu. Aide, M. Braillon, interne.

La malade reçoit dans le troisième espace intervertébral lombaire 2 centigrammes de la solution de cocaïne à 1 p. 100. Elle est très agitée, inquiète; pour la calmer, je lui fais respirer quelques gouttes de chloroforme en lui persuadant qu'elle sera endormie, et tout de suite, je puis commencer l'opération.

Sur la face interne du genou gauche, je fais une incision, qui me permet de tracer un lambeau en . Celui-ci est disséqué par sa face profonde, et relevé sur la face antérieure du genou (fig. 16).

Ainsi, la partie interne de l'articulation se trouve absolument à découvert.

A l'aide de deux pinces à forcipressure, je saisis sur cette capsule un fort pli, que je soulève en l'attirant en dedans, et dont les

pinces de Kocher, de leurs griffes pénétrantes, marquent bien la base. Je sens que ce pli maintient la rotule en bonne situation. Je fixe le pli par quatre points de fil de lin passés au capiton comme l'indique la figure. Ces points sont passés profondément, pénètrent même certainement dans l'articulation, et adossent solidement à eux-mêmes les deux replis dont est formé le soulèvement de la capsule. Lorsqu'ils sont placés, je m'assure que la rotule est solidement fixée. Je prie la malade d'exécuter le mouvement d'extension en flexion qui d'habitude produisait sa luxation. Elle ne peut parvenir à reproduire le déplacement de la rotule: j'en conclus que le plissement capsulaire est suffisant.

La peau est suturée au crin de Florence, et un pansement sec aseptique est appliqué autour du genou. La jambe et le genou sont placés dans une gouttière plâtrée en extension.

Dix jours après, le 27 mai, les fils sont enlevés, la plaie est réunie, la jambe est sortie de l'appareil.

Vers le 1^{er} juin, on commence à exécuter des mouvements de flexion et d'extension. La malade retrouve peu à peu la mobilité de son genou, et elle peut quitter l'hôpital le 15 juin.

A ce moment, elle marchait sans difficulté. La rotule se maintenait à sa place, et lorsque la malade s'efforçait sur notre conseil de luxer sa rotule, elle n'y pouvait parvenir.

Il semblait donc que la correction déterminée par l'opération était suffisante.

Revue une première fois à la fin de juin, cette malade marche convenablement: la rotule est solide, bien fixée, sans contrainte. Les chutes ne se sont pas reproduites, la luxation n'a pas récidivé.