

étroit et d'aller avec cet instrument inciser la synoviale sur le corps étranger préalablement fixé. Ceci fait, on essaye de chasser le corps de l'articulation et de le faire passer dans le tissu cellulaire ou les muscles voisins. La petite plaie est alors hermétiquement close, plus tard, quand les plaies cutanées et articulaires sont guéries, on va à la recherche de l'arthrophyte.

Ce procédé est d'une exécution fort délicate. La plupart des chirurgiens ont rencontré des difficultés très grandes à faire sortir le corps étranger à travers l'incision de la synoviale, plusieurs même ont dû y renoncer. Des accidents de ce genre sont arrivés à VELPEAU, BONNET, DENONVILLIERS, GOSSELIN, BARELL, TILLAUX, VERNEUIL, GAUJOT, etc. De plus, la méthode ne met pas à l'abri de l'inflammation de la séreuse, du phlegmon diffus, de la suppuration prolongée. En dépouillant les statistiques de H. LARREY, de BARWELL à Londres, de BENDORFF à Leipzig on arrive à réunir cent (100) cas environ, qui donnent 28,4 p. 100 d'insuccès et 8,4 p. 100 de mort, soit trente-sept résultats nuls ou funestes sur cent opérations, moyenne très peu satisfaisante. Reste l'incision à ciel ouvert.

b. *Incision à ciel ouvert, avec la méthode antiseptique.* — Sur cinquante opérations environ, faites en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, il y a eu à peine trois morts, soit 6 p. 100. Les résultats ont été généralement des plus satisfaisants, la plupart des malades ont récupéré la totalité de leurs mouvements. Il est même nécessaire d'ajouter que ce chiffre de 6 p. 100 de mortalité diminuera fatalement, car les trois cas malheureux de BÆCKEL, SAXTORPH et PAQUET, sont dus à des infractions aux règles de la méthode de Lister. Aussi, plus encore peut-être que dans les autres circonstances, faut-il avoir soin dans la taille articulaire de ne négliger aucune précaution, la moindre faute pouvant entraîner la mort du malade.

Avant tout, le membre aura été immobilisé dans une gouttière plâtrée, on lui aura donné le temps de s'habituer à son nouveau domicile; ensuite la région nettoyée, rasée, lavée avec soin, toutes les précautions étant prises très exactement, un aide fixe le corps étranger puis à son niveau l'opérateur incise les parties molles couche par couche, sous le spray. Il arrive ainsi jusqu'à la capsule, celle-ci ne doit être débridée que si la plaie est parfaitement exsangue; le chirurgien aura donc soin de lier ou tordre tous les vaisseaux et de s'assurer qu'il ne se fait plus d'écoulement. Alors seulement la capsule sera ouverte par une incision juste assez large pour laisser passer le corps étranger. L'arthrophyte enlevé, si l'on soupçonnait l'existence de quelque corps pédiculé, il faudrait explorer l'articulation avec l'index trempé au préalable dans la solution antiseptique forte. Rien ne s'opposerait à l'extraction de ces corps en ayant soin de lier leur pédicule au catgut.

L'opération terminée, la plaie parfaitement exsangue, on suture très exactement la synoviale, ensuite la plaie cutanée; tout drain est inutile (PONCET); la surface articulaire sera recouverte de plusieurs doubles de gaze phéniquée par-dessus lesquels on exercera une légère compression avec de l'ouate et des bandes antiseptiques. Les suites de l'opération sont d'ordinaire on ne peut plus simples. L'immobilisation maintenue pendant quelques semaines assure la guérison totale.

CHAPITRE IV

VICES DE CONFORMATION ET TROUBLES FONCTIONNELS
DES ARTICULATIONS§ 1^{er}. — Vices de conformation des articulations1^o DIFFORMITÉS CONGÉNITALES DES ARTICULATIONS

Bibliographie. — HIPPOCRATE, trad. LITTRÉ, t. IV, p. 225. — A. PARÉ, édit. MALGAIGNE, t. II, p. 350. — PALETTA, *Adversaria Chirurg. Medolan.*, 1788. — DUPUYTREN, *Leçons de clinique chirurg.*, t. III, 1832. — BRESCHET, *Gaz. méd. de Paris*, 1834. — J. GUÉRIN, *Recherches sur les luxations congénitales*, Paris, 1841. — PRAVAZ, *Traité théorique et pratique des luxations congénitales du fémur*, Lyon, 1847. — VERNEUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1852. — BOUVIER, *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur*, Paris, 1858. — W. ROSER, *Die Lehre v. d. spontan. Lux.*, in *Archiv d. Heilkunde*, Bd. V, s. 542, Leipzig, 1864. — BORSIER, art. DIFFORMITÉ ARTIC., in *Dict. encycl.*, 1869 (Bibliogr.). — HUETER, *Klinik der Gelenkrank.*, 2^e édition, Leipzig, 1877. — DOLLINGER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1877. — GRAWITZ, *Virchow's Archiv*, Bd. LXXIV, 1878. — KIRMISSON, *Revue mensuelle de méd. et chir.*, 1878. — KRÖNLEIN, *Die Lehre von Lux.*, in *Deutsche Chirurgie* de BILLROTH et LUECKE, 1882 (Bibliogr.). — HAMILTON, trad. POINSOT, 1884. Thèses de Paris. — 1828, CAILLARD-BILLIONNIÈRE. — 1834, LEHOUX. — 1841, SANSON (Concours). — 1842, PARISE.

Les vices de conformation congénitaux des articulations comprennent les ankyloses, les déviations et luxations congénitales.

Les déviations congénitales constituent des types nettement caractérisés; elles intéressent particulièrement la colonne vertébrale, les os du tarse et du carpe; leur étude trouvera mieux sa place lorsque nous décrirons les affections de ces différentes régions.

Les ankyloses congénitales, véritables curiosités pathologiques, résultent d'un arrêt de développement et s'accompagnent fréquemment d'autres anomalies. Leurs symptômes ne diffèrent en rien de ceux des ankyloses acquises et le même traitement leur serait applicable; malheureusement les vices de conformation concomitants rendent souvent inutile toute intervention.

A. — LUXATIONS CONGÉNITALES

Historique. — Les luxations congénitales ont été mentionnées d'une manière fort nette par Hippocrate qui les nommait *Luxations de naissance*.

AVICENNE, PARÉ, J.-L. PETIT, PALETTA rapportent quelques faits de ce genre. DUPUYTREN, en 1826, présente à l'Académie des sciences un mémoire sur la boiterie résultant du déplacement congénital de l'os de la cuisse; à partir de cette époque, le sujet qui nous occupe a été l'objet de nombreuses recherches, parmi lesquelles il convient de citer les travaux de BOUVIER, J. GUÉRIN, SÉDILLOT, PARISE, SMITH, KRÖNLEIN.

Étiologie. — Plusieurs théories ont été mises en avant pour expliquer le mode de formation de ces luxations. HAMILTON les a classées en trois groupes.

1° *Doctrines physiologiques.* — Les luxations congénitales sont dues à une altération primitive du germe ou à un arrêt de développement (PALETTA, DUPUYTREN, DOLLINGER, GRAWITZ).

2° *Doctrines pathologiques.* — Le déplacement résulterait ici de causes multiples. Lésion des centres nerveux (BRESCHET, DELPECH). Contraction ou paralysie de certains groupes musculaires (CHAUSSIER, GUÉRIN, VERNEUIL, KRIMISSON). États pathologiques divers de l'articulation, laxité des ligaments, existence d'une hydarthrose (SÉDILLOT, MALGAIGNE).

3° *Doctrines mécaniques.* — Dans ce groupe nous retrouvons les causes diverses invoquées à propos de toutes les malformations congénitales : Contractions violentes de l'utérus, chutes ou coups sur l'abdomen de la mère, manœuvres imprudentes pendant l'accouchement, etc.

L'hérédité semble jouer un rôle incontestable dans l'étiologie de ces luxations. DUPUYTREN, BOUVIER, STROMEYER, KRÖNLEIN ont rapporté des faits très remarquables en ce genre. Enfin les luxations congénitales s'accompagnent très souvent d'autres malformations (pieds bots, mains botes, etc.).

Fréquence. — C'est à l'épaule et surtout à la hanche que les luxations congénitales ont été rencontrées de préférence. Puis viennent par ordre de fréquence l'articulation radio-cubitale supérieure et celle du genou.

Le déplacement porte sur un seul ou sur les deux membres, les luxations unilatérales paraissent toutefois plus communes; en effet sur deux cent soixante-quatorze (274) cas de luxation congénitale de la hanche, KRÖNLEIN trouve cent soixante-trois (163) luxations unilatérales et cent onze (111) luxations bilatérales, soit 60 p. 100 dans un cas et 40 p. 100 dans l'autre. Sur ces deux cent soixante-quatorze luxations, deux cent trente-neuf (239), soit 87,6 p. 100 du chiffre total, ont été observées sur des sujets du sexe masculin et 35 seulement, c'est-à-dire 12, 4 p. 100, sur des sujets du sexe féminin.

Anatomie pathologique. — Au moment de la naissance, les surfaces osseuses imparfaitement développées paraissent comme atrophiées. Quelquefois elles manquent complètement ou bien on trouve au lieu d'une tête osseuse normalement conformée une saillie irrégulière sans cartilage ni fibro-cartilage. Les ligaments font parfois absolument défaut, en d'autres circonstances ils sont allongés, relâchés. Ces dernières altérations vont en s'accroissant de plus en plus, les cavités de réception se combleront totalement, les têtes et condyles disparaissent.

Parmi les muscles qui entourent l'articulation malade, les uns se développent d'une manière exagérée, les autres subissent une atrophie partielle ou totale.

Rarement on voit s'établir ce travail pathologique qui, dans les luxations non réduites, détermine la formation d'une néarthrose; la nouvelle cavité peut être tapissée par un véritable périoste et une membrane synoviale, mais en maintes circonstances il n'existe aucun tissu à sa surface; elle offre la dureté et le poli de l'ivoire.

Les membres ou segments de membres situés au-dessous de la luxation sont frappés d'un arrêt de développement notable, susceptible, au membre inférieur, d'entraîner des différences de longueur allant jusqu'à 10 centimètres.

Symptômes. Traitement. — Les luxations congénitales ont des symptômes absolument semblables à ceux des luxations traumatiques; nous ne saurions en présenter un tableau d'ensemble, leur étude sera faite à propos des malformations de chaque articulation.

Il n'est pas rare de les voir méconnues pendant les premiers temps de l'existence; plus tard les déformations qu'elles entraînent attirent fatalement l'attention.

La réduction de ces déplacements, commode dans le cours des premiers mois qui suivent la naissance, devient de plus en plus difficile à mesure que l'enfant avance en âge. La contention nécessite toujours les plus grandes précautions; dans la majorité des cas, il est presque impossible de l'obtenir; toutefois un traitement rationnel amènera sûrement une amélioration notable dans l'état du membre.

2° DIFFORMITÉS ACQUISES. — LUXATIONS PATHOLOGIQUES

Bibliographie. — DESAULT, *Oeuvres chirurg.*, Mém. sur les luxations spontanées du fémur par BICHAT, 1798. — CRUVEILHIER, *Traité d'anat. path.*, 1849. — BONNET, *Maladies des articulations*, 1845. — PARISE, *Arch. gén. de méd.*, 1842. — MALGAIGNE, *Traité des fractures et luxations*, t. II, 1855. — LANGENBECK, *Deutsche Klin.*, 1864. — ROSE, *Die Lehre von den spont. Lux.*, in *Arch. d. Heilk.*, Bd. V, 1864. — VOLKMANN, *Spontane Luxat.*, in *Handbuch der Allg. u. Spec. Chir. de PITHA et BILLROTH*, 1865 (Bibliogr.). — SÉDILLOT et GROSS, art. LUXATION SYMPT., in *Dict. des sciences méd.*, 1869 (Bibliogr.). — P. GUTTERBOCK, *Arch. f. klin. Chir.*, 1874. — VALETTE, art. LUXATION SYMPT., in *Nouveau dict. de méd. et chir. prat.*, 1875 (Bibliogr.). — CHARCOT, *Maladies du système nerveux.* — KRÖNLEIN, *Spontane Luxat.*, in *Deutsche Chir. de BILLROTH et LUECKE*, Lief. 26, 1882.

Les luxations pathologiques appelées encore *spontanées, morbides, secondaires, symptomatiques, consécutives, graduelles*, ont été définies par MALGAIGNE « des luxations préparées ou favorisées par un état morbide, de sorte que les liens articulaires sont relâchés par avance et qu'il suffit le plus souvent des moindres efforts pour déterminer le déplacement ».

Historique. — Les luxations pathologiques ont été décrites pour la première fois par BONNET (*Traité des mal. artic.*, t. II, p. 121), MALGAIGNE en a fait après lui, une étude sérieuse et approfondie à laquelle bien peu de choses ont été ajoutées.

Étiologie. — BONNET a montré que deux ordres de causes présidaient à la formation des luxations pathologiques : 1° une altération des moyens d'union ou des surfaces articulaires (cause prédisposante) ; 2° un effort extérieur tendant à changer les rapports des os (cause efficiente).

Relativement aux causes prédisposantes VOLKMANN a divisé ces luxations en trois classes : luxations par relâchement, par déformation des extrémités osseuses, enfin par destruction de ces mêmes extrémités.

Le relâchement des ligaments, habituellement de nature pathologique, reconnaît pour origine les synovites et arthrites de toute nature, en particulier l'hydarthrose aiguë ou chronique. Dans une observation relatée par ASTLEY COOPER, la distension des ligaments était manifestement consécutive à un traumatisme. Il s'agit d'un officier de la marine anglaise qui avait eu pendant une heure le bras fixé à une vergue, de manière que les pieds avaient peine à toucher le pont du navire ; les ligaments furent tellement distendus que plus tard il se luxait le bras rien qu'en l'élevant sur l'épaule. MOLINETTI a vu un fait analogue dans lequel la luxation avait été produite par le poids d'un spina ventosa de l'humérus. Ces cas sont absolument exceptionnels.

Lorsque les lésions précédentes remontent à une période un peu ancienne, il existe des altérations graves du côté des os ; nous avons déjà insisté sur ce sujet à propos de l'arthrite tuberculeuse.

Enfin nous rappelons que les lésions des nerfs et des centres nerveux réagissent sur les articulations. Les luxations consécutives aux altérations osseuses de l'ataxie et de l'arthrite déformante sont aujourd'hui bien connues grâce aux travaux de CHARCOT et de ses élèves. Les luxations consécutives à l'altération des têtes osseuses sont de beaucoup les plus fréquentes et, en raison de la lenteur avec laquelle elles se produisent, méritent bien le nom de *spontanées* ou *insensibles*.

Parmi les luxations pathologiques il convient de citer les déplacements consécutifs à des tumeurs volumineuses qui repoussent les têtes articulaires ; plus la tumeur est dure, plus les chances de luxation deviennent grandes ; aussi les exostoses occupent-elles une place spéciale. Nous avons représenté (p. 848, fig. 143) une pièce où l'on peut voir le péroné luxé par une exostose qui en s'appuyant sur le tibia, repoussait son point d'implantation en dehors. D'autres fois on a vu la tête du fémur luxée par un kyste hydatique du bassin.

Les causes déterminantes de ces déplacements sont très variables ; c'est parfois un traumatisme des plus légers, plus souvent la contracture ou la paralysie d'un groupe musculaire. Cette dernière agit en rendant prépondérante l'action des antagonistes.

Anatomie pathologique. — Les luxations pathologiques sont complètes ou incomplètes, ce dernier cas semble de beaucoup le plus fréquent. Quelquefois le déplacement, à peine marqué, se réduit à une simple subluxation, même à une déviation. Contrairement à l'opinion de CRUVEILHIER et MALGAIGNE, VOLKMANN pense que la production des néarthroses est rare en semblable occurrence. On observe toujours une atrophie manifeste du membre consécutive à la lésion articulaire, mais nullement en rapport avec la luxation. Dans certaines circonstances, pour la coxalgie par exemple, la production d'une luxation

pathologique est loin d'avoir une influence fâcheuse sur la marche du mal ; aussi CH. BELL et ROSER conseillèrent-ils de ne pas s'opposer au déplacement.

Symptômes. — Les signes présentés par les luxations traumatiques varient considérablement suivant la cause qui leur a donné naissance. La luxation s'est-elle produite rapidement dans le cours d'une hydarthrose, les symptômes du déplacement proprement dit diffèrent peu de ceux présentés par les luxations traumatiques. Si, au contraire, elle se montre consécutivement à une arthrite chronique ou à une arthrite tuberculeuse, il est bien difficile de se prononcer sur les rapports qu'affectent entre elles les surfaces articulaires ; généralement, en effet, elles sont déformées ou englobées au milieu de tissus de nouvelle formation. La mobilité anormale constitue en maintes circonstances le seul symptôme appréciable, les mouvements provoqués ont une étendue plus grande que dans le cas de luxation traumatique.

Diagnostic. Pronostic. — D'après ce que nous venons de voir, le diagnostic de ces luxations n'offre aucune difficulté lorsqu'elles sont arrivées à un certain degré ; il n'en est pas de même pendant les premiers temps, alors qu'il existe une simple déviation, même une subluxation.

Le pronostic est entièrement subordonné à celui de la lésion articulaire qui a déterminé le déplacement ; la luxation, en effet, n'est que secondaire.

Traitement. — Le traitement doit s'adresser : 1° à la lésion articulaire cause de la luxation ; 2° au déplacement lui-même. Nous n'avons pas à revenir sur la thérapeutique de la lésion articulaire primitive. Le traitement que l'on dirigera contre la luxation variera totalement suivant les circonstances.

Dans les cas simples, lorsque le déplacement est dû à un relâchement des ligaments, il faut remettre les surfaces articulaires dans leur position normale et les maintenir à l'aide d'un appareil orthopédique. L'intervention n'est pas facile quand des déformations osseuses se sont produites ; par l'extension prolongée ou en s'aidant d'appareils orthopédiques convenables, on arrive parfois à mettre les surfaces articulaires à leur place, mais la luxation se reproduit dès que cesse l'action de ces moyens.

En semblable occurrence, il est bon de se rappeler que l'ankylose dans une bonne position constitue une terminaison des plus heureuses ; aussi le chirurgien doit-il faire tous ses efforts pour arriver à ce résultat.

Si la réduction était manifestement impossible, la résection des surfaces articulaires pourrait se trouver indiquée.

§ 2. — Atrophies musculaires consécutives aux lésions articulaires

Bibliographie. — ROUX, *Annales de la chirurgie*, Paris, 1845, t. XV. — BONNET, *Maladies des articulations*, t. 1^{er}, p. 217. — LE FORT, *Soc. de chir.*, 1872 et 1876. — ENGEL, *Wien. med. Wochens.*, 1872. — REYHER, *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1872. — PAGET, *Leçons de clin. chir.*, 1877, p. 287. — HAYEM, *Anat. path. des atrophies*, etc., in-4°, 1877. — GUYON et FERRÉ, *Progrès*, 1881. — CHARCOT et FERRÉ, *Progrès méd.*, 1882.