

gle dans le sens de la flexion ; cet angle peut être fixe, et l'articulation est immobile ; ou bien cet angle est variable, et l'articulation peut faire quelques mouvements limités (ankylose dans la flexion et contractures).

2. Ceux dans lesquels la jambe forme ou peut former avec la cuisse un angle d'hyperextension (*genu recurvatum*, ankylosé ou accompagné de mobilité).

3. Ceux dans lesquels la jambe est dans l'abduction ou flexion latérale (*genu valgum*).

4. Ceux dans lesquels la jambe est dans l'adduction ou flexion interne (*genu varum*).

Ankylose en flexion. — Nous faisons abstraction ici des déviations paralytiques pour ne songer qu'aux déviations d'origine inflammatoire. Elles sont variées dans leurs détails. Après les formes les plus légères d'inflammation, il reste une contracture simple dans la flexion, qui peut être guérie de façon à ce que les mouvements articulaires ne soient aucunement gênés. Dans les formes prolongées d'inflammation purement exsudative, il arrive quand la flexion persiste un certain temps qu'il s'y joigne une parésie du quadriceps, qui peut disparaître sous l'influence d'un traitement électrique. Dans les processus suppuratifs d'origine traumatique qui ont guéri chez des sujets jeunes et vigoureux, il reste souvent une ankylose complète avec soudure osseuse.

Les dispositions anatomiques consécutives aux *arthrites fongueuses* chez les enfants sont des plus variables. Cette variation tient tout d'abord à ce que l'arthrite a été suppurée ou non. Dans le premier cas, on trouve, aux points où l'os a été perforé ou bien où il y a eu élimination de séquestres, du tissu cicatriciel plus ou moins adhérent à l'os, et quand ces masses de tissu cicatriciel se trouvent du côté de la flexion, elles forment par elles-mêmes un obstacle extra-articulaire au mouvement d'extension ; quand l'articulation n'a pas suppuré, on trouve les extrémités articulaires réunies par du tissu conjonctif (synéchies) purement intra-articulaire. De plus la position de la jambe est aussi variable. Rarement elle est en flexion pure ; le plus souvent, il existe en même temps une rotation en dehors ; dans bien des cas il existe en même temps de l'abduction ou de l'adduction. Il y a déjà 20 ans que Dittel a attribué la rotation au poids du membre, principalement du pied qui, lorsque l'articulation est fléchie, tombe sur son bord externe en faisant faire au tibia un mouvement de rotation.

Dans le cours d'arthrites destructives, il arrive parfois que les surfaces articulaires se déplacent ; on a coutume de désigner ce déplacement sous le nom de *subluxations inflammatoires*. On peut en distin-

guer deux formes : le tibia se déplace en dehors ou en arrière. Dans les deux cas une rotation en dehors peut coexister. Selon que l'une ou l'autre de ces attitudes prédomine, on se trouve en présence des nuances les plus variées. D'après leur nature, ces luxations sont tantôt des luxations par distension, tantôt des luxations par destruction.

Bonnet expliquait ces déplacements d'après la position que le malade occupait dans son lit, s'appuyant pour cela sur les rapports constants qui existent entre l'attitude du malade et la forme de déplacement. Il distingue 3 attitudes distinctes : 1° Le décubitus dorsal avec les jambes étendues, position du début de la maladie ; 2° Le malade repose sur le côté sain ; la jambe malade repose sur la jambe saine ; 3° Le malade repose sur le côté de la lésion. C'est dans cette troisième attitude que se produit la subluxation. Le patient repose plutôt sur le côté malade et appuie son membre, fléchi au niveau du genou, sur la région postéro-externe du pied, ce qui met le tibia dans la rotation. Si alors les ligaments se relâchent, le tibia qui n'est plus soutenu tombe en dehors et en arrière. Le tibia est en outre bien plutôt porté du côté de l'abduction que du côté de l'adduction ; Bonnet explique ce fait par la convergence des fémurs en dedans et la disposition de leurs surfaces articulaires, c'est-à-dire par l'abaissement plus grand des condyles internes. Certains auteurs ont voulu faire intervenir l'action des muscles dans la luxation.

Sonnenburg fait observer que la subluxation en arrière peut n'être qu'apparente parce que, au point où la diaphyse du tibia s'unit à son épiphyse supérieure, il existe un angle ouvert en avant. Il est certain que divers facteurs s'ajoutent à la subluxation, et dans ce sens Sonnenburg a raison ; cependant il est hors de doute qu'il existe de vraies luxations en arrière par distension avec intégrité des cartilages.

TRAITEMENT. — Le traitement peut se proposer deux résultats différents selon le cas ; ou bien il se propose d'augmenter l'étendue des mouvements qui sont limités, ou bien d'obtenir une ankylose dans une position plus favorable. Le premier résultat ne peut être obtenu que dans certains cas consécutifs à une inflammation légère de l'articulation ou de son entourage ; le membre peut dans ces cas exécuter des mouvements actifs et passifs, mais ces mouvements sont limités, et tout mouvement extrême est impossible. Si alors on prescrit des massages, des bains chauds, des mouvements actifs et passifs, si l'on électrise les muscles, on rend au membre sa mobilité normale. Mais à la suite des arthrites chroniques chez les enfants (ostéite épiphysaire, tumeur blanche) la mobilité normale ne peut plus être espérée, il faut alors obtenir une ankylose du membre dans l'extension, que ce mem-