

L'ostéotomie cunéiforme du radius ou du cubitus a été employée par Sayre, Romano, Thompson.

Romano fit sur le cubitus, le radius étant absent, une ostéotomie cunéiforme à base interne et suture osseuse consécutive pour conserver la réduction (fig. 319).

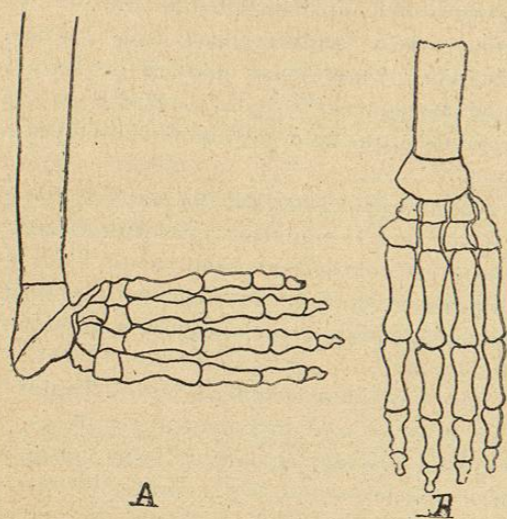


Fig. 319. — A, ostéotomie pour main bote ; B, main redressée (Romano).

Arthroplasties. —

Dans un cas de main bote vara avec absence du radius, Sayre sépara le cubitus des ligaments qui l'unissaient au carpe ; comme les tendons fléchisseurs étaient très courts, il enleva le grand os et l'os crochu, et la pointe de l'apophyse styloïde cubitale ; il plaça dès lors l'extrémité cubi-

tale dans le carpe excavé. La main fut immobilisée pendant trois semaines. Le résultat fonctionnel fut bon. Mac Curdy, dans un cas

de main bote avec absence du radius, sectionna le cubitus en bas et il sutura l'extrémité inférieure du fragment supérieur avec le semi-lunaire (fig. 320). Cela permit de redresser à peu près la main (1).

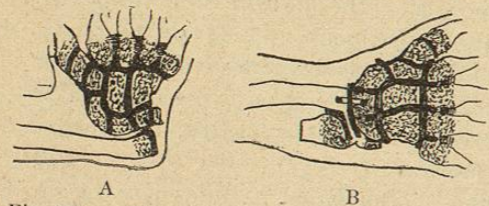


Fig. 320. — Main bote par absence du radius. — A, avant l'opération ; B, après ostéotomie et suture cubito-semi-lunaire (Mac Curdy).

Bardenheuer, chez son petit malade âgé de six mois et présentant une main bote vara avec absence du radius, fit une incision le long du cubitus, il luxa l'extrémité inférieure de l'os et il la sectionna longitudinalement. Entre les deux fragments il plaça le carpe taillé en pointe, de telle sorte que la bandelette osseuse externe, en continuant à se développer, remplaçait le radius. Les os du carpe furent fixés par des clous aux fragments

(1) Voy. pour ces opérations ostéoplastiques et arthroplastiques : M. CURDY, *Annals of Surgery*, 1896, p. 45 avec fig. — SAYRE, *Transactions of the Orthopedic Association*, t. VI, p. 213. — THOMPSON, t. IX, p. 165. — ROMANO, *Archivio di Ortopedia*, 1894, p. 80. — SAYRE, *New-York med. Journ.*, 1893, p. 580. — BARDENHEUER et RINCHEVAL, *Congrès des chirurgiens allemands*, 1894 ; *Arch. für klin. Chir.*, 1894.

du cubitus. La main resta en bonne position, et il n'y eut pas d'ankylose (?). Pour redresser le cubitus presque toujours incurvé, Bardenheuer conseille de faire l'ostéoclasie et le redressement consécutif. Il fit cette arthroplastie complexe chez trois enfants.

L'arthrodèse pourrait parfois avoir son application dans le cas où les muscles complètement atrophiés seraient inutilisables, et dans lequel il y aurait une laxité anormale de l'articulation du poignet.

Quant à l'amputation, c'est un traitement trop radical (1).

Malformations congénitales des articulations du coude. —

Nous ne pouvons que les signaler ; c'est l'ankylose totale, ou partielle [Curtis (2), Ollier], la subluxation ou la luxation en arrière de la tête radiale, souvent bilatérale, dont les exemples sont assez nombreux (3).

III. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE.

I. — Luxation congénitale de l'épaule.

Elle est très rare. M. Lannelongue nous a dit souvent n'en avoir jamais observé.

Beaucoup de cas intitulés ainsi sont des luxations paralytiques par lésions des nerfs ou par paralysie infantile précoce ; aussi les cas de Smith, Gaillard, Mayer sont-ils sujets à caution, comme le fait remarquer Ermano (4).

La luxation congénitale en arrière est fréquente. Smith (1847), Kuster (1878), Ermano (1894), Ewe (1895), Lewis (1895), Roberts, Phelps (1898), Scudder (1898), Kirmisson, Freiberg (1899) en ont rapporté des exemples.

La tête humérale, la cavité glénoïde et l'omoplate sont malformées, atrophiées sous l'acromion. La réduction non sanglante par traction ou sanglante (Phelps), parfois même la résection de la tête humérale (Ewe) ont été faites.

Les subluxations seraient assez rares. On a souvent noté l'*humérus varus congénital*, c'est-à-dire adduction. Jules Guérin en a cité plusieurs

(1) La luxation et subluxation congénitale du poignet accompagne évidemment les cas de mains botes sus-décrites. Parfois elle existe sans déviation latérale [cas de Jean, qui n'était peut-être qu'une subluxation spontanée des adolescents (Pierre Delbet)].

Signalons la synostose congénitale des articulations radio-cubitale inférieure, radio-carpienne et carpiennes ; la synostose du cubitus et du radius.

(2) CURTIS, *New-York med. Journ.*, 19 sept. 1885.

(3) L'absence du radius est assez fréquente, elle accompagne d'autres malformations (main bote, ectrodactylie, syndactylie, polydactylie, etc.). Schmid (*Zeitschr. für orthopedische Chirurgie*, 1892) a réuni 45 observations d'absence de radius simple ou compliquée et il les a étudiées complètement. Herschel, adoptant la théorie de l'archipterigium de Gegenbaur, pense que l'absence du radius est représentée par une atrophie du 1^{er} rayon secondaire, ce qui explique pourquoi le pouce, le scaphoïde et le trapèze manquent en même temps. Nous avons déjà signalé ces atrophies marginales interne ou externe.

(4) ERMANO, *Revue critique (Bolletino delle Sc. mediche di Bologna)*, 1894.

cas dans lesquels la tête se trouve reportée en haut et en dehors.

Quant à la luxation en avant, elle est exceptionnelle. Dans le cas de Smith, la glénoïde était franchement sous l'apophyse coracoïde. Avec Ermano on peut admettre en somme les variétés : sous-coracoïdienne, sous-épineuse, sous-acromide.

L'*ankylose congénitale de l'épaule* est très rare (1).

II. — Luxation de l'omoplate en haut (Sprengel).

Sprengel, le premier, donna, en 1891, une bonne description de cette malformation (2). Puis vinrent les observations de Bolten (1892), Schlange (1893), Hoffa, Kirmisson (3), Wolffheim (4), Honsell (5), Piéchaud, Pitsch et Milo (6), Nové-Josserand, Gouron.

Il existe actuellement trente et une observations publiées, auxquelles nous ajouterons deux inédites, l'une observée en 1891 dans le service de notre maître, le professeur Lannelongue, et une autre dans laquelle il y avait une exostose scapulaire.

Quelques anciennes observations de torticolis postérieur doivent être rangées ici.

Étiologie. — La lésion est le plus souvent unilatérale (30 fois sur 31 observations). L'affection serait plus fréquente à gauche qu'à droite.

Il y a parfois d'autres malformations concomitantes [atésie anale, absence de radius, asymétrie du crâne et de la face (Nové-Josserand), etc.].

Dans un cas de Kölliker, l'affection était acquise et probablement d'origine paralytique. Gourdon invoque le traumatisme obstétrical.

Symptômes. — L'angle inférieur de l'omoplate est à 3 ou 4 centimètres au-dessus du niveau de l'autre omoplate. Il est en même temps plus écarté de la ligne des apophyses épineuses. Le bord supérieur ou cervical de l'os fait dans l'épaisseur du trapèze une saillie plus marquée qu'à l'état normal, et il est très rapproché de la clavicule. Le grand axe de l'omoplate n'est plus vertical, mais presque transversal. Le bras est souvent appliqué derrière le dos. L'omoplate paraît refoulée en haut et en avant, l'épaule paraît tombée en avant et en bas ; la fosse sus-claviculaire est plus profonde, la clavicule est très saillante.

Les mouvements d'élévation du bras jusqu'à la verticale sont douloureux et ne peuvent être exécutés complètement. D'après Milo (7), l'examen électrique ne décèle aucune paralysie infantile.

Dans la moitié des cas, il y avait un léger degré de scoliose à convexité dorsale dirigée tantôt du côté où siège la surélévation de

(1) LOIGNON, thèse de Paris, 1866.

(2) SPRENGEL, *Arch. für klin. Chir. von Langenbeck*, 1891, p. 545.

(3) KIRMISSON, *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*.

(4) WOLFFHEIM, *Zeitschr. für orthopädische Chir.*, 1896, p. 196.

(5) HONSELL, *Beitr. zur klin. Chir.*, Bd. XXIV.

(6) PITSCH et MILO, *Deutsches Arch. für orthopädische Chir.*, 1899, p. 53 et 242.

(7) MILO, *Zeitschr. für orthopädische Chir.*, 1899. Voy. aussi GOURON, *Revue d'obstétrique, de pédiatrie et de gynécologie*, Bordeaux, 1900.

l'omoplate, tantôt du côté correspondant. On note parfois un peu de cyphose. — Ces lésions rachidiennes paraissent être consécutives.

La contracture musculaire porte sur le trapèze et le grand dorsal.

Il est des cas dans lesquels, au bord spinal au niveau de l'épine, se détache une apophyse osseuse volumineuse se dirigeant obliquement en haut et en dedans vers le rachis.

Anatomie pathologique. — Dans certains cas on a noté une exostose du bord spinal prolongeant l'angle supérieur et interne ; celui-ci se recourbe en avant en s'opposant à l'abaissement de l'os.

Kölliker (1) admet une hypertrophie de l'apophyse coracoïde et un déplacement de la cavité glénoïde en avant.

L'omoplate est atrophiée, légèrement déformée [Nové-Josserand (2), Milo]. La fosse sus-épineuse est petite ; une scoliose cervico-dorsale est fréquente.

Pathogénie. — Sprengel pensa que la quantité trop petite des eaux amniotiques avait déterminé pendant la grossesse, de la part de la paroi utérine, une pression anormale qui avait maintenu le membre dans cette attitude vicieuse. Dans une de ces observations, l'enfant mettait son bras derrière son dos pendant le sommeil. Du fait de cette mauvaise attitude, les muscles se raccourcirent et se rétractèrent. Schlange, Bolten croient à une rétraction intra-utérine du trapèze, analogue à la rétraction du sterno-mastoïdien dans le torticolis. Kirmisson pense qu'il s'agit d'une malformation osseuse de l'omoplate. Il y aurait arrêt de développement des fosses sus- et sous-épineuses et déviation du grand axe de l'omoplate qui devient horizontal, comme chez les quadrupèdes. Pour Sainton, l'exostose constatée serait un os surnuméraire (3). Kölliker admet une sorte de rachitisme de l'omoplate. Pour Nové-Josserand, il ne faut en réalité invoquer pour la paralysie, ni la contracture, ni les arthrites scapulo-humérales, ni la scoliose, ni l'exostose, ni les causes mécaniques ; c'est une affection congénitale à rapprocher du torticolis et due peut-être à une lésion nerveuse centrale.

Diagnostic. — Il est facile. La radiographie aidera à reconnaître les cas dans lesquels il y a refoulement du fait d'une exostose (cas de Kœnig et de Gouron).

L'*élévation de l'épaule par paralysie acquise du long dorsal*, du rhomboïde et du grand dentelé se reconnaîtra par l'électrisation des muscles (Müller).

La *paralysie du grand dentelé* permet l'écartement de l'omoplate et un peu son élévation, comme nous venons de le voir chez une jeune fille de vingt ans.

(1) KÖLLIKER, *Arch. für klin. Chir.*, 1898, p. 778.

(2) NOVÉ-JOSSERAND, *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 1899, p. 92, et CLERC, thèse de Lyon, 1899-1900.

(3) SAINTON, *Revue d'orthopédie*, 1899, p. 42.

Certaines contractions volontaires déterminent une ascension de l'omoplate (Heinecke) (1).

La contracture du rhomboïde ou de l'angulaire se reconnaît facilement (Nové-Josserand) (2).

Traitement. — S'il y a une exostose, il faut l'enlever comme le firent Kölliker et Kœnig, et le déplacement disparaît, comme nous l'avons observé dans un cas avec M. Lannelongue. Dans les autres cas, il faut faire un traitement orthopédique.

Par un appareil, on cherchera à attirer l'omoplate en arrière et en dedans, à l'aide de cordons élastiques.

La fixation de l'omoplate, « omoplatopexie », par une suture osseuse, par enchevillement au niveau de son axe, ne paraît avoir encore été essayée souvent. Eiselsberg, dans un cas de luxation acquise par myopathie atrophique progressive, fixa le bord interne de l'omoplate à la 6^e et 7^e côte avec des fils d'argent (3), mais il fallut plus tard enlever les fils. Eiselsberg essaya de suturer l'omoplate luxée à l'omoplate en place, comme il l'avait déjà fait pour un cas semblable.

Cette omoplato-omoplatopexie serait à essayer de nouveau.

Hoffa désinséra les muscles qui s'attachent à l'angle supérieur et interne de l'omoplate, et il réséqua l'angle de celle-ci; il fit ensuite porter un corset orthopédique pour fixer l'omoplate.

Kölliker conseille dans les cas graves la résection de la coracoïde (4).

Verneuil (1885) fit la myotomie sous-cutanée de l'angulaire de l'omoplate et même d'une languette du trapèze et du rhomboïde. Il eut une légère amélioration (5).

IV. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE.

Nous étudierons surtout la luxation congénitale. — L'ankylose et la coxa vara (6) sont assez exceptionnelles.

(1) HEINECKE, *Centralbl. für Chir.*, janv. 1896.

(2) NOVÉ-JOSSERAND, Élévation de l'omoplate par contracture du rhomboïde (*Soc. de chir. de Lyon*, 10 mai 1900), et *Revue des maladies de l'enfance*, 1900, p. 113.

(3) EISELSBERG, *Arch. für klin. Chir.*, Band LVII.

(4) In article de MONNIER, *Revue d'orthopédie*, 1899, p. 108.

(5) La symphyse thoraco-brachiale par une bride cutanée est très rare (Kredel, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 4 nov. 1889). On sait que c'est la main qui apparaît isolément, tout d'abord, sur les côtés du thorax, et peu à peu l'avant-bras, puis le bras se détachent. Il se peut que l'isolement cutané soit incomplet.

(6) **Coxa vara congénitale.** — Kredel, Kirmisson, Albert Mouchet, Alsberg en ont rapporté des observations; Kredel a rapporté les deux faits suivants: Chez un enfant de trois ans, il y avait, depuis la naissance: un genu valgum bilatéral et un double pied bot; les deux rotules étaient dirigées complètement en dehors; la courbure de la diaphyse était normale. Des deux côtés les deux grands trochanters étaient de 3 à 4 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. Les deux membres étaient en adduction et rotation externe. Les deux genoux s'entre-croisaient. La flexion des genoux n'était possible que jusqu'à l'angle droit. Chez un enfant de cinq ans, le membre inférieur droit était de 1 centimètre et demi plus court que le gauche; il était en adduction et en rotation externe, le pied en varus équin; le grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. La flexion de la hanche était normale; celle du genou ne dépassait pas l'angle droit. La hanche gauche était

L'absence congénitale de tout le fémur est également très rare (1).

Luxations de la hanche.

Cette malformation devient de plus en plus intéressante, car dans ces dernières années le traitement a été très perfectionné.

Historique. — 1^o *Période anatomo-clinique.* — Hippocrate et ses admirateurs, puis Ambroise Paré, Guy de Chauliac surent la distinguer des lésions acquises de la hanche. Palletta, le premier, puis Gottlob, Schreger donnent de bonnes observations anatomo-pathologiques. Dupuytren et Von Ammon reprennent la description clinique et discutent la pathogénie.

2^o *Dans une deuxième phase, phase thérapeutique,* on s'adresse à toutes les méthodes chirurgicales employées pour réduire une luxation ancienne: le traitement orthopédique sanglant et non sanglant, palliatifs, ou curatifs, sont tour à tour recommandés au fur à mesure qu'ils sont perfectionnés. Les nombreuses interventions pratiquées permettent de plus de mieux préciser la pathogénie de cette malformation articulaire congénitale qui est la plus fréquente (2).

normale, le genou presque complètement ankylosé, le genu valgum était très marqué; il n'y avait pas de rotule. L'attitude de l'enfant était particulière: ses deux membres étaient déviés à gauche; le gauche en abduction, le droit en adduction et rotation externe.

Kredel, pour expliquer ces malformations articulaires multiples, invoque la pression intra-utérine (*Centralbl. für Chir.*, 17 oct. 1896).

Dans une observation de Kirmisson (*Revue d'orthopédie*, juillet 1897, et in thèse de Carpentier, Paris, 1897), les deux fémurs étaient en rotation externe forcée, les grands trochanters très en arrière. Cette situation de la tête fémorale était maintenue par la capsule qui paraissait trop courte en arrière. Il était impossible de ramener la tête dans l'attitude normale. La flexion était limitée. La section de la partie postérieure de la capsule permit seule la réduction. La tête fémorale était en antéverson. Chez un deuxième enfant, le membre inférieur est en rotation externe, les trochanters étaient à leur niveau normal, la tête fémorale très volumineuse. La rotation interne était empêchée par une crête de la tête fémorale et par la tension de la partie postérieure de la capsule.

Mouchet et Audion ont rapporté deux observations probantes (*Gaz. hebdomadaire*, 1899).

Dans un cas de Alsberg (*Zeitschr. für orthop. Chir.*, 1897) il y avait une luxation congénitale d'un côté et une coxa vara congénitale de l'autre.

Dans la luxation congénitale de la hanche, le membre, soit avant la réduction soit après, peut se mettre en adduction et rotation externe, avec raccourcissement — c'est une véritable coxa vara; — aussi plusieurs opérateurs ne firent le diagnostic de coxa vara congénitale qu'au cours d'une intervention sanglante pour réduire une prétendue luxation congénitale (Zehnder, *Centralbl. für Chir.*, 1897, n^o 9).

(1) WILLIAMS, *Med. Times*, 1884, et LOTHEISEN, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1899, en ont rapporté des exemples.

(2) Voici un aperçu bibliographique des dix dernières années: PACI, *Archivio di Ortopedia*, 1890 et suivantes. — HOFFA, *Centralbl. für Chir.*, 1891; *Revue d'orthopédie*, 1891; *Arch. für klin. Chir.*, 1895; *Traité d'orthopédie*, 1894, et 2^e édition, 1897. — Discussion à la *Soc. de chir. de Paris*, 1893: KIRMISSON, DENUCE, QUÉNU, etc. — H. SAINTON, thèse de Paris, 1893. — LANNELONGUE, *Congrès de pédiatrie de Bordeaux*, 1895; thèse DUPRÉ, Paris, 1891, et *Acad. des sc.*, 1896, etc. — KIRMISSON, *Revue d'orthopédie*, 1894 et suivantes. — LORENZ, Réduction non sanglante (*Centralbl. für Chir.*, 1895, n^o 7). — BROCA, *Revue d'orthopédie*, mars 1895. — Discussion à la *Soc. de Chir.*: KIRMISSON, FÉLIZET, QUÉNU, BROCA, avril 1869. — GUERLAIN, thèse de Paris, 1896. — DELANGLADE, thèse de Paris, juin 1896. —