culaire, qui cède peu à peu et permet le déplacement. Dans plusieurs des cas que nous avons observés, la conservation des mouvements des grand pectoral, grand rond et grand dorsal, rendrait assez bien compte du déplacement en dedans, c'est-à-dire au-dessous de l'apophyse coracoïde. On comprendrait également que le déplacement dût s'opérer vers la fosse sous-épineuse, si la paralysie affectait le grand pectoral, tandis que le grand rond, le grand dorsal, le petit rond, le sous-épineux, auraient conservé leur action.

Chez la plupart des malades que nous avons observés avec M. Duchenne, la luxation congénitale n'était pas paralytique ; elle était due aux manœuvres de l'accouchement : d'où le nom de *luxation infantile obstétricale*, donné par cet auteur aux exemples dont il doit rapporter les observations dans la deuxième édition de son *Traité de l'électrisation localisée*. Dans ces cas, le plexus brachial avait été comprimé ou tiraillé au point qu'il en était résulté des paralysies variées qui portaient tantôt sur les muscles auxquels se distribue le nerf radial, tantôt sur ceux qui reçoivent du nerf cubital. Il en résultait des déformations qui devenaient incurables et qui offraient des particularités remarquables, surtout à la main. L'un de ces exemples, comme l'indique la figure, montre en effet que la main peut prendre la forme d'une griffe par suite de la paralysie du nerf cubital. Dans ce cas, les premières phalanges étaient dans une extension tellement exagérée qu'elles étaient subluxées sur les métacarpiens, tandis que les deux dernières étaient maintenues dans la flexion. En outre, par le fait de la paralysie des muscles radiaux, la main demeurait dans une flexion continue sur l'avant-bras.

Chez d'autres malades la luxation avait apparu dans l'enfance consécutivement à certaines paralysies spinales de forme atrophique. Chez ces derniers, nous avons vu l'atrophie s'emparer des muscles moteurs du bras sur l'épaule, et ceux-ci, par suite de la paralysie, devenir incapables de maintenir solidement la tête dans ses rapports avec la cavité glénoïde. Quand alors le sous-scapulaire était atrophié ou paralysé, le muscle sous-épineux et la longue portion du triceps brachial entraînaient souvent la tête humérale dans la fosse sous-épineuse. On pouvait d'ailleurs distinguer ces cas des précédents par l'absence de mouvements physiologiques dans les muscles atrophiés, et par la différence de l'attitude du bras, qui disparaissait dès qu'on réduisait la luxation.

Enfin, chez quelques sujets, nous avons vu se produire, peu de temps après la naissance, à partir de l'âge de deux ans, une subluxation en bas de l'humérus consécutive à la paralysie des muscles moteurs du bras sur l'épaule, et en particulier du deltoïde et du sous-épineux. Les symptômes de la luxation étaient d'autant plus nets que les muscles étaient plus atrophiés. On trouvait au-dessous de l'acromion une dé-

pression qui permettait d'y introduire l'index ; le bras avait conservé son attitude normale.

En regard des luxations obstétricales dites congénitales dont nous avons précédemment parlé, nous mentionnerons ici, au point de vue du diagnostic, les paralysies obstétricales qui frappent certains muscles moteurs de l'épaule, principalement le deltoïde, les sus- et sous-épineux, quelquefois le sous-scapulaire, et ordinairement les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, sans que la tête humérale se luxe consécutivement. M. Duchenne, qui a bien voulu nous faire une communication orale à ce sujet, soigne actuellement quatre enfants affectés de paralysies semblables à la suite des manœuvres faites au moment de l'accouchement par les plus habiles praticiens. Les symptômes sont ceux qui appartiennent en propre à la paralysie de ces divers muscles : pour le deltoïde, l'absence de l'élévation du bras ; pour le sous-épineux, la rotation de l'humérus en dedans, et l'inverse pour le sous-scapulaire. La rotation permanente de l'humérus en dedans, qu'on observe chez ces malades, change les reliefs de l'épaule, et pourrait faire croire à une luxation sous-épineuse ; mais l'examen attentif montre que les rapports de la tête humérale sont normaux, et de plus qu'il est facile, dans ces cas, de maintenir le coude rapproché du thorax. Disons en passant que ces paralysies peuvent être incurables.

Les cas où la luxation est accompagnée d'une paralysie des muscles du bras, et auxquels s'appliquent les précédentes observations, sont habituellement faciles à réduire, et se réduisent même quelquefois sous l'influence de la volonté seule du sujet. C'est ce qui a lieu à la suite de certaines paralysies spinales de l'enfance ; mais ces cas nous paraissent exclure toute espèce de traitement. Ceux, au contraire, qui ne présentent pas cette fâcheuse complication ne repoussent peut-être pas toute tentative de réduction : c'est du moins ce qui résulte de l'observation extrêmement intéressante publiée par Gaillard, et de plusieurs exemples de luxations infantiles que nous avons vues survenir par le fait des manœuvres obstétricales. Nous voyons en effet que ce chirurgien a pu réduire une luxation congénitale de l'humérus chez une jeune fille de seize ans, et que cette opération a rendu à la malade toute la liberté et presque toute l'énergie des mouvements du bras, mouvements qui jusqu'à cette époque ne s'étaient accomplis que d'une manière très-imparfaite. Cette réduction a d'ailleurs été obtenue par des procédés qui ont beaucoup d'analogie avec ceux que nous avons décrits à l'occasion des luxations congénitales du fémur. La malade fut soumise à une extension préparatoire, graduellement exagérée pendant plusieurs séances. La réduction fut enfin obtenue et maintenue à l'aide d'un appareil. Des accidents inflammatoires, qui se montrèrent alors, furent combattus et se dissipèrent au bout de

quelques mois. Quant aux luxations infantiles obstétricales que nous avons eu l'occasion de traiter, nous les avons presque toujours trouvées réductibles jusqu'à l'âge de sept à huit ans; mais leur réduction nous a toujours offert de grandes difficultés.

ARTICLE XXXVI.

LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA MACHOIRE, DE LA CLAVICULE, DU COUDE ET DES ARTICULATIONS DU GENOU.

Nous nous bornerons presque à mentionner les luxations de la mâchoire observées par Smith et par M. Guérin, celles du coude indiquées par Dupuytren, celles de la clavicule et du genou; ces luxations sont en effet extrêmement rares.

Pour ce qui concerne la luxation congénitale de la mâchoire, il suffit de savoir que le condyle maxillaire peut se trouver dès la naissance placé au-devant de la cavité glénoïde, et que ce déplacement, qui coïncide ordinairement avec un développement incomplet de la face, n'apporte qu'une gêne médiocre à la mastication.

La luxation du coude, observée par Chaussier, Robert, Malgaigne, Masse, Bouvier, J. Guérin, Smith, Verneuil, Duchenne, et plusieurs fois par nous, se borne, soit à une légère subluxation en arrière de l'avant-bras sur le bras, soit à un déplacement de l'extrémité supérieure du radius, qui se porte en dehors de l'épicondyle; les mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination, sont faciles, mais n'ont point toute l'étendue normale. Quelquefois même ces deux derniers mouvements sont complétement abolis, surtout quand existe, ainsi qu'on l'a noté, une ankylose huméro-cubitale ou une soudure à diverses hauteurs des deux os de l'avant-bras. Pour y suppléer, le sujet est obligé de compléter ces deux derniers mouvements par la rotation de l'articulation scapulo-humérale. En effet, pour que ces mouvements puissent, normalement et physiologiquement, s'exécuter, il est nécessaire, ainsi que M. Duchenne l'a démontré, que l'extrémité inférieure des deux os exécute un arc de cercle : or, l'arc exécuté par le cubitus nécessite l'extension et la flexion du coude. Cette luxation est complétement irréductible, chez les adultes du moins, car alors le col du radius a pris un développement exagéré en longueur, et les vestiges de la tête radiale sont maintenus par un appareil ligamenteux qui ne représente plus que très-imparfaitement les ligaments latéral externe et annulaire. A propos d'un cas de luxation double de l'extrémité supérieure des deux radius, où l'on trouva la partie supérieure de

l'olécrâne très-élargie et la tête du radius également hypertrophiée, quelques auteurs ont exprimé l'opinion que ces sortes de luxations ne pouvaient être congénitales, et qu'il convenait de rattacher l'hypertrophie des épiphyses articulaires au rhumatisme et à l'arthrite sèche. Des faits ultérieurs viendront sans doute décider la question.

La luxation de l'extrémité interne ou de l'extrémité externe de la clavicule, observée dès 1675 par Martin (de Bordeaux), se reconnaît de prime abord à la saillie qui se dessine sous les téguments. Ce vice de conformation n'apporte généralement que peu de gêne au libre exercice des mouvements; cependant il constitue une difformité qui, chez les femmes principalement, peut être assez grave pour les engager à se soumettre à un traitement particulier. C'est surtout pour la luxation de l'extrémité interne que nous avons eu l'occasion d'y recourir. Chez plusieurs de ces malades, la réduction une fois obtenue, nous sommes parvenu à empêcher la tête de sortir de la cavité sternale, en exerçant sur elle une compression douce, à l'aide d'un appareil semblable à celui que nous avons décrit à propos des fractures de la clavicule (voy. t. II). Nous avons aussi retiré de grands avantages des appareils en cuir construits d'après un moule en plâtre pris sur la région du cou, pendant que la luxation était réduite. L'appareil établi de la sorte est facilement toléré et prévient tous les déplacements.

Il n'est pas rare de voir certains sujets, appelés cagneux, dont les genoux présentent une saillie assez considérable en dedans, sans qu'ils aient, à proprement parler, de luxation. Mais si cette disposition est exagérée, voici ce qu'on observe : lorsque le malade fléchit la jambe sur la cuisse, la rotule, au lieu de rester dans la poulie intercondylienne, vient se jeter en dehors et s'appliquer sur le condyle externe du fémur; il se produit une véritable luxation de la rotule que la déformation de la partie et surtout le toucher font facilement reconnaître. Un semblable vice de conformation n'apporte pas à la marche autant d'entraves et de difficultés qu'on pourrait le supposer; cependant, comme il constitue toujours une difformité choquante, le médecin doit chercher à la combattre. Lorsqu'il a affaire à des enfants, une sorte de genouillère, ou mieux un appareil orthopédique, permettent de rendre au membre sa rectitude naturelle, et s'opposent par cela même à la luxation de la rotule.

Il est beaucoup plus rare d'observer une déformation du genou consistant en une saillie angulaire en dehors, la partie interne présentant, au contraire, un angle plus ou moins obtus en dedans; une genouillère articulée serait également applicable à ce cas s'il s'agissait d'un enfant.

Blandin avait prétendu que la flexion constante du genou, chez les culs-de-jatte, était due à une luxation de la rotule, le plus souvent con-