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-

génitale. Béclard, disait-il, l'avait prouvé par une dissection. Mais Bérard et Malgaigne ont recherché cette luxation chez plusieurs culs-de-jatte sans pouvoir la rencontrer.

Quant aux luxations fémoro-tibiales proprement dites, on en a décrit quatre variétés :

Dans la *luxation en avant*, observée par Chatelain, Kluberg, Bard, MM. J. Cruveilhier, J. Guérin et Bouvier, la jambe est fortement fléchie en avant sur la cuisse, si bien que la région poplitée devient la partie la plus inférieure du membre : on voit au niveau de ce genou retourné, d'abord l'extrémité articulaire du tibia, puis plus en arrière une dépression transversale, et plus en arrière encore les deux condyles du fémur ; la peau fortement tendue sur ces saillies osseuses est relâchée au-dessus de l'article, et forme de grands plis à la partie inférieure et antérieure de la cuisse.

Dans la *luxation en arrière* dont Chaussier et M. J. Guérin rapportent chacun un cas, l'extrémité supérieure du tibia se trouve située derrière la face poplitée du fémur, et il y a flexion permanente de la jambe sur la cuisse. La luxation incomplète en arrière peut être consécutive à la paralysie des muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse, ainsi que nous avons eu occasion de l'observer, à partir de l'âge de trois ou quatre ans, dans la paralysie atrophique spinale de l'enfance. Dans ce cas, la subluxation est la conséquence de la paralysie des muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse, et, par suite, de la rétraction progressive des muscles fléchisseurs ou antagonistes (demi-tendineux et demi-membraneux). On voit alors la surface articulaire du tibia se subluxer en arrière sur les condyles, et par suite les points de la surface articulaire du fémur, qui ne sont plus en rapport avec le tibia, s'hypertrophier, tandis que ceux qui restent en contact s'atrophient, suivant une loi générale admise par M. Duchenne. Cette rétraction des muscles fléchisseurs, jointe à la résistance opposée par les ligaments raccourcis et par les surfaces osseuses hypertrophiées, explique, suivant le même auteur, pourquoi ces luxations sont si difficiles et même si dangereuses à réduire brusquement. Dans des cas semblables, nous sommes parvenus à obtenir cette réduction, en six mois ou un an, à l'aide d'une extension lente, graduée et surtout élastique, au moyen d'appareils excellents que nous avons fait construire par MM. Mathieu, Guéride et Robert. M. Duchenne, qui a eu souvent l'occasion d'observer cette affection, a obtenu également de très-beaux résultats à l'aide d'un appareil économique et très-peu compliqué. Cet appareil représente une gouttière embrassant le membre de la cuisse au talon, articulée au genou. A ce niveau, se trouvent des ressorts métalliques placés en avant du genou, se fixant en haut aux attelles fémorales, en bas sur l'appareil au-dessus des malléoles. Ces appareils ont pour but

de permettre aux malades de marcher, tout en cherchant à obtenir, à l'aide de l'élasticité des ressorts ou des courroies, une extension lente, en même temps que la flexion est limitée par des marteaux.

On a décrit aussi des *subluxations latérales*. Robert a vu un homme qui avait dès sa naissance le genou droit fortement déjeté en dedans, le gauche en dehors, et M. J. Guérin raconte qu'il a opéré un jeune enfant pour une subluxation en dedans et en arrière, avec rotation de la jambe en dedans. Mais il y aurait beaucoup à dire sur ces observations.

Enfin M. Bouvier a observé la luxation en dedans, et Robert en a cité un fait qui paraît assez probant : chez une petite fille de quatre ans, venue au monde avec les deux genoux roides et dans l'extension, le condyle interne du fémur était porté en arrière où il remplissait le creux du jarret, en sorte que le condyle externe seul paraissait en rapport avec le tibia, si bien que le fémur était fortement tourné en dedans tandis que la jambe était en rotation externe et se fléchissait à peine, quoiqu'elle eût conservé des mouvements latéraux très-étendus. Quant à la rotule, elle était immobile, luxée en dedans, et comme soudée à la place qu'elle occupait.

ARTICLE XXXVII.

DU PIED BOT.

Bien que cette difformité ait été signalée à l'attention des médecins par les livres hippocratiques, elle avait été à peine étudiée jusqu'au commencement de notre siècle. Elle était, en général, abandonnée aux soins des rebouteurs et des charlatans, qui faisaient un secret de leur méthode. En 1798, un jeune médecin, Wantzel, ayant été guéri d'un pied bot congénital par Venel, fit connaître, dans sa *Dissertation* (1), les moyens qui avaient été mis en usage pour le guérir, moyens qui consistaient en des machines propres à redresser le pied. A partir de ce moment, cette méthode fut généralement employée, à la vérité d'une manière empirique, jusqu'au moment où Scarpa publia son mémoire sur le pied bot (2).

Alors commença une nouvelle période : les notions précises d'anatomie pathologique, en faisant mieux comprendre la nature des déplacements éprouvés par les os, permirent de les combattre avec des appareils plus simples et à la fois plus efficaces.

(1) Dissertatio, *De talipedibus varis*. Tubingæ, 1798.

(2) *Mémoire sur la torsion congénitale des pieds des enfants*, etc. Traduction de Léveillé. Paris, 1804.