

ARTICLE IV

DIFFORMITÉS ET TROUBLES FONCTIONNELS
ARTICULAIRES

I. — DES LUXATIONS PATHOLOGIQUES

Définition. — MALGAIGNE les a définies des *luxations préparées ou favorisées par un état morbide*, de sorte que, les liens articulaires étant relâchés ou détruits par avance, il suffit des moindres efforts pour déterminer le déplacement.

Classification. — Nous les divisons en deux groupes : ou bien l'os est sain, les parties molles seules sont altérées ; ou bien l'os est malade, modifié dans sa forme, son volume, sa consistance. — D'où : 1° des luxations par altérations des parties molles ; 2° des luxations par altérations des surfaces osseuses.

A. LUXATIONS PAR ALTÉRATION DES PARTIES MOLLES. — I. *Luxations par distension ligamenteuse.* — Il est d'abord une catégorie de faits rares où la luxation est produite par une *distension ou un relâchement des ligaments*. Exemple : une attitude vicieuse entraîne un tiraillement ligamenteux et facilite le déplacement osseux, comme on le voit dans les luxations habituelles de la rotule consécutives au genu valgum, l'aileron rotulien interne étant distendu par la coudure de l'angle fémoro-tibial et par la contraction du triceps tendant à redresser sa ligne d'insertion. — Autre exemple : la luxation de PARISE. Qu'on suppose deux os associés en paire, dans un même segment de membre, et articulés ensemble à leurs deux points extrêmes : radius et cubitus à l'avant-bras ; tibia et péroné à la jambe ; qu'on admette une disproportion d'accroissement entre ces deux tiges osseuses couplées ; l'os, à développement prépondérant, s'allongera, changera ses points de contact avec son congénère ; il se fera un glissement des surfaces articulaires : les ligaments se distendront et il se produira une luxation qui se fera à l'articulation la plus mobile.

II. *Luxations par action musculaire.* — Les muscles péri-articulaires sont de véritables ligaments actifs (muscles

fixateurs de l'article, *Gelenk-Spänner*, de LÜCKE). — A l'état de repos, le tonus musculaire met en contiguïté permanente les surfaces articulées ; il est le meilleur auxiliaire de l'influence de la pression atmosphérique : cette dernière une fois vaincue, la résistance musculaire une fois supprimée, les liens ligamenteux sont vite impuissants, même dans les articulations à ligaments serrés. — A l'état de mouvement, une condition essentielle est la synergie d'action des muscles producteurs du mouvement et des antagonistes qui leur servent de contre-poids. Si des troubles de paralysie ou d'atrophie se limitent à certains muscles d'un même système péri-articulaire, cette synergie est rompue : quand il est fait une tentative de mouvement, l'antagoniste sain l'emporte sur le muscle paralysé ou atrophique ; la tête, obéissant à cette propulsion, vient buter en un point constant contre la capsule qu'elle distend, jusqu'à la luxation. — Ces luxations myopathiques (FRIEDBERG), paralytiques (VERNEUIL), n'ont été dégagées du groupe des luxations congénitales que par les travaux de VERNEUIL et de RECLUS. On les observe, surtout à la hanche, où elles présentent deux types : la paralysie des fessiers et pelvi-trochantériens, avec intégrité et contraction des adducteurs et des psoas, produit la luxation iliaque ; les troubles paralytiques des adducteurs et des psoas, avec persistance des pelvi-trochantériens et des fessiers aboutissent à la luxation sous-pubienne.

III. *Luxations dans les arthrites.* — VERNEUIL en a nettement exposé l'histoire clinique, en 1883 : « Un malade est atteint de rhumatisme articulaire fébrile ou d'arthrite mono-articulaire aiguë ; les douleurs sont violentes ; le membre est dans une attitude vicieuse ; un jour, les douleurs cessent presque subitement ; on examine l'articulation affectée, et l'on y constate une déformation considérable, tout à fait semblable à celle qui caractérise la luxation traumatique. Si on abandonne le mal à lui-même, l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite ni ostéite ni suppuration, mais avec difformité persistante ; si l'on réduit, on rend instantanément au membre sa direction, sa longueur, sa forme, et, au bout d'un certain temps, la guérison est obtenue. »

Comment se produisent ces luxations des arthrites ? Quatre

facteurs étiologiques ont été incriminés : l'épanchement articulaire; l'attitude vicieuse; les lésions inflammatoires des ligaments; les actions musculaires. — Le rôle de l'épanchement articulaire a surtout été défendu par J.-L. PETIT; PARISE crut avoir démontré qu'une accumulation de liquide dans la jointure de la hanche peut expulser le fémur de la cavité cotyloïde; BONNET établit que lorsqu'on injecte du liquide dans une articulation, les extrémités articulaires se placent dans une attitude constante (flexion et abduction de la cuisse, flexion à 140° du genou, flexion à 110° du coude). Il est acquis, par ces expériences, que celles d'ALBERT et de MASSE ont confirmées, que l'accumulation du liquide est cause de certaines attitudes vicieuses, mais ne saurait luxer deux surfaces osseuses. En réalité, dans les arthrites, la luxation pathologique résulte de l'action même de l'attitude vicieuse sur une articulation dont les ligaments ont subi un ramollissement inflammatoire; dans ce déplacement, les muscles jouent un rôle important, la jointure cessant d'être soutenue du côté des muscles parésiés tandis que les extrémités osseuses sont entraînées par l'action prépondérante des muscles conservés.

B. LUXATIONS PAR ALTÉRATIONS DES EXTRÉMITÉS OSSEUSES. — La tuberculose, l'ataxie : voilà les deux affections qui par leurs lésions osseuses, interviennent comme causes prépondérantes des luxations spontanées; le rhumatisme chronique et les ostéoarthropathies de la syphilis sont des causes exceptionnelles.

I. Luxation dans la tuberculose. — Les plus intéressantes, cliniquement, sont celles qui s'observent à la hanche et au genou. Dans la coxalgie surtout, on considéra longtemps la luxation comme constante : LARREY eut le mérite de faire voir que les variations de longueur et les attitudes selon les deux positions classiques (flexion, adduction, rotation interne, d'une part; flexion, abduction, rotation externe de l'autre), dépendaient d'une inclinaison pelvi-fémorale et non d'une luxation.

Dans la coxalgie ancienne, la cuisse est portée en flexion, adduction et rotation en dedans : la tête du fémur exerce sur la capsule et le rebord cotyloïdien, à leur partie postérieure et supérieure, une pression d'autant plus énergique que les muscles

sont contracturés. La contracture qui n'était au début que l'effet de l'arthropathie articulaire devient à son tour cause de désordres nouveaux.

Aux points de contact, souvent atteints d'ostéite raréfiante, se développe « un décubitus ulcéreux », véritable résorption osseuse. Ce phénomène d'usure est pour ainsi dire un processus physique, et les travaux de VOLKMANN, de KÖNIG nous apprennent que « l'ulcération des os peut se faire en l'absence de toute affection tuberculeuse primitive des os ». Quelquefois, cependant, apparaissent des foyers tuberculeux qui hâtent la marche de la lésion et l'aggravent. Le cotyle, comme repoussé par la tête fémorale, s'agrandit en arrière et en haut, et de circulaire devient allongé, ovoïde. Mais, à mesure que le sourcil s'affaisse, le fond de la cavité cotyloïde s'exhausse, et tandis que la tête articulaire exerce son action destructive sur le bord cotyloïdien, s'y creuse même parfois une cavité nouvelle, l'ostéite productive tend à la formation d'un bourrelet sur ses environs. Grâce à cet accroissement elliptique, la cavité se développe en arrière et en haut, et cet allongement peut acquérir de grandes dimensions.

Sans abandonner ce cotyle agrandi, la tête peut se déplacer en haut et en arrière : c'est la *luxation intra-acétabulaire*. Si, éventualité plus fréquente, le sourcil cotyloïdien achève de s'ulcérer, la tête du fémur glisse en *luxation iliaque*. La luxation en dedans et en avant est rare; la luxation en haut ou supra-cotyloïdienne a été étudiée par BLASIUS.

Dans la tuberculose du genou, la contracture musculaire, fléchissant la jambe, entraîne en arrière le tibia dont les plateaux pressent et s'ulcèrent sur la partie postérieure des condyles du fémur; au contraire, la

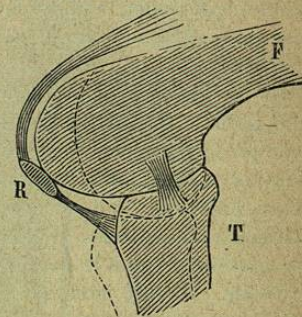


Fig. 187.

Schéma de VOLKMANN montrant la saillie apparente et l'augmentation de diamètre antéro-postérieur des condyles à la suite de vieilles tumeurs blanches.

partie antérieure de ces derniers, n'étant plus soumise à aucune pression, se développe en bas et en avant (fig. 187). Dans ces conditions, si l'on opère un redressement forcé, le tibia pivote en arrière du fémur et se luxe vers le creux du jarret : c'est la *luxation en mouvement de levier* de VOLKMANN.

II. *Luxations dans l'ataxie*. — C'est en 1868 que CHARCOT le premier appelle l'attention sur l'existence de localisations articulaires tabétiques, et démontre qu'il y a, non point une coïncidence banale, mais plutôt un lien pathogénique étroit, entre l'affection articulaire et la lésion nerveuse. Depuis, les mémoires se succèdent et les observations se multiplient. BALL, l'année suivante, réunit, en une monographie intéressante, 48 cas d'arthropathie ataxique : viennent ensuite les travaux d'ALBUTT CLIFFORD et BUZZARD, de MITCHELL, de ROSENTHAL, de JOFFROY ; les leçons de CHARCOT fixent et vulgarisent la question ; les thèses de BLUM, de MICHEL, d'ARNOZAN, la revue critique de TALAMON, condensent les faits nouveaux ; le mémoire de DEBOVE, le travail de CHARCOT et FÉRÉ sur les déformations tabétiques du pied, l'étude de CARRIEU, continuent les recherches sur ce point de clinique, auquel le nom de CHARCOT doit avec justice demeurer attaché.

Ces accidents articulaires du tabes ont une allure clinique bien spéciale, qu'on peut ainsi résumer : il s'agit d'un symptôme précoce, qui survient, au plus tard, au début de l'incordination motrice ; qui apparaît en dehors de toute cause extérieure suffisante ; qui se produit sans autres prodromes que quelques craquements ; se traduit au début par une tuméfaction extrême de tout le membre ; évolue sans réaction générale ou locale ; aboutit dans sa forme maligne à une destruction articulaire rapide et à la luxation, et demeure, même en ces accidents graves, d'une indolence absolue.

Dans le tableau anatomo-pathologique, ce qui domine, c'est un processus destructif et atrophique. Les extrémités osseuses s'usent et se résorbent ; tout contact articulaire se supprime ; la jointure est vague et ballante (membres de polichinelle).

II. — ANKYLOSES

Définition. — On donne le nom d'*ankylose* à la *diminution permanente* (ankylose partielle) ou à l'*abolition* (ankylose totale) des mouvements normaux d'une jointure. Ce terme signifie : coude (*αγκυλος*), parce qu'en effet les articulations immobilisées prennent souvent une forme coudée ; mais cette disposition n'est pas constante, et l'ankylose peut être rectiligne.

Anatomie pathologique. — Il est des *fausses ankyloses* dues à des lésions para-articulaires. Exemples : flexion permanente du genou ou rétraction des doigts par une cicatrice cutanée, par un muscle rétracté et devenu scléreux. Les *ankyloses vraies* sont celles où l'immobilité résulte de lésions permanentes portant sur les surfaces et les ligaments articulaires.

L'ankylose peut être *incomplète* ou *complète*. — Dans l'*ankylose incomplète*, l'obstacle aux mouvements normaux de la jointure est apporté par des tissus fibreux, raccourcis et faiblement extensibles, ne permettant qu'une mobilité limitée par

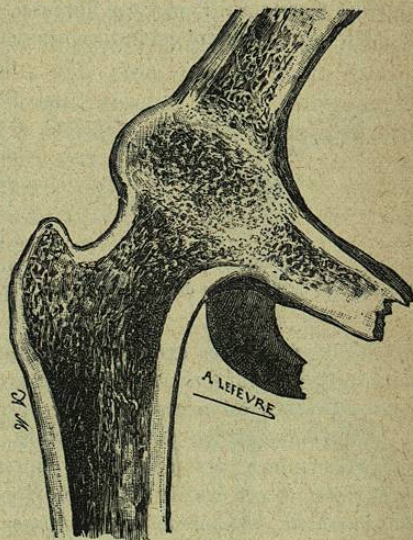


Fig. 188.

Ankylose osseuse par fusion de l'articulation coxo-fémorale (POULIER et BOUSQUET).

cette extensibilité même : rétractions fibreuses des ligaments et des tendons ; transformation scléreuse de la capsule et de la synoviale ; organisation de fausses membranes créant des adhérences entre les feuillets de la séreuse articulaire. — L'*ankylose complète* est

caractérisée, ordinairement, par la présence d'une substance osseuse, formant trait d'union entre les deux surfaces articulaires. Deux types s'observent : 1° l'*ankylose interstitielle*, ou *par fusion*, dans laquelle cette jonction osseuse est centrale ; 2° l'*ankylose périphérique* ou *par soudure*, selon le terme de Boyer, dans laquelle la réunion interosseuse est produite par des jetées périphériques, sous forme de stalactites résultant d'une véritable ossification de la gaine périostique et capsulaire.

Étiologie. — L'ankylose est une terminaison possible, un aboutissant de maintes affections articulaires. L'*immobilité prolongée* suffit à créer des lésions trophiques intra-articulaires capables d'arriver à l'ankylose fibreuse : pour les articulations, en effet, le mouvement est indispensable à la nutrition normale

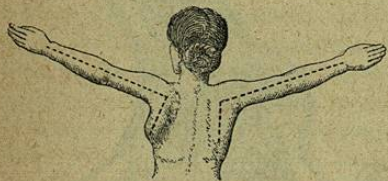


Fig. 189.

Entraînement de l'omoplate dans l'ankylose de l'épaule.

des surfaces cartilagineuses ; les expériences anciennes de TEISSIER, les recherches de REYHER ont établi le processus de sclérose qui résulte de l'immobilisation : ce fait, qui est utilisé thérapeutiquement pour obtenir la transformation fi-

breuse des fongosités synoviales, constitue une cause d'échec dans le traitement des traumatismes articulaires, où la mobilisation précoce est nécessaire pour prévenir l'enraidissement. — Toute *inflammation* de la synoviale, à type séro-fibrineux, peut déterminer des adhérences intra-articulaires, causes d'ankylose : à cet égard, nulle synovite n'est plus redoutable que l'*arthrite blennorragique à forme plastique ankylosante aiguë*. — Dans d'autres cas, le travail pathologique porte surtout sur les ligaments et les tendons péri-articulaires ; ainsi, au cours de synovites tuberculeuses ou d'arthrites rhumatismales, c'est une inflammation lente et chronique qui épaissit la capsule et détermine le raccourcissement ou la rigidité anormale des parties fibreuses. L'ankylose osseuse par jetées périphériques s'observe surtout dans l'arthrite sèche, ou bien à

la colonne vertébrale consécutivement à une ostéite tuberculeuse. — Quant à l'ankylose osseuse centrale, elle succède aux arthrites chroniques qui s'accompagnent de la destruction des cartilages et de l'avivement des surfaces articulaires : la fusion interosseuse s'effectue alors suivant un mode comparable à la formation du cal. C'est le cas des ostéo-arthrites tuberculeuses ; et alors, tantôt la soudure est totale entre les deux surfaces, tantôt l'interligne articulaire persiste partiellement, ainsi qu'on le voit surtout au genou où le mal se cloisonne et où l'adhésion osseuse peut s'opérer sur une moitié seulement de la jointure.

Symptômes. — L'ankylose se reconnaît à la diminution ou à la perte des mouvements normaux de l'articulation : flexion et extension, pour les ginglymes ; rotation et circumduction pour les énarthroses. — Une cause d'erreur réside dans les mouvements de suppléance, exécutés par les jointures adjacentes ; exemples : à la hanche et à l'épaule, les mouvements peuvent être suppléés par ceux du bassin et de l'omoplate. Aussi, pour arriver au diagnostic, il faut fixer le segment sus-jacent, ce qui supprime cette mobilité apparente. A l'épaule, examinez le malade par derrière, tandis qu'il élève les deux bras dans l'abduction (fig. 189) : vous voyez que, du côté malade, l'omoplate tourne autour de son axe et que son angle inférieur se déplace vers la ligne axillaire. Dans les cas où la contraction réflexe des muscles, due à la douleur des mouvements, immobilise la jointure et en impose pour une ankylose vraie, l'anesthésie fixe le diagnostic, en supprimant la contracture.

Traitement. — La prophylaxie de l'ankylose, c'est le mouvement. Mais, il importe que ce mouvement soit « dosé » : dans

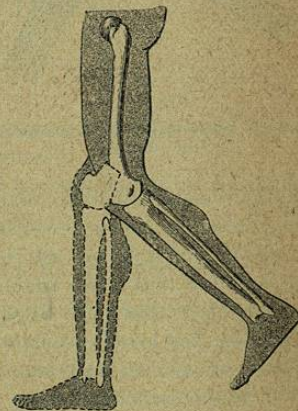


Fig. 190.

Correction d'une ankylose du genou à angle obtus, par l'ostéotomie.

la contusion articulaire, dans l'entorse, dans les fractures articulaires, après réduction des luxations, dans les plaies articulaires, dans les arthrectomies, dans les arthrites inflammatoires, surtout blennorrhagiques, la mobilisation méthodique doit être associée au massage; et c'est le mérite de CHAMPIONNIÈRE d'avoir réagi contre les traditions d'immobilisation abusive. D'autre part, le « dosage du mouvement » doit être si bien gradué qu'il ne détermine point des réactions très douloureuses: sinon, le processus inflammatoire en est avivé et l'ankylose augmentée. Dans les arthrites tuberculeuses, d'ailleurs, l'ankylose est un objectif

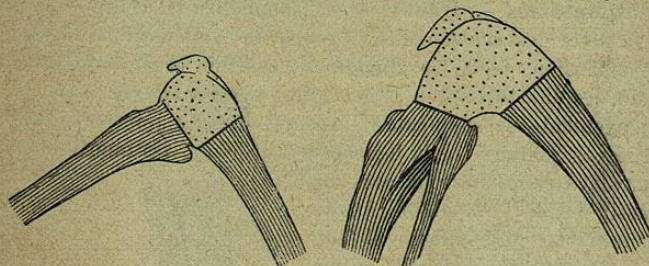


Fig. 191.

Excision osseuse dans l'ankylose à angle droit (OLLIER).

Fig. 192.

Excision osseuse dans l'ankylose à angle aigu (OLLIER).

ordinairement recherché; mais, au membre supérieur du moins, il est possible parfois de conserver une partie des mouvements.

Quand une ankylose est vicieuse, et contraire à la fonction du membre (ankyloses angulaires de la hanche et du genou), on peut la traiter, si l'obstacle n'est dû qu'à des résistances fibreuses, par le redressement forcé. Si l'ankylose est osseuse, il faut recourir au traitement opératoire. L'ankylose angulaire de la hanche sera traitée par l'ostéotomie oblique de Terrier et Hennequin. Pour les ankyloses du genou, on a le choix entre ces deux partis: 1° sans toucher à la jointure, opérer le redressement du membre par l'ostéoclasie ou l'ostéotomie du fémur, ce qui est applicable aux ankyloses à angle obtus; 2° exciser l'angle d'ankylose par une résection cunéiforme ou trapézoïdale, ce qui convient aux ankyloses à angle aigu.

TROISIÈME PARTIE

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES MEMBRES

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

ARTICLE PREMIER

DES FRACTURES

I. — FRACTURES DE LA CLAVICULE

Les fractures de la clavicule sont très fréquentes (14 à 16 p. 100, sur l'ensemble des fractures).

La fracture peut siéger: 1° sur le corps de l'os; 2° au niveau de ses extrémités externe ou interne.

1° FRACTURES DU CORPS DE LA CLAVICULE

Étiologie. — Cette variété est, de beaucoup, la plus commune. Un choc direct peut la produire. Mais, ordinairement, elle résulte d'une cause indirecte, une chute sur le moignon de l'épaule; exceptionnellement, une chute sur la main ou le coude. Dans une chute sur l'épaule, la clavicule se trouve pressée par ses deux extrémités entre le sol, d'une part, et, de l'autre, le poids du corps agissant par l'intermédiaire du sternum; elle subit une incurvation forcée au niveau de sa courbure principale et se rompt sur le milieu de sa longueur ou dans un point rapproché de son tiers externe.