

Terrillon a insisté à nouveau sur ce fait; il désigne sous le nom d'articulation *primordiale* celle où débute le mouvement, sous celui d'articulations *secondaires* celles où il s'amplifie. L'entorse peut donc rester localisée sur l'articulation primordiale si l'effort s'y épuise ou s'étendre aux articulations supplémentaires si la violence extérieure est plus grande.

Dans ce dernier cas il y a une véritable division de la force traumatique qui se dissémine sur plusieurs jointures. C'est, croyons-nous, pour cette raison, que les mouvements d'extension et d'adduction forcées qui sollicitent plusieurs articulations simultanément donnent ordinairement lieu à l'entorse, tandis que les mouvements d'abduction et de flexion forcées, qui au contraire concentrent l'effort sur un point de résistance unique, conduisent le plus souvent à des fractures.

On décrivait autrefois quatre variétés de mouvements forcés donnant quatre variétés d'entorses dites tibio-tarsiennes, entorse: 1° par extension; 2° par flexion; 3° par adduction; 4° par abduction.

Nous conserverons cette division en ayant soin de ne pas considérer les lésions comme limitées à l'interligne tibio-tarsien.

1° Voici, d'après Bonnet, quels sont les effets physiques produits par le mouvement d'extension forcée du pied sur la jambe; le bord postérieur du tibia rencontre le crochet postérieur de l'astragale et repousse cet os qui glisse d'arrière en avant sur le calcaneum, de telle manière que sa tête soulève le ligament astragalo-scaphoïdien supérieur et le déchire ou arrache un de ses points d'insertion. Ce mouvement provoque aussi la déchirure du ligament antérieur de l'articulation tibio-tarsienne et il est rare que le ligament astragalo-calcaneum ne soit pas en même temps partiellement rompu. Si l'extension directe est continuée, le ligament dorsal qui unit le calcaneum au cuboïde est arraché, et des déchirures analogues se rencontrent à la face dorsale des articulations tarso-métatarsiennes. L'effort est-il porté plus loin, les malléoles cèdent enfin et sont arrachées par les ligaments latéraux.

Dans cette première variété d'entorse, la dissémination des désordres sur les articulations calcaneéo-astragaliennes, médio-tarsienne et même tarso-métatarsienne complémentaires de l'articulation tibio-tarsienne pour le mouvement d'extension, apparaît dans toute son évidence.

2° L'entorse succédant au mouvement de flexion forcée est exceptionnelle; voici ce qui se passe: le pied étant fortement fléchi sur la jambe, l'astragale glisse d'avant en arrière et bientôt le bord antérieur de la mortaise tibiale vient appuyer sur le col astragalien. Si le mouvement de flexion continue, la tête astragalienne tend à défoncer sa cavité de réception formée en avant par le scaphoïde, en bas par les solides ligaments calcaneéo-scaphoïdiens. Ceux-ci résistent, se refusent absolument à tout mouvement d'extension complémentaire. L'astragale est alors repoussé vers la partie postérieure de la mortaise et les ligaments latéraux distendus supportent maintenant le maximum de l'effort; ils arrachent les malléoles.

La fracture des malléoles est donc la conséquence habituelle de ce mouvement forcé; il est facile de se rendre compte que la résistance du ligament calcaneéo-scaphoïdien inférieur qui s'oppose à toute flexion supplémentaire en est la principale cause. Exceptionnellement, l'entorse par flexion pourra se voir si les malléoles résistent et si les ligaments latéraux et postérieurs cèdent partiellement.

3° La troisième variété est la plus fréquente de toutes, c'est l'entorse par adduction forcée. C'est aussi le mouvement qui dissémine l'effort sur le plus grand nombre de jointures. En voici, d'après Nélaton, le mécanisme: « Dans l'entorse de l'articulation tibio-tarsienne, si le pied est renversé en dedans de manière à appuyer sur le sol par le bord externe, comme ce mouvement d'inclinaison se passe presque exclusivement dans l'articulation de l'astragale avec le calcaneum, le ligament astragalo-calcaneum éprouve d'abord une distension plus ou moins forte et peut même être partiellement rompu, puis les ligaments latéraux externes sont distendus à leur tour. Si le mouvement d'adduction du pied se prononce davantage, la rangée antérieure du tarse éprouve un mouvement de rotation de dedans en dehors sur la rangée postérieure, et la tête de l'astragale tend à sortir de la cavité que lui présente la face postérieure du scaphoïde en déchirant l'espèce de capsule que lui forme le ligament astragalo-scaphoïdien supérieur; dans ce mouvement, les ligaments dorsaux qui s'étendent du calcaneum au cuboïde sont souvent rompus. »

Les expériences de Bonnet démontrent que cette répartition de l'effort dans les différentes jointures est exacte. Après avoir pratiqué l'adduction forcée combinée à la rotation interne, il a trouvé: 1° des parcelles osseuses détachées du péroné ou de l'astragale par les tractions du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne; 2° l'arrachement des ligaments dorsaux qui unissent l'astragale au scaphoïde, et de ceux qui s'étendent du calcaneum au cuboïde. Ces dernières lésions montrent que l'articulation médio-tarsienne supporte aussi l'effort.

Dans ce mouvement d'adduction forcée, combiné à la rotation interne du pied, l'adduction prédomine et le maximum des lésions se trouve immédiatement au-devant de la malléole externe ou sur la face dorsale externe de l'articulation scapho-astragaliennes. Aussi bien est-ce là le siège ordinaire de la douleur de l'entorse.

Si au contraire on exagère la rotation interne du pied et si l'on diminue l'adduction, le siège des lésions maxima se trouve déplacé et se localise sur l'articulation médio-tarsienne, les désordres des autres jointures devenant secondaires.

Bonnet avait déjà constaté ce fait et Terrillon l'a rappelé en nous montrant que dans le mouvement de rotation interne, l'avant-pied tourne, autour du ligament en Y comme axe, sur l'arrière-pied immobilisé par la contraction musculaire. Les lésions primordiales sont alors représentées par l'arrachement des insertions du ligament en Y et des ligaments dorsaux calcaneéo-cuboïdiens, les lésions secondaires sont des déchirures partielles des ligaments des articulations astragalo-calcaneennes et tibio-tarsienne.

4° La quatrième variété: entorse par abduction, entorse interne, est beaucoup moins souvent observée que la précédente, précisément parce que le mouvement d'abduction et de rotation externe du pied est extrêmement limité dans les articulations médio-tarsienne et calcaneéo-astragaliennes, qui sont les complémentaires de la jointure tibio-tarsienne pour l'abduction. Ces articulations ne cédant point, la violence extérieure ne perd rien de sa force et « transforme promptement le pied en une tige inflexible au moyen de laquelle les efforts exercés à son extrémité sont transmis aux deux montants de la mortaise articulaire » (Maisonneuve). C'est alors la fracture du péroné qui se produit.

Cependant l'abduction et la rotation de la pointe du pied en dehors peuvent donner l'entorse dans deux conditions différentes :

1° Le pied est porté dans l'abduction franche, l'effort se fait d'abord sentir sur le ligament calcanéo-astragalien qui se déchire partiellement, puis sur le ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne qui se rompt s'il n'arrache pas la malléole interne. Maisonneuve prétendait cet arrachement rare, mais Richet, Tillaux, Dunand déclarent qu'il se produit dans plus d'un tiers des cas. Or, lorsque ces ligaments seuls se déchirent, on a les lésions de l'entorse interne de Dupuytren.

2° Lorsque l'abduction est associée à la rotation de la pointe du pied en dehors, c'est la fracture du péroné par divulsion qui se produit; exceptionnellement cependant, l'os résiste et les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs cèdent; il y a un diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Dunand, à la suite d'une série d'expériences, est arrivé à cette conclusion que, l'abduction du pied coexistant avec une pression énergique exercée de haut en bas sur le tibia, est la meilleure condition pour produire expérimentalement le diastasis.

En résumé les mouvements forcés d'adduction et de rotation interne aboutissent communément à l'entorse, ceux d'abduction et de rotation externe donnent ordinairement la fracture du péroné. Or, les premiers distribuent l'effort sur plusieurs points, les autres au contraire le concentrent sur un seul. C'est peut-être là la seule cause de la différence des résultats.

Causes. — Les chutes sur les pieds, les faux pas sur un sol inégal, sont les causes ordinaires de l'entorse; quelquefois le pied se trouve subitement immobilisé, fixé entre deux pavés par exemple, pendant que la jambe, suivant l'impulsion du corps, est entraînée en dedans ou en dehors. Ailleurs un blessé sera renversé, et la violence extérieure agissant sur le pied le portera violemment dans un sens où la jambe ne pourra le suivre. Ces causes sont communes à toutes les variétés d'entorses.

L'entorse par extension succède plus particulièrement aux chutes en arrière; le talon de la chaussure restant accroché au bord d'un trottoir ou sur la marche d'un escalier, elle se voit encore lorsque le pied engagé sous un corps pesant est empêché de suivre le renversement du tronc en arrière.

Les causes prédisposantes sont une laxité articulaire anormale, l'existence d'entorses antérieures laissant après elles une fragilité plus grande des moyens d'union articulaires, les déviations du membre inférieur, comme celles du *genu valgum* ou les attitudes vicieuses occasionnées par des lésions du genou, de la hanche, etc.

Des diverses variétés d'entorses, l'entorse externe (par adduction) est de beaucoup la plus fréquente, dans la proportion de 12 à 1 chez l'homme et de 5 à 1 chez la femme (Dupuytren). Dupuytren expliquait la rareté relative de l'entorse interne par ce fait que, dans le renversement du pied en dehors, le corps se porte en dedans, du côté de l'autre membre qui supporte le poids et empêche la chute. Il attribuait encore la plus grande fréquence de l'entorse externe à la prédominance des muscles adducteurs sur les abducteurs.

Bonnet pense que la raison de la fréquence de l'entorse externe doit être recherchée dans la disposition anatomique suivante: la face supérieure de l'astragale présente une obliquité constante de haut en bas et de dedans en

dehors. Dès lors le poids du corps a plus de tendance à se porter en dehors qu'en dedans du pied, et ce mouvement est encore favorisé par cette circonstance que l'adduction est bien plus facile et bien plus étendue que l'abduction. Nous nous sommes déjà expliqué en traitant du mécanisme sur les causes qui nous paraissent occasionner la plus grande fréquence de l'entorse externe, nous n'y reviendrons donc point.

Symptômes. — Outre les symptômes communs à toutes les entorses, douleur, gonflements, ecchymose, gêne des mouvements, les entorses du pied présentent, suivant le siège des lésions, certaines particularités que je signalerai seulement ici.

L'entorse qui succède à l'adduction forcée s'accompagne d'un point douloureux maximum siégeant immédiatement au-devant de la malléole externe. Souvent aussi la pression est pénible, mais à un moindre degré au niveau de l'interligne scapho-astragalien. Le mouvement d'adduction est très douloureux, l'ecchymose siége à la partie externe du pied et sur le trajet des péroniers.

L'entorse interne est caractérisée par la localisation de la douleur au-dessous de la malléole interne ou à sa pointe. L'ecchymose souvent étendue à toute la région interne du pied présente à ce niveau sa coloration la plus foncée. Le mouvement d'abduction du pied est seul douloureux, la flexion et l'extension peuvent généralement se faire sans peine.

La douleur qui accompagne le diastasis est réveillée par la pression exercée sur l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Le gonflement qui accompagne la déchirure ligamenteuse peut être limité à cette région (Blum). Enfin, on peut dans quelques cas imprimer au péroné, saisi entre deux doigts, des mouvements d'avant en arrière qui s'accompagnent de craquements provoqués par le frottement de cet os contre le tibia. Dunand, chez un malade observé dans le service de Tillaux, put engager la pulpe du doigt entre l'astragale et la malléole externe, écartant ainsi notablement la mortaise.

L'entorse médio-tarsienne donne lieu à une tuméfaction d'abord localisée sur le dos du pied au niveau de l'attache du muscle pédieux. Les points douloureux sont aux deux extrémités de l'interligne articulaire, immédiatement en arrière du tubercule du scaphoïde, et à un travers de doigt en arrière et au-dessus de la saillie du 5^e métatarsien. La rotation du pied sur son axe est particulièrement douloureuse, et si la position du pied à plat sur le sol ou même la marche ne sont point impossibles, la moindre inégalité du terrain qui élève ou abaisse un des côtés du pied provoque de vives souffrances.

Diagnostic. — Reconnaître si le mouvement forcé s'est borné à produire des déchirures ou des désinsertions ligamenteuses, ou bien s'il a amené l'arrachement d'une malléole, constitue le seul point quelquefois très délicat du diagnostic (voy. *Fractures*).

La luxation des tendons des péroniers latéraux, décrite par Jarjavay, est signalée par Blum comme devant être différenciée de l'entorse. Cette luxation des tendons, qui ne sera souvent qu'une complication de l'entorse, se reconnaîtra à la saillie formée par les cordes tendineuses sorties de leurs gaines.

Les entorses légères du pied guérissent généralement vite, et quelques jours de repos suffisent pour permettre aux malades de se servir de leur pied.

Mais lorsque les lésions sont plus étendues et que le malade veut reprendre ses occupations, il n'est pas rare de voir survenir des accidents tenaces et douloureux. A la fin de la journée, la région du cou-de-pied se tuméfie, devient douloureuse, les mouvements sont gênés et la marche pénible. Cet état de chose peut persister fort longtemps et aboutir à des arthrites chroniques et à des raideurs définitives. Je ne parlerai pas de la complication possible au pied comme ailleurs de tuberculose articulaire, mais je dois mentionner le fait suivant : pour Terrillon l'entorse médio-tarsienne pourrait être considérée comme une cause d'arthrite chronique de cette articulation provoquant l'ensemble des symptômes de la maladie désignée sous le nom de tarsalgie des adolescents.

VII

ENTORSE DU GENOU

L'entorse du genou, la plus fréquente après l'entorse du pied, est aujourd'hui bien connue. Après les pages consacrées par Bonnet à ce sujet nous citerons les travaux de :

JARJAVAY, Thèse de Ficatier, Paris, 1878. — SEGOND, *Progrès médical*, 1879. — THÉVENOT, Thèse de Paris, 1866. — HENNART, Thèse de Paris, 1874. — NOULIS, Thèse de Paris, 1875.

Anatomie pathologique. — La plupart des auteurs qui ont répété les expériences de Bonnet ont pensé comme lui que les lésions de l'entorse succédaient soit aux mouvements d'extension forcée du genou, soit à l'inflexion latérale en dedans ou en dehors de la jambe étendue sur la cuisse. Lorsque le sujet n'était pas un vieillard (une fracture des extrémités articulaires survient presque fatalement chez les sujets âgés), ils obtenaient par l'extension forcée : l'arrachement des ligaments croisés, la déchirure du ligament postérieur et plus rarement l'arrachement des ligaments latéraux à leur insertion fémorale. Par l'inflexion latérale de la jambe étendue sur la cuisse (adduction ou abduction), ils provoquaient la rupture de l'un des ligaments latéraux, d'une partie du ligament postérieur et de l'un ou des deux ligaments croisés.

Pour Bonnet et ceux qui ont rapporté ses expériences, les mouvements de rotation imprimés à la jambe ne donnaient point naissance aux lésions de l'entorse, mais déterminaient une fracture de jambe à la partie moyenne ou bien la dislocation de l'articulation tibio-tarsienne, à l'exclusion de tout désordre dans la jointure fémoro-tibiale. Segond est d'un tout autre avis. Si Bonnet a constamment dans ses expériences provoqué la fracture, c'est qu'il agissait sur le pied d'un cadavre pour porter la jambe en rotation. Il ne tenait ainsi aucun compte de la contraction instinctive des muscles de la jambe qui sur le vivant soutient le squelette, amène une véritable ankylose physiologique de l'articulation tibio-tarsienne et permet aux mouvements imprimés au pied d'être transmis au genou.

Pour Segond l'entorse succède au contraire habituellement à des mouvements de rotation, car les arrachements ligamenteux produits par l'extension forcée nécessitent une force considérable dont les effets se limitent bien rarement aux simples lésions de l'entorse et, d'autre part, l'inflexion latérale de la jambe

qui provoque la rupture des ligaments périphériques (lésion appartenant à l'entorse) est immédiatement suivie de rotation forcée de la jambe. Les désordres observés dans ce dernier cas appartiennent dès lors à l'entorse du genou par rotation.

Segond a étudié les conséquences des mouvements de rotation en dedans et en dehors imprimés à la jambe dans différentes attitudes : la jambe étant modérément fléchie, ou au contraire pliée à son maximum comme dans les chutes provoquées par un faux pas. L'état de flexion maximum de la jambe sur la cuisse avec rotation du pied dans un sens ou dans l'autre est la position la plus favorable à la production des entorses du genou, c'est aussi celle que l'on observe communément. Le blessé tombe la jambe engagée sous la cuisse et le pied est violemment tourné en dedans ou en dehors. A la suite d'un semblable accident, la localisation des lésions à la région interne ou externe du genou dépend de la situation du talon en dedans ou en dehors de l'axe fémoral et le sens dans lequel se fait la rotation de la jambe n'a pas d'importance. Lorsque le talon, maintenu fléchi sous la cuisse, est en dehors de l'axe fémoral, les lésions seront toutes à la partie interne du genou. Le talon est-il engagé sous la cuisse et placé en dedans de l'axe fémoral, c'est la région externe qui sera le siège des désordres. Dans le premier cas on constate l'arrachement de l'insertion fémorale du *ligament latéral interne*, la désinsertion des attaches supérieures de l'un ou des deux ligaments croisés, la rupture du ligament adipeux. Dans le second, en même temps que l'arrachement des ligaments croisés et adipeux, on trouve la rupture du *ligament latéral externe* et l'arrachement d'une *bandelette osseuse de dimension variable* (de 5 à 10 millimètres de profondeur) *située sur la marge de la tubérosité externe du tibia*, immédiatement en arrière du tubercule de Gerdy. Cette lésion est produite par la distension extrême d'un groupe de fibres nacrées et résistantes qui dépendent de l'aponévrose fémorale et forment la partie antéro-externe du surtout fibreux péri-articulaire. Ces fibres s'attachent sur le tubercule d'insertion du muscle jambier antérieur et en arrière de lui sur la marge de la tubérosité externe du tibia. L'arrachement de la parcelle osseuse sur laquelle ces fibres s'implantent ouvre les aréoles du tissu spongieux tibial au niveau du cul-de-sac formé par l'union du cartilage semi-lunaire externe avec la synoviale et, par cette voie accidentelle, le sang qui irrigue l'épiphyse s'épanche dans la cavité articulaire (voy. fig. 1).

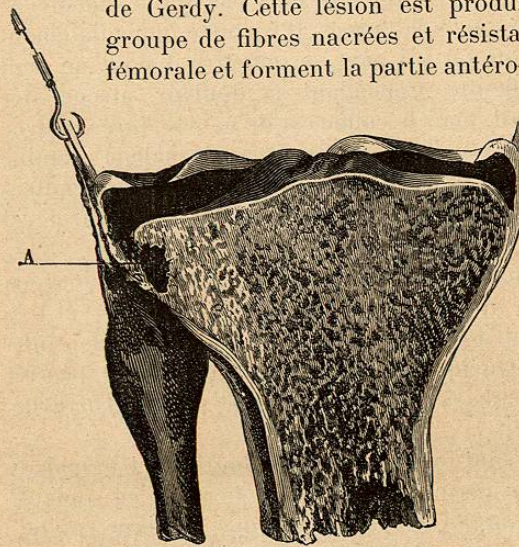


FIG. 1. — Entorse du genou.

A. Arrachement d'une bandelette osseuse sur la tubérosité externe du tibia. (Segond.)

On peut observer les mêmes désordres localisés à la partie externe de la jointure, à la suite d'un mouvement forcé de rotation en dedans, imprimé à la jambe demi-fléchie. Mais le fait est plus rare.

La rotation de la jambe combinée avec la flexion peut donc provoquer l'entorse du genou.

Je ne ferai que signaler une opinion émise par Jagu. Pensant qu'on n'accorde jamais assez d'attention à l'influence de la contraction musculaire, il suppose que le faisceau moyen du tendon du demi-membraneux qui s'engage sous le ligament latéral interne pour aller s'insérer sur la tubérosité tibiale interne pourrait bien dans un effort brusque se tendre, se raccourcir et faire sauter le pont fibreux représenté par le ligament sous lequel il s'engage. Mais Jagu ne donne aucune preuve à l'appui de son hypothèse (1).

Pour finir cette étude anatomo-pathologique, il me reste à signaler la déchirure fréquente de la synoviale articulaire sur les parties latérales de la jointure et à indiquer les sources de l'épanchement sanguin qui complique bien souvent l'entorse du genou. Le sang s'écoule probablement des aréoles du tissu spongieux ouvertes au niveau du tubercule de Gerdy et au niveau des insertions des ligaments croisés arrachés. La rupture du ligament adipeux peut aussi donner lieu à une hémorragie intra-articulaire, car ce ligament contient quelques ramuscules vasculaires.

Enfin les désordres anatomiques n'intéressent pas toujours et forcément l'intérieur de l'articulation. Noulis, faisant une autopsie d'entorse du genou, trouva le ligament externe déchiré, un abondant épanchement sanguin dans les interstices musculaires et l'articulation absolument intacte. Des ruptures musculaires portant notamment sur les muscles de la patte-d'oie ont été constatées par Sédillot, ainsi que des épanchements plus ou moins abondants dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Symptômes. — C'est généralement à la suite d'un faux pas que le malade est tombé sur la jambe fléchie et engagée sous la cuisse. Il éprouve immédiatement une douleur vive, ne peut se relever ou s'il peut se remettre debout ne peut marcher qu'avec une extrême difficulté. Cependant la douleur, atroce, des premiers instants s'apaise petit à petit, mais le calme est de courte durée et avec le gonflement de la jointure réapparaissent les souffrances. Le malade examiné à ce moment peut quelquefois indiquer un point douloureux maximum; d'autres fois et plus souvent la douleur est diffuse, occupe toute la jointure et est réveillée par le moindre mouvement.

A la palpation, on trouve presque constamment deux points douloureux situés de chaque côté de la jointure au niveau de l'interligne articulaire et très souvent aussi un point extrêmement douloureux au niveau de l'insertion inférieure du ligament latéral interne. Quelquefois encore la pression est pénible immédiatement en arrière du tubercule de Gerdy, là où s'est produit l'arrachement osseux que Segond a signalé.

Presque toujours les mouvements sont extrêmement douloureux et le malade se raidissant au moindre contact ne permet guère de rechercher en quoi ils peuvent être modifiés. Cependant Lemoine (2) regarde comme un signe capital, pathognomonique de l'entorse avec rupture du ligament latéral interne, la possibilité de porter la jambe en dehors, de façon qu'elle fasse avec la cuisse un angle à sinus externe. On reconnaît en même temps par cette manœuvre l'existence anormale d'un mouvement de latéralité très accentué.

(1) JAGU, Thèse de Paris, 1885.

(2) LEMOINE, Thèse de Paris, 1880.

La douleur spontanée et réveillée par la pression sur certains points, un gonflement limité et l'impotence fonctionnelle peuvent être les seuls symptômes de l'entorse du genou. Mais l'épanchement sanguin intra-articulaire est tellement fréquent qu'il peut en être considéré comme un des symptômes habituels.

Lorsque cette complication se produit, le gonflement de la jointure, presque toujours considérable, est rapide et brusque; il peut acquérir son maximum de développement en vingt ou vingt-cinq minutes (Segond); en tous cas, il remplit la jointure dans la journée. La jambe se met alors en demi-flexion sur la cuisse, position qui répond à la plus grande capacité de l'articulation et toute tentative d'extension fait saillir les culs-de-sac et provoque des souffrances.

La quantité moyenne de l'épanchement est d'environ 80 à 100 grammes. Lorsqu'on l'extrait par ponction, il est souvent mélangé à quelques gouttelettes huileuses.

En explorant la jointure ainsi distendue, on peut ne pas trouver le choc rotulien, mais la fluctuation des culs-de-sac est évidente; on rencontre en même temps la crépitation neigeuse, propre aux épanchements sanguins. Ailleurs on trouvera une sorte de fluctuation pâteuse, surtout si la lésion est vieille de quelques jours.

Ces différentes sensations fournies par la palpation sont en rapport avec les modifications subies par l'épanchement. Le sang, à mesure qu'il tombe dans la jointure, abandonne un coagulum, qui se loge dans les anfractuosités articulaires ou nage au milieu de la sérosité sanguine. Cette coagulation immédiate du sang épanché est établie par les expériences de Poncet (1), de Noulis, de Riedel, de Volkmann (2); nous avons aussi vérifié le fait et nous nous sommes assuré, grâce aux expériences de notre ami Brasse (3), que le liquide extrait par ponction quelques heures après la production d'une hémarthrose (liquide qui a toutes les apparences du sang veineux normal) n'était autre chose que du sang défibriné. La position fréquente du coagulum dans le cul-de-sac supérieur de l'articulation explique la sensation de corps mou, spongieux, que donne la palpation de cette région.

Quelquefois la marche de l'affection est toute différente; le gonflement du genou ne se produit que lentement; ne commence à se dessiner qu'au bout de vingt-quatre heures et n'atteint son maximum qu'au bout de deux ou trois jours. C'est qu'alors la synoviale irritée se distend par hydarthrose, une faible quantité de sang est tombée dans la jointure au moment où elle a été violente, et l'épanchement est hydrohématique.

Je ne dirai rien du *diagnostic* de l'entorse du genou parce que cette affection ne saurait être confondue avec les fractures des extrémités inférieure du fémur ou supérieure du tibia, ni même avec les fractures de la rotule qui ont une tout autre physionomie. La question plus délicate qui se pose habituellement en présence d'une entorse du genou compliquée d'épanchement est de savoir si l'on a affaire à une hydarthrose ou à une hémarthrose. L'hémarthrose se reconnaîtra, ainsi que nous l'avons indiqué, aux caractères spéciaux de la fluctuation et surtout à la rapidité, à la brusquerie qui préside à son apparition.

Le *pronostic* doit toujours être réservé. Si l'entorse simple peut guérir en trois ou quatre semaines, bien des faits démontrent qu'une rupture du ligament

(1) PONCET, *Mémoire de Segond*.

(2) Cités par Lacronique. Thèse de Paris, 1881.

(3) NÉLATON et BRASSE, *Bulletin médical*, 1888, p. 1520.

latéral interne peut laisser des mouvements étendus de latéralité; il faut alors craindre une faiblesse persistante de l'articulation et une tendance à la reproduction de l'entorse sous l'influence des moindres efforts.

La résolution de l'hémarthrose est très lente; une autopsie faite par Nicaise ⁽¹⁾ montre des caillots fibrineux non résorbés quatorze mois après l'accident initial, et la persistance de ces caillots sanguins dans les culs-de-sac entraîne des phénomènes douloureux interminables qui entravent les mouvements ou s'opposent à une marche un peu prolongée. Hennard cite l'observation d'un garçon, excellent marcheur qui, cinq ans après une entorse du genou, se trouvait dans l'impossibilité de faire une course d'une demi-heure. Enfin si, dans le plus grand nombre des cas, les fonctions de la jointure sont presque complètement récupérées, ce n'est souvent qu'au bout de trois, quatre ou six mois.

Traitement. — Le traitement de l'entorse simple non compliquée d'épanchement consiste à immobiliser la jointure et au bout d'une dizaine de jours à la masser. Cette immobilisation sera rigoureusement maintenue pendant cinq ou six semaines, au moyen d'un appareil plâtré, si une rupture du ligament latéral interne existe (Lemoine).

Lorsque l'entorse se complique d'hémarthrose, il faut immédiatement vider la jointure par une ponction antiseptique. Ce mode de traitement proposé par Jarjavay dès 1865, soutenu dans les thèses de Thévenot, de Ficatier, etc., fut assez vite adopté par Broca, Voillemier, Labbé, malgré l'opposition de la Société de chirurgie fâcheusement impressionnée par une intervention malheureuse de Dubreuil. Segond préconisa de nouveau la ponction dans son mémoire de 1879, et depuis lors un grand nombre de thèses ont été consacrées à la vulgarisation des bons effets de cette méthode. En évacuant l'épanchement sanguin par la ponction capillaire antiseptique, on permet à la jointure de reprendre rapidement (trois semaines, un mois) ses fonctions si longues à revenir lorsqu'on employait la méthode ancienne, aujourd'hui abandonnée par la plupart.

L'immobilisation, l'application des révulsifs ou la compression ouatée autour de l'articulation, qui représentaient cette méthode ne sont donc plus employées que dans les cas d'hydarthrose consécutive à l'entorse. Encore est-il bien certain que si l'épanchement séreux est abondant, le mieux est de l'évacuer.

La jointure une fois vidée devra être soigneusement immobilisée et comprimée pendant plusieurs semaines. Il est rare qu'un épanchement séreux de médiocre abondance ne se produise pas au bout de quelques jours, mais il se résorbe spontanément sous la compression et ne nécessite que rarement une nouvelle évacuation. On cite comme exceptionnels les cas où l'on dut recourir à 20 et 25 ponctions successives ⁽²⁾.

Dans ces derniers temps on a fait suivre la ponction antiseptique de lavages articulaires à l'eau phéniquée à 2 pour 100 ou au sublimé à 1/2 pour 1000. Bondesen, dans un travail récent, nous donne la comparaison des résultats de ce mode de traitement avec ceux des anciens procédés :

62 malades ont été traités avant l'antisepsie par la compression, la glace, etc. Depuis, 57 ont été ponctionnés. La moyenne des journées de traitement est de trente-huit jours pour les 62 de la première catégorie, de vingt-deux pour les 57

⁽¹⁾ NICAISE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 750.

⁽²⁾ BOSSET, Thèse de Paris, 1884.

de la seconde. Des 57 ponctionnés, 49, soit 86 pour 100, sont sortis guéris complètement. Des 67 non ponctionnés, 59, soit 62 pour 100 seulement, ont été complètement guéris ⁽¹⁾.

CHAPITRE III

LUXATIONS

Les luxations commencent à être assez bien connues aujourd'hui pour qu'il me soit impossible d'écrire un chapitre de généralités sur des déplacements qui diffèrent absolument les uns des autres. Ni le mécanisme, ni l'anatomie pathologique, ni les symptômes, ni le traitement des différentes luxations ne se ressemblent. Rapprocher les signes et les désordres anatomiques de la luxation du coude, des symptômes et des lésions de la luxation du genou, comparer même les symptômes et les désordres de la luxation de l'épaule à ceux de la luxation de la hanche (bien que pareille étude ait été faite par un homme éminent) ne nous paraît pas autre chose qu'un exercice de l'esprit, une dissertation à propos des luxations qui pourra être plus ou moins ingénieuse, mais qui restera à coup sûr sans aucune portée pratique, puisque l'étude des luxations a pour but : 1° de nous permettre de bien reconnaître chacune d'elles et 2° de bien traiter chacune d'elles.

Pour le diagnostic aussi bien que pour le traitement, ce n'est pas d'une connaissance vague sur les caractères des déplacements articulaires dont nous avons besoin, mais d'une indication nette spéciale à chaque jointure.

Je n'en veux qu'un exemple : Puis-je traiter une luxation du pouce en arrière d'après une méthode applicable à la réduction des luxations de la hanche ou du coude, puis-je traiter une luxation de la hanche par un procédé applicable aux luxations de la mâchoire ou du poignet? Évidemment, si l'on tient absolument à la comparaison, il y a toujours un os déplacé, une capsule trouée, une cavité articulaire vide et des muscles contracturés. Mais quant à tirer de cette comparaison une notion utile pour le diagnostic ou le traitement, cela me paraît absolument impossible.

Je ne puis donc étudier d'une façon générale le mécanisme, l'anatomie pathologique, les symptômes ni le traitement.

Des causes, qu'y a-t-il à dire d'une façon générale, si ce n'est que les luxations sont produites par des violences extérieures agissant directement ou indirectement, ou par la contraction musculaire seule?

Un seul paragraphe me semblerait pouvoir être retenu pour une étude générale : c'est celui qui a trait à la recherche du rôle respectif des muscles et des ligaments dans les luxations. Mais je crois que ce rôle varie beaucoup aussi suivant les dispositions anatomiques de chaque jointure, et je me bornerai à indiquer ce rôle dans l'étude de quelques luxations où il a été particulièrement recherché.

⁽¹⁾ BONDESEN, *Analyse. Revue d'Hayem*, vol. XXXI, p. 226.