

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.

I

LUXATIONS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

NÉLATON, Pathologie chirurgicale, t. II, p. 506, 1^{re} édit. — MAISONNEUVE, Clinique chirurgicale, t. I, 1865. — MATHIEU, Arch. gén. de méd., t. II, 1868, p. 129. — FARABEUF, Bull. de la Soc. de chir., 1886, p. 757. — A. BROCA, Gaz. hebdom., 1886, p. 758.

Les luxations de la mâchoire inférieure ne sont pas fréquentes et entrent dans une proportion de 4 pour 100 environ dans la statistique générale des luxations. Elles se produisent en avant dans l'immense majorité des cas. Il existe dans la science deux observations de luxations en dehors (Robert, Neiss) et une seule de luxation en arrière accompagnée d'un enfoncement de la paroi antérieure du conduit auditif. Les luxations antérieures sont bilatérales ou unilatérales; les premières sont les plus communes de beaucoup.

Étiologie. — La luxation du maxillaire inférieur se rencontre surtout chez la femme et vers l'âge moyen de la vie; elle est exceptionnelle chez l'enfant et rare chez le vieillard. La faiblesse musculaire, la laxité des ligaments et surtout l'affaiblissement de la capsule par une luxation antérieure ou par l'arthrite sèche sont les conditions qui y prédisposent. Les causes occasionnelles sont un abaissement forcé de la mâchoire inférieure imposé soit par une violente contraction musculaire, soit par un traumatisme. Dans le premier cas la luxation succède au bâillement, au rire, à l'éternuement, au vomissement. Une jeune femme se présente un jour à la clinique de Dupuytren avec une luxation qu'elle s'était produite la veille en bâillant. Le chirurgien la réduisit immédiatement en présence des élèves; cette femme éprouva une telle joie qu'elle se mit à rire: à l'instant la luxation se reproduisit. Les convulsions de l'éclampsie, de l'épilepsie, sont aussi une des causes souvent notées dans l'étiologie de la luxation.

Les causes mécaniques sont: toutes les violences extérieures, chute, coup sur le menton, etc. A. Bérard a vu cette luxation produite chez une malade pendant qu'on la retournait dans son lit, l'angle de la mâchoire ayant été accroché dans ce mouvement. On l'a observée à la suite de l'avulsion d'une dent, pendant un examen laryngoscopique (Guinier); chez un aliéné que l'on voulait faire manger de force et dont on fermait violemment la bouche, et enfin chez un homme qui mordait dans une poire (Pamard).

Anatomie pathologique. — La synoviale est déchirée en avant, et au-dessous du ménisque à moins qu'elle ne soit pathologiquement agrandie. On a rencontré cette dernière disposition dans deux autopsies (Nélaton, Périer). Pour produire la luxation expérimentalement, il faut couper la synoviale en avant et au-dessous du ménisque.

Le condyle porté en avant a franchi la crête de la racine transverse, et il appuie directement par sa face postérieure sur le plan incliné ascendant que cette racine présente. En même temps l'apophyse coronoïde est abaissée et portée en avant. Sa situation est variable: elle accroche le tubercule malaire du maxillaire supérieur, arc-boute contre la face postérieure de l'os malaire ou ne le touche point. Les ligaments postérieurs stylo et sphéno-maxillaires sont tendus par le mouvement d'abaissement et de répulsion de la mâchoire.

Physiologie pathologique. — Le mécanisme de la luxation de la mâchoire inférieure a été et est encore fort discuté; je crois qu'on peut aujourd'hui en présenter une conception simple qui correspond à la réalité des choses.

Mais avant d'exposer ce mécanisme, il me paraît nécessaire d'établir un point primordial: c'est que pour que la luxation de la mâchoire inférieure puisse se produire, il faut que le jeu physiologique du ménisque inter-articulaire soit détruit.

Le rôle de ce ménisque est en effet de permettre au condyle du maxillaire de se porter en avant en passant sous l'apophyse transverse sans se luxer lorsque la bouche s'ouvre, et de rétrograder en rentrant dans la cavité glénoïde lorsque la bouche se ferme.

Regardez une articulation temporo-maxillaire ouverte par un trait de scie antéro-postérieur, vous verrez dans le mouvement d'abaissement du menton le ménisque précéder le condyle sous l'apophyse transverse et vous verrez bientôt si le mouvement d'abaissement du menton continue la partie antérieure de la capsule et le ménisque limiter par leur tension ce mouvement d'abaissement.

C'est qu'en effet le ménisque s'attache en arrière presque perpendiculairement à une forte bandelette fibro-élastique qui se porte de la scissure de Glaser à la face postérieure du col du condyle. Pendant le mouvement d'abaissement ce ligament fibro-élastique est tendu au maximum dans sa partie supérieure et il arrête l'excursion du condyle en avant.

Regardez encore ce qui se passe au moment où vous élevez le menton pour fermer la bouche. Vous verrez aussitôt le ligament, grâce à son élasticité, qui dans ce mouvement peut se satisfaire, ramener en arrière le ménisque et avec lui le condyle par une sorte de mouvement de sonnette automatique.

En un mot, la disposition anatomique de l'articulation temporo-maxillaire est telle qu'au moment où la bouche s'ouvre, les muscles abaisseurs du menton font passer en avant de l'apophyse transverse le ménisque et le condyle en distendant le ligament postérieur du ménisque. Dès que la contraction des abaisseurs du menton cesse, le ménisque et le condyle sont ramenés en arrière par l'élasticité de ce ligament.

Il faut donc pour que la mâchoire se luxe que les connexions avec le ménisque soient perdues.

Or les connexions du ménisque avec le condyle se perdent de deux façons:

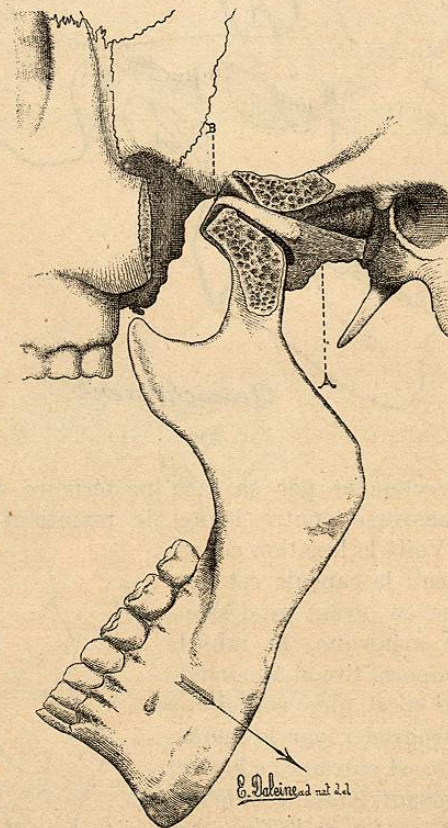


FIG. 2. — Abaissement forcé du maxillaire inférieur sur une pièce anatomique. — Le condyle est au-devant de la racine transverse, en B on voit l'insertion du ménisque sur la partie antérieure de la capsule, en A est l'insertion du ménisque sur le fort ligament gléno-maxillaire. La portion inférieure de ce ligament est relâchée, la supérieure tendue au maximum.

1° une violence extérieure agit en abaissant le menton de telle sorte que le condyle rompt la capsule en avant au-dessous

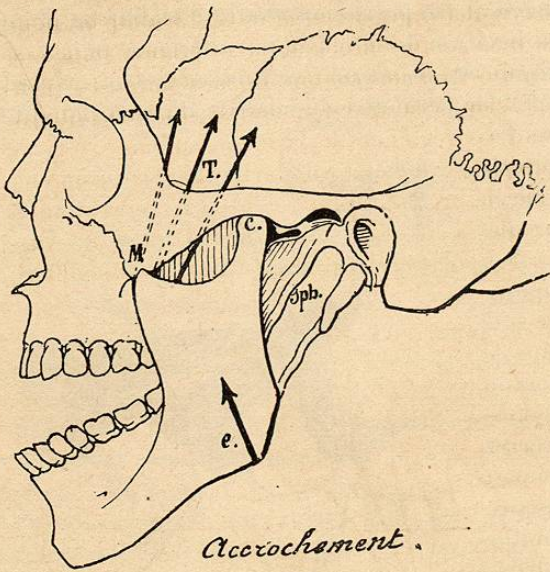


FIG. 3.

du ménisque et s'échappe par la déchirure ainsi faite; ou bien 2° la capsule articulaire est élargie par des violences répétées ou par un état pathologique antérieur qui permet au condyle de s'avancer dans la portion sous-méniscoïdale de la capsule sans entraîner le ménisque avec lui (1°).

Dans ces deux alternatives, la luxation peut se produire et voici par quels mécanismes :

Mécanisme. — Dans un mouvement forcé d'abaissement de la mâchoire, le condyle distend la partie antérieure de la capsule articulaire et la rompt au-dessous du ménisque. Par cette déchirure le condyle s'échappe et vient appuyer

directement par sa face postérieure sur le versant antérieur de l'apophyse transverse contre lequel le maintient la contraction des élévateurs.

Voilà la luxation constituée : la capsule est rompue en avant au-dessous du ménisque, le muscle temporal tire et le condyle qui n'est plus sollicité à rétrograder par le ménisque, est entraîné en haut et en avant, glissant sur le versant antérieur de l'apophyse transverse. Il est bientôt arrêté dans ce mouvement.

Voici les trois causes de cet arrêt :

1° L'apophyse coronoïde dont le maxillaire est solidaire, est venue par cette préimpulsion s'accrocher au tubercule malaire en engageant sa pointe au-dessous de lui.

2° L'apophyse coronoïde, moins longue ou plus recourbée, ne s'accroche

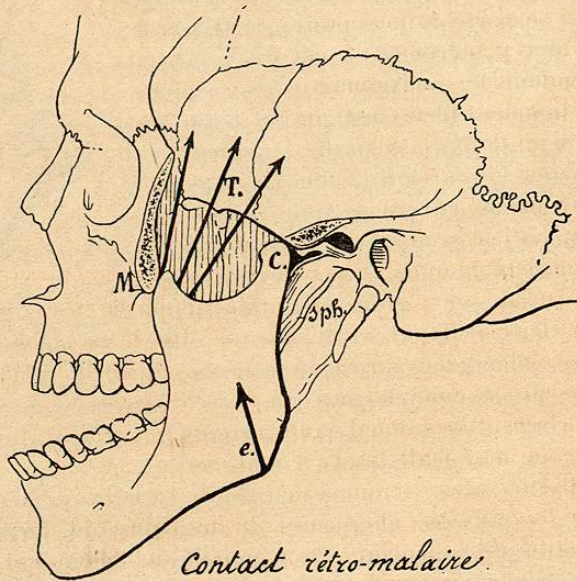


FIG. 4.

(1) Sur une pièce présentée par M. Périer à la Société de chirurgie le ménisque était

point, mais heurte et bute par la convexité de son bord antérieur contre l'arcade zygomatique.

3° L'apophyse coronoïde, plus courte ou plus recourbée encore, pourrait s'engager dans l'aire de l'arcade zygomatique, mais elle est arrêtée avec le maxillaire tout entier par une résistance postérieure, celle des ligaments sphéno-et stylo-maxillaires arrivés au maximum de leur tension. Cordes fibreuses inextensibles, ils opposent une force passive à la traction des muscles élévateurs.

En somme, le mécanisme pourrait se résumer de la façon suivante : A la suite d'un traumatisme, la partie antérieure de la capsule articulaire est rompue, le condyle du temporal s'échappe par la brèche, appuie contre le versant antérieur de l'apophyse transverse, et voilà la luxation constituée (1^{er} temps). Aussitôt la contraction du muscle temporal porte en haut et en avant, l'os maxillaire

inférieur tant qu'il peut, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il soit arrêté soit par la résistance antérieure des contacts osseux (coronoïde contre os malaire), soit par la tension postérieure des ligaments stylo et sphéno-maxillaires qui ne rompent point et empêchent la mâchoire de s'avancer plus loin (2^e temps).

Ce mécanisme en deux temps paraît fort simple, et il semble que nous puissions répéter ce que nous disions dans la première édition de ce traité, à savoir qu'il y a deux choses à distinguer dans la luxation de la mâchoire :

1° La permanence du déplacement du maxillaire due comme pour toute autre luxation à ce que le condyle, sorti de sa capsule articulaire, est maintenu contre le plan incliné que lui présente l'apophyse transverse par la contraction des muscles élévateurs, et 2° l'attitude fixe de la mâchoire bouche béante, abaissée et projetée en avant, qui est la conséquence immédiate du déplacement et de dispositions anatomiques qui peuvent varier.

Cela est absolument vrai, je crois, pour la luxation traumatique avec déchirure de la capsule, mais n'oublions pas que nous ne possédons qu'une seule autopsie nous montrant cette rupture capsulaire. N'oublions pas que, à l'inverse, nous avons deux autopsies sans déchirure de la capsule; que, d'autre part, la luxation de la mâchoire se voit habituellement à la suite d'un bâillement, d'un rire, d'une contraction physiologique exagérée en un mot, et qu'il est fort

détruit par arthrite sèche dans son tiers antérieur, il n'exerçait plus son rôle physiologique et la luxation se produisait avec une facilité extrême (Bull. de la Soc. de chir., 1878, p. 224).

Sur une pièce préparée par Nélaton et qui est au musée Dupuytren, on voit également un élargissement considérable de la portion sous-méniscoïdale de la capsule non déchirée.

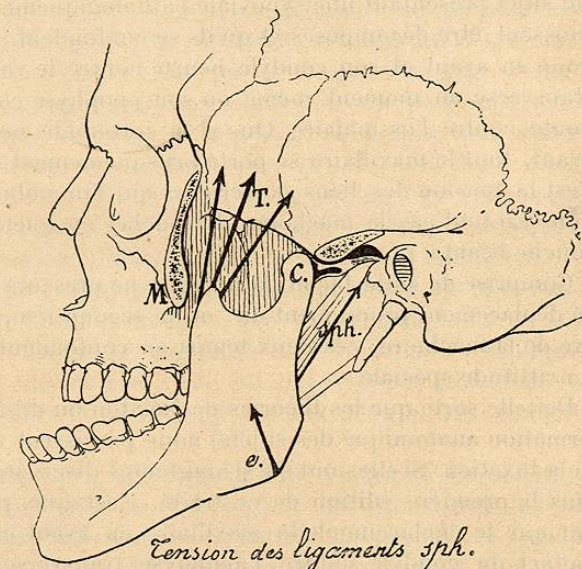


FIG. 5.