

méprendre, les arthropathies vraies, et avant l'application des anesthésiques au diagnostic de ces maladies, on a souvent confondu avec la coxalgie les contractures douloureuses des muscles de la hanche.

Quelle que soit l'articulation affectée, du moment que l'ensemble des symptômes laisse quelques doutes dans l'esprit, relativement à l'existence d'une arthropathie vraie, on devra donc soumettre le malade à l'action des anesthésiques (chloroforme ou éther), qui, en supprimant la rigidité musculaire, permettront de juger si l'articulation jouit de tous ses mouvements, s'il n'existe pas de craquements, etc. Ce mode d'exploration est d'autant plus utile, que souvent il suffira de le mettre en pratique une seule fois pour faire disparaître complètement tous les symptômes, s'il s'agit d'une simple contracture.

Si cependant l'emploi des anesthésiques était contre-indiqué pour une cause quelconque, le diagnostic pourrait dans certains cas être établi par l'étude attentive des symptômes. La douleur, avec ses caractères particuliers, l'absence de rougeur, de chaleur, de gonflement, les variations dans l'attitude et la longueur du membre, permettront souvent de reconnaître les contractures musculaires idiopathiques. L'âge, le sexe, l'état général du sujet, l'existence antérieure ou actuelle d'accidents hystériques, fourniront encore des éléments importants de diagnostic.

PRONOSTIC. — Il est peu grave, en ce sens que les mouvements de l'articulation se rétablissent en général complètement. Cependant la durée de la maladie est souvent fort longue, et chez certains sujets elle offre une grande tendance à récidiver.

TRAITEMENT. — Les névralgies articulaires reconnaissant pour causes ordinaires divers troubles de la santé générale, névroses, chloro-anémie, etc., la première indication est de combattre par un traitement général approprié ces divers états pathologiques. Les antispasmodiques, les toniques, les ferrugineux, l'hydrothérapie, les eaux minérales sulfureuses ou alcalines et gélatineuses, celles de Néris en particulier, trouveront ici leur application.

Brodie, Barwell, ont beaucoup insisté sur l'influence du traitement moral, qui peut réussir chez des sujets d'une grande impressionnabilité. Il faut, dans ces cas, relever leur courage, les engager à surmonter la douleur, à marcher, à se distraire.

Le traitement local est également d'une grande importance. Lorsque les douleurs sont très-vives, les applications calmantes et narcotiques, les injections sous-cutanées de morphine ou d'atropine, peuvent quelquefois triompher de la maladie. Mais, dans bien des cas, ces moyens, suffisants pour calmer la douleur, laissent persister la contracture musculaire. Le massage méthodique de la hanche est préconisé par Philippeaux, qui l'a employé avec succès dans plusieurs cas de coxalgie hystérique.

Mais, de tous les procédés thérapeutiques, celui qui réussit le plus

sûrement, est le redressement brusque et manuel du membre, aidé de l'anesthésie. On ne devra pas se contenter de corriger l'attitude vicieuse de l'articulation, mais il faudra lui faire exécuter des mouvements étendus, de manière à assouplir complètement les muscles contracturés.

Pour le membre inférieur, on pourra, à la suite de ces manœuvres, appliquer un appareil légèrement compressif qui permette au malade de marcher.

ARTICLE V.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES ARTICULATIONS.

Les lésions traumatiques qui peuvent affecter les articulations sont : 1° l'entorse; 2° la contusion; 3° les plaies; 4° les luxations.

§ 1^{er}. — Entorse.

On désigne sous le nom d'*entorse* (de *intorquere*) l'ensemble des effets produits sur les articulations par des mouvements forcés, résultant soit d'une violence extérieure, soit d'une contraction trop énergique des muscles. Parmi ces effets, les uns sont immédiats ou physiques, variant depuis le simple tiraillement des liens articulaires jusqu'à l'arrachement des ligaments, des muscles et de parcelles osseuses; les autres, consécutifs ou vitaux, sont l'inflammation et la douleur. Mais en même temps que ces lésions existent, la peau est saine et les surfaces articulaires conservent leurs rapports; il y a bien dans l'entorse un dérangement des surfaces articulaires produit par le mouvement forcé, mais ce déplacement est momentané, tandis que dans les luxations, même incomplètes, il est permanent.

SIÈGE. — La disposition anatomique des différentes articulations explique comment il se fait que quelques-unes sont très-sujettes à l'entorse tandis que d'autres en sont exemptes, ou à peu près. Ainsi les articulations énarthroïdiales, pourvues de capsules fibreuses assez lâches pour permettre de larges mouvements dans tous les sens, sont infiniment moins exposées aux désordres de l'entorse que les articulations ginglymoïdales, dans lesquelles les extrémités osseuses, serrées les unes contre les autres, sont maintenues dans leurs rapports normaux par de forts ligaments latéraux, qui sont fréquemment exposés à des tiraillements.

Bien que l'entorse puisse affecter la plupart des articulations, cependant l'entorse du pied est de beaucoup la plus fréquente; aussi est-elle la mieux connue et sert-elle ordinairement de type pour la description de la maladie.

ÉTIOLOGIE. — L'entorse est plus fréquente chez l'adulte et surtout chez le vieillard que chez l'enfant, ce qui s'explique par l'élasticité plus grande de tous les tissus chez ce dernier. On a dit que la constitution lymphatique et scrofuleuse, en amenant un relâchement des ligaments et des

muscles, prédisposait à l'entorse; mais le fait est loin d'être prouvé. On doit au contraire admettre comme cause prédisposante incontestable, l'existence antérieure d'une entorse qui place l'articulation dans des conditions favorables à la reproduction de l'accident, sous l'influence de la cause la plus légère.

Les entorses peuvent se produire de deux manières différentes. Quelquefois, mais cela est rare, elles ont pour cause déterminante une contraction musculaire exagérée : au genou, par exemple, l'entorse peut résulter d'un mouvement de flexion forcée; pour les vertèbres cervicales, on l'a vue déterminée par une rotation brusque et violente du cou. Le plus souvent les lésions ont pour point de départ une violence extérieure agissant sur l'articulation, pendant un mouvement de flexion ou d'extension. Ce choc a pour résultat d'outrepasser les limites du mouvement normal. Parmi ces entorses évidemment traumatiques, les unes sont produites simplement par une violence extérieure : celle de la hanche, par exemple, reconnaît pour cause une chute dans laquelle les cuisses sont violemment écartées l'une de l'autre (ce que l'on appelle vulgairement faire le grand écart); celle du poignet peut être déterminée par une chute sur la main préalablement étendue ou fléchie.

L'entorse du pied est produite par une cause complexe qui explique la fréquence de cette affection : dans un faux pas, le pied se tourne en dedans, ou le plus souvent en dehors; le poids du corps, qui est supporté tout entier par le pied, vient s'ajouter à la cause qui produit la déviation. Enfin, il y a une contraction musculaire spasmodique, instinctive, qui augmente les désordres.

Dupuytren, frappé de la plus grande fréquence de l'entorse externe du pied, l'expliquait par la prédominance des muscles adducteurs sur les abducteurs du pied. Suivant Bonnet, cette cause ne suffit pas; la disposition anatomique de l'articulation tibio-tarsienne en rend mieux compte : la face supérieure de l'astragale est inclinée en bas et en dehors, le poids du corps tend donc à faire glisser l'extrémité de la jambe en dehors, mouvement qui est favorisé par la contraction spasmodique des adducteurs du pied.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les occasions d'étudier les lésions anatomiques qui résultent de l'entorse se présentent rarement et se bornent à quelques faits observés par Dupuytren, J. Cloquet et Cruveilhier.

Bonnet (de Lyon) eut l'heureuse idée de suppléer au défaut de connaissances sur ce sujet, par l'expérimentation directe sur des cadavres humains et sur des animaux vivants; les résultats des recherches que ce chirurgien a entreprises sont consignés dans un travail que nous aurons souvent à citer (1).

Dans les conditions physiologiques, les mouvements des articulations se font sans tiraillements des liens qui les unissent, dans une étendue plus

(1) *Maladies des articulations*, t. I, p. 201.

ou moins considérable pour chacune d'elles en particulier; mais il est une limite extrême qu'elles ne peuvent dépasser, il est une direction qu'elles ne peuvent affecter, sans produire des désordres plus ou moins graves, et qui intéressent une partie et quelquefois la totalité des organes qui concourent à leur formation. Ainsi, dans un mouvement forcé, les surfaces articulaires glissent brusquement les unes sur les autres, ou bien elles tendent à s'écarter dans un point, tandis qu'elles se rapprochent sur un autre : il en résulte, soit un tiraillement des ligaments, qui se déchirent même quelquefois, et amènent alors une véritable luxation, soit un arrachement des points d'insertion de ces ligaments, lorsque ceux-ci ont eu la force de résister. La synoviale, les cartilages, les os eux-mêmes et les muscles, peuvent subir différentes lésions que l'on rencontre parfois isolées et légères, mais qu'il n'est pas rare de trouver réunies et constituant alors une affection grave. En un mot, de la multiplicité des parties qui forment une articulation, résulte la diversité des lésions que peut produire l'entorse. Nous allons les étudier successivement.

Les *ligaments*, lorsqu'ils sont larges et peu résistants, peuvent se déchirer à leur partie moyenne, comme cela arrive souvent pour le ligament antérieur de l'articulation du coude; lorsque, au contraire, ils sont étroits, serrés et forts, comme les ligaments latéraux des ginglymes, ils résistent à la tension qu'ils subissent, et au lieu de se rompre, ils se détachent de leur surface d'implantation, en entraînant souvent avec eux des portions osseuses et en déterminant même quelquefois des fractures. Les capsules des articulations orbiculaires, telles que la hanche et l'épaule, participant à la fois de ces deux espèces de ligaments, peuvent présenter les deux variétés de lésions que nous avons décrites. Les disques intervertébraux abandonnent parfois leur implantation sur le corps des vertèbres, sans arracher de portions osseuses; dans d'autres cas ils se déchirent perpendiculairement à leur épaisseur, en un nombre variable de fragments de cercle. Les disques interarticulaires du genou présentent une sorte de déplacement qui leur est propre, par suite de la rotation exagérée de la jambe.

Les *membranes synoviales*, toujours plus ou moins contuses dans les mouvements forcés des articulations, sont, dans certains cas, lacérées en même temps que les ligaments; dans d'autres cas, elles n'ont subi aucune de ces lésions, mais elles font saillie à travers les fibres ligamenteuses et constituent une tumeur indolente, mais irréductible.

Le *tissu cellulaire* qui avoisine l'articulation forcée, ainsi que les ramuscules vasculaires et nerveux, sont plus ou moins déchirés ou contus. Ces lésions se traduisent par les ecchymoses superficielles et le gonflement que l'on observe au pourtour des articulations, par le décollement de la peau, l'isolement des muscles et quelquefois leur division en faisceaux. Il y a aussi des ecchymoses que l'on observe à des distances variables de l'articulation, et cela non pas seulement du côté où la distension des tissus a porté, mais aussi bien en sens inverse, c'est-à-dire du côté où le

tissu cellulaire a été violemment pressé entre deux portions osseuses accidentellement rapprochées.

Les *vaisseaux* et les *nerfs* d'un certain volume ne souffrent que fort peu dans la majeure partie des entorses. On s'explique très-facilement l'immunité de ces organes, quand on considère que leur tissu propre jouit d'une certaine somme d'élasticité qui, reportée sur une grande longueur, permet un allongement considérable. Il faut aussi tenir compte de la flexuosité des vaisseaux et des nerfs, ainsi que de la faiblesse de leurs attaches avec le tissu cellulaire ambiant, circonstances qui favorisent le redressement de ces organes et s'opposent à ce qu'ils subissent jamais des efforts de traction capables de les rompre.

Ces *muscles* peuvent être déchirés par les violents efforts de traction qu'ils subissent, ou comprimés et contus entre les surfaces osseuses que le mouvement forcé rapproche violemment. Les ruptures musculaires produites par la distension forcée présentent un phénomène curieux; elles consistent en un arrachement de la fibre musculaire, au point d'union avec les fibres tendineuses ou aponévrotiques. Ces faits sont démontrés, non-seulement par l'expérimentation, mais encore par l'observation clinique; on ne peut, en effet, rapporter à aucune autre cause ces ecchymoses qui, après une entorse, se montrent plus ou moins loin de l'articulation, sur un point qui n'a reçu aucune contusion, et qui cependant est le siège de douleurs fixes, ne dépassant pas les limites de l'ecchymose.

Les *gaines tendineuses* sont parfois déchirées et permettent le déplacement des tendons qu'elles fixaient sur les gouttières osseuses destinées à leur glissement; c'est ce que l'on observe quelquefois pour les tendons des muscles péroniers, longs fléchisseurs des orteils, etc.

Les *extrémités articulaires* subissent diverses lésions dans l'entorse. Nous avons déjà vu que souvent des parcelles osseuses sont emportées par les ligaments arrachés de leurs insertions. Des fractures véritables peuvent se produire (malléoles, apophyses styloïdes); mais il peut se présenter aussi d'autres lésions, produites non par distension, mais au contraire par pression réciproque des surfaces articulaires. Dupuytren et J. Cloquet ont, en effet, constaté la contusion, l'écrasement de la substance osseuse par cette cause.

Enfin il n'est pas rare de voir la fracture de la partie supérieure du péroné succéder à la torsion du pied. On a parlé aussi d'un écartement particulier, connu sous le nom de *diastasis*, et se produisant entre les deux os de l'avant-bras ou de la jambe, dans les mouvements de rotation forcée du poignet ou du pied.

Si, de l'examen des lésions physiques que produit l'entorse, dans les différentes parties dont se compose une articulation, nous passons à l'étude des lésions vitales qui en sont la conséquence, nous y trouverons tous les caractères anatomiques de la phlegmasie déterminée par le traumatisme. La synoviale est rouge, vascularisée, recouverte de fausses mem-

branes; elle est le siège d'un épanchement plus ou moins abondant de liquide séreux, séro-fibrineux, souvent mêlé de sang; rarement elle contient du pus. Les cartilages, les os eux-mêmes, les tissus périarticulaires offrent les altérations variées qui caractérisent l'inflammation. Pour tout dire en un mot, il n'est pas une des maladies chroniques des articulations qui, suivant la prédisposition des malades, ne puisse se développer à la suite des entorses.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur se manifeste en même temps que l'accident; elle est quelquefois tellement violente, que le malade tombe en syncope. Elle se calme bientôt, mais se réveille au moindre mouvement spontané ou communiqué. Plus tard survient du gonflement, limité en général à l'articulation affectée, mais souvent assez considérable pour masquer l'état des parties et empêcher complètement l'exploration. Ce gonflement ne tarde pas lui-même à être suivi des phénomènes caractéristiques de l'inflammation: rougeur, chaleur de la peau, douleurs articulaires.

Quand on peut examiner le membre avant que le gonflement se soit développé, on trouve que les surfaces articulaires ont conservé leurs rapports naturels, mais que les mouvements, quoique très-douloureux, sont possibles et quelquefois même très-étendus, en raison de la déchirure des ligaments et du relâchement des parties constituantes de l'articulation.

Si l'entorse a été légère, on n'observe pas d'ecchymose. Mais si l'articulation est sérieusement atteinte, on voit, vers le troisième jour, survenir des taches ecchymotiques, non-seulement du côté de la distension, mais aussi sur les points qui ont été contus. Dans l'entorse du poignet, par exemple, survenue dans l'extension forcée de la main, les ligaments antérieurs sont le siège de ruptures plus ou moins considérables, et cependant, c'est vers le dos de la main que l'on trouve l'ecchymose la plus prononcée.

Mais ce n'est pas seulement au pourtour de l'articulation forcée que l'on rencontre des ecchymoses. On observe parfois des taches isolées, plus ou moins éloignées de l'articulation, et qui indiquent, suivant Bonnet, une rupture musculaire. Ce chirurgien a vu, dans des entorses du pied, des ecchymoses accompagnées de vives douleurs, situées vers l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe, et évidemment dues à la déchirure des péroniers du jambier antérieur. Dans d'autres cas, ces ecchymoses éloignées indiquent des fractures produites indirectement par le mouvement forcé de l'articulation. Ainsi Verneuil a rencontré, dans le service de Ph. Boyer, à l'Hôtel-Dieu, un malade atteint d'entorses, qui présenta au bout de quelques jours une ecchymose circonscrite, de la forme et de la grandeur d'une pièce de deux francs, siégeant au niveau du tiers supérieur du péroné; la pression en ce point déterminait de vives douleurs: on reconnut une fracture du péroné que rien ne pouvait faire soupçonner quelques moments après l'accident, et dont la présence