UNIVERSIDAD DE NUEVO LEON
BIBLIOTECA
RD57
N4
1874
v.3

ÉLÉMENTS
DE
PATHOLOGIE CHIRURGICALE

CHAPITRE II (SUITE).

AFFECTIONS DES ARTICULATIONS (SUITE).

ARTICLE XXI.

LUXATIONS.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

On désigne sous le nom de *luxation* un changement permanent dans les rapports naturels des surfaces articulaires des os unis par diarthrose; le mot *diastasis* ou *diduction* est plus ordinairement réservé aux déplacements qui ont lieu dans les synarthroses ou articulations à surfaces continues, telles que l'articulation péronéo-tibiale inférieure, la symphyse pubienne, les articulations des corps des vertèbres, etc. Mais c'est là une distinction tombée en désuétude.

Il eût été difficile de décrire les luxations avec clarté sans rapporter pour chaque articulation le déplacement à l'un des os qui la composent : aussi cette marche a-t-elle été suivie par tous les auteurs. Quelques-uns ont même cherché à formuler certaines lois tendant à régulariser la nomenclature des affections qui nous occupent; mais ces lois déduites de la forme des extrémités articulaires, du degré de mobilité relative des deux os, du mécanisme suivant lequel la luxation a été produite, etc., sont d'une application assez difficile : le seul principe assez simple pour être conservé avec avantage est celui qui consiste à *considérer comme déplacé, pour les os des membres celui des deux os qui est le plus éloigné du tronc, pour les os du tronc celui qui est le plus éloigné du crâne, et à exprimer toujours suivant la même règle le sens du déplacement.* Ainsi, lorsque le tibia vient se placer derrière les condyles du fémur, on désigne ce déplacement sous le nom de *luxation du tibia*, et non sous celui de luxation de l'extrémité inférieure du fémur; de même pour le coude, on ne décrit pas de luxation de l'extrémité inférieure de l'humérus, c'est toujours l'avant-bras qui est censé déplacé; mais, d'une part, ce principe n'est point applicable à toutes les luxations des

os du tronc, et, d'autre part, il souffre quelques exceptions obligées pour ce qui concerne les os des membres : enfin, certains os, tels que l'astragale et quelques os courts, l'os iliaque, le maxillaire inférieur, le péroné, le cubitus et même l'humérus, se luxent par les deux extrémités à la fois. Pour éviter toute confusion, nous aurons le soin de nous expliquer à l'occasion de chaque luxation en particulier.

Étiologie. — Des causes bien différentes peuvent faire perdre aux os leurs rapports normaux : en première ligne, nous citerons les violences extérieures agissant sur les articulations saines ; viennent ensuite diverses affections des parties articulaires dont quelques-unes ont été précédemment décrites sous le nom de *tumeurs blanches* (t. II.) ; enfin, le déplacement des os peut se montrer à la naissance et constituer un vice de conformation. Les luxations se partagent donc naturellement en trois groupes bien déterminés. Ce sont : 1° les luxations *traumatiques* ou *accidentelles ;* 2° les luxations *spontanées* ou *pathologiques*, qui seraient mieux désignées sous le nom de luxations *graduelles ;* 3° les luxations *congénitales*.

Produites par des causes si diverses, ces lésions présentent entre elles des différences qui ne sont pas moins tranchées ; aussi n'aurons-nous en vue dans ces généralités que les luxations traumatiques ; nous éviterons ainsi de tomber dans des formules trop vagues et par cela même sans utilité pour la pratique.

Les violences extérieures, n'agissent pas toujours de la même manière pour les produire ; tantôt le corps vulnérant presse directement sur une extrémité articulaire et la chasse assez loin pour qu'elle ne puisse plus reprendre sa place. C'est ainsi que les choses se passent lorsqu'une luxation de l'humérus est produite par une chute sur le moignon de l'épaule. Ce mode de production des déplacements articulaires, assez rare pour les os qui représentent de longs leviers, est au contraire assez fréquent pour quelques os courts, la rotule par exemple. D'autres fois, la force qui tend à produire la luxation est appliquée à l'extrémité opposée à celle qui se luxe, ou même sur une partie plus éloignée ; cette force tend alors à imprimer à une articulation un mouvement qu'elle ne possède pas normalement, ou bien elle tend à exagérer un mouvement normal ; les ligaments, les muscles, résistent d'abord, mais ils cèdent bientôt : le mouvement s'accomplit, mais les surfaces articulaires s'abandonnent. C'est ce que nous voyons lorsqu'une luxation de l'humérus est produite par une chute sur le coude, lorsque l'extrémité interne de la clavicule se déplace à l'occasion d'une chute sur le moignon de l'épaule.

Le déplacement de quelques os courts s'opère par un mécanisme différent de celui que nous venons d'exposer. Pressés fortement entre plusieurs os, ils tendent à se soustraire à la pression qu'ils supportent ; et

s'ils sont moins bien soutenus dans un point, c'est par là qu'ils s'échappent.

D'après ce qui précède, nous voyons que l'on peut admettre, pour les luxations comme pour les fractures, deux modes de production : les unes résultant d'une *cause directe*, les autres d'une *cause indirecte ;* les premières souvent compliquées de contusion, d'écrasement des parties molles qui recouvrent les os, ou des os eux-mêmes ; les secondes ordinairement exemptes de ces complications.

Nous verrons en outre, en parlant des diverses luxations, que le mécanisme suivant lequel agit la force vulnérante peut différer suivant que les os sont poussés *en sens inverse* l'un de l'autre, ou bien de façon à former *un angle*, ou enfin de telle sorte que l'un d'eux subisse un mouvement de *bascule* ou de *rotation*.

Parmi les violences extérieures, celles qui produisent le plus souvent les luxations sont les chutes dans lesquelles un des os qui forment l'articulation vient à prendre un point d'appui sur le sol, tandis que l'autre est poussé en sens inverse par les mouvements du corps. C'est sans doute pour cela que les luxations sont rares chez les enfants, car leur corps ne représente pas une masse d'un poids assez considérable, et, de plus, il n'est point mû par des puissances musculaires aussi énergiques que chez l'adulte. Citons encore comme causes des luxations les chutes de corps pesants sur les membres, les tractions, les mouvements violents ou désordonnés communiqués par une impulsion extérieure ou exécutés par la contraction exagérée des muscles.

Toutes ces causes sont aidées dans leur action par quelques circonstances locales que l'on indique généralement comme étant des causes prédisposantes : ainsi, la longueur des leviers que représentent les os, le peu d'étendue de certains mouvements, les exposent manifestement aux luxations par cause indirecte. On comprend facilement que le peu de profondeur des cavités articulaires, la laxité des ligaments, physiologique ou dépendant d'une maladie antérieure, facilitent les déplacements : ainsi on a remarqué que les luxations se produisent aisément sur les articulations dont les ligaments ont été relâchés par une hydarthrose, ou par une paralysie chez les sujets dont les muscles ne concourent plus à maintenir les os en contact. Une luxation antérieure, en rompant les ligaments dont la cicatrisation peut être incomplète, rend également la luxation plus facile. Cela est si vrai, que quelques malades se luxent certains os à l'occasion des moindres efforts musculaires. C'est ce qui explique pourquoi les luxations par récidive ont lieu si facilement.

On admet généralement que les luxations sont très-rares chez les enfants, plus fréquentes à l'âge adulte, et qu'elles redeviennent rares chez les vieillards. Astl. Cooper explique ce fait en disant qu'à un âge

avancé les extrémités osseuses, étant plus friables, se rompent plus facilement qu'elles ne se déplacent : cette explication est sans doute fort rationnelle, mais, avant d'expliquer le fait, il fallait le constater d'une manière rigoureuse, c'est ce qu'a fait Malgaigne (1). Or, au lieu de trouver dans ses recherches statistiques la confirmation de cette opinion, il est arrivé à un résultat tout opposé. En effet, sur un nombre de 529 luxations que lui a fournies le relevé de seize années des registres de l'Hôtel-Dieu, il a trouvé que la période de quarante-cinq à soixante-cinq ans donne une proportion de luxations presque double (relativement à la population de cet âge) de celle de la période de vingt-cinq à quarante-cinq ans; et jusqu'à la vieillesse la plus avancée, cette proportion est encore supérieure à celle que fournit l'âge adulte. Si donc nous voyons plus de luxations chez les adultes que chez les vieillards, cela tient uniquement à ce que ceux-ci sont bien moins nombreux que les adultes dans une population donnée.

D'ailleurs si l'explication de A. Cooper est exacte en ce qui concerne les os, il y a d'autre part des détériorations tout aussi réelles des autres tissus et en particulier des ligaments articulaires : de sorte qu'il est plus facile de produire expérimentalement chez le vieillard des luxations que des fractures.

Comme les fractures, les luxations sont beaucoup plus communes chez l'homme, et, d'après les registres de l'Hôtel-Dieu, le rapport de cette fréquence, calculé par Malgaigne, est comme 1 est à 3. C'est donc à tort que J. L. Petit croyait les luxations plus faciles chez les femmes à cause de la faiblesse de leurs muscles.

Au point de vue de la fréquence des luxations, il est à remarquer qu'elle est loin d'être la même pour toutes les articulations. C'est ainsi que les luxations de l'humérus sont plus communes à elles seules que toutes les autres ensemble; de même, le nombre des luxations qu'on rencontre au membre supérieur est sept fois plus considérable qu'au membre inférieur.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Les luxations peuvent porter sur une seule articulation ou sur plusieurs à la fois. Dans le premier cas, on dit qu'elles sont *uniques*, dans le second *multiples*. Le même os peut se déplacer en différents sens, ce qui constitue autant d'espèces de luxations. Celles-ci sont tantôt dénommées d'après le sens dans lequel s'est porté l'os que l'on suppose déplacé, relativement aux divers plans du corps : ainsi, on admet des luxations en avant, en arrière, en haut, en bas, etc. D'autres fois, on les désigne par une épithète qui indique avec plus de précision les nouveaux rapports que l'os contractés : tels sont, par exemple, les mots de luxations sous-coracoïdienne, sous-épineuse, iliaque, sous-pubienne, etc. Cette manière de désigner les déplacements articulaires, indiquée par Roux, employée par Gerdy, qui en a fait ressortir tous les avantages, est bien préférable à la première, utilisée surtout par les anciens. Il est permis de croire que, si elle est régulièrement appliquée, elle nous donnera le moyen de mettre un terme aux controverses sans fin qu'a fait naître la détermination des diverses luxations que présentent certains os.

(1) *Etudes statistiques sur les luxations* (*Annales de chirurgie*, octobre, 1841).

Les surfaces articulaires peuvent s'abandonner d'une manière complète ou se correspondre encore par une partie de leur étendue; de là la distinction des luxations en luxations *complètes*, qui peuvent présenter plusieurs degrés, et en luxations *incomplètes*. Dans celles-ci, dit Boyer, les rapports des surfaces articulaires subsistent encore; mais ils n'ont plus lieu dans leur ordre naturel. Quelques auteurs, se fondant sur ce que, dans ce cas, les rapports normaux sont complétement perdus, en ce sens qu'aucun des points d'une des surfaces articulaires ne correspond plus au point de l'autre surface avec lequel il est en contact dans l'état normal, rejettent l'expression de luxation incomplète. Nous la conserverons cependant, parce qu'il est nécessaire de représenter par un mot l'espèce de déplacement dont nous parlons, et qu'il serait difficile de la remplacer par un mot qui ne fût pas également attaquable.

Les articulations arthrodiales présentent souvent des luxations incomplètes. Il en est de même pour les ginglymes; cependant, pour ces articulations, quelques auteurs croient qu'elles ne peuvent se produire que dans un sens perpendiculaire au mouvement de flexion ou d'extension, et non dans le sens de ces mouvements. Bien que les déplacements partiels soient plus rares dans ce sens, on ne peut cependant se refuser à en reconnaître l'existence, ainsi que nous le verrons en décrivant les luxations en particulier. Mais c'est surtout à l'occasion des articulations orbiculaires que la question des luxations incomplètes a été souvent débattue. A l'exemple d'Hippocrate, Boyer ne les croit pas possibles; voici comment il s'exprime : « Dans toutes les articulations orbiculaires, la cavité qui en fait partie se termine par un bord aigu incapable de soutenir un instant la surface sphérique qu'elle loge dans l'état naturel; en sorte que si l'effort qui tend à pousser l'un des os hors de l'articulation ne va pas jusqu'à lui faire franchir ce rebord, la luxation n'a pas lieu, et la tête retombe dans le fond de la cavité. Si, au contraire, l'effort est suffisant pour amener le plus grand diamètre de la surface sphérique au delà du bord de la cavité qui la loge, la luxation s'accomplit, et tout rapport cesse entre les surfaces articulaires. »

Ces arguments, reproduits à toutes les époques contre l'existence des luxations incomplètes, sont sans doute très-spécieux; mais que peuvent des raisonnements dans une question de faits que l'observation seule peut résoudre?

L'existence de ces luxations se trouve établie par l'anatomie pathologique et par l'observation clinique. Les faits d'anatomie pathologique, sont de deux ordres : les uns, relatifs aux luxations anciennes et non réduites, nous montrent une tête articulaire, celle de l'humérus ou du fémur, par exemple, placée sur le rebord de la cavité de réception et creusée dans son milieu par une rainure plus ou moins profonde, dans laquelle se trouve logé ce rebord un peu déprimé et arrondi par la pression qu'il a supportée. Dans cette position, une des moitiés de la tête humérale se trouve en contact avec la cavité glénoïde de l'omoplate, tandis que l'autre moitié correspond au col de cet os. Nous savons bien que ces faits ont été diversement interprétés : ainsi, on a admis, contre toute probabilité, que ces luxations incomplètes avaient été produites graduellement par une affection chronique de l'articulation, qui se serait terminée par la guérison, en laissant cependant les os dans un état de déplacement incomplet. On a soutenu, sans plus de preuves, que le rebord de la cavité avait été fracturé, ce qui avait permis un déplacement partiel. Enfin, on a supposé que le déplacement ayant été complet à l'époque où la luxation a été produite, la tête osseuse avait été peu à peu ramenée vers la cavité articulaire par la rétraction des tissus qui l'entourent, ou, comme on le dit, par un déplacement consécutif. Mais il est facile de comprendre que ce sont là autant de suppositions que rien ne justifie. En admettant même que cette tête osseuse se soit peu à peu rapprochée de la cavité de réception, on se demanderait encore comment il se fait que l'extrémité articulaire se soit arrêtée précisément au moment où elle était sur le point de reprendre sa position normale. Ce ne serait donc que reculer la difficulté et non la résoudre. Mais si les pièces pathologiques relatives aux luxations anciennes peuvent encore laisser des doutes dans quelques esprits, il n'en est pas de même des luxations récentes. Il est vrai que les occasions de disséquer ces luxations sont rares. J'ai cependant pu en observer une sur un blessé qui avait en même temps une luxation de la cuisse gauche et une fracture comminutive de l'humérus droit, pour laquelle il dut subir une désarticulation du bras. Ce malade ayant succombé dans la nuit qui suivit sa blessure, je disséquai l'articulation coxo-fémorale avec le plus grand soin, et je trouvai la tête du fémur placée sur le bord antérieur de la cavité cotyloïde, qui la divisait en deux parties inégales. Cette extrémité arrondie était maintenue dans cette position par la résistance d'une portion de la capsule et la tension du muscle moyen fessier. L'existence des luxations incomplètes des articulations orbiculaires est donc à nos yeux un fait démontré par l'inspection anatomique. Nous verrons plus tard, en traitant des luxations en particulier, que l'étude des symptômes et la thérapeutique de ces affections nous fournissent aussi des preuves

concluantes en faveur de cette doctrine. Nous aurons à nous prononcer, à l'occasion des luxations en particulier, sur la fréquence relative des déplacements partiels et des luxations complètes.

On comprend facilement que les extrémités des os ne peuvent subir un déplacement un peu étendu sans que les parties molles qui les entourent et qui les unissent ressentent les effets de la violence qui a produit la luxation. Lorsque la lésion qui coexiste avec le déplacement des os offre peu d'importance, on dit que la luxation est *simple*, dans le cas contraire, on dit qu'elle est *compliquée*. Nous nous occuperons plus tard, avec tout le soin que comporte leur étude, des luxations compliquées. Voyons d'abord ce qui a trait aux luxations simples.

Lorsqu'on dissèque une luxation simple sur un sujet qui a succombé peu de temps après l'accident, on trouve ordinairement la capsule déchirée, de manière à permettre le passage facile de l'extrémité osseuse à travers les perforations qu'elle présente. Desault pensait qu'elle offre souvent une ouverture en forme de boutonnière, qui, après avoir laissé passer l'extrémité renflée de l'os, se resserre au-dessous d'elle et oppose une grande difficulté à la réduction. Il est permis de croire que cette disposition existe en effet quelquefois, mais cela est extrêmement rare, Astl. Cooper et la plupart des chirurgiens ont pu voir que la capsule est le plus souvent largement déchirée.

Dans ces mêmes autopsies de luxations simples et récentes, tantôt on trouve tous les ligaments détruits à la fois et l'on a les luxations dites *vagues*, dans lesquelles les rapports sont si bien perdus qu'il est difficile d'assigner au déplacement ses véritables limites; tantôt, au contraire, les ligaments ont résisté, mais leur point d'insertion sur les os a cédé, de sorte qu'à l'extrémité d'un ligament devenu flottant, on trouve un fragment osseux.

Les tendons des muscles peuvent aussi se rompre ou se décoller de leurs attaches, avec ou sans arrachement d'une portion d'os. D'autres fois ils se luxent hors de leur gaîne ; et la direction normale du muscle étant perdue, ses fonctions se transforment : c'est ainsi qu'il arrive qu'un muscle extenseur devient fléchisseur et réciproquement.

Les muscles peuvent enfin se trouver plus ou moins broyés et contus par les têtes osseuses déplacées, ou même, par leur distension excessive, apporter les plus grands obstacles à la réduction.

Toutes ces parties sont d'ailleurs baignées par du sang infiltré dans le tissu cellulaire ou épanché, soit dans la cavité articulaire, soit entre les muscles. Ces foyers sanguins sont souvent très-considérables, mais ils franchissent rarement les grandes aponévroses, ce qui explique la marche lente des ecchymoses ou même l'absence de leur apparition. Pour terminer cette énumération, ajoutons que toutes les parties qui sont situées dans le voisinage de l'articulation, artères, veines, nerfs, la peau

elle-même, peuvent être plus ou moins distendues, froissées, déchirées.

Le travail pathologique qui succède à ces désordres locaux est différent, suivant que l'os a été restitué dans ses rapports normaux ou qu'il reste déplacé. Dans le premier cas, malgré l'étendue de ces lésions, les phénomènes consécutifs sont généralement assez simples ; le sang infiltré ou épanché dans les tissus se résorbe assez rapidement ; les ligaments, les capsules articulaires, les muscles, se cicatrisent, et, au bout d'un temps assez court, ils conservent à peine la trace de la lésion qu'ils ont subie ; fait bien remarquable et bien propre à faire voir toute la différence qui existe entre les plaies soustraites au contact de l'air et celles qui sont soumises à l'action de cet agent.

Lorsque la luxation n'a point été réduite, la résorption du sang épanché et infiltré s'opère comme dans le cas précédent : les ligaments, la capsule fibreuse, se cicatrisent également dans l'état de déplacement où les a mis la luxation, et cela assez rapidement, puisque, sur une pièce présentée à la Société anatomique, trois semaines avaient suffi pour qu'une déchirure de la capsule glénoïde consécutive à une luxation fût complétement réunie par une cicatrice solide. En même temps, ligaments et capsules contractent adhérence avec les parties voisines, muscles, tendons, surfaces osseuses, entre lesquelles ils forment des brides inextensibles. Remarquons de plus que, par le fait du déplacement articulaire, tandis que certains faisceaux fibreux sont mis dans un état de tension, d'autres faisceaux sont au contraire dans un relâchement d'autant plus marqué que leurs points d'insertion sont plus rapprochés. Or, on sait que dans ces conditions le tissu fibreux revient peu à peu sur lui-même, et subit une rétraction plus ou moins prononcée suivant le degré d'ancienneté de la luxation, et le degré de fixité du membre luxé : il est inutile d'insister pour faire comprendre combien cette cause doit apporter d'obstacle à la réduction des déplacements articulaires.

La disposition des muscles qui entourent les extrémités osseuses n'est pas moins importante à signaler : ceux dont les insertions se trouvent éloignées par le fait du déplacement sont distendus, et représentent des espèces de cordes inextensibles ; ceux dont les insertions ont été rapprochées se rétractent. Les uns et les autres concourent donc à fixer les os déplacés dans leurs rapports anormaux. Mais peu à peu, à cause de l'inaction à laquelle ils sont condamnés, tous ces muscles subissent la dégénérescence graisseuse, s'atrophient, et certains d'entre eux disparaissent même entièrement. Ce défaut de nutrition qui s'étend d'ailleurs à la totalité du membre est surtout sensible pour les sujets chez lesquels la luxation s'est produite pendant l'enfance. Le membre atteint ne suit pas les progrès de la croissance et devient tellement difforme

que l'observation de ce phénomène a inspiré à Hippocrate la réflexion suivante : « Pour le dire sommairement, toutes les parties du corps, qui sont faites pour qu'on s'en serve, employées convenablement, exercées au travail auquel chacune a été habituée, sont saines, développées et tardives à vieillir ; inexercées et tenues dans le repos, elles sont maladives, mal développées et vieillies avant le temps. » (Hippocrate, trad. de Littré, t. IV, p. 243.)

Mais les changements les plus remarquables sont ceux qui s'opèrent dans l'articulation ancienne et autour de l'extrémité osseuse déplacée.

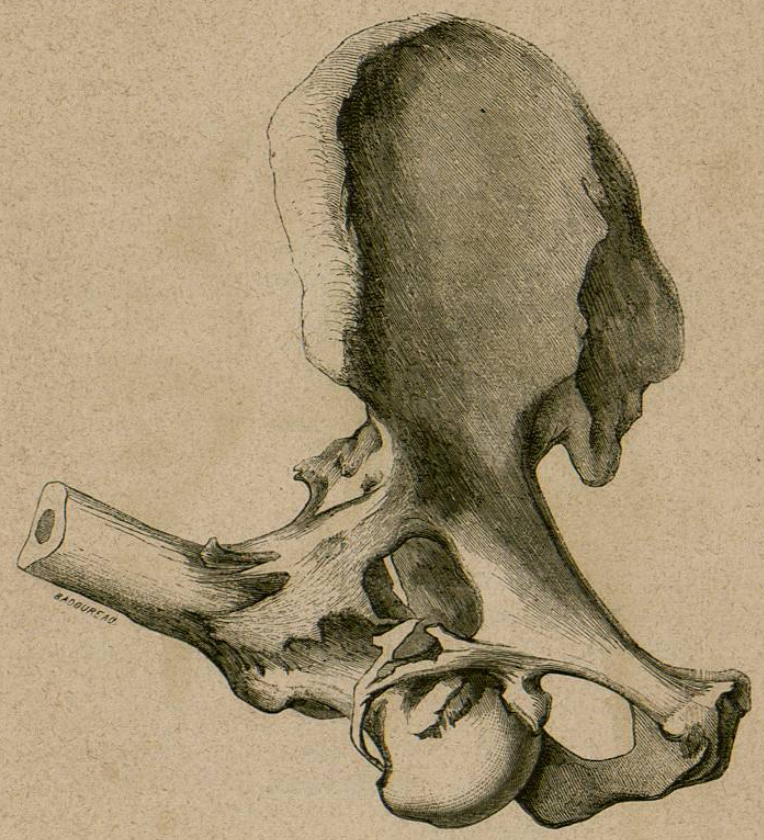

Fig. 1. — Luxation ancienne du fémur sur le trou sous-pubien. On voit en divers points des languettes osseuses soudant le fémur avec l'os coxal.

Si la luxation est complète, la cavité synoviale dans laquelle il s'est fait un épanchement sanguin se rétrécit graduellement et tend à s'oblitérer, disposition qui doit opposer, ainsi qu'on le comprend aisément, des obstacles insurmontables à la réduction. Les surfaces osseuses se déforment, les cavités articulaires se rétrécissent, perdent de leur pro-

fondeur et finissent même par se combler entièrement ou se remplissent de tissu adipeux. Le cartilage qui les revêt devient fibreux par places et disparaît à la longue, d'une manière plus ou moins complète, excepté (suivant Astl. Cooper) dans le cas où l'extrémité articulaire correspond à un muscle. En même temps une nouvelle articulation tend à se former entre l'os déplacé et la surface osseuse avec laquelle il est venu se mettre en contact. Le tissu cellulaire, les muscles, forment autour de la tête osseuse une capsule imparfaite, sans doute, mais qui l'isole complétement des parties voisines. Une membrane séreuse de

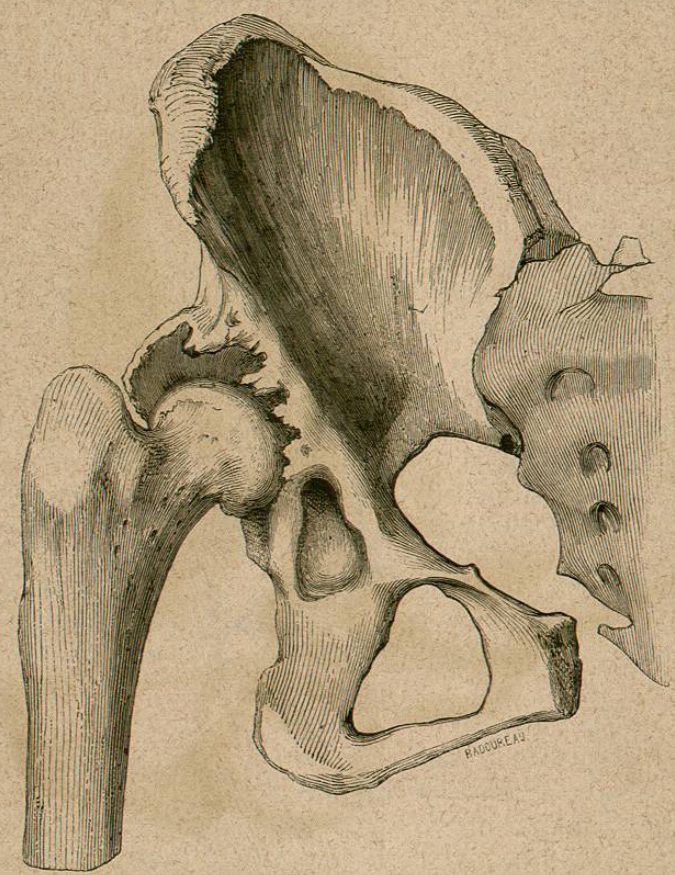

Fig. 2. — Luxation ancienne du fémur sur l'ilium, probablement congénitale. Nouvelle cavité articulaire, très-complète, bordée par des stalactites osseuses.

nouvelle formation s'organise, tapisse cette nouvelle cavité articulaire qui peut ou non communiquer avec l'ancienne par un chemin plus ou moins largement ouvert; quelquefois on trouve sur ce chemin un lambeau de capsule fibreuse interposé aux surfaces luxées, ou des brides

résistantes qui cloisonnent l'ancienne cavité articulaire. Plus rarement cette dernière envoie des jetées osseuses qui vont rejoindre à distance l'épiphyse déplacée dont elles gênent les mouvements à la manière d'une ankylose, comme on le voit sur la figure 1.

Les os concourent aussi à la formation de l'articulation nouvelle. Leur forme se modifie. Dans certains points, ils se creusent de dépressions destinées à loger les saillies osseuses et à ce niveau le périoste épaissi tient lieu de cartilage diarthrodial. Dans d'autres, ils s'hypertrophient ou produisent au point de contact des stalactites osseuses. Ces changements sur lesquels Gerdy, MM. J. Cruveilhier et Houel ont

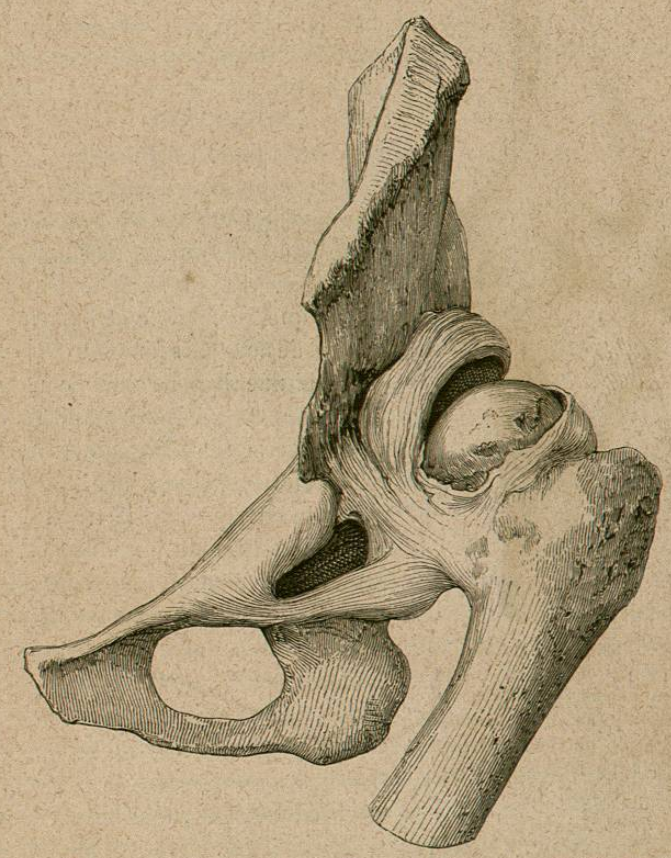

Fig. 3. — Os iliaque droit. Luxation du fémur en haut et en arrière. Il n'y a pas de nouvelle cavité osseuse. Le néocotyle est simplement entouré d'un fort bourrelet fibreux.

appelé l'attention, sont destinés à favoriser les rapports de la nouvelle cavité articulaire qui a reçu le nom de *néocotyle*, et à lui donner plus de profondeur. Suivant M. Houel, le néocotyle offre un bourrelet