

produite dans l'extension du membre, est exprimé à la façon d'un noyau de cerise entre les doigts et vient saillir en avant. Mais, comme y insiste Pauzat, la saillie dépend moins souvent d'un déplacement réel du ménisque que de sa tuméfaction inflammatoire par la synovite péri-méniscale ou la chondrite interstitielle.

Symptômes. — Un sujet se relève brusquement d'une position fléchie, accroupie ou agenouillée : quelquefois, il a perçu un craquement net ; plus souvent, il n'éprouve qu'une douleur vive, pathognomonique du pincement du ménisque. La jambe est maintenue en demi-flexion, immobilisée par la contracture réflexe plutôt que par le coincement de l'article. Les symptômes peuvent se réduire à ces phénomènes douloureux immédiats, la luxation se réduisant quelquefois spontanément ou étant réduite promptement. Mais, si le traumatisme a été plus intense, si les décollements capsulaires ou les déchirures des ligaments méniscaux ont été étendus, si le ménisque pincé a subi une forte contusion, si le sujet est arthritique, si l'articulation fatigue précocement, il apparaît une hydarthrose qui vient masquer la vraie lésion et donner le change. Quelques jours après le début de la lésion, qualifiée d'entorse avec hydarthrose, on constate une atrophie rapide et considérable du triceps, qui donne à la main une sensation de mollesse et de diminution de masse.

Dans quelques cas rares, on peut, après l'accident et après la réduction, constater une *saillie méniscale*, caractéristique d'une luxation antéro-externe du segment antérieur du fibro-cartilage : en dedans ou en dehors du ligament rotulien, entre celui-ci et le ligament latéral, on perçoit une saillie, épaisse de 6 à 8 millimètres, donnant au doigt un double ressaut, nette dans l'extension, disparaissant dans la flexion. — Plus souvent, il s'agit d'une *tuméfaction méniscale*, qui n'est manifestement perçue que plus tard, quand l'hydarthrose traumatique a rétrocedé, et qui est due à un épaississement inflammatoire chronique du ménisque, ou à un point persistant de synovite proliférante. Il en résulte de la douleur dans l'extension forcée, par compression du ménisque trop

épais ou de la synoviale enflammée ; de l'incommodité pour la marche à la descente ; parfois des crises douloureuses successives avec hydarthrose à répétition.

Traitement. — Il faut, pour réduire : porter d'abord la jambe en flexion forcée, pour écarter les surfaces et dégager la partie pincée du ménisque ; puis, faire glisser le ménisque en avant, en portant le membre en extension. Si on échoue, il faut, avant d'opérer l'extension, mettre la jambe en rotation opposée à celle qui a produit la luxation : rotation en dedans, pour la luxation du cartilage interne ; rotation en dehors, pour le cartilage externe. — Dans le cas de troubles fonctionnels et douloureux persistants, accompagnant une saillie ou une tuméfaction méniscale, il est indiqué, si le massage n'a rien donné, d'inciser et de procéder à l'excision de la partie saillante quelle qu'elle soit : segment antérieur du fibro-cartilage luxé ou épaissi ; repli synovial tuméfié.

III. — LUXATION DU GENOU

Classification. — La jambe peut se luxer : 1° *en avant* (par hyperextension comme l'a établi MALGAIGNE) ; 2° *en arrière* (par un choc direct portant soit sur la face antérieure de la jambe demi-fléchie, soit sur la face postérieure du fémur) ; 3° *en dehors* ou *en dedans*, déplacements exceptionnels.

1° LUXATION EN AVANT. — La *luxation antérieure* peut être : *incomplète* (le fémur appuyant encore une partie de ses condyles sur le tibia) ; *complète* (la poulie fémorale passant en arrière du plateau tibial). — La jambe est ordinairement en extension. La déformation est considérable : genou en baionnette, offrant en avant un coude brusque dû au relief du tibia ; condyles fémoraux saillant en arrière ; creux poplité effacé. Les lésions des vaisseaux (suppression des pulsations des artères tibiales, ischémie et sphacèle) et des nerfs (douleurs et troubles trophiques) s'observent dans les déplacements d'un haut degré. — La réduction s'obtient par traction sur la jambe, combinée à un refoulement de la tubérosité antérieure du tibia.

2° LUXATION EN ARRIÈRE. — La luxation postérieure, beaucoup plus rare, est presque toujours incomplète. Les condyles répondent à la partie antérieure du plateau tibial. La jambe

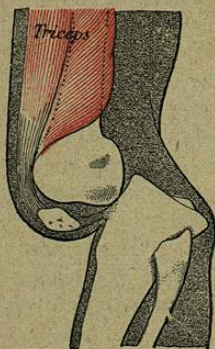


Fig. 253.

Luxation de la jambe en arrière.

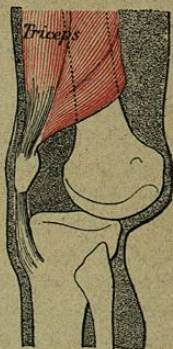


Fig. 254.

Luxation de la jambe en avant.

est dans l'extension complète ou légèrement fléchie; en avant, les condyles proéminent, faisant, avec les plateaux tibiaux reculés, un coude inverse de celui de la précédente variété. — La réduction est produite par des pressions opposées, exercées sur les os déplacés, pendant qu'un aide fait l'extension.

IV. — LUXATION DE LA ROTULE

Classification. — La rotule, os sésamoïde interposé entre le ligament rotulien et le tendon tricipital, peut rompre ses attaches latérales et se porter, en glissant au-devant du plan condylien : 1° en dehors, par rapport à l'axe du membre (variété commune); 2° en dedans (variété exceptionnelle). — Dans quelques cas, au lieu de se déplacer par glissement, la rotule se luxe sur place par rotation sur son axe vertical et tourne sur elle-même de 90°, se mettant de champ, de façon à appuyer par un de ses bords sur la rainure intercondylienne : ce sont

les luxations verticales, interne ou externe selon que la surface cartilagineuse de la rotule regarde en dedans ou en dehors.

1° LUXATIONS EN DEHORS. — Les luxations par glissement en dehors sont les plus fréquentes. Elles sont : 1° directes, c'est-à-dire produites par un choc sur la face interne du genou; 2° indirectes, c'est-à-dire consécutives à une contraction vive du triceps.

Le mécanisme de la luxation directe a été établi par VILLEMIER : le genou étant dans l'extension, la rotule repose sur la partie supérieure et externe de la trochlée fémorale, car la surface cartilagineuse de cette trochlée remonte plus haut en dehors qu'en dedans; un choc porté sur le genou de dedans en dehors heurte le bord interne, en relief, de la rotule et, déchirant l'aileron interne de la rotule, jette cet os en dehors du condyle externe, par-dessus la crête peu saillante, qui borne la surface cartilagineuse de ce condyle; à ce moment, la flexion du genou intervient qui transporte et arrête la rotule sur la face condylienne externe.

Comment une contraction intense du triceps peut-elle indirectement luxer la rotule en dehors? — Au niveau du genou, la cuisse et la jambe forment un angle obtus ouvert en dehors; cette disposition angulaire se maintient pour le triceps, le tendon tricipital suivant l'axe fémoral, le ligament rotulien répondant à l'axe tibial; la rotule, sésamoïde mobile, occupe le coude de l'angle. Quand, dans une hyperextension, le triceps entre en contraction brusque, il relève cet angle et prend une direction rectiligne; partant, il se porte, avec le sésamoïde qu'il renferme, vers le condyle externe. L'aileron interne de la rotule est distendu : s'il cède, la rotule passe en dehors du condyle. On comprend, par là, combien le genu valgum dans lequel cet angle fémoro-tibial s'exagère, favorise la luxation externe de la rotule et comment il devient une condition prépondérante des luxations récidivantes, à répétition, de cet os. FORT conte l'histoire d'un médecin qui, dans une soirée, voulut simuler la démarche d'un genu-valgum et se donna ainsi une luxation rotulienne. De plus, chez les individus à genou ca-

gneux, par suite de l'inégal développement des condyles, l'externe est plus plat que l'interne et le versant correspondant de la gorge trochléenne est plus facile à sauter.

La rotule est portée en dehors. Dans la luxation *incomplète*, sa facette articulaire interne appuie sur le condyle externe ; seule, la facette externe déborde la poulie fémorale. — Dans la luxation *complète*, deux types s'observent : dans l'un, plus fréquent, la rotule est placée de champ, reposant par sa face cartilagineuse sur la face externe du condyle ; dans l'autre, la rotule, se déplaçant transversalement, garde son orientation, sa face antérieure tournée en avant, sa face cartilagineuse en arrière, son bord externe refoulant les téguments en dehors, son bord interne appuyant sur le condyle.

2° LUXATIONS EN DEDANS. — Les luxations par glissement en dedans sont exceptionnelles : les observations publiées en sont contestables.

3° LUXATIONS VERTICALES. — Comment expliquer le demi-tour que la rotule accomplit sur son axe, pour se placer de champ à 90°, et même le tour complet qu'elle a exécuté, à 180°, pour pivoter et se retourner face cartilagineuse en l'air, dans quelques cas très rares (*luxations par renversement*) ? — Il faut admettre l'action combinée d'une *impulsion latérale* sur la rotule et d'une *contraction partielle* du triceps. Exemple : la rotule subit sur son bord interne un choc qui la repousse en dehors et rompt l'aileron interne ; cette lésion une fois produite, intervient une contraction du triceps qui fait pivoter sur son axe la rotule et la met de champ sur la rainure intercondylienne. Mais quelle est la partie du triceps qui agit alors ? MALGAIGNE et TERRILLON admettent que le vaste externe produit ce déplacement ; SERVIER fait jouer un rôle au droit antérieur.

Traitement. — La réduction s'obtient par la méthode de VALENTIN : cuisse fléchie sur le bassin pour relâcher le triceps ; jambe portée par un aide en extension forcée ; pendant ce temps, refoulement de la rotule vers la trochlée ou, dans une luxation latérale, détorsion sur son axe. Dans les luxations irréductibles, arthrotomie. Dans les luxations récidivantes, rétrécissement de la partie exubérante de la capsule (interne

pour la luxation en dehors) : c'est le *plissement capsulaire* de Le Dentu.

V. — LUXATION DE L'ASTRAGALE

L'astragale se luxe dans une chute sur les pieds d'une certaine hauteur. Tantôt, il sort complètement de sa cavité polyarticulaire, comme expulsé du pied, et abandonne ses rapports avec la mortaise tibio-péronière, le calcanéum et le scaphoïde : c'est la luxation *totale*, appelée par MALGAIGNE luxation *double* et, plus exactement par BENJAMIN ANGER *énucléation*. Tantôt, l'astragale maintenu fixé à la jambe par l'articulation tibio-tarsienne intacte, se déplace sur les os du tarse. Cette luxation est appelée, depuis BROCA, luxation *sous-astragalienne*.

1° LUXATIONS SOUS-ASTRAGALIENNES.

— Elles sont très rares ; quelques cas ont permis d'en décrire les lésions et les symptômes. QUÉNU en distingue trois variétés : 1° les luxations *dorsales*, dans lesquelles l'astragale déplacé en avant se luxe au-dessus du scaphoïde ou du cuboïde, suivant la position du pied pendant la chute ; 2° les luxations *en arrière* dont on connaît deux exemples ; 3° les luxations *marginales* les moins rares. Dans celles-ci, la tête de l'astragale bascule en dedans et fait saillie sur le bord interne du pied ; suivant les cas, elle peut se luxer en arrière du tendon du jambier antérieur ou du jambier postérieur ; le crochet qui termine la partie postérieure de l'astragale se loge dans la rainure calcanéenne. Le

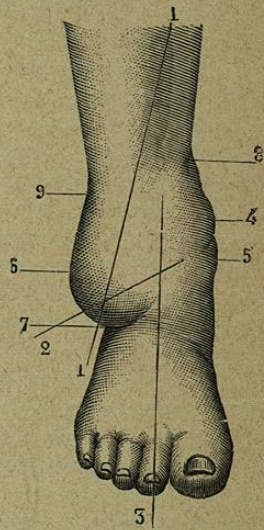


Fig. 255.

Luxation sous-astragalienne, la jambe et le pied sont vus de trois quarts (POULIER et BOUSQUET).

pied est en forte abduction : au-dessous de la malléole tibiale très saillante, la palpation reconnaît la tête astragalienne ; il existe une dépression profonde au-dessous de la malléole externe.

Ces luxations sont très souvent compliquées de plaie qui peut ouvrir la porte à l'arthrite suppurée et à la septicémie. Elles sont fréquemment irréductibles, soit par un engrenement du crochet astragalien dans le sinus du tarse, soit par le fait de la tension des tendons des extenseurs et des jambiers que la tête de l'astragale doit écarter pour rentrer dans sa cavité, soit surtout, dit QUÉNU, par interposition du ligament annulaire antérieur du tarse entre l'astragale et le scaphoïde. Non réduites, ces luxations entraînent une impotence partielle et définitive du pied.

2° LUXATIONS DOUBLES ou luxations proprement dites de l'astragale. Elles se divisent en deux groupes : dans le premier, le plus important, l'os abandonne complètement les os qui « l'enchaînent » et « sort » du pied. Il y a *énucléation*. Dans le second, l'astragale reste en place dans la mortaise tibio-péronière et dans la cavité calcanéo-scaphoïdienne, mais il pivote sur lui-même et perd ses rapports normaux : les ligaments astragaliens étant rompus, il bascule autour de ses différents axes et sa poulie peut regarder en avant, en arrière, en dehors, en dedans ou même en bas, l'os étant complètement renversé sens dessus dessous.

Énucléation. — Elle se fait presque toujours en avant, sur le dos du pied, très rarement en arrière, en dedans ou en dehors. Elle est toujours exposée et l'astragale peut être complètement détaché de ses connexions et tomber à terre.

Le diagnostic est facile : par la plaie, la poulie astragalienne fait hernie. La palpation permet de reconnaître le déplacement simultané des trois articulations astragaliennes dont tous les ligaments sont rompus.

Le mécanisme de cette lésion a été étudié par ROCHET : cet auteur a montré que, dans une chute sur les pieds, l'énucléation de l'astragale se produisait seulement lorsque la chute avait lieu sur le talon, la pointe ou le bord du pied ; le calca-

néum étant incliné, l'astragale qui supporte le poids du corps glisse sur les surfaces articulaires obliques, déchire ses ligaments et se luxé.

II. *Luxations rares*, « étranges », dit MALGAIGNE : l'astragale se renverse sur un côté et se place de champ, sa poulie regardant en dehors ou en dedans, au-dessous des malléoles. Dans un degré plus prononcé, l'os se renverse complètement, la poulie au contact des facettes calcanéennes, la face inférieure en haut. C'est la *luxation par renversement*.

On décrit encore une *luxation par rotation*, caractérisée par la rotation de l'astragale autour de son axe vertical, de façon à se placer transversalement, perpendiculairement à l'axe du pied. Cette luxation s'accompagne de fracture des malléoles ou de diastasis de l'articulation tibio-péronière inférieure.

Enfin, le col de l'os peut être fracturé et, la tête restant fixée au scaphoïde, le corps de l'astragale peut subir des changements de position et tourner autour de ses axes vertical et transversal.

Pronostic. — Ces luxations sont irréductibles dans plus de la moitié des cas. Compliquées de plaie, elle exposent le malade à la septicémie ; non réduites, elles entravent gravement les fonctions du pied.

Traitement. — La réduction doit être tentée immédiatement, sous l'anesthésie générale, la jambe fléchie sur la cuisse pour relâcher le triceps sural. Un aide fléchit ou étend le pied, le chirurgien presse sur l'astragale pour lui faire réintégrer sa place normale.

Les luxations ouvertes sont toujours infectées : la désinfection rigoureuse du foyer n'est possible qu'après ablation de l'astragale. De même, cette extirpation est indiquée toutes les fois que la luxation est irréductible par les manœuvres de force, aidées de ténotomies et de la section du ligament antérieur du tarse, préconisée par QUÉNU, dans les luxations sous-astragaliennes.