

nance des muscles fléchisseurs sur les extenseurs, à cause de la nouvelle position de ceux-ci qui ne leur permet pas d'agir. Il faut ajouter à ces signes la difformité du genou, et la possibilité de reconnaître la poulie articulaire du genou, et de sentir les deux condyles du fémur.

Dans la luxation complète en dedans, dont on trouve un exemple dans Walther, les symptômes sont les mêmes; ceux fournis par la position de la rotule sont dans le sens opposé: la jambe était fléchie sur la cuisse et ne pouvait être étendue.

En comparant les diverses observations de luxations complètes et incomplètes de la rotule, j'ai cru pouvoir tirer la conclusion suivante, quant à la flexion et à l'extension. Dans les luxations complètes, soit en dehors, soit en dedans, il y a flexion du genou. Dans les luxations incomplètes, soit en dehors, soit en dedans, il y a extension du genou.

Dans des cas où l'autopsie cadavérique a permis d'examiner des luxations complètes en dehors, on a trouvé la rotule, située en dehors du condyle externe, ayant tantôt conservé, tantôt perdu son cartilage; la face externe du fémur lisse et couverte d'un périoste épais; le vaste externe devenu postérieur; le vaste interne devenu antérieur, et le crural devenu externe; le ligament rotulien allongé, et la capsule très-épaissie, au point de gêner les mouvements de l'articulation.

Je ne connais dans la science que quatre cas où on s'est servi d'un élévatoire pour replacer la rotule, après avoir préalablement ouvert l'articulation. Le premier est cité par Valentin, et est de Moreau, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Paris: l'opération fut suivie de la gangrène du membre. Le deuxième cas est du docteur Wolff, chirurgien de Berlin. Il coupa le ligament rotulien et le tendon des muscles extenseurs: néanmoins il ne put replacer la rotule. Des accidents de tous genres survinrent, et le malade mourut au bout de onze mois. Les deux autres cas sont du docteur Cuynat. Il ne put réduire des luxations internes ou en dedans: alors il pratiqua au côté interne de la rotule une incision à la peau; il la disséqua, puis il ouvrit la capsule articulaire dans le fond du cul-de-sac pour détruire tout parallélisme, et il introduisit un élévatoire au moyen duquel il replaça l'os. La guérison fut complète en un mois.

La luxation de la rotule peut être compliquée de plaie de l'articulation. On cite des cas de ce genre où la guérison eut lieu.

ARTICLE XVII.

Des luxations du tibia et du péroné.

§ 1. — Des luxations du tibia.

La grande étendue des surfaces au moyen desquelles le tibia et le fémur s'articulent ensemble, le nombre et la force des ligaments qui unissent ces os, donnent à l'articulation du genou une solidité très-grande, qui est encore augmentée par les tendons nombreux et très-forts qui l'environnent. Malgré la solidité de cet appareil articulaire, le tibia est susceptible de se déplacer, et de même que tous les os dont l'articulation est un ginglyme angulaire, il peut se luxer dans quatre sens différents; savoir, en arrière, en devant, en dedans et en dehors. Ces luxations peuvent être complètes ou incomplètes. Les premières sont extrêmement rares, parce que la surface des condyles du fémur est d'une si grande étendue, que, pour que le tibia l'abandonnât entièrement, il faudrait que les ligaments, les tendons et toutes les autres parties molles fussent énormément déchirés, ce qui ne pourrait arriver qu'autant que la puissance qui produit la luxation, agirait avec une force extrême, circonstance qui a lieu très-rarement.

La disposition des condyles du fémur est telle, que, dans le plus grand mouvement de flexion de la jambe, les cavités articulaires de l'extrémité supérieure du tibia ne cessent pas d'être en rapport avec eux. Cette circonstance, jointe à la résistance du ligament de la rotule, de cet os lui-même et du tendon des muscles extenseurs de la jambe, rend la luxation du tibia en arrière sinon impossible, au moins extrêmement difficile; et dans le cas où cette luxation aurait lieu, elle serait toujours incomplète: une luxation complète dans ce sens nous paraît absolument impossible. Cependant Heister dit avoir réduit une luxation complète de cet os en arrière sur un homme gras et robuste; il est à regretter que ce praticien ne soit pas entré dans assez de détails à ce sujet; il dit seulement qu'il n'est résulté de cette luxation d'autre accident qu'une tumeur et de la douleur dans le genou, qui persistèrent pendant quelques semaines, et se dissipèrent par l'usage de fomentations et d'épithèmes résolutifs; le malade guérit radicalement. Mais si cette luxation par une violence extérieure paraît peu probable, il n'en est pas de même du déplacement dans ce sens

par l'action d'une cause interne qui agit d'une manière lente et graduée. On voit quelquefois, dans les tumeurs blanches ou lymphatiques du genou, la rétraction des muscles fléchisseurs de la jambe, jointe à la déformation des condyles du fémur, donner lieu à ce déplacement; mais il doit être alors considéré moins comme une luxation que comme une circonstance particulière d'une maladie extrêmement grave, et qui nécessite presque toujours l'amputation de la cuisse.

La luxation en devant est la plus difficile de toutes. Pour qu'elle arrivât, il faudrait que les ligaments latéraux, les ligaments croisés et le ligament oblique ou postérieur, qui tous sont disposés de manière à empêcher la trop grande extension de la jambe, fussent déchirés; et que les muscles jumeaux, le poplité et les tendons des fléchisseurs de la jambe, éprouvassent en même temps un allongement excessif, et peut-être même une rupture partielle.

Les luxations latérales en dedans ou en dehors sont plus faciles et plus fréquentes que les autres; mais elles sont presque toujours incomplètes, à raison de la grande étendue qu'offrent transversalement les surfaces articulaires, étendue qui ne permettrait pas au tibia d'abandonner entièrement les condyles du fémur sans la rupture des ligaments croisés et des latéraux, lesquels ont une force qui les met en état de résister à de grands efforts sans se déchirer. Dans les luxations latérales complètes, les surfaces articulaires du tibia cessent d'être en rapport avec les condyles du fémur, et le premier de ces os dépasse entièrement le second en dedans ou en dehors, suivant le côté du déplacement. Dans les incomplètes, au contraire, le déplacement a lieu à des degrés différents: tantôt l'une ou l'autre des cavités articulaires du tibia ne dépasse le condyle correspondant du fémur que de quelques lignes, et le tubercule qui sépare ces deux cavités se trouve encore logé dans l'intervalle des deux condyles; tantôt l'une de ces cavités abandonne le condyle correspondant, tandis que l'autre se porte au-dessous de ce condyle, qui est dépassé par le tubercule qui sépare les deux cavités du tibia. Par exemple, dans la luxation en dedans, la cavité externe du tibia se trouve au-dessous du condyle interne du fémur; et dans la luxation en dehors, la cavité interne du premier de ces os se trouve au-dessous du condyle externe du dernier.

De quelque côté que le tibia se luxe, il entraîne toujours la rotule, qui éprouve ainsi un déplacement plus ou moins considérable, suivant le degré de déplacement du tibia.

Pour qu'une violence extérieure produise une luxation quelconque du tibia, il faut qu'elle agisse en poussant cet os dans un sens, pendant que le fémur est retenu, ou qu'il est poussé dans un sens contraire. La 402^e observation de Lamotte nous offre l'exemple d'une luxation complète du tibia en dehors, qui eut lieu suivant le premier mécanisme. « Un manœuvre fut accablé sous un monceau de terre qui lui tomba sur le corps et le couvrit depuis les épaules jusqu'aux pieds, mais beaucoup plus depuis la ceinture jusqu'en bas, que depuis la ceinture jusqu'en haut, et plus sur la cuisse et la jambe du côté gauche que sur celles du côté droit, étant couché sur le dos, les jambes et les cuisses écartées. La cuisse et la jambe du côté droit, s'étant heureusement trouvées sur un terrain plein et uni, ne souffrirent qu'une forte contusion, tandis que le terrain s'étant trouvé plus élevé jusqu'à l'extrémité de la cuisse gauche d'environ trois à quatre pouces, la jambe porta à faux, et la pesanteur du fardeau, plus considérable dans cette partie qu'en tout le reste du corps, donna lieu à la luxation du tibia. » Nous avons vu une luxation incomplète en dedans, qui eut lieu suivant le second mode, c'est-à-dire que le fémur, au lieu d'être retenu, fut entraîné en sens contraire. L'homme qui l'éprouva faisait tourner la roue d'une grue, en mettant alternativement les pieds sur les chevilles dont un des côtés de cette roue est garni. Le pied droit lui ayant glissé, la jambe se trouva engagée entre deux chevilles, et fut portée en dedans par le mouvement rétrograde de la roue, tandis que le poids du corps entraîna la cuisse en sens contraire.

Le diagnostic des luxations du tibia est des plus faciles. La difformité du genou est si grande et si apparente qu'elle suffit seule pour faire reconnaître la maladie; mais cette difformité, ainsi que les autres phénomènes de la luxation, offre des différences suivant son espèce.

Dans celle en arrière, la jambe est fléchie à angle très-aigu, et ne peut pas être étendue; les condyles du fémur, et la rotule fortement appliquée dans leur intervalle, forment une tumeur arrondie qui termine la cuisse, et au-dessous de laquelle on remarque un enfoncement où l'on peut sentir le ligament de la rotule allongé et tendu: le creux du jarret est rempli par l'extrémité supérieure du tibia qui forme une tumeur remarquable à la partie inférieure et postérieure de la cuisse.

La luxation en devant ne pouvant avoir lieu sans un délabrement

énorme des ligaments et des autres parties molles qui entourent l'articulation, on conçoit que les signes de son existence seront particulièrement une grande mobilité de l'articulation et le changement des rapports du tibia avec le fémur; circonstances qui rendent très-facile le diagnostic de cette espèce.

Les luxations latérales en dedans et en dehors se reconnaissent aux signes suivants. Dans celle en dedans, l'extrémité supérieure du tibia forme une tumeur au-dessous de la tubérosité du condyle interne du fémur, et l'on remarque un enfoncement sous le condyle externe du même os. Le contraire a lieu dans la luxation incomplète en dehors. Lorsque le tibia est luxé complètement en dedans ou en dehors, les signes de la maladie sont encore plus sensibles; dans ce dernier cas, la difformité du genou est si grande, que la seule inspection de la partie suffit pour faire reconnaître la luxation, lors même qu'il est survenu un gonflement considérable. Dans les luxations incomplètes, la rotule n'éprouve presque aucun déplacement; son axe vertical est seulement oblique de dehors en dedans et de haut en bas dans la luxation en dedans, et de dedans en dehors et de haut en bas dans la luxation en dehors. Mais dans celles qui sont complètes, la rotule est elle-même luxée, de manière que, dans la luxation en dehors, sa cavité articulaire interne est placée devant le condyle externe du fémur, tandis que sa cavité articulaire externe est au delà de ce condyle et sans appui; il en est de même, mais en sens inverse, dans la luxation complète en dedans.

Presque tous les auteurs s'accordent à dire que les luxations du tibia sont très-dangereuses; que celles qui sont complètes doivent presque toujours conduire à la nécessité d'amputer la cuisse; et que la chance la plus heureuse, lorsqu'on n'est pas réduit à cette extrémité, c'est que le malade guérisse avec une ankylose, laquelle même arrive souvent dans les luxations incomplètes. On conçoit aisément les raisons d'un pronostic aussi fâcheux lorsqu'on réfléchit sur la solidité de l'articulation et sur la violence de l'effort nécessaire pour opérer le déplacement du tibia; cette violence doit être telle, qu'il serait peut-être plus exact de dire que l'affection qui en résulte est plutôt un déchirement de l'articulation qu'une luxation. On a cependant des exemples de luxations du tibia, même complètes, dont la terminaison a été heureuse. Le malade qui fait le sujet de l'observation de Lamotte, dont nous venons de parler, n'éprouva aucun accident, et fut en état

au bout de cinq semaines, de reprendre son service ordinaire. Celui auquel Heister dit avoir réduit une luxation complète en arrière guérit radicalement aussi. Dans la luxation incomplète en dedans que nous avons eu occasion d'observer, le malade fut en état de marcher et de travailler au bout de trois semaines.

La réduction des luxations du tibia présente rarement des difficultés. Pour l'opérer, de quelque côté que cet os soit luxé, on s'y prend de la manière suivante : un aide embrasse la partie inférieure de la jambe avec ses deux mains pour faire l'extension; un autre saisit la partie inférieure de la cuisse pour faire la contre-extension. L'extension doit être faite suivant la direction que le déplacement a imprimée à la jambe : lorsqu'elle est suffisante, le chirurgien, qui doit être situé au côté externe du membre, opère la réduction en embrassant les condyles du fémur d'une main, l'extrémité supérieure du tibia de l'autre, et en les poussant en sens contraire. En rentrant dans sa situation naturelle, le tibia entraîne la rotule, qui se trouve replacée en même temps. On reconnaît que la luxation est réduite au bruit qui se fait entendre au moment où les os reprennent leurs rapports naturels, à la bonne conformation du genou et à la possibilité de fléchir et d'étendre la jambe.

Pour maintenir la luxation réduite et en prévenir la récurrence, on entoure le genou avec des compresses imbibées d'une liqueur résolutive et un bandage roulé médiocrement serré, ce qui suffit pour contenir l'articulation dont les os ont peu de tendance au déplacement, à cause de l'étendue des surfaces articulaires; mais si cette tendance avait lieu, comme je l'ai vu une fois dans la luxation incomplète en dedans, il faudrait employer des attelles et des paillassons de balle d'avoine, comme dans la fracture de la cuisse, et exercer même une compression convenable sur l'extrémité supérieure du tibia, du côté de la luxation.

Un objet essentiel dans le traitement des luxations du tibia, c'est de prévenir les accidents, et de les combattre lorsqu'ils sont survenus. Les saignées répétées, une diète sévère, les boissons délayantes et rafraîchissantes, sont les moyens généraux qui conviennent pour prévenir l'inflammation de l'articulation, et pour la combattre lorsqu'elle existe. Les applications locales dans les premiers moments doivent consister en résolutifs et en répercussifs, qui diminueront l'affluence des humeurs, et préviendront ou du moins modéreront l'engorgement

inflammatoire; et en cataplasmes émollients lorsque cet engorgement est prononcé. Si l'inflammation est médiocre, elle se termine ordinairement par résolution; lorsqu'elle est intense, elle peut être suivie de suppuration, et même de gangrène. Dans le cas de suppuration, on doit pratiquer de bonne heure les incisions nécessaires pour prévenir le croupissement du pus dans l'articulation et dans ses environs; dans le cas de gangrène, on emploie tous les moyens propres à en arrêter les progrès; mais malgré leur usage, elle gagne quelquefois toute la cuisse avec une telle rapidité, que le malade succombe très-promptement, et qu'on n'a pas même la ressource de l'amputation du membre, opération qui deviendrait absolument nécessaire si les progrès de la mortification s'arrêtaient, et si la nature posait une ligne de démarcation entre le mort et le vif, dans un lieu où le retranchement du membre serait encore praticable. C'est vraisemblablement cette promptitude avec laquelle la gangrène s'empare du membre, dans quelques cas de luxations complètes du tibia, qui a fait mettre en question si ces luxations ne devaient pas être mises au nombre des cas qui exigent sur-le-champ l'amputation. Un chirurgien prudent ne se décidera à pratiquer cette opération immédiatement après l'accident que lorsque le délabrement de l'articulation sera tel, que la gangrène du membre doit en être la suite inévitable; et ce cas se rencontre très-rarement.

§ 2. — Des luxations du péroné.

En considérant la manière dont les extrémités du péroné s'articulent avec le tibia, on est porté à croire que les luxations du premier de ces os sont absolument impossibles. C'est sans doute là l'idée que se sont formée de ces luxations la plupart des auteurs de traités *ex professo* sur les maladies des os, et de traités généraux de chirurgie, puisque très-peu en ont parlé, et que ceux qui en ont fait mention en ont raisonné plutôt comme d'une chose qui ne paraissait pas absolument impossible, que comme d'une maladie qu'ils avaient vue.

Articulé supérieurement avec le tibia par une facette plate, couverte d'un cartilage lisse, le péroné est susceptible de légers mouvements de glissement de devant en arrière et de derrière en devant. Il pourrait se luxer dans ces deux sens si, plus volumineux que dans l'état ordinaire, il donnait prise aux puissances extérieures capables de le déplacer. Il serait facile de reconnaître ces luxations à la tumeur

que formerait la tête du péroné dans un lieu différent de celui qu'elle occupe naturellement, à moins qu'un gonflement considérable des parties molles ne masquât entièrement cette portion de l'os. La réduction de ces luxations serait facile: il suffirait pour l'opérer de pousser l'extrémité supérieure du péroné en sens contraire du déplacement. On maintiendrait la réduction au moyen d'un bandage roulé dont la compression sur l'extrémité du péroné serait rendue plus forte du côté de la luxation par des compresses languettes assez épaisses et une attelle placées de ce côté, le long de l'os.

L'articulation de l'extrémité inférieure du péroné avec le tibia est si serrée qu'elle ne permet à la malléole externe de se mouvoir qu'autant que les ligaments qui l'affermissent peuvent s'y prêter, en cédant à la pression de l'astragale, lorsque le pied est fortement renversé en dedans ou en dehors; mais si ces ligaments, ainsi que ceux qui entourent l'articulation supérieure, sont relâchés, et si, en même temps, les surfaces de cette dernière ont une direction qui les rapproche davantage de la ligne verticale, dans un renversement violent du pied en dehors, le péroné, au lieu de se fracturer dans son extrémité inférieure, comme il arrive ordinairement, pourra glisser en totalité de bas en haut, de manière que son extrémité inférieure remontera un peu, tandis que la facette articulaire de son extrémité supérieure se portera au-dessus de celle du tibia qui lui correspond, et l'abandonnera en partie ou en totalité. Nous avons observé une luxation de cette espèce, suite d'une luxation du pied en dehors. Ces deux luxations furent réduites en même temps; en ramenant le pied dans sa rectitude naturelle, le péroné rentra aussi dans sa place accoutumée: le tout fut traité et contenu suivant les principes ordinaires, et le malade guérit en conservant un peu de roideur dans l'articulation. L'espèce de déplacement dont je viens de parler, aussi rare que singulier, est le seul dont l'extrémité inférieure du péroné soit susceptible; les luxations en devant et en arrière de cette extrémité de l'os paraissent absolument impossibles.