

dessus du genou, tire la cuisse de telle sorte qu'elle *croise* la cuisse saine en avant dans son tiers inférieur. Pour compléter la réduction, on imprime à

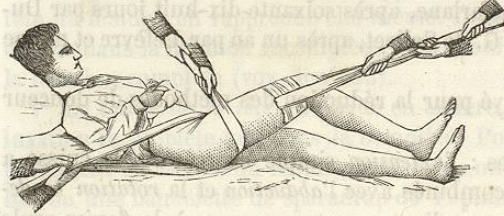


Fig. 117.

la cuisse une légère *rotation en dehors*. A. Cooper y ajoutait parfois le *soulèvement* de la tête fémorale avec le bras passé sous la cuisse luxée; on peut remplacer cette manœuvre en faisant une traction transversale au moyen d'un lacs qui embrasse la partie

supérieure de la cuisse (fig. 117).  
**Procédé de Nelaton.** Le malade est couché sur le côté *sain*; la cuisse luxée est *fléchie* à angle droit sur le bassin, la jambe *fléchie* à angle droit sur la cuisse. Un lacs contre-extenseur est placé dans le pli de l'aîne du côté malade, et les deux extrémités en sont ramenées, l'une en avant sur l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre en arrière au-dessous de l'ischion, de manière à fixer solidement le bassin; on les réunit ensemble pour les engager dans un anneau scellé dans le mur à la hauteur du lit. Le lacs extenseur est fixé solidement au-dessus du genou, puis confié à des aides ou adapté à des mouffes. Les tractions doivent être exécutées lentement, suivant l'axe du fémur placé dans la position indiquée; on les fait cesser dès que la réduction est annoncée, soit par un bruit particulier qui se produit quelquefois au moment de la rentrée de la tête fémorale dans la cavité coxaloïde, soit par le retour de la hanche à sa conformation normale.

La luxation réduite, il faut maintenir le membre dans l'immobilité, au moyen d'un bandage approprié, pendant le temps nécessaire à la cicatrisation des parties molles déchirées.

#### 2° LUXATIONS ISCHIATIQUES.

Elles diffèrent des luxations iliaques en ce que la tête du fémur, au lieu de correspondre à l'échancrure sciatique, répond à l'*épine sciatique* (fig. 118); elles sont incomplètes ou complètes.

**Anatomie pathologique.** Dans la luxation complète, la tête du fémur est située à peu près au niveau de l'épine sciatique, moitié au-dessus, moitié au-dessous; ou bien un peu au-dessous de ce niveau; ou bien encore contre la partie supérieure de la tubérosité sciatique. Malgaigne admet qu'elle s'échappe toujours au-dessous de l'obturateur interne et des jumeaux. Ces derniers muscles, ainsi que le carré crural, sont déchirés.

**Causes.** Ce sont les mêmes que pour la luxation iliaque: des chutes faites d'une grande hauteur, des éboulements ou des corps graves tombant sur les reins et forçant la flexion du tronc et des cuisses, ou la flexion de la

cuisse seulement, ou bien encore produisant la flexion en même temps que l'adduction et la rotation en dedans.

**Symptômes.** La cuisse est *fléchie* sur le bassin à un degré variable; quelquefois elle forme un angle droit avec le tronc, d'autres fois un angle de 135 degrés. Dans certains cas elle paraît étendue, ce qui est dû à un mouvement de flexion en arrière du bassin sur la colonne vertébrale, d'où résulte une forte cambrure des lombes. Le membre inférieur est dans l'*adduction* et dans la *rotation en dedans* à un degré variable; il est *raccourci* constamment, et il faut prendre garde de s'en laisser imposer par un allongement apparent. La *sailie* formée par la tête luxée est sentie un peu au-dessus de la tubérosité sciatique, à une profondeur plus considérable dans la luxation complète que dans l'incomplète. On constate une *dépression* à la partie antérieure de l'aîne, répondant au retrait de la tête du fémur. Le grand *trochanter* est porté en dehors et en avant, plus ou moins éloigné de la crête iliaque, d'après le degré de flexion et d'adduction du membre. On observe quelquefois un engourdissement du membre inférieur, ce que l'on attribue à la compression du grand nerf sciatique par la tête du fémur.

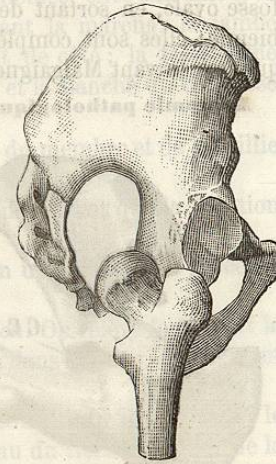


Fig. 118.

**Marche. Terminaisons.** Lorsque la luxation est abandonnée à elle-même, elle a les mêmes conséquences fâcheuses au point de vue de la station et de la progression que la luxation iliaque. Quelquefois la tête du fémur remonte vers l'échancrure sciatique et la luxation ischiatique se transforme en iliaque.

**Diagnostic.** La luxation ischiatique se rapproche beaucoup par ses symptômes de l'iliaque; elle en diffère surtout par la flexion plus prononcée de la cuisse et par la situation de la tête fémorale sur un point du bassin plus rapproché de la tubérosité sciatique. Il est plus difficile de distinguer la luxation complète de l'incomplète. Il faut avoir égard à la position exacte de la tête fémorale et mesurer la circonférence de la cuisse au milieu du périnée. Dans la luxation complète cette circonférence est plus étendue que dans l'incomplète.

**Pronostic. Traitement.** La réduction semble facile pour les luxations incomplètes, et elle s'obtient, soit par des tractions exercées sur la cuisse *fléchie*, soit par le procédé de Desprès (voir p. 533). Les luxations complètes offrent plus de difficultés; Malgaigne donne la préférence aux tractions exercées sur la cuisse *fléchie*, suivies d'un mouvement de rotation du membre en dehors et d'une pression sur la tête du fémur.



3<sup>o</sup> LUXATIONS ISCHIO-PUBIENNES.

Ce sont les luxations dans lesquelles la tête du fémur se porte vers la fosse ovale, en sortant de la cavité cotyloïde par l'échancrure ischio-pubienne; elles sont complètes ou incomplètes; ces dernières sont plus fréquentes suivant Malgaigne.

**Anatomie pathologique.** La tête du fémur occupe une partie ou la totalité du trou ovale, suivant que la luxation est incomplète (fig. 419) ou complète; elle est tantôt recouverte par le muscle obturateur, tantôt elle repose sur ce muscle; le grand trochanter est incliné en arrière vers la cavité cotyloïde.

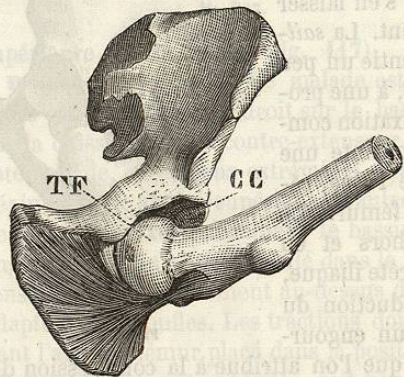


Fig. 419. Luxation ischio-pubienne incomplète.

**Causes.** Ce sont encore des chutes d'une certaine hauteur, des chocs extérieurs énergiques, des éboulements dans lesquels la cuisse est portée dans une abduction forcée en même temps que dans la flexion forcée, ou quelquefois dans l'extension.

**Symptômes.** Il y a une différence frappante dans la description qu'en ont donnée les auteurs; on en jugera en comparant la description de Nélaton avec celle de Malgaigne.

Nélaton dit que la luxation ischio-pubienne est caractérisée par l'aplatissement de la fesse; l'affaissement de la saillie trochantérienne, qui est remplacée par une excavation; l'abaissement du pli fessier; l'existence d'une convexité à la partie interne et supérieure de la cuisse, due à la présence de la tête fémorale en dehors de la branche descendante du pubis et au-dessus de la tubérosité sciatique; la flexion de la cuisse sur le bassin; l'abduction forcée du membre et sa rotation en dehors; l'allongement du membre de 3 à 5 centimètres; l'abolition des mouvements d'adduction, d'extension et de rotation en dedans; la possibilité de faire exécuter des mouvements de flexion et d'abduction. Sédillot a rapporté plusieurs faits de luxation de ce genre, avec rétablissement immédiat et spontané de la marche et de la station verticale.

D'après Malgaigne, la flexion de la cuisse n'est qu'apparente, et ce qui en impose est l'abduction. Il en est de même de l'allongement du membre; celui-ci paraît allongé parce qu'il est porté dans l'abduction. Si l'on mesure la distance qui existe entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le condyle externe du fémur, on trouve un raccourcissement. Le renversement du

pied en dehors n'est pas constant; quelquefois le pied ne présente aucune déviation.

Il faut ajouter aux symptômes que nous venons d'énumérer la rétention d'urine, observée quelquefois, notamment par B. Cooper et Paletta.

**Marche. Terminaisons.** Les luxations ischio-pubiennes se réduisent quelquefois spontanément. Abandonnées à elles-mêmes, elles entraînent le plus souvent des conséquences fâcheuses: pendant la marche, la jambe saine se rapproche de l'autre; le tronc s'infléchit de côté; la fesse saine bombe fortement en dehors, tandis que le flanc et la hanche du côté lésé offrent un creux très-sensible.

**Diagnostic.** Il est facile, en raison de l'attitude du membre et de la saillie de la tête luxée à la partie supérieure et interne de la cuisse.

**Traitement.** Les procédés de réduction varient suivant que la luxation est incomplète ou complète.

Dans la luxation incomplète on peut mettre en usage l'un des procédés suivants:

**Procédé de Malgaigne.** — *Extension et pression.* On relève fortement la cuisse en dehors et on exerce une légère traction dans ce sens, en pressant sur la tête du fémur avec la main.

**Procédé de Malapert.** *Bascule.* Le blessé est couché sur le côté sain; le chirurgien place son avant-bras gauche au niveau du tiers supérieur de la face interne de la cuisse, de façon à repousser le fémur en haut et en dehors; de la main droite, il abaisse le genou et le ramène en dedans.

Dans la luxation complète on réussit avec le procédé de Nélaton, décrit plus haut (p. 534), en y ajoutant une traction transversale exercée à l'aide d'un lacs placé à la partie supérieure et interne de la cuisse, et dont les chefs sont noués de manière à représenter un large anneau dans lequel le chirurgien engage la tête qu'il relève pour faire la traction. Malgaigne préfère le procédé suivant: on commence par tirer sur la cuisse relevée en dehors jusqu'à angle droit; on termine en imprimant au membre un mouvement de bascule sur le bras, sur le genou ou sur le talon du chirurgien, ou bien encore sur une colonne de lit.

4<sup>o</sup> LUXATIONS SOUS-PÉRINÉALES.

Nous avons cru devoir faire de la luxation sous-périnéale une variété de l'ischio-pubienne, dont elle ne diffère que par un déplacement plus étendu de la tête du fémur. Il n'en existe d'ailleurs que trois observations, dues à d'Amblard, à Parker et à Pope. Les symptômes ressemblent beaucoup à ceux des luxations ischio-pubiennes. La cuisse est écartée du corps à angle droit, légèrement portée en avant; le tronc est incliné du côté de la luxation; la hanche présente une forte dépression en dehors; le membre inférieur paraît allongé; la pointe du pied est tournée en dehors. La tête du fémur forme une saillie manifeste au périnée, vers l'union de la branche ascendante de l'ischion et de la branche descendante du pubis, près du



bulbe de l'urèthre, d'où la possibilité d'une rétention d'urine par la compression exercée sur cet organe. Dans le cas rapporté par Pope, la tête du fémur était placée au-dessous de la peau du périnée dont elle soulevait le raphé.

## 5° LUXATIONS ILIO-PUBIENNES.

Les luxations ilio-pubiennes sont celles dans lesquelles la tête du fémur se met en rapport avec le pubis, au voisinage de l'échancrure ilio-pubienne.

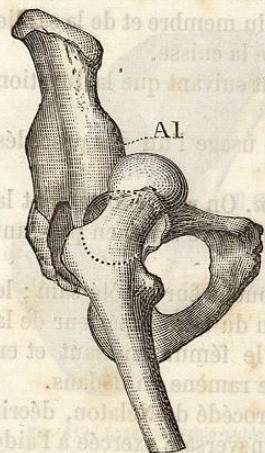
**Anatomie pathologique.**

Fig. 420. Luxation ilio-pubienne incomplète. La ligne ponctuée répond au contour de la cavité cotyloïde.

On admet généralement que la tête du fémur repose par sa partie postérieure en dehors de l'éminence ilio-pectinée, et qu'elle soulève le muscle psoas-iliaque et le droit antérieur. Malgaigne professe au contraire que les luxations ilio-pubiennes sont essentiellement *incomplètes* à leur origine et qu'elles ne deviennent complètes qu'à la longue par la marche et par le poids du corps. Ce chirurgien a constaté dans des expériences cadavériques que la tête est *incomplètement* sortie de sa cavité, appuyée sur l'échancrure ilio-pubienne et située plus ou moins près de l'épine iliaque antéro-inférieure (AI) ou de l'éminence ilio-pectinée, à un centimètre au moins au-dessous du ligament de Fallope. Le grand trochanter correspond généralement à la cavité cotyloïde. La capsule articulaire est largement déchirée, le ligament rond rompu.

**Causes.** Elles ne diffèrent pas de celles qui ont été exposées pour les autres espèces de luxations. Pour que la tête du fémur se déplace du côté du pubis, il faut que la cuisse soit portée dans l'extension forcée, dans la rotation en dehors, ou dans l'abduction et la rotation en dehors à la fois.

**Symptômes.** La cuisse est généralement dans l'*extension*, quelquefois dans la flexion légère ; le membre inférieur dans la *rotation en dehors* et le plus souvent dans l'*abduction* ; cette dernière peut manquer, et dans d'autres cas elle est portée à un degré extrême. La *longueur* du membre a été diversement appréciée : la plupart des auteurs admettent un *raccourcissement*, d'autres un *allongement*. Malgaigne a trouvé dans les expériences sur le cadavre, le plus souvent, l'absence totale de variations dans la longueur, quelquefois un allongement réel de 5 à 6 millimètres, une fois un raccourcissement de 3 millimètres. Si l'on adopte ces résultats, on est forcé d'attribuer le raccourcissement et l'allongement signalés par les auteurs à une mensuration faite sans tenir compte de la situation relative de la cuisse et du bassin. Dans tous les cas la *tête du fémur fait saillie* au pli de l'aîne, ce que l'on peut constater par la vue et par le toucher. Elle est située en dehors de l'artère fémorale, au-dessous du ligament de Fallope, en dedans

de l'épine iliaque inférieure, au-devant du rebord cotyloïdien. Le *grand trochanter est fortement déprimé*, porté en avant, à peu près sur la même ligne verticale que l'épine iliaque antéro-supérieure. La *fesse est aplatie* ; le pli de la fesse, moins prononcé que dans l'état normal, tantôt demeure à son niveau ordinaire, tantôt *remonte* ou *descend*, d'après l'inclinaison du bassin. Les *mouvements volontaires* de la cuisse sont impossibles ; les mouvements communiqués d'adduction et de rotation en dehors sont possibles ; ceux d'abduction et de rotation en dedans, de flexion, difficiles. Quelques malades conservent la faculté de marcher immédiatement après l'accident ; d'autres sont atteints d'une rétention d'urine, ainsi que l'ont constaté Larrey, B. Travers et Roux.

**Marche. Terminaisons.** Lorsque la luxation n'est pas réduite, les fonctions du membre sont recouvrées, la marche devient possible, le membre se porte plus tard dans l'adduction. Quelquefois la luxation, d'incomplète qu'elle est dans le principe, devient complète.

**Diagnostic.** La rotation du membre en dehors, son raccourcissement apparent, l'abolition des mouvements, peuvent faire croire à l'existence d'une fracture du col du fémur. On distingue la luxation à la dépression du grand trochanter et à la saillie de la tête au pli de l'aîne. Pour apprécier si une luxation ilio-pubienne est complète ou incomplète, on aura égard à la situation de la tête du fémur : dans la luxation complète, la tête est au-dessus du ligament de Fallope ; dans l'incomplète, elle est au-dessous.

**Traitement.** On a proposé de réduire ces luxations de la manière suivante : le malade est couché sur le dos, la jambe étendue sur la cuisse. L'extension est exercée sur le membre inférieur obliquement en dehors, et la contre-extension suivant l'axe du tronc. Malgaigne préfère, pour les déplacements incomplets, fléchir la cuisse et la porter en dehors pour lui imprimer ensuite un mouvement de rotation en dedans. Pour les déplacements étendus, il ajoute aux manœuvres précédentes une traction légère et la pression des mains sur la tête du fémur.

## 6° LUXATIONS SUS-COTYLOIDIENNES.

Elles diffèrent des luxations ilio-pubiennes, en ce que la tête du fémur remonte davantage vers les épines iliaques antéro-supérieure et inférieure. Aussi avons-nous cru devoir en faire une variété de ces luxations. On peut du reste en admettre de deux sortes : des sus-cotyloïdiennes complètes et incomplètes.

Il n'existe qu'un seul cas de luxation sus-cotyloïdienne *complète*, observé par Cummins. La tête du fémur était située à quelques millimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Les luxations sus-cotyloïdiennes *incomplètes* sont un peu moins rares. Elles ont été occasionnées par la chute du haut d'une échelle, par un mouvement de rotation imprimé au corps par une machine à vapeur, etc.

On a noté les symptômes suivants : le membre est étendu et dans une



légère abduction, dans la rotation en dehors très-prononcée, raccourci de 10 à 15 millimètres au plus. La fesse est aplatie; le grand trochanter effacé et porté en arrière; la tête du fémur située *au côté externe* de l'épine iliaque antérieure et inférieure, (AI) à 2 centimètres et demi au-dessous de la supérieure (AS).

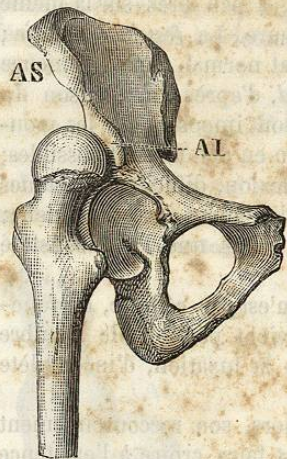


Fig. 121.

Quelques-unes de ces luxations ont été disséquées à l'état récent, ce qui a permis de constater une déchirure de la moitié supérieure de la capsule articulaire, une rupture du ligament rond, et la situation de la tête du fémur sur l'épine iliaque antéro-inférieure, un peu en dehors de cette épine.

La luxation sus-cotyloïdienne incomplète a été confondue avec la fracture du col du fémur. L'impossibilité de communiquer au membre inférieur un mouvement de rotation en dedans, la saillie de la tête du fémur en dehors de l'épine iliaque antéro-inférieure, suffiront pour prévenir une erreur de diagnostic.

Pour faire la réduction, on porte la cuisse dans la flexion et dans la rotation en dedans, en même temps qu'on presse avec les mains de haut en bas sur la tête déplacée.

## 7° LUXATIONS SOUS-COTYLOIDIENNES.

Elles sont caractérisées par la présence de la tête du fémur immédiatement au-dessous de la cavité cotyloïde, au niveau de la gouttière qui surmonte la base de l'ischion et qui livre passage au muscle obturateur externe. On n'a pas oublié que ces luxations sont appelées *ischiatiques* par quelques chirurgiens, dénomination que nous rejetons pour éviter toute confusion. Elles ont été observées par Ollivier (d'Angers), Malgaigne, Keate, Gurney, J. Roux et Bouisson.



Fig. 122.

**Anatomie pathologique.** La tête du fémur n'occupe pas toujours la même situation; elle peut se trouver à l'endroit que nous avons précisé tout à l'heure, c'est-à-dire au niveau de la gouttière qui surmonte la base de l'ischion et dans laquelle glisse le muscle obturateur externe; mais elle se porte quelquefois plus en arrière, du côté de l'épine sciatique, ou au contraire plus en avant, vers la fosse ovale.

**Symptômes.** Ils sont variables et ne se prêtent pas à une description générale. Dans

un cas observé par Malgaigne, il y avait un peu d'allongement du membre; la cuisse était dans l'*abduction* et dans la rotation en *dehors*; le grand trochanter enfoncé; on ne sentait nulle part la tête du fémur. Nélaton assigne aux luxations sous-cotyloïdiennes des signes, pour la plupart, directement contraires aux précédents: flexion de la cuisse qui est portée dans l'*adduction* et la rotation en *dedans*; tête du fémur à la partie inférieure de la fesse, *au-dessus et en arrière de la tubérosité sciatique*; grand trochanter en arrière de la cavité cotyloïde, plus écarté de la crête iliaque que du côté opposé; membre plus long de 1 à 2 centimètres dans l'extension, plus court dans la flexion. Cette description semble plutôt appartenir à la luxation *ischiatique véritable* qu'à la sous-cotyloïdienne. Il faut du reste convenir que la luxation sous-cotyloïdienne dans laquelle la tête du fémur se porte en arrière se rapproche beaucoup de la luxation *ischiatique*; que celle dans laquelle la tête du fémur se porte en avant rentre dans la classe des luxations *ischio-pubiennes*.

**Complications des luxations coxo-fémorales.** On a observé un certain nombre de fois des fractures du *rebord de la cavité cotyloïde* dans les divers points de sa circonférence, c'est-à-dire dans sa partie postérieure et supérieure, ou bien dans sa partie supérieure, ou bien dans sa partie interne. Il existe un seul ou plusieurs fragments. On a donné comme signes propres à faire reconnaître cette complication une crépitation plus ou moins manifeste quand on remue le membre, et la récurrence de la luxation après la réduction. Ces signes ne sont pas constants; d'où il résulte que le diagnostic offre parfois de grandes difficultés. Si la lésion était reconnue, il faudrait placer le membre dans une position telle que la luxation n'eût pas de tendance à se reproduire.

Les *fractures du col du fémur* sont rares dans les luxations coxo-fémorales. On a vu quelquefois la tête de l'os passer à travers les fragments de la *cavité cotyloïde fracturée* en plusieurs pièces. L'*os iliaque* peut d'ailleurs être brisé sans que la cavité cotyloïde soit elle-même intéressée.

## XX. LUXATIONS DE LA ROTULE.

La rotule ne peut se luxer qu'en deux sens, en dehors ou en dedans. On ne considère pas comme une luxation le déplacement de la rotule en haut, qu'on observe après la rupture du tendon rotulien (p. 228). Les luxations latérales se font à un degré plus ou moins prononcé et avec des nuances qui motivent les distinctions suivantes:

1. Luxation complète en dehors.
2. Luxation incomplète en dehors.
3. Luxation verticale externe.
4. Luxation par renversement de dehors en dedans.
5. Luxation complète en dedans.
6. Luxation incomplète en dedans.



7. Luxation verticale interne.
8. Luxation par renversement de dedans en dehors.

1° LUXATION COMPLÈTE EN DEHORS (fig. 123). Elle est produite par des violences extérieures, telles que des chutes sur le côté interne du genou, des chocs sur la partie interne du genou, ou par la seule contraction musculaire.

Elle est caractérisée par les symptômes suivants : le genou est déformé. A la place occupée par la rotule existe un enfoncement à travers lequel on peut sentir la poulie articulaire du fémur. La rotule elle-même est placée de champ à la partie externe du condyle externe du fémur ; sa face articulaire appliquée sur la face externe du condyle, sa face antérieure tournée en dehors. Le tendon du triceps et le ligament rotulien sont déviés en dehors. La jambe est plus ou moins fléchie sur la cuisse. Le genou est le siège d'une douleur vive qui empêche toute espèce de mouvement ; il est gonflé. Dans un cas, la jambe était étendue ; dans quelques autres les malades ont pu marcher.

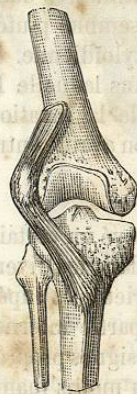


Fig. 123.

Les conséquences de la luxation non réduite sont variables ; quelquefois il n'en résulte aucun obstacle pour les fonctions du membre ; d'autres fois la jambe ne peut s'étendre sur la cuisse. A la longue il peut encore arriver que la jambe soit attirée en dehors et le tibia porté dans

un mouvement de rotation tel que sa face interne tende à devenir antérieure.

Il n'existe pas d'autopsie de cette luxation à l'état récent ; d'après les expériences cadavériques, la capsule articulaire est largement déchirée, surtout dans sa portion interne.

La réduction s'opère par le procédé dit de *Valentin*, consistant à étendre la jambe sur la cuisse et à fléchir la cuisse sur le tronc ; en même temps on refoule la rotule en avant et en dedans. Le membre doit être maintenu dans l'immobilité, au moyen d'un bandage de *Scultet* (fig. 72, p. 388), et pour prévenir la récurrence, il est convenable de faire porter pendant quelque temps une genouillère.



Fig. 124.

2° LUXATION INCOMPLÈTE EN DEHORS (fig. 124). Elle est produite par le même genre de causes que la luxation complète.

Le genou est moins déformé que dans le cas précédent. La rotule déviée en dehors n'a pas quitté entièrement la poulie fémorale ; son bord interne est arrêté au milieu de la poulie articulaire ; son bord externe plus ou moins relevé fait saillie à la fois en avant et en dehors ; sa face antérieure est inclinée en dedans. Le tendon du triceps et le ligament rotulien forment au-dessous de la peau des saillies obliques. La jambe est plutôt étendue que fléchie ; dans quelques cas, cependant, demi-fléchie.

Le pronostic n'est pas plus grave que pour la luxation complète ; les mouvements du genou sont recouverts alors même que la luxation n'est pas réduite.

La réduction se fait, soit par le procédé de *Valentin*, décrit à l'occasion des luxations complètes ; soit en fléchissant brusquement la jambe sur la cuisse pour dégager l'angle interne de la rotule, après quoi cet os bascule sous l'influence de la seule action musculaire pour reprendre sa place.

3° LUXATION VERTICALE EXTERNE (fig. 125). Dans cette variété la rotule est placée de champ, le bord externe tourné en avant.

La luxation est produite le plus souvent par la contraction musculaire ; quelquefois par l'action d'une violence extérieure sur le genou.

Le genou offre une déformation toute spéciale : le diamètre antéro-postérieur est augmenté ; en avant, on sent sous la peau un bord tranchant répondant au bord externe de la rotule, le bord interne étant enclavé dans le creux sus-condylien. La rotule est donc placée de champ ou verticalement sur la face antérieure du fémur. La jambe est généralement étendue, quelquefois fléchie. Les mouvements de flexion sont douloureux, presque impossibles.

Les autopsies de luxation de ce genre font défaut ; *Malgaigne* a conclu d'expériences cadavériques que l'angle interne de la rotule est enclavé dans le tissu adipeux du creux sus-condylien, et que les parties latérales de la capsule sont à demi déchirées et tendues.

C'est encore le procédé de *Valentin* qu'il convient de mettre en usage pour faire la réduction, en y ajoutant le refoulement du bord interne de la rotule en dedans et du bord externe en dehors. On peut encore avoir recours, soit à la flexion forcée de la jambe suivie d'une extension immédiate, soit à la flexion forcée seule.



Fig. 125.

4° LUXATION PAR RENVERSEMENT DE DEHORS EN DEDANS. Dans cette luxation, la rotule a décrit sur son propre axe un mouvement de rotation qui a porté la face antérieure en arrière, la face articulaire en avant, le bord externe en dedans et le bord interne en dehors. L'existence en est hypothétique.

5° LUXATIONS EN DEDANS. *Putégnat* a rapporté une observation de luxation complète *ex dedans* des deux rotules. *Malgaigne* en avait cru trouver un autre exemple dû à *Walther*, que *Nélaton* considère comme une luxation incomplète. Une observation de cette dernière espèce a été rapportée par *A. Key*. On déduira facilement, de ce que nous avons dit à l'occasion des luxations en dehors, les symptômes propres aux luxations de la rotule en dedans. Pareille remarque s'applique à la luxation verticale en dedans, dans laquelle le bord externe de la rotule est engagé dans le creux sus-