

SEPTIÈME LEÇON

Luxation incomplète de la rotule en dehors.

Observation. — Examen de la malade. — Diagnostic.

Anatomie pathologique. — Variété des luxations de la rotule.

Mécanisme de ces luxations, pronostic et marche.

Traitement.

MESSIEURS,

Je me suis, il y a quelques instants, arrêté assez longtemps avec vous auprès d'une de nos malades de la salle 8 qui présentait un traumatisme important de la région tibio-fémorale gauche.

Cette femme est âgée, elle a soixante-dix-sept ans, mais elle est bien portante. Cependant l'examen général que nous avons fait ensemble vous a démontré qu'elle est depuis longtemps atteinte d'un léger degré d'arthrite sèche qui, s'il n'a pas porté une sérieuse atteinte à la santé générale, peut avoir,

aujourd'hui, une importance dont il faut tenir compte pour le pronostic et surtout pour les difficultés que présentera le traitement.

Vous le savez, en effet, il s'agit d'une luxation de la rotule, et les manœuvres que j'ai faites au lit de la malade, pour obtenir une réduction immédiate, ont échoué.

Les luxations de la rotule ne sont pas si fréquentes que nous puissions les laisser passer sous vos yeux sans insister sur les signes qui les caractérisent et les dangers auxquels elles exposent. Suivez avec moi les détails de cette observation.

Notre malade est tombée en marchant, il y a quatre jours; malgré les nombreuses questions que nous lui avons adressées, il ne nous a pas été possible de savoir comment elle était tombée. Sans doute, son propre poids l'a entraînée en avant, mais elle ne sait pas si son membre a porté sur le sol par la face interne ou par la face externe: elle se souvient seulement d'avoir, au moment de la chute, éprouvé une douleur très vive, et de s'être, immédiatement après, trouvée dans l'impossibilité de se relever seule. Deux personnes durent la prendre par les bras, la dresser peu à peu sur ses pieds. Ainsi soutenue, elle put, paraît-il, faire quelques pas, très lentement. J'attire votre attention sur ce fait qui semble éloigner l'idée d'une fracture, d'une solution de continuité du squelette.

Quand nous avons examiné cette malade ce matin, nous l'avons trouvée dans le décubitus dorsal, le membre blessé dans l'extension. Le genou présentait une teinte ecchymotique à la partie interne; ce qui nous fit tout d'abord penser que peut-être l'articulation avait heurté le sol en ce point. — Le pied était légèrement dévié en dedans comme si le tibia avait subi un certain mouvement de torsion en dedans, tandis que le fémur se serait porté en rotation externe. L'attitude générale du membre rappelait à un faible degré le *genu valgum*.

Portant toute votre attention sur l'articulation elle-même, vous avez ensuite constaté qu'elle était aplatie, élargie pour ainsi dire, mais que cet aplatissement offrait une surface inégale; le genou était un peu déprimé en dedans, tandis qu'en dehors il offrait une saillie manifeste. C'est qu'en effet, la rotule, au lieu d'occuper exactement l'espace inter-condylien, était repoussée en dehors, où son bon bord externe faisait une forte saillie, une arête vive qui surmontait le condyle externe du fémur.

Pour bien reconnaître ce déplacement, il fallait porter les doigts en dedans et rechercher le bord interne de l'os luxé: par le palper méthodique, on ne retrouvait pas; ou bien il fallait fortement déprimer les tissus, et alors on retrouvait son arête profondément enfoncée dans l'espace inter-condylien. Il existait donc un soulèvement du bord externe et

un renversement du bord interne, de telle sorte que le condyle externe recouvert par la rotule déplacée nous était caché et que le condyle interne, au contraire, devenait plus superficiel et plus accessible à vos doigts qui pouvaient le contourner absolument.

Tel est, Messieurs, l'ensemble des signes observés chez notre blessée. A ces déplacements, à cette contusion de la région du genou, à cette douleur vive et à cette impotence relative du membre, vous avez tous avec moi reconnu une luxation de la rotule, mais une luxation incomplète, puisque l'espace inter-condylien n'a pas été complètement abandonné par cet os qui conserve encore avec la surface articulaire du condyle externe des rapports suffisants pour nous la cacher tout entière.

Nous nous trouvons en présence de la forme fréquente des luxations de la rotule qui, vous le savez, offrent des variétés assez nombreuses.

La rotule peut se déplacer en dedans et en dehors. Les déplacements externes sont les plus fréquemment observés : Malgaigne pense que la luxation externe complète est la forme la plus ordinaire.

Outre la luxation en dedans qui, elle aussi, peut être complète ou incomplète, on voit quelquefois se produire une luxation verticale dans laquelle l'os se place de champ entre les deux condyles, ou bien une luxation par renversement, ou sens dessus dessous,

où la face postérieure articulaire se place immédiatement sous la peau.

Ces dernières variétés sont rares, et je ne veux pas insister sur les détails qui leur appartiennent : vous les trouverez décrits dans les livres qui traitent de ce sujet spécial.

Revenons aux instants qui ont suivi l'accident : J'ai beaucoup interrogé cette femme pour savoir si, pendant les quelques pas qu'elle a pu faire, aidée par deux personnes qui la soutenaient par les bras, son membre blessé était fléchi ou étendu.

C'est qu'en effet, Messieurs, dans la luxation complète, le membre est ordinairement demi-fléchi, et que dans la luxation incomplète il conserve au contraire l'extension... La malade ne se souvient pas de ce détail, mais ceux d'entre vous qui l'ont vue au moment où elle a été conduite dans mes salles, affirment qu'elle portait son membre dans l'extension. Je crois absolument à l'exactitude de ce renseignement, car si nous réfléchissons à l'aspect du déplacement de la luxation complète, nous voyons que la rotule fortement projetée en dehors forme, avec le triceps et le tendon rotulien qui l'ont suivie, une sorte d'angle qui, par son existence, constitue sur l'ensemble du lien locomoteur dont la rotule peut être considérée comme un os sésamoïde, un raccourcissement évident dont le résultat doit être, de toute nécessité, la flexion. Au contraire, dans la luxation incomplète,

les rapports ne sont pas aussi changés : le membre sera bien immobilisé, mais il ne sera pas raccourci, car triceps, rotule et tendon rotulien ont conservé à peu près leur direction normale.

Vous comprenez enfin que, dans les luxations de la rotule, il doit exister des désordres dans les tissus voisins; mais ces désordres varieront avec le degré du déplacement. C'est ainsi que, dans la forme incomplète, tout se bornera à quelques éraillures du ligament rotulien et de la capsule et que, dans le déplacement total, il existera de vraies déchirures. M. Berger a présenté l'anatomie pathologique de six cas de luxations complètes dans lesquels il existait des solutions de continuité profondes de la capsule et du ligament rotulien, et M. Diday a, par contre, cité l'observation d'une luxation incomplète où la capsule n'était point déchirée, mais offrait simplement de petites éraillures.

On comprend très bien que les choses puissent se passer ainsi, c'est-à-dire que la rotule se déplace, même assez loin, sans entraîner après elle de graves désordres. N'est-elle pas, en effet, de toutes parts, entourée par des liens élastiques, et placée au milieu des tissus voisins dans une sorte d'indépendance qui lui permet ces déplacements?

J'aurais désiré recueillir des renseignements plus précis pour étudier le mécanisme qui a présidé au déplacement de l'os, et vous vous souvenez que notre malade n'a pu nous en fournir aucun.

Est-elle tombée en dedans ou en dehors? Avait-elle la jambe étendue ou fléchie? Nous ne le savons pas, et dès lors il nous est impossible de faire ici la part de la contraction musculaire et du choc direct, de deux forces opposées intervenues brusquement pour chasser l'os dans les régions voisines. Je ne veux pas m'arrêter à l'ecchymose que vous avez vue sur la face interne du genou; elle n'est pas assez nette, et au surplus ne saurait, par sa présence, nous permettre de rien affirmer.

Streubel, Voillemier, Terrillon ont, sur le mécanisme des luxations de la rotule, émis des opinions diverses. Il me semble que Voillemier a eu raison de dire que la luxation par action musculaire n'était possible que lorsque le membre est fixé dans l'extension. En effet, Messieurs, pendant la flexion, la rotule vient s'enchâsser dans les condyles, elle s'y trouve fixée, et on ne voit pas comment le muscle triceps pourrait, même dans une violente contraction, l'entraîner en dehors de cette situation; quand, au contraire, le membre est étendu, la rotule dépassant les condyles se trouve pour ainsi dire supra-condylienne, et est absolument soumise à l'action des muscles qui peuvent la faire glisser sur les surfaces inclinées du cartilage articulaire de l'extrémité du fémur.

Streubel explique la luxation en dehors avec flexion par l'intervention d'une autre cause. Il admet une torsion du fémur en dehors et du tibia en dedans avec

un choc porté directement sur la rotule. Le mécanisme est, vous le voyez, très compliqué. Malgaigne fait intervenir, pour ce même déplacement en dehors, l'action du vaste externe, et Duchesne celle du vaste interne. On s'accorde aujourd'hui à donner au muscle droit antérieur une action importante à cause de sa direction générale de haut en bas et de dehors en dedans.

Après ces théories diverses, nous sommes bien obligés encore d'admettre la prédisposition individuelle qui, dans les déplacements articulaires, exerce une influence si incontestable. Vous citerai-je, pour vous en donner des preuves, le cas dont parle Ferguson, celui que rapporte B. Cooper, de cette jeune fille qui ne pouvait danser sans être atteinte d'une luxation de la rotule. On retrouverait certainement d'autres faits, mais il nous importe peu d'insister sur ces petits côtés de la question.

Un mot du pronostic. Il est variable, très variable. Dans tel cas, vous réduirez avec une facilité surprenante l'os déplacé, même en dehors de toute manœuvre méthodique; dans tel autre, vous échouerez, quelle qu'ait été votre attention à suivre exactement les procédés indiqués par les auteurs. L'insuccès, bien certainement, est proportionné aux désordres, à l'étendue du traumatisme; mais il faut s'attendre à voir déjouées les prévisions cliniques qui semblent s'imposer pourtant en présence d'un cas reconnu facilement réductible.

Quand la réduction a été obtenue, la guérison suit une marche régulière. Il y a cependant un peu d'arthrite, de la gêne dans la marche, mais aucune complication sérieuse. Key signale un cas d'arthrite suppurée; c'est une exception.

Si la réduction n'est pas obtenue, il semble que l'infirmité doit en être la conséquence fatale. Eh bien! non. Les malades, après un temps plus ou moins long, se sont servis de leur membre; ils ont pu marcher, descendre et monter les escaliers. Il n'y a guère que la flexion extrême qui se trouve entravée après ces luxations irréductibles.

Après avoir examiné notre malade, j'ai immédiatement devant vous procédé aux tentatives de réduction, et je me suis tout d'abord adressé au procédé de Valentin. Quel est-il? Il faut placer le membre dans son maximum de relâchement, c'est-à-dire fléchir le tronc en avant, la cuisse sur le bassin, et repousser l'os déplacé vers sa situation normale. Quelquefois, sous la plus légère pression, la réduction se fait tout à coup; mais il arrivera, comme chez notre malade, que le relâchement des muscles ne suffira pas. On doit alors aider la réduction par des manœuvres locales et directes assez énergiques. On saisira la rotule par son bord externe d'une main, tandis qu'avec l'autre on cherchera à relever le bord interne; et, poussant alors vigoureusement de dehors en dedans, on tentera la réduction. Si ces moyens ne réussissent pas, que faudra-

t-il faire? Malgaigne conseille, pendant que les doigts maintiennent la rotule, comme nous venons de le dire, de faire tout à coup imprimer par un aide un violent et rapide mouvement de flexion à la jambe sur la cuisse.

Nous avons tous été témoins qu'aucun de ces deux procédés n'a réussi. C'est qu'en effet, Messieurs, je reste convaincu de l'extrême difficulté qu'il y a dans certains cas à dégager le bord interne de l'os profondément déprimé vers l'espace inter-condylien; à mesure que l'on imprime des mouvements de propulsion sur le bord externe, le bord interne s'enfonce davantage. Aussi M. Duplay, pour obvier à cet inconvénient, a-t-il, dans une circonstance où il ne pouvait amener la réduction chez une jeune malade, imaginé une double érigne qu'il implanta dans le bord interne de l'os pour le relever et l'attirer en avant. Combinant cette traction en avant avec un énergique mouvement de propulsion de dehors en dedans, il put arriver facilement à un heureux résultat.

Nous trouvant en présence d'un de ces cas où les manœuvres immédiates et simples ne réussissent pas, avant d'en arriver à une opération analogue à celle de M. Duplay, il nous reste un moyen très efficace qui, chaque jour, dans le traitement des luxations, rend les plus grands services. Je veux parler du chloroforme, auquel je suis décidé à recourir.

Je n'insiste pas pour vous faire comprendre

comment, après la réduction d'une luxation de la rotule (surtout quand elle a été laborieuse), vous ferez bien d'immobiliser le membre, de faire quelques applications froides et de surveiller les accidents, heureusement fort rares, qui pourraient se présenter.

L'histoire de ces variétés de déplacements articulaires contient d'autres faits que je dois encore vous signaler. Les chirurgiens ne se sont pas arrêtés à l'expectation quand ils ont eu sous les yeux des cas d'irréductibilité compliqués d'accidents, tels que la douleur, par exemple. Témoin cette dame anglaise qui, souffrant d'horribles douleurs que rien ne pouvait calmer, consentit, sur la proposition de Fowler, son chirurgien, à supporter une opération sanglante. Il coupa d'abord, par la méthode sous-cutanée, le tendon rotulien. Comme la réduction n'avait pas été obtenue, vingt jours plus tard il tenta l'extirpation de la rotule et obtenait un succès; mais la dame devait subir un long traitement de neuf mois, durant lesquels l'usage de son membre lui fut absolument impossible.

Vous saisissez rapidement, Messieurs, la portée d'un pareil traitement. Vous en voyez les dangers, et, pour y recourir, il faut vraiment avoir la main forcée et céder aux instances d'un patient dont la vie se trouve aux prises avec une complication des plus graves. En thèse générale, vous devez envisager la question sous

un jour plus simple, et songer avant tout aux procédés de douceur qui vous feront encore obtenir de sérieux succès.

La malade qui a fait l'objet de cette leçon a été soumise à l'action du chloroforme, et la réduction a été facilement obtenue. Cependant les manœuvres de propulsion de dehors en dedans ayant tout d'abord échoué, M. le professeur Lanelongue a songé à imprimer un mouvement de haut en bas et de dehors en dedans au bord supérieur de l'os. Sous l'influence de cette pression combinée avec la propulsion externe, la réduction s'est brusquement produite.



HUITIÈME LEÇON

Sur un cas de fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.

Observation d'un malade admis à la salle 17.

Signes observés à son arrivée. — Marche progressive des troubles locaux et généraux après une période de calme ayant succédé au traumatisme (résultat d'une hémorragie).

Discussion du diagnostic et du traitement : La compression n'étant pas produite par un os déplacé, mais par du sang épanché, il faut s'abstenir.

MESSIEURS,

Vous avez examiné hier, dans le service, un jeune homme entré la veille pour une lésion traumatique de la colonne vertébrale cervicale et qui a succombé la nuit dernière aux progrès rapides de cette lésion.

L'autopsie sera faite avec soin et je vous montrerai les pièces anatomiques dans la prochaine leçon ; mais je veux, tout d'abord, vous redire l'histoire de ce malade et vous rappeler les phénomènes cliniques que vous avez observés.

C'était un jeune homme de dix-huit ans, bien char-