

pouvait sentir une portion de la surface articulaire du condyle interne du tibia en avant du condyle interne du fémur. L'articulation était à peine mobile ¹.

§ 3. — Luxations du genou.

Nous arrivons maintenant à parler des luxations du genou. On les appelle aussi luxations du tibia, bien que ce soit l'extrémité inférieure du fémur qui sorte de la capsule du genou et se luxe. Il en existe 5 formes.

Luxation en avant. — La luxation la plus fréquente du tibia se fait en avant. Nous pouvons conclure son mécanisme de ce que nous avons dit précédemment. Quand par une hyper-extension les ligaments croisés ont été rompus, il suffit d'un simple déplacement des condyles fémoraux en bas et en arrière pour que le tibia passe au-devant d'eux. La jambe reste étendue, et peut remonter plus ou moins derrière la cuisse, de sorte que le membre est plus ou moins raccourci. La capsule se rompt encore avant la luxation parce que les condyles appuyent contre elle en arrière dans l'hyper-extension. Les vaisseaux poplités se placent dans l'échancrure intercondylienne postérieure ².

(1) Bonnet dans ses expériences conclut que la rotation de la jambe n'intervient pas dans l'entorse du genou, mais cause soit une fracture de jambe, soit des désordres dans la tibio-tarsienne. D'après des recherches de P. Segond (1879), cette manière de voir est erronée : les mouvements forcés d'extension et d'inflexion latérale ne se limitent que bien rarement assez, sur le vivant, pour ne causer qu'une entorse, et en clinique l'entorse du genou est une *entorse par rotation*. Presque toujours le blessé est tombé le genou fléchi, la jambe engagée sous la cuisse, et le pied violemment tourné en dehors ou en dedans. Il y a entorse externe si le talon était sous la cuisse en dedans de l'axe fémoral ; entorse interne s'il était en dehors. Les lésions ligamenteuses s'accompagnent d'arrachement osseux, surtout dans l'entorse externe, et comme la synoviale est rompue, le sang fourni par les aréoles osseuses déchirées remplit la jointure. Bien différente en cela de l'entorse tibio-tarsienne, l'entorse du genou se caractérise donc par une *hémarthrose*. De là une distension aiguë de la jointure, qui se met en demi-flexion. Cette brusquerie permet d'établir le diagnostic avec l'hydarthrose. Le traitement consiste à ponctionner le genou pour évacuer le sang dont la résorption sans cela est très lente ; puis après quelques jours d'immobilisation on commence à mobiliser la jointure et à la masser ; on aura soin, en outre, de masser et d'électriser le quadriceps fémoral, dont l'atrophie est rapide dans ces cas.

(A. B.)

(2) En raison de ce fait les complications vasculaires sont relativement rares, mais elles sont possibles et divers auteurs ont noté la compression de l'artère, et parfois sa rupture, complète et incomplète. De même on a quelquefois constaté des paralysies ou des troubles trophiques démontrant des lésions nerveuses.

(A. B.)

La rotule se met en arrière sur la surface articulaire du tibia ou s'incline plus ou moins en arrière selon le degré de raccourcissement. Par suite de ce déplacement de la rotule, la peau sus-jacente présente des plis transversaux ce qui est caractéristique.

Quand on regarde le blessé en avant, il n'a rien de caractéristique. En général il y a un épanchement sanguin dans le genou, et à part les plis dont nous parlions tout à l'heure, on ne note aucun symptôme frappant. Mais quand on regarde le malade de profil, on voit que l'axe du fémur passe en arrière de celui de la jambe ; l'aspect est encore plus caractéristique par derrière. Les contours des condyles sont nettement accentués, la peau est tendue sur eux, le mollet paraît raccourci et aplati. Comme on peut parfaitement palper l'articulation, il n'y a pas de doute possible. La réduction est des plus facile et s'obtient en tirant sur la jambe et en coaptant les fragments avec les mains.

Les anamnétiques donnés par le malade sont quelquefois singuliers. Dans le cas publié par Pitha, le mécanisme était très net ; le blessé était tombé de deux toises de haut, une jambe étant entrée dans un tonneau qui se trouvait debout, tandis que le corps tomba par dessus le bord du tonneau.

Les anciens cliniciens ont fait observer que dans les cas de ce genre les premières semaines de la maladie peuvent se passer très bien, puis tout à coup dans la troisième ou quatrième semaine, on voit survenir de la suppuration. Cela est probablement dû à des excoriations ; par conséquent il faut être antiseptique.

Luxation en arrière. — Beaucoup plus rare est la luxation du tibia en arrière ¹. Les conditions sont inverses. Regardé par en avant, on trouve le membre dans l'hyper-extension et la jambe très raccourcie. Les contours des condyles fémoraux se dessinent nettement en avant ; au-dessous d'eux est une dépression. La rotule est dans une position telle que sa face antérieure est devenue inférieure. Son ligament tendu est situé au-dessous des condyles du fémur. Si on regarde le blessé de profil, on voit que la jambe a été déplacée en arrière de son axe normal. Quand on regarde par derrière, le raccourcissement apparent de la jambe disparaît, c'est la cuisse qui paraît raccourcie ; mais jamais la différence n'est aussi grande que dans la luxation en avant, car le raccourcissement réel est moindre. Ici aussi, la réduction se fait facilement par traction.

(1) Cette luxation est en général de cause directe et presque toujours elle est incomplète. Dans la luxation incomplète, l'aspect est à peu près identique à celui de la complète, mais il n'y a pas de raccourcissement. (A. B.)