

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.)

Luxations latérales. — Les luxations latérales du tibia sont plus rares encore, et le plus souvent *incomplètes*, si bien que par exemple le condyle interne du tibia est refoulé assez en dehors pour se trouver exactement sous le condyle externe du fémur, en sorte que les surfaces correspondantes ne sont pas en contact comme à l'état normal. Mais il existe aussi des luxations latérales complètes.

Pitha décrit magistralement les deux cas qu'il a observés à Prague. Nous citons l'un d'eux ici comme exemple. « En 1844, une jeune paysanne tomba brusquement sur le pont de Prague avec une charge sur le dos ; je l'examinai peu après l'accident. Le tibia droit était tellement refoulé en dehors que son plateau proéminait comme une assiette et que je pus commodément y poser 4 doigts. Sur cette surface, presque plane, la peau, lisse, était fortement tendue et se continuait à angle droit avec celle de la cuisse ; le bord du tibia menaçait de traverser à chaque instant la peau luisante et tendue qui le recouvrait. Le condyle fémoral interne était de même proéminent en dedans. La rotule avait été entraînée avec le tibia en dehors, et avait une direction oblique, presque transversale. Après avoir bien examiné ces symptômes, nous fîmes la réduction qui fut d'une facilité étonnante, par une pression latérale directe sur le tibia et une légère extension. La réaction fut si peu intense que la jeune fille voulut repartir le lendemain. Je ne crois pas nécessaire de m'étendre davantage sur ces lésions ; la position des parties articulaires est tellement nette qu'une erreur de diagnostic est inconcevable ».

Malgaigne, en se basant sur les déplacements complets ou incomplets, puis sur les différentes directions, a distingué 15 sortes de luxation du genou ; mais comme un débutant même serait capable de dire dans quelle direction a eu lieu la luxation et quel est le degré de déplacement, je juge inutile d'insister avec plus de détails sur ce point.

Luxations par rotation. — Il n'existe que de très rares luxations par rotation. Dubrueil et Martelière ont vu un cas dans lequel la rotation était en dehors ; un second cas a été observé et décrit par mon aide le D^r Sulzenbacher ; Paris a vu une luxation incomplète avec rotation du tibia en dedans.

Dans le cas de Sulzenbacher, le genou était étendu. La jambe était dans une rotation telle que le bord externe du pied reposait à plat sur le lit ; de plus il était refoulé en dehors et en arrière. Malgré le gonflement articulaire, l'extrémité inférieure du fémur avec ses condyles se dessinait nettement sous la peau, et sous cette dernière les parties molles se laissaient profondément déprimer. Audessous du condyle interne s'était détachée une esquille osseuse de la dimension d'un pois. Dans le creux poplité, on sentait l'extrémité supérieure du tibia proéminente en dehors et en arrière ; la surface articulaire externe, située au-dessous d'elle avec la tête du péroné faisait saillie en arrière et était appréciable à la palpation. La tubérosité antérieure du tibia regardait en dehors, et avait entraîné avec le ligament rotulien la rotule en dehors, de sorte que cette dernière se trouvait directement à la face externe du condyle externe ; la rotule était couchée transversalement ; son bord interne proéminait en avant ; la face antérieure re-

gardait en haut et en dehors. Raccourcissement d'un pouce. La blessure était due à ce qu'une poutre avait frappé contre le bord interne du pied et porté le pied dans la rotation en dehors en le maintenant sur le sol, pendant que le tronc tombait en avant ; par conséquent il y avait eu rotation et hyper-extension dans le genou.

Luxations compliquées. — Quelquefois la luxation du genou s'accompagne d'une fracture du péroné ou des deux os de la jambe ; d'autres fois l'artère poplitée est rompue ; ou bien la peau est perforée par les condyles fémoraux et on est en présence d'une luxation ouverte. En présence de ces dernières complications, les chirurgiens agissent différemment : les uns amputent, les autres résèquent, les autres ont recours à un traitement conservateur en réduisant la luxation malgré la plaie articulaire. Même avant l'antisepsie, on obtenait quelquefois la guérison sans opération ; à plus forte raison doit-on espérer sauver la jambe avec l'antisepsie.

§ 4. — Luxations de la rotule.

Les luxations de la rotule sont rares ; prises au sens propre du mot, elles sont une luxation du tendon du quadriceps, puisque la rotule ne possède pas une articulation, mais un appareil de glissement, et que dans ses luxations, l'articulation du genou est intacte. D'après les statistiques de Malgaigne, O. Weber, Gurlt, sur 1000 luxations, on n'en trouverait que 6 rotuliennes. Elles offrent néanmoins bien des particularités, mais elles sont si rares et les autopsies en sont si peu nombreuses que leur étude est encore bien incomplète.

Le professeur H. Meyer, de Zurich, a jeté une vive lumière sur l'étude expérimentale de ce sujet. Vu les rapports de la rotule avec le fémur et avec le tendon du quadriceps, on ne saurait admettre que deux formes principales de luxations :

- 1° Luxations par déplacement ;
- 2° Luxations par torsion.

Les premières ne peuvent avoir lieu qu'en *dehors*, et elles sont complètes ou incomplètes.

La luxation par torsion peut consister en un retournement complet (inversion) ou bien la rotule se place simplement de champ sur un de ses bords (luxation verticale ou de champ). On peut donc faire le schéma suivant :

- 1° Déplacements ;
 - a) Luxations complètes en dehors.
 - b) Luxations incomplètes en dehors.
- 2° Torsions ;
 - a) Renversement complet.
 - b) Luxations verticales.

Dans les *luxations complètes en dehors*, la rotule a abandonné tout