

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 proéminent 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 proéminent 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