

ligament capsulaire, qui est formé aux dépens du tissu cellulaire environnant, se trouve le ligament rond déchiré. Le grand trochanter est situé un peu en arrière de la cavité cotyloïde, mais incliné vers elle relativement à la tête de l'os.

Cette espèce de luxation est produite par une violence extérieure qui agit au moment où le tronc est fléchi sur la cuisse, ou quand la cuisse est fléchie à angle droit sur l'abdomen : si alors le genou est poussé en dedans, la tête du fémur est portée derrière la cavité cotyloïde.

La réduction de cette luxation est en général extrêmement difficile. Voici le procédé le plus favorable : le malade étant étendu sur la table, et couché sur le côté, une ceinture est placée entre les parties génitales et la partie interne de la cuisse, pour fixer le bassin. Ensuite on applique une bande mouillée autour du genou, et sur cette bande le bracelet de cuir. Une serviette est portée sous la partie supérieure de la cuisse. Le fémur doit être alors tiré en croisant la partie moyenne de la cuisse opposée, à égale distance du pubis et du genou. L'extension doit être pratiquée à l'aide du moufle. Pendant qu'elle est exercée, un aide tire d'une main la serviette placée à la partie supérieure de la cuisse, pendant que de l'autre il appuie sur le rebord du bassin, et soulève ainsi la tête du fémur au-dessus du sourcil de la cavité cotyloïde, en même temps que cet os est attiré vers la même cavité. J'ai vu retirer de grands avantages de l'emploi d'une serviette longue pliée en rond : celle-ci était portée au-dessous de la partie supérieure de l'os, et soutenue autour du cou d'un des aides, qui pesant de ses deux mains sur le bassin, se redressait et soulevait la cuisse.

Quoique ce procédé soit celui qui permet la réduction la plus facile, cependant j'en ai vu employer un autre, que je cite, parce qu'il fait voir avec quelle force les muscles qui luttent contre les poulies peuvent ramener eux-mêmes la tête de l'os dans sa cavité, quand elle est retirée hors de l'excavation où elle s'était logée.

*Observation 30.* — Un homme âgé de 25 ans, fut admis à l'hôpital de Guy pour une luxation de la cuisse en arrière. La longueur du membre luxé différait à peine de celle du membre sain ; elle n'était pas diminuée de plus d'un demi-pouce. Une dépression existait dans l'aîne ; le trochanter était situé un peu en arrière de la cavité cotyloïde, mais incliné vers elle ; le genou et le pied étaient tournés en dedans, et la tête du fémur pouvait, dans ce cas, être sentie derrière la cavité cotyloïde. L'extension fut faite à l'aide des poulies, suivant l'axe du corps ; en même temps le grand trochanter était poussé en avant avec la main ; au bout de deux minutes, l'os rentra dans sa cavité avec un bruit très-distinct.

J'ai déjà dit que je n'ai point vu d'exemple de luxation en bas et en arrière ; et je crois pouvoir affirmer que si un tel cas s'offre jamais, cela doit être excessivement rare. C'est sans

doute à quelque erreur anatomique qu'il faut attribuer l'opinion que dans la luxation en bas et en arrière la tête du fémur est également reçue dans l'échancrure sciatique ; car cette échancrure, dans la position naturelle du bassin, est située au-dessus d'une ligne qui passerait par le milieu de la cavité cotyloïde. Aussi le membre devient-il non plus long, mais plus court, quand le fémur est luxé dans l'échancrure sciatique.

*Observation 31.*, communiquée par M. John Rogers. — Luxation du fémur droit dans l'échancrure sciatique. — William Dawson, âgé de 31 ans, s'étant pris de querelle le 15 août 1818, fut terrassé et foulé aux pieds. En se débattant et en faisant des efforts pour se relever, il s'aperçut que l'état de sa cuisse droite ne lui permettait pas de se tenir debout. On le transporta dans une étable, où il resta jusqu'au lendemain matin. Le docteur Rogers le vit alors ; il était étendu sur un matelas, la hanche et la cuisse du côté droit étaient prodigieusement tuméfiées et douloureuses. Le genou et le pied du même côté étaient fortement tournés en dedans, tandis que la longueur du membre était à peine altérée. L'énorme tuméfaction de toute la cuisse et des parties molles qui entourent le bassin, empêchèrent de constater la nature de la lésion ; cependant le docteur Rogers soupçonnait fortement l'existence de quelque luxation insolite de la tête du fémur. Il prescrivit des saignées générales et locales, des cataplasmes émollients et des purgatifs. Le malade garda le repos pendant onze jours, au bout desquels la tuméfaction commença à céder. Cependant la nature de la maladie n'était point encore manifeste. Les docteurs Nunn et Travis, qui virent le malade, furent d'accord avec le docteur Rogers sur l'existence d'une luxation ; mais aucun d'eux n'ayant, à leur connaissance, cité d'exemple de cette lésion sans altération dans la longueur du membre, excepté sir A. Cooper, ils remirent leur prochaine réunion au 30 août, quinze jours après l'accident, afin de consulter son ouvrage dans l'interval. Ce jour-là, le gonflement avait entièrement disparu et l'on put suivre d'une manière satisfaisante le fémur jusqu'à sa tête qui était logée dans l'échancrure sciatique. Après dix ou douze minutes d'une extension graduée, la réduction de l'os s'opéra avec une facilité surprenante. Avant de commencer l'opération, on avait fait une saignée du bras de trente onces, jusqu'à syncope ; et tandis qu'on fixait les poulies, on avait administré quatre grains d'émétique par intervalles pour produire un état de nausées. Après l'opération on fit prendre un grain d'opium ; on fit des lotions sédatives ; et, après quinze jours de soins, le malade fut capable de marcher avec des béquilles. Il ne tarda pas à être guéri parfaitement.

*Observation 32.*, recueillie par M. J. Chapman. — « John Cockburn, sujet très-musculeux, sans

agé de 33 ans, portant un sac de sable, le 24 juin 1819, plaça tout à coup le pied gauche dans un trou ; le genou fut tourné en dedans, en même temps que le corps fut entraîné dans une chute rapide en avant. Le jour de l'accident, deux chirurgiens tentèrent en vain de réduire la luxation à l'aide des poulies. Le 27 juin, une troisième tentative fut faite avec le même résultat, quoiqu'elle eût été prolongée pendant près d'une heure. Le malade entra à l'hôpital de Guy, le 31 juillet. Le fémur du côté gauche était luxé en arrière dans l'échancrure sciatique ; le membre était un peu raccourci ; le genou et le pied étaient tournés en dedans, et les orteils appuyaient sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du côté sain ; le grand trochanter était vis-à-vis la cavité cotyloïde, dont on pouvait manifestement sentir le rebord. Le corps étant fixé, la cuisse pouvait être fléchie au point de toucher presque l'abdomen. Après une saignée de deux livres, et l'administration de deux grains d'émétique répétés par intervalle jusqu'à production de nausées, l'extension fut pratiquée à l'aide des poulies, dans la direction de l'axe du corps, et la partie supérieure de la cuisse fut soulevée tandis que le genou était abaissé. L'extension fut prolongée sans interruption, pendant au moins une heure et demie. Pendant ce laps de temps, le malade prit deux autres grains de tartre stibié qui déterminèrent de violentes nausées ; cependant les tentatives de réduction furent infructueuses. Le 3 août, dix jours après l'accident, sir A. Cooper obtint la réduction de la manière suivante : il fit saigner le malade jusqu'à commencement de syncope. On plaça une table entre deux anneaux ; on y coucha le malade étendu sur le côté droit ; une ceinture fut passée entre le scrotum et la cuisse, portée par-dessus le bassin, et fixée à l'anneau situé derrière le malade, par ce moyen le bassin fut fixé aussi bien que possible. Une bande mouillée fut placée autour de la partie inférieure de la cuisse, immédiatement au-dessus du genou, et un bracelet de cuir fut bouclé sur elle ; le moufle fut fixé à cette dernière et à l'anneau situé au devant du malade. Le tronc fut fléchi à angle droit sur la cuisse luxée qui croisait la partie supérieure de celle du côté opposé. Alors l'extension fut commencée à l'aide des poulies et graduellement accrue jusqu'à ce qu'elle fut portée aussi loin que le malade put la supporter. En ce moment, un aide monta sur la table, et, passant un lac au-dessous de la partie supérieure de la cuisse, il la souleva de manière à rendre possible la rotation de la tête du fémur, mouvement au moyen duquel on devait la faire rentrer dans sa cavité. M. South qui tenait la jambe, fut chargé d'imprimer au membre un mouvement de rotation en dehors, et, au bout de treize minutes, on entendit l'os rentrer d'une manière brusque et avec bruit dans la cavité cotyloïde.

Je crois que, dans ce cas, je n'aurais pas pu réussir à réduire le membre, si je n'avais pris garde à deux circonstances : 1<sup>o</sup> Je remarquai

que le bassin glissait dans la ceinture destinée à le maintenir, de telle sorte que la cuisse ne restait point à angle droit avec le tronc. Je fus obligé, pour conserver cette position pendant l'extension, de faire pencher le corps en avant. 2<sup>o</sup> L'extension aurait pu être continuée indéfiniment, et cependant le membre ne se serait jamais réduit, sans le mouvement de rotation imprimé à la tête du fémur, vers la cavité cotyloïde.

*Observation 33.*, recueillie par M. Wickham. — John Norgott, âgé de 40 ans, fut apporté à l'hôpital de Winchester, le 27 décembre 1817, pour une luxation de la hanche. Douze jours auparavant, il avait fait une chute de cheval, dans laquelle l'animal s'était abattu sur lui, de telle sorte qu'une de ses jambes se trouvait sous le cheval, tandis que son corps était dans une position demi-fléchie, appuyé contre un tertre. C'était un homme de taille ordinaire, mais très-musculé. La jambe, du côté malade, n'était pas beaucoup plus courte que l'autre, et ne s'avancait que peu au-devant de celle-ci. L'immobilité était ici le caractère le plus prononcé de la luxation, car la tête du fémur était rejetée dans l'échancrure sciatique. Le mode de réduction fut simple. Le docteur Mayo fit étendre le membre avec le moufle, jusqu'à ce que la tête du fémur fût attirée au bord de la cavité cotyloïde, sur lequel elle fut soulevée au moyen d'une serviette qui passait autour de la cuisse du malade et sur le cou d'un aide. Le malade ne fut retenu à l'hôpital que trois ou quatre semaines, et le 4 février il fut renvoyé guéri.

*Observation 34.*, communiquée par M. Worts, élève à l'hôpital Saint-Thomas. — « James Hodgson, marin, âgé de 33 ans, homme fort et musculeux, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas, le mardi 18 février, pour une lésion de la hanche gauche. Son pied était élevé au-dessus du sol, sur une caisse, lorsqu'une autre caisse tomba sur sa cuisse, frappant le genou en dedans ; il tomba et fut apporté immédiatement à l'hôpital. M. Worts jugea qu'il y avait une luxation de la hanche, et que la tête de l'os était rejetée dans l'échancrure sciatique. Cependant les opinions furent partagées sur ce sujet ; et comme il existait une tension considérable qui empêchait de sentir la tête de l'os, il prescrivit une lotion évaporante. La rotation du pied en dedans et le raccourcissement du membre ne laissaient pas de doute sur la nature de la maladie, quoique, dans ce cas, la flexion fut plus facile qu'on n'avait lieu de s'y attendre. Le docteur Chandler vit le malade le samedi 12 ; à raison du gonflement, il prescrivit quelques sangsues et l'usage continu de la lotion évaporante. Le docteur Cline diagnostiqua une luxation dans l'échancrure sciatique. Le lundi matin, 14, le gonflement avait beaucoup diminué. M. Worts crut sentir la tête du fémur

en imprimant au membre un mouvement de rotation. Sir A. Cooper vit le malade le même jour dans la soirée, et diagnostiqua également une luxation dans l'échancre sciatique. La tête du fémur était plus facilement sentie. Une saignée de seize onces diminua la douleur, et le samedi suivant, le docteur Chandler jugea que le gonflement avait suffisamment cédé pour autoriser les tentatives de réduction. M. Worts, en conséquence, pratiqua vers deux heures et demie une saignée de seize onces, qui ne produisit aucun effet sensible, puis une nouvelle saignée de vingt-sept onces, à trois heures dix minutes. Pendant que le sang coulait, le malade prit un grain de tartre stibié. Cette dose fut répétée cinq fois, de cinq en cinq minutes; et, au moment où la syncope était imminente, il fut porté à la salle des opérations. Les bandages et les poulies furent appliqués au bassin et au genou, et, croisant la cuisse luxée sur celle du côté opposé, on entreteint l'extension pendant dix à douze minutes. Alors on l'augmenta graduellement, en essayant en même temps de soulever la tête du fémur, et en tournant le genou en dehors: cela dura quinze minutes. En ce moment, la tête du fémur cessa d'être perceptible. L'os était replacé; mais personne n'avait pu juger à quel moment la réduction s'était effectuée. Le malade lui-même n'avait éprouvé aucune sensation particulière qui pût le lui indiquer. Le soir, un grain et demi d'opium lui procura du sommeil. Le lendemain matin, il ne restait plus qu'un peu de douleur, et la cuisse pouvait être portée dans toutes les directions.

M. Worts exprime sa surprise de ce que la tête de l'os rentra dans la cavité sans produire le bruit accoutumé; mais quand les muscles ont été contractés pendant quelque temps, et

### LUXATION SUR LE PUBIS.

De toutes les luxations de la cuisse, celle-ci est la plus facile à reconnaître. Elle se produit lorsqu'en marchant on pose le pied dans quelque excavation inaperçue du sol: le corps étant rejeté en arrière, la tête du fémur est chassée en avant sur le pubis. Un homme, qui avait observé cette luxation sur lui-même, m'a dit qu'elle lui était arrivée tandis qu'il traversait dans l'obscurité une cour pavée; il ne savait pas qu'une des pierres avait été enlevée; son pied s'enfonça tout à coup dans le trou qu'elle avait laissé, et il tomba en arrière. Lorsqu'on examina le membre, on trouva la tête du fémur sur l'os pubis.

Dans cette espèce de luxation, le membre luxé est d'un pouce plus court que l'autre; le genou et le pied sont tournés en dehors, et ne peuvent être retournés en dedans; mais il y a une légère flexion en avant et en dehors. Dans une luxation qui était restée non réduite pen-

quand les forces du malade sont brisées par l'état de nausée que produit l'émétique et par la saignée, ils n'agissent point avec la même violence que dans les premières heures après l'accident.

*Observation 35<sup>e</sup>, extraite de l'ouvrage de M. Ch. H. Todd, intitulé: Exposé d'une dissection de la hanche après une luxation récente, avec des observations sur les luxations du fémur en haut et en arrière.*— Dans l'été de 1818, un jeune homme robuste ayant voulu sauter par la fenêtre de sa chambre à coucher au second étage d'une maison élevée, tomba sur un terrain battu. Son crâne fut fracturé et sa cuisse gauche luxée en haut et en arrière. La luxation fut réduite facilement; cependant un épanchement sanguin considérable s'étant fait dans la cavité encapsulée, le malade resta dans un état comateux pendant vingt-quatre heures, et mourut; le lendemain on en fit l'autopsie, et l'on trouva les altérations suivantes dans la hanche et dans les parties voisines.

En soulevant le grand fessier, on trouva une large cavité remplie de sang coagulé entre ce muscle et la partie postérieure du moyen fessier: c'était le lieu qu'avait occupé l'extrémité luxée du fémur. Les moyen et petit fessiers n'offraient aucune altération. Les muscles pyramidal, jumeau, obturateur et carré étaient complètement déchirés transversalement. Quelques fibres du pectiné étaient aussi rompues. Les muscles iliaque, psoas et adducteurs étaient intacts. Le ligament orbiculaire n'était conservé qu'à la partie supérieure et antérieure. Il était irrégulièrement dilaté dans tout le reste de son étendue. Le ligament rond était arraché de la dépression qui est située sur la tête du fémur; son attache dans la cavité cotyloïde, était intacte. Les os n'avaient souffert aucune lésion.

dant long-temps, le mouvement du genou en arrière et en avant avait lieu dans une étendue d'un pied. Mais le signe pathognomonique de cette luxation, c'est que l'on peut sentir distinctement la tête du fémur sur le pubis au-dessus du ligament de Poupart, en dehors de l'artère et de la veine fémorale. Elle se présente en cet endroit sous la forme d'une tumeur solide et arrondie qui offre une mobilité manifeste dans les mouvements de flexion de la cuisse.

Quoique cette luxation soit en apparence d'un diagnostic facile, je l'ai vu méconnaître dans trois cas jusqu'à une époque trop éloignée pour que la réduction pût être tentée. Un de ces cas nous a fourni une pièce qui est à l'hôpital Saint-Thomas. Le second s'est présenté chez un habitant de la campagne, chez lequel on ne la reconnut que quelques semaines

après l'accident. Il fut alors soumis à une extension qui n'eut aucun résultat, et il vint à Londres me consulter. Je le détournai de toute autre tentative, et lui-même d'ailleurs était peu porté à s'y soumettre. Le troisième eut lieu chez un malade de l'hôpital de Guy, qui fut admis pour un ulcère de la jambe, et chez lequel on trouva une luxation sur le pubis qui datait de quelques années.

J'ai disséqué une de ces luxations; elle offre des altérations à peu près semblables à celles de la luxation sur le trou ovale: La cavité articulaire primitive est en partie remplie par une matière osseuse, et en partie occupée par le grand trochanter; ces deux parties sont considérablement déformées; le ligament capsulaire est largement déchiré; le ligament rond est rompu; la tête du fémur avait dilaté le ligament de Poupart, et s'était logée entre lui et le pubis; la tête et le col de l'os sont situés au-dessous des muscles iliaque et psoas, dont les tendons, en se dirigeant vers leurs insertions, étaient soulevés par le col, et fortement tendus; le nerf crural passait sur la partie antérieure du col du fémur au-dessus des muscles iliaque et psoas; la tête et le col de l'os sont aplatis et considérablement déformés; une cavité anormale s'est formée pour le col du fémur sur le pubis au-dessus duquel la tête est située. La nouvelle cavité s'étend de chaque côté autour du col de l'os, de manière à le fixer latéralement sur le pubis. Le ligament de Poupart est appliqué sur sa partie antérieure. A la partie interne du col, passent l'artère et la veine, de telle sorte que la tête de l'os est située entre la gaine des vaisseaux cruraux et l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Cette luxation peut être confondue par un observateur inattentif avec la fracture du col du fémur; mais la situation de la tête de l'os sur le pubis en fait connaître la nature.

Pour la réduction de cette luxation, le malade doit être couché sur une table et placé sur le côté; un lac doit être passé entre les parties génitales et la partie interne de la cuisse, et fixé dans un anneau situé un peu au devant de la ligne du corps. Le moule est fixé au-dessus du genou de la même manière que pour la luxation en haut, et l'extension se fait d'avant en arrière et de haut en bas par rapport à l'axe du corps. Lorsque l'extension a été continuée pendant quelque temps, un lac doit être placé au-dessous de la partie supérieure de la cuisse, et l'un des aides appuyant une main sur le bassin, souleve la tête de l'os au-dessus du pubis au moyen du lac, et la porte sur le rebord de la cavité cotyloïde.

*Observation 36<sup>e</sup>, communiquée par M. J. A. Gaitskill.*— « A.-B. fut admis à l'hôpital de Guy, dans le service de M. Forster, pour une luxation de la cuisse sur le pubis.

La longueur du membre était un peu diminuée; le pied et le genou étaient tournés en

dehors; mais la circonstance la plus propre à dévoiler la nature de la lésion, c'est que la tête du fémur pouvait être distinctement reconnue au-dessous des tégumens, dans la région inguinale où l'on pouvait constater sa forme, et sentir ses mouvements, quand on faisait mouvoir le fémur.

Le malade fut étendu sur une table, couché sur le côté sain, les poulies furent fixées à la cuisse de la manière ordinaire, et l'extension fut commencée suivant une ligne droite, dans le but d'élever la tête de l'os vers la cavité cotyloïde, mais ce fut sans succès. Réfléchissant alors un moment sur le mécanisme des os, et sur leurs nouveaux rapports, je changeai le sens de l'extension, et je la dirigeai un peu en arrière et en bas, puis passant une serviette au-dessus de mes épaules, et sous la cuisse du malade; je la soulevai en me redressant. La jambe étant maintenue à angle droit avec la cuisse, comme au commencement de l'opération, j'invitai l'un des aides à saisir le coude-pied, et à l'élever, en même temps que le genou était abaissé. Par ce moyen la cuisse fut tournée en dedans, et en très-peu de temps la tête du fémur glissa avec bruit dans sa cavité.

*Observation 37<sup>e</sup>, communiquée par M. Frédéric Tyrrell.*— « Charles Pugh, âgé de 55 ans, tonnelier, de taille moyenne, fut frappé sur la partie postérieure de la hanche droite, par la roue d'une voiture qui le renversa. Il fut transporté à l'hôpital Saint-Thomas, et je fus appelé environ trois heures après l'accident. Je trouvai une luxation du fémur droit sur le pubis. La tête du fémur pouvait être distinctement sentie au-dessous du ligament de Poupart, immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux. Le pied et le genou étaient tournés en dehors, et le membre offrait peu d'altération sous le rapport de sa longueur. La cuisse n'était pas fléchie sur l'abdomen; elle était presque immobile, et n'admettait que des mouvements bornés d'adduction et d'abduction. Le membre pouvait être tourné en dehors, mais pas du tout en dedans. Le malade fut couché sur le côté gauche, une large bande fut passée entre les cuisses, et étant nouée sur la crête iliaque du côté droit, fut attachée solidement à un anneau fixé dans le mur. Une bande mouillée ayant été placée au-dessus du genou, on agrafa sur cette dernière un bracelet de cuir dont les lanières furent attachées au crochet du moule; à l'aide de ce dernier, on exerça une extension graduelle en tirant la cuisse un peu en arrière et en bas. Lorsque cette extension eut été maintenue pendant un court espace de temps, je fis appliquer, autour de la partie supérieure de la cuisse, près du périnée, une ceinture à l'aide de laquelle on éleva la tête de l'os, et au bout de quelques minutes, la réduction s'opéra avec facilité. Le malade n'avait point été saigné et n'avait pris aucun médicament: il éprouva peu de douleur après la réduction, et fut capable de marcher sans douleur et sans inconvénient cinq ou six jours

après. Le lendemain de l'accident, il pouvait mouvoir son membre dans toutes les directions, librement et sans douleur, mais il n'es-

### FRÉQUENCE RELATIVE DES DIVERSES LUXATIONS DE LA CUISSE.

D'après les remarques que j'ai eu occasion de faire au sujet des luxations, je crois que sur vingt cas, les diverses espèces de luxations de la cuisse se présenteront dans la proportion suivante : douze dans la fosse iliaque externe ; cinq dans l'échancrure sciatique ; deux sur le trou ovale ; et une sur le pubis.

Les observations dont j'ai donné les détails, avec la date de l'accident, ont montré le degré de fréquence suivant lequel ces lésions arrivent. La manière dont elles ont échappé aux chirurgiens

les plus distingués des temps reculés, ne peut s'expliquer que par les difficultés qui entouraient l'étude de l'anatomie, et surtout celle de l'anatomie pathologique : et une circonstance curieuse, c'est que M. Sharpe, ancien chirurgien de l'hôpital de Guy, auteur d'un traité de chirurgie, et, sous beaucoup de rapports, chirurgien distingué, dont la pratique était très-étendue dans cette ville, ne croyait pas, ainsi que je le tiens de M. Cline, qu'une luxation du fémur ait jamais été rencontrée (1).

(1) D'après une observation publiée par M. Ollivier d'Angers, dans les *Arch. gén. de médecine*, t. 3, p. 545, il faudrait ajouter aux quatre espèces de luxation qui viennent d'être décrites, une cinquième espèce de luxation, *directement en bas*. Dans cette dernière, la tête de l'os reposerait, d'une part sur l'espèce de coulisse qui passe au-dessous de la cavité cotyloïde et qui loge le tendon de l'obturateur externe, et d'autre part sur la partie la plus élevée de la tubérosité sciatique. Cette observation, qui mérite d'être prise en considération par le talent et l'exactitude bien connue de son auteur, nous ayant paru renfermer des symptômes contradictoires, et d'ailleurs, la luxation n'ayant été constatée sur le cadavre que d'une manière expérimentale, nous n'avons pas cru devoir la rapporter ici. De nouveaux faits sont nécessaires pour faire prendre rang à cette cinquième espèce de luxation de la cuisse.

(Note des trad.)

## LUXATIONS DU GENOU.

### LUXATIONS DE LA ROTULE.

La rotule est susceptible de se luxer dans trois directions : en dehors, en dedans et en haut.

Dans la luxation latérale, elle est le plus ordinairement déjetée sur le condyle externe du fémur où elle donne lieu à une saillie considérable ; cette circonstance, jointe à l'impossibilité de fléchir le genou, est le signe caractéristique de la luxation. La cause la plus ordinaire de cet accident est une chute pendant la marche ou la course, le genou étant tourné en dedans et le pied en dehors ; car dans ce cas, tandis que l'action des muscles s'exerce pour prévenir la chute, la rotule est amenée sur le condyle externe ; dans les efforts pour se relever, il y a impossibilité de fléchir la jambe, et les muscles ainsi que les ligaments de la rotule sont dans un état de tension considérable. Cet accident arrive le plus habituellement chez ceux qui présentent une certaine incurvation du genou en dedans. Il est facile de comprendre que sous l'influence de cette courbure, la contraction des muscles extenseurs tend à amener la rotule en dehors.

La luxation en dedans est beaucoup moins fréquente ; elle est le résultat d'une chute sur un corps saillant par lequel la rotule est frappée à son côté externe, ou bien d'une chute qui a lieu pendant que le pied est tourné en dedans.

Dans ces deux cas, le ligament capsulaire sera déchiré, à moins qu'il n'y ait quelque maladie antécédente.

Observation 38. — M. Harris montant en voiture, se prit le pied dans le tapis placé au fond de cette voiture ; le genou fut tourné en dedans et la jambe en dehors ; la rotule glissa sur le condyle externe du fémur, mais elle rentra bientôt dans sa position naturelle par l'effort des muscles. Je trouvai la partie interne du ligament capsulaire déchirée, et une grande accumulation de synovie dans l'articulation.

Le meilleur mode de réduction, dans l'un et

l'autre cas, est le suivant : le malade étant placé dans le décubitus dorsal, un aide élève la jambe en la soutenant par le talon ; par ce moyen on relâche les muscles extenseurs de la cuisse au plus haut degré possible. Alors le chirurgien déprime celui des bords de la rotule qui est le plus éloigné de l'articulation. Cette pression élève le bord interne de la rotule au-dessus du condyle du fémur, et celle-ci est à l'instant même ramenée dans sa situation naturelle par l'action des muscles.

Observation 39. — Le docteur George Young m'a dit avoir vu chez une femme une luxation de la rotule en dehors, dans laquelle la réduction offrit de grandes difficultés. Dans une chute qu'elle fit en marchant, la rotule avait été portée sur le condyle externe du fémur, sur lequel elle était restée. Une pression longtemps continuée sur le bord de la rotule demeura sans résultat, et ce ne fut que de la manière suivante qu'on obtint la réduction : le chirurgien ayant placé le talon de la malade sur son épaule, détermina l'extension la plus complète du membre et la fixité du genou. Alors saisissant la rotule avec les doigts de la main droite, il pressa le bord externe de cet os avec la base du pouce gauche, et lui fit reprendre sa position ordinaire.

Après la réduction, on doit faire des lotions évaporantes avec l'eau et l'alcool ; un bandage peut être appliqué pendant deux ou trois jours, et le membre est bientôt rendu à ses usages, bien qu'il soit un peu plus faible qu'auparavant.

M. Welling m'a dit avoir vu un cas dans lequel la rotule était luxée de champ. Le diagnostic était très-facile ; car le bord de l'os soulevait les tégumens à une hauteur considérable entre les condyles, à la partie antérieure de l'articulation. Il n'opéra la réduction qu'a-