

bassin, de cette façon le triceps est relâché; pendant ce temps, le chirurgien saisissant la rotule, la repousse vers la trochlée fémorale, ou lui imprime, si la luxation est verticale, un mouvement de rotation sur son axe.

Puis, une fois la réduction obtenue, le membre est soigneusement immobilisé, dans une gouttière plâtrée, pendant cinq ou six semaines, de façon à obtenir une réparation complète des ligaments déchirés. Après ce laps de temps, la marche est permise, mais le genou doit encore être soutenu, soit à l'aide d'une genouillère, soit à l'aide d'un appareil à tuteurs qui limitera les mouvements (Panas).

Mais il ne faut pas croire que la manœuvre précédente puisse toujours, même avec le secours de l'anesthésie, permettre la réduction. Qu'il s'agisse de luxations avec déplacement transversal de la rotule en dehors, ou de luxations avec rotation autour de l'axe vertical « la rotule est tellement fixée qu'il faut pour l'ébranler des efforts considérables, et Vincent va même jusqu'à dire qu'elle semblait clouée au fémur par trois ou quatre vis qui auraient traversé toute son épaisseur » (Panas).

La cause de cette fixité de la rotule, paraît due pour les luxations complètes en dehors, à une pénétration du bord interne de la rotule dans le tissu spongieux de la face interne du condyle. Voici au moins ce que Andrews put constater dans une autopsie. La rotule fut trouvée déplacée directement et transversalement en dehors, son bord interne appuyait solidement sur le condyle externe, ses faces antérieures et postérieures avaient conservé à peu près leur direction normale. A la place où le bord interne de la rotule appuyait contre le fémur, le tissu spongieux du condyle présentait une dépression en forme de cuiller longue d'un pouce, et large des 5/8 d'un pouce. L'épais bord interne de la rotule appuyait sur cette dépression, c'est ce qui l'empêchait de glisser. La rotule était maintenue fixe dans cette position, comme un battant de table par de solides faisceaux se portant dans trois directions.

La fixité des luxations verticales est-elle due, ainsi que le veut Malgaigne, à l'enclavement dans la fossette sus-condylienne du fémur de l'un des angles latéraux de la rotule? Avec Panas, on peut dire que cela est anatomiquement possible, mais qu'aucune autopsie n'est venue prouver que telle est réellement la cause de l'irréductibilité.

Pour triompher de ces différents obstacles encore mal déterminés, on a eu recours avec plus ou moins de succès à plusieurs procédés, pour dégager l'angle de la rotule qu'on supposait enclavé dans la fossette sus-condylienne. On a conseillé : les pressions directes exercées soit d'un côté à l'autre, soit de bas en haut, la flexion brusque et forcée du genou suivie d'une extension immédiate (Watson) (1), « de manière à ramener la rotule du creux sus-condylien jusque sur la poulie cartilagineuse, dont le poli la fera spontanément glisser à sa place. »

Lorsque ces manœuvres échouaient, on a fait la section sous-cutanée du ligament rotulien (Gaszan) (2), mais sans succès : Wolff (3) a divisé, encore sans obtenir de résultat, le tendon du triceps et le ligament rotulien.

Aussi Duplay proposa-t-il en 1870 un procédé qui fut très favorablement

(1) WATSON, *Gazette médicale*, 1840.

(2) GASZAN, *Journal de chirurgie*, t. I.

(3) WOLFF, cité par Malgaigne, p. 918.

accueilli (4) : il consiste à enfoncer au niveau du bord enclavé de la rotule, une érigne double, analogue à la griffe de Malgaigne. Par un effort énergique on attirait en avant la rotule accrochée, à l'aide de cette griffe, et la luxation se réduisait immédiatement. Dans les cas difficiles ce procédé reste évidemment le meilleur, mais s'il n'arrivait pas à vaincre l'obstacle à la réduction, le conseil donné par Moreau d'ouvrir la jointure et de passer un élévatoire au-dessous de la rotule pour la dégager, ne mériterait point la réprobation dont il avait été autrefois l'objet et devrait être immédiatement suivi.

C'est à l'arthrotomie qu'il faut avoir recours pour les luxations irréductibles anciennes; on peut, comme le fit Brun (5) pour une luxation de la rotule en dehors, sectionner les tissus fibreux externes qui maintenaient la rotule en dehors et réduire, puis, une fois la rotule ramenée à sa place, réséquer une portion de la capsule en dedans et en suturer les lèvres de manière à maintenir la rotule dans sa position normale : si le cas était plus complexe, si les surfaces articulaires avaient perdu leur conformation normale, il faudrait, à l'exemple de L. Championnière (6), creuser sur la trochlée fémorale une fossette pour recevoir la rotule et permettre son glissement (Battle) (7).

Contre les luxations récidivantes, différents procédés ont été imaginés; nous citerons celui de Roux (de Lausanne) et nous conseillerons celui de Le Dentu.

Pollard, en 1891 (8) et Ménard en 1895 (9) exposaient chacun un procédé qui consistait en des modifications apportées à l'étendue de la capsule; ces procédés sont moins simples que celui que Le Dentu (7) pratiqua en décembre 1892 : il consiste à plisser la capsule du côté opposé à celui où la rotule se déplace, de façon à former un bourrelet longitudinal maintenu par un surjet de catgut; la capsule se trouve ainsi diminuée d'étendue et plus apte à résister aux déplacements en dehors. Cette méthode de plissement capsulaire est suivie de bon résultat.

### XIII

#### LUXATIONS DE L'ARTICULATION FÉMORO-TIBIALE

VELPEAU, *Dictionnaire en 30 volumes*. — MALGAIGNE, *Traité des luxations*. — SPILLMANN, art. GENOU du *Dictionnaire Dechambre*. — LAMBLIN, Thèse de Paris, 1867. — VERROLLOT, Thèse de Paris, 1867. — BERTRAND, Thèse de Paris, 1896. — ADAM, *Gaz. des hôp.*, 1892, p. 115.

La luxation est dite antérieure quand l'extrémité supérieure du tibia se déplace en avant, postérieure dans le cas contraire. Elle est latérale lorsque le tibia se porte en dedans ou en dehors des condyles fémoraux.

Les luxations fémoro-tibiales présentent à étudier :

1° La luxation en avant; — 2° la luxation en arrière; — 3° les luxations latérales (interne et externe); — 4° la luxation par rotation.

(1) DUPLAY, *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1870, p. 126.

(2) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1896, p. 257.

(3) 3<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie, 1888, p. 645.

(4) Société clinique de Londres, 24 avril 1891.

(5) *Revue de chirurgie*, 1888, p. 682.

(6) Société clinique de Londres, 24 avril 1891. *The Lancet*, 1891, p. 1205.

(7) *Revue d'orthopédie*, 1895, p. 114, et *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1894, p. 549.

## LUXATION EN AVANT

C'est la variété la plus fréquente des luxations de la jambe, bien qu'elle ait été pendant longtemps considérée comme impossible ou comme très rare (Boyer).

**Causes.** — Cette luxation ne se voit guère que chez l'adulte et n'a jamais été observée chez l'enfant. Deguise (1), sur des cadavres d'enfants de douze à seize ans, n'a jamais pu produire autre chose que le décollement épiphysaire du fémur.

Malgaigne a établi que la luxation par cause indirecte était la plus fréquente. Étudiant le mécanisme du déplacement, il a montré qu'elle est due à une extension forcée de la jambe sur la cuisse, mouvement dans lequel le fémur agit à la manière d'un levier du premier genre. La puissance est représentée par le poids du corps qui entraîne en avant l'extrémité supérieure du fémur et fait basculer en arrière son extrémité inférieure; le point d'appui est à la partie antérieure des condyles du tibia, la résistance est constituée par les ligaments postérieurs et latéraux qui cèdent si la violence est considérable. Grâce à cette déchirure, les condyles glissent en arrière du tibia.

L'observation suivante, rapportée par Malgaigne, démontre l'exactitude de ce mécanisme : Un soldat, en courant sur une pente un peu rapide, engagea sa jambe droite jusqu'au tiers supérieur dans un trou, le reste du corps fut entraîné par l'impulsion acquise, la jambe étant maintenue fixe, et la luxation se produisit.

Dans un cas rapporté par Hamilton, un homme était assis sur le bord du toit d'un wagon, il avait les jambes étendues et ses pieds appuyaient sur le bord du toit du wagon voisin. Au moment où le train s'arrêta les wagons se rapprochèrent brusquement, et l'extrémité supérieure du tibia fut chassée au-devant du fémur.

Quelquefois la luxation succède à une violence directe, un choc est porté à la partie antérieure du fémur et le repousse violemment en arrière; en pareil cas, la jambe est généralement dans l'extension sur la cuisse au moment où le choc est reçu. Mais cette position n'est pas nécessaire pour que le déplacement se produise et Malgaigne rapporte, d'après Verriest, l'observation d'une fille de vingt-six ans « qui, jetée à terre dans une lutte, les cuisses demi-fléchies sur le bassin, reçut dans cette position un violent coup de pied à trois pouces au-dessus du genou ». Une luxation de la jambe s'ensuivit.

**Anatomie pathologique.** — La luxation est complète ou incomplète. La première variété est de beaucoup la plus fréquente.

Dans la luxation complète, la poulie fémorale passe en arrière des plateaux du tibia et ces plateaux remontent au-devant du fémur de 5 à 6 centimètres, formant à la partie antérieure du genou une saillie considérable. La rotule est alors en rapport par sa face cartilagineuse avec la face articulaire du tibia sur laquelle elle repose à plat.

En arrière, la capsule articulaire est déchirée; les ligaments latéraux, les muscles poplités et jumeau externe, ainsi que les deux ligaments croisés sont

(1) DEGUISE, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. II, p. 33.

rompus. Quelquefois un seul des ligaments croisés est lésé, c'est alors l'antérieur, quelquefois aussi le ligament latéral interne reste intact.

Quant aux vaisseaux et nerfs poplités, ils échappent le plus souvent aux effets d'une distension trop grande en se logeant dans l'espace intercondylien. Néanmoins l'artère poplitée, surtout si elle est athéromateuse, peut présenter des lésions sérieuses. Malgaigne, Lamblin, ont constaté des éraillures de sa tunique interne. La rupture des deux tuniques internes, avec étirement de la tunique externe, a été observée, Stimson rapporte plusieurs exemples de semblables ruptures appartenant à Annandale, Cotton, Knichynicki, Lowe, Vevers, Turner, Stewart et Adam.

Ailleurs l'artère est simplement comprimée par l'os déplacé et redevient perméable lorsque la réduction est effectuée. La distension de la veine poplitée suivie de la formation d'un thrombus dans sa cavité est beaucoup plus rare, il en est de même des lésions nerveuses qui ne sont pas mentionnées dans les autopsies, mais que quelques observations cliniques rendent incontestables.

Nous serons brefs sur les désordres anatomiques de la luxation incomplète; ils sont toujours décrits d'après l'unique dissection de Desormeaux (1). Le tibia et le fémur se correspondent encore dans une grande étendue, la capsule articulaire est intacte, les ligaments aussi, sauf le croisé antérieur.

**Symptômes.** — La jambe est dans une extension presque complète, exceptionnellement on l'a trouvée dans la demi-flexion. Elle est habituellement fixe dans sa position, tout mouvement étant empêché par la douleur; exceptionnellement on a constaté une mobilité étendue.

La déformation est considérable et la face antérieure du genou présente un coude brusque dû à la saillie formée en avant par la tubérosité du tibia. Au-dessus de cette saillie, est un enfoncement dans lequel on sent le ligament rotulien et la rotule appliquée par sa face articulaire sur les cavités glénoïdes du tibia; un pli cutané à concavité inférieure surmonte cet enfoncement.

En arrière le creux du jarret a disparu et les condyles fémoraux font relief. Quelquefois la peau distendue outre mesure a cédé et il existe en arrière une plaie par laquelle on voit les condyles.

Si on regarde le membre de face, la cuisse semble raccourcie, la jambe allongée; en arrière, au contraire, c'est la cuisse qui paraît plus longue. Le diamètre antéro-postérieur du genou est augmenté.

Les lésions des vaisseaux et des nerfs lorsqu'elles existent s'accusent : les premières par la suppression des pulsations des artères tibiales, par de l'œdème et par la production de plaques de sphacèle plus ou moins étendues, les secondes par des douleurs intenses, par des troubles trophiques du membre lésé (Ledentu) (2), ou des paralysies partielles (Poinsot) (3).

Les symptômes de la luxation incomplète seraient moins accusés que ceux de

(1) DESORMEAUX, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1853, t. III, p. 335.

(2) LEDENTU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 591.

(3) HAMILTON, p. 1142.

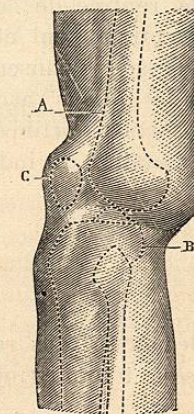


FIG. 110. — Luxation incomplète du tibia en avant. (Benj. Anger.)

la variété complète que nous venons de décrire. La saillie antérieure du tibia serait moindre et il n'y aurait pas de chevauchement de cet os sur les condyles; la rotule ne reposerait pas à plat sur le tibia, comme dans la luxation complète elle aurait une direction légèrement oblique (Malgaigne). Ces distinctions entre les deux variétés de luxations paraîtront toutefois bien peu sûres si l'on réfléchit que les symptômes de la luxation incomplète n'ont guère été relevés qu'une fois dans le cas de Désormeaux.

**Pronostic.** — La luxation simple ne présente pas de gravité. La réduction est facile et dans le plus grand nombre des cas, les fonctions se rétablissent bien. Il n'en est pas de même lorsque les complications que nous avons signalées plus haut existent. Les lésions des vaisseaux et des nerfs peuvent en effet nécessiter une amputation.

**Traitement.** — La réduction s'obtient d'ordinaire très simplement, en exerçant une traction sur la jambe pendant qu'une pesée est faite sur la tubérosité antérieure du tibia. On a conseillé aussi la flexion forcée de la jambe sur la cuisse (Stève) (1).

Lorsque la luxation est compliquée de plaie communiquant avec la cavité articulaire, il n'y a plus aujourd'hui à songer à une amputation immédiate, il faut soigneusement désinfecter la plaie, l'agrandir pour permettre la réduction et la rentrée de l'extrémité articulaire déplacée, drainer la jointure, panser antiseptiquement et immobiliser le membre à l'aide d'un appareil plâtré placé par-dessus le pansement.

Si les lésions vasculaires provoquent ultérieurement du sphacèle, si l'étendue des parties mortifiées est grande, si la marche de la complication est rapide, l'amputation est indiquée.

#### LUXATION EN ARRIÈRE

Beaucoup plus rare que la luxation en avant, la luxation en arrière est presque toujours incomplète.

**Causes.** — Elle est produite soit par un choc direct portant sur la face antérieure de la jambe demi-fléchie, soit par une violence exercée sur la face postérieure du fémur.

Le type du premier mécanisme se trouve dans une observation de Robert, rapportée par Malgaigne (2). Une femme fait une chute en avant, la jambe demi-fléchie, de telle sorte que la partie supérieure et antérieure du tibia porte contre l'angle d'un trottoir, la luxation se produit.

L'exemple classique de la luxation succédant à une violence portant sur la face postérieure du fémur, est celui de Blanchard : « Une femme fuyant un embarras de voitures et voulant se réfugier dans une maison voisine, engagea son pied sous un décrotoir en fer assez élevé, contre lequel le tibia vint s'ar-

(1) STÈVE, Thèse de Verrollot, 1867.

(2) MALGAIGNE, *Loc. cit.*, p. 941.

rêter; à ce moment une petite voiture à bras vint heurter en arrière l'extrémité inférieure du fémur qui fut ainsi luxé en avant. »

Vast (1) a rapporté un exemple analogue.

**Anatomie pathologique.** — *Luxation complète.* — Dans l'autopsie faite par Robert, on trouva tous les ligaments intacts. La capsule seule offrait en arrière des condyles fémoraux deux déchirures de 5 centimètres d'étendue, par lesquelles sortaient les condyles du tibia et une autre déchirure d'une largeur égale au-devant de l'insertion fémorale du ligament latéral externe. Dans le cas de Vast les ligaments latéraux étaient intacts, le ligament rotulien avait arraché son insertion tibiale, la partie postérieure de la capsule ainsi que les ligaments croisés étaient déchirés.

Dans les deux cas, l'artère poplitée était rompue et le malade de Vast, présentait également une rupture de la veine poplitée.

Stimson a relevé comme complication de ce déplacement la fracture du fémur au-dessus des condyles, la fracture du tibia au-dessous du genou et la rupture du tendon du triceps.

**Symptômes.** — La jambe est dans l'extension complète ou légèrement fléchie. Les condyles fémoraux proéminent à la partie antérieure du genou, les plateaux du tibia en arrière sont facilement reconnaissables à la palpation. La rotule obliquement dirigée en bas et en arrière appuie sur la face inférieure des condyles; elle est quelquefois luxée en dehors. Lorsque la jambe est étendue, le diamètre antéro-postérieur du genou est notablement augmenté.

Tels sont les symptômes communs à quelque différence près, aux luxations complètes et incomplètes, mais dans la luxation incomplète il n'y a point de raccourcissement, tandis que dans la luxation complète, le raccourcissement existe toujours.

**Pronostic.** — Lorsque la luxation n'est pas compliquée de déchirures vasculaires, le pronostic ne présente pas une bien grande gravité. La réduction est en général facile et le rétablissement des fonctions du membre se fait bien.

Lorsque la réduction n'a pas été obtenue, la marche est néanmoins possible et même facile au bout d'un certain temps, ainsi que le prouvent les faits récents rapportés par Bagnall-Oakeley (2), Karewsky (3) et Lossen (4).

(1) VAST, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 688.

(2) BAGNALL-OAKELEY, *Lancet*, 1882, t. I, p. 55.

(3) KAREWSKY, *Arch. für klin. Chir.*, 1886, t. XXXIII, p. 525.

(4) STIMSON, p. 475.

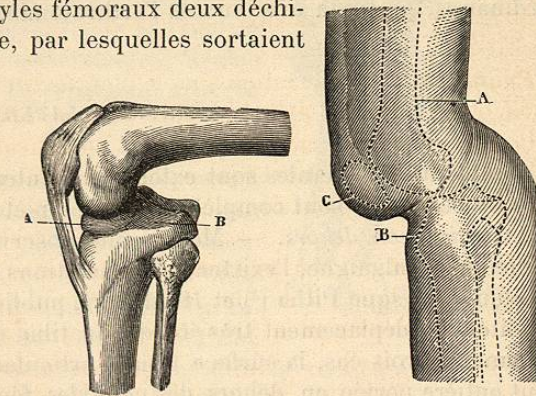


FIG. 111. FIG. 112.  
FIG. 111 et 112. — Luxation incomplète du tibia en arrière. (Follin.)

Malgaigne a du reste montré depuis longtemps que la luxation incomplète en arrière non réduite, ne s'opposait point à l'usage du membre.

**Traitement.** — La réduction généralement simple se fait par des pressions exercées directement sur les os déplacés, pendant qu'un aide pratique l'extension.

Spence (1), n'ayant pu corriger un semblable déplacement par les manœuvres ordinaires, pratiqua avec succès l'arthrotomie.

#### LUXATIONS LATÉRALES

Les luxations latérales sont externes ou internes, les premières moins rares que les secondes, sont complètes ou incomplètes.

**Luxations en dehors.** — Malgré une observation, d'ailleurs contestée, rapportée par Malgaigne, l'existence des luxations complètes en dehors était restée douteuse, lorsque Pitha (2) et Hughes (3), publièrent trois faits montrant la possibilité d'un déplacement très étendu du tibia en dehors.

Dans les trois cas, la surface tibiale articulaire était tout entière ou presque tout entière portée en dehors des condyles fémoraux. Les cavités glénoïdes se dessinaient sous la peau distendue ou rompue. Un angle rentrant, véritable coup de hache, existait au-dessus du tibia porté en dehors, tandis qu'en dedans les condyles fémoraux formaient une énorme saillie. La rotule déplacée en dehors avait son axe presque transversal.

Dans un des cas de Pitha, la surface articulaire du tibia débordant le fémur en dehors avait une largeur de quatre travers de doigt et dans le second cette surface était assez large pour « qu'un goblet de dimension ordinaire pût être posé sur elle ».

La luxation incomplète a été beaucoup plus souvent observée.

**Causes.** — La luxation peut succéder à un choc direct portant le fémur en dedans ou le tibia en dehors, mais elle est habituellement produite par une cause indirecte, qui incline la jambe en dedans et produit un diastasis externe de l'articulation du genou, bientôt suivi de la propulsion du tibia en dehors.

Les lésions qui accompagnent ce déplacement, sont celles indiquées par Malgaigne, d'après les dissections de Hargrave et de Bonn. Dans le cas de Hargrave, on trouve une rupture des ligaments interne et externe, une déchirure du ligament croisé postérieur, l'antérieur demeurant intact. La dissection de Bonn, avait porté sur une luxation ancienne et ne donne aucun renseignement utile. La luxation peut se compliquer d'arrachement du condyle interne du fémur (4), de rupture de l'artère poplitée et de déchirures des téguments (5).

**Symptômes.** — Ils sont plus ou moins accusés suivant le degré du déplacement, mais le transport du tibia en dehors n'est jamais assez prononcé pour

(1) SPENCE, *Lancet*, 1876, t. II, p. 534.

(2) PITHA et BILLROTH, *Chirurgie*, t. IV, Bd. II, p. 258.

(3) HUGHES, *Lancet*, 1880, t. II, p. 974.

(4) WELLS, *Amer. Journal of med. sciences*, 1852, t. X, p. 25.

(5) NOTTA, in *Hamilton*, p. 1152.

que le condyle externe du fémur ne repose pas au moins un peu sur le plateau interne du tibia.

La tubérosité externe du tibia fait une saillie considérable en dehors et le condyle interne du fémur distend la peau de la région interne au point de la rompre dans quelques cas.

La rotule est quelquefois simplement déviée et oblique en dehors; dans d'autres circonstances, on la trouve complètement luxée reposant sur le condyle externe du fémur. La jambe est généralement fléchie et portée dans l'adduction. On l'a cependant trouvée dans l'adduction.

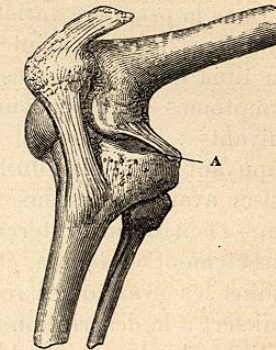


FIG. 115. — Luxation incomplète du tibia en dehors.

**Pronostic.** — Il n'est généralement pas grave. La réduction se fait facilement et est suivie d'une restauration rapide des fonctions, lorsque le déplacement n'est point compliqué de déchirures des vaisseaux poplités. Néanmoins le pronostic doit être réservé, car des raideurs articulaires (Bazy) (1) ou une subluxation avec faiblesse du membre peuvent être la conséquence de cette luxation (Claudot) (2).

Braun fit une fois avec succès l'arthrotomie du genou pour une luxation irréductible (3).

**Luxation en dedans.** — Elle est complète ou incomplète.

De la luxation complète, il n'existe que les deux exemples rapportés par Malgaigne, et appartenant l'un à Miller et Hoffmann, l'autre à Galli. Dans les deux cas, le tibia complètement séparé du fémur faisait une énorme saillie en dedans. Les condyles avaient perforé les téguments en dehors, et sortaient à travers une vaste plaie.

La luxation incomplète est moins rare, elle est produite par une cause directe qui repousse le tibia en dedans, ou par une cause indirecte qui tend à plier le genou latéralement et à porter la jambe en dehors, les ligaments internes sont rompus et le tibia glisse en dedans.

Lorsque le tibia, en se déplaçant en dedans, subit un mouvement de rotation sur son axe qui porte sa surface articulaire en dedans et en avant, la luxation est dite antéro-latérale.

Une dissection faite par Cooper et rapportée par Malgaigne a montré les désordres suivants : il existait une large déchirure du vaste externe, la capsule et les jumeaux étaient aussi déchirés en arrière; les ligaments latéraux et croisés étaient intacts.

Les symptômes sont : la saillie de la tubérosité interne du tibia en dedans, celle du condyle externe du fémur en dehors. La jambe dans l'extension est inclinée en dehors; quelquefois fléchie, presque à angle droit; elle fait avec la cuisse un angle saillant en dehors.

La réduction, facile en général, se fait comme celle de la luxation en dehors.

**Luxation par rotation du tibia.** — Cette luxation donne lieu à deux variétés : dans la première, la rotation du tibia a lieu suivant un axe qui passe par l'espace

(1) BAZY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 819.

(2) NÉLATON, *Idem*, p. 817.

(3) BRAUN, *Deutsche med. Woch.*, 1882, p. 291.

intercondylien; dans ce cas plateaux tibiaux et condyles fémoraux ont perdu leurs rapports habituels; dans la seconde variété, la rotation du tibia se fait suivant un axe qui passe par un des condyles. Le plateau tibial correspondant à ce condyle reste en place, l'autre seul se déplace.

Dans la première variété, la luxation peut avoir lieu soit par rotation du tibia en dehors, le condyle interne regardant en avant, soit plus rarement par rotation du tibia en dedans, c'est alors le condyle externe qui devient antérieur. Les symptômes dont s'accompagnent la luxation avec rotation en dehors sont les suivants : la jambe est complètement étendue et tournée en dehors, le pied appuyant sur le plan du lit par son bord externe. La tubérosité interne du tibia est en avant au-dessous de la trochlée fémorale, la tubérosité externe en arrière, dans l'échancrure intercondylienne. La tubérosité antérieure du tibia regarde directement en dehors, et la rotule est luxée sur le condyle externe. Tels sont au moins les symptômes relevés dans l'observation de Dubreuil et Martellière (1) qui sert à la description de cette variété de déplacement.

Sulzenbacher (2) a publié une observation où les symptômes étaient à peu près semblables. Toutefois le déplacement du tibia en arrière et en dehors était plus accusé encore et la saillie dans le creux poplité de la tubérosité externe du tibia et de la tête du péroné plus considérable.

Les cas publiés par Boursier et par Hénaff et celui plus récent de Lagoutte correspondent à la seconde variété.

Chez le blessé de Boursier (3), le condyle externe du fémur s'était déplacé seul en avant de la tubérosité correspondante du tibia tournant autour du condyle interne qui avait conservé ses rapports normaux avec la cavité glénoïde interne du tibia.

Dans l'observation de Lagoutte (4) le condyle interne a servi également de pivot au mouvement de rotation du tibia qui se luxa en arrière.

Chez le malade de Hénaff (5), au contraire, c'était le condyle interne qui s'était déplacé en arrière de la tubérosité interne du tibia devenue saillante en avant. Ce mouvement de rotation s'était exécuté autour du condyle externe qui n'avait pas quitté sa position normale sur la cavité glénoïde externe.

La luxation par rotation du tibia en dedans a été admise par Malgaigne d'après un cas très incomplet de Paris.

Ces luxations par rotation se compliquent parfois de fractures du tibia et du péroné et de ruptures de la poplitée (Lagoutte).

## XIV

## LUXATION DES CARTILAGES SEMI-LUNAIRES

MOURET, Thèse de Montpellier, 1891. — BRAULT, *Lyon médical*, 1891, p. 279. — GIORDANOLI, *Archivio di Orthopedia*, 1892, n° 4 et 5. — LARDY, *Revue de chirurgie*, 1894, p. 495. — PAUZAT, *Revue de chirurgie*, 1895, p. 97.

Bassius, le premier, en 1731, observa le déplacement du cartilage semi-lunaire

- (1) DUBREUIL et MARTELLIÈRE, *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXX, p. 152.  
 (2) SULZENBACHER, *Wiener med. Presse*, 1880, t. XXI, p. 272.  
 (3) BOURSIER, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1882-1885, t. XII, p. 225.  
 (4) LAGOUTTE, *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1581.  
 (5) HÉNAFF, Thèse de Paris, 1882-1885.

externe et l'attribua à une altération pathologique de la jointure. Après lui Bromfield raconta qu'il avait vu une claudication passagère à la suite de la luxation probablement traumatique d'un des fibro-cartilages articulaires du genou. Plus tard encore l'attention fut particulièrement fixée sur la possibilité de ce déplacement survenant sans lésions articulaires préalables par Hey, qui en donnait deux observations. L'une était celle d'un homme qui, en se retournant dans son lit, s'était trouvé subitement dans l'impossibilité d'étendre la jambe. L'autre avait trait à une jeune fille qui présenta les mêmes symptômes à la suite d'un effort fait en se baissant pour saisir un enfant. Hey soupçonnait quelque dérangement des ligaments croisés ou un déplacement du fémur sur les cartilages semi-lunaires.

A. Cooper adopta cette dernière hypothèse, qui fut reproduite par Malgaigne, Dequevauviller, Marjolin, Londe, Rognetta, Bonnet (1). Chacun de ces chirurgiens donnait en même temps des observations nouvelles apportant leur appui à l'opinion de Hey.

Cependant, malgré une autopsie de Reid démontrant la réalité de la luxation du cartilage semi-lunaire interne, malgré les expériences de Bonnet, la luxation des cartilages semi-lunaires ne fut pas définitivement admise. Panas (2), en 1872, déclarait que la similitude des symptômes de cette lésion hypothétique et des corps étrangers articulaires devait imposer la plus grande réserve et ne pas laisser accepter à la légère une luxation qui était loin d'être démontrée. Aussi, en 1879, lorsque Lannelongue et Le Fort apportèrent à la Société de chirurgie des observations nouvelles, elles ne furent pas acceptées par tout le monde comme appartenant manifestement à une luxation des cartilages.

Depuis quelques années seulement, la pratique de l'arthrotomie a permis de constater directement la luxation des cartilages semi-lunaires et d'établir définitivement la réalité de leur déplacement. A cette dernière période appartiennent les observations de Annandale, Croft, Davies-Colley, Scott-Lang, etc.

**Anatomie pathologique et mécanisme.** — Les dissections ont été faites sur des cadavres trouvés par hasard dans les amphithéâtres; c'était de pièces anciennes qu'il s'agissait par conséquent. Reid (3) trouva le cartilage semi-lunaire externe, en partie détaché du tibia, déchiré à sa partie antérieure et déplacé en dedans et en arrière.

Fergusson vit l'un des cartilages semi-lunaires séparé du tibia dans toute son étendue sauf au niveau de ses insertions antérieures et postérieures, si bien que, pendant les mouvements du genou, il oscillait entre les surfaces articulaires. Sur une autre pièce appartenant à Marsh, un lambeau était détaché de la circonférence du cartilage semi-lunaire interne; pendant les mouvements ce lambeau se retournait, s'interposait aux surfaces articulaires et en provoquait l'immobilisation.

Les arthrotomies faites dans ces derniers temps ont permis de constater des lésions analogues. Nous pouvons les résumer de la manière suivante :

- 1° Le cartilage semi-lunaire interne est celui qui se déplace le plus souvent : 27 fois sur 40 (Bruns), 52 fois sur 71 (Moures);  
 2° Le déplacement s'accompagne d'un arrachement des insertions antérieures

(1) MALGAIGNE, *Loco citato*, p. 969.

(2) Art. GENOU du *Dict. de méd. et de chir. prat.*

(3) MALGAIGNE, *Loco citato*, p. 970.