

de poser des règles fixes et absolues. La limite de la réductibilité varie, en effet, suivant certaines circonstances qu'il est difficile d'apprécier. Cette limite offre, du reste, des différences relativement à la variété de luxation à laquelle on a affaire.

A. Cooper défendait de réduire les luxations en arrière au delà de huit semaines. Mais cette limite est trop courte, et l'on cite des réductions de luxations iliaques ou ichiatiques obtenues après soixante-cinq ou soixante-dix-huit jours, six mois, un an.

Parmi les luxations en avant, l'ilio-pubienne semble devenir plus rapidement irréductible que toutes les autres, ou du moins, il est remarquable que l'on ne possède pas d'exemple de réduction au delà du huitième jour. Au contraire, on connaît quelques cas de luxations ischio-pubiennes réduites au bout de plusieurs mois.

Lorsque la réduction a été obtenue, on doit maintenir l'immobilité du membre pendant environ quinze jours. Un bon moyen d'immobilisation consiste à fixer solidement le membre luxé au membre sain, après avoir interposé un coussin entre eux. Le malade doit garder le repos absolu, on ne doit le déplacer dans son lit qu'avec de grandes précautions, enfin on doit lui interdire de se mettre à séant. Plusieurs fois, en effet, on a constaté la récurrence au moment où le malade faisait effort pour s'asseoir sur son lit.

Lorsqu'il sera permis au malade de se lever, il devra faire usage de béquilles pendant un mois, avant de commencer à marcher.

Le traitement des complications ne doit pas nous arrêter longtemps; on sait, en effet, quelles sont les indications thérapeutiques qui résultent de la coexistence d'une contusion violente avec une luxation; il en est de même de la fracture concomitante du corps du fémur. Quant à la fracture du col, complication très-rare, elle nous paraît devoir apporter le plus souvent un obstacle insurmontable à la réduction.

Enfin, la fracture du rebord cotyloïdien exige surtout une attention toute particulière de la part du chirurgien pour maintenir la réduction, et il n'est que trop fréquent de voir la luxation se reproduire malgré tous les soins que l'on met pour prévenir cette récurrence. Il faut, dans ce cas, placer autant que possible le membre dans une position telle que la tête fémorale presse contre la portion de la cavité opposée à celle qui est le siège de la fracture, et prolonger l'immobilité pendant un plus long temps. Ainsi, dans un cas rapporté par Maisonneuve, où la fracture siégeait à la partie postéro-inférieure, le chirurgien maintint la jambe demi-fléchie et le genou porté fortement en dehors, et le malade étant mort le vingt-septième jour, on trouva les fragments réunis.

#### § XX. — Luxations de la rotule.

Les luxations de la rotule sont fort rares. Leur histoire, longtemps obscure, n'a été définitivement constituée que depuis le mémoire de Mal-

gaigne, publié en 1836 dans la *Gazette médicale*. Les faits réunis par cet auteur permettent de reconnaître quatre variétés de luxations de la rotule : 1° les luxations en dehors; 2° les luxations en dedans; 3° les luxations de champ ou verticales, qui se distinguent en internes et externes; 4° les luxations par renversement ou sens dessus dessous.

Quant aux prétendues luxations en haut et en bas, les premières ne peuvent se produire sans qu'il y ait rupture du tendon rotulien, les secondes sans qu'il y ait déchirure des fibres du triceps. Nous avons déjà décrit ces lésions (1), et il nous semble inutile d'insister de nouveau sur les déplacements de la rotule qui les accompagnent.

#### 1° Luxation en dehors.

Cette variété est de beaucoup la plus fréquente. Sur quarante-six cas, Malgaigne n'en a trouvé que six de luxations en dedans. Elle est *complète* ou *incomplète*. D'après Boyer, cette dernière serait bien plus commune, tandis que, pour Malgaigne, au contraire, les luxations complètes l'emportent de beaucoup sur les autres, et cette opinion est confirmée par les faits.

Afin d'éviter des répétitions, nous décrirons simultanément les luxations complètes et incomplètes, en indiquant, chemin faisant, les différences qui les séparent.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Certaines causes prédisposantes exercent une influence assez grande sur les déplacements de la rotule en dehors; telle est une laxité particulière des ligaments, soit congénitale, soit acquise et résultant de luxations antérieures. Ce relâchement des ligaments est quelquefois porté si loin que la rotule se déplace sous l'influence d'un effort même léger, et que la luxation pourrait presque être considérée comme une luxation pathologique.

On a encore cité, comme prédisposant à la luxation de la rotule en dehors, la difformité désignée sous le nom de *genu valgum*, et nous verrons bientôt comment elle agit.

Parmi les causes déterminantes des luxations de la rotule en dehors, il faut citer les violences extérieures : chutes sur le genou, chocs directs portant plus particulièrement sur le côté interne de la rotule. Ces causes agissent avec plus ou moins d'énergie pour produire les luxations complètes ou incomplètes.

Les contractions musculaires violentes peuvent également déterminer une luxation complète ou incomplète. C'est même une des causes les plus fréquentes de ce dernier déplacement, tandis que l'on ne connaît que quelques rares observations de luxations complètes dues à la contraction du triceps.

Qu'elles soient produites par causes directes ou indirectes, les luxations

(1) T. II, p. 197.

de la rotule en dehors ne peuvent se faire dans toutes les positions du genou. En effet, dans la flexion, la rotule est profondément cachée entre les deux condyles du fémur, et maintenue par la tension des ligaments. Dans la flexion légère ou dans l'extension, les ligaments sont relâchés, la rotule est saillante, et son bord interne, plus épais et plus proéminent que l'externe, est plus exposé que ce dernier aux chocs directs. Cependant, Voillemier (1) a fait remarquer que la rotule doit trouver un obstacle considérable dans la saillie du bord externe de la trochlée, et qu'il ne pourrait tout au plus se produire qu'un déplacement incomplet. Le mécanisme de la luxation complète a été exposé de la manière suivante par Voillemier :

Dans l'extension complète de la jambe, la rotule vient occuper le creux sus-condylien du fémur; mais, dans ce mouvement, elle se porte naturellement en dehors, par suite de la disposition normale de ce creux sus-condylien, qui est revêtu, dans sa partie externe, de cartilage faisant suite à celui du condyle externe.

Quand la rotule est dans cette position, un choc de dedans en dehors, assez violent pour déchirer ses ligaments, déterminera facilement la luxation en dehors, car la rotule ne sera plus retenue par le bord saillant du condyle externe. Elle se luxera donc un peu au-dessus de la tubérosité externe, sur le côté du fémur. Alors, que la jambe vienne à être fléchie, ou que la contraction musculaire, qui plaçait le membre dans l'extension, cesse, la rotule, entraînée en bas par l'élasticité du ligament rotulien, descendra sur la face externe du condyle, où elle demeurera fixée, car elle trouve à son retour deux obstacles insurmontables dans la surface plane et taillée perpendiculairement sur laquelle elle repose, et dans le rebord élevé du condyle externe du fémur.

Nous admettons volontiers que les choses se soient passées ainsi, dans un certain nombre de cas où l'extension était complète; mais il en est quelques-uns dans lesquels la flexion de la jambe ne peut être contestée. Il faut bien admettre alors que la rotule a été repoussée directement de dedans en dehors.

Quant au mécanisme des luxations produites par l'action du triceps, on l'a expliqué de diverses manières. A. Cooper avait avancé que les luxations en dehors arrivent le plus habituellement chez les individus qui présentent une certaine incurvation du genou en dedans (*genu valgum*), d'où il résultait que la contraction du triceps avait chez eux pour conséquence d'amener la rotule en dehors. Robert a étendu cette idée : suivant lui, la jambe formant normalement avec la cuisse un angle obtus, saillant en dedans, le ligament rotulien placé suivant l'axe de la jambe, et la résultante de l'action des muscles triceps et droit antérieur qui répond à l'axe de la cuisse, forment également un angle obtus. Pendant la contraction des muscles extenseurs, la rotule doit donc nécessairement être portée plus ou moins en dehors, suivant la résultante de ces deux lignes obliques.

(1) Mécanisme des luxations de la rotule. Clinique chirurgicale. Paris, 1862, p. 402.

Cette théorie, qui paraît parfaitement conforme aux faits, demande cependant à être complétée. Si, en effet, la rotule est portée en dehors, il faut ajouter, suivant la remarque de Malgaigne et de Voillemier, qu'elle est en même temps fortement remontée dans le creux sus-condylien, dont elle occupe la portion externe, par suite de la conformation même de ce creux. De plus, il est impossible de comprendre le déplacement en dehors de la rotule comme le résultat de la contraction des trois parties du triceps, et il faut admettre de toute nécessité, avec Malgaigne, que le vaste externe du triceps se contracte isolément. La contraction musculaire agit d'ailleurs rarement pour produire des luxations complètes; les luxations incomplètes, au contraire, reconnaissent très-souvent l'action de cette cause.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Luxation complète* (fig. 88). — La face articulaire de la rotule est appliquée sur la face externe du condyle externe du fémur. La face antérieure regarde en dehors; son bord externe porté en dehors et en arrière, son bord interne soulevant la peau en avant et un peu en dedans.

Le ligament rotulien et le tendon du triceps, déviés tous deux en dehors, forment avec la rotule un angle à sommet externe occupé par la rotule.

La capsule est largement déchirée, au moins à sa partie interne. Streubel (1) indique, comme condition *sine qua non* de la luxation de la rotule en dehors, la déchirure de la capsule ou du moins du ligament interne. Dans une autopsie de luxation complète ancienne, rapportée par Verneuil (2), une énorme déchirure verticale divisait la capsule et l'aponévrose en dedans, à partir de la rotule jusqu'à 8 ou 9 centimètres au-dessus, et offrait encore en bas un écartement de 5 à 6 centimètres.

*Luxation incomplète*. — La rotule est placée en avant du condyle externe du fémur. Le plus souvent sa face antérieure est fortement inclinée en dedans, son bord externe saillant en avant et en dehors du condyle externe du fémur, son bord interne, ou, plus exactement encore, son angle supérieur et interne, se trouvant placé dans le creux intercondylien. Nous ne savons rien de l'état des ligaments, qui semblent seulement être allongés.

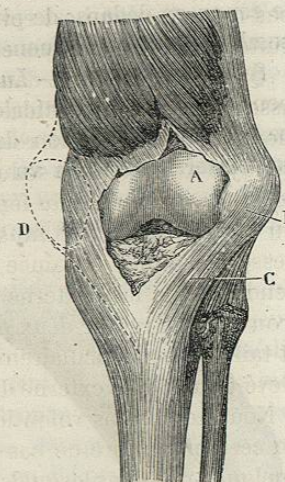


FIG. 88. — Luxation de la rotule en dehors, complète. — A, condyle externe du fémur; B, rotule; C, ligament rotulien; D, position de la rotule dans la luxation en dedans. (B. Anger.)

(1) Ueber den Mechanismus der Verrenkung der Kniescheibe. (Schmidt's Jahrbücher, 1866, t. III.)

(2) Cité par Malgaigne, Traité des luxations, p. 907.

Il est intéressant de connaître les modifications anatomiques qui surviennent dans les luxations invétérées de la rotule en dehors. Verneuil a donné la description d'une luxation complète et ancienne, dans laquelle la rotule épaissie, se rapprochant de la forme globuleuse, reposait sur la tubérosité externe du fémur, où elle avait refoulé la synoviale plus en arrière qu'à l'état normal; mais il n'y avait pas de cavité nouvelle. Le condyle externe, sous l'influence de la pression de la rotule, s'était rapproché de l'interne, à tel point que l'échancrure qui les sépare offrait à peine une largeur de 6 à 7 millimètres.

Ces changements opérés sur le fémur entraînent des modifications semblables du côté du tibia; par suite de la pression du condyle externe du fémur sur la face articulaire externe du tibia, celle-ci s'élargit et devient plus profonde. Il résulte donc de là que la jambe est attirée en dehors et le genou en dedans; de plus, on a noté la rotation en dehors du tibia, qui semble être la conséquence de la nouvelle direction du ligament rotulien.

**SYMPTOMATOLOGIE. — Luxation complète.** — Si le déplacement se produit pendant la station verticale, le blessé éprouve une violente douleur accompagnée d'une sensation de déchirure dans le genou. Il tombe et ne peut se relever seul. On a vu quelques malades, relevés par les assistants,

marcher avec leur aide. La jambe est dans la demi-flexion, si la luxation est complète; dans l'extension, au contraire, si la luxation est incomplète. Dans un cas rapporté par Dupuytren comme un exemple de luxation complète, la jambe était étendue et ne pouvait être fléchie; mais il est permis de se demander si le déplacement était bien complet.

Le genou (fig. 89) est déformé, aplati d'avant en arrière, plus large qu'à l'état normal. Il existe une dépression considérable répondant à la fossette intercondylienne et appréciable à la vue et au toucher.

En dehors, on sent une tumeur dure, peu mobile; c'est la rotule dont la face antérieure regarde en dehors, le bord externe en arrière et en dehors; le bord interne, porté en avant, soulève la peau et se continue en haut avec le tendon du triceps, et en bas avec le ligament rotulien, qui forment ainsi, au-dessus et au-dessous des condyles, un angle obtus ouvert en dedans.

Dans la luxation *incomplète*, le malade peut ne pas tomber, mais la douleur est très-violente. Bien que le membre soit généralement dans l'ex-

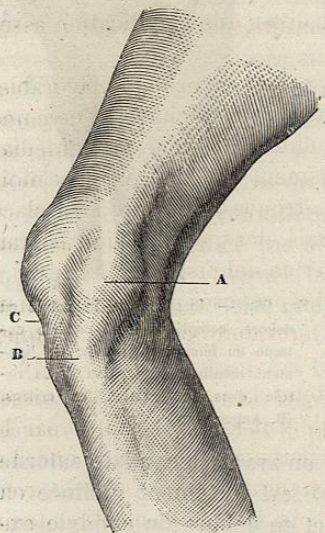


FIG. 89. — Luxation de la rotule en dehors. Déformation vue de profil. — A, saillie de la rotule; B, ligament rotulien; C, dépression à la place normale de la rotule.

tension, Monteggia a cité un cas de luxation avec flexion, ce que Malgaigne explique par le relâchement des ligaments. Le genou est moins aplati que dans la luxation complète, et la cavité intercondylienne présente sous la peau une dépression moins marquée. Le chirurgien peut sentir le bord externe de la rotule, et même, d'après Boyer, sa face articulaire.

Dans les deux cas, les mouvements actifs sont impossibles, et les mouvements communiqués excessivement douloureux.

**DIAGNOSTIC.** — Il est généralement facile, d'après les signes précédents, de reconnaître la luxation de la rotule en dehors. Cependant, la tuméfaction considérable du genou peut quelquefois empêcher de décider si la luxation est complète ou incomplète.

**PRONOSTIC.** — Les luxations complètes sont moins graves qu'on ne serait tenté de le croire. Récentes, elles se réduisent facilement; non réduites, elles n'entraînent avec elles que peu d'inconvénients. C'est ainsi que Monteggia et Dupuytren ont vu des individus, atteints de luxation complète de la rotule, marcher sans gêne notable et n'éprouver de difficulté que pour descendre les pentes ou les escaliers.

Par contre, A. Bérard a vu une femme de la Salpêtrière portant une luxation complète depuis plusieurs années, et chez laquelle la jambe était fléchie à angle obtus et ne pouvait être étendue; le mouvement de flexion était également très-borné. Il en résultait donc une claudication assez forte.

Pour la luxation incomplète, le pronostic paraît encore plus favorable. Il faut, néanmoins, tenir compte de la fréquence des récidives. Une jeune fille de treize ans se luxa la rotule dans une chute, elle marcha immédiatement après, malgré la douleur et le gonflement articulaire. Deux mois plus tard, Malgaigne, examinant son genou, trouve la rotule à sa place normale pendant l'extension de la jambe; mais, dès que la flexion arrivait au quart, la rotule commençait à se déplacer en dehors.

**TRAITEMENT.** — Parmi les différents procédés proposés pour la réduction de cette luxation, c'est celui de Valentin (1) qui doit occuper le premier rang.

Le malade étant couché sur un lit, on étend la jambe sur la cuisse, puis on fléchit celle-ci sur le bassin, en soulevant tout le membre par le talon, et en le levant jusqu'à ce qu'il soit perpendiculaire au tronc. Le chirurgien, appliquant alors ses deux mains sur le genou, refoule avec les deux pouces la rotule de dehors en dedans. On peut encore obtenir le même résultat d'une seule main appliquée à plat, de manière à repousser la rotule avec le pouce et l'éminence thénar.

Dans la luxation incomplète, la réduction s'obtient quelquefois avec la plus grande facilité, sous l'influence de la pression la plus légère, ou dans un mouvement spontané du malade. Nous connaissons une jeune dame chez laquelle il se produit de temps à autre, à la suite d'une contraction

(1) *Recherches critiques sur la chirurgie moderne*, p. 186.

spasmodique du triceps et principalement en descendant de voiture, une luxation incomplète de la rotule qui se réduit presque spontanément par une pression légère exercée sur la rotule, dès que le spasme musculaire a cessé.

Dans un certain nombre de cas, cependant, la rotule se trouvant comme enclavée dans le creux sus-condylien, oppose une plus grande résistance, et le procédé de Valentin reste impuissant. Dans ces circonstances, Malgaigne conseille de fléchir brusquement le genou, afin de ramener la rotule du creux sus-condylien où elle est engagée jusque sur la poulie cartilagineuse dont le poli la fera spontanément glisser à sa place.

Le traitement consécutif offre ici une grande importance, puisqu'il a pour but de prévenir les récidives. A cet effet, il est prudent de laisser le malade couché pendant trente ou quarante jours, en lui immobilisant le genou dans un appareil de Scultet ou dans un bandage inamovible, puis lorsqu'il commencera à se lever, on devra lui faire porter une genouillère.

Enfin, dans les cas où, par suite d'une prédisposition spéciale, plusieurs récidives ont déjà eu lieu, on pourra en prévenir de nouvelles en appliquant un appareil à demeure. On a conseillé dans ce but l'usage des genouillères serrées, ou munies d'un coussinet le long du bord externe de la rotule. Dans le fait que nous avons cité plus haut, nous sommes parvenu à prévenir de nouvelles récidives à l'aide d'une genouillère en peau de chien, qui portait une sorte de pelote en forme de croissant embrassant exactement la rotule en dehors.

### 2° Luxation en dedans.

Cette variété de luxation de la rotule est la plus rare, et malgré les assertions de A. Paré, de Callisen et de Bell, qui considèrent les luxations complètes en dedans comme plus fréquentes que les luxations en dehors, Malgaigne a démontré que la luxation de la rotule en dedans est presque toujours, sinon toujours, incomplète.

Elle reconnaît pour cause un choc direct appliqué sur le bord externe de la rotule, et dirigé de dehors en dedans. Mais comme le bord externe de la rotule est peu saillant, et protégé par le rebord de la trochlée, on conçoit que cet accident soit rare.

D'ailleurs les observations ne sont ni assez nombreuses, ni assez complètes pour que l'on puisse tracer l'histoire de cette luxation, qui se reconnaît à un ensemble de symptômes analogues à ceux de la luxation en dehors, avec cette différence que la rotule serait située sur le condyle interne du fémur.

### 3° Luxations de champ ou verticales.

Ces déplacements consistent en une rotation de la rotule autour de son axe vertical. On en distingue deux variétés : suivant que la face artieu-

laire de la rotule est dirigée en dedans ou en dehors, la luxation est dite *verticale interne* ou *verticale externe*.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Les luxations verticales de la rotule doivent être considérées comme des degrés plus avancés des luxations en dedans et en dehors incomplètes. En effet, nous avons dit que, dans la luxation incomplète en dehors, le bord externe de la rotule se relève quelquefois, de sorte que l'os est placé presque de champ ; s'il se relève un peu davantage, on aura la luxation *verticale externe*.

Celle-ci succède donc, comme la luxation en dehors, soit à un choc direct, soit à une violente contraction musculaire. Mais il faut ajouter que l'action des muscles est aidée par une rotation du fémur ou du tibia. Ainsi, dans la luxation verticale externe, on peut admettre que, par suite d'un mouvement violent, le tendon du vaste interne du triceps venant à se rompre ainsi que les ligaments internes, la rotule se trouve en même temps sollicitée en dehors par le vaste externe du triceps, et repoussée en avant par un mouvement de rotation du fémur ou du tibia.

La *luxation verticale interne* s'expliquerait par un mécanisme analogue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La rotule (fig. 90) est placée de champ, en avant du fémur, et sa face articulaire regardant en dehors (*luxation verticale externe*) ou en dedans (*luxation verticale interne*) ; un de ses angles est enclavé dans le creux sus-condylien, tandis que l'autre soulève les téguments. On comprend que, par suite de cette rotation, le tendon du droit antérieur et le ligament rotulien sont tordus et proéminent sous la peau, comme la corde d'un violon soulevée par le chevalet. Quelquefois la rotule est sollicitée vers le fémur ou vers le tibia. Les ligaments latéraux sont déchirés ou très-relâchés, tandis que la capsule articulaire est toujours déchirée sur un côté au moins.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Dès que l'accident a lieu, le malade éprouve une vive douleur, tombe et ne peut se relever. La jambe est étendue et ne peut être fléchie. Cependant on cite quelques exemples dans lesquels le genou était légèrement fléchi.

L'articulation est déformée d'une manière tout à fait caractéristique ; au lieu d'être arrondie en avant, elle présente une arête saillante qui allonge son diamètre antéro-postérieur. Suivant que la luxation est interne ou externe, on voit, sous le vaste interne ou sous le vaste externe, une dépres-

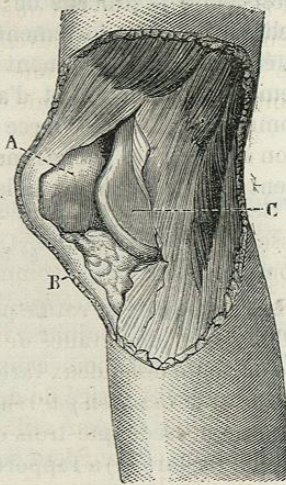


FIG. 90. — Luxation verticale externe de la rotule. — A, surface articulaire de la rotule, regardant en dehors ; B, ligament rotulien ; C, condyle externe du fémur. (B. Anger.)

sion assez profonde. Ce fait est dû probablement à la pression atmosphérique qui s'exerce sur la peau, au point où la capsule déchirée ne lui oppose plus de résistance.

Le chirurgien peut également apprécier par le toucher la position anormale de la rotule. Les condyles du fémur sont parfaitement sensibles à travers la peau, et lors même qu'un épanchement considérable empêche de sentir les faces de la rotule, le sens de la torsion du droit antérieur et du ligament rotulien suffit pour distinguer la luxation externe de la luxation interne. Il est à peine nécessaire d'ajouter que les mouvements communiqués provoquent de violentes douleurs.

**PRONOSTIC.** — La difficulté de la réduction rend le pronostic de cette luxation plus grave que celui des précédentes. Cependant, Nanoni a vu un malade marcher trois semaines après un semblable accident, et réduire lui-même sa luxation quelque temps après.

**TRAITEMENT.** — Divers procédés de réduction ont été mis en usage. Parmi ceux-ci, il en est un certain nombre qui doivent être sévèrement proscrits; ce sont ceux qui consistent dans la section des ligaments, attendu qu'ils exposent les malades à des accidents graves et quelquefois mortels.

De tous les moyens de réduction il faut d'abord essayer le plus simple, c'est-à-dire le procédé de Valentin, en cherchant à dégager la rotule. Si celle-ci était trop fortement enclavée entre les condyles, on pourrait fléchir et étendre alternativement la jambe et au besoin lui imprimer des mouvements d'adduction et d'abduction. Enfin, si tout échouait, on pourrait comme dernière ressource avoir recours au poinçon introduit sans incision à travers les parties molles, et à l'aide duquel on opérerait le soulèvement et le dégagement de la rotule.

#### 4° Luxations par renversement.

La luxation de la rotule par renversement, signalée par Malgaigne, n'est qu'un degré plus avancé de la luxation verticale. Comme cette dernière, elle présente donc deux variétés : la *luxation par renversement de dehors en dedans* et la *luxation par renversement de dedans en dehors*.

On ne possède que trois observations très-incomplètes de la première variété. Castara (1) a rapporté un bel exemple de luxation de la rotule par renversement de dedans en dehors.

Une jeune fille de dix-sept ans, se penchant vers une table pour prendre un livre, portait tout le poids du corps sur la jambe droite étendue, appuyant le côté externe de la rotule sur le bord d'une chaise, quand tout à coup elle jeta un cri : la rotule était luxée. Celle-ci reposant par son bord externe sur le côté externe et supérieur de la poulie articulaire du fémur qu'elle ne recouvrait que dans une largeur de 6 à 8 millimètres, inclinait son

(1) Journ. de chir., 1844, p. 19.

bord interne en dehors et faisait dans ce sens une saillie de 2 centimètres et demi, sa face articulaire regardant en avant et en dedans. Le tendon et le ligament rotulien formaient au-dessus et au-dessous une corde arrondie, assez épaisse et fortement tendue. La jambe était à demi fléchie et ne pouvait être que très-peu redressée. Le chirurgien crut d'abord à une luxation incomplète en dehors, mais un examen plus attentif lui fit reconnaître à travers la peau les deux facettes articulaires de la rotule regardant en avant. La réduction se fit lentement, en saisissant la rotule entre le pouce et l'index, par un simple mouvement de rotation d'arrière en avant et de dehors en dedans.

#### § XXI. — Luxations du tibia (*Luxations du genou ou de la jambe*).

Plus rares encore que celles de la rotule, les luxations du tibia ne sont bien connues que depuis les recherches de Velpeau (1) et de Malgaigne (2). Malgré leur peu de fréquence, elles présentent cependant un grand nombre de variétés, et Malgaigne admet sept types principaux de déplacements ne comprenant pas moins de quinze variétés. Nous pensons, cependant, qu'il est possible de simplifier cette classification, et nous admettrons seulement les variétés suivantes : 1° la *luxation en avant*; 2° la *luxation en arrière*; 3° la *luxation en dedans*; 4° la *luxation en dehors*; 5° la *luxation par rotation*. Enfin nous consacrerons quelques lignes à l'étude de cette lésion peu connue, que l'on a décrite sous le nom de *luxation des cartilages semi-lunaires*.

#### 1° Luxation en avant.

Cette luxation, que Boyer considérait comme la plus rare de toutes, est au contraire la plus fréquente. Bien décrite déjà par Malgaigne, elle a été de nouveau étudiée par Deguise (3), Desormeaux (4) et Richet (5), et plus récemment encore par Verrollot (6) et Lamblin (7).

**ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME.** — Beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, la luxation du tibia en avant paraît exclusivement propre à l'âge adulte et à la vieillesse. On n'en connaît jusqu'à présent aucun exemple chez les enfants, et Deguise, cherchant à la produire sur les cadavres de sujets de douze à seize ans, n'a jamais pu y parvenir, et a dé-

(1) Dictionnaire en 30 volumes, art. GENOU.

(2) Lettre à Velpeau; in Archives génér. de méd., 1837, t. XIII, p. 452, et t. XIV, p. 129 et Traité des luxations.

(3) De la luxation complète en avant de l'articulation fémoro-tibiale (Mémoires de la Soc. de chirurgie, t. II, p. 33.)

(4) Recherches sur la luxation incomplète du tibia en avant (Mémoires de la Société de chirurgie, t. III, p. 535.)

(5) Rapport sur le mémoire précédent (Ibid.).

(6) De la luxation complète du tibia en avant. Thèse inaugurale. Paris, 1867.

(7) De la luxation complète et traumatique du tibia en avant. Thèse inaug. Paris, 1867.