

que la luxation est *incomplète* ou *complète*. Dans ce dernier cas, en effet, elle est devenue presque horizontale, sa face antérieure regardant en bas, et sa face postérieure en haut; son sommet est profondément caché, tandis que son bord supérieur est dirigé en avant.

En arrière, l'extrémité supérieure du tibia proémine dans le creux du jarret, mais le relief qu'elle forme n'est pas aussi apparent quand la

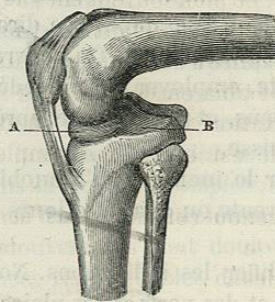


FIG. 92. — Luxation incomplète du tibia en arrière. — A, cartilage semi-lunaire externe porté en avant; B, cavité glénoïde du tibia incomplètement abandonnée par le condyle du fémur.

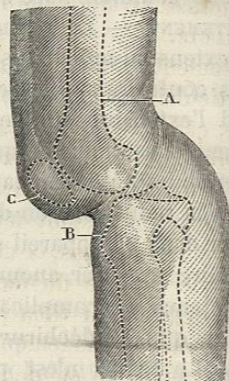


FIG. 93. — Luxation du tibia en arrière. Déformation. — A, fémur; B, tibia; C, rotule. (B. Anger.)

jambe est fléchie que lorsqu'elle est étendue; il est beaucoup plus prononcé dans la luxation complète. Dans cette dernière, on remarque également une augmentation considérable du diamètre antéro-postérieur du genou. Enfin, le raccourcissement de la jambe ne serait qu'apparent dans la luxation incomplète, réel et pouvant même atteindre plusieurs centimètres, dans le cas de luxation complète.

Le pronostic de la luxation de la jambe en arrière ne paraît pas très-grave. La réduction est généralement facile et les suites en sont simples. D'un autre côté, des sujets atteints de luxations incomplètes non réduites ont pu recouvrer à peu près complètement l'usage de leur membre. Enfin ces luxations s'accompagnent rarement de complications. Robert a cependant observé la rupture de l'artère poplitée, qui amena la gangrène du membre et rendit l'amputation indispensable.

La réduction a été obtenue à l'aide d'une extension pratiquée sur la jambe et aidée, soit de l'impulsion directe et en sens inverse des deux extrémités osseuses, soit de la flexion de la jambe.

### 3° Luxation en dehors.

Malgaigne rapporte, d'après Norris, un cas de *subluxation* du tibia en dehors, caractérisée par une douleur vive, l'impossibilité de mouvoir le

genou, sans déformation apparente. On pouvait néanmoins porter la jambe en dedans outre mesure, et l'on déterminait ainsi un écartement notable de l'articulation à son côté externe, ce qui indiquait la rupture du ligament latéral. La guérison fut complète après un mois.

Quant au véritable déplacement du tibia en dehors, il peut être *incomplet* ou *complet*. Cependant nous ne connaissons qu'un seul exemple de luxation complète du tibia en dehors, cité par Malgaigne, qui élève des doutes à ce sujet. Aussi nous bornerons-nous à décrire la luxation *incomplète*.

ÉTIOLOGIE. — Les causes sont très-variées. Le plus souvent elles agissent indirectement en pliant la jambe en dedans, et en écartant ainsi les surfaces articulaires en dehors, de manière à produire d'abord une subluxation externe, et, en second lieu, le glissement du tibia en dehors.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les signes de la luxation incomplète en dehors diffèrent notablement, suivant que la rotule est elle-même simplement déviée ou complètement déplacée.

Dans le premier cas, la déformation du genou consiste dans la saillie du condyle interne du fémur en dedans, le condyle externe du tibia proéminent en dehors, et dans le changement de direction de la rotule qui se porte en dehors. La jambe est ordinairement inclinée en dedans, le genou formant un angle saillant en dehors; on a vu cependant la jambe inclinée en dehors, et formant avec la cuisse un angle beaucoup moins obtus qu'à l'état normal.

Lorsque la luxation s'accompagne d'un déplacement complet de la rotule, la déformation du genou est énorme. Le condyle externe du fémur répond à la cavité interne du tibia; le condyle interne fait en dedans une saillie considérable, et dans un cas de Larrey, il était à moitié sorti à travers les téguments déchirés. Le condyle externe du tibia est porté en dehors et un peu en arrière. Enfin, la rotule complètement luxée repose par sa surface articulaire sur la face externe du condyle externe du fémur. La jambe et le pied sont tournés en dehors, le genou est ordinairement légèrement fléchi.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — La réduction de ces luxations paraît avoir été généralement facile. Lorsque la luxation a été abandonnée à elle-même, les fonctions du membre ont été sérieusement compromises, surtout dans les cas où il s'agissait du déplacement simultané du tibia et de la rotule.

L'extension directe, aidée de la pression en sens inverse sur les os, a suffi généralement pour les remettre en place. Mais on doit craindre les récidives, et pour les prévenir il est nécessaire d'exercer une exacte con-

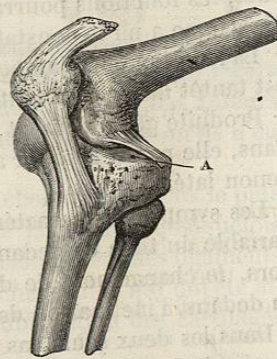


FIG. 94. — Luxation incomplète du tibia en dehors. — A, cavité glénoïde externe du tibia abandonnée par le condyle du fémur.

tention à l'aide d'un appareil solide, et de maintenir l'immobilité pendant trente ou quarante jours.

4<sup>o</sup> Luxation en dedans.

On peut observer une *subluxation du tibia en dedans*, en tout semblable à la *subluxation en dehors* que nous avons signalée. Malgaigne a disséqué une lésion de ce genre toute récente. Le ligament latéral interne était complètement rompu, la capsule largement déchirée en travers et dans sa portion interne.

La douleur, l'impossibilité des mouvements spontanés, l'écartement des surfaces articulaires en dedans, quelquefois assez marqué pour permettre d'y engager la pulpe du doigt, et s'augmentant considérablement lorsqu'on porte la jambe en dehors, enfin l'absence de déformation du genou, qui paraît à peine un peu plus saillant en dedans; tels sont les signes attribués à cette lésion, dont le traitement exige une immobilité du membre pendant trente-cinq ou quarante jours. Sans cette précaution, en effet, les fonctions pourraient être assez gravement entravées, ainsi que Malgaigne a pu le constater sur deux blessés.

La luxation de la jambe en dedans, plus rare que la luxation en dehors, est tantôt *incomplète*, tantôt *complète*.

Produite généralement par un choc direct, qui pousse le tibia en dedans, elle paraît résulter aussi de causes indirectes qui tendent à plier le genou latéralement.

Les symptômes caractéristiques de la luxation *incomplète* sont: la saillie variable du tibia en dedans, avec saillie correspondante du fémur en dehors, le changement de direction de la rotule qui est oblique en bas et en dedans, l'inclinaison de la jambe en dehors.

Dans les deux seuls cas de luxation *complète* rapportés par Malgaigne, il existait des désordres considérables, et l'extrémité inférieure du fémur sortait en dehors, à travers une déchirure des téguments. La guérison eut lieu cependant, et, dans l'un des cas, le blessé pouvait marcher sans béquilles un mois après l'accident. L'autre malade resta exposé à de fréquentes récidives, que l'on ne parvint à combattre qu'à l'aide d'un appareil mécanique.

La réduction ne présente rien de particulier. Comme pour la luxation en dedans, on devra maintenir le membre dans une exacte immobilité pendant au moins un mois.

5<sup>o</sup> Luxations par rotation.

Malgaigne décrit une luxation *par rotation en dehors* et une luxation *par rotation en dedans*. Ces deux variétés sont fort rares.

Dans la première, la jambe, complètement étendue, est tournée en dehors, le pied appuyant sur un plan horizontal par son bord externe.

La tubérosité interne du tibia est portée en avant, au-dessous de la trochlée fémorale; sa tubérosité externe en arrière, dans l'échancrure inter-condylienne; enfin, la tubérosité antérieure est devenue externe, et la rotule est entraînée en dehors et luxée sur le condyle externe du fémur.

Quant à la luxation par rotation en dedans, Malgaigne en cite un cas très-incomplètement décrit par Paris. Il en a lui-même rencontré un exemple dont la description est également très-obscur.

On a observé, comme complications des luxations par rotation, des fractures du tibia et du péroné qui, sans empêcher la réduction, ont eu pour conséquence fâcheuse d'exiger une immobilité prolongée de l'articulation, et par suite une ankylose.

La réduction, toujours facile, a été obtenue en exerçant d'abord une traction légère, puis en imprimant à la jambe un mouvement de rotation en sens opposé à celui du déplacement.

6<sup>o</sup> Luxations des cartilages semi-lunaires.

Bromfield et Hey ont attribué à un déplacement des cartilages semi-lunaires, certains accidents survenant brusquement à la suite de légers traumatismes de l'articulation du genou. Quoique la plupart des auteurs aient admis la réalité de ce déplacement, il faut reconnaître qu'ils n'en ont fourni aucune preuve.

L'accident en question succède rarement à un choc direct, mais le plus ordinairement à un mouvement de rotation de la jambe, quelquefois même assez faible. A. Cooper admettait que le relâchement des ligaments chez les personnes faibles, délicates, et surtout chez celles qui ont été affectées d'hyarthrose, devait prédisposer à la subluxation des cartilages semi-lunaires.

Une douleur subite extrêmement vive, forçant le malade à s'asseoir ou déterminant quelquefois une chute, l'impossibilité d'étendre complètement la jambe, qui est d'ordinaire légèrement fléchie, tels sont les principaux symptômes. En examinant la jointure, on ne trouve aucune déformation, aucune saillie anormale, et la jambe conserve sa rectitude normale. Bientôt survient un gonflement considérable, dû à l'épanchement intra-articulaire, et qui, après avoir persisté un temps variable, se dissipe sous l'influence d'un traitement approprié.

Ces symptômes pourraient être attribués aussi bien à l'entorse, à la présence de corps étrangers articulaires, et cette confusion a été faite certainement par A. Cooper. Cependant, il est le plus souvent possible de reconnaître la présence de corps étrangers, en examinant avec soin tous les points de l'articulation. Quant à l'entorse, elle ne s'accompagne pas d'une situation fixe de la jambe, et ne se guérit pas instantanément à la suite de certaines manœuvres.

En effet, si l'on en croit la plupart des auteurs, dans le cas de subluxa-

tion des cartilages semi-lunaires, il serait possible de faire cesser immédiatement les accidents, en fléchissant d'abord la jambe, puis en l'étendant rapidement, en même temps qu'on lui imprime un mouvement de rotation. On conseille l'emploi du chloroforme, afin d'obtenir le relâchement des muscles et d'éviter au malade la douleur toujours très-violente qui accompagne cette sorte de réduction. Comme la récurrence est très-fréquente, il est bon de faire porter une genouillère qui maintienne solidement la jointure.

§ XXII. — Luxations du péroné.

Le péroné peut se luxer : 1° dans son articulation péronéo-tibiale supérieure ; 2° dans son articulation péronéo-tibiale inférieure ; 3° enfin, dans ses deux articulations à la fois. Ces luxations, et surtout les deux dernières, sont extrêmement rares.

1° Luxations de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Elle est tantôt simple, tantôt compliquée de fractures du tibia ou du péroné, ou de luxations du genou. Lorsqu'il existe à l'état simple, le déplacement peut se faire *en arrière* ou *en avant*.

a. La luxation *en arrière* paraît avoir été produite par une violente contraction du biceps fémoral, comme chez un homme observé par Dubreuil (1), et qui, voulant sauter trois marches pour se préserver d'une chute imminente, contracta subitement ses muscles en portant avec force la jambe droite dans l'abduction. Dans un cas rapporté par G. Richardson (2), la luxation reconnaissait pour cause une chute sur la partie externe du genou.

Les symptômes indiqués par les auteurs sont : une douleur vive au niveau de la tête du péroné, la situation demi-fléchie de la jambe, le renversement du pied en dehors, enfin, la saillie de l'extrémité supérieure du péroné, en arrière de la tubérosité externe du tibia.

Dans les deux cas, la réduction fut facile et s'obtint par une pression directe, d'arrière en avant, sur la tête du péroné. Une récurrence eut lieu chez le malade de Dubreuil ; chez celui de Richardson, la guérison complète fut obtenue au bout de quelques jours.

b. La luxation *en avant* paraît également reconnaître quelquefois pour cause une contraction des muscles fléchisseurs du pied, qui s'insèrent à la face antérieure du péroné. Deux observations de Jobard et de Savournin, citées par Malgaigne, semblent démontrer cette étiologie. Dans le cas de Jobard, il s'agit d'un homme qui, en montant un escalier, heurta une marche du pied gauche, et perdant l'équilibre, entendit un craquement

(1) Journ. de chir., 1844, p. 214.

(2) American Journ. of the med. science, nouvelle série, t. XLV, p. 385.

dans la jambe avant de toucher le sol. La malade de Savournin descendait un escalier, lorsque son pied droit, accroché au bord d'une marche par le talon de la chaussure, fut à la fois abaissé fortement et renversé en dedans ; la femme tomba accroupie sur ses talons.

On a noté, dans ces cas, la saillie de la tête du péroné en avant, plus ou moins rapprochée de la crête du tibia ; à la place que doit occuper normalement cette tête, il existait un vide. Dans le cas de Jobard, le tendon du biceps décrivait une courbe d'arrière en avant. Savournin dit avoir constaté une déformation considérable de la jambe, par suite du changement de direction du péroné. Cette déformation n'existait pas chez le blessé de Jobard.

La réduction s'obtiendra par une pression d'arrière en avant, après avoir préalablement fléchi la jambe sur la cuisse et le pied sur la jambe, afin de relâcher les muscles. Dans les rares observations connues, la guérison a eu lieu rapidement.

Les luxations compliquées de fractures s'observent un peu plus fréquemment que les luxations simples. Le plus souvent, il y a fracture oblique du tibia, et le fragment inférieur de cet os, porté en dehors, refoule directement dans ce sens le péroné, dont la tête remonte sur la tubérosité externe du tibia et peut même atteindre la tubérosité externe du fémur.

Dans un cas rapporté très-brièvement par J. Cloquet, il s'agissait d'une luxation en dehors, compliquée de fracture du péroné ; l'une et l'autre probablement produites par une contraction musculaire.

Enfin, Malgaigne a observé une luxation complète du tibia avec fracture de la partie supérieure du péroné, dont la tête était en même temps luxée en avant.

Dans ces cas, la luxation du péroné devient accessoire en face des lésions concomitantes, qui devront attirer tous les soins du chirurgien.

2° Luxation de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

La plupart des luxations du pied s'accompagnent d'un écartement de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, mais, dans ces cas, le péroné est en même temps fracturé, et la luxation péronéo-tibiale est sans importance.

Quant à la luxation simple, nous n'en connaissons qu'un seul exemple, rapporté par Nélaton. La luxation aurait été produite par une roue de voiture passant obliquement sur la partie inférieure de la jambe, de manière à repousser directement en arrière la malléole externe. Celle-ci se trouvait presque en contact avec le bord externe du tendon d'Achille ; la face externe de l'astragale, abandonnée par le péroné, pouvait facilement être reconnue par le toucher dans presque toute son étendue ; le pied avait conservé sa rectitude normale, ce qu'il faut attribuer à l'intégrité du ligament latéral interne. Le malade se présenta à l'hôpital trente-neuf