

Conformément à l'exposé précédent nous aurions donc à distinguer les formes suivantes de luxation de la rotule :

1. Luxation par déplacement latéral.
 - a. Complète (le plus souvent en dehors).
 - b. Incomplète (en dehors).
2. Luxation par torsion.
 - a. Luxation verticale
 - α en dedans
 - β en dehors
 - b. Renversement total de la rotule.

La luxation de la rotule ne constitue pas une lésion fréquente. La description qu'en donne MALGAIGNE, est basée sur 48 observations. STREUBEL en a pu recueillir déjà plus de 120 cas. Le plus souvent c'est en dehors que s'opère le déplacement, tandis qu'il est très rare d'observer la luxation en dedans, surtout celle dans laquelle la rotule vient se placer à côté du condyle interne (voir plus haut). Les luxations verticales comprennent environ 1/6 des observations, et sur ce nombre il s'agit, dans les 2/3 des cas, d'une luxation verticale en dehors, c'est-à-dire que le bord interne de la rotule s'appuie contre la poulie fémorale, tandis que le bord externe vient se placer en avant sous la peau, la surface cartilagineuse regardant ainsi en dehors.

La cause de la fréquence beaucoup plus grande des luxations en dehors (à peu près dans la proportion de 15 : 1) a été cherchée jusqu'ici, d'une part, dans la hauteur plus grande du rebord qui limite en dedans la poulie fémorale articulée avec la rotule, et, d'autre part, dans la direction quelque peu oblique de la traction du tendon du triceps, grâce à l'inflexion du genou en dedans. A ce propos, MALGAIGNE avait déjà fait remarquer la coïncidence du genu valgum avec la luxation en dehors, et d'autres auteurs ont même considéré le genu valgum comme jouant un rôle étiologique dans la production de la luxation.

Telle est particulièrement l'opinion de HUETER. D'après cet auteur, la perte de substance que subit le condyle externe dans le genu valgum, depuis l'échancrure intercondylienne jusqu'au bord externe de la surface articulaire, serait suffisante pour décider de la direction de la luxation au moment où la jambe passe de la flexion à l'extension, à condition toutefois qu'une violence traumatique vienne favoriser ce déplacement. Quelque séduisante que paraisse cette hypothèse, elle n'a pas encore été confirmée par l'observation clinique, mais, ce qui a été bien constaté, c'est que, dans la luxation congénitale pathologique, comme aussi dans la luxation traumatique non réduite, le genu valgum apparaît habituellement comme conséquence de la traction oblique du tendon tricipital.

Comme nous l'avons dit plus haut, la luxation de la rotule peut se produire sous l'influence d'une cause traumatique aussi bien dans l'état

d'hyperextension et d'inflexion du genou en dehors, que lorsque la jambe est fléchie sur la cuisse. Un choc contre le bord interne de la rotule peut déterminer la luxation ; tel est le cas d'un cavalier dont le genou, légèrement fléchi, vient se heurter contre un objet dur. Parfois aussi, le déplacement peut être dû à une violence traumatique agissant par rotation sur le tibia, alors que la jambe se trouvait infléchie latéralement sur la cuisse. Mais, dans beaucoup de cas, la *contraction musculaire joue aussi un certain rôle, si même elle n'est pas seule en cause*. Lorsque, par exemple, dans la lutte, le pied étant tourné en dehors et le genou en dedans, le blessé fait un faux pas, le genou s'infléchit en dedans, la jambe se tourne en dehors, et la contraction des extenseurs qui se produit alors dans le but d'empêcher une chute, est capable d'entraîner violemment la rotule sur la face externe du condyle externe (STREUBEL). Nous devons nous borner à ces courtes indications, et nous y ajouterons seulement quelques résultats de l'expérimentation.

STREUBEL produisit sur le cadavre une luxation complète en dehors en faisant agir sur le bord interne de la rotule une de ces vis dont les menuisiers se servent pour le séchage des pièces unies à la colle forte. Un bruit de craquement fut perçu au moment où la rotule se déplaça sur le condyle externe, puis la jambe ayant été fléchie davantage, la luxation se compléta avec un nouveau craquement. On constata une déchirure très étendue de la capsule commençant près du ligament rotulien et intéressant le ligament latéral interne, pour remonter de là le long du bord interne du tendon tricipital jusqu'au niveau du cul-de-sac latéral. Le tendon extenseur dirigé obliquement en dehors était tendu, de même que le bord interne de la déchirure capsulaire. STREUBEL chercha, par des expériences analogues, à déterminer la luxation en dedans ; il réussit, il est vrai, à déplacer la rotule jusque sur la face interne du condyle interne, mais il ne parvint pas à la fixer dans sa nouvelle position.

On parvient aussi à produire une luxation de la rotule en dehors à condition d'user d'une force considérable, en amenant le membre en genu valgum par déchirure de la capsule du côté interne, et en imprimant à la jambe ainsi infléchie latéralement, un mouvement énergique de rotation en dehors et de flexion. La déchirure de la capsule du côté interne est naturellement très étendue.

Les luxations verticales n'ont pu être reproduites sur le cadavre que par un procédé très compliqué. A l'aide d'un perforateur introduit sous la rotule, on faisait basculer cette dernière de façon à la redresser, après avoir préalablement débridé l'appareil ligamenteux. On constata alors que la fixation de la rotule dans l'espace intercondylien était due à la tension du bord dirigé en avant du tendon extenseur, du ligament rotulien et de la capsule, grâce à la torsion qu'ils avaient subie.

Les luxations de la rotule en dehors s'accompagnent donc toujours d'une déchirure étendue de la capsule et des ligaments ; le ligament rotulien et le tendon tricipital déplacé en dehors contribuent, avec le ligament ilio-tibial, à maintenir la rotule dans sa position anormale.

Lorsque, les extenseurs étant relâchés, on ne réussit pas à opérer la réduction, c'est la tension des ligaments qui doit être considérée comme la cause de cet insuccès.

Les luxations complètes en dedans ne sont possibles, semble-t-il, qu'à la condition que le ligament rotulien ait subi un allongement pathologique, car, à l'état normal, ce ligament est trop court pour permettre à la rotule d'abandonner la surface articulaire du condyle. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'épicondyle est trop arrondi pour fournir un point de fixation à la surface lisse de la rotule.

Quant aux luxations verticales, l'obstacle principal à leur réduction est dû à la tension de l'appareil ligamenteux, par suite de la torsion qu'a subie ce dernier. Dans un cas on ne parvint même pas à obtenir la réduction malgré la section du ligament rotulien et du tendon extenseur.

Dans un certain nombre de cas, la réduction a pu être opérée facilement. Vu la déchirure étendue de la capsule, on doit toujours s'attendre à un épanchement sanguin et agir en conséquence. C'est précisément à la suite d'une négligence dans le traitement, qu'il est à craindre que la luxation ne devienne habituelle, ainsi qu'il en a été rapporté plusieurs exemples.

On possède, du reste, un certain nombre d'observations qui prouvent que le membre peut être apte à la marche malgré l'absence de réduction. Dans d'autres cas, au contraire, des troubles plus ou moins graves en sont la conséquence. Les extenseurs agissent alors plus ou moins dans le sens de la rotation et font dévier peu à peu la jambe en dehors. Ainsi se développe peu à peu un genu valgum; l'extension et la flexion ne sont plus possibles d'une façon complète, et la marche est surtout gênée lorsqu'il s'agit de descendre un escalier ou un plan incliné. Ajoutons enfin que l'on a vu quelquefois survenir une arthrite suppurée à la suite de la luxation ou des tentatives de réduction.

Dans les *luxations latérales* (par refoulement), l'extrémité se place toujours, semble-t-il, en flexion moyenne. Les autres symptômes se comprennent si bien d'eux-mêmes, que nous ne ferons que les mentionner rapidement. Suivant que le bord interne de la rotule est encore en rapport avec la dépression intercondyloïdienne (luxation incomplète), ou qu'il se trouve également reporté sur la face externe du condyle, la gorge de la poulie fémorale paraît plus ou moins vide, tandis que le bord externe de la rotule fait saillie en dehors sur l'épicondyle. Il va sans dire que le ligament rotulien s'est aussi déplacé latéralement, et qu'il en résulte un changement de direction des tractions, et par conséquent une rotation de la jambe et du pied en dehors.

De même, lorsque la lésion est récente, le diagnostic de la luxation verticale ou par torsion est facile. On sent alors, nettement, le bord latéral tranchant de la rotule placée de champ, et le plus souvent on

réussit à reconnaître la direction de la luxation par la palpation des facettes cartilagineuses de la rotule. Il importe également, sous ce rapport, de prendre en considération la disposition du tendon tricipital qui est tordu comme une corde et tendu; enfin le genou est dans l'extension.

La **réduction de la plupart des luxations latérales** s'opère facilement, et souvent c'est le blessé lui-même qui a fait rentrer l'os à sa place normale. Lorsque la rotule se trouve luxée sur la face externe du condyle, on est parfois obligé de la refouler d'abord d'arrière en avant. Si l'on ne réussit pas à opérer la réduction par la simple pression des doigts dans la direction que nous venons d'indiquer, il semble avantageux, avant de faire de nouvelles tentatives, de fléchir la cuisse et d'étendre le genou, de façon à relâcher la masse des extenseurs. En général, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à l'anesthésie. Parfois, les essais de réduction ne sont couronnés de succès qu'après une augmentation de flexion de la jambe ayant pour effet d'accroître la tension du tendon tricipital, d'agrandir la déchirure de la capsule et, sans doute aussi, de dégager la rotule de son point d'appui. Après avoir ainsi fléchi le membre, on passe aux manœuvres de réduction décrites plus haut. Nous ne pouvons nous associer à l'opinion de V. MEYER, qui ne tend à rien moins qu'à rejeter absolument ce procédé. Lorsqu'une luxation qui a résisté aux tentatives de réduction, cède ensuite au même procédé, à la suite d'une flexion de la jambe qui a eu pour effet d'agrandir la déchirure de la capsule, on ne peut évidemment qu'être satisfait du résultat obtenu. Le dommage ainsi causé à l'articulation, est sans aucune importance lorsqu'on le compare aux inconvénients résultant d'une luxation non réduite.

La **luxation verticale** a déjà résisté, dans un certain nombre de cas, à toutes les tentatives de réduction. On cherchera naturellement, tout d'abord, la cuisse étant fléchie, à exercer une pression directe de bas en haut et latéralement, de façon à tourner la rotule sur son axe dans la direction opposée à celle de la luxation. Si l'on ne réussit pas à opérer la réduction par ce procédé, on portera d'abord la jambe dans la flexion, puis dans l'extension, et l'on fera reprendre ensuite à la rotule sa position normale (MALGAIGNE). Mais on devra user de précautions pour ne pas s'exposer au danger d'une déchirure du ligament rotulien. Il peut être avantageux également d'imprimer à la jambe un mouvement de rotation (ROSER). GASZAN a pratiqué sans succès la section sous-cutanée du ligament rotulien, et WOLF ne fut pas plus heureux après la section du ligament rotulien et du tendon du triceps, bien qu'il ne se soit pas servi de la méthode sous-cutanée. GAULKE réussit dans un cas à réduire la rotule au moyen d'une vis de menuisier; aussi son procédé nous paraît-il recommandable.

MOREAU et CUNYAT avaient déjà fait des tentatives de réduction consistant
KÖENIG. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE. T. III.