

tion, ramener cette tête dans la cavité cotyloïde dont le rebord saillant oppose toujours un sérieux obstacle à sa rentrée.

Jusqu'à quelle époque peut-on tenter la réduction des luxations de la hanche ? On ne peut pas répondre à cette question d'une façon précise : ainsi on ne connaît pas d'exemple de luxation ilio-pubienne réduite après huit jours ; d'un autre côté, Cooper pense qu'après huit semaines écoulées, on ne doit pas chercher à réduire une luxation iliaque. On connaît quelques cas de luxations ischio-pubiennes réduites après plusieurs mois.

La réduction obtenue, il est indispensable de maintenir le membre immobile pendant une dizaine de jours pour le moins ; cette immobilité peut être obtenue en liant le membre blessé au membre sain, après avoir eu soin d'interposer un coussin entre eux.

Les complications présenteront des indications particulières.

Luxations du genou.

Le genou est formé par trois os, fémur, rotule et tibia ; dans les luxations, assez rares d'ailleurs, dont cette jointure peut être le siège, le déplacement étant apprécié par rapport au fémur que l'on suppose fixe, il faut étudier : A. les luxations de la rotule ; B. les luxations du tibia (ou luxations du genou proprement dites).

A. — Luxations de la rotule¹.

Elles sont fort rares. Malgaigne, analysant tous les faits connus jusqu'à lui, en a donné une description magistrale ; il les divise en quatre variétés :

- 1^o Luxation en dehors (complète ou incomplète) ;
- 2^o Luxation en dedans ;
- 3^o Luxation de champ ou verticale (qui se divise en interne et externe) ;
- 4^o Luxation par renversement ou sens dessus dessous.

1. C'est en raison de la rareté de ces luxations que nous donnons leur description en petits caractères.

1^o LUXATION EN DEHORS. — C'est la variété la moins rare ; elle peut être complète ou incomplète. Certaines personnes doivent à la laxité des ligaments rotuliens, ou à la conformation de leur genou (genou cagneux), une fâcheuse prédisposition à ces déplacements, qui peuvent se produire sous deux ordres d'influence : soit à la suite d'une violence extérieure, telle que chute sur le genou, choc direct sur la rotule, etc., soit par le fait d'une simple contraction du muscle triceps.

Mécanisme. — La luxation ne saurait se produire dans la flexion de la jambe, car alors la rotule est à la fois fixée et profondément cachée entre les condyles du fémur ; lorsqu'au contraire la jambe est dans l'extension, la rotule est très mobile, et a une tendance naturelle à se porter en dehors ; or : 1^o supposons que, dans cette position, elle vienne à être frappée par un choc violent, dirigé de dedans en dehors, elle se portera un peu au-dessus du condyle externe, sur le côté du fémur ; 2^o que la jambe vienne alors à se fléchir, la rotule s'appliquera sur le côté externe du condyle (autour duquel elle aura décrit un quart de circonférence), et elle y restera fixée (Voillemier).

La seule contraction du triceps peut déterminer des luxations (presque toujours incomplètes) chez les gens cagneux, car chez eux la projection du genou en dedans fait que le ligament rotulien et surtout la portion externe du triceps forment, par rapport à la rotule, deux lignes obliques, dont le redressement a pour effet la traction de la rotule en dehors.

Anatomie pathologique. — La rotule a quitté la face antérieure des condyles du fémur, elle est venue se placer en dehors et repose par sa face articulaire sur la face externe du condyle externe du fémur, de telle sorte que le bord interne de la rotule est dirigé en avant, son bord externe regarde en arrière, etc. Le ligament rotulien et le tendon du triceps sont déviés, la capsule est largement ouverte. Verneuil a disséqué un genou atteint d'une luxation ancienne de la rotule ; cet os était devenu globuleux et l'espace intercondylien s'était rétréci. Dans la luxation incomplète, la rotule est simplement placée au devant de la tubérosité externe du fémur.

Symptômes. — Au moment de la luxation, le blessé éprouve dans la jointure une sensation de déchirure très douloureuse ; il tombe, sa jambe est demi-fléchie si la luxation est complète, étendue si elle est incomplète. Le genou est aplati en avant, et l'on peut constater en ce point une dépression profonde ; il est élargi trans-

versalement, et en dehors on trouve une tumeur dure, peu mobile, formée par la rotule, dont la face cutanée regarde en dehors au lieu d'être dirigée directement en avant, comme à l'état normal; le tendon du triceps et le ligament rotulien sont déviés dans ce sens.

Dans la luxation incomplète le genou est étendu, et l'on sent la rotule au-dessus du condyle externe.

Pronostic. — Peu grave; car, d'une part, la luxation est facile à réduire, et non réduite elle entrave peu les fonctions du genou.

Traitement. — *Méthode de Valentin.* — Le malade est couché, on étend la jambe, puis on fléchit la cuisse, de façon que le membre inférieur, soutenu seulement par le talon, soit presque perpendiculaire au bassin; le chirurgien saisit le genou de ses deux mains, et, avec le pouce, presse sur la rotule de dehors en dedans.

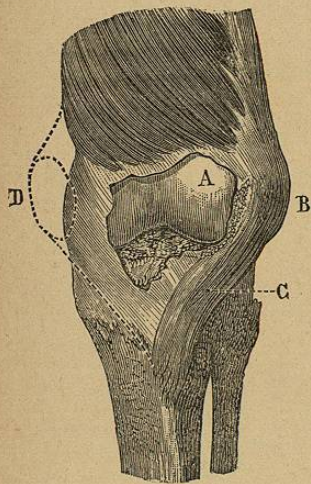


Fig. 81. — Luxation de la rotule.
A. Condyle du fémur, mis à découvert par le déplacement de la rotule.
B. Rotule luxée en dehors, c'est-à-dire déplacée sur la surface externe du condyle externe, de telle sorte que son grand diamètre est devenu antéro-postérieur au lieu d'être transversal, son bord interne est maintenant antérieur, elle a entraîné avec elle le muscle triceps et le ligament rotulien C.
C. Ligament rotulien dévié en dehors par le fait de la luxation de la rotule.
D. Nous avons figuré par des lignes ponctuées la luxation de la rotule en dedans, le cercle ponctué représente la rotule, les deux lignes représentent le triceps et le ligament rotulien.

Les luxations incomplètes se réduisent souvent avec la plus grande facilité et par une simple pression.

Le traitement consécutif a une grande importance, vu les récurrences; il faut immobiliser le genou pendant un mois, et, plus tard, faire porter au malade une genouillère appropriée.

2^o LUXATION EN DEDANS. — Malgaigne ne croit pas que l'existence de cette variété repose sur des preuves suffisantes; il est impossi-

ble, d'après le seul fait connu, qui est celui de Walther, d'en donner une description convenable.

3^o LUXATION DE CHAMP OU VERTICALE. — La rotule éprouve sur place un quart de rotation autour de son axe vertical. Il en existe deux variétés, dites *verticale interne* et *verticale externe*, suivant que la face articulaire de la rotule regarde en dedans ou en dehors. Dans ces variétés, l'un des bords de la rotule est enclavé dans l'échancrure intercondylienne, tandis que l'autre soulève les téguments.

Le genou présente une déformation caractéristique qui consiste en une arête saillante qui occupe la place de la rotule; de chaque côté de cette arête se trouve une dépression. La rotule est si solidement fixée dans cette position, qu'elle semble clouée au fémur, la jambe est généralement dans l'extension.

Cette luxation est souvent difficile à réduire; c'est encore au procédé de Valentin qu'il faudra recourir.

4^o LUXATION PAR RENVERSERMENT. — Ce n'est qu'un degré plus avancé de la variété précédente, la rotule est renversée sens dessus dessous, de façon à toucher la peau par sa face articulaire.

B. — Luxations du tibia.

Plus rares encore que celles de la rotule, et souvent incomplètes. On en admet cinq variétés:

1^o Luxation du tibia en avant; 2^o en arrière; 3^o en dedans ou en dehors; 4^o par rotation. Ces luxations peuvent être complètes ou incomplètes; les luxations complètes sont rares.

Causes et mécanisme. — Ces luxations traumatiques du tibia n'ont jamais été observées chez les enfants; les causes ont été tantôt des chutes, dans lesquelles l'os agit comme un levier pour déchirer les ligaments, tantôt des coups portant directement sur le tibia ou le fémur.

La luxation isolée d'une tubérosité du tibia est due à un mouvement de rotation de la jambe, dans lequel la tubérosité, en voie de déplacement, tourne autour de l'axe du membre (Cooper et Bonnet).

Symptômes. — 1^o LUXATION EN AVANT. — C'est la variété la plus commune, le genou est considérablement déformé, son diamètre antéro-postérieur est très accru, il présente en avant une tumeur volumineuse formée par les tubérosités du tibia, qui soulèvent les téguments; au-dessus de ce relief existe une dépression pro-

fonde dans laquelle on trouve la rotule, qui tantôt est appliquée à plat sur les cavités glénoïdes du tibia, et tantôt, au contraire, est simplement inclinée sur cette face articulaire; disposition sur laquelle s'appuie Malgaigne pour établir le diagnostic des luxations incomplètes.

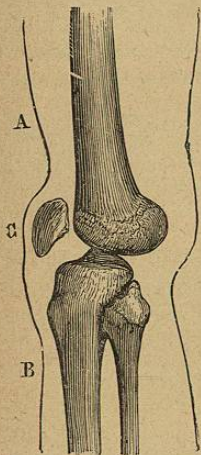


Fig. 82. — Luxation du tibia en avant. — A. Fémur qui s'est porté en arrière. — B. Tibia et péroné qui se sont portés en avant. — C. Rotule projetée en avant par le déplacement en ce sens des os de la jambe.

sur le côté interne du genou que se trouve le relief formé par le tibia, tandis qu'en dehors on observe le relief formé par le fémur.

4° LUXATION PAR ROTATION. — Le tibia peut éprouver un mouvement de rotation, soit en dehors, soit en dedans : dans le premier cas, la jambe est tournée en dehors, la tubérosité interne du tibia en avant ; tandis que dans la luxation en dedans, cette tubérosité est portée en arrière. Il n'est pas besoin d'autres détails pour des déplacements aussi rares, et, le cas échéant, aussi faciles à reconnaître.

Complications. — Les luxations du genou se compliquent fré-

quemment de divers désordres, tels que arthrite, épanchements divers dans la jointure, fractures, et surtout blessures des vaisseaux poplités ; Robert a signalé un cas dans lequel la déchirure de l'artère poplitée avait déterminé la gangrène de la jambe.

quemment de divers désordres, tels que arthrite, épanchements divers dans la jointure, fractures, et surtout blessures des vaisseaux poplités ; Robert a signalé un cas dans lequel la déchirure de l'artère poplitée avait déterminé la gangrène de la jambe.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave qu'à raison des complications qui coexistent fréquemment avec la luxation.

Traitement. — La réduction des luxations du tibia est, en général, facile : s'il se présentait quelque obstacle, on y remédierait par l'emploi du chloroforme. Les indications consistent, après avoir solidement fixé le fémur, à repousser le tibia dans un sens opposé à son déplacement.

C. — Luxation des cartilages semi-lunaires.

Les cavités glénoïdes du tibia sont surmontées de fibro-cartilages qui ont la forme de croissant et que de nombreuses expansions fibreuses rattachent au tibia ainsi qu'à tous les ligaments de l'articulation ; cependant Hey a voulu attribuer à leur déplacement certaines douleurs et certains désordres des mouvements que l'on observe parfois dans l'articulation du genou. D'après cet auteur les symptômes de ce déplacement consisteraient : 1° en une douleur vive et subite ayant particulièrement son siège au côté interne du genou ; 2° dans l'impossibilité d'imprimer des mouvements volontaires à cette jointure ; 3° dans la disparition brusque de ces accidents, à l'occasion d'un mouvement du genou.

Ces différents caractères s'appliquent, il est vrai, aussi bien à la présence d'un corps étranger dans l'articulation du genou, qu'à un dérangement des fibro-cartilages.

D. — Luxations du péroné.

Le péroné est uni au tibia par deux symphyses placées l'une à son extrémité supérieure, l'autre au niveau de la malléole ; ces deux articulations peuvent être le siège de déplacements.

Les luxations de l'articulation péronéo-tibiale supérieure sont fort rares ; elles ont pu s'effectuer en arrière, soit par le fait d'un choc direct, soit par la contraction énergique du biceps fémoral, qui se fixe sur la tête du péroné, comme chez un homme observé par Dubreuil, qui se luxa le péroné en voulant sauter trois marches. Une douleur vive au niveau de la tête du péroné et la projection de cette tête en arrière permettraient de reconnaître la luxation.

Si, au contraire, le déplacement avait lieu en avant, on verrait la

tête du péroné faire, dans ce sens, un relief plus ou moins rapproché de la crête du tibia. Des pressions, exercées en sens inverse du déplacement, replaceront le péroné dans sa situation normale.

Luxation de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. — Rien n'est plus fréquent que les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, rien n'est rare comme ses luxations, puisqu'on n'en connaît qu'un seul exemple, rapporté par Nélaton : le péroné, refoulé en arrière par le passage d'une roue de voiture, se trouvait presque au contact du tendon d'Achille ; nous n'insistons pas, car, non seulement cette observation est unique, mais encore Malgaigne émet des doutes à son sujet.

Luxations de l'astragale.

L'astragale s'articule en haut avec les os de la jambe, en bas avec le calcanéum, en avant avec le scaphoïde. Des déplacements peuvent se produire dans une, dans plusieurs ou dans toutes ces articulations à la fois ; aussi diviserons-nous en trois groupes l'étude des luxations de l'astragale.

1° LUXATIONS DE L'ASTRAGALE PROPREMENT DIT. — *Luxations tibio-tarsiennes ou du pied.* — L'astragale a perdu ses rapports avec les os de la jambe, mais il est resté uni au calcanéum et au scaphoïde.

2° LUXATIONS SOUS-ASTRAGALIENNES. — L'astragale a conservé ses rapports avec les os de la jambe, mais le calcanéum s'est déplacé par rapport à lui. Nous étudierons dans ce paragraphe les luxations de l'astragale et du scaphoïde.

3° LUXATIONS TOTALES. — L'astragale peut être énucléé de sa loge, perdant à la fois tous ses rapports normaux ¹.

1. Cette classification a l'avantage de ne point se séparer de la loi générale qui considère comme déplacé l'os qui se trouve le plus éloigné du tronc. — Malgaigne, Nélaton, en ont admis une autre : pour eux, ce sont les os de la jambe qui se déplacent sur l'astragale, et ils nomment ces déplacements, luxations du pied, luxations tibio-tarsiennes. Ils désignent sous les noms de luxation du calcanéum et luxation médio-tarsienne les déplacements du calcanéum et du scaphoïde sur l'astragale.

1^{re} Variété. — *Luxations de l'astragale (luxations du pied, tibio-tarsiennes).*

L'astragale ayant conservé ses rapports avec les os du pied se déplace sur les os de la jambe ; cette luxation ne mérite nullement le nom de luxation du pied. La fracture concomitante de l'une ou des deux malléoles est une complication habituelle.

Plusieurs cas peuvent se présenter : 1° *Luxation en dehors.* — C'est la plus fréquente ; le tibia porté en dedans forme une saillie notable, au-dessous de laquelle on constate une dépression profonde, créée par la projection de l'astragale en dehors ; la fracture du péroné est à peu près constante, elle siège souvent au niveau du collet de la malléole.

Le diamètre transversal du cou-de-pied est très augmenté ; le pied projeté en dehors a souvent éprouvé une légère torsion qui élève son bord externe.

2° *Luxation en dedans.* — Précisément l'inverse de la précédente, saillie de la malléole externe, dépression au-dessous d'elle, etc. 1.

3° *Luxation en arrière.* — L'astragale est projeté en arrière de telle sorte que la mortaise tibiale repose sur son col et souvent même sur le scaphoïde ; les fractures des malléoles sont rares.

Le pied a conservé sa position ; ce qui frappe dans son aspect, c'est, d'une part, la diminution de la face dorsale, d'une autre part l'allongement du talon et la courbure exagérée du tendon d'Achille.

4° *Luxation en avant.* — L'inverse de la précédente. L'astragale est passé presque complètement en avant de la mortaise tibiale ; le dos du pied est allongé, le talon et la saillie du tendon d'Achille sont effacés ².

1. Pour les auteurs qui admettent les déplacements des os de la jambe sur l'astragale, les dénominations sont inverses ; notre luxation en dehors est pour eux une luxation en dedans.

2. Variétés très rares. — On a vu l'astragale remonter entre le tibia et le péroné dont la malléole fracturée a été violemment projetée en dehors (luxation en haut). Hugnier a décrit une luxation par rotation du pied en dehors ; sa pointe se dirige en