

fracture s'est faite dans de mauvaises conditions, l'extension devenue impossible gêne la marche, ou la rend difficile, à moins que par un moyen quelconque le malade ne tienne le genou raide et immobile.

Dans quelques cas au contraire, l'écartement entre les fragments est faible, le blessé peut se redresser après la chute et peut même faire quelques pas; en pareil cas les bandes fibreuses, latérales de la rotule ne sont pas rompues ou le sont incomplètement, ce sont elles qui maintiennent plus ou moins les fragments, et permettent une certaine extension de la jambe.

Lorsque le malade est couché dans l'extension complète du membre inférieur, on ramène facilement le fragment supérieur au contact avec le fragment inférieur et l'on constate la crépitation, mais il suffit de la moindre contraction des fibres tricipitales pour reproduire l'écartement. Durant le sommeil et même durant la veille, alors même que la fracture est maintenue, de faibles contractions fibrillaires involontaires se produisent toujours, les fragments jouent l'un sur l'autre ou s'écartent et la consolidation au lieu d'être osseuse se fait par des tractus fibreux. Joignez à cette principale cause efficiente la présence du liquide dans la synoviale qui tend elle aussi à écarter les fragments en les faisant légèrement basculer, et l'on comprend pourquoi en pareil cas cette soudure se fait suivant un angle plus ou moins ouvert, à sinus antérieur, en coup de hache en un mot.

Le cal fibreux ainsi constitué offre toujours une résistance plus faible que si la soudure était osseuse, aussi, à la suite des efforts musculaires que nous avons signalés, la rupture se reproduit-elle souvent, et en pareil cas les surfaces en contact recouvertes de tissu fibreux ne se prêtent que très difficilement à une consolidation définitive.

Le cal fibreux interposé entre les fragments peut être plus ou moins long, suivant leur degré d'écartement. Mais il peut arriver en outre qu'une fois formé, mais encore peu résistant, si le blessé marche trop tôt, le tissu fibreux s'allonge, s'étire et que l'écartement augmente, d'où une impotence relative, permanente du membre, surtout en montant un escalier. Cette impotence peut encore être due à une fausse ankylose ou à l'atrophie du triceps, consécutive, comme déjà nous l'avons dit en parlant des fractures de l'extrémité inférieure du fémur, à des lésions de trophicité. Il peut arriver encore que le cal fibreux contracte des adhérences avec la peau, on comprend combien alors la marche est gênée, douloureuse, et l'on s'explique qu'en pareil cas une rupture secondaire du cal fibreux peut entraîner la déchirure des téguments en produisant ainsi une plaie articulaire avec ses conséquences graves d'arthrite suppurée. Ce n'est donc qu'au bout d'un assez long temps, six semaines ou deux mois, que l'on permettra au blessé de commencer

à marcher, avec précaution et sans efforts sur un terrain plat et horizontal.

Tout ce que nous venons de dire s'applique tout aussi bien aux cas des fractures multiples de la rotule dans lesquelles l'os a éclaté en trois ou quatre pièces. Disons cependant que dans un cas pareil mon cher maître H. Larrey a vu se produire une véritable hypertrophie de la rotule.

Lorsque la fracture est avec plaie, les accidents inflammatoires de la jointure sont surtout à redouter, l'arthrite suppurée est de règle; autrefois elle enlevait presque toujours les blessés, aujourd'hui au contraire, grâce à l'emploi des méthodes antiseptiques, on peut espérer les sauver le plus souvent. Je renvoie à ce que j'ai dit, tome I, des arthrites suppurées et des blessures des articulations.

La violence extérieure peut simultanément déterminer un hygroma prérotulien qui dissimule plus ou moins la fracture alors surtout que les fragments maintenus par les ligaments latéraux ne sont que faiblement écartés l'un de l'autre. Il en est de même quand, dans le même cas, l'hydarthrose traumatique du genou qui se produit toujours dans les cas de fracture de la rotule atteint un volume considérable.

Traitement. — Avant toute chose il faut s'attacher à combattre l'arthrite et l'épanchement intra-articulaire, qu'il soit séreux ou hémattique. Je renvoie le lecteur au chapitre des hydarthroses en général et je me borne à insister sur quelques points. Le genou sera immobilisé en extension complète, on l'entourera d'une épaisse couche de ouate que l'on entourera de bandes pour obtenir une compression douce et uniforme. Si l'épanchement ne se résout pas, on ponctionnera l'articulation avec ou sans lavage antiseptique de la jointure, c'est à l'aspiration que l'on donnera la préférence.

Au bout de quelques jours, quand les accidents arthritiques seront conjurés, on devra rapprocher les fragments et les coapter. On y arrive d'autant plus facilement que le triceps est plus relâché, aussi le membre étendu doit-il être placé sur un plan incliné qui relève plus ou moins le talon. Avec des pressions douces ou mieux avec un massage méthodique on rapproche les fragments. Le grand nombre d'appareils imaginés pour les maintenir prouve combien la contention des fractures transversales ou obliques de la rotule est difficile. Cette difficulté provient de la tendance à l'écartement du fragment supérieur tirailé par les fibres du triceps, de celle du fragment inférieur qui est entraîné en bas et en arrière avec le tibia par les contractions involontaires des muscles fléchisseurs de la jambe. Il faut lutter contre ces deux tendances par des bandages, des appareils passant au-dessus et au-dessous de la rotule et maintenant les fragments au contact, mais la pression de ces appareils ou bandages se fait sur le tendon et sur le ligament rotulien qui s'enfoncent alors dans la profondeur des tissus

mous sous-jacents, ils entraînent le fragment correspondant et produisent ainsi entre les deux un écartement angulaire ouvert en avant. D'autre part toute action directe ou indirecte sur la surface antérieure de la rotule tend à enfoncer celle-ci entre les condyles et à disjoindre les fragments par leur face profonde. Dans les deux cas, l'écartement angulaire sera rempli par du tissu fibreux et non par un véritable cal osseux que toujours on doit chercher pour éviter les ruptures secondaires.

Les bandages ou appareils agissant uniquement sur les bords supérieur et inférieur de la rotule et repoussant ainsi les fragments l'un contre l'autre sans éviter leur écartement angulaire sont aujourd'hui à peu près abandonnés, que ce soient les simples bandes en 8 de chiffre ou les appareils plâtrés, les gouttières métalliques ou autres.

Malgaigne imagina de maintenir les fragments au moyen de griffes implantées dans les surfaces osseuses et rapprochées par des vis de rappel; il eut des insuccès et même des accidents mortels, il est vrai qu'alors l'antisepsie n'était pas découverte. Les griffes agissaient suivant l'axe du membre, mais ne s'enfonçant que fort peu dans la substance osseuse, elles déterminaient un écartement angulaire de la face profonde des fragments, l'inconvénient au point de vue de la consolidation définitive était le même que dans le cas précédent.

Trélat d'abord, Verneuil, puis Lefort combinèrent les deux procédés; ils placèrent des lames de gutta percha moulée aux extrémités des fragments réduits et coaptés, ces lames étaient maintenues par des liens fixés à la planchette sur laquelle repose le membre, puis dans la gutta percha ils implantaient, l'un les griffes de Malgaigne, l'autre des lacs, et le dernier des agrafes; les griffes étaient rapprochées par leurs vis de rappel, les lacs étaient serrés ou encore des fils élastiques en caoutchouc s'entre-croisaient d'agrafe supérieure à agrafe inférieure, dans le but de maintenir continuellement, par leur élasticité, les fragments en présence. On voit donc que ces procédés qui ont incontestablement donné d'excellents résultats ne sont que la combinaison des deux méthodes précédentes: les plaques de gutta percha agissent sur le tendon et sur le ligament rotulien et tendent à faire écarter les fragments angulairement en avant, mais le rapprochement des griffes, des lacs, des agrafes, agit suivant l'axe du membre, tend à enfoncer la rotule vers la profondeur et fait écarter les fragments par leur face profonde.

On devait rationnellement en arriver à la suture osseuse, déjà on l'avait pratiquée avec de fort tristes résultats et elle était condamnée, lorsque l'introduction de l'antisepsie en chirurgie vint faire revivre cette méthode. On compte aujourd'hui un très grand nombre de succès absolus, des cals définitifs, obtenus par la suture osseuse, soit dans les cas de fracture récente, soit dans des fractures an-

ciennes non consolidées ou mal consolidées. Si cependant un certain nombre d'insuccès, même des cas de mort par arthrite suppurée, ont pu être signalés, c'est plutôt, je le crois, à des défauts d'exécution, à des précautions insuffisantes ou encore à des infiltrations tuberculeuses que ces insuccès doivent être attribués.

Lorsque le cal fibreux, antérieurement produit, s'est rompu secondairement et qu'une nouvelle rupture de la rotule s'est faite, il importe de raviver les surfaces osseuses encroûtées de tissus fibreux, pour tenter d'obtenir une consolidation effective. Le frottement des surfaces fragmentaires l'une contre l'autre peut amener cet avivement, je l'ai obtenu pour ma part dans des conditions inespérées: la première fracture datait de quelques années; à la suite d'un effort pour chasser du pied un caillou, le cal fibreux s'était rompu, l'avivement par frottements répétés suffit pour obtenir en quelques semaines, au moyen de la compression forcée, une soudure telle que le jeune homme put monter à cheval et être admis dans une école du gouvernement (1). Souvent le frottement ne suffit pas, aussi a-t-on songé en pareil cas à aviver directement les surfaces par grattement, par section au ténotome (Bérenger-Féraud) et même en ouvrant directement la jointure pour aviver les fragments. Les accidents consécutifs sont aujourd'hui bien moins à redouter qu'ils ne l'étaient jadis et toutes ces méthodes sont très judicieuses, à mon avis tout au moins.

Si, malgré tout, l'écartement des fragments persiste, si en d'autres termes la contention n'a pu être obtenue, la marche reste difficile et souvent impossible à moins que la jambe ne soit maintenue en extension absolue. Aussi recommande-t-on dans les premiers temps au blessé de ne marcher qu'avec précaution, avec des cannes, des béquilles, et s'il le faut on le soumettra à l'usage permanent de l'appareil de Mathieu qui immobilise le genou tout en permettant la marche.

§ 3. — Ruptures du tendon et du ligament rotulien.

Le tendon, et le ligament rotulien, faisant avec la rotule un seul et même appareil de transmission des forces, on conçoit que, suivant que la résistance de telle ou telle partie sera diminuée, la rupture se produira sur un point ou sur un autre.

Le tendon de même que le ligament rotulien se rompent sous l'influence d'une action musculaire, le plus souvent par redressement brusque pour lutter contre une chute en arrière; très rarement sous l'effet d'une violence extérieure, d'un coup de pied de cheval, d'un

(1) Si je faisais ici de l'histoire anecdotique, j'ajouterais que la famille du jeune homme, après s'être abstenue même d'une simple visite de remerciements, évita après cette admission de me reconnaître et même de me saluer dans la rue.

coup de faucille, de sabre, etc. ; ces derniers cas rentrent au reste dans la catégorie des plaies du genou dont nous avons parlé plus haut. Tantôt c'est au niveau de l'insertion au bord supérieur de la rotule que les fibres tendineuses sont rompues, la lésion est alors intra-articulaire ; tantôt au contraire c'est plus haut, le triceps est alors rompu lui-même et, suivant le point où la rupture s'est faite, l'articulation est ou n'est pas atteinte. C'est chez les vieillards que cette lésion a été observée, il faut donc admettre que le muscle stéatosé par l'âge offrant une moindre résistance à la traction, c'est à cette altération antérieure qu'est due la possibilité de la rupture.

La rupture du tendon rotulien détermine chez le blessé, tout comme la fracture de la rotule et la rupture du ligament rotulien, l'impossibilité ou tout au moins, si quelques fibres sont restées intactes, une difficulté de l'extension de la jambe, le bras de levier est en effet rompu. Mais dans la rupture du tendon, la rotule située au-dessous du point rompu reste en place ; dans la fracture de la rotule, le fragment supérieur suit le triceps ; dans la déchirure du ligament la rotule tout entière est attirée en haut.

Toujours le blessé a ressenti une douleur vive au moment de l'accident, il est tombé la jambe fléchie et ne peut se relever ; toujours aussi, quand il est étendu sur un lit, il ne peut en détacher le talon. Quand la déchirure du tendon a porté plus bas que le point de réflexion de la bourse sous-tricipitale, la synoviale participe à la rupture et un épanchement séreux ou hématique se produit, il en est encore de même quand le ligament rotulien est rompu au niveau de la rotule, ce qui est rare, car le plus souvent c'est la tubérosité antérieure du tibia qui est arrachée et l'épanchement est péri-articulaire, à moins que la violence avec laquelle la rotule est entraînée vers le haut ne soit suffisante pour dilacérer la synoviale.

Toujours l'écartement entre les surfaces brisées, assez faible dans l'extension de la jambe, est d'autant plus grand que la flexion est plus prononcée, cet écartement est facile à sentir quand l'épanchement intra-articulaire n'est pas considérable. Mais les liquides épanchés réagissent à leur tour sur les surfaces brisées, les repoussent angulairement en avant et les font basculer, le supérieur vers le haut, l'inférieur vers le bas.

La réparation est toujours longue à se produire, elle se fait comme toutes les réparations tendineuses par la prolifération du tissu connectif ambiant ; mais si des mouvements interviennent alors que le tissu cicatriciel est encore plus ou moins embryonnaire, mucoïde, la rétraction ne se produira pas et le tissu inodulaire se condensera, se durcira dans cette position d'allongement, d'où une difficulté ultérieure, permanente, dans la marche. Si dans certains cas cette impotence a pu ne pas se manifester, c'est que des parties latérales du tendon ou du

ligament étaient restées indemnes, tout comme nous l'avons expliqué à propos des fractures de la rotule.

Traitement. — Comme dans tous les traumatismes du genou il importe avant tout de prévenir par les moyens ordinaires l'arthrite purulente de la jointure, de combattre l'épanchement par l'immobilité dans l'extension, par les applications froides, les sangsues, les révulsifs, la ponction avec aspiration et lavage antiseptique s'il est nécessaire, et l'arthrotomie au cas où la suppuration articulaire se serait manifestée (voir *Arthrites suppurées*, t. I).

On rapprochera ensuite les surfaces de déchirure, on les maintiendra en présence par les mêmes moyens que nous avons indiqués dans les cas de fractures de la rotule. L'extension complète du membre avec relèvement sur un plan incliné, la compression ouatée donneront de très bons résultats à condition de les maintenir longtemps. Ce long temps variera suivant les sujets, et ce sera la sagacité du chirurgien qui déterminera le moment où il pourra tenter de mobiliser le membre.

Il ne faut pas cependant perdre de vue que l'ankylose peut être à redouter, les mouvements devront donc être bien exactement et bien soigneusement gradués, le malade ne marchera d'abord qu'avec des béquilles, des cannes ensuite et un appareil s'il le faut.

La rupture du tendon rotulien étant toujours due à une lésion dystrophique des fibres musculaires ou tendineuses, et cette lésion atteignant tout aussi bien un côté du corps que l'autre, on comprend que l'impotence relative d'un membre prédispose à une lésion similaire du côté opposé, aussi voit-on des individus se rompre successivement le tendon ou le ligament rotulien du côté gauche, après s'être antérieurement brisé celui du côté droit et vice versa.

§ 4. — Déplacements des surfaces articulaires du genou.

Ces déplacements peuvent être momentanés, *entorse*, ou permanents, *luxations*.

1° ENTORSE DU GENOU.

Quand un traumatisme extérieur, une chute latérale ou un effort musculaire, le pied portant à faux, tendent à exagérer ou à diminuer l'angle obtus que fait la cuisse avec la jambe, il se produit une distorsion du genou et une rupture des fibres ligamenteuses ; les os, bien que plus ou moins déplacés momentanément, reprennent leur position à peu près régulière, c'est l'entorse.

Pour comprendre cette distorsion, il faut se reporter aux conditions anatomiques et physiologiques de la jointure. Les surfaces de courbure des deux condyles fémoraux ne sauraient être semblables en raison de l'obliquité du fémur et de l'horizontalité du plateau du tibia. Il fallait

donc pour que la verticalité de la station fût possible l'interposition des ménisques inter-articulaires, dont la courbure et l'épaisseur sont en rapport avec la différence de courbure et de saillie des condyles fémoraux. Quand la jambe est étendue sur la cuisse, quand le poids du corps se transmet directement sur les ménisques enclavés entre les surfaces osseuses, aucun déplacement latéral n'est possible à moins qu'une violence extérieure ne porte sur le genou, ne repousse les os en dehors ou en dedans et ne déchire ainsi les ligaments externe ou interne dont, dans cette position du membre inférieur, les fibres obliquement dirigées en bas et en avant sont tendues et ne permettent aucun déplacement angulaire. Dans la flexion complète les mêmes ligaments latéraux s'opposent encore, par leur tension en sens contraire, à tout déplacement. Il n'en est pas de même lorsque la jambe est légèrement fléchie; les fibres latérales des ligaments, d'obliques, deviennent verticales, se relâchent et les ménisques inter-articulaires deviennent plus libres. Ils font corps avec la jambe en raison de leur fixation sur l'épine tibiale. Un certain mouvement de rotation peut alors se produire entre leur face supérieure et les condyles fémoraux. Ce mouvement de rotation amène la tension du ligament latéral du côté interne ou externe, suivant le cas, en même temps que la torsion et l'arrachement, si la force est suffisante, des ligaments croisés destinés surtout à empêcher les rotations de la jambe dans l'extension ou la flexion complètes. C'est donc toujours entre les condyles fémoraux et les ménisques que s'opèrent ces mouvements de rotation, c'est donc toujours dans la demi-flexion que les efforts musculaires peuvent produire les entorses du genou.

Supposons que la force ait été suffisante, non seulement pour arracher les ligaments croisés, pour rompre les ligaments latéraux, mais encore pour détacher l'un des ménisques de son insertion tibiale, au lieu d'avoir une simple entorse du genou, il se sera produit une véritable luxation du ménisque tordu autour du point détaché.

En même temps que les liens fibreux se déchirent plus ou moins sous l'influence du traumatisme direct ou indirect, les petits vaisseaux péri-articulaires se rompent et un épanchement de sang ou un épanchement de sérosité se manifeste; il y a donc toujours hydarthrose ou hémarthrose, en même temps que se manifeste ou non une ecchymose périphérique. Quel qu'il soit, l'épanchement intra-articulaire fera prendre au genou une position demi fléchie. L'épanchement de sang distend plus rapidement la capsule articulaire que ne le fait l'hydarthrose due à une transsudation du plasma. Le blessé a senti une douleur vive, un craquement se produire dans le genou au moment de l'accident, il est tombé et ne peut se relever; tout mouvement du genou est très douloureux, la jointure est gonflée, et au niveau du point interne ou externe où les fibres ligamenteuses se sont déchirées, la douleur à la pression est des plus vives.

Les épanchements intra-articulaires à la suite d'entorse du genou sont longs à disparaître alors surtout qu'il s'agit d'un épanchement sanguin dont les caillots pourraient, dit-on, donner naissance à des corps étrangers du genou. Cette longue durée des épanchements qui distendent mécaniquement la jointure explique pourquoi les entorses du genou sont quelquefois si longues à guérir et pourquoi la cicatrisation incomplète des fibres ligamenteuses brisées entraîne souvent l'impotence du membre.

Traitement. — Les surfaces osseuses ayant repris leur place normale, il n'y a pas lieu à réduction; il faut combattre les tendances à l'arthrite et favoriser la résorption des épanchements. C'est à l'immobilisation jointe, s'il le faut, à quelques sangsues, à des applications froides, à des révulsifs, à la compression par un bandage ouaté, qu'on s'adressera. Si l'épanchement est considérable on l'évacuera par la ponction et l'aspiration. Quand, malgré tout, l'arthrite passe à la suppuration, on n'hésitera pas à ouvrir largement le genou, à en laver soigneusement toutes les anfractuosités, à traiter, en un mot, par les méthodes antiseptiques les plus rigoureuses.

Ainsi que nous venons de le dire, souvent il reste une impotence à la marche, et le blessé se voit dans l'obligation de recourir à des appareils prothétiques capables d'immobiliser le genou, l'appareil de Mathieu rend de très bons services en pareil cas.

2° LUXATIONS DU GENOU.

Le genou peut être luxé en totalité, le tibia entraînant ses ménisques quitte ses rapports avec les condyles fémoraux, ou encore la rotule seule est déplacée. Nous avons donc à étudier : 1° les luxations du genou en totalité; 2° les luxations isolées de la rotule; 3° les luxations isolées de la tête du péroné.

1° LUXATIONS DU TIBIA SUR LE FÉMUR.

Une violence considérable peut repousser le tibia en avant des condyles, en arrière d'eux ou chasser l'os de la jambe latéralement en dehors ou en dedans. Dans tous ces cas, nous admettons une violence agissant dans une direction principale; lorsqu'au contraire elle agit suivant une direction combinée, la luxation devient oblique et participe des deux directions dont elle est la résultante; il semble inutile d'insister sur ce point. D'autres fois encore, la violence sera telle que les surfaces articulaires luxées auront été en même temps fracturées, d'où des complications que déjà nous avons signalées en étudiant les fractures du genou et sur lesquelles nous ne reviendrons pas. De même encore, après des traumatismes violents, après des plaies contuses des

téguments, les os ont pu être chassés de leurs jointures et les luxations ainsi produites sont des complications des plaies, dont l'étude a été déjà faite. Nous ne nous occuperons donc ici que des luxations simples sans complications de fractures ni de plaies extérieures.

Toutes les causes qui affaiblissent la résistance de la capsule articulaire : hydarthroses chroniques, luxations antérieures, etc., favorisent la production des luxations du genou, comme en général, celle de toutes les luxations.

A. — *Luxation du tibia en avant.*

C'est la plus fréquente. Elle peut se produire par cause directe, quand le pied solidement posé par terre, la jambe étendue ou légèrement fléchie, une violence extérieure vient à agir sur l'extrémité inférieure du fémur, elle peut, si les ligaments latéraux cèdent, repousser cet os en arrière des plateaux du tibia jusque dans le creux poplité, la lame fibreuse improprement appelée ligament postérieur du genou est nécessairement rompue par les condyles fémoraux déplacés. Les mêmes désordres se produisent quand la luxation est due à une cause indirecte par extension forcée du genou ou par extension combinée avec une torsion de la jambe en dehors au moment où le pied pose à faux sur le sol et où une chute est imminente. Quand la luxation est complète, les condyles fémoraux ont complètement abandonné tout contact avec les plateaux du tibia, l'os de la jambe a remonté plus ou moins loin le long de la face antérieure du fémur, le membre est donc plus ou moins raccourci (entre 1 et 10 centimètres). Dans le cas de luxation incomplète les surfaces osseuses restent encore en contact et il ne saurait y avoir de raccourcissement. Mais dans les deux cas, et surtout quand la luxation est complète, les condyles fémoraux qui font saillie dans le creux poplité compriment les vaisseaux et les nerfs, d'où une absence ou une diminution du pouls dans la pédieuse, d'où encore, souvent des gangrènes, des paralysies et des troubles trophiques. Les accidents nerveux varieront nécessairement suivant que l'un des deux sciatiques poplités sera plus comprimé que l'autre.

La saillie que fait le tibia en avant, celle que font les condyles dans le creux poplité sont toujours faciles à reconnaître, l'impotence du membre est absolue, et reste absolue quand la luxation complète n'est pas réduite, au contraire la luxation incomplète permet, jusqu'à un certain degré, la marche.

L'ankylose ultérieure peut être la conséquence de ces luxations.

Traitement. — La réduction est d'ordinaire facile, et s'obtient sans grands efforts quand il s'agit de luxations incomplètes. Alors, au contraire, que les surfaces osseuses sont tout à fait disjointes et que le membre est raccourci, l'extension et la contre-extension deviennent

nécessaires, la chloroformisation facilite la réduction. Une fois les os remis en place on immobilisera le membre et on combattra l'arthrite traumatique.

Lorsque la luxation est devenue irréductible, soit parce qu'elle est déjà relativement ancienne ou parce que les condyles fémoraux se sont enclavés dans des trousseaux fibreux, on peut être amené à réséquer un condyle.

Si l'artère poplitée rompue donne lieu à un anévrysme diffus, si la gangrène s'établit, on amputera.

B. — *Luxation du tibia en arrière.*

Quand, au lieu de s'exercer comme dans le cas précédent sur l'extrémité inférieure du fémur, la force agit sur l'extrémité supérieure du tibia, c'est cet os qui passe en arrière des condyles et qui fait saillie dans le creux poplité, tandis que les condyles fémoraux se trouvent en avant et laissent un grand creux au-dessous d'eux; la rotule attirée en arrière est à peu près horizontale, à moins que, ce qui arrive quelquefois, le ligament rotulien ne soit rompu. Tout l'appareil ligamenteux du genou est en général dilacéré et les ménisques inter-articulaires plus ou moins luxés. Les accidents de compression des vaisseaux et nerfs poplités sont les mêmes que dans le cas précédent; c'est bien entendu le tibia qui comprime et non plus le fémur.

Traitement. — Comme dans le cas de luxation en avant, on réduira sous le chloroforme et l'on immobilisera après la réduction, qui d'ordinaire est facile. En cas de gangrène on amputera. Si la luxation était ancienne et devenue irréductible, si l'impotence du membre était absolue, on ouvrirait la jointure et on réduirait à ciel ouvert en se servant de toutes les conditions de l'antisepsie la plus rigoureuse. Il ne faut pas oublier toutefois que des malades atteints de luxations en arrière, incomplètes probablement, ont pu sans aucun traitement recouvrer un usage suffisant de leur membre inférieur.

C. — *Luxation en dehors et en dedans.*

Lorsqu'une force agit sur un des côtés du genou : un violent coup de pied, une chute sur un rebord saillant, elle peut déterminer une luxation latérale; c'est l'externe qui est la plus fréquente, le choc s'est produit sur le condyle externe du fémur et l'a chassé en dedans. En raison du grand diamètre transversal de l'articulation; les luxations latérales du genou sont le plus souvent incomplètes, un seul des plateaux du tibia fait saillie en dehors et le condyle externe du fémur reste en contact sur le plateau tibial interne, les ligaments latéraux et croisés sont déchirés en totalité, ou en partie, suivant que la luxation est complète ou incomplète.