

en entourant le doigt avec des compresses languettes trempées dans une liqueur résolutive, et avec un bandage roulé.

ARTICLE XIII.

Des luxations de la cuisse.

Parmi les membres du corps humain, la cuisse est celui qui se luxé le plus difficilement. Pour se convaincre de cette vérité, il suffit de réfléchir sur la solidité que donnent à l'articulation du fémur avec l'os innominé la profondeur de la cavité cotyloïde, augmentée par le bourrelet fibreux qui l'environne, l'épaisseur du ligament orbiculaire, le ligament rond ou interne, le nombre et la force des muscles qui la couvrent et l'environnent de toutes parts. Cette solidité est telle, qu'il ne faut pas moins qu'une violence extérieure très-grande et des circonstances qui se rencontrent rarement pour produire la luxation du fémur. Aussi est-il plus fréquent de voir, dans les chutes sur la cuisse, le col du fémur se fracturer que la tête de l'os sortir de la cavité articulaire qui la reçoit.

Le fémur peut se luxer dans quatre sens différents : savoir, en haut et en dehors, en bas et en dedans, en haut et en devant, en bas et en arrière. La luxation en bas et en dedans, et celle en haut et en dehors, sont les plus fréquentes ; la luxation en haut et en devant est beaucoup plus rare, et celle qui a lieu en bas et en arrière est la moins fréquente de toutes ; encore n'a-t-elle lieu que consécutivement.

Les raisons tirées de la disposition anatomique des parties ont porté presque tous les auteurs à dire que le fémur avait plus de facilité à sortir par la partie interne inférieure de la cavité cotyloïde que par aucun autre point de son contour. 1° La cavité cotyloïde est moins creuse de ce côté-là, et il s'y trouve une échancrure profonde qui n'est fermée que par un ligament. 2° Le ligament orbiculaire est beaucoup plus mince dans sa partie interne que partout ailleurs. 3° Les muscles situés à la partie interne de la cuisse sont les moins capables de résister aux efforts qui tendraient à faire sortir le fémur de la cavité cotyloïde. 4° Le mouvement par lequel la cuisse s'écarte de celle

du côté opposé est le plus étendu de tous ceux que ce membre peut exécuter. 5° Enfin, la base du ligament rond est attachée à la partie interne et un peu inférieure du bord de la cavité cotyloïde : par conséquent, la tête du fémur peut se porter en dedans sans que ce ligament s'y oppose.

Des dispositions contraires des parties ont fait regarder la luxation en haut et en dehors comme beaucoup plus difficile et plus rare que celle en bas et en dedans. 1° Le bord de la cavité cotyloïde est plus saillant en haut et en dehors que partout ailleurs ; 2° dans cet endroit, le ligament orbiculaire a une épaisseur et une force considérables ; 3° le ligament rond est disposé de manière à résister à la puissance qui tendrait à faire sortir la tête du fémur par la partie externe et supérieure de la cavité cotyloïde, et le déplacement ne peut avoir lieu de ce côté-là sans que ce ligament soit rompu ; 4° le mouvement d'abduction de la cuisse, pendant lequel ce déplacement a lieu, est renfermé dans des bornes très-étroites ; 5° enfin, trois muscles des plus forts, le grand, le moyen et le petit fessier, opposent une grande résistance à la tête du fémur, et font de ce côté, à l'égard de cette éminence, ce que le deltoïde fait par en haut à l'égard de la tête de l'humérus.

Malgré la facilité que la disposition des parties semble devoir donner à la tête du fémur, de s'échapper par la partie interne et inférieure de la cavité cotyloïde, et la difficulté que cette même disposition paraît devoir apporter à la sortie de cette éminence par la partie supérieure et externe de la cavité, on rencontre aussi fréquemment la luxation en haut et en dehors, que celle en bas et en dedans ; et nous avons même observé plus souvent la première que la dernière.

Quel que soit le point du contour de la cavité cotyloïde par lequel la tête du fémur s'échappe, elle ne peut sortir de cette cavité sans déchirer le ligament orbiculaire, soit dans l'endroit où ce ligament s'attache à l'os des îles, soit dans tout autre lieu. Dans la luxation en bas et en dedans, le ligament rond peut se prêter au déplacement de la tête du fémur sans se rompre ; mais dans les autres espèces de luxations, il est constamment déchiré.

Dans la luxation en haut et en dehors, la tête du fémur monte plus ou moins haut, se porte plus ou moins en arrière sur la face externe de l'os des îles, et se trouve entre la fosse iliaque externe et le muscle petit fessier, qu'elle pousse au-dessus d'elle, et par laquelle elle est,

pour ainsi dire, coiffée : le ligament orbiculaire, déchiré dans sa partie externe et supérieure, est tendu devant la cavité cotyloïde : les muscles fessiers sont relâchés par le rapprochement de leurs attaches, ainsi que le psoas et l'iliaque, tandis que le pyramidal, les jumeaux, les obturateurs et le carré, sont allongés par une cause contraire.

Cette luxation est toujours produite par une chute d'un lieu plus ou moins élevé, et dans laquelle la cuisse est portée subitement et avec force en devant et en dedans. Dans ce mouvement, la violence extérieure agit d'autant plus efficacement, que son action a lieu sur un endroit très-éloigné de l'articulation, et qu'elle est favorisée par la contraction des muscles fessiers qui tirent le fémur en haut et en dehors.

On reconnaît cette luxation aux signes suivants : la cuisse est plus courte que celle du côté opposé, parce que la tête du fémur est située plus haut que dans l'état naturel, et le degré de raccourcissement est toujours proportionné à l'étendue du chemin que cette éminence a parcouru en remontant sur la face externe de l'os des îles ; le pli de la fesse est plus haut que celui du côté opposé ; la cuisse est fléchie et portée dans l'adduction ; elle est tournée en dedans, ainsi que le genou et la pointe du pied ; le grand trochanter est plus près de la crête de l'os des îles et de son épine antérieure et supérieure que dans l'état sain ; il forme d'ailleurs une tumeur très-remarquable dans le lieu où il a été porté par le déplacement de l'os ; la fesse est plus saillante que dans l'état naturel ; les mouvements d'extension, d'abduction et de rotation de la cuisse en dehors, sont impossibles ; et lorsqu'on tente de les faire exécuter, le malade éprouve de vives douleurs ; les mouvements opposés, c'est-à-dire la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, dans lesquels le membre se trouve déjà, peuvent être un peu augmentés sans douleur : lorsque le malade marche, soit immédiatement après l'accident, si cela est possible, soit au bout d'un temps plus ou moins long, quand la luxation n'a pas été réduite, il n'appuie à terre que la pointe du pied, parce que la cuisse étant raccourcie, il tâche de suppléer au défaut de longueur en étendant le pied, et malgré cela il boite encore, parce que la plus grande extension du pied ne rend jamais le membre malade aussi long que celui du côté opposé. Tous ces phénomènes s'expliquent aisément par le rapport des os et par les changements que les muscles éprouvent dans

leur direction et dans le rapprochement ou l'éloignement de leurs points d'insertion. Un de ces phénomènes présente pourtant des difficultés : c'est la rotation du membre en dedans. Ce phénomène fait une exception à la règle générale, qui enseigne que, dans toutes les luxations, la direction du membre est déterminée par l'allongement et le tiraillement des muscles dont les points d'attaches se sont éloignés les uns des autres ; ici, malgré l'allongement des muscles rotateurs en dehors, tels que le pyramidal, les jumeaux, les obturateurs et le carré, la cuisse est tournée en dedans. Il est probable que cette direction de la cuisse tient au tiraillement de la portion du ligament orbiculaire qui procède de l'épine antérieure et inférieure de l'os des îles : cette portion, qui a beaucoup d'épaisseur et de force, se trouvant fort tendue, l'emporte sur l'action des muscles dont nous venons de parler, et tourne le fémur dans la rotation en dedans.

Nous parlerons du pronostic et de la réduction de cette luxation, lorsque nous aurons fait connaître les autres espèces de luxations dont le fémur est susceptible.

Dans la luxation en bas et en devant, la tête du fémur est logée dans la fosse obturatrice, entre le ligament qui ferme le trou ovalaire et le muscle obturateur externe ; la partie interne et inférieure du ligament orbiculaire est déchirée ; la disposition du ligament interne ou rond lui permet de céder sans se rompre, et ce ne serait que dans un déplacement très-étendu de la tête de l'os, que ce ligament pourrait être déchiré en partie ou en totalité ; les muscles fessiers, le pyramidal, les jumeaux, les obturateurs et le carré, sont allongés et tendus par l'éloignement de leurs points d'insertion ; les adducteurs sont allongés aussi, et forment une espèce de corde qui s'étend depuis le pubis jusqu'au-dessous de la partie moyenne de la cuisse.

Cette luxation est toujours produite par une force extérieure qui agit en portant vivement la cuisse en dehors. On sait que, dans le mouvement d'abduction de ce membre, la tête du fémur glisse de dehors en dedans et un peu de haut en bas dans la cavité cotyloïde, et qu'une partie de cette éminence dépasse alors le bord de cette cavité, et n'est soutenue que par le ligament orbiculaire ; or, si ce mouvement est porté subitement très-loin, comme cela peut avoir lieu dans une chute d'un endroit plus ou moins élevé, lorsqu'une cuisse fortement écartée en dehors porte à terre et soutient tout le poids du corps, le ligament orbiculaire se déchire, et la tête du fémur sort de la cavité cotyloïde.

Ce déplacement est d'autant plus facile, que, dans cette circonstance, la partie externe et supérieure du rebord de la cavité cotyloïde, qui est très-saillante, fournit au col du fémur un point d'appui qui convertit cet os en un levier du premier genre, dont les deux bras ont une longueur fort inégale, et sur le plus long desquels la puissance qui pousse la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde exerce son action. Les muscles qui environnent l'articulation n'ont aucune part à cette luxation : si quelques-uns pouvaient y contribuer, ce seraient les adducteurs, dont la contraction tend à porter la tête du fémur en dedans, lorsque le genou devient le point fixe de cet os. La luxation en bas et en dedans ne pouvant avoir lieu qu'autant que le fémur est violemment porté en dehors, et dans les chutes les cuisses étant rarement fort écartées, il en résulte qu'elle est assez rare, quoique favorisée d'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, par la structure même de l'articulation, et par la grande étendue du mouvement d'abduction de la cuisse.

Les signes de cette luxation sont les suivants : la cuisse malade est plus longue que la saine, parce que la fosse obturatrice dans laquelle la tête du fémur s'est portée est plus basse que la cavité cotyloïde ; on remarque au-dessous de l'aîne, à la partie interne supérieure de la cuisse, une tumeur formée par la tête du fémur, placée dans la fosse ovale ; la fesse paraît creuse ou du moins aplatie, tant parce que le grand trochanter, étant porté en devant, ne fait plus en dehors son éminence naturelle, que parce que, par l'éloignement de leurs attaches, les muscles fessiers sont tendus et aplatis ; le pli de la fesse est situé plus bas que celui de l'autre côté, et au lieu de décrire un croissant, comme dans l'état naturel, il fait un angle un peu obtus, comme si l'on avait pincé le milieu de ce croissant ; la jambe est légèrement fléchie, et la cuisse est écartée de celle du côté opposé ; les muscles adducteurs sont allongés, et forment une espèce de corde qui s'étend depuis le pubis jusqu'à la partie moyenne du fémur ; le pied et le genou sont tournés en dehors, parce que les muscles qui font exécuter au fémur le mouvement de rotation en dehors sont tendus et allongés ; la cuisse ne peut être portée en dedans, et lorsqu'on veut lui faire exécuter ce mouvement, le malade ressent de vives douleurs, à cause de la tension qu'éprouvent alors les muscles fessiers et les rotateurs en dehors ; quand on met le malade debout, l'extrémité inférieure du côté luxé ; étant plus longue que celle du côté opposé, ne peut

lui devenir égale que par la flexion du genou, et si le malade veut étendre la jambe, il faut qu'il la porte en devant ou qu'il la jette de côté ; le même excès de longueur dans le membre luxé fait que le malade en marchant est obligé de jeter le pied en dehors, et de lui faire décrire un arc de cercle pour le faire passer aisément devant l'autre ; enfin, le malade appuie toute la plante du pied en même temps lorsqu'il marche, parce que l'extrémité, déjà trop longue, le deviendrait encore davantage si le bout du pied ou le talon posait d'abord à terre.

La luxation en haut et en dedans est beaucoup plus difficile et par conséquent beaucoup plus rare que celles dont nous venons de parler. Cependant on en connaît maintenant un assez grand nombre d'exemples, et nous l'avons rencontrée trois fois dans notre pratique. Dans cette luxation, la tête du fémur se porte sur la branche horizontale du pubis, et se trouve entre cet os et la masse commune aux muscles psoas et iliaque qu'elle soulève ; la partie supérieure du ligament orbiculaire et le ligament rond sont déchirés ; les muscles fessiers, le pyramidal, les jumeaux, le carré et les obturateurs, sont tendus et allongés ; tous les autres muscles qui entourent l'articulation sont relâchés : les vaisseaux fémoraux et le nerf crural sont poussés en dedans et peut-être même un peu soulevés par la tête du fémur ; mais cette éminence n'exerce jamais sur ces organes une compression assez forte pour faire craindre la gangrène dans le cas où la luxation ne serait pas réduite.

Cette luxation ne peut être produite que par un effort violent qui porte le fémur en arrière, tandis que le bassin est poussé en devant ; et effectivement, dans tous les cas connus de cette luxation, on voit que le déplacement a eu lieu par une cause qui a agi de cette manière.

On reconnaît cette luxation aux signes suivants : la cuisse est plus courte, parce que la tête du fémur est montée au-dessus de la cavité cotyloïde ; elle est un peu étendue ; le genou et la pointe du pied sont beaucoup plus tournés en dehors que dans la luxation en bas et en dedans, par la raison que les muscles pyramidal, jumeaux et obturateurs sont fort allongés ; le grand trochanter, situé plus haut et plus en devant, est presque sur la même ligne transversale que l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles ; on trouve dans l'aîne une tumeur formée par la tête du fémur, et sur la partie interne de laquelle on

sent et on voit même très-distinctement les battements de l'artère fémorale; une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans l'aîne; la fesse est aplatie, et la ligne courbe qui la sépare de la partie postérieure de la cuisse est située plus haut que dans l'état naturel; la cuisse ne peut être fléchie ni tournée en dedans, et lorsqu'on tente de lui faire exécuter ces mouvements, le malade éprouve beaucoup de douleur: suivant J.-L. Petit, lorsque cette luxation n'est pas réduite tout de suite, l'extrémité inférieure s'engourdit et se tuméfie, parce que le nerf crural et les vaisseaux fémoraux sont comprimés par la tête du fémur. Nous n'avons jamais eu occasion d'observer ces phénomènes, car toutes les luxations de cette espèce qui se sont présentées à nous ont été réduites sur-le-champ; nous n'avons jamais eu non plus l'occasion de voir la tuméfaction du scrotum, et encore moins la rétention d'urine, que la plupart des auteurs disent, d'après Hippocrate, être plus fréquente dans cette luxation que dans les autres.

La luxation en bas et en arrière est extrêmement difficile, ou pour mieux dire presque impossible. Pour qu'elle arrivât, il faudrait que la cuisse fût fléchie, et portée en même temps en dedans à un degré que ne permet pas la résistance de la partie antérieure du tronc et celle de l'autre cuisse. Il nous paraît donc infiniment probable, et presque démontré, que cette luxation ne peut jamais être primitive ou immédiate; elle ne peut avoir lieu que consécutivement, et succéder à une luxation en haut et en dehors. Dans ce cas, la tête du fémur, qui s'est placée d'abord dans la fosse iliaque externe, peut, si la cuisse est portée ensuite dans le sens de la flexion et de l'adduction, par une cause quelconque, éprouver un déplacement secondaire, en glissant de haut en bas, et se placer au devant de la partie supérieure de l'échancrure sacro-sciatique; mais elle ne peut jamais descendre jusqu'à l'éminence qui résulte de la soudure de l'ilion avec l'ischion, et encore moins au-dessous de cette éminence. Ainsi ce déplacement secondaire de la tête du fémur est moins une espèce particulière de luxation de cet os, qu'une variété de la luxation en haut et en dehors.

Au reste, si la luxation en bas et en arrière se présentait, on la reconnaîtrait facilement aux signes suivants: la cuisse serait plus courte, ou plus longue, ou de la même longueur que l'autre, suivant que la tête du fémur se trouverait au-dessus, au-dessous ou au niveau de la cavité cotyloïde; elle serait fortement fléchie et tournée en dedans; il serait impossible de l'étendre et de la tourner en de-

hors; et si l'on cherchait à lui faire exécuter ces mouvements, le malade éprouverait de vives douleurs; le grand trochanter serait éloigné de la crête de l'os des iles, et porté en arrière.

Les signes des différentes espèces de déplacement dont le fémur est susceptible sont si nombreux et si évidents, qu'il est bien difficile de confondre une luxation quelconque de cet os avec la fracture de son col, ou le décollement de sa tête dans les jeunes sujets; cependant on a des exemples de cette méprise. Verduc, dans sa *Pathologie chirurgicale*, avoue qu'il a fait des efforts pour réduire le fémur, tandis que sa tête était séparée du corps; A. Paré fait le même aveu. J.-L. Petit dit qu'ayant été appelé pour décider s'il y avait fracture ou luxation du fémur, il traita comme luxation ce qu'il découvrit quelques jours après pour un décollement de l'épiphyse supérieure de cet os. Si des hommes aussi instruits ont pu se tromper, que ne doivent pas craindre des personnes moins éclairées! On ne saurait donc apporter trop d'attention dans l'examen de toutes les circonstances de la maladie, pour en discerner le véritable caractère.

Dans la fracture du col du fémur, le membre est plus court, et la pointe du pied et le genou sont tournés en dehors; mais on peut facilement les ramener à leur direction naturelle, et redonner au membre la longueur qu'il a perdue, en exerçant une extension légère sur le pied, pendant que le bassin est fixe et retenu. La luxation en haut et en devant, qui est celle dont les symptômes se rapprochent le plus de ceux de la fracture du col du fémur, est accompagnée aussi du raccourcissement du membre, et de la direction du pied et du genou en dehors; mais outre que l'on ne peut pas redonner au membre sa longueur et sa rectitude naturelles, sans réduire la luxation, ce qui exige des efforts d'extension et de contre-extension considérables, la tête du fémur forme dans l'aîne une tumeur très-remarquable qui suffirait seule pour caractériser la maladie. Dans la luxation en haut et en dehors, le membre est raccourci, comme dans la fracture du col du fémur; mais la pointe du pied et le genou sont tournés en dedans, et il est impossible de les ramener à leur direction naturelle, et de rendre au membre la longueur qu'il a perdue, sans des efforts capables de faire rentrer la tête de l'os dans la cavité cotyloïde. Quant à la luxation en bas et en dedans, elle a un symptôme qui lui est commun avec la fracture du col du fémur: c'est la direction en dehors du pied et du genou; mais comme elle est en même temps accompagnée

de l'allongement du membre, il est impossible de la confondre avec la fracture dans laquelle le membre perd toujours plus ou moins de sa longueur.

Le pronostic des luxations de la cuisse doit être considéré sous le triple rapport des accidents dont elles peuvent être accompagnées, des difficultés de la réduction, et des effets qui en résultent lorsqu'elles n'ont pas été réduites. En réfléchissant sur la solidité de l'articulation ilio-fémorale, sur le nombre et la force des muscles qui l'environnent et la fortifient, on est porté à croire que la tête du fémur ne peut sortir de la cavité cotyloïde sans produire un désordre considérable dans les parties molles, et par conséquent sans qu'il en résulte des accidents graves. Cependant l'expérience apprend que les luxations du fémur ne sont pas plus dangereuses sous ce rapport que celles des autres grandes articulations orbiculaires. La douleur et le gonflement qui les accompagnent ne tardent pas à se dissiper lorsque la réduction est faite, et l'on a vu quelquefois les malades être en état de marcher au bout de huit à dix jours. Lors même que la luxation n'a pas été réduite, la douleur et le gonflement se dissipent assez promptement, et le membre ne tarde pas à exécuter les mouvements que l'état de déplacement où se trouve le fémur peut lui permettre.

Considérées sous le rapport des difficultés de la réduction, les luxations de la cuisse doivent être mises au nombre des affections de ce genre les plus graves. La grande étendue de chemin que la tête du fémur a parcouru en se déplaçant, le nombre et la force des muscles qui environnent l'articulation, rendent presque toujours la réduction des luxations de la cuisse très-difficile. Mais tous les déplacements du fémur ne présentent pas les mêmes difficultés, et ces difficultés varient encore dans la même espèce de luxation, suivant les individus. Dans ceux qui sont maigres, d'une constitution faible et délicate, la réduction présente beaucoup moins de difficultés que dans les sujets forts et vigoureux, chez lesquels les muscles ont un développement considérable, et opposent une force de contraction très-énergique. En général, la luxation en bas et en dedans, et celle en haut et en devant, sont plus faciles à réduire que la luxation en haut et en dehors : ce qui provient sans doute de ce que, dans cette dernière, la réduction exige un plus grand allongement de la part des muscles que dans les deux autres espèces.

Lorsque les luxations du fémur sont récentes, on les réduit avec plus de facilité que lorsqu'elles sont anciennes; celles-ci sont même souvent irréductibles. Mais à quelle époque de la maladie ne doit-on plus tenter la réduction? quel laps de temps faut-il pour rendre les tentatives inutiles? C'est ce qu'il est impossible, dans l'état présent de nos connaissances, de déterminer d'une manière précise. J.-L. Petit, dans son *Traité des maladies des os*, parle d'un enfant qui avait eu la cuisse démise en venant au monde, par la mauvaise manœuvre de la sage-femme qui l'avait tiré par les pieds : on ne s'aperçut de cette luxation qu'à l'âge de cinq ans. Petit jugea que son ancienneté la rendait irréductible, et il dit à ce sujet que celles qui n'ont qu'un ou deux mois de date se guérissent aisément. Il laisse cependant quelque espérance de réussite après un temps plus long, lorsqu'il parle des luxations récentes compliquées de fracture, si voisines de l'articulation, qu'on ne peut avoir la prise nécessaire pour faire l'extension convenable. Cet auteur recommande, dans ce cas, la réduction de la fracture, et, en attendant que le cal ait acquis une solidité qui permette l'extension, il veut qu'on applique des résolutifs et des fondants, afin d'entretenir la fluidité de la synovie. Cette méthode, dit-il, ne réussit pas toujours, mais il n'y en a pas d'autre. La seule chose qu'il y ait à craindre, ajoute encore J.-L. Petit, c'est qu'après un si long temps la luxation ne puisse être réduite, ce qui n'arrive cependant pas toujours, puisque l'on réduit et guérit des luxations au bout de six mois, d'un an et plus, et que le cal est ferme et dur avant ce temps. Ces considérations s'appliquent, comme on voit, à toutes les luxations en général; mais par rapport à celles du fémur en particulier, Petit, ni aucun autre auteur, n'indiquent le terme au delà duquel il devient impossible de les réduire. Fabrice de Hilden regarde les luxations anciennes du fémur comme irréductibles, et il pense même qu'il y aurait des inconvénients à en tenter la réduction; mais il ne dit pas à quelle époque de la maladie on doit renoncer à sa guérison. Ce grand praticien fut consulté, au mois de février 1632, pour un jeune homme qui avait une luxation ancienne qu'on attribuait peut-être mal à propos à une cause interne prédisposante qui avait relâché les ligaments. La cuisse n'était devenue plus courte qu'après une chute du haut d'une échelle : il ne conseilla pas de tenter la réduction. Le même auteur rapporte encore l'exemple d'une dame du premier rang, qui s'était luxé la cuisse en tombant de cheval. On ne lui donna pas les secours

convenables. Appelé au bout de quinze semaines, Fabrice de Hilden s'opposa en vain aux tentatives de réduction qu'on fit sans succès, à trois ou quatre reprises; il ajoute qu'il a vu plusieurs cas de cette espèce, et qu'il se souvient que, loin de soulager les blessés, on a aggravé leur mal. Cependant, on lit dans le cinquième volume in-4° des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, l'observation d'une luxation de la cuisse en haut et en dehors, qui, après avoir été méconnue pendant deux ans, fut parfaitement réduite. Mais on ne peut rien conclure d'un fait unique, surtout lorsqu'il est accompagné, comme celui-là, de circonstances particulières qui l'écartent de la règle ordinaire. Si on avait occasion d'observer plus souvent des faits semblables, ils agrandiraient la science, et en reculeraient les bornes au delà des limites où les grands chirurgiens qui nous ont précédés les ont crues posées d'une manière invariable.

Une luxation quelconque non réduite est d'autant plus grave, qu'elle prive le membre qui l'a éprouvée d'une partie de ses fonctions. Sous ce rapport, les luxations du fémur sont très-fâcheuses, parce qu'elles rendent la cuisse incapable d'exercer ses fonctions, ou du moins qu'elles nuisent singulièrement à ces fonctions. Cependant une luxation du fémur non réduite ne rend pas la station et la progression absolument impossibles, mais elle les gêne plus ou moins. La nature, toujours attentive à réparer les désordres que l'économie animale éprouve, opère, dans ce cas, des changements dans les parties; de manière qu'au bout d'un certain temps les malades peuvent se lever et même marcher en se soutenant d'abord sur des béquilles, puis en s'appuyant sur un bâton, et même, par la suite, sans aucun moyen accessoire.

L'ouverture et l'examen des corps des personnes mortes longtemps après des luxations du fémur non réduites ont fait connaître les changements qui s'opèrent à la longue dans les parties, et les ressources de la nature en pareil cas.

Ainsi on voit, dans la luxation en haut et en dehors, la tête du fémur, placée plus ou moins haut sur la face externe de l'os des iles, exercer sur le point où elle s'est arrêtée une pression qui, par sa continuité, produit à la longue une cavité dont la profondeur n'est jamais considérable, sans doute à cause de la direction oblique suivant laquelle la tête du fémur opère cette pression. La surface de cette cavité accidentelle est plus ou moins garnie de légères aspérités, et n'est pas couverte par un cartilage lisse, comme les cavités articulaires na-

turelles, mais bien par un périoste dur et épais : le bord qui la termine est fort irrégulier, étant plus élevé dans certains endroits, et moins dans d'autres, interrompu même dans quelques points. Nous disons que cette cavité est produite par la pression que la tête du fémur exerce sur l'endroit de l'os des iles qui lui sert d'appui; mais elle ne dépend pas seulement de ce que les sucs nourriciers, ne pouvant pas arriver, ou n'arrivant pas en aussi grande quantité dans le lieu qui est comprimé, se rejettent dans le voisinage pour former le rebord de la cavité : elle provient aussi du rapprochement des lames osseuses qui n'étaient pas encore assez dures pour résister à la compression; toute l'épaisseur de l'os est même repoussée en dedans, où elle forme une saillie proportionnée à la profondeur de la nouvelle cavité. Tandis que ces changements s'opèrent dans la partie de l'os des iles sur laquelle la tête du fémur trouve un point d'appui, la cavité naturelle que cette tête a abandonnée perd beaucoup de son étendue, et de ronde qu'elle doit être, elle devient ovale. En même temps, la tête du fémur perd sa forme naturelle; sa convexité diminue, sa surface devient inégale, on n'y remarque aucune trace du ligament rond, non plus que dans la cavité cotyloïde. Le muscle petit fessier qui enveloppe immédiatement la tête du fémur éprouve des changements très-remarquables : il devient pâle, ses fibres s'effacent presque entièrement, et se convertissent en une substance en quelque sorte ligamenteuse, ferme et solide, qui retient cette tête : on a vu même quelquefois ce muscle devenir osseux.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que dans la luxation de la cuisse en haut et en dehors, non réduite, il se forme avec le temps une nouvelle articulation qui rend encore le membre susceptible d'exécuter des mouvements et de remplir ses fonctions, quoique d'une manière imparfaite; mais comme ces mouvements sont toujours très-bornés et difficiles, les muscles s'amincissent et le volume du membre diminue. Cette diminution ne se remarque pas seulement dans les parties molles; elle a lieu aussi dans le fémur, qui est sensiblement moins gros que celui de la cuisse saine. On remarque encore que l'influence de la luxation sur le volume du membre est moindre dans les adultes que dans les enfants, et cette partie éprouve toujours chez ceux-ci une plus grande diminution que chez les premiers. Lorsque cette articulation contre nature est formée, la cuisse étant plus courte que l'autre, en marchant le talon ne porte point à terre, mais seulement le méta-