

tarse et les orteils : cependant quelques personnes chez lesquelles la tête du fémur ne s'est pas portée très-haut sur la face externe de l'os des iles ont la facilité de poser tout à fait le pied à terre ; mais en marchant elles sont forcées de s'incliner sur le côté malade , à cause du raccourcissement du membre.

Le corps de ceux qui meurent après avoir eu anciennement une luxation du fémur en bas et en dedans, non réduite, nous présente les parties dans l'état suivant : la tête du fémur, logée dans la fosse ovale, comprime la branche horizontale du pubis et la partie interne inférieure du rebord de la cavité cotyloïde, et les enfonce plus ou moins, de manière que ces points du pubis déprimés et creusés contribuent à la formation de la nouvelle cavité qui loge la tête de l'os luxé. L'étendue du trou ovale diminue considérablement par la formation d'une cloison osseuse qui est bombée à l'intérieur du bassin, et concave du côté externe, où elle fait partie de la cavité dont nous venons de parler. Indépendamment de cette cavité, dont la profondeur varie beaucoup, la tête du fémur est enveloppée par une croûte osseuse très-dure, irrégulière, qui naît de l'ischion et du pubis. Cette tête est plus ou moins mobile dans la nouvelle cavité qu'elle s'est creusée ; mais on ne peut pas la faire tourner dans tous les sens, parce que la croûte osseuse qui l'environne descend jusque sur le col, où elle rencontre quelquefois une sorte de rebord dont elle n'est séparée que par un intervalle de deux ou trois lignes, et qui en gêne les mouvements. Au reste, la disposition de l'espèce d'articulation contre nature qui se forme dans la luxation en bas et en dedans, non réduite, présente beaucoup de variétés, comme on peut le voir en consultant les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, l'*Histoire naturelle générale et particulière*, avec la description du Cabinet du roi, t. III ; et en jetant un coup d'œil sur les pièces que renferment les collections de la Faculté de médecine de Paris.

Cette luxation, comme la précédente, influe beaucoup sur le volume du membre et sur le mécanisme de la progression. La cuisse est plus longue que l'autre ; mais elle est plus maigre, plus décharnée, par la difficulté que le déplacement de l'os apporte dans les mouvements naturels. Comme la cuisse est plus longue, les malades marchent, comme on dit, en fauchant et s'inclinant toujours sur le côté sain. La raison de ce phénomène est facile à concevoir : la cuisse saine ne peut soutenir le corps assez élevé pour que l'extrémité luxée cesse de

toucher à terre, et que la jambe étendue puisse être portée directement en avant, ce qui serait nécessaire pour rendre la progression facile. Le malade est donc obligé de jeter en dehors la cuisse luxée, en faisant décrire un arc de cercle au pied pour le passer aisément devant l'autre. On observe encore, dans cette luxation non réduite, que le malade appuie la plante du pied tout à la fois et en même temps depuis les orteils jusqu'au talon, parce que toute l'extrémité, déjà trop longue, le deviendrait encore davantage si le bout du pied ou le talon posait d'abord à terre.

Je ne sache pas qu'on ait constaté, par l'ouverture des cadavres, l'état des parties dans la luxation de la cuisse en haut et en devant, non réduite et ancienne. S'il était permis de se livrer à quelques conjectures dans une science qui est fondée uniquement sur l'expérience, nous dirions que dans ce cas, la nature n'ayant pas les mêmes moyens pour produire une nouvelle articulation que dans la luxation en haut et en dehors et dans celle en bas et en dedans, et que la tête du fémur ne trouvant pas supérieurement le même point d'appui, rien ne l'empêcherait de glisser de bas en haut lorsque le malade voudrait confier le poids du corps au membre affecté, et qu'ainsi il ne pourrait jamais marcher sans des moyens auxiliaires propres à le soutenir, comme béquilles, etc. Au reste, on conçoit que dans cette luxation, comme dans les autres, le membre doit diminuer de volume, par la gêne que le déplacement de l'os apporte aux mouvements naturels de la cuisse.

Le procédé par lequel on réduit les différentes luxations de la cuisse est le même pour toutes, sauf quelques modifications que nous indiquerons plus bas. Le malade est couché sur une table basse et solide, garnie d'un matelas, ou sur un lit sans dossier, et, au défaut de l'un et de l'autre, sur un lit de sangle couvert d'un ou de plusieurs matelas. Le malade ainsi placé, il suffit quelquefois, pour opérer la réduction, de faire tirer le membre en bas par un aide robuste, qui embrasse la partie inférieure de la jambe au-dessus des malléoles avec ses deux mains, tandis qu'un autre aide fixe le bassin. Cependant le plus souvent la force que ces deux hommes peuvent déployer est insuffisante, et l'on est obligé de faire agir un plus grand nombre d'aides, au moyen de lacs convenablement disposés. Une nappe ou un drap plié suivant sa largeur, et réduit ainsi à cinq ou six travers de doigt de large, servira de lacs pour l'extension : on place sa partie moyenne sur la partie inférieure et antérieure de la jambe, au-dessus des mal-

léoles, après avoir garni cette partie avec du linge ou du coton cardé, afin d'empêcher l'impression douloureuse du lacs, dont les extrémités, conduites en arrière, sont tordues ensemble et confiées à des aides.

Un autre lacs, formé également d'une nappe ou d'un drap plié comme le précédent, sert pour la contre-extension. La partie moyenne de ce lacs est placée sur la partie interne supérieure de la cuisse saine, préalablement garnie avec du linge, ou toute autre substance propre à modérer l'effet de la compression : les extrémités de ce lacs sont conduites, l'une antérieurement dans le pli de l'aîne, et l'autre postérieurement sur la fesse du même côté ; on les réunit au-dessus de la crête de l'os des îles, où on les tord ensemble pour les confier à des aides. Mais ce lacs n'empêcherait pas le bassin d'être entraîné de l'autre côté par la force de l'extension, ce qui rendrait la réduction beaucoup plus difficile, si on ne se servait d'un autre lacs, dans l'intention de fixer le bassin d'une manière convenable. On place ce lacs de façon qu'il embrasse le bassin du même côté, dans l'intervalle qui est entre la crête de l'os des îles et le grand trochanter, et on en porte les extrémités un peu obliquement de bas en haut, l'une en devant, et l'autre en arrière, pour les réunir sur la crête de l'os ilion du côté opposé à la maladie, et les confier ensuite à des aides. La puissance contre-extensive agissant en même temps sur les deux lacs, le bassin est fixé solidement sans qu'il puisse être entraîné d'un côté ni de l'autre. En plaçant les lacs destinés à l'extension et à la contre-extension comme nous venons de le dire, aucun des muscles qui entourent l'articulation n'est excité à une action contraire au but qu'on se propose, et ne vient ajouter à la difficulté de la réduction.

Le nombre des aides destinés à faire l'extension et la contre-extension doit être le même de part et d'autre, en les supposant de force égale. Ce nombre doit varier suivant la force du malade, ou, pour mieux dire, suivant la résistance que présentent les muscles qui environnent l'articulation. Il faut qu'ils puissent vaincre cette résistance, sans quoi il y aurait impossibilité de ramener la tête de l'os dans sa cavité naturelle. On dit communément que pour réduire une luxation, il faut plus d'adresse que de force ; cela n'est point exact : il serait plus conforme à la vérité d'avancer qu'il faut toujours beaucoup d'adresse, et souvent beaucoup de force. Les plus grands efforts deviendraient presque toujours inutiles, s'ils n'étaient dirigés par des mains habiles, de même que des mains habiles seraient insuffisantes,

si elles n'étaient aidées de forces proportionnées à la résistance des muscles. Hippocrate, persuadé que la difficulté de la réduction des membres luxés tient à l'insuffisance des extensions, recommande de ne point les ménager ; car, dit-il, une extension forte et directe oblige la tête de l'os à se porter vis-à-vis de sa cavité, et pour peu qu'on la dirige, rien ne s'oppose plus à sa rentrée.

Les puissances extensives et contre-extensives étant disposées comme nous venons de le dire, le chirurgien, placé au côté externe du membre, donne aux aides le signal d'agir : ceux qui doivent faire la contre-extension tirent sur les lacs suivant la direction même que le chirurgien leur a donnée ; à l'égard de ceux qui font l'extension, ils doivent agir dans une direction différente, suivant l'espèce de la luxation. Dans celle en haut et en dehors, l'extension sera faite obliquement de dehors en dedans, et un peu de derrière en devant ; dans la luxation en bas et en dedans, la puissance doit agir obliquement de dedans en dehors ; dans celle qui a lieu en haut et en dedans, la direction du membre étant peu changée, l'extension sera faite dans une direction presque parallèle à l'axe du corps. En un mot, dans toute luxation de la cuisse, la puissance extensive doit exercer son action suivant la direction que le déplacement de l'os a imprimée au membre.

Lorsque le chirurgien juge que l'extension est suffisante, et que la tête de l'os est dégagée de l'endroit dans lequel elle s'était placée, il opère la coaptation ou la conformation, ce qui se pratique différemment suivant l'espèce de déplacement auquel il s'agit de remédier. Dans la luxation en haut et en dehors, il appuie ses deux mains sur le grand trochanter, et le pousse en bas et en dedans, pour faire glisser la tête du fémur sur la face externe de l'os des îles, et la conduire dans la cavité cotyloïde. Dans celle en bas et en dedans, le chirurgien embrasse avec ses deux mains la partie interne et supérieure de la cuisse, et la porte en haut et en dehors, tandis que les aides, sans cesser de faire l'extension, en dirigent la partie inférieure en dedans. Dans la luxation en haut et en dedans, il appuie sur la tête du fémur en la poussant en bas et en dehors. Quant à la luxation en bas et en arrière, comme il est infiniment probable qu'elle n'arrive jamais primitivement, on doit d'abord agir sur le fémur de manière à porter sa tête vers le lieu qu'elle occupe dans la luxation en haut et en dehors, et se conduire ensuite comme dans la réduction de cette dernière. En

un mot, quelle que soit l'espèce de luxation à laquelle on veut remédier, on doit faire parcourir à l'os, pour rentrer dans sa cavité, le même chemin qu'il a pris pour en sortir.

On connaît que la luxation est réduite au bruit qui se fait entendre au moment où la tête de l'os rentre dans la cavité cotyloïde, au rétablissement de la longueur, de la rectitude et de la conformation naturelles du membre, à la liberté qu'il acquiert de se mouvoir, et à la cessation de la douleur. Il arrive quelquefois qu'après la réduction de la luxation, le membre est un peu plus long que l'autre, ce qui provient de ce que la tête du fémur ne s'enfonce d'abord pas exactement dans la cavité cotyloïde, ou de ce que les cartilages articulaires et la glande synoviale sont un peu gonflés. Mais quelle que soit la cause de ce phénomène, il disparaît ordinairement au bout de quelques jours.

Il est rare qu'on ne parvienne pas à réduire les luxations de la cuisse par les procédés que nous venons de décrire; et lorsqu'ils sont insuffisants, il est plus rare encore qu'on puisse y parvenir en employant les différentes machines qu'on a imaginées pour cet effet. Mais il arrive souvent que les premières tentatives de réduction que l'on fait sont infructueuses, et qu'on est obligé de les réitérer plusieurs fois avant d'obtenir le résultat qu'on se propose. Lorsqu'après plusieurs essais bien dirigés la tête du fémur n'est pas rentrée dans sa cavité naturelle, on doit rechercher avec soin les causes qui s'y opposent : tantôt c'est la disproportion entre la résistance qu'opposent les muscles par leur contraction ordinaire, et les forces qui ont été employées à l'extension et à la contre-extension; tantôt c'est leur contraction spasmodique déterminée par l'irritation et la douleur. Dans le premier cas, on doit augmenter les forces extensives et contre-extensives, et les proportionner à la résistance des muscles; dans le second, on doit diminuer les forces du malade par les saignées plus ou moins répétées, suivant son âge et son tempérament; par les bains et une diète sévère, et calmer l'irritation locale et la douleur par les applications émollientes et anodines.

Pour contenir réduites les luxations du fémur, il suffit d'empêcher les mouvements qui ont eu lieu pendant le déplacement. Pour cela le malade restera au lit, les cuisses rapprochées l'une de l'autre, et maintenues dans cette position au moyen d'une petite bande placée au-dessus des genoux, et disposée en manière de 8 de chiffre; on appliquera sur l'articulation un cataplasme émollient, ou des compresses

imbibées de liqueurs de même nature, qu'on peut même rendre anodines, s'il est nécessaire. Lorsque la tension et la douleur seront dissipées, on remplacera ces topiques par des résolutifs. Il est rare que ces symptômes soient portés au point d'exiger la saignée et une diète sévère. On peut toujours laisser prendre aux malades, dès les premiers jours, une petite quantité d'aliments légers et faciles à digérer; on ne doit leur permettre de se lever et de commencer à marcher que lorsque la douleur est entièrement dissipée, ce qui n'arrive ordinairement que le vingt-cinquième ou le trentième jour après la réduction de la luxation, et quelquefois même plus tard. Il est à observer que les luxations en haut étant toujours accompagnées de la rupture du ligament rond, et la réunion de ce ligament ne se faisant que très-difficilement, ou même n'ayant quelquefois point lieu du tout, il faut qu'après leur réduction le malade garde plus longtemps le repos; dans tous les cas, lorsqu'il commence à marcher, il doit se servir de béquilles et éviter de confier entièrement le poids du corps au membre affecté. Sans cette précaution les douleurs se réveilleraient, les cartilages qui encroûtent les surfaces articulaires pourraient s'engorger, ainsi que le paquet synovial contenu dans l'articulation; et si le malade continuait à marcher, malgré ces accidents, il s'exposerait à une luxation spontanée, maladie très-grave dont nous parlerons bientôt.

Nous avons fait connaître les changements qui arrivent aux os et aux parties molles, lorsque les luxations de la cuisse n'ont pas été réduites, et les ressources de la nature en pareille circonstance pour rendre le membre encore d'une grande utilité. Nous devons ajouter qu'une personne chez laquelle il a été impossible d'opérer la réduction doit garder le lit pendant un temps très-long, et que, lorsqu'elle est en état d'en sortir, il faut qu'elle se serve de béquilles, et qu'elle n'abandonne leur secours que lorsque la nouvelle articulation a acquis assez de solidité pour retenir la tête du fémur, ce qui n'arrive, nous le répétons, que très-lentement et au bout d'un temps considérable (a).

(a) — Boyer admet quatre espèces de luxations du fémur : 1° la luxation en haut et en dehors, ou dans la fosse iliaque externe, ou iliaque; 2° la luxation en bas et en dedans, ou en avant et en bas, ou

dans le trou ovalaire ou sous-pubien, ou luxation sous-pubienne; 3° la luxation en haut et en dedans, ou en avant et en haut, ou sur le pubis, ou luxation pubienne; 4° la luxation en bas et en arrière.

Les trois premières espèces de luxations sont trop connues pour que j'aie quelque chose à ajouter à ce que dit Boyer : il n'en est pas de même de la dernière. Boyer ne l'avait pas vue, comme on peut en juger d'après ce qu'il dit dans son ouvrage, puisqu'il émet l'opinion qu'elle est extrêmement difficile ou, pour mieux dire, presque impossible, et qu'il ajoute qu'il lui paraît infiniment probable et presque démontré qu'elle ne peut jamais être primitive ou immédiate, et qu'elle ne peut avoir lieu que consécutivement et succéder à une luxation en haut et en dehors. Il ne dit donc rien de positif sur cette luxation, et dans l'exposé des symptômes qu'il suppose qu'elle présenterait si elle existait, il ne fait que des conjectures. Nous ne pouvons baser aucune opinion certaine sur les idées théoriques de Boyer, et pour nous fixer sur cette luxation, nous sommes obligé de consulter les pathologistes.

Cette luxation, successivement admise et rejetée par les chirurgiens qui se sont occupés des maladies des os, ne présente pas aujourd'hui plus qu'autrefois des symptômes tellement saillants et tellement positifs, que les partisans de son existence ne puissent pas la confondre avec une luxation dans la fosse iliaque externe. Si nous adoptons la dénomination de luxation en haut et en dehors, peut-être pourrions-nous trouver quelques symptômes distinctifs; mais comme les différences qui existent entre ces symptômes ne sont relatives qu'à leurs degrés, je pense qu'on ne doit pas faire deux espèces de luxations, et que par conséquent ce nom n'est pas convenable, parce qu'il n'exprime exactement qu'une seule position de la tête du fémur; tandis que celui de luxation dans la fosse iliaque externe, ou simplement de luxation iliaque, indique tout à la fois et le siège de la luxation et les divers points que la tête du fémur peut occuper. Cette distinction n'est pas futile. En effet, si la tête du fémur peut se trouver dans divers points de la fosse iliaque externe, la luxation dans cette fosse doit présenter des modifications dans ses symptômes, en raison du point où sera placée cette tête. C'est, je crois, ce qui est arrivé pour cette luxation, de sorte qu'il me semble difficile de dire, d'après l'étude des symptômes seuls, qu'il existe réellement soit une luxation en arrière ou dans l'échancrure sciatique, comme le veut Astley Cooper, ou sacro-sciatique, comme le veut M. Gerdy, soit une luxation en bas directement ou ischiatique, comme le veut le

même pathologiste, soit une luxation en bas et en arrière, comme l'appelle Boyer d'après ses prédécesseurs, et comme l'ont nommée les élèves et les copistes de Boyer. Peut-on le dire d'après l'anatomie pathologique? C'est presque aussi difficile. Je vais examiner successivement ces deux points de doctrine.

Je ferai d'abord remarquer que, pour bien comprendre la luxation iliaque ou dans la fosse iliaque externe, il faut bien s'entendre sur les limites de la fosse iliaque. On nomme fosse iliaque externe l'espace de l'os coxal qui se trouve au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, et qui est circonscrit en haut par la crête iliaque, en bas par la cavité cotyloïde et la saillie convexe qu'on remarque à sa partie postérieure, en arrière par la portion de l'os qui s'articule avec le sacrum, la grande échancrure sacro-sciatique et l'épine sciatique qui correspond à la saillie convexe dont je viens de parler, et en avant par la portion du bord antérieur de l'os coxal qui se trouve entre l'épine supérieure et antérieure de cet os et le niveau horizontal de la cavité cotyloïde. Si cette circonscription est exacte, nous voyons que l'expression de luxation en arrière et en bas, ou même en arrière et en haut, n'est pas admissible, tandis que celle de luxation iliaque est la seule convenable, puisque la tête de l'os n'a jamais été vue dépassant les limites de la fosse iliaque externe. Nous voyons aussi que les symptômes doivent être analogues, puisque la position de la tête du fémur est toujours à peu près la même, et que les différences qui peuvent exister dépendent uniquement du point plus ou moins élevé qu'elle occupe dans la fosse iliaque; nous voyons enfin que cette tête se trouve toujours entre l'os coxal et les muscles fessiers, et par conséquent toujours dans la fosse iliaque externe.

Je ne chercherai pas dans tous les pathologistes les symptômes qu'ils indiquent : la plupart les ont décrits par théorie, et non par suite de leurs observations sur le vivant ou sur le cadavre. Je comparerai de suite dans Astley Cooper, qui dit avoir vu plusieurs fois cette luxation, les symptômes qu'il donne pour elle et pour la luxation qu'il nomme en haut ou dans la fosse iliaque. Dans celle-ci, le membre est plus court d'un pouce et demi à deux pouces et demi; le gros orteil correspond au tarse de l'autre pied; le genou et le pied sont tournés en dedans; le genou du côté malade est situé sur un plan antérieur au genou du côté sain; la jambe ne peut être éloignée de celle du côté sain; la cuisse malade peut être fléchie de façon à croiser la direc-

tion de l'autre; les mouvements de la tête du fémur sur la fosse iliaque peuvent être vus; le grand trochanter s'avance vers l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles beaucoup plus qu'à l'ordinaire; il est moins saillant que celui du côté sain. Ainsi, ajoute ce chirurgien, les signes de cette luxation sont: le raccourcissement du membre, sa rotation en dedans, la diminution des mouvements et l'absence de saillie du trochanter.

Dans la luxation en arrière ou dans l'échancrure sciatique, les signes sont les suivants. Le membre est raccourci quelquefois d'un pouce, mais le plus ordinairement d'un demi-pouce; les orteils appuient sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied opposé; le genou et le pied sont moins tournés en dedans; le genou est moins projeté en avant que dans la luxation en haut, et il est porté un peu au devant de l'autre et légèrement fléchi; les mouvements de flexion et de rotation sont presque complètement impossibles; la tête du fémur est tellement enfoncée dans l'échancrure sciatique, qu'on ne peut la sentir que chez les personnes maigres et seulement en faisant exécuter au fémur des mouvements de rotation en avant; le grand trochanter est situé en arrière, mais il reste encore presque à angle droit avec l'os iliaque, et il offre une légère inclinaison vers la cavité cotyloïde.

On voit, d'après cet exposé de symptômes, copiés dans Astley Cooper, combien ce chirurgien apportait d'importance à diagnostiquer ces deux luxations, et cependant on est embarrassé pour trouver entre elles des symptômes diagnostiques différentiels suffisants pour pouvoir établir un diagnostic certain. Il me semble qu'ici comme dans les luxations du bras, on a pu prendre et on a pris des déplacements consécutifs ou peut-être des déplacements primitifs dans un des divers points de la fosse iliaque externe pour des luxations différentes, et je répéterai ici ce que j'ai déjà dit pour la luxation axillaire, que les légères modifications apportées dans les symptômes par l'action musculaire ou les agents extérieurs ne suffisent pas pour établir de nouvelles luxations. Je n'ai vu que cinq luxations iliaques; toutes étaient semblables, et cependant chacune offrait des différences, mais de ces différences comme en offrent toutes les maladies, de ces différences que l'on pourrait appeler individuelles. Astley Cooper et les chirurgiens qui ont pensé comme lui ne se sont-ils pas laissés entraîner par ces différences pour établir deux ordres de luxations? M. Gerdy, qui

rapporte un cas de luxation en arrière, le regarde comme consécutif à une luxation en arrière et en haut, et cet exemple appartient évidemment à une luxation iliaque. Ne peut-on pas admettre que tous les déplacements survenus dans ce cas sont consécutifs à une luxation en dehors et en haut, puisque déjà un médecin avait fait une tentative infructueuse de réduction, et avait entendu un craquement.

D'ailleurs, si la circonscription que j'ai indiquée pour la fosse iliaque externe est positive, nous voyons évidemment que ces diverses luxations sont toutes des luxations iliaques, et que la différence de longueur du membre dépend uniquement du siège de la tête du fémur dans un point plus ou moins élevé et plus ou moins antérieur de cette fosse, circonstance bien importante à noter pour ne pas se laisser entraîner dans une fausse voie.

Si maintenant nous consultons l'anatomie pathologique, elle nous apprend peu de chose. Astley Cooper cite un exemple remarquable, dit-il, de luxation en arrière ou dans l'échancrure sciatique qu'il a rencontrée sur un sujet destiné aux dissections. Mais ce chirurgien n'a aucun renseignement sur ce fait, et parce qu'il trouve la tête du fémur située derrière la cavité cotyloïde, sur le muscle pyramidal, au bord de l'échancrure sciatique et au-dessus des ligaments sacro-sciatiques, et le grand trochanter placé un peu en arrière de la cavité cotyloïde, mais incliné vers elle relativement à la tête de l'os, il en conclut que la luxation a été primitivement en arrière. Il me semble que cette conclusion n'est nullement probante, puisque rien ne l'éclaire sur les antécédents de la maladie. M. Billard a donné une autopsie qui paraît plus positive quant au siège primitif de la tête du fémur; mais il a oublié de nous dire sur quoi il se fondait pour admettre ce déplacement comme primitif, et ce point de doctrine aurait dû être examiné. Au surplus, voici le fait. Un homme, âgé de quarante-cinq ans, fit une chute d'une hauteur de cent vingt pieds, et ne survécut que deux heures à cet accident. Le membre droit, raccourci d'un demi-pouce, est fléchi en dedans et en avant; la cuisse est légèrement fléchie sur le tronc, et la jambe sur la cuisse; la pointe du pied est portée en dedans; le genou droit chevauche sur le gauche. On remarque en dehors, et un peu en avant du pli de l'aîne, une tumeur saillante, formée évidemment par le grand trochanter, qui est plus éloigné de la crête iliaque que dans l'état naturel. Derrière la tumeur formée par le grand trochanter existe une saillie très-dure, de forme arrondie, produite par la tête du fémur.

La fesse, légèrement déprimée en haut et en dedans, est saillante en dehors et en bas. La dissection montre le muscle grand fessier déchiré dans les deux tiers postérieurs de sa largeur; le muscle moyen fessier en partie déchiré à son insertion au grand trochanter, et la tête du fémur passée au-dessous des tendons réunis des muscles pyramidal et obturateur interne, placée au devant de l'échancrure sciatique, et appliquée au côté externe de l'épine sciatique, et par conséquent en arrière et en dehors de la cavité cotyloïde.

Cette observation paraît très-concluante à la première lecture; mais il lui manque un renseignement indispensable, puisque l'auteur ne dit rien relativement à la possibilité ou à l'impossibilité d'un déplacement consécutif; et de plus, la tête du fémur est placée sur les confins de la fosse iliaque externe et non en dehors de ses limites.

Quand nous lisons les observations de luxations en haut dans l'échancrure sciatique, nous voyons que les tractions faites pour obtenir la réduction ont été dirigées dans le même sens que celles faites pour la réduction des luxations dans la fosse iliaque. Ne serait-ce pas une nouvelle preuve de la confusion établie entre ces deux luxations?

J'ai fait connaître l'opinion des pathologistes sur les luxations du fémur en arrière; j'ai émis des doutes sur l'exactitude de cette opinion, et j'ai paru partager l'opinion de Boyer. Cependant il ne peut pas en être ainsi, puisqu'il n'avait, pour ainsi dire, aucune opinion sur cette luxation. Sa théorie n'était basée sur aucun fait, soit affirmatif, soit négatif. Aujourd'hui, des faits sont cités en faveur de l'existence de ces luxations: ces faits, que j'ai rapportés, ne me semblent pas probants, et je crois que les luxations citées ne sont autre chose que des luxations de la fosse iliaque déplacées ou primitives dans la partie postérieure de cette fosse, et je ne crois pas que l'on puisse admettre des luxations du fémur en arrière, soit au-dessus de la cavité cotyloïde, soit au niveau de cette cavité, soit au-dessous d'elle.

Malgré les muscles nombreux et très-forts qui environnent l'articulation coxo-fémorale, les luxations de cette articulation sont faciles à réduire, et je ne crois pas qu'il soit nécessaire pour y parvenir d'avoir recours à tous les moyens préparatoires conseillés par divers chirurgiens. Dans les cinq cas de luxations dans la fosse iliaque et dans celui de luxation dans la fosse sous-pubienne que j'ai observés, j'en ai vu quatre de luxations iliaques qui ont été réduits avec la plus grande facilité par les tractions opérées par les aides; et si une fois

la réduction a été impossible, cela a tenu sans doute à l'ancienneté de la luxation et à la réserve qui a été mise dans les tractions; je rapporterai ce cas tout à l'heure. Je pense aussi que c'est cette même réserve dans les tractions qui a été la cause de la non-réduction de la luxation sous-pubienne, tant que je n'ai employé que les forces des aides. Je dois avouer qu'à l'époque où j'ai vu cette luxation, j'étais encore persuadé qu'on avait beaucoup à craindre la déchirure de la peau et des parties molles pendant les fortes tractions, et que n'ayant pas encore l'expérience que j'ai acquise depuis, je ne faisais pas faire des tractions assez soutenues ni assez continues. Aujourd'hui, de pareils insuccès ne m'arriveraient pas. Tout praticien doit être convaincu que pour obtenir la réduction de toute luxation il doit faire opérer des tractions très-lentes, très-soutenues et très-fortes, parce qu'ainsi il fatigue les muscles et les fait céder; toutes les fois qu'il n'agira pas ainsi, il n'aura pas les résultats qu'il désire. Le mode d'action que je conseille est analogue à celui des mouffes.

J'ai vu une luxation dans la fosse sous-pubienne, et je n'ai pu la réduire avec le secours des aides, quoique je m'y sois repris à trois fois différentes, et quoique chaque fois j'aie fait plusieurs tentatives: mais les tractions n'ont été ni assez longues ni assez soutenues. J'ai eu recours alors aux mouffes, et M. Sédillot et moi nous avons obtenu la réduction avec une force de deux cent cinquante livres.

Le cas de luxation dans la fosse iliaque où la réduction n'a pu être faite est le suivant; ce cas est très-curieux, parce que le chirurgien qui a vu le malade a cru avoir réduit la luxation; parce que le membre avait recouvré toutes les apparences de sa force normale; et parce qu'après un mois de séjour au lit la luxation existait. Je citerai un autre cas analogue qui m'a été communiqué par M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Un homme fut apporté à l'hôpital Saint-Louis, dans mes salles, pour une luxation du fémur dans la fosse iliaque gauche. J'étais absent, et le chirurgien qui faisait le service pour moi réduisit ou crut réduire la luxation. Lorsque je revins le lendemain, mes deux élèves internes, jeunes gens instruits, me dirent que la luxation avait été réduite sans rien présenter d'extraordinaire dans sa réduction, et que l'os, en rentrant dans sa cavité, avait fait entendre le bruit accoutumé. J'examinai le membre, et comme je le trouvai dans l'état normal, je me contentai de le faire maintenir fixé contre le membre sain. Je visitai plusieurs fois la cuisse, sans toute-

fois lui faire exécuter des mouvements, et je n'aperçus jamais rien d'extraordinaire. Au bout d'un mois, je dis au malade de se lever; il le fit dans la journée. A la visite du lendemain, il m'annonça qu'au moment où il s'était mis debout, le membre s'était raccourci, et le pied avait tourné en dedans. J'eus peine à le croire; et de suite je fis l'examen du membre. Je trouvai, en effet, une luxation dans la fosse iliaque externe. Les élèves internes furent très-étonnés, car ils étaient certains que la luxation avait été réduite.

J'en parlai à mon collègue, qui m'avait remplacé, et qui m'assura, ainsi que l'avaient déjà fait les élèves, que la luxation avait été réduite. Je soutins avec raison, je crois, aux uns et aux autres, que si la luxation avait été réduite, elle ne se serait pas reproduite, parce qu'il est aussi difficile de reproduire une luxation que de la faire. J'essayai de la réduire avec le secours des aides; je ne le pus, et je n'ai pas été plus heureux avec les mouffes, quoique j'aie employé une force de trois cents livres, de sorte que le malade est resté estropié. J'en parlai à M. Robert, qui me raconta le fait suivant en tout semblable au précédent. Un ouvrier qui travaillait dans une usine à vapeur eut la cuisse droite luxée dans la fosse iliaque externe. Un chirurgien réduisit la luxation, au rapport du malade. Quinze jours après son accident, il entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, qui reconnut une luxation iliaque dans laquelle la tête du fémur était portée vers l'échancrure sciatique. Cette position était-elle primitive ou le résultat des tentatives de réduction? M. Robert réduisit, sans beaucoup de peine, cette luxation, en mettant en usage un procédé qui a été vanté depuis plusieurs années. Ce procédé consiste à fixer convenablement le bassin pour qu'il demeure immobile, et à fléchir fortement la cuisse sur le bassin, tandis que l'épaule du chirurgien, placée sous le genou du malade, élève fortement la cuisse et ramène ainsi la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Ce procédé de réduction, que j'ai vu essayer deux fois sans succès, a réussi dans quelques autres cas.

J'ai vu une fois une luxation du fémur gauche dans la fosse sous-pubienne, qui se reproduisait spontanément. Le malade était un jeune homme de vingt ans, qui prétendait que sa luxation était le résultat d'une chute dans laquelle la cuisse avait été portée dans un violent mouvement d'abduction. Il fut apporté à l'hôpital de la Charité, et l'élève de garde réduisit la luxation sans peine; il fixa les deux mem-

bres ensemble au moyen d'un bandage; mais dans un mouvement que fit le malade, la luxation s'effectua de nouveau. Boyer fit de nouveau la réduction, et un pareil phénomène eut lieu. Le malade resta estropié comme on l'est à la suite de cette luxation.

ARTICLE XIV.

De la luxation spontanée ou consécutive du fémur.

On a donné les noms de luxation spontanée du fémur, luxation consécutive, *morbus coxarius*, à une maladie de l'articulation ilio-fémorale, dans laquelle la tête du fémur, poussée peu à peu hors de la cavité cotyloïde, monte sur la face externe de l'os des îles, ou descend dans la fosse ovalaire. Cette luxation, beaucoup plus fréquente que celles qui sont produites immédiatement par une violence extérieure, était connue des anciens, et a été indiquée par Hippocrate dans les aphorismes 59 et 60 de la section VI; mais il y a loin de cette simple indication à la description exacte de la luxation consécutive du fémur qui a été donnée par J.-L. Petit, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, pour l'année 1722, et par Sabatier, dans le tome V des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, et aux observations nombreuses qui ont été recueillies et publiées depuis sur cette fâcheuse maladie.

Pour traiter méthodiquement ce sujet, nous considérerons successivement les causes de la maladie, les désordres qu'elle produit dans l'articulation et les parties environnantes, la manière dont ces désordres amènent le déplacement du fémur, la marche qu'elle suit, les différents symptômes qui se manifestent dans chacun de ses degrés, son pronostic, et enfin ses indications curatives.

La luxation spontanée du fémur peut être produite par une cause externe, par une cause interne, ou par le concours de ces deux causes. On a cru pendant longtemps que cette luxation dépendait toujours d'une cause interne, et lorsque la maladie avait été précédée d'une chute ou d'un coup, on ne regardait ces accidents que comme causes occasionnelles ou déterminantes.

Cependant l'observation a appris qu'une contusion violente de l'articulation ilio-fémorale, produite par une chute sur le grand trochan-