

**XVI. LUXATIONS DES SECONDES PHALANGES OU PHALANGINES.**

Il en existe trois sortes : en arrière, en avant et sur les côtés.

**1° LUXATION EN ARRIÈRE.** Elle est produite par une chute sur la face palmaire du doigt. Elle est caractérisée par les signes suivants : du côté de la face dorsale de l'articulation existe une saillie formée par la tête de la seconde phalange, surmontée d'une dépression profonde ; du côté de la face palmaire se trouve une autre saillie formée par la première phalange, avec une dépression au-dessous, moins profonde que celle qui existe en arrière ; le doigt est raccourci. La seconde phalange est étendue, un peu renversée en arrière ; la phalangette légèrement fléchie en avant.

Pour réduire la luxation, on exerce une traction sur les deux dernières phalanges, on communique une impulsion à la tête de la deuxième, et on imprime à cette dernière un mouvement de flexion brusque.

**2° LUXATION EN AVANT.** Elle résulte d'un choc qui pousse la seconde phalange en avant, pendant que la première phalange est retenue par un point d'appui ou par l'action musculaire.

Cette luxation est complète ou incomplète. Elle est caractérisée par une saillie de la première phalange en arrière et de la deuxième en avant, avec flexion des deux dernières phalanges et impossibilité de les étendre. Le doigt correspondant est raccourci lorsque la luxation est complète.

On obtient la réduction de la luxation en avant, en combinant la traction sur le doigt avec la pression sur la tête de la phalange.

**3° LUXATIONS LATÉRALES.** Elles sont tellement rares que Malgaigne n'a pu en trouver que trois observations. Dans l'une d'elles, portant sur la deuxième phalange de l'annulaire, on a noté : un raccourcissement de ce doigt d'environ deux tiers de centimètre ; une saillie de la tête de la seconde phalange sur la face externe de la première qui était inclinée légèrement en dedans ; la troisième phalange était elle-même un peu fléchie et contournée en dedans, au point que sa face palmaire regardait le dos du médius. La réduction a été obtenue par l'extension et la coaptation.

**XVII. LUXATIONS DE LA PHALANGETTE DU POUCE.**

Ces luxations se font le plus souvent en arrière ; elles sont complètes ou incomplètes ; il est d'observation qu'elles sont souvent compliquées de déchirure des téguments.

**1° LUXATION INCOMPLÈTE EN ARRIÈRE.** Elle est occasionnée par les chutes faites sur le pouce.

La phalangette demeure étendue sur la phalange ; elle est fixe et sans

mouvement. Du côté de la face dorsale existe une saillie de 4 à 5 millimètres formée par l'extrémité supérieure de la phalangette ; à la face palmaire se trouve une autre saillie correspondant à la phalange.

On réduit la luxation en imprimant à la phalangette un mouvement de flexion prononcé.

**2° LUXATION COMPLÈTE EN ARRIÈRE.** Elle résulte d'une chute sur la face palmaire de la phalangette.

Tantôt la phalangette est renversée en arrière, de manière à former avec la phalange un angle plus ou moins rapproché de l'angle droit et à s'appliquer par la surface articulaire sur le dos de la phalange ; tantôt elle est portée dans l'extension forcée et située sur un plan postérieur à la phalange. La base de la phalangette soulève la peau en arrière ; en avant la saillie appartenant à la phalange ne se révèle qu'au toucher. Quelquefois la peau est soulevée en arrière par le tendon extenseur. Le pouce est plus ou moins raccourci. Dans quelques cas, il existe une ecchymose transversale, linéaire, au niveau du pli cutané palmaire.

La dissection d'une luxation récente de ce genre a fait reconnaître à Jarjavay une rupture du ligament antérieur à son insertion à la phalangette, l'intégrité des ligaments latéraux.

La réduction est en général facile ; toutefois quelques-unes de ces luxations sont réfractaires aux efforts le mieux dirigés, ce qu'on a expliqué par l'interposition aux surfaces articulaires du ligament antérieur ou du tendon fléchisseur, par la tension des ligaments latéraux, par la rencontre des saillies de la phalange et de la phalangette, qui s'arrêtent l'une l'autre en forme de crochet.

On a réduit de diverses manières : par une impulsion unie ou non à une légère traction, par une impulsion combinée avec la flexion, par le renversement de la phalangette en arrière suivi de l'impulsion en avant.

**3° LUXATION EN AVANT.** Pour qu'elle se produise, il faut un choc qui porte son action sur l'extrémité inférieure de la phalangette.

La phalangette est renversée en arrière avec sa tête projetée en avant ; quelquefois elle est légèrement fléchie en avant. Tandis que la phalange fait une saillie du côté de la face dorsale, la phalangette proémine du côté de la face palmaire ; le pouce est raccourci de 4 à 5 millimètres ; les mouvements d'extension et de flexion de la phalangette sont impossibles.

La réduction s'obtient par la flexion de la dernière phalange dans la paume de la main, ou bien par l'impulsion directe sur la tête de la phalangette, ou bien encore par l'extension combinée avec l'impulsion.

**Luxations compliquées.** Les diverses espèces de luxations de la phalangette sont souvent accompagnées d'une déchirure des téguments du côté de la face palmaire, au niveau du pli palmaire, ou un peu au-dessus de ce point. Cette déchirure est plus ou moins profonde ; elle est bornée à la peau ou s'étend à la gaine du tendon fléchisseur ; elle est parfois accompagnée

de la saillie de l'un des os à travers la plaie, d'une rupture du tendon fléchisseur.

La réduction est plus difficile que dans les luxations simples; quelques chirurgiens, après avoir épuisé leurs efforts, se sont décidés à amputer la phalange; d'autres l'ont reséquée. Dans quelques cas, malgré toute la promptitude de la réduction, il est survenu une gangrène du pouce et même de l'avant-bras, le tétanos.

Lorsque les méthodes ordinaires sont insuffisantes pour obtenir la réduction, on peut essayer l'introduction d'un levier en fer entre les deux phalanges pour ramener les surfaces articulaires en rapport (Malgaigne). Si on échoue, on pratiquera une résection de la phalange, et on combattra ensuite les phénomènes inflammatoires par les moyens appropriés.

Les luxations des phalanges des quatre derniers doigts sont très-rares; on a néanmoins observé des luxations en arrière incomplètes et complètes, une luxation incomplète en arrière et en dehors, une luxation incomplète en arrière et en dedans, et des luxations latérales.

#### XVIII. LUXATIONS DU BASSIN.

Les pièces osseuses qui forment le bassin sont très-solidement réunies par des articulations amphiarthrodiales. Il est néanmoins possible qu'elles se séparent les unes des autres sans que cette disjonction ait été préparée par aucun travail morbide et sous l'influence seulement d'une violence extérieure.

**Espèces.** On peut en admettre six, suivant que le déplacement porte sur la symphyse pubienne, sur la sacro-iliaque, sur les deux symphyses à la fois c'est-à-dire l'os iliaque tout entier, sur les deux symphyses sacro-iliaques ou sur le sacrum, sur les trois symphyses principales du bassin c'est-à-dire sur les trois os à la fois, sur la symphyse sacro-coccygienne.

**1° LUXATION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE.** Elle est occasionnée par une violence extérieure qui a agi dans une direction propre à écarter les pubis l'un de l'autre; ainsi par la pression excessive de la selle entre les cuisses d'un cavalier, le cheval faisant des sauts brusques; une chute sur la partie postérieure et latérale du bassin.

Dans un cas observé par Murville sur un cavalier, il y avait, indépendamment d'une déchirure du périnée, un écartement de la symphyse pubienne capable de recevoir la main, une douleur vive dans ce point et dans la symphyse sacro-iliaque gauche, augmentant par les mouvements du membre correspondant, ce qui a fait supposer à d'autres chirurgiens qu'il existait une disjonction concomitante des symphyses sacro-iliaques. La rupture de la vessie a été observée dans un autre cas.

Les indications à remplir sont : de rapprocher les pubis au moyen d'un bandage de corps fortement serré autour du bassin, de tenir les genoux réunis au moyen d'une bande, les membres inférieurs fléchis sur un double

plan incliné formé par des coussins; de combattre les accidents par les moyens appropriés.

**2° LUXATION DE LA SYMPHYSE SACRO-ILIAQUE.** Elle a été produite par une violence extérieure exercée sur la partie postérieure de l'os iliaque, ou bien par des chutes sur cette région.

La luxation est rarement simple; le plus souvent elle est accompagnée d'une fracture de l'os iliaque ou du pubis. Les phénomènes semblent différer dans les deux cas :

Dans une luxation sans fracture, dont l'observation a été communiquée par Philippe à l'Académie de chirurgie, le déplacement était léger; il y avait un engourdissement local qui se dissipa le lendemain; le troisième jour, douleur, gonflement du ventre, paraplégie, et finalement la mort survint après trois semaines.

Lorsque la luxation est accompagnée d'une fracture, le déplacement est encore quelquefois peu marqué, l'os iliaque est mobile; on perçoit un craquement au niveau de la symphyse, en pressant sur l'épine iliaque antéro-supérieure, ou en faisant agir la cuisse correspondante. Dans d'autres cas, il existe un écartement considérable des os; l'épine iliaque antéro-supérieure est portée en haut et en arrière, la postérieure plus élevée que celle du côté opposé, d'où un raccourcissement apparent du membre inférieur; on a vu le pied tourné en dedans.

Pour reconnaître cette lésion, on aura égard à la mobilité avec craquement du côté de la symphyse, à l'existence d'un écartement dans ce point propre à admettre le doigt, au changement de niveau de l'épine iliaque postérieure.

La plupart des malades ont guéri. L'indication à remplir est de favoriser le contact des surfaces et la consolidation, à l'aide d'un bandage serré autour du bassin.

**3° LUXATION DE L'OS ILIAQUE DANS SES DEUX SYMPHYSES A LA FOIS OU LUXATION DE L'OS ILIAQUE TOUT ENTIER.** Pour qu'une telle luxation ait lieu, il faut une violence extérieure énergique portant son action sur le bassin, en avant, en arrière ou sur le côté. Aussi cette lésion est-elle souvent accompagnée d'une fracture de l'ilium, du pubis, de la branche ascendante de l'ischion. Elle est caractérisée par une sensation de craquement perçu par le blessé, et que le chirurgien peut reproduire en exerçant des tractions sur le membre inférieur ou en le fléchissant; un gonflement et une ecchymose; quelquefois le membre correspondant est raccourci et le pied renversé en dehors. Tantôt il ne paraît pas y avoir de déplacement appréciable de l'os iliaque; on reconnaît qu'il est mobile en pressant sur les symphyses ou sur la crête iliaque; tantôt, l'os iliaque ayant subi une sorte de bascule, le pubis du côté luxé est remonté au-dessus de l'autre, l'épine iliaque postérieure et la crête iliaque sont portées en dehors et en arrière, la tubérosité sciatique rapprochée de la ligne médiane. Cette luxation a été confondue avec la fracture du col du fémur, ce qu'expliquent l'existence de la crépitation, le raccourcissement du membre et le renversement du pied en de-

hors. D'autres ont cru à la luxation alors qu'il existait une double fracture du bassin (voy. p. 385); la méprise inverse a été faite aussi. Dans tous les cas, le pronostic est grave, en raison des désordres concomitants ou consécutifs; notamment de la rupture de l'urètre, de la suppuration du bassin, etc.

4° LUXATION DES DEUX SYMPHYSES SACRO-ILIAQUES OU DU SACRUM. Cette luxation est tellement rare, que Malgaigne n'a pu en trouver que quatre observations. Ce chirurgien considère même comme douteux le cas de luxation *en bas* rapporté par Murville. Il ne reste donc que les luxations *en avant* dont une observée par Em. Foucher. A l'autopsie, on trouva un épanchement sanguin dans le bassin et les fosses iliaques; le sacrum était luxé en avant et en haut, dépassant le plan de la fosse iliaque interne de 3 centimètres à droite, de 2 centimètres à gauche; le coccyx était porté en avant; le bord postérieur de l'os iliaque proéminait beaucoup en arrière, la gouttière ilio-sacrée était très-profonde.

5° LUXATION DES TROIS SYMPHYSES OU DES TROIS OS A LA FOIS. Il en existe quelques exemples rapportés par A. Cooper, J. Cloquet, Richerand. La mort en a toujours été la conséquence; il y a eu, dans tous les cas, des complications graves telles que fracture du pubis, de l'ischion, fractures multiples du bassin, déchirure de la vessie; ce qu'explique suffisamment l'énergie de la violence nécessaire pour produire la luxation.

6° LUXATIONS DU COCCYX. Elles se font en arrière ou en avant; les premières sont extrêmement rares.

Les luxations *en avant* sont occasionnées par une chute en arrière dans laquelle le coccyx porte sur un corps dur et saillant. Elles sont caractérisées par une douleur excessive au moment de l'accident, persistante plus tard et augmentant par les mouvements; quelquefois il existe un besoin perpétuel d'aller à la garde-robe, ou bien encore un gonflement avec ecchymose de la région coccygienne, une vive douleur à la pression sur le coccyx, une saillie du coccyx en avant que l'on peut sentir en portant le doigt dans le rectum. Il est facile de prendre la luxation pour la fracture; celle-ci se distingue par la crépitation et l'inégalité des fragments. Pour la réduction, on repousse le coccyx en arrière avec le doigt introduit dans le rectum; si la luxation avait de la tendance à se reproduire, on la maintiendrait réduite au moyen d'un corps étranger placé à demeure dans le rectum.

#### XIX. LUXATIONS COXO-FÉMORALES.

**Espèces. Variétés.** Il en est des luxations coxo-fémorales comme des scapulo-humérales (p. 494); elles ont été dénommées, par les uns, d'après le sens dans lequel la tête du fémur se déplace; par les autres, d'après les nouveaux rapports que la tête présente avec les régions environnant la cavité cotyloïde. Boyer en admet quatre espèces: la luxation *en haut et en dehors*, dans laquelle la tête du fémur se loge dans la fosse iliaque externe;

la luxation *en bas et en arrière*, dans laquelle elle correspond à la grande échancrure sciatique: la luxation *en bas et en dedans*, dans laquelle elle est logée dans la fosse ovale; la luxation *en haut et en dedans* dans laquelle elle est en rapport avec le pubis. Cette division a été reproduite par A. Cooper et Gerdy; ce dernier a ajouté la luxation directe *en bas*, et en conséquence a admis les cinq espèces suivantes que les noms caractérisent suffisamment: 1° luxation iliaque, 2° luxation sacro-sciatique, 3° luxation sous-pubienne, 4° luxation sus-pubienne, 5° luxation ischiatique ou directement en bas. Plus récemment, A. Nélaton, se fondant sur ce que la luxation iliaque et la sacro-sciatique ne diffèrent que par des nuances, les a réunies sous la dénomination d'*ilio-ischiatique*; il en admet donc quatre espèces: 1° l'*ilio-ischiatique*, dans laquelle la tête du fémur est placée à la partie inférieure de la fosse iliaque ou à la partie la plus élevée de l'échancrure sciatique; 2° l'*ischiatique*, dans laquelle la tête du fémur est située au niveau de la gouttière qui surmonte la base de l'ischion; 3° l'*ischio-pubienne* ou *ovalaire*, dans laquelle la tête du fémur répond à la fosse ovale; 4° l'*ilio-pubienne*, dans laquelle la tête du fémur repose en dehors de l'éminence ilio-pectinée. Nélaton a, comme on le voit, introduit dans le langage chirurgical les dénominations d'*ilio-ischiatique*, d'*ischio-pubienne* et d'*ilio-pubienne*, répondant à trois échancrures que présente le rebord de la cavité cotyloïde au niveau des points de jonction des trois pièces de l'os iliaque, et par lesquelles on suppose que la tête du fémur s'échappe pour se porter vers la fosse iliaque, vers la fosse ovale, ou vers le pubis. Enfin, Malgaigne voulant concilier les classifications anciennes avec les modernes, s'appuyant de plus de l'étude des observations diverses de luxations de la tête du fémur recueillies sur le vivant et sur le cadavre, a proposé la classification suivante:

Luxations en arrière...	{	1° Iliques, incomplètes et complètes.
		2° Ischiatiques, incomplètes et complètes.
Luxations en avant....	{	3° Ilio-pubiennes.
		4° Ischio-pubiennes.
Luxations en haut.....		5° Sus-cotyloïdiennes, incomplètes et complètes.
Luxations en bas.....	{	6° Sous-cotyloïdiennes.
		7° Sous-périnéales.

Ce tableau exige quelques explications. En le comparant à la classification de A. Nélaton, on est tout d'abord frappé d'une différence dans les dénominations imposées à des luxations identiques. Ainsi ce que Malgaigne appelle luxation *ischiatique* diffère essentiellement de l'*ischiatique* de Nélaton. La luxation *ischiatique* du premier rentre dans l'*ilio-ischiatique* du second; l'*ischiatique* de Nélaton est la *sous-cotyloïdienne* de Malgaigne. A part cette confusion apparente, puisqu'elle n'existe que dans le langage, la classification de Malgaigne a un autre inconvénient, c'est qu'elle multiplie trop les espèces, qu'elle considère comme distinctes quelques variétés très-rares qui se rapprochent d'espèces plus communes. Ainsi les *sus-cotyloïdiennes* incomplètes et complètes sont des variétés de l'*ilio-pubienne*; la *sous-périnéale* est une variété de l'*ischio-pubienne*; l'*ischiatique* de Mal-

gaigne diffère à peine de sa luxation *iliaque*, puisque dans la première la tête du fémur répond à la grande échancrure sciatique, tandis que dans la seconde elle est en rapport avec l'épine sciatique; néanmoins nous distinguerons ces deux espèces l'une de l'autre, et en conséquence nous admettrons la classification suivante :

Luxations en arrière...	{	1 <sup>o</sup> Iliques.
		2 <sup>o</sup> Ischiatiques.
Luxations en avant....	{	3 <sup>o</sup> Ischio-pubiennes, avec la variété :
		4 <sup>o</sup> Sous-périnéale.
Luxations en haut.....	{	5 <sup>o</sup> Ilio-pubiennes avec les variétés :
		6 <sup>o</sup> Sus-cotyloïdiennes.
Luxations en bas.....		7 <sup>o</sup> Sous-cotyloïdiennes.

Pour mieux faire saisir au lecteur les ressemblances entre les diverses luxations du fémur admises par les auteurs et les différences dans les dénominations, nous avons cru devoir dresser le tableau suivant, où l'on trouvera sur la même ligne les espèces semblables avec leurs variétés :

BOYER.	GERDY.	NÉLATON.	MALGAIGNE. — FANO.
Luxation en haut et en dehors	} Iliaque.	} Ilio-ischiatique.	} Iliaque.
En bas et en arrière.			
En bas et en dedans.	Sous-pubienne.	Ischio-pubienne.	{ Ischio-pubienne.
			{ Sous-périnéale.
En haut et en dedans.	Sus-pubienne.	Ilio-pubienne.	{ Ilio-pubienne.
	Ischiatique.	Ischiatique.	{ Sus-cotyloïdienne.
			Sous-cotyloïdienne.

1<sup>o</sup> LUXATIONS ILIAQUES.

Elles sont caractérisées par la situation de la tête du fémur, à la partie inférieure de la fosse iliaque externe. Elles sont incomplètes ou complètes.

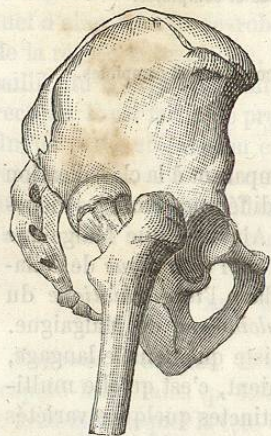


Fig. 115.

**Anatomie pathologique.** La situation de la tête du fémur, dans la luxation *complète*, est précisée dans les dissections de luxations *récentes* faites par Todd, Adam Hunter et Parmentier : elle répond en totalité ou en grande partie à l'*échancrure sciatique* (fig. 115). L'examen de pièces relatives à des luxations anciennes confirme cette opinion. — Ainsi, sur onze pièces déposées au musée Dupuytren, la tête fémorale répond dans les ascensions les plus fortes, en majeure partie, à l'échancrure sciatique, et la cavité de formation nouvelle descend au point de jonction de l'ilium avec l'ischion. — La capsule articulaire est déchirée dans une étendue plus ou moins considérable; la tête luxée la traverse en bas en passant par dessous l'obturateur in-

terne pour remonter en arrière ou par-dessus ce muscle. La luxation est accompagnée de ruptures musculaires qui se font aux dépens des jumeaux supérieur et inférieur, de l'obturateur externe, du carré fémoral et du pyramidal.

Dans la luxation *incomplète*, la tête du fémur est probablement à cheval sur la partie postérieure du rebord cotyloïdien; sur une pièce de luxation ancienne de ce genre, déposée au musée Dupuytren, la cavité nouvelle a pris en grande partie la place du rebord cotyloïdien, et son sommet est à 2 centimètres au-dessous du niveau du sommet de l'échancrure sciatique.

**Causes.** En raison de l'emboîtement solide de la tête fémorale par la cavité cotyloïde et de la résistance de la capsule, les luxations coxo-fémorales, envisagées dans leur ensemble, ne peuvent se faire qu'avec l'intervention d'une puissance énergique qui agit soit sur la cuisse, soit sur le bassin; c'est ce qui arrive lorsqu'un sujet est en partie enseveli sous un éboulement de terre, qu'il est renversé par la charge d'une voiture pesante, etc. La luxation *iliaque*, envisagée en particulier, est produite lorsque le membre inférieur est porté par la violence extérieure dans certaines directions, ainsi dans l'adduction et la rotation en dedans, ou bien dans la rotation en dedans seulement, ou bien, ce qui arrive le plus souvent, dans l'adduction, la rotation en dedans et la flexion forcée.

**Symptômes.** Ce sont la rotation du membre en dedans avec adduction et flexion légère; le raccourcissement du membre, l'existence d'un creux au pli de l'aîne; la saillie de la tête du fémur en arrière; l'ascension du pli de la fesse et du grand trochanter, l'élargissement et la saillie en dehors de la hanche, l'abolition des mouvements de la jointure, enfin la douleur et le gonflement de la région coxo-fémorale. La plupart de ces symptômes exigent une mention spéciale.

1<sup>o</sup> La *rotation du membre en dedans* a été attribuée à la tension du ligament supérieur de la capsule articulaire (Boyer) ou de la portion de capsule restée intacte (Malgaigne), ou à l'inclinaison de la surface osseuse sur laquelle appuie la tête du fémur dans sa nouvelle position (Gerdy). Elle est d'autant plus prononcée que la tête s'est éloignée davantage de la cavité cotyloïde; elle est donc moindre dans la luxation incomplète que dans la complète.

2<sup>o</sup> L'*adduction* du membre est telle que le genou du côté malade va toucher la rotule opposée, ou même s'avance un peu sur le genou sain. La *flexion* du membre est peu prononcée.

3<sup>o</sup> Le *raccourcissement* du membre, et nous ne parlons ici que du raccourcissement réel, varie pour la luxation complète et pour l'incomplète. D'après Malgaigne, il ne va jamais au delà de 6 millimètres dans l'incomplète; il varie de 2 à 4 centimètres dans la luxation complète.

4<sup>o</sup> Le *vide laissé au pli de l'aîne* par le retrait de la tête est peu sensible à la vue et plus appréciable au toucher.

5<sup>o</sup> L'*élévation du pli de la fesse* est la conséquence de l'ascension du fémur; dans la luxation incomplète le pli de la fesse est moins profond en

dedans et s'étend davantage en dehors; dans la luxation complète la moitié externe de ce pli est presque effacée.

6° Le *grand trochanter* est plus rapproché de la crête iliaque, parce que la tête du fémur s'en rapproche elle-même. Il est en même temps *saillant* en dehors dans la luxation incomplète, plus *effacé* que dans l'état normal dans la luxation complète (voy. fig. 115).

7° La *saillie de la tête du fémur* en arrière est moins prononcée dans la luxation incomplète que dans la complète. Pour apprécier le degré de déplacement de la tête du fémur en arrière, on a proposé de tendre un ruban ou une bandelette de sparadrap de l'épine iliaque antéro-supérieure à la tubérosité sciatique. Dans l'état normal, et alors que la cuisse est *fléchie à angle droit avec une légère adduction*, le ruban ou la bandelette répondent au sommet du grand trochanter. En prenant les mêmes précautions de mensuration dans les luxations iliaques, on reconnaît que le ruban répond à la base du grand trochanter, et qu'il s'éloigne d'autant plus du sommet de cette apophyse, que le déplacement de la tête est plus prononcé.

8° L'*élargissement de la hanche* est beaucoup plus considérable dans la luxation complète que dans l'incomplète; les expériences cadavériques l'ont démontré. La circonférence de la partie supérieure de la cuisse est quelquefois augmentée d'étendue dans la luxation complète; on peut attribuer à la déviation ou au raccourcissement des muscles ces changements de dimension.

9° Les mouvements *volontaires* sont, à la vérité, abolis; mais les mouvements *communiqués* sont encore en partie possibles, tels: l'adduction, la rotation en dedans, la flexion.

**Marche. Terminaisons.** Lorsque la luxation est abandonnée à elle-même, la marche peut se rétablir, mais les sujets boitent. Quelques chirurgiens croient à la possibilité d'une conversion de la luxation incomplète en luxation complète, et à une augmentation dans l'étendue du déplacement de la tête du fémur dans la luxation complète.

**Diagnostic.** On peut confondre la luxation avec la fracture du col du fémur, surtout lorsque cette dernière est accompagnée exceptionnellement d'une rotation du membre en dedans (p. 396). La *présence de la tête fémorale du côté de la fesse* est un signe propre à la luxation. L'examen attentif de la conformation de la région de la hanche permet de distinguer la luxation d'une contusion simple. Reste à différencier la luxation *complète* de l'*incomplète*. Dans la dernière, la rotation du membre en dedans est moins prononcée, le gros orteil du côté luxé répond à l'articulation métatarso-phalangienne opposée, le raccourcissement est nul ou à peu près, la hanche fait une saillie peu prononcée en dehors, la circonférence de la cuisse n'est pas augmentée à sa partie supérieure. Dans la luxation complète, le gros orteil croise le tarse du côté opposé, le raccourcissement du membre est constant, la saillie de la hanche est très-bien prononcée, la partie supérieure de la cuisse est très-élargie.

**Pronostic.** Il offre toujours une certaine gravité subordonnée à l'étendue et à la profondeur des désordres des parties molles qui entourent l'article,

ce qu'explique la nature de la violence qui a agi pour produire la luxation. Au point de vue de la réduction, les luxations récentes cèdent facilement; les luxations anciennes ont été réduites au bout d'un temps variable; après soixante-cinq jours par Macfarlane, après soixante-dix-huit jours par Dupuytren, après six mois par G. de Salicet, après un an par Lefèvre et même après deux ans par Cornish.

**Traitement.** On a employé pour la réduction des méthodes de douceur et des méthodes de force.

Les premières sont variées: l'*extension* simple exercée sur la cuisse a réussi à Boyer; l'*extension* combinée avec l'*abduction* et la *rotation en dedans* a été préconisée par Kluge; d'autres ont eu recours à la *flexion* seule ou aidée d'une *traction* légère; Rust et Desprès père ont réduit ces luxations par la *flexion* combinée avec un mouvement de *rotation en dehors*. L'un de ces procédés mérite une mention spéciale.

**Procédé de Desprès père** (fig. 116). Le sujet est couché sur le dos; après avoir fléchi la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse, on imprime à celle-ci un mouvement de rotation en dehors, après quoi on la ramène doucement en bas et en dedans.



Fig. 116.

Un autre procédé de douceur consiste à *presser* sur la tête du fémur ou à lui communiquer une *impulsion* qui la ramène dans la cavité cotyloïde. De là le procédé suivant:

**Procédé de Malgaigne.** Le chirurgien fait exercer l'*extension* sur le genou fléchi, et lui-même refoule avec la main la tête du fémur en dehors et en bas.

Les méthodes de *force* sont nombreuses; nous nous contenterons de mentionner quelques procédés anciens, tels que le procédé de la *suspension*, le procédé de l'échelle, et la machine à treuil employée par Hippocrate, que nous avons déjà indiquée en parlant de la réduction des luxations en général (p. 470).

**Procédé de Pouteau.** Le blessé est couché sur le côté *sain*; la cuisse étant relevée à angle droit, on exerce des tractions sur le membre maintenu dans cette position. La contre-extension est faite au moyen d'un lacs placé dans le pli de l'aîne. Lorsque le chirurgien juge que la traction est suffisante, il fait imprimer au membre un mouvement de *rotation en dehors*.

**Procédé de A. Cooper** (fig. 117, p. 534). Le malade est couché sur le *dos*; la contre-extension est exercée au moyen d'un lacs passé dans l'aîne malade, et qui remonte en dehors de l'épaule de ce côté; le lacs extenseur, serré au-