

Expérimentalement, voici comment on peut provoquer cette luxation. On fixe le bassin d'un cadavre, on fléchit la cuisse dans l'adduction, on accentue cette dernière dès que l'on sent une résistance, puis on fait subir à la cuisse un mouvement de rotation en dedans. Durant la vie, il est rare qu'une luxation se produise de la sorte ; je n'en connais que très peu d'exemples.

Dans une bagarre, un homme avait été jeté par terre, et un de ses adversaires lui avait fortement appuyé un genou sur la poitrine pour le maîtriser ; l'homme qui était terrassé lançait ses jambes dans toutes les directions pour empêcher ses ennemis d'approcher ; l'un de ces derniers saisit la jambe, la rejeta loin de lui dans l'adduction et la pronation, et la luxation se produisit immédiatement.

Un cavalier tomba de cheval, et son pied resta dans l'étrier ; le cheval fit un saut en arrière, de sorte que la jambe fut fléchie et portée dans l'adduction ; la tête se luxa en arrière.

Le plus souvent, la luxation se produit pendant que la jambe est fixée et que le bassin tourne sur elle. C'est ce qui arrive surtout dans les éboulements, quand une jambe est fixée sur la terre et qu'une pierre vient frapper le bassin en arrière, lui imprimant une direction contraire ; il est encore bien plus fréquent de voir la luxation se produire quand, dans un faux pas, la jambe est fixée et que le tronc exécute un mouvement d'oscillation au-dessus d'elle ; dans ce cas, le malade peut faire avec le bassin un effort assez grand pour que la capsule soit déchirée en arrière. La luxation peut encore se produire sans qu'il y ait rotation à proprement parler, quand, le membre étant un peu fléchi et en pronation, une violence s'exerce contre la face interne de la cuisse ; la tête du fémur est alors directement déboîtée.

Enfin la luxation en arrière peut être *secondaire*, quand, la tête proéminente en bas à travers une déchirure capsulaire, un mouvement de circumduction imprimé à la cuisse fait tourner la tête autour du cotyle en sorte qu'elle se luxe secondairement en arrière. Nous en avons observé un cas bien intéressant à notre clinique.

Il concernait une femme qui avait été prise dans une avalanche, mais qui par un heureux hasard avait été immédiatement projetée au loin ; lorsqu'on arriva à son secours elle avait eu la cuisse droite tellement fléchie que le pied se trouvait sur la tempe droite ; les assistants prirent la jambe pour la remettre droite, mais elle se plaça dans la position caractéristique de la luxation en arrière. Ici, la rupture capsulaire était donc en bas, la tête était sortie en bas, mais comme les personnes présentes avaient redescendu la cuisse, la tête avait roulé autour de la cavité cotyloïde pour se luxer en arrière. Dans la réduction de la luxation en avant et en bas, il n'est pas rare qu'au moment où la cuisse est fléchie la tête roule autour de la cavité et file en arrière, de sorte que la luxation en avant se transforme en luxation en arrière. J'ai provoqué deux fois cette transformation afin de démontrer le fait à mon auditoire.

Malgaigne avait déjà fait de nombreuses expériences anatomiques

pour étudier la situation de la tête fémorale luxée. Il trouva que dans une série de cas, la tête du fémur avait une position telle que son point le plus supérieur était environ au niveau de l'épine sciatique, et que dans une autre série de cas la tête empiétait un peu plus en haut, enfin qu'il était très rare que la tête dépassât une ligne allant de l'épine iliaque antéro-inférieure au bord supérieur de la grande échancrure sciatique, et encore dans ces cas ne la dépassait-elle au plus que de 2 centimètres. Jamais la tête ne repose dans la fosse iliaque même, mais se trouve toujours dans l'espace compris entre la cavité cotyloïde et l'échancrure sciatique.

Depuis Malgaigne, la plupart des auteurs distinguent deux luxations en arrière : l'ischiatique et l'iliaque ; d'ailleurs ils interprètent différemment ces expressions. Je ne vous éclairerai ni sur ces interprétations ni sur les synonymes que quelques auteurs ont voulu introduire. Je commencerai par repousser les expressions de *luxatio retro-glenoïda inferior et superior* de Kocher, attendu qu'on n'a pas besoin de se casser la tête pour savoir si par le mot *ischiatique* on doit entendre l'os ischion ou l'échancrure sciatique. Beaucoup d'auteurs font observer que ces deux formes de luxations ne sont que des différences de degré, en ce sens que la tête se trouve tantôt un peu plus bas, tantôt un peu plus haut. Je n'admets pas cette distinction et ne reconnais pour ma part qu'une luxation en arrière. Voici pourquoi. Dans le tableau général de la luxation il n'existe pas de différence notable, que la tête soit un peu plus abaissée ou un peu plus élevée ; la flexion, l'adduction, la rotation en dedans et le raccourcissement du membre existent dans les deux cas. Sur le vivant, la situation exacte de la tête ne peut pas être délimitée. Les différences qui existent dans la position du membre ne peuvent être que graduelles et sans intérêt ; si la tête est élevée, la flexion est simplement un peu moins accentuée. Mais même en ce qui concerne ces petites différences graduelles, les données n'ont pas une valeur constante. Ainsi Roser prétend que dans la luxation ischiatique, la rotation en dedans est moins forte que dans la luxation iliaque, tandis que Kocher et Bigelow prétendent le contraire. Si on regarde attentivement certaines gravures et préparations anatomiques, on rencontre des formes qui ne répondent ni à la luxation ischiatique, ni à la luxation iliaque ; ces luxations pourraient servir de type d'une nouvelle forme, ce qui amènerait à diviser le sujet à l'infini. Je dois cependant insister sur ce fait que je ne me place ici qu'au point de vue clinique. Je montrerai plus tard jusqu'à quel point la distinction des deux formes est légitime.

TRAITEMENT. — En ce qui concerne le procédé de réduction d'une luxation en arrière, il est déduit des considérations suivantes. Quand