

la tête fémorale a fait rompre la capsule en arrière, elle glisse sur le flanc incliné de la paroi postérieure de la cavité cotyloïde et s'éloigne ainsi de l'entrée de cette cavité. La première condition qui doit être réalisée par la réduction, c'est que la tête soit ramenée vers l'orifice du cotyle. On y parvient en exerçant une traction dans la position pathognomonique. C'est alors qu'a lieu le temps important : la rotation en dehors liée à l'abduction ; la tête suit le même chemin que pour se luxer mais en sens contraire de celui qu'elle avait suivi. Si la luxation est résultée d'une flexion forcée primitive, on fléchira tout d'abord fortement la cuisse afin que la tête roule en arrière de la cavité cotyloïde et se remette en face de son point de sortie, après

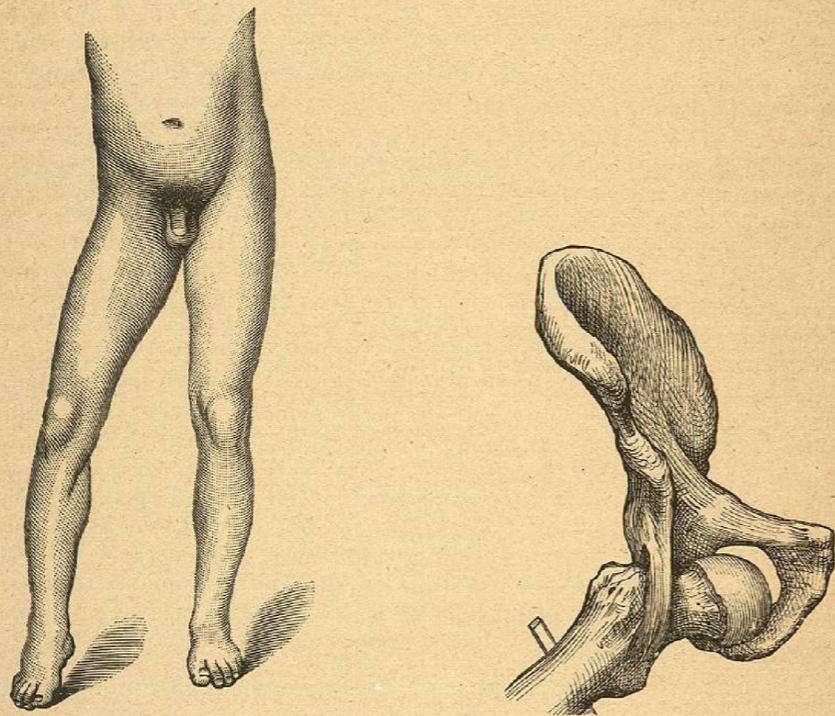


Fig. 33 et 34. — Luxation en avant et en bas (Ovalaire).

quoi la rotation en dehors réussit. Enfin il faut avoir soin de replacer le membre parallèlement à l'autre, non seulement pour se convaincre que la tête fémorale est bien en place, mais parce que mon expérience personnelle m'a appris que ce mouvement complétait souvent la réduction.

**Luxation en avant et en bas** (*luxatio obturatoria*). — La position du membre est représentée sur les figures 33 et 34. Lisons tout d'abord l'exemple suivant :

Dans une réunion, un homme de 40 ans amusait ses camarades de la façon

suivante. Il se couchait sur le ventre sur le plancher, pliait les genoux de façon que ses jambes étaient perpendiculaires au parquet, envoyait ses bras en arrière et saisissait de chaque côté avec la main le dos du pied, en levant le visage en l'air. Dans cette situation, son tronc, qui reposait sur le plancher, était lordotique dans la région vertébrale, et formait avec son cou qui était élevé, d'une part, et la cuisse également légèrement élevée au-dessus du sol, d'autre part, un arc qu'il faisait balancer en tirant à lui ses pieds saisis avec ses mains ; en augmentant ces mouvements de va-et-vient l'homme finissait par pouvoir projeter le tronc par dessus la tête, et après cette pirouette il se relevait sur ses pieds. Au moment où ce tour était commencé, un camarade complaisant vint pousser sur le genou droit pour aider l'acrobate à tourner, et cette poussée projeta le genou en dehors. Dans la position de cet acrobate, les fémurs étaient dans l'abduction ; par la poussée du camarade l'un d'eux fut porté davantage dans l'abduction et dans la rotation en dehors ; immédiatement il se produisit une luxation obturatrice. Quelques heures plus tard, cet homme fut amené à la clinique. Je le fis déshabiller debout et l'examinai. Le membre droit, la cuisse et la jambe pliées, était en avant, dans l'abduction, et le malade reposait sur cette jambe par la pointe du pied. Le bassin était fortement incliné ; l'épine iliaque droite était beaucoup plus basse que la gauche. En même temps la région trochantérienne formait une profonde dépression à droite. La fesse de ce côté était aplatie. La colonne vertébrale répondait à l'inclinaison du bassin par une scoliose. Lorsque le malade eût été couché sur un matelas, je plaçai le bassin dans une position telle que son inclinaison disparut et je m'aperçus immédiatement que le membre était beaucoup plus dans l'abduction qu'il ne le paraissait dans la station verticale, et je reconnus qu'il était en outre légèrement tourné en dehors à ce que l'extrémité externe de l'axe du genou formait un angle avec le plan horizontal. En suivant le fémur, on voyait que son extrémité supérieure était dans la région du cotyle, tandis qu'à l'état normal elle reste séparée de ce cotyle par un espace mesurant la longueur du col. Dans l'abduction forcée, le trochanter se rapproche du bord supérieur du cotyle et de cette façon l'axe fémoral passe près du bord supérieur du cotyle. En tirant les lignes que C. Langer a proposées pour déterminer le centre des mouvements articulaires, on voyait que l'axe du fémur allait encore plus en dedans et qu'il était dirigé vers le centre de la cavité. Le trochanter devait donc être lui-même dans le cotyle ; c'est pourquoi la région trochantérienne était vide et concave. Or si le trochanter était dans le cotyle, il est clair que la tête ne pouvait pas s'y trouver. Vu la situation du trochanter et la légère rotation de la cuisse en dehors, la tête du fémur ne pouvait être qu'en dedans, et en même temps un peu en avant, par conséquent sur le trou ovale. On ne pouvait pas l'y sentir distinctement, mais on sentait des roulements, peu nets il est vrai, quand on imprimait des mouvements à la cuisse.

Expérimentalement, on provoque la luxation en bas et en avant en mettant la cuisse dans la flexion, l'abduction, et en lui imprimant un mouvement de rotation en dehors ; plus la flexion est prononcée, plus la tête a de chances pour se luxer en bas ; on peut donc à volonté luxer la tête en haut ou en bas du trou ovale. En exagérant la flexion et l'abduction on peut même arriver à faire glisser la tête sur la branche descendante du pubis et la faire saillir distinctement au périnée ; Malgaigne appelait cette variété *luxation périnéale*.