

On comprend que le membre affecte des positions légèrement différentes selon la situation de la tête et la largeur de la rupture capsulaire. Dans les grandes déchirures, surtout quand la partie interne du ligament de Bertin est rompue, l'abduction et la rotation en dehors sont moins prononcées ; et d'autre part, toutes choses égales d'ailleurs, l'abduction est d'autant plus prononcée que la tête siège plus bas. La forme intermédiaire, en même temps la plus fréquente, est celle où la tête repose directement sur le trou ovale ; elle est recouverte par les adducteurs et l'obturateur externe. Le grand trochanter est alors dans la cavité cotyloïde. Cette forme est donc la forme typique de la luxation en bas et en dedans ; c'est pourquoi on appelle vicieusement cette dernière, luxation obturatrice.

Sur le vivant elle se produit aussi bien par un mouvement de la cuisse sur le bassin immobile, que par un mouvement du bassin sur la cuisse immobile. Quelques exemples :

Corne vit survenir une luxation chez un soldat ivre qui luttait avec un camarade également ivre ; ce dernier saisit la cuisse du premier et le renversa en lui luxant la hanche ; dans ce cas comme dans le nôtre, c'était donc la cuisse qui était mobile. Cette luxation paraît être plus fréquente quand c'est le bassin qui est mobile ; quand par exemple un homme est debout, les jambes écartées et qu'il reçoit un fardeau qui projette le tronc en arrière et du côté opposé, ou quand quelqu'un a la jambe prise entre deux poutres ou dans un fossé, et tombe en arrière et du côté de la cuisse prise. Quelquefois les mouvements de la cuisse et du bassin agissent ensemble dans le même sens, quand par exemple un individu tombe d'une grande hauteur et qu'il frappe le sol avec le genou le membre étant en abduction, pendant que le tronc se renverse de côté ; de même quand un cheval tombe avec son cavalier de telle façon que l'une des jambes s'appuie à terre par le genou pendant que le tronc se renverse sur le côté.

Il est encore un mécanisme intéressant, c'est celui dans lequel un fardeau choque le bassin sur sa face antérieure, mais en n'agissant que sur un seul côté pendant que la jambe est en abduction ; un côté du bassin est alors refoulé en arrière de sorte que son axe transverse forme avec le col du fémur un angle ouvert en arrière ; au sommet de l'angle se trouve la tête du fémur, qui déchire la capsule.

Souvent le fémur est déboîté de la cavité cotyloïde par une violence directe. Ainsi Moser a observé un cas où la luxation s'était produite de la façon suivante. Un ouvrier de 19 ans était tombé sous le poids d'un sac de blé qu'il portait transversalement sur ses épaules ; dans sa chute il était tombé sur le genou gauche ; le sac glissa de l'épaule droite et tomba sur la cuisse gauche de telle façon que l'extrémité supérieure du fémur fut portée en dedans et en avant et de la sorte la tête fémorale fut chassée hors de la cavité jusqu'à la région périnéale ; la cuisse était fléchie et dans une abduction énorme.

Il est digne de remarque que dans la luxation obturatrice, les malades s'appuient sur leur jambe, et peuvent même marcher un certain temps aussitôt après l'accident parce que leur fémur trouve un point d'appui suffisant sur le trou ovale.

Ainsi que cela ressort de l'exemple que nous avons donné, l'abduction de la jambe paraît moins accusée à cause de l'inclinaison du bassin, quand on fait tenir le malade debout ; la rotation en dehors est également légèrement masquée, par le fait que le pied est légèrement tourné en dedans. Ce n'est que quand le malade a été couché et que le bassin a été placé dans une position normale que l'on reconnaît la véritable attitude du fémur. La différence de longueur peut se mesurer exactement, pourvu que l'autre jambe soit placée dans la position symétrique pour être comparée à l'autre ; il existe toujours un allongement du membre. Le déplacement de l'axe du membre est aussi plus facile à déterminer dans cette position symétrique des membres ; à cause de la descente de la tête fémorale, on trouve les adducteurs tendus. La cuisse paraît aussi un peu élargie à sa racine.

Flexion, abduction et rotation en dehors de l'articulation, dépression dans la région trochantérienne, et impossibilité de trouver nettement la tête du fémur, tels sont les principaux signes de la luxation. Dans la luxation périnéale, on peut naturellement sentir distinctement la tête fémorale ; l'abduction est aussi très prononcée.

TRAITEMENT. — La réduction est basée sur les considérations suivantes. Comme la tête est située au-dessous du cotyle, on ne doit surtout exercer aucune extension ; celle-ci écarterait la tête davantage du cotyle si cela était possible ; mais l'extension est impossible, à cause de la tension du ligament de Bertin. Pour détendre ce ligament ainsi que le muscle psoas-iliaque, on amène la cuisse dans la flexion à angle droit, et on lui imprime un mouvement de rotation en dedans en l'amenant en même temps dans l'adduction et l'extension. Avant d'exécuter cette dernière manœuvre, il est bon de tirer un peu sur la cuisse afin de dégager la tête. Le malade est couché sur le sol et le bassin est fixé.

Luxation en avant et en haut (*luxation pubienne*). — La position est indiquée dans les figures 354 et 364. Cette forme est celle qui est relativement la plus rare ; elle présente plusieurs variétés. Comme type, nous prendrons les cas dans lesquels la cuisse est presque parallèle à l'autre, ou du moins dans une très légère abduction. Le cas suivant, observé par Dumreicher donnera des renseignements plus précis sur les symptômes.

Une journalière de 38 ans, bien bâtie, tomba en portant sur le dos un sac de pommes de terre. D'après son dire, elle aurait butté dans un creux, et pour éviter de tomber en avant se serait fortement redressée en arrière ; elle tomba sur le dos et sentit au même moment une vive douleur pongitive dans la région inguinale droite ; il lui fut impossible de se relever. La jambe droite était raccourcie d'un pouce, dans la rotation en dehors, dans une abduction très légère ; la fesse