

ment se reproduit facilement et que les mouvements de la cuisse font entendre une crépitation.

**LUXATION AVEC FRACTURE DU FOND DE LA CAVITÉ.** — Je ne parle pas des cas de broiements du fond de la cavité avec irruption de la tête dans le bassin (lux. intrapelvienne), mais de ceux dans lesquels le fond est fracturé en même temps que la luxation a eu lieu à la face externe du bassin. Pitha a observé cette combinaison. La cavité était fracturée en étoile et il existait en même temps une luxation ischiatique.

**COMPRESSION D'UN TRONC NERVEUX.** — Dans la luxation en arrière, le nerf sciatique peut être soulevé et comprimé par la tête fémorale, d'où il résulte une sciatique intense, qui peut durer longtemps si la luxation n'est pas réduite. Dans un cas ancien de ce genre, Delagard reséqua la tête fémorale.

**SPASME MUSCULAIRE INTENSE.** — A. Cooper cite un cas où la cuisse luxée était complètement raide 3 heures après la luxation. (Streubel a observé des cas semblables dans des luxations de l'épaule et du coude).

**FORT ÉPANCHEMENT SANGUIN.** — Dans le cas précité de Pitha, outre une fracture de la cavité, l'artère fessière était déchirée. La lésion paraissait légère, la réduction se fit comme un jeu, mais quelques heures plus tard la malade mourut d'une hémorrhagie que l'autopsie montra être due à la déchirure de la fessière. En somme les grands épanchements sanguins sont rares.

**Luxations irréductibles.** — En dehors de toutes ces complications, il arrive parfois qu'une luxation simple ne puisse être réduite. Le chirurgien pense alors quelquefois à une complication qui toutefois n'existe pas. Nous devrions parler ici des difficultés que présente le cas plutôt que de complications.

Une certaine catégorie de difficultés résulte ou bien de ce que l'on manque de renseignements sur le mécanisme selon lequel la luxation a été produite ou bien de ce que l'on n'y prend pas garde.

Malgaigne cite un exemple bien instructif. Pendant qu'un homme travaillait à genoux, il fut frappé par une grosse pierre qui s'était détachée d'une hauteur d'environ 8 pieds; elle le frappa sur le bord postérieur du bassin, qu'elle refoula en avant. Il en résulta une luxation en arrière. Le lendemain, Lisfranc essaya de réduire la luxation tant en employant la méthode de Desprès que par la traction directe, pour laquelle il employa 8 aides. Après avoir été vainement soumis à cette traction pendant une heure, le malade se couvrit d'une sueur froide et tomba dans la stupeur, le pouls tomba à 30; l'articulation de la hanche fut le siège d'une inflammation suppurative et le blessé mourut le 11<sup>e</sup> jour. A l'autopsie on trouva la capsule déchirée en bas, au-dessous de l'obturateur interne; l'obturateur externe était arraché. La tête fémorale avait glissé en haut au-dessus du tendon de l'obturateur interne et s'adossait au bord inférieur du moyen fessier.

Dans l'extension, le tendon de l'obturateur s'interposait entre la tête et la cavité. Sous l'influence de la traction directe, la tête parvint en face du bord de la cavité cotyloïde, mais la capsule était tendue comme un rideau au-devant de cette cavité. Pour faire la réduction sur le cadavre, il fallut tellement plier la cuisse qu'elle venait presque au contact de l'abdomen. Au lieu de faire tirer 8 aides pendant une heure, on aurait pu essayer quelques flexions étendues, car d'après les anamnestiques on ne pouvait pas songer à autre chose qu'à une déchirure de la capsule en bas.

Roser fait observer avec raison que le malade a été victime de la fausse idée que l'on s'est faite de l'obstacle qui s'opposait à la réduction. Il existe un bon nombre de cas dans lesquels l'extension ne réussit pas à réduire la luxation, et c'est une bonne chose d'avoir définitivement abandonné ces poulies dont on se servait dans le temps pour tirer sur les malades; car l'emploi traditionnel de ces appareils de traction ne reposait que sur des idées fausses.

Un autre genre de difficultés résulte de ce qu'il existe réellement des complications qui mettent obstacle à la réduction. On a fait dans ce sens des découvertes bien curieuses; un morceau du trochanter adhérent à la capsule s'est une fois introduit dans la cavité cotyloïde, empêchant ainsi la coaptation des deux surfaces articulaires; un morceau du sourcil peut se détacher et précéder la tête fémorale dans la cavité au moment où on veut faire la réduction; la rupture capsulaire peut être tellement étroite que la tête ne puisse plus la franchir; un lambeau de la capsule déchirée peut s'introduire dans la cavité cotyloïde; des faisceaux musculaires peuvent s'étendre transversalement au-dessus de la cavité.

Jadis on citait ce que l'on appelait la constriction du col fémoral par une boutonnière; on croyait que deux faisceaux musculaires courts et parallèles pouvaient former une boutonnière dans laquelle la tête une fois entrée ne pouvait plus sortir. On supposait généralement cette complication quand des tractions n'étaient pas parvenues à réduire la luxation. Mais ce genre d'obstacle n'a jamais été rencontré dans aucune autopsie. Toutefois Hamilton et Gellé ont vu sur des cadavres des ruptures capsulaires en forme de boutonnière, et Gellé en particulier a pu produire avec des déchirures artificielles des luxations absolument irréductibles.

On ne peut jamais s'assurer exactement de l'obstacle qui s'oppose à la réduction, et on est donc autorisé à essayer différentes manipulations telles que rotations, tractions, pressions sur la tête, etc., afin de dégager la tête osseuse.

Si toutes ces tentatives échouent, on se demande alors s'il ne serait pas préférable de mettre les surfaces osseuses à découvert et de les réduire directement. Comme cette intervention n'est pas dangereuse quand elle est faite antiseptiquement on peut la risquer.