

sius, ne me paraît pas douteux. A Vienne, Billroth en a observé un cas.

ε) Enfin il nous reste encore à parler de la luxation dans le bassin, consécutive à la perforation de la cavité — la *luxation intra-pelviennne*. Des observations faites sur des femmes atteintes de cette affection, ont montré que la luxation de la tête et l'abcès à coque fibreuse qui entoure cette tête, peuvent être un obstacle à l'accouchement. Le rétrécissement du petit bassin dû à l'abcès peut subsister longtemps alors que l'ulcération osseuse est guérie.

Les autres lésions anatomiques, peuvent être fort variées. Dans les luxations en haut et en arrière, on a vu la tête manquer 5 fois et être détruite en grande partie dans deux autres cas, de sorte que chez les 5 premiers malades, c'était le trochanter qui reposait sur l'os iliaque. Dans deux cas, l'épiphyse était décollée ; dans deux cas, la cavité était perforée ; dans les trois autres cas, la tête et la cavité étaient dépourvues de la plus grande partie de leurs cartilages, la capsule était perforée ou détruite par l'infiltration.

Dans les cas intenses, les parties molles du voisinage sont détruites par des foyers d'infiltration ou de suppuration, et sont œdématisées ; les muscles ont subi une dégénérescence en partie fibreuse, en partie adipeuse.

Mais dans chacune de ces luxations, on peut voir survenir la guérison, de sorte que le membre peut être plus ou moins utilisable dans sa fausse position. Si nous considérons le cas si fréquent de la luxation iliaque, les dispositions anatomiques seront le plus souvent les suivantes. Le moignon du col, ou quand celui-ci a été complètement détruit le trochanter, repose sur l'os iliaque, dans une cavité nouvelle formée aux dépens de cet os ou plus rarement dans une cavité fibreuse. Du tissu conjonctif de consistance fibreuse, qui s'étend du pourtour de la cavité à l'extrémité supérieure du fémur, forme la nouvelle capsule ; la jambe est raccourcie, dans l'adduction, tournée en dedans, amaigrie. A la suite de la luxation la forme du bassin se modifie — c'est le bassin coxalgique de Rokitansky¹.

(1) Les déformations pelviennes sont en effet exceptionnelles quand il n'y a pas eu luxation ou pseudo-luxation, mais elles ne sont pas impossibles. Le type le plus ordinaire est le bassin oblique ovalaire, avec rétrécissement du détroit supérieur du côté sain ; toutefois Krassowski a signalé le type inverse avec rétrécissement du côté de la hanche ankylosée. Outre ces déviations, par développement imparfait et par attitude vicieuse, on peut observer des productions ostéophytiques développées sous le périoste irrité de la face interne de l'os iliaque, au niveau du cotyle surtout. Mais au total il est rare que le bassin coxalgique soit assez rétréci pour mettre obstacle à l'accouchement naturel. (A. B.)

Je dois m'expliquer sur un terme que l'on emploie encore souvent de nos jours, mais auquel on prête une signification différente, celui de *luxation spontanée*. Cela veut dire d'abord que cette luxation a eu lieu sans le moindre traumatisme ; dans ce sens ce mot aurait une signification identique à celui de luxation *pathologique*. C'est ainsi qu'il était employé au début. Plus tard on trouva que les luxations pathologiques se divisaient en deux groupes : les luxations *paralytiques*, et les luxations inflammatoires ; et alors quelques chirurgiens employèrent l'expression de *luxation spontanée* comme synonyme de luxation *inflammatoire*. Enfin parmi les luxations inflammatoires, on observa quelques cas caractérisés par le fait que la luxation avait pu se produire sans suppuration ni destructions articulaires, et qu'elle s'était produite avec une grande facilité. L'étude de ces luxations fit grand bruit lorsque certains propriétaires d'établissements orthopédiques, comme Humbert et Pravaz en France, Heine et Wildberger en Allemagne annoncèrent qu'ils parvenaient à réduire des luxations spontanées. En 1857 Roser a éclairé la question avec beaucoup de science. Il montra que ces luxations réductibles et spontanées n'avaient pas d'autre origine que la distension de la capsule par un épanchement abondant ainsi que ce fut prouvé par les autopsies de Lesauvage, Brodie, Rokitansky, Parise et d'autres.

Dans ce sens, luxation spontanée serait donc synonyme de luxation par distension. Elle survient dans le cours des coxalgies des enfants, et à cette période de la maladie que Kœnig a désignée sous le nom d'*hydropisie tuberculeuse* ; il suffit alors du moindre effort, de la moindre pression pour produire la luxation, et elle peut se réduire facilement. Dans des cas rares, elle peut se reproduire de cette façon plusieurs fois en quelques jours. La luxation spontanée de l'articulation de la hanche s'observe également dans d'autres affections, dans la fièvre typhoïde (Lorinser, Hellwig, Güterbock) et dans le rhumatisme, dans l'ostéomyélite spontanée.

Nous l'avons vue survenir chez une fille adulte à la suite de rhumatisme de la hanche et du genou ; la patiente pendant sa maladie avait la jambe dans l'adduction et tournée en dedans ; à la fin de la maladie, il subsistait une luxation en arrière. Sous le chloroforme, le membre fut remis dans sa position normale, mais la tête ne put rentrer dans la cavité, probablement parce qu'il restait du liquide à ce niveau. Nous fixâmes le fémur dans sa position normale, et après quelque temps la tête rentra d'elle-même dans la cavité, parce que l'épanchement avait eu le temps de se résorber. Dans ce sens restreint aussi, nous nous servons de l'expression luxation spontanée.

Un petit nombre de cas particulièrement heureux de coxalgies guérissent sans luxation et sans que les parties osseuses aient subi des modifications profondes.