

**LUXATIONS NON RÉDUITES.**—Dans les cas de luxations non réduites, la seule conduite que puisse adopter le chirurgien après la chute de l'appareil inflammatoire qui suit l'accident, est de conseiller 1° les mouvemens du membre, afin de produire une cavité nouvelle pour la tête de l'os, de favoriser la formation de ligamens nouveaux, et de rendre aux muscles leur action qui se perdrait dans le repos; 2° les frictions sur la partie malade, afin de provoquer la résorption des sucs épanchés, et de dissiper l'engorgement et les adhérences.

malade était une jeune femme. On n'employa ni poulies, ni aucun moyen propre à multiplier mécaniquement la force d'extension. Une extension modérée fut pratiquée, et les mouvemens ordinaires imprimés à l'extrémité de l'os en firent glisser la tête dans la cavité articulaire. *Philadelphia Monthly journal of medicine and Surgery*, cité dans le *London medical journal*, t. 59, p. 551.

Une dame avait eu les deux humérus luxés en bas, dans des convulsions survenues pendant l'accouchement. Un des os fut réduit par le docteur Smith sept mois et demi après l'accident; on ne jugea pas prudent alors d'essayer la réduction de l'autre épaule en même temps, et ce ne fut qu'au bout de dix mois et demi que l'occasion de le faire se présenta. La réduction fut opérée sans l'emploi d'une force considérable, ni d'aucun appareil mécanique. On exerça sur le membre une extension douce et long-temps continuée; le chirurgien plaça alors le genou au-dessous de l'aisselle et se servait de l'humérus comme d'un levier, il porta la tête de cet os dans la cavité glénoïde assez facilement. *London medical and physical journal*, t. 59, p. 552.

J. L. Petit a réduit une luxation de l'humérus après un an.

M. Sédillot rapporte dans la *Gazette Médicale*, 1834, p. 129, un cas de luxation de l'humérus dans la fosse sous-épineuse, réduite après un an de luxation.

Pfaff rapporte un cas de luxation du fémur avec réduction au bout de deux ans. (*Richter's bibliothek*, 6 band), cité par Monteggia.

Guillemot donne l'exemple d'une luxation de la cuisse, réduite avec succès vingt-six mois après l'accident. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. 5, cité par Monteggia. (*Note des trad.*)

## LUXATIONS DE LA HANCHE.

DEUX ligamens existent à l'articulation de la hanche, le ligament capsulaire et le ligament rond.

A la partie antérieure du col du fémur, le ligament capsulaire s'insère à une ligne qui s'étend du grand au petit trochanter; les fibres profondes de ce ligament se réfléchissent sur le col de l'os pour en former le périoste, tandis qu'au-dessous de l'insertion du ligament, les fibres superficielles se continuent avec le périoste du corps de l'os. A la partie postérieure, le ligament capsulaire s'insère sur le col de l'os, à peu près à égale distance du collet de la tête et du grand trochanter. En cet endroit, le périoste du corps de l'os se mêle avec le ligament réfléchi pour former le périoste du col en dedans de la capsule. Ce périoste fibreux peut-il être cause de l'union ligamenteuse qu'on observe dans les fractures qui ont lieu dans l'articulation? Je crois que si l'on rencontre une réunion du col du fémur, c'est dans des cas où cette gaine ligamenteuse n'est pas déchirée.

Le ligament rond est renfermé dans le liga-

ment capsulaire; il naît d'une dépression située à la partie inférieure et interne de la cavité cotyloïde, et se fixe dans une cavité que l'on trouve au côté interne de la tête du fémur. Il est disposé de manière à prévenir la luxation dans toutes les directions, mais surtout la luxation en bas, car lorsque cette luxation a lieu, les cuisses étant largement séparées l'une de l'autre, ce ligament tend à prévenir la sortie de la tête du fémur hors de sa cavité.

J'ai vu le fémur luxé dans quatre sens: 1°. en haut, ou dans la fosse iliaque externe; 2°. en bas, ou sur le trou ovale; 3°. en arrière et en haut, ou dans l'échancrure sciatique (1); et 4°. en avant et en haut, ou sur le corps du pubis. Quelques chirurgiens ont décrit une luxation en arrière et en bas. Mais je dois faire observer que depuis trente années aucune luxation de cette espèce ne s'est présentée à l'hôpital de Guy, ni à celui de Saint-Thomas, ni dans ma pratique privée; et, sans nier la possibilité de cette luxation, cependant je suis porté à croire qu'il y a eu quelque méprise à ce sujet.

### LUXATION EN HAUT, OU DANS LA FOSSE ILIAQUE.

Cette luxation est la plus fréquente de celles qui ont lieu à l'articulation de la hanche. Les signes qui en révèlent l'existence sont les suivans:

Le membre est d'un pouce et demi à deux

pouces et demi plus court que l'autre, ainsi qu'on peut s'en assurer en comparant les malléoles internes, le pied étant fléchi à angle droit sur la jambe. Le gros orteil correspond au tarse de l'autre pied. Le genou et le pied

(1) Ainsi que sir A. Cooper le démontrera plus loin, la luxation dans l'échancrure sciatique est encore une luxation en haut; car le bord de cette échancrure est situé au-dessus du niveau de la cavité cotyloïde.

(Note des trad.)

sont dans la rotation en dedans, et le genou est situé sur un plan un peu antérieur à celui du côté sain. On ne peut éloigner la jambe de celle du côté opposé, car le membre est solidement fixé dans sa nouvelle situation, de manière à empêcher les mouvemens d'abduction; mais la cuisse peut être légèrement fléchie de manière à croiser la direction de l'autre. Si les parties ne sont pas masquées par l'extravasation sanguine, on peut, dans la rotation du genou en dedans, apercevoir les mouvemens de la tête de l'os sur la fosse iliaque; le grand trochanter s'avance vers l'épine antérieure et supérieure de cet os, de manière à être senti beaucoup plus près de cette éminence qu'à l'ordinaire. Le trochanter est moins saillant que celui du côté sain, car il se trouve ainsi que le col du fémur, appliqué contre la surface de la fosse iliaque; et en comparant les deux hanches, on trouve que celle qui est le siège de la luxation a perdu sa forme arrondie.

Ainsi, les signes de cette luxation sont: le raccourcissement du membre, sa rotation en dedans, la diminution des mouvemens, et l'absence de saillie du trochanter.

La lésion avec laquelle on peut confondre la luxation en haut, est la fracture du col du fémur au dedans du ligament capsulaire. Cependant les signes distinctifs sont en général assez tranchés pour prévenir les erreurs. Dans la fracture du col du fémur, le genou et le pied sont ordinairement tournés en dehors; le trochanter attiré en haut et en arrière, s'appuie sur la fosse iliaque; la flexion de la cuisse sur l'abdomen, quoique douloureuse, est facile; mais ce qui est surtout caractéristique, c'est que le membre qui, suivant l'ancienneté de l'accident, est raccourci d'un à deux pouces par la contraction musculaire, peut être ramené à la longueur du membre sain par une légère extension, et, l'extension ayant cessé, se raccourcit de nouveau. Le membre fracturé étant attiré en bas, si on lui fait éprouver un mouvement de rotation, on peut souvent percevoir une crépitation qui cesse de se faire entendre quand le raccourcissement s'est reproduit.

La fracture du col du fémur, au dedans du ligament capsulaire, se présente rarement, excepté dans un âge avancé, époque où elle est produite par l'accident le plus léger, à cause de l'absorption interstitielle dont cette partie de l'os devient le siège à cet âge. Les fractures en dehors du ligament capsulaire ont lieu à

tout âge, et on les reconnaît facilement à la crépitation qui les accompagne, si l'on fait subir au membre un mouvement de rotation en appuyant la main sur le grand trochanter. La situation du membre est la même que dans les fractures intra-capsulaires. Les fractures du col du fémur sont des accidens très-fréquens comparativement aux luxations.

Rarement les maladies de l'articulation coxo-fémorale peuvent être confondues avec les déplacements qui dépendent d'une violence extérieure: cette erreur ne peut être commise que par ceux qui manquent de connaissances anatomiques ou qui se contentent d'un examen superficiel. La marche progressive des symptômes, la douleur dans le genou, coïncidant avec un allongement manifeste du membre au début, et plus tard son raccourcissement, la possibilité des mouvemens accompagnés toutefois de douleur, qui a lieu dans les mouvemens de rotation poussés très-loin, aussi bien que dans ceux de flexion et d'extension, sont des caractères différentiels qui suffisent pour frapper l'observateur le moins attentif. Cette maladie, quand elle existe depuis très long-temps, a pour résultat la destruction des ligamens, de la cavité cotyloïde et de la tête de l'os, qui permet quelquefois, il est vrai, les mêmes changemens de situation des parties que dans les luxations; mais les antécédens suffisent pour éclairer sur sa nature.

La luxation dans la fosse iliaque peut être occasionnée par une chute, ou par un coup, lorsque le genou et le pied sont dans la rotation en dedans: la tête de l'os est ainsi déplacée en haut et tournée en arrière.

Pour la réduction de cette luxation, on doit recourir aux moyens suivans: Tirer de 12 à 20 onces de sang, et même davantage si le malade est robuste; ensuite placer celui-ci dans un bain à la température de 100°, qu'on élève graduellement à 110° Fahrenheit (41,3 centigrade, 34 2/3 Réaumur), jusqu'à ce qu'il tombe en syncope; tandis qu'il est dans le bain, lui donner de dix en dix minutes un grain de tartre stibié, jusqu'à ce qu'il éprouve quelques nausées, puis le retirer du bain et l'envelopper dans une couverture (1). Il faut ensuite le placer entre deux poteaux éloignés l'un de l'autre de dix pieds, et auxquels sont fixés des anneaux. On peut aussi fixer des anneaux dans le plancher, sur lequel, dans ce cas, on étendra le malade.

Le procédé que j'emploie, consiste à placer le

(1) Etablis en règle générale et sans acception de cas particuliers, les moyens de débilitation conseillés par sir A. Cooper, seraient condamnables en ce que plusieurs d'entre eux, notamment l'émétique et le bain très-chaud, ne sont pas exempts de tout danger, et que souvent il serait inutile de déployer une pareille puissance pour triompher de la résistance musculaire qui, dans certains cas, est très-faible. Nous avons vu dernièrement réduire par les plus légers efforts une luxation de la cuisse chez un jeune homme placé dans le service de M. Roux. On s'était contenté de lui faire une saignée qui n'avait pas amené de défaillance. On a rarement recours en France à l'ensemble des moyens conseillés par sir A. Cooper; et, tout en avouant qu'on a tort de négliger de pareils auxiliaires dans les cas difficiles, on doit cependant reconnaître que les réductions s'opèrent, dans la plupart des cas, sans réclamer nécessairement des préliminaires aussi sérieux. (Note des trad.)

malade sur une table recouverte d'une couverture épaisse, couché sur le dos; on passe ensuite une forte ceinture entre les parties génitales et la cuisse, on la fixe à l'un des anneaux; une bande mouillée (1) est étroitement appliquée immédiatement au-dessus du genou, et sur celle-ci est bouclé un bracelet de cuir muni de deux lanières qui portent des anneaux et croisent à angle droit la partie circulaire. Le genou doit être légèrement fléchi, mais non à angle droit, et dirigé de manière à croiser l'autre cuisse un peu au-dessus du genou. Les poulies sont fixées d'une part, au second des deux anneaux, d'autre part, aux lanières du bracelet qui entoure le genou. Le malade étant ainsi disposé, le chirurgien tire légèrement le cordon du moufle; et quand il voit que chaque partie de l'appareil commence à se tendre et le malade à se plaindre, il s'arrête un peu pour donner aux muscles le temps de se fatiguer; puis il recommence ses tractions, pour les suspendre de nouveau quand les souffrances du malade sont très-vives, jusqu'à ce que les muscles se soient relâchés. Il procède ainsi graduellement jusqu'à ce que la tête de l'os soit arrivée au niveau de la cavité cotyloïde; quand cette tête atteint le rebord de la cavité, il confie la poulie à un aide, en le chargeant de maintenir le même état d'extension; puis il fait éprouver au pied et au genou une légère rotation, en ayant soin d'éviter tout mouvement brusque qui pourrait provoquer la résistance des muscles. Par ce mouvement, l'os glisse dans sa position normale.

En général, l'os ne rentre point dans sa cavité articulaire avec bruit, quand on se sert des poulies, parce que les muscles sont amenés à un tel état de relâchement qu'il ne leur reste plus assez de fermeté pour réagir avec énergie. La réduction ne peut donc se constater qu'en

lâchant l'appareil, et en comparant la longueur des deux membres.

Souvent l'appareil se relâche avant que l'extension soit complète; on ne saurait trop s'attacher à prévenir cet inconvénient, en ayant soin de le fixer d'une manière solide; mais si l'on est obligé de le réappliquer, il faut y procéder avec promptitude, afin de ne pas donner aux muscles le temps de recouvrer leur tonicité.

Il est quelquefois nécessaire de soulever l'os en passant le bras au-dessous, près de l'articulation, quand on éprouve de la difficulté à le porter sur le rebord de la cavité cotyloïde. On peut, dans cette circonstance, passer une serviette au-dessous de l'os, aussi près que possible de sa tête, et en confier l'élevation à un aide.

Après la réduction, à raison de l'état de relâchement des muscles, le malade doit être reporté dans son lit avec les plus grandes précautions.

J'ai vu la réduction s'opérer lors même que l'extension n'était pas faite dans une bonne direction; car, lorsque les muscles n'ont pas eu le temps de se reposer, ils permettent à l'os de rentrer dans la cavité articulaire, lors même que l'extension ne serait pas faite dans la direction la plus favorable pour la réduction.

Je ne saurais admettre la méthode adoptée par le docteur Hey. La direction qu'il donnait au membre, dans le cas qu'il a représenté, était mal calculée pour le succès, si les moyens n'étaient pas employés immédiatement après l'accident (2).

La méthode que je viens de décrire est le résultat d'une longue expérience; elle a été suivie de succès dans un grand nombre de cas, et n'a que rarement échoué, même sous l'influence des circonstances les plus défavo-

(1) L'usage de mouiller les lacs peut, nous le croyons, offrir beaucoup d'utilité dans les cas où ils ont de la tendance à glisser sur les parties auxquelles on les applique. Pour obtenir de ce moyen tout le fruit qu'on peut en attendre, il conviendrait de mouiller les lacs après les avoir mis en place et après les avoir serrés. C'est surtout dans le cas d'application des lacs sur des parties tendant à en éluder l'action qu'on pourrait recourir à ce moyen. Dernièrement nous avons vu à la clinique de M. Dupuytren, un malade qui avait une luxation de l'astragale. Dans les efforts d'extension, le lac passé en arrière du calcaneum et sur le dos du pied, glissait après quelques efforts, et on fut obligé de le réappliquer à plusieurs reprises. (Note des trad.)

(2) Dans le cas rapporté par M. Hey, voici en quoi consista le système de réduction: Le malade étant couché sur le ventre et de manière à enfourcher une des colonnes du lit entre ses deux cuisses, avait le membre luxé situé en dehors du lit. La jambe fut ployée à angle droit sur la cuisse et maintenue dans cette position par un aide; deux serviettes longues furent placées immédiatement au-dessus des condyles, passant toutes deux sur la face externe de la cuisse et agissant sur elle comme sur un levier dans lequel la résistance était placée à la tête du fémur, le point d'appui à la colonne du lit et la puissance à l'extrémité des lacs. Trois personnes pratiquèrent l'extension au moyen de ces serviettes. Pendant ce temps, on produisit un mouvement de rotation de la cuisse en bas et en dehors. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans le procédé de M. Hey, qui est décrit d'une manière presque inintelligible dans Samuel Cooper, et que sir A. Cooper paraît n'avoir pas bien saisi, ainsi qu'il le dit lui-même, c'est que tous les efforts concouraient à produire le mouvement de rotation de la cuisse en dehors, savoir:

1°. Les efforts d'un chirurgien qui tenait le pied et qui le portait en dedans de manière à imprimer au genou un mouvement de rotation en dehors; 2°. les efforts d'un deuxième chirurgien, qui était placé en face du genou et qui lui imprimait des mouvemens directs de rotation en dehors; 3°. la traction des lacs; 4°. enfin, les efforts de M. Hey lui-même, qui, placé en dehors du malade, poussait, ainsi qu'il le dit, la tête du fémur en bas et en dehors pendant qu'on pratiquait l'extension. (Voy. Hey, *practical observations*, p. 312.) (Note des trad.)

rables. Elle est susceptible de quelques modifications, de quelques légères différences dans la position; mais ce ne sont que des exceptions à la règle générale, et cela ne se présente que très-rarement.

Les observations suivantes répandront une vive lumière sur l'histoire des luxations en haut. La première de ces observations démontre d'une manière frappante les inconvénients qui résultent de la non-réduction d'une luxation de la hanche, et les fâcheuses conséquences de l'omission des poulies dans les tentatives de réduction. Elle fait voir aussi que cette luxation peut arriver chez un homme robuste et sain, même après l'âge de 60 ans (1).

*Observation 9<sup>e</sup>. — Luxation dans la fosse iliaque.* — James Ivory, âgé de 62 ans, travaillait le 7 février 1810 dans une fosse à argile, à vingt-cinq pieds au-dessous du sol, lorsqu'une quantité considérable d'argile s'éboula sur lui au moment où il était incliné en avant, le genou gauche légèrement fléchi derrière l'autre. Il fut comme enseveli dans cette attitude. Peu de temps après, ayant été transporté chez lui, on envoya chercher un chirurgien. Celui-ci reconnut une luxation de la cuisse, et employa immédiatement quelques hommes à opérer l'extension du membre, tandis que de son côté, il s'efforçait de faire rentrer la tête de l'os dans la cavité cotyloïde; mais ses efforts, n'étant pas secondés par l'emploi du moufle, furent infructueux. Aujourd'hui, c'est-à-dire, neuf ans après l'accident, voici quel est l'état du membre: Il est plus court que l'autre de trois pouces et demi, et le sujet est obligé de porter du côté malade un soulier muni d'une semelle épaisse de trois pouces, au moyen de laquelle il diminue la claudication. Dans la station, le pied du côté malade se porte au-dessus de l'autre; les orteils sont tournés en dedans, ainsi que le genou, qui est plus saillant que celui du côté sain et correspond à la partie latérale de la rotule opposée et au muscle vaste interne; de plus, la jambe est fléchie, et n'est pas susceptible d'une extension complète. Par l'inactivité prolongée de plusieurs de ses muscles, la cuisse est atrophiée; mais les muscles demi-tendineux, demi-membraneux et biceps, à cause de l'état de raccourcissement du membre, forment une saillie volumineuse et arrondie à la partie postérieure de la cuisse. Le grand trochanter est d'un pouce environ plus rapproché de l'épine iliaque, du côté malade. En regardant par la partie postérieure, on voit le grand trochanter faire une saillie beaucoup plus considérable du même côté. Il est facile de sentir la tête du fémur dans la fosse iliaque externe; et dans les

mouvemens de rotation du membre en dedans sa présence y est encore plus manifeste. Les épines iliaques de chaque côté sont à la même hauteur. Dans l'attitude assise, le pied est fortement tourné en dedans, et le genou placé en arrière de l'autre, tandis que les orteils effleurent à peine le sol. Après la fatigue, cet homme éprouve de la douleur dans la hanche du côté sain, et dans la cuisse du côté malade. Ne pouvant se courber qu'avec les plus grandes difficultés, il est réduit à chercher les travaux qui exigent le moins cette attitude. Quand il essaie de ramasser quelque chose à terre, il fléchit le genou du côté malade à angle droit avec la cuisse, et le rejette fortement en arrière. Il peut s'appuyer pendant quelques secondes sur ce membre; mais ce n'est qu'après un an qu'il put y parvenir. Dans le lit, il ne peut reposer sans douleur sur le côté malade; sa hanche est, sans cause apparente, beaucoup plus faible à certaines époques. Quand il s'accroupit pour la défécation, il est obligé de se soutenir en appuyant le genou du côté malade contre le tendon d'Achille de l'autre jambe, et en plaçant sa main droite sur le sol. Il marche maintenant avec deux bâtons. Quand il monte des degrés, il élève le membre malade de deux marches, et ensuite tourne sur le membre sain; ce qui même ne peut avoir lieu si les degrés sont très-distans. Lorsqu'il se couche sur le ventre, la hanche luxée fait une saillie considérable. Il tombe quelquefois en marchant, et cet accident lui arriverait fréquemment, s'il ne prenait les plus grandes précautions, car le plus léger obstacle à ses mouvemens suffit pour le renverser. Le genou est fléchi et le raccourcissement du membre dépend en partie de cette cause.

Les observations suivantes viennent très-bien à l'appui de la méthode ci-dessus décrite, et montrent les avantages que l'on a droit d'attendre du traitement général et de l'emploi des poulies.

*Observation 10<sup>e</sup>, communiquée par M. S. R. Bennett.* — John Forster, âgé de 22 ans, fut admis à l'hôpital de Chester le 10 juillet 1818, ayant une luxation de la cuisse dans la fosse iliaque, causée par une charrette qui lui avait passé sur le bassin. On trouva la jambe de ce côté plus courte que l'autre, le genou et le pied tournés en dedans. Le malade étant solidement fixé sur une table, on fit l'extension du membre à l'aide des poulies, pendant cinquante minutes, sans succès, et le malade fut replacé dans son lit pendant trois heures. Au bout de ce temps, on le plaça dans un bain chaud pendant vingt minutes, et l'extension fut tentée de nouveau pendant quinze minutes inutile-

(1) Ce fait est extrêmement curieux, parce que les luxations, celles surtout de la tête du fémur, sont rares dans un âge avancé. A cette époque, en effet, les extrémités des os sont friables; elles offrent des cellules très-vastes, à parois minces et contenant de la graisse. Leur résistance, considérablement diminuée par cette disposition, les fait se briser par tel effort qui, à une autre époque de la vie, aurait déterminé la luxation. (Note des trad.)

ment. Saignée de 24 onces, 40 gouttes de teinture d'opium. Ayant repris l'extension, mais ne pouvant réussir à déterminer la syncope, le docteur Bennett prescrivit de petites doses de solution de tartre stibié, qui au bout d'un quart d'heure déterminèrent des nausées. Dix minutes après, la réduction fut obtenue, et en moins de quinze jours le malade quitta l'hôpital, parfaitement bien. Malheureusement il reprit aussitôt ses travaux pénibles et fut atteint d'une inflammation de la hanche dont il ne s'est pas guéri.

*Observation 11<sup>e</sup>, communiquée par M. S. Nott.* — John Lee, âgé de 33 ans, d'une constitution vigoureuse, passant sur une chaussée le 9 octobre 1819, tomba de la hauteur d'environ quatre pieds sur une grosse pierre et se luxa la cuisse gauche. Je ne le vis que le 4 décembre. Le membre luxé était raccourci de trois pouces, le genou tourné en dedans, le pied dirigé sur le tarse du côté opposé, et le grand trochanter rapproché de l'épine iliaque. En couchant le malade sur le ventre, on pouvait voir distinctement la tête du fémur et le trochanter dans la fosse iliaque externe, de manière à ce qu'il n'y eût pas le plus léger doute sur la nature de la lésion. Avec l'aide d'un médecin des environs je me mis aussitôt en devoir de tenter la réduction. On appliqua une ceinture entre les cuisses et une bande au-dessus du genou, pour fixer les poulies d'après la méthode ordinaire. Je fis alors l'extension en bas et en dedans, en croisant la cuisse du côté sain au dessous de ses deux tiers supérieurs. Dès que l'extension fut commencée, je fis prendre au malade deux grains de tartre stibié en solution: cette dose fut répétée cinq fois à des intervalles de dix minutes, mais ne produisit que très-peu de nausées. Peu de temps après, je lui tirai jusqu'à soixante onces de sang, sans amener la syncope. Après une extension progressive d'environ deux heures, exercée avec toute la force qu'un homme pouvait employer en se servant des poulies, nous trouvâmes que le membre était redevenu aussi long que l'autre. Nous essayâmes alors d'élever la tête de l'os sur la cavité cotyloïde au moyen d'une serviette passée sous la cuisse et qu'un de nous soulevait avec sa tête, en même temps que nous imprimions au membre un mouvement de rotation en dehors avec toute la force dont nous étions capables. A la longue, le pied prit une direction plus prononcée en dehors; la tête du fémur devint moins saillante, et au bout d'une demi-heure environ, nous entendîmes un craquement de la tête de l'os, et le malade s'écria en cet instant que le membre était replacé. (Dans les luxations qui sont restées non réduites pendant long-temps, il arrive ordinairement que l'os ne fait aucun bruit en rentrant dans sa cavité. A. C.) Alors trouvant le pied tourné en dehors, le membre de sa longueur naturelle, et aucun vestige de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe, nous en concluâmes qu'eile

devait être dans sa cavité. Nous cessâmes tout effort ultérieur: nous fîmes placer le malade dans son lit et attacher ses jambes ensemble. Au même instant, son pied recouvra sa sensibilité pour la première fois depuis l'accident, et il éprouva un mieux-être général. On appliqua un large vésicatoire sur le trochanter. La nuit fut bonne: le malade se plaignit de douleur seulement dans le périmètre et immédiatement au-dessus du genou là où les lacs avaient été appliqués. Aucun mouvement fébrile, aucun symptôme fâcheux, ne succédèrent à cette opération. En peu de jours le malade pouvait supporter de légers mouvemens de flexion et d'extension sans douleur, et, au bout d'une semaine, un mouvement peu étendu de rotation. Le membre devint de plus en plus agile, et la faculté de le mouvoir revint à tel point que le douzième jour le malade pouvait fléchir la cuisse à angle droit sur le tronc. On lui permit alors de se lever: des bandages furent appliqués autour de la cuisse et du bassin; il put se tenir parfaitement droit et marcher à l'aide de béquilles, en appuyant le talon sur le sol. L'exercice détermina si rapidement le retour de ses forces, que le vingt-deuxième jour il abandonna une de ses béquilles, et l'autre le vingt-cinquième. Au bout d'un mois, il pouvait marcher sans appui; et, cinq semaines après l'accident, appelé par une affaire particulière, il fit près de vingt milles à pied, parfaitement droit et sans la moindre claudication.

*Observation 12<sup>e</sup>.* — Je fus appelé auprès d'un homme âgé de 28 ans, qui, ayant versé avec une voiture, s'était luxé la cuisse gauche plus de cinq semaines auparavant, et chez lequel on avait déclaré qu'il n'existait pas de luxation, quoique le cas fut extrêmement évident. Le membre était raccourci de deux pouces; le genou et le pied étaient tournés en dedans, la partie interne du pied se portait sur le métatarse du côté opposé. La cuisse était légèrement fléchie sur l'abdomen, et le genou s'avavançait sur l'autre cuisse. La tête du fémur se reconnaissait distinctement dans la fosse iliaque externe; la rondeur naturelle de la hanche avait disparu. Je ne fis usage que des moyens mécaniques dans mes tentatives de réduction, et, quoique j'eusse employé les poulies et que j'eusse répété l'extension dans des directions variées, je ne pus parvenir à replacer l'os. Le malade conserva sa luxation.

*Observation 13<sup>e</sup>, communiquée par M. Norwood, chirurgien à Hertfort.* — William Newman, sujet fortement musclé, âgé de près de 30 ans, fut admis à l'hôpital de Guy le mercredi 4 décembre 1812, dans le service de M. A. Cooper, pour une luxation de la hanche. En sautant de dessus le brancard de sa voiture, le jeudi 7 novembre, son pied avait glissé et sa hanche avait porté fortement contre la roue: il était tombé à l'instant même, et était resté dans l'impossibilité de marcher. Ce ne fut que le 4 décembre qu'on l'apporta à

L'hôpital de Guy. La tête du fémur était logée dans la fosse iliaque externe; le trochanter était porté en avant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure; le genou et le pied étaient tournés en dedans, et le membre raccourci d'un pouce et demi; le gros orteil chevauchait sur le métatarse de l'autre pied; le membre n'était susceptible que de peu de mouvement. Le samedi 7 décembre, trente jours après l'accident, l'extension fut pratiquée. Avant l'application de l'appareil, on fit une saignée de bras, de 30 onces; dix minutes après, le malade fut plongé dans un bain chaud, où il resta jusqu'à la syncope, qui arriva au bout de quinze minutes; on lui administra alors un grain de tartre stibié, qui fut renouvelé au bout de seize minutes, et qui alors seulement, fut suivi de nausées extrêmement pénibles sans vomissement, et d'un état d'affaiblissement extrême; il fut transporté à l'amphithéâtre. Après l'avoir placé sur une table et couché sur le côté gauche, on fixa le bassin à la manière ordinaire, et les poulies furent attachées à la courroie circulaire du genou; la cuisse fut alors tirée obliquement, en croisant l'autre à peu près au-dessous de ses deux tiers supérieurs; l'extension durait depuis dix minutes, lorsque l'os glissa dans sa cavité. Cet homme sortit de l'hôpital au bout de trois semaines; l'agilité et la force du membre se rétablissaient avec rapidité.

*Observation 14<sup>e</sup>, recueillie par M. Thomas.* — William Chapman, âgé de 50 ans, fut admis à l'hôpital St. Thomas, le jeudi 10 septembre 1812, pour une luxation du fémur gauche dans la fosse iliaque externe. L'accident avait été causé six semaines auparavant par la chute d'un mât qui l'avait terrassé. La réduction fut faite, le vendredi 11 septembre, de la manière suivante: le malade fut saigné des deux bras; on lui tira trente-quatre onces de sang. Alors il fut plongé dans un bain chaud, et on lui donna un grain de tartre stibié de dix en dix minutes: ces moyens produisirent la défaillance et les nausées. Le malade fut alors placé sur une table, et couché sur le côté droit; une ceinture fut fixée entre ses cuisses et sur le bassin, de manière à maintenir celui-ci solidement; une bande mouillée fut appliquée au-dessus du genou, et sur celle-ci un bracelet de cuir muni d'anneaux pour les poulies. L'extension fut pratiquée dans une direction telle que le membre malade croisait l'autre au-dessous de la partie moyenne; en une demi-heure la réduction fut faite.

Les cas suivans montrent qu'il ne faut pas désespérer du succès, même lorsqu'un temps considérable s'est écoulé depuis l'accident.

*Observation 15<sup>e</sup>.* — M. Mayo a cité le cas de William Honey, qui entra à l'hôpital dans le mois d'août 1812; sa luxation datait de sept semaines, et fut réduite le lendemain de son entrée; il fut renvoyé guéri le 18 novembre. C'était une luxation dans la fosse iliaque externe.

*Observation 16<sup>e</sup>.* — M. Tripe, chirurgien à Plymouth, a envoyé à la Société médico-chirurgicale une observation de luxation de la cuisse dans la fosse iliaque, qui avait eu lieu sept semaines et un jour avant qu'on en tentât la réduction, et dans laquelle il fut assez heureux pour rendre à l'os sa situation naturelle.

Les observations suivantes prouvent, il est vrai, que la luxation dans la fosse iliaque externe peut être réduite sans le secours des poulies, mais elles montrent en même temps, surtout les deux premières, combien ce moyen est préférable aux autres.

*Observation 17<sup>e</sup>.* — William Piper, âgé de 25 ans, fut atteint par la roue d'une voiture chargée de foin, qui passa entre ses jambes et sur la partie supérieure de sa cuisse droite. M. Holt, chirurgien à Tottenham, fut appelé environ un mois après l'accident; il trouva le malade avec la fièvre et souffrant beaucoup; l'inflammation et la tension locales étaient excessives. Il le saigna largement, le purgea, et fit appliquer des sangsues. La jambe du côté malade était plus courte que celle du côté opposé; la tête du fémur se distinguait dans la fosse iliaque externe; le genou et le pied étaient tournés en dedans. M. Holt me pria de l'accompagner pour voir ce malade, et nous convinmes de l'opportunité des tentatives de réduction. M. Holt et moi, assistés de cinq aides vigoureux, nous fîmes tous les efforts possibles pour y parvenir. Fatigués à plusieurs reprises, nous fumes plusieurs fois obligés de nous reposer, et de renouveler nos efforts. Nous étions sur le point de renoncer à toute tentative ultérieure, lorsque nous convinmes de faire un dernier effort: alors seulement, après cinquante-deux minutes de résistance, l'os rentra dans sa cavité.

*Observation 18<sup>e</sup>.* — J'ai encore réussi à réduire sans poulies un fémur luxé, chez un sujet auquel je donnais des soins avec M. Dyson; mais les efforts qu'on fut obligé de faire furent si grands, et l'extension si pénible, que notre fatigue égalait presque celle du malade, et je suis convaincu que tout praticien qui aura fait usage des poulies en pareil cas, ne recourra jamais à un autre moyen, excepté dans les luxations sur le trou ovale.

*Observation 19<sup>e</sup>, communiquée par M. Dantel.* — Mary Bailey, âgée de 7 ans, fut reçue à l'hôpital de Guy, le 16 juin 1819, dans le service de M. Astley Cooper, pour une luxation de la cuisse dans la fosse iliaque. Cet accident survint au moment où l'enfant se balançait sur le brancard d'une charrette, qui, n'étant pas suffisamment étayée, glissa subitement, en sorte que l'enfant tomba à terre sur le côté. La nature de la lésion était de toute évidence; le membre du côté luxé était raccourci de deux pouces au moins; le gros orteil s'appuyait sur le tarse du pied opposé, et était tourné en dedans; le genou était aussi tourné dans le même sens, et portait

sur l'autre. L'enfant entra à l'hôpital à cinq heures et demie du soir, un peu plus d'une demi-heure après l'accident. La résistance semblait devoir être si faible, qu'on ne jugea pas les poulies nécessaires; on y substitua des lacs, dont l'un fut appliqué au-dessus du genou, et l'autre entre les parties génitales et la cuisse; puis fléchissant la jambe, et portant la cuisse en travers de l'autre, au-dessus du genou, on pratiqua une extension graduelle, et au bout de quatre minutes, l'os glissa subitement avec bruit dans sa cavité. Le septième jour l'enfant marchait dans la salle, et éprouvait à peine de la gêne.

*Observation 20<sup>e</sup>, communiquée par M. Henry Olden.* — Dans ce cas, l'extension fut appliquée au coudepiéd.

« William Sharp, jeune homme athlétique, tomba dans une lutte. Son adversaire s'étant abattu en même temps que lui et sur lui, leurs jambes furent tellement entrelacées, qu'il ne peut pas expliquer de quelle manière il vint toucher le sol. Il ressentait une vive douleur dans la hanche et ne put se relever. Vingt minutes environ après l'accident, je le trouvai couché sur le ventre dans le lieu de sa chute; le membre inférieur gauche était légèrement amené dans l'abduction, raccourci, le genou et le pied tournés en dedans, la saillie du trochanter effacée, et on sentait d'une manière obscure, la tête du fémur dans la fosse iliaque externe. Je diagnostiquai une luxation, et je fis porter le malade chez lui, pour opérer la réduction. Je le fis placer sur le côté droit, suivant la diagonale d'un lit à quatre colonnes. Le milieu d'un large drap roulé fut placé entre les cuisses; les chefs en furent dirigés en avant et en arrière du corps, et attachés à celle des colonnes qui correspondait à la tête du sujet, aussi bas que possible. La partie moyenne d'une serviette roulée de la même manière fut ensuite appliquée sur la fosse iliaque, entre la crête iliaque et l'os luxé; ses extrémités furent portées entre le corps et le drap en avant et en arrière, réfléchies sur lui et attachées sur sa partie moyenne. Par ce moyen, j'espérais obtenir l'immobilité du bassin. La force extensive fut appliquée sur le coudepiéd parce qu'il me parut qu'en cet endroit elle n'intéressait point les muscles de la cuisse. On entoura le coudepiéd d'une serviette mouillée, à laquelle on adapta l'extrémité d'une serviette longue. Trois hommes furent chargés de tirer graduellement et sans interruption. Quand je m'aperçus que la tête du fémur était ramenée au niveau du rebord de la cavité cotyloïde, je soulevai un peu cet os en passant mes mains entrecroisées sous la partie supérieure de la cuisse, et aussitôt la tête de l'os entra dans sa cavité avec bruit. Le malade éprouva pendant quelque temps une vive douleur autour de la hanche et du genou. »

*Observation 21<sup>e</sup>, communiquée par M. Badley.* — « Un jeune homme d'environ 16 à 18 ans,

étant à travailler dans une fosse, fut enseveli sous un éboulement de charbon. Indépendamment de plusieurs lésions graves dans d'autres parties du corps, il eut une luxation de la cuisse dans la fosse iliaque. Le même membre fut fracturé vers sa partie moyenne; la réduction de la luxation étant impraticable, la cuisse fut entourée d'un appareil à fracture, et traitée sans aucun égard à la luxation, dans l'espoir qu'après la réunion des fragmens, la luxation pourrait être réduite. Au bout de cinq semaines, l'os paraissait suffisamment solide. Je pratiquai, à l'aide des poulies, une extension très-modérée, mais non interrompue, et en moins d'une heure j'eus la satisfaction de sentir la tête de l'os rentrer dans sa cavité. Il est très-probable que la réduction se fut opérée plus promptement, si j'eusse osé faire supporter au membre une plus forte extension; mais je craignais qu'il n'en résultât la séparation des deux fragmens osseux nouvellement soudés. La guérison fut tellement solide qu'il conserva à peine quelque trace de claudication. »

Le docteur Badley a rencontré plusieurs cas de cette luxation réunie avec d'autres lésions qui, au premier aspect, présentaient une complication extrêmement embarrassante, et d'où cependant, en réalité, il ne résultait pas un surcroît plus grand de difficultés. Ainsi il a vu des cas dans lesquels, avec la luxation d'une cuisse, coïncidait la fracture de celle du côté opposé. Dans ce cas, il a placé temporairement, mais avec beaucoup de solidité, des attelles autour du membre fracturé, et faisant placer le malade sur ce côté, il a procédé à la réduction d'après la méthode ordinaire. Après cette opération, il a retiré les attelles temporaires et appliqué au membre fracturé l'appareil accoutumé. Tous les cas de cette espèce qui lui sont échus ont été heureux, et ne se sont compliqués d'aucun phénomène inattendu. Le même médecin a été témoin d'un cas qu'il cite plutôt pour sa singularité que pour les avantages pratiques qu'on peut en déduire.

*Observation 22<sup>e</sup>, communiquée par M. Badley.*

— Un homme reçut un coup violent sur la hanche. Lorsqu'on l'eut fait mettre sur un lit pour l'explorer, on trouva que le fémur n'était point fracturé, et que les deux membres étaient exactement de la même longueur; mais le pied du côté malade se tournait un peu en dedans, et toute tentative pour mouvoir la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale causait une vive douleur. Un examen plus attentif de la hanche fit reconnaître que le fémur était luxé, et que la tête était située sur la fosse iliaque, quoique le membre ne semblât pas du tout raccourci. Toutefois, on ne tarda pas à trouver l'explication de cette anomalie apparente: le fémur du côté opposé avait été fracturé antécédemment, et la consolidation s'était faite d'une manière si vicieuse, que ce membre était resté plus court de plusieurs pouces; de sorte que la luxation en haut, de l'autre cuisse, avait ramené celle-ci à une lon-

gneur équivalente. Il n'est pas besoin d'ajouter que la réduction de la luxation rétablit la claudication, et reproduisit la difformité résultant de la longueur inégale des deux membres.

*Observation 23<sup>e</sup>. — Luxation de la cuisse dans la fosse iliaque, avec fracture du fémur.* — Abraham Harman, âgé de 13 ans, placé dans le service de M. Forster, à l'hôpital de Guy, a donné le récit suivant de son accident :

Il y a environ quatre mois, il conduisit les chevaux de son maître à une carrière de craie; il descendit dans la carrière pour ramasser de la craie et pour la réduire en fragments; pendant qu'il était ainsi occupé, la paroi de la carrière s'éboula, et un morceau considérable de craie l'ayant heurté violemment sur la hanche, le renversa. Il fut porté aussitôt dans une auberge du voisinage, et un chirurgien fut appelé. La cuisse était fracturée vers sa partie moyenne; mais de très-fortes contusions s'opposèrent à ce que la luxation fut reconnue. Des fomentations et d'autres moyens furent employés pour amener la résolution de la tumeur de la hanche, et il devint alors manifeste que la cuisse était aussi luxée. Quelques tentatives de réduction furent faites; mais la fracture ne pouvant supporter l'extension, le jeune malade fut envoyé à l'hôpital: on n'y fit aucune tentative de réduction.

Ce cas présente des difficultés peu communes; il est probable que la luxation ainsi compliquée de fracture, n'est pas générale-

ment susceptible de réduction; l'extension ne devient possible que trois ou quatre mois après l'accident; et alors même exige-t-elle l'application de fortes attelles sur la cuisse, pour éviter le danger de reproduire la fracture (1).

*Observation 24<sup>e</sup>, communiquée par M. T. Maurice.* — George Davies, âgé de 35 ans, descendant l'escalier d'un moulin, avec un sac de froment sur le dos, omit un ou deux degrés, et, dans ses efforts pour reprendre l'équilibre, le fardeau tomba de tout son poids sur lui, et la violence du coup le jeta plusieurs degrés plus bas: il resta dans l'impossibilité complète de continuer sa marche. Il fut alors transporté au village voisin. On l'examina; le membre malade était beaucoup plus court que l'autre; le pied était tourné en dedans, et s'appuyait sur le tarse du côté opposé. La tête de l'os était logée parmi les muscles fessiers: les autres symptômes ne laissaient aucun doute. Trois heures environ après cet accident, les préparatifs convenables étant faits, on lui fit une saignée de 30 onces; les poulies furent ajustées d'après la méthode indiquée et une extension graduelle étant faite, la tête de l'os fut ramenée au niveau de la cavité cotyloïde; une serviette fut alors passée sous la cuisse, afin de soulever l'os, et celui-ci par un mouvement brusque accompagné d'un craquement sensible à l'oreille, glissa dans sa cavité. La réduction fut opérée en dix minutes (2).

(1) L'observation que nous allons rapporter offre un cas de fracture coïncidant avec une luxation sur le pubis. Les tentatives de réduction de la luxation, faites au moyen des attelles et par un procédé tout-à-fait spécial, obtinrent un plein succès, bien que l'époque de la fracture fût encore peu éloignée. Le procédé opératoire, aussi bien que le succès d'une tentative aussi délicate nous ont paru d'un haut intérêt pratique.

*Luxation et fracture simultanées du fémur; réduction de la luxation.* — Le docteur Bloxham, de Newport, a obtenu dernièrement la réduction d'une luxation du fémur sur le pubis, compliquée de fracture du même os. Pendant les huit premiers jours qui suivirent l'accident on se borna à l'application de courtes attelles, aux lotions évaporantes, etc. Voici comment le chirurgien décrit son procédé: « Le malade fut couché sur le dos dans son lit, et maintenu dans cette position au moyen d'un drap qui croisait le bassin et qui fut attaché au bois de lit; un autre drap fut passé sur l'aîne gauche, et fixé de la même manière. Le membre fracturé et luxé fut alors renfermé dans des attelles, dont l'une s'élevait jusqu'à la tubérosité sciatique. Des poulies furent attachées, d'une part, à un anneau fixé au plafond, à un pied à la droite de l'ombilic du malade, et d'autre part, à une ceinture serrée autour des attelles, aussi haut que possible. Le genou étant étendu, le pied fut élevé de manière à porter le membre presque à angle droit avec le cordon du moufle; et, en tirant graduellement sur ce cordon, la tête du fémur devint mobile au bout de dix ou quinze minutes, et fut portée en avant d'une manière très-notable. J'appuyai alors sur elle, en la poussant en bas, tandis que les poulies la maintenaient en partie dégagée du bassin. En quelques minutes elle passa sur le rebord du pubis. Je fis porter le pied un peu plus haut, afin de mettre les muscles fessiers dans un état de tension plus considérable et de leur donner plus d'efficacité pour attirer l'os dans sa position normale. Par cette manœuvre, la tête du fémur fut portée en arrière; et dès que le pied fut plus élevé et le cordon relâché, elle s'éloigna peu à peu de ma main, jusqu'à ce que le grand trochanter apparût dans sa situation naturelle: la réduction alors se trouva parfaite. Pendant la dernière période de l'opération, un aide fut chargé d'exercer une pression énergique au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, pour empêcher que la tête du fémur ne glissât en arrière sur la fosse iliaque. La réduction ainsi obtenue, la cuisse fut entourée de courtes attelles, et le malade fut placé sur un double plan incliné. Aucun symptôme d'inflammation ne se développa du côté de l'articulation. Au bout de huit jours, on imprima au membre des mouvements qui furent répétés de temps en temps pendant tout le temps nécessaire à la guérison. » (*Lond. Med. Gaz. août 1833.*)

(Note des trad.)

(2) Le fait suivant que nous extrayons de la *Gazette Médicale* (1832, p. 621), est intéressant sous plus d'un rapport; on y voit un allongement du membre se manifester après la réduction, et persister pendant quelque temps :

*Luxation du fémur dans la fosse iliaque externe.* — Le 16 juillet 1806, un petit garçon, âgé de 6 ans,

*Observation 25<sup>e</sup>, publiée par M. Cornish, de Falmouth, dans un journal de médecine. Luxation en haut du fémur réduite au bout de cinq ans.* — « En 1812, Mac Fadder, marin, âgé d'environ 20 ans, se rendant de Greenwich à Londres, sur l'impériale de la diligence, tomba de cette hauteur et se blessa à la hanche. Il fut porté à l'hôpital Saint-Thomas dans le service de M. Cline, et traité pour une fracture du col du fémur. Au bout de quelques mois, les moyens qui furent employés, n'ayant produit aucun résultat, on le renvoya de l'hôpital, en le prévenant que son membre lui serait désormais inutile. Cet homme entra ensuite à l'hôpital de Guy. Sir Astley Cooper, dans le service duquel il fut placé, jugea que la tête du fémur était hors de sa cavité; après une saignée, un bain chaud, et l'administration du tartre stibié, à dose nauséuse, il essaya d'opérer la réduction. Cette tentative fut sans résultat, ainsi que plusieurs autres qui furent faites dans la suite. Le malade fut renvoyé de nouveau comme incurable. En 1813, environ un an après l'accident, il se présenta appuyé sur des béquilles à l'hôpital de Falmouth, où il m'a donné les détails précédents. Je trouvai le membre malade plus court que l'autre d'environ deux pouces et demi, entièrement inutile, et donnant lieu à une vive douleur quand il l'appuyait sur le sol. Le genou et le pied étaient tournés en dedans; il y avait au niveau de l'articulation une déformation considérable; la tête du fémur semblait s'être formée une cavité au milieu des muscles, dans la fosse iliaque. En un mot, on retrouvait tous les signes de la luxation en haut. A raison de l'ancienneté de l'accident, et de l'insuccès des tentatives de réduction pratiquées par sir A. Cooper, je considérai ce cas comme au-dessus

des ressources de l'art, et je l'abandonnai à lui-même.

En mars, 1818, je rencontrai cet homme portant un lourd panier à chaque bras, et marchant sans la plus légère claudication. Quoique je connusse parfaitement ses traits, l'ayant vu sur ses béquilles dans cette ville pendant trois ans, je passai auprès de lui sans y faire attention, croyant à peine possible que ce fût mon malade boiteux; mais après avoir fait une vingtaine de pas, je me retournai vers lui pour constater le fait. En m'assurant de son identité sur laquelle j'étais si fortement en doute, je m'informai de la cause de sa guérison, et il m'apprit que dans le printemps de 1817, cinq ans après l'accident, se rendant de Falmouth à Plymouth dans un petit vaisseau côtier, l'embarcation reçut une secousse par laquelle il fut jeté à la mer. Au moment de sa chute, il entendit un fort craquement dans la hanche, et depuis ce moment il a mis de côté ses béquilles, et a recouvré l'usage parfait de son membre. Cet homme exerce actuellement le métier de marin à bord d'un navire qui fait les voyages de Plymouth à Londres. »

L'importance pratique de ce fait est beaucoup au-dessous de la singularité de sa terminaison. Il prouve, dit M. Cornish, la possibilité de la réduction du fémur, même après plusieurs années, lorsqu'on est en droit de supposer l'existence d'altérations qui constituent des obstacles insurmontables, en particulier l'oblitération de la cavité cotyloïde, et quand la plupart des chirurgiens jugeraient le cas au-dessus des ressources de l'art; il sert à prouver qu'un léger effort, quand les muscles sont surpris peut réussir à opérer la réduction après que les efforts les plus violents ont échoué.

tomba de dessus un gros tronç d'arbre renversé, sur lequel il s'amusa à courir. Il ne put se relever, et l'on fut obligé de l'emporter chez ses parents. Ceux-ci n'attribuant qu'à une violente contusion l'impossibilité où leur enfant était de marcher, ne cherchèrent pas à s'éclaircir sur la véritable cause de cet accident, et demeurèrent tranquilles jusqu'au 10 août suivant. Alors seulement ils amenèrent le petit blessé à l'hôpital de Nevers, où M. Arloing remplissait temporairement les fonctions de chirurgien en chef.

M. Arloing trouva la cuisse droite raccourcie d'un pouce et demi; la pointe du pied et le genou étaient tournés en dedans; le grand trochanter, plus élevé, était porté en avant, et une tumeur dure et arrondie se faisait remarquer dans la fosse iliaque externe. A ces signes principaux, il était aisé de reconnaître une luxation en haut ou dans la fosse iliaque. Quoiqu'il y eût près d'un mois que l'accident était arrivé, on tenta la réduction; l'extension fut faite pendant plus d'une demi-heure, sans pouvoir déplacer la tête de l'os. On laissa reposer jusqu'au lendemain l'enfant qui avait beaucoup souffert. La seconde tentative fut aussi infructueuse que la première. Alors, ayant fait cesser l'extension, M. Arloing saisit avec la main droite la cuisse au-dessus du genou, et tira brusquement dessus, en même temps qu'avec la paume de la main gauche il poussait fortement en bas la tête du fémur. Les muscles, surpris en quelque sorte, cédèrent avant de pouvoir se contracter. L'opérateur sentit la tête qui se déplaçait, et il la dirigea vers sa cavité, en portant la cuisse en dehors et en arrière. Aussitôt tous les mouvements devinrent faciles, et on les faisait exécuter au membre sans exciter de douleur; mais celui-ci était plus long que l'autre d'un demi-pouce. Comme on n'avait pas entendu ce petit bruit que fait la tête d'un os luxé en rentrant dans sa cavité, on crut d'abord qu'ayant déplacé par un mouvement aussi brusque celle du fémur, on l'avait fait glisser sur le rebord postérieur et inférieur de la cavité cotyloïde. Mais bientôt, considérant qu'on ne la sentait plus nulle part, que le membre avait repris sa rectitude et la liberté de tous ses mouvements, on resta persuadé que la luxation était bien réduite, et l'allongement du membre fut attribué au gonflement du cartilage qui revêt la cavité cotyloïde, gonflement causé par la vive irritation et l'inflammation qui ont suivi l'accident, et entretenu par la longue absence de la tête du fémur, parce que, dans ce cas, les cavités articulaires tendent à s'oblitérer.

L'enfant a été tenu au lit pendant deux mois, les cuisses rapprochées et fixées par un lien attaché au-dessus des genoux. Pendant tout ce temps, on a employé des fomentations résolutives autour de l'articulation. Le membre a repris peu à peu sa longueur naturelle; mais l'enfant a long-temps éprouvé de la douleur lorsqu'il lui faisait supporter le poids du corps. Enfin, il a marché sans la moindre claudication. (Note des trad.)