

LUXATION EN BAS OU DANS LA FOSSE OVALE.

Cette espèce de luxation se produit quand les cuisses sont largement écartées l'une de l'autre. Le ligament rond et la partie inférieure du ligament capsulaire sont déchirés, et la tête du fémur vient se placer à la partie postérieure et interne de la cuisse, sur le muscle obturateur externe.

On a supposé à tort que le ligament rond n'est pas déchiré dans cette espèce de luxation. Il est vrai que sur le cadavre, et après que le ligament capsulaire est divisé, la tête du fémur peut être attirée sur le bord inférieur de la cavité cotyloïde, le ligament rond restant intact. Mais la luxation sur le trou ovale a lieu lorsque les cuisses sont largement écartées l'une de l'autre; dans cette attitude, le ligament rond est distendu, et lorsque la tête du fémur est chassée hors de sa cavité, ce ligament est rompu avant qu'elle n'en soit sortie complètement.

Dans cette luxation, le membre est plus long que l'autre de deux pouces. On peut sentir la tête du fémur en appuyant la main sur la partie interne et supérieure de la cuisse, vers le périnée, mais seulement chez les sujets très-maigres. Le grand trochanter est moins saillant que du côté sain. Le corps est incliné en avant par la tension des muscles psoas et iliaque. Le genou fait une saillie considérable en avant, lorsque le tronc est redressé; il est très-écarté de celui du côté opposé, et ne peut, sans les plus grandes difficultés, être rapproché de la ligne médiane et mis en contact avec l'autre, à cause de la tension des muscles fessiers et pyramidal. Le pied, quoique très-écarté de l'autre, n'est, en général, tourné ni en dehors ni en dedans; j'ai rencontré à ce sujet quelques différences dans certains cas; mais ici, la direction du pied n'a aucune importance diagnostique.

La flexion du tronc, l'écartement des genoux et l'accroissement de longueur du membre sont les signes caractéristiques. La tête du fémur est située au-dessous et un peu au-devant de l'axe de la cavité cotyloïde, et on remarque une excavation au dessous du ligament de Poupard.

Nous possédons dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas une excellente pièce anatomique de cette luxation, que j'ai disséquée il y a plusieurs années. La tête du fémur repose sur le trou ovale; le muscle obturateur externe a complètement disparu, ainsi que le ligament qui occupe d'ordinaire cette ouverture, laquelle est maintenant toute entière occupée par la tête du fémur. Autour du trou ovale s'est déposée une matière osseuse, formant une profonde cavité dans laquelle la tête de l'os est logée, de manière à pouvoir exécuter des mouvements étendus; cette cavité de nouvelle formation entoure le col de

l'os sans le toucher, et renferme si complètement sa tête qu'on ne pourrait la retirer sans briser le rebord de la cavité. La surface interne de cette nouvelle cavité articulaire est extrêmement polie et n'offre pas la plus légère aspérité osseuse capable de faire obstacle aux mouvements de la tête de l'os; les muscles seuls limitaient l'étendue des mouvements. La cavité cotyloïde est comblée par de la matière osseuse et n'aurait pu admettre la tête du fémur, en supposant qu'on eût fait des tentatives pour replacer celle-ci dans sa situation normale. La tête du fémur offre peu d'altération: son cartilage articulaire est intact; le ligament rond est entièrement rompu et la capsule en partie déchirée. Les muscles pectiné et court adducteur avaient été lacerés; mais ils étaient réunis par une expansion tendineuse. Les muscles psoas, iliaque, fessiers, et pyramidal, étaient dans un état de tension.

La réduction de cette luxation s'opère en général avec beaucoup de facilité, si l'accident est récent. Il faut coucher le malade sur le dos, écarté les cuisses autant que possible, et placer entre les parties génitales et la partie supérieure du membre luxé, une ceinture transversale que l'on attache à un anneau fixé dans la muraille. Alors le chirurgien, plaçant la main sur le coude-pied, tire sur la jambe, en croisant celle du côté sain en avant, ou bien en arrière si la cuisse est très-volumineuse. Cette manœuvre suffit pour faire glisser la tête du fémur dans sa cavité. J'ai vu réduire ainsi avec une grande facilité, à l'hôpital St.-Thomas, une luxation très-récente.

Dans un cas de cette nature, la cuisse peut être fixée par un montant de lit reçu entre les parties génitales et la partie supérieure du membre, pendant que la jambe est portée en dedans, de manière à croiser celle du côté opposé. Mais en général, il est nécessaire de fixer le bassin par une ceinture dirigée transversalement et passant par-dessus le chef antérieur de celle qui a été placée autour de la partie supérieure de la cuisse et à laquelle les poulies doivent être attachées: autrement le bassin sera entraîné avec la tête du fémur.

Dans les cas où la luxation existe depuis trois ou quatre semaines, il vaut mieux faire placer le malade sur le côté sain, fixer le bassin par une ceinture, et porter sous le membre luxé une autre ceinture à laquelle les poulies doivent être fixées perpendiculairement. On tire alors la cuisse en haut, tandis que le chirurgien appuie sur le genou et sur le pied pour empêcher la partie inférieure du membre d'être élevée avec le fémur: le membre se trouve ainsi transformé en un levier dont la force est considérable.

Il faut avoir grand soin de ne pas trop porter la jambe en avant, car la tête du fémur serait entraînée en arrière de la cavité cotyloïde, dans l'échancrure sciatique, d'où l'on ne pourrait plus ensuite la dégager.

Observation 26, communiquée par J. S. Daniell. — Le 4 janvier 1818, un individu fut jeté à terre par un écart soudain que fit son cheval à droite; comme il s'efforçait de maintenir son équilibre en pressant la cuisse droite contre la selle, il fut lancé à terre et reçut à la tête une violente contusion qui produisit des symptômes alarmans. Le jour suivant, on remarqua que la cuisse du côté droit ne pouvait se mouvoir, que le genou était élevé et ne pouvait être amené parallèlement à l'autre dans le sens antéro-postérieur, et qu'il présentait en même temps une direction en dehors, ce qui engagea à le lier avec celui du côté opposé. Les symptômes du côté de la tête excluaient pour le moment toute tentative de réduction. Quatorze jours après, le malade était tellement bien rétabli, qu'il pouvait se lever, et, au bout d'un mois, il commença à marcher avec des béquilles.

Je le vis pour la première fois le 1^{er} novembre 1818. L'aspect du membre luxé était le suivant: la cuisse dépassait celle du côté sain de toute la longueur de la rotule; le genou était saillant en avant; lorsque le malade était couché sur le dos, la jambe ne pouvait être ramenée à la même longueur que l'autre; la partie supérieure du fémur était refoulée en arrière, de telle sorte que l'excavation de l'aîne était plus profonde du côté malade que du côté sain.

Les orteils étaient légèrement renversés; mais dans la station ils pouvaient appuyer sur le sol, quoique le talon ne pût pas y atteindre. On ne pouvait pas sentir la tête du fémur, et le trochanter était beaucoup moins saillant qu'à l'ordinaire. Quand la partie supérieure du fémur était pressée contre la nouvelle cavité, et qu'on lui imprimait des mouvements, on percevait la sensation d'un frottement entre deux surfaces cartilagineuses, bien qu'il ne fût pas nettement caractérisé. Ce frottement, quoique difficile à décrire, se distingue facilement de la crépitation qui accompagne les fractures.

Dans l'attitude assise, la jambe du côté malade était plus longue que l'autre de deux pouces, et le genou débordait celui du côté opposé de la même longueur; dans la marche, le genou était fléchi, et le corps étant incliné en avant, le malade s'appuyait principalement sur les orteils et boitait considérablement; les muscles couturier et grêle interne étaient fortement tendus.

Le malade sentit d'abord de violentes douleurs dans la hanche et dans la cuisse luxée; mais maintenant il ne souffre plus, excepté quand il essaie de s'appuyer seulement sur ce membre. Dans le principe, le gros orteil n'atteignait le sol qu'avec peine; mais la progression s'est améliorée; en effet, lors de ses premiers essais avec l'aide d'une béquille et d'un

bâton, il ne put aller au-delà d'un demi-mille, tandis que maintenant il peut parcourir une distance quadruple. Dans la flexion, la cuisse est susceptible de mouvements considérables; mais il ne peut l'étendre au-delà du point où son jarret se trouve sur le même plan que la rotule du côté sain; les genoux ne peuvent être rapprochés l'un de l'autre; dans les essais de ce genre, celui du côté malade se place toujours sur un plan antérieur. Il s'assied sans douleur; mais la secousse d'une voiture lui est excessivement pénible. Les efforts pour monter à cheval sont extrêmement douloureux; l'extension de la jambe est impossible dans l'attitude verticale du tronc; il ne peut pas non plus se baisser pour attacher le cordon de son soulier du côté malade; le décubitus sur le côté malade est impossible. Aucune tentative de réduction n'a été faite: les lésions de la tête auraient rendu cette opération dangereuse dans le commencement; et lorsque je le vis pour la première fois, il n'y avait plus de chances de succès.

Observation 27, communiquée par M. J. S. Daniell. — M. Thomas Clarke, âgé d'environ 50 ans, fit une chute de voiture dans laquelle ses cuisses furent fortement écartées. La roue, d'après le récit du malade, passa sur sa hanche. Doit-on attribuer la luxation à cette dernière circonstance ou à l'écartement forcé des cuisses?

M. Potter et M. Daniell virent le malade deux ou trois semaines après l'accident. La nature de la maladie était évidente: le membre luxé était de trois pouces plus long que l'autre; le tronc était fléchi en avant, les genoux écartés, et le pied légèrement incliné en dehors.

Le malade étant robuste, on pratiqua une saignée de bras. Cette évacuation étant insuffisante pour remplir l'objet qu'on se proposait, on lui fit prendre une solution de tartre stibié; ensuite il fut placé sur le côté, près du bord de son lit; une ceinture fut passée autour du bassin, et fixée au bois de lit, pour rendre le tronc immobile pendant l'extension; une seconde ceinture fut appliquée entre les cuisses, fixée à la première, et fut mise en rapport avec les poulies. Pendant que l'extension s'opérait, M. Potter saisit le membre près du genou, l'attira légèrement en haut et vers la cuisse du côté sain, en faisant éprouver de temps en temps au membre un mouvement de rotation. Quand l'extension eut duré dix minutes, l'état de nausée déterminé par l'émétique devint tel que le malade pria les opérateurs de suspendre leurs efforts jusqu'au lendemain. Cette prière ne put que les encourager à redoubler leurs efforts, et cinq minutes après, l'os rentra brusquement avec bruit dans sa cavité. On appliqua une bande autour du bassin. Cinq jours après, l'état du malade était tellement satisfaisant qu'il put quitter la chambre: au bout de quelque temps il ne lui restait qu'un peu de raideur dans l'articulation.

L'observation suivante est un exemple des

accidents qui peuvent être causés par des efforts mal dirigés.

Observation 28. — Un jeune garçon, de 16 ans, avait une luxation de la cuisse sur le trou ovale: il fut couché sur le côté sain, et une traction fut exercée à la partie supérieure du membre dans un sens perpendiculaire à sa longueur; alors le chirurgien appuya sur le genou de haut en bas, mais dans le deuxième temps de la réduction la cuisse ayant été en même temps portée trop en avant, la tête du fémur fut portée en arrière et passa dans l'échancrure sciatique. Tous les efforts furent infructueux pour la retirer de cette situation nouvelle.

Observation 29, communiquée par M. W. A. Key. — « Stephen Holmes, âgé de 41 ans, travaillant dans une carrière à Camberwell, fut tout à coup enseveli sous une énorme quantité de sable. Quand le sable eut été enlevé, on le trouva assis, les jambes fortement écartées, et dans l'impossibilité de les rapprocher. Il fut porté dans cet état à l'hôpital de Guy, vers sept heures du soir, une heure après l'accident, et confié aux soins de M. Carey.

On observa les symptômes suivants: Le malade étant couché sur le dos, la cuisse gauche était fléchie sur le bassin; le genou par conséquent était élevé, et tout le membre fixé à une distance considérable de l'autre; la hanche présentait une déformation manifeste; la saillie du trochanter était complètement effacée et l'on trouvait à sa place une profonde excavation. A la partie interne de la cuisse, près du pubis, on remarquait une saillie distincte ayant la forme de la tête du fémur recouverte par les muscles adducteurs. D'après ces signes, nous diagnostiquâmes une luxation du fémur sur le trou ovale.

Nous ordonnâmes au malade de se lever et de s'asseoir sur le bord de son lit; ce qu'il fit sans gêne et sans douleur. Dans cette position, le genou gauche s'avancait au moins de deux pouces et demi au-delà de celui du côté sain. Cet allongement apparent de la jambe provenait surtout de la direction oblique du bassin. On constata ensuite quel allongement réel n'était pas de plus d'un pouce et quart. Dans la station, que le malade conservait avec peine, le tronc était penché en avant par suite de la flexion du bassin sur la cuisse; le genou était fléchi, et les orteils, qui étaient légèrement tournés en dedans, s'appuyaient sur le sol; tout le membre s'avancait au-devant de celui du côté sain, et restait dans l'abduction. Le malade fut alors porté sur une table solide, et couché sur le dos; le genou fut d'abord fléchi vers la poitrine sans difficulté, et dans une étendue aussi grande que celui du côté sain. L'abduction était de même complète, et ces tentatives pouvaient se faire sans douleur; mais l'extension et l'adduction de la cuisse étaient plus difficiles. Quand le membre malade était rap-

proché de l'autre, ce qui ne pouvait se faire sans déterminer de la douleur et de l'engourdissement à la partie interne de la cuisse, les rotules restaient écartées de onze pouces; et aussitôt que la main abandonnait le coude-pied, la jambe était portée en dehors, comme par une espèce de ressort, par la réaction des petit et moyen fessiers. Le membre ne pouvait être porté en arrière, mais il restait dans une flexion permanente; et, quand on faisait des efforts pour le fixer, le malade accusait une vive douleur dans la direction des muscles psoas et iliaque. La dépression observée dans le lieu ordinairement occupé par le grand trochanter était telle, qu'il était difficile de sentir cette éminence; tandis qu'à la partie interne de la cuisse une saillie distincte était formée par la tête du fémur, facile à sentir au-dessous des adducteurs. Ces derniers muscles étaient très-tendus par la saillie de l'os; les fesses paraissaient avoir conservé leur conformation naturelle.

Réduction. — L'appareil décrit par sir A. Cooper, étant une fois appliqué et fixé avec soin, ne se déranger point, et n'occasionna aucune gêne au malade; l'extension fut alors pratiquée en tirant sur le membre luxé dans une direction qui croisait celle du membre opposé, pendant que le moufle tirait la tête de l'os en dehors. Mais en agissant ainsi, nous courûmes le risque de porter la tête du fémur dans l'échancrure sciatique; car la cuisse étant volumineuse et charnue à sa partie postérieure, elle se trouvait nécessairement, pendant les tractions qu'on lui faisait subir obliquement à l'axe de l'autre membre, entraînée un peu en avant, et par-là la tête de l'os était portée en arrière. Si un changement quelconque s'était effectué dans la situation de la tête du fémur pendant cette extension, elle eût été portée au-dessous de la cavité cotyloïde dans l'échancrure sciatique: en conséquence on jugea convenable de porter la jambe en arrière de celle du côté sain. Aussitôt que cela fut fait, la tête du fémur rentra dans la cavité cotyloïde avec un bruit manifeste. La réduction ne dura que quinze minutes.

Cette espèce de luxation du fémur est beaucoup plus facile à réduire que toutes celles que j'ai observées; et l'on peut présumer, que si d'abord la jambe avait été portée en arrière de l'autre, au lieu d'être portée en avant, le remplacement du membre aurait pu être effectué de prime-abord. Lorsque le membre est volumineux, il est impossible de le porter dans une ligne droite, transversalement à la direction du membre opposé; et, pour éviter le danger dont il vient d'être question, il serait convenable d'adopter le mode d'extension qui a si bien réussi dans le cas présent.

Le malade pouvait se tenir debout sans appui, huit jours après l'accident (1).

(1) Aux faits cités par sir A. Cooper, nous croyons devoir ajouter le fait suivant qui s'en rapproche sous beaucoup de rapports, mais qui présente des circonstances qui ne se sont point offertes dans ceux-ci. En effet,

LUXATION EN ARRIÈRE, OU DANS L'ÉCHANCRURE SCIATIQUE.

Dans la position naturelle du bassin, l'échancrure sciatique est située derrière la cavité cotyloïde et un peu au-dessus de son niveau. Quand la tête du fémur est portée sur cette échancrure, elle est placée en arrière et en haut, par rapport à la cavité cotyloïde, c'est

on n'y retrouve point la flexion du tronc en avant, à laquelle sir A. Cooper donne beaucoup d'importance comme signe diagnostique; d'un autre côté, une fracture comminutive du fémur opposé ne permet pas de reconnaître si le membre luxé était allongé ou non. Cette dernière circonstance pouvait rendre moins facile le diagnostic qui du reste était assez évident.

Observation A. — *Luxation du fémur sur le trou ovale.* *Observation publiée par le doct. O. B. Bellingham.* Hugh Murray, âgé de 55 ans, travaillait dans une sablonnière, lorsqu'un des côtés de cette cavité s'éboula sur lui et l'ensevelit jusqu'au cou. Suivant son récit, il fut renversé en avant. Le docteur Bellingham le vit le lendemain de bonne heure, et reconnut une fracture comminutive du corps du fémur gauche, et une luxation du fémur droit sur le trou ovale. Les signes de la luxation étaient les suivants: le genou et le pied étaient très-écartés des mêmes parties du côté opposé; les orteils étaient tournés en dehors; la jambe était fléchie; à l'endroit ordinairement occupé par le grand trochanter, existait une dépression; on pouvait sentir la tête de l'os luxé à la partie supérieure et interne de la cuisse; le malade rapportait dans cet endroit la douleur qu'il éprouvait; le tronc n'était point fléchi sur la cuisse d'une manière appréciable, et, comme l'autre fémur était fracturé, il était difficile de décider si le membre luxé était allongé. Le malade étant couché sur le dos, le bassin fut fixé au moyen d'une ceinture placée entre les parties génitales et la cuisse, et confiée à un aide vigoureux. L'extension fut exercée sur le coude-pied, qui fut attiré sur celui du côté sain; en ce moment, la tête du fémur rentra dans sa cavité avec un bruit très-distinct. Avant de procéder à la réduction, on avait administré au malade une solution de tartre stibié qui n'avait produit aucune nausée. Toute l'opération ne dura que quelques minutes; immédiatement après, le malade demanda sa pipe, et parut aussi gai que s'il ne lui fût rien arrivé. *The Lancet*, mai 14, 1834.

On lit dans le même journal anglais (5 avril 1834), les deux faits suivants qui méritent d'être cités à cause de quelques-unes des circonstances qu'ils ont offertes.

Observation B. — *Luxation du fémur sur le trou ovale; réduction par des moyens particuliers.* — Un homme de 35 ans, entra à l'hôpital dans le service de M. Andrews. Il avait été jeté hors d'un chariot, mais ne pouvait rendre compte de la manière dont il était tombé.

Une des jambes était considérablement écartée de l'autre; tout effort pour rapprocher les deux membres causait une vive douleur. Le pied n'était tourné ni en dehors ni en dedans, et reposait sur le talon; la hanche était manifestement aplatie; le membre de ce côté était plus long que l'autre de près de deux pouces. On fit pendant plus d'une heure et demie des essais inutiles de réduction. On fut obligé de suspendre l'opération parce que l'un des crochets du moufle s'était redressé. On avait eu beaucoup de peine à fixer le bassin. Les tentatives furent remises au lendemain. Le bassin étant maintenu par des lacs, on renouvela les efforts pendant un temps considérable, sans succès. Enfin, la tête du fémur commençait à quitter sa position anormale, lorsque l'autre crochet du moufle se brisa; à l'instant même elle retourna au point d'où on l'avait délogée.

La position du malade fut changée; on le plaça dans l'attitude assise, enfourchant entre ses cuisses un montant de lit, et l'extension fut reprise pendant très-long-temps. Lorsque la tête du fémur fut suffisamment dégagée, on coupa la corde du moufle et l'on porta subitement la cuisse en travers de celle du côté sain; par ce mouvement la tête de l'os glissa dans sa cavité. L'opération dura une heure et trois quarts.

Observation C. — *Luxation sur le trou ovale.* — L'accident arriva de la manière suivante: Le malade était debout, les cuisses très-écartées, occupé à passer une corde autour d'un sac de drèche, qui devait être élevé à l'étage supérieur d'un magasin, lorsqu'un autre sac qui était déjà à cette hauteur, s'échappa de la corde qui le retenait et tomba sur les reins de cet homme.

La luxation était évidente. La réduction fut obtenue facilement. Le malade étant assis comme dans le cas précédent, on plaça autour de la cuisse luxée le lac auquel le moufle devait être adapté, et au moment où on le tendait, la tête du fémur glissa tout-à-coup dans sa cavité.

Cette observation est intéressante sous le rapport de l'étiologie. La manière dont l'accident avait eu lieu était bien propre à éclairer le diagnostic. On y voit aussi que la facilité avec laquelle s'opère la réduction est souvent en raison directe de l'intensité de la cause qui a produit la luxation.

La luxation du fémur en bas et en avant est susceptible, comme la plupart des autres luxations, de réduction spontanée. Les faits de cette espèce méritent toute l'attention des praticiens; ils font voir quel rôle important joue la contraction musculaire dans les difficultés de la réduction, et avec quelle facilité celle-ci s'opère quand les muscles sont surpris.

Observation D. — *Luxation du fémur en avant et en bas.* — *Réduction spontanée.* — Un ouvrier, âgé de 24 ans, tomba d'une hauteur de quinze pieds, et se luxa le fémur droit sur le trou ovale. On ne se disposa à tenter la réduction que le lendemain. Le malade fut placé sur le côté droit, mais trouvant sa posi-

pourquoi, bien que j'appelle cette luxation, Dans cette luxation, la tête du fémur est luxation en arrière, il faut se rappeler que c'est placée sur le muscle pyramidal, entre le rebord osseux qui forme la partie supérieure de

tion trop gênante, il fit un effort pour se retourner sur le côté gauche. Lorsqu'il voulut soulever la cuisse droite pour opérer ce mouvement, il éprouva subitement une douleur très-vive qui lui fit lâcher prise; au même instant la tête du fémur rentra brusquement et avec un bruit distinct dans sa cavité. Cette réduction fut suivie d'un soulagement immédiat; la nuit fut tranquille; la guérison ne tarda pas à être complète. *Rust's Magazin*, t. 22.

Nous rapporterons ici un cas de luxation du fémur en bas et en dedans, observé en 1747, époque à laquelle les connaissances chirurgicales sur les luxations de cette espèce étaient peu avancées en Angleterre, ainsi qu'on en jugera par cette observation. Les chirurgiens de Worcester voyant que les efforts de six aides étaient impuissans pour obtenir un allongement graduel et mesuré, eurent recours à une force de secousse désignée par eux sous le nom de force de percussion, *vis percussiois*, et qui consistait dans un effort brusque et simultané de tous les aides et des chirurgiens. On conçoit facilement tous les dangers d'un pareil mode de réduction, qui, dans cette circonstance, fut couronné d'un plein succès.

Observation E. — William Jones, boucher, grand et robuste, fut apporté à l'infirmerie de Worcester le 17 août 1747. Quelques heures auparavant il montait un cheval fougueux qui s'emporta. Comme il s'efforçait de l'arrêter, au moment où il traversait un pont de pierre, l'animal se cabra et se renversa en arrière sur celui qui le montait. Celui-ci resta étourdi de la chute; mais le cheval se releva rapidement et continua sa course, entraînant après lui le cavalier dont le pied était engagé dans l'étrier. Le cheval s'arrêta à très-peu de distance; mais le blessé ne pouvait plus remuer la cuisse. À l'examen du membre, un chirurgien reconnut le déplacement du fémur et la saillie de la tête de l'os dans la région de l'aîne. (La nouveauté du cas attira tous les médecins et les chirurgiens à l'hôpital.)

Les orteils et le genou étaient tournés en dehors; le membre malade était plus long que l'autre; l'articulation de la hanche ne permettait aucun mouvement, et la tête du fémur était sensible à la vue et au toucher dans la région de l'aîne. On coucha le malade sur une table large et forte, fixée au plancher et matelassée. Un drap fut passé entre ses cuisses, dirigé en arrière et en avant vers ses épaules et réfléchi sur le plancher où les deux bouts en furent fixés d'une manière assez solide pour résister à l'extension. Une serviette longue et forte fut attachée solidement au-dessus du coude-pied: on en confia les extrémités à trois hommes vigoureux. Une autre serviette fut attachée au-dessus du genou, et confiée également à trois aides. Un chirurgien se tint préparé à repousser la tête de l'os dans sa cavité; un autre se plaça auprès du genou, et un troisième au pied, afin d'imprimer au membre un mouvement de rotation en dedans. Les efforts des six aides ne firent pas exécuter le plus léger mouvement à la tête du fémur. On eut recours alors à la *vis percussiois* de la manière suivante: Les aides mirent leurs serviettes dans un certain degré de relâchement, ils se tinrent daplomb sur le sol, les bras tendus et le corps légèrement penché en avant, et on leur prescrivit de tirer par un coup violent et rapide en se reportant en arrière de toute leur force à un signal convenu. Lorsque tout fut disposé, le signal fut donné: les aides opérèrent leur extension forte et soudaine; les chirurgiens agirent simultanément avec dextérité, et au même instant on entendit un craquement très-fort qui fit croire à l'un des médecins spectateurs de l'opération, que la table se brisait. Mais le malade s'écria d'une voix tonnante: *it's in, it's in, it's in* (elle est dedans). Effectivement la cuisse avait recouvré sa conformation, sa longueur et sa mobilité naturelle. La guérison fut complète. *Essays and observations physical and literary*, t. 2, p. 348. (Note des trad.)

(1) Un coup d'œil rapide jeté sur ce qu'a été en France, jusqu'à ces derniers temps, l'histoire de cette luxation dans l'échancrure sciatique, fera sentir toute l'importance de ce chapitre qui est véritablement neuf. Nous devons dire toutefois qu'il existait déjà quelques élémens pour ce travail, et, parmi eux, nous n'oublierions pas une très-bonne description anatomico-pathologique de cette luxation donnée par Billard, d'Angers. Quant au traitement, aux causes, aux signes, en un mot, à toute la pathologie de cette luxation, ce qu'on en a écrit avant sir A. Cooper est purement conjectural et évidemment inexact.

J.-L. Petit (*Maladies des os*) regarde la luxation dans l'échancrure sciatique comme impossible. Suivant Boyer (*Traité des mal. chirur.*, t. 4, p. 86), la luxation en bas et en arrière ne peut avoir lieu que consécutivement; elle succède à une luxation en haut et en dehors. «Ainsi, ajoute-t-il, ce déplacement secondaire de la tête du fémur est moins une espèce particulière de luxation de cet os, qu'une variété de la luxation en haut et en dehors. Au reste, si la luxation en bas et en arrière se présentait, on la reconnaîtrait facilement aux signes suivans: La cuisse serait plus courte, ou plus longue, ou de la même longueur que l'autre, suivant que la tête du fémur se trouverait au-dessus, au-dessous ou au niveau de la cavité cotyloïde, etc.» On voit que Boyer ne connaissait point cette luxation.

M. Richerand (*Nos. chir.*) a émis une opinion analogue, et pense, comme Boyer, que cette luxation ne peut être que consécutive à celle en haut et en dehors.

Dalpech (*Tr. des maladies rep. chir.* §3) admet que ce déplacement ne peut avoir lieu primitivement; mais il nie formellement qu'il puisse s'opérer consécutivement à une luxation en haut et en dehors; enfin, parmi les symptômes qu'il énumère, il dit que la cuisse est fortement fléchie sur le tronc et que le grand trochanter est situé plus en arrière. (Page 119).

Aucune de ces opinions n'a été émise d'après l'observation directe. Ainsi Boyer parle d'allongement, et il y a raccourcissement. Dalpech indique une flexion très-considérable de la cuisse sur le tronc, et cette

échancrure sciatique et les ligamens sacro-sciatiques, derrière la cavité cotyloïde, et un peu au-dessus du niveau de l'axe de cette cavité.

Cette luxation est la plus difficile 1° à diagnostiquer, parce que la longueur du membre est très-peu diminuée, et que sa position, eu égard au genou et au pied, n'est pas, à beaucoup près, aussi altérée que dans la luxation en haut; 2° à réduire, parce que la tête du fémur est placée profondément derrière la cavité cotyloïde, et qu'il faut, par conséquent, l'élever au-dessus du rebord de cette cavité, en même temps qu'on l'attire dans sa direction.

On reconnaît cette luxation aux signes suivans: le membre est raccourci quelquefois d'un pouce, mais le plus ordinairement d'un demi-pouce. Le grand trochanter est situé en arrière, mais il reste encore presque à angle droit avec l'os iliaque, et offre une légère inclinaison vers la cavité cotyloïde. La tête du fémur est tellement enfoncée dans l'échancrure sciatique, qu'on ne peut la sentir que chez les personnes maigres, et seulement en faisant exécuter au fémur un mouvement de rotation en avant, autant que le permet la fixité actuelle du membre. Le genou et le pied sont tournés en dedans, mais moins que dans la luxation en haut, et les orteils appuient sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied oppo-

sé. Quand le malade est debout, le gros orteil touche le sol, mais le talon en est à distance; le genou est moins projeté en avant que dans la luxation en haut; il est porté un peu au-devant de l'autre et légèrement fléchi. Les mouvemens de flexion et de rotation, sont presque complètement impossibles.

Il existe dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, un exemple remarquable de cette luxation que j'ai rencontré sur un sujet destiné aux dissections. La cavité articulaire primitive est entièrement remplie par une substance ligamenteuse. Les connexions du ligament capsulaire avec cette cavité sont rompues en avant et en arrière, mais elles existent en haut et en bas. Le ligament rond est déchiré, et une portion de ce ligament, d'un pouce de longueur, adhère encore à la tête de l'os. Celle-ci repose derrière la cavité cotyloïde, sur le muscle pyramidal, au bord de l'échancrure, au-dessus des ligamens sacro-sciatiques. Le pyramidal est atrophié, mais on ne voit aucun rudiment de cavité articulaire de nouvelle formation. Autour de la tête du fémur s'est formé un nouveau ligament capsulaire; celui-ci n'adhère point au cartilage articulaire de la tête osseuse qu'il entoure, mais, étant ouvert, il pourrait être renversé sur le col du fémur, de manière à en laisser la tête complètement à découvert. En dedans de ce nouveau

flexion existe à un degré modéré. Quant à la situation du grand trochanter, elle n'a point été indiquée d'une manière assez précise. Cette éminence se trouve à la vérité un peu en arrière de la cavité cotyloïde, mais elle est dans un plan antérieur à celui de la tête du fémur, et se rapproche beaucoup du rebord de la cavité.

Luxation du fémur en arrière et en bas, par Billard, d'Angers. (*Arch. génér. de méd.*, tome 3, page 539). Jacques Gendron, âgé de 45 ans, fit une chute de 120 pieds de haut, le long d'un rocher fort inégal à sa surface. Le blessé ne survécut que deux heures à cet accident. L'examen du cadavre, fait en présence du professeur Béclard, offre l'état suivant:

Le membre droit, raccourci d'un demi-pouce, est fléchi en dedans et en avant; la flexion de la cuisse sur le tronc est modérée; la jambe est aussi légèrement fléchie sur la cuisse; la pointe du pied est portée en dedans. Il résulte de cette disposition du membre que le genou droit chevauche sur le genou gauche. On remarque en dehors et un peu en avant du pli de l'aîne, une tumeur saillante, formée évidemment par le trochanter qui est plus éloigné de la crête iliaque que dans l'état naturel; il n'y a pas de dépression sensible dans la région inguinale; la flexion de la cuisse sur le tronc empêche cette dépression d'être manifeste. Le trochanter n'est pas précisément en arrière, mais bien plutôt en avant; derrière la tumeur formée par cette éminence, existe une saillie très-dure, de forme arrondie, produite par la tête du fémur. La fesse, légèrement déprimée en haut et en dedans, est saillante en dehors et en bas; on observe une large ecchymose sur presque toute l'étendue de la hanche luxée. L'articulation disséquée, on trouve: 1° au-dessous de la peau, une grande quantité de sang noir et infiltré entre les muscles grand et moyen fessiers, jusqu'aux environs des surfaces articulaires. 2° Les fibres musculaires du grand fessier déchirées transversalement dans les deux tiers postérieurs de la largeur du muscle, au niveau du sommet du grand trochanter; le moyen fessier en partie déchiré à son insertion à cette éminence; le petit fessier dans le relâchement par le rapprochement de ses deux points d'attache, et resté intact; 3° la cavité cotyloïde, au fond de laquelle adhère le ligament rond, en partie fermée par les muscles iliaque et psoas, dont les fibres contournées et très-tendues se rendent au petit trochanter; les muscles pectiné, obturateur externe, et premier adducteur, dans le même état de tension. 4° La tête du fémur située au-devant de l'échancrure ischiatique, appliquée au côté externe de l'épine sciatique et par conséquent en arrière et en dehors de la cavité cotyloïde. La tête du fémur, en se déplaçant en ce sens, a passé au-dessous des tendons réunis des muscles pyramidal et obturateur interne qui croisent obliquement le col de l'os en passant au-dessus de lui. Ces deux muscles se trouvent ainsi très-tendus, et fortement pressés entre la tête du fémur et le côté externe de la cavité cotyloïde; les deux muscles jumeaux sont complètement déchirés, tandis que le carré dans une extension forcée, est appliqué sur la face postérieure du col du fémur devenue antérieure. D'après cette disposition, on voit que cet os était contourné de telle sorte, que la face externe de son corps était devenue antérieure, ainsi que le condyle externe. Le raccourcissement était le résultat nécessaire de la flexion de la cuisse. *Le raccourcissement peut être plus ou moins considérable, suivant que les tendons du pyramidal et de l'obturateur interne qui dépriment le col, sont rompus ou non.* (Note des traduct.)