

nulaire, celle-ci se trouvait dans l'extension forcée, et cette extension pouvait être encore exagérée. La base de la phalangette formait en arrière une saillie de 5 à 6 millimètres; la tête de la phalange proéminait à la face palmaire.

b. Luxations latérales. — Dugès (1) a observé une luxation incomplète en dehors de la phalangette de l'index; et Gogué (2) une luxation complète en dedans de la phalangette de l'annulaire.

Dans le premier cas, la face de la phalangette était inclinée en dehors, la pointe en dedans; dans le second, la surface articulaire de la phalangette reposait sur le bord interne de la phalange; de sorte que la direction de la phalangette luxée était presque perpendiculaire à celle de la phalange.

Les luxations des phalangettes des quatre derniers doigts s'accompagnent assez rarement de plaies. Deux fois on a noté une déchirure superficielle des téguments; dans un seul cas, il y eut issue de la phalange.

La réduction est en général facile; cependant, dans un cas, on ne put l'obtenir, malgré la section d'une bride fibreuse qui semblait faire obstacle. Nous n'avons rien à ajouter, relativement au traitement, à ce que nous avons déjà dit à propos des autres luxations des phalanges.

§ XVIII. — Luxations du bassin.

Les luxations des os du bassin ont été longtemps méconnues. Il semble au premier abord difficile d'admettre, à raison de l'étendue des surfaces articulaires, que les trois symphyses qui réunissent les pubis entre eux et les os coxaux avec le sacrum puissent se luxer. Cependant, sous l'influence de traumatismes violents, on a observé des déplacements dans les diverses articulations qui forment le bassin, c'est-à-dire dans les articulations des os coxaux avec le sacrum, des deux pubis entre eux, et du sacrum avec le coccyx.

La luxation peut n'affecter qu'une seule articulation, l'articulation sacro-iliaque gauche, par exemple, ou l'articulation sacro-iliaque droite, ou encore la symphyse pubienne.

Dans d'autres cas, une des symphyses sacro-iliaques et la symphyse pubienne sont luxées ensemble; de là la dénomination de *luxation de l'os iliaque*. Il arrive aussi parfois que les deux symphyses sacro-iliaques se luxent à la fois, d'où le nom de *luxation du sacrum*. Plus rarement encore on observe la luxation simultanée des trois symphyses. Enfin il existe dans la science quelques cas de *luxations du coccyx*.

Nous étudierons successivement : 1° la luxation de la symphyse pubienne; 2° la luxation unilatérale des symphyses sacro-iliaque et pubienne;

(1) *Journal universel et hebdomadaire*, 1831, t. IV, p. 200.

(2) *Journal de chirurgie*, 1846, p. 284.

3° la luxation du sacrum, à la suite de laquelle nous dirons quelques mots de la luxation simultanée des trois symphyses; enfin 4° la luxation du coccyx.

1° Luxations de la symphyse pubienne.

Les luxations isolées de la symphyse pubienne sont extrêmement rares, puisque Malgaigne n'a pu en citer que quatre cas.

Les causes sont variables. Tenon attribue la luxation qu'il a observée à un mécanisme singulier. Le malade, âgé de dix-huit ans, se destinait à l'état de danseur, et son maître, le faisant coucher tout de son long sur le sol, pressait alternativement sur ses deux genoux pour lui renverser les pieds en dehors. Cet exercice produisit au bout de peu de temps un écartement du pubis d'un travers de doigt environ.

Dans les autres cas, la disjonction du pubis fut produite deux fois pendant l'équitation, par les sauts brusques du cheval, et une autre fois par une chute sur le siège d'un lieu élevé.

Cette luxation se reconnaît à l'écartement de la symphyse du pubis, dans laquelle on peut introduire un ou plusieurs doigts, quelquefois la main tout entière. Ajoutons à cela une douleur très-vive au niveau de la lésion et une gêne dans la marche. Dans un des cas observés, on trouva à l'autopsie un écartement énorme, et chez un des sujets le fibro-cartilage était arraché, ainsi que quelques parcelles d'os et du périoste.

Le pronostic est très-grave, surtout à cause des complications qui peuvent exister, telles que la rupture de la vessie observée dans un cas. Le traitement consiste dans l'application d'un bandage entourant le bassin et tendant à rapporter les pubis, et dans l'immobilité la plus absolue.

2° Luxations unilatérales des symphyses sacro-iliaques.

Nous ne connaissons qu'un seul exemple de luxation isolée de l'une des symphyses sacro-iliaques, sans complication de fracture de l'os des îles ou de disjonction de la symphyse pubienne. Ce fait, rapporté par Philippe (de Chartres) à l'Académie de chirurgie, ne nous paraît même pas très-concluant. Il s'agit d'un homme qui, ayant le dos courbé, reçut sur le côté droit du bassin un sac de blé de 350 livres. Le blessé continua à travailler et à porter des sacs, ne ressentant qu'un léger engourdissement, puis des accidents inflammatoires survinrent bientôt, et la mort arriva le vingtième jour. A l'autopsie, on trouva un épanchement purulent autour de la symphyse sacro-iliaque droite, et l'on constata une saillie notable de l'os des îles qui dépassait la surface du sacrum. En poussant ces os un peu fortement, on leur faisait perdre aisément le niveau de toute leur épaisseur. On doit se demander, à la lecture de ce fait, si le déplacement de l'os des îles et la mobilité de la symphyse ne tenaient pas à la destruction des ligaments par la suppuration de la jointure.

La luxation unilatérale des symphyses sacro-iliaques s'accompagne à peu près constamment, soit d'une fracture de l'os coxal, soit d'une disjonction de la symphyse pubienne.

Une violence extérieure considérable paraît nécessaire pour amener de semblables désordres. Les chutes d'un lieu très-élevé sur le siège, et plus particulièrement sur la partie postérieure de l'un des os iliaques, le passage sur le bassin d'une roue de voiture pesamment chargée, sont les causes ordinaires des luxations des symphyses sacro-iliaques.

Outre la douleur augmentant au moindre mouvement, on a noté la mobilité de l'os iliaque du côté blessé, son déplacement en haut et en arrière, d'où résulte un raccourcissement du membre abdominal correspondant. On a pu quelquefois constater, avec les doigts placés au niveau de la symphyse sacro-iliaque, un écartement considérable entre les surfaces articulaires.

Lorsqu'il existe une fracture, celle-ci siège habituellement sur la branche horizontale du pubis, et l'on observe à ce niveau la déformation, la mobilité anormale. S'il y a en même temps disjonction de la symphyse pubienne, celle-ci se reconnaît à la douleur, au gonflement, à l'écartement qui existe à ce niveau, mais surtout au déplacement du pubis du côté luxé, qui, le plus souvent, remonte au-dessus de l'autre, ou quelquefois chevauche en avant.

Le diagnostic de la luxation sacro-iliaque est généralement assez obscur. C'est surtout avec la double fracture verticale du bassin qu'on pourrait la confondre, et des erreurs de ce genre ont été plusieurs fois commises. Nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit à ce sujet en traitant des fractures du bassin.

Le pronostic est très-grave, en raison des complications qui surviennent habituellement du côté du bassin. La mort est la terminaison ordinaire de ces luxations.

Le traitement consiste dans l'immobilité du bassin. Il n'est même pas nécessaire de faire des tentatives de réduction, car on conçoit que l'existence de la fracture exposerait à un nouveau déplacement. L'application d'un bandage de corps maintenant solidement le bassin est le mode de pansement qui convient le mieux. Il faudra combattre les accidents consécutifs quand ils surviendront. Les inflammations, les abcès, nécessiteront un traitement approprié.

3° Luxations du sacrum.

Foucher (1) a rapporté une belle observation de luxation du sacrum en avant produite par le passage sur le bassin d'une voiture pesamment chargée. Il est permis de supposer que la roue avait passé sur la partie antérieure du bassin, le sacrum portant sur le sol. Il existait de vastes

(1) *Revue méd.-chir.*, t. IX, p. 336.

épanchements sanguins, et en pressant en sens inverse sur les épines iliaques antérieures, on percevait une très-grande mobilité et une crépitation manifeste. Le malade succomba le cinquième jour, et l'on trouva, à l'autopsie, le sacrum luxé en avant et en haut, dépassant le plan de la fosse iliaque interne de 3 centimètres à droite et de 2 centimètres à gauche; le coccyx porté en avant à 4 centimètres de la symphyse du pubis. Le bord postérieur de l'os iliaque proéminait beaucoup en arrière, et la gouttière ilio-sacrée était très-profonde. La symphyse pubienne était intacte, mais l'os iliaque gauche fracturé (fig. 78).

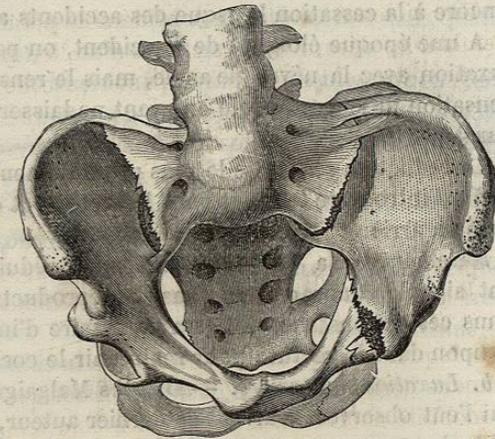


FIG. 78. — Luxation du sacrum en avant, avec fracture de l'os iliaque gauche. (Foucher.)

Nous ne ferons que mentionner la luxation des trois symphyses à la fois, dont on a rapporté quelques exemples. Les désordres sont tels, que les blessés ont tous succombé rapidement.

4° Luxations du coccyx.

Signalées dès l'antiquité et décrites avec soin par A. Paré et J.-L. Petit, les luxations du coccyx ont été niées par Boyer. Cependant leur existence ne peut plus être mise en doute aujourd'hui, et l'on doit même en admettre deux variétés : la luxation en avant et la luxation en arrière.

a. *Luxation en avant.* — Beaucoup plus fréquente que l'autre, elle succède le plus habituellement à une chute, surtout lorsque le coccyx porte sur un corps saillant. Tel est le cas de ce cavalier qui, en faisant sauter un fossé à son cheval, retomba lourdement sur sa selle; tel est encore le cas d'un malade dont le coccyx s'était heurté contre le couvercle des latrines.

La douleur que ressent le malade après l'accident est si grande, qu'on a vu survenir la syncope. Cette douleur siège près de l'anus et en arrière. Si la luxation n'est pas réduite immédiatement, la douleur persiste et augmente au moindre mouvement. Le malade éprouve souvent des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, et quelquefois il se déclare une fièvre intense et des phénomènes généraux graves.

L'examen de la région coccygienne fait voir, quelques jours après la chute, une ecchymose, un gonflement plus ou moins considérables. Le doigt, introduit dans le rectum, permet de sentir, à travers la paroi rectale, l'extrémité du coccyx qui fait saillie dans la cavité de l'intestin.

Cette luxation ne pourrait être confondue qu'avec une fracture du coccyx. La crépitation, l'inégalité des fragments, devront faire penser à une fracture plutôt qu'à une luxation; cette dernière se reconnaîtrait encore à la cessation brusque des accidents après la réduction.

A une époque éloignée de l'accident, on pourrait encore confondre la luxation avec la névralgie anale, mais le renseignement de la chute et la sensation du coccyx porté en avant ne laisseraient aucun doute au chirurgien.

La réduction sera faite le plus promptement possible. Pour l'obtenir, il suffit d'introduire le doigt dans le rectum et de repousser fortement l'os luxé en arrière.

Rarement on a des difficultés pour réduire. Mais quelques auteurs ont signalé, dans certains cas, la reproduction facile du déplacement. Dans ces circonstances, il sera nécessaire d'introduire un pessaire ou un tampon dans le rectum pour maintenir le coccyx en place.

b. Luxation en arrière. — D'après Malgaigne, Lauverjat serait le seul qui l'eût observée. Suivant ce dernier auteur, la rétrogradation considérable du coccyx cause quelquefois sa luxation. Dans le cas observé par Lauverjat, la douleur était très-vive et empêchait la malade de s'asseoir. La réduction fut facile.

§ XIX. — Luxations du fémur (Luxations coxo-fémorales ou de la hanche).

Les luxations du fémur doivent être considérées comme des lésions rares, malgré le nombre relativement assez considérable d'observations publiées. Sur cent quatorze cas de luxations diverses observées par Malgaigne à l'hôpital Saint-Louis, ce chirurgien n'a rencontré que six cas de luxations de la hanche. Elles sont beaucoup plus communes chez l'homme que chez la femme et affectent de préférence l'homme adulte.

De tout temps on a cherché à déterminer plus ou moins exactement le sens suivant lequel se déplace la tête fémorale et les rapports nouveaux qu'elle affecte avec le pourtour de la cavité cotyloïde. Mais ici, comme à l'épaule, les classifications qui se sont succédées ont été pendant longtemps confuses et sans aucune précision. Il faut arriver aux travaux des auteurs modernes, et en particulier à ceux d'A. Cooper (1), de Gerdy (2), de Malgaigne (3) pour trouver une détermination exacte et rigoureuse des variétés de luxations du fémur.

Laissant donc de côté l'historique des classifications successivement admises depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, historique qu'on pourra consulter d'ailleurs dans les ouvrages cités plus haut, nous dirons tout de suite que la tête fémorale, quoique susceptible de se déplacer sur tous les points

(1) Œuvres chirurgicales (Luxations).

(2) Archives génér. de méd., 1834, t. VI, p. 153.

(3) Gaz. méd., 1836, et Traité des luxations.

du pourtour de la cavité cotyloïde, s'échappe plus fréquemment suivant certaines directions déterminées, d'où résultent un certain nombre de types principaux qui constituent autant d'espèces de luxations.

Or, l'observation a démontré que ces déplacements ont lieu dans quatre sens : 1° en arrière, 2° en avant, 3° en haut, 4° en bas.

1° Les luxations en arrière, de beaucoup les plus fréquentes, offrent deux variétés qui, ainsi que nous le verrons, semblent être quelquefois des degrés différents de la même lésion. Ces variétés sont : *a.* la luxation ischiatique; *b.* la luxation iliaque.

2° Les luxations en avant comprennent deux variétés : *a.* la luxation ilio-pubienne, et *b.* la luxation ischio-pubienne.

3° La luxation en haut et 4° la luxation en bas, réunies par quelques auteurs sous la désignation commune de luxations verticales, sont très-rares. Elles ont été nommées, la première, luxation sus-cotyloïdienne; la seconde, luxation sous-cotyloïdienne.

Nous résumerons cette classification dans le tableau suivant :

1° Luxations en arrière	}	<i>a.</i> Luxation ischiatique.
		<i>b.</i> Luxation iliaque.
2° Luxations en avant	}	<i>a.</i> Luxation ilio-pubienne.
		<i>b.</i> Luxation ischio-pubienne.
3° Luxations en haut		Luxation sus-cotyloïdienne.
4° Luxations en bas		Luxation sous-cotyloïdienne.

Il nous reste maintenant à préciser les rapports exacts de la tête fémorale dans chacune de ces variétés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° Luxations en arrière. — Malgaigne a montré le premier que la tête fémorale, lorsqu'elle se déplace en arrière, s'échappe par la large échancrure du bord postérieur du sourcil cotyloïdien qui porte le nom d'échancrure ilio-ischiatique. Mais dans son déplacement, la tête du fémur n'occupe pas toujours la même position en arrière de la cavité cotyloïde, et c'est à Malgaigne que revient le mérite d'avoir dissipé les incertitudes qui régnaient avant lui relativement à la situation exacte de la tête déplacée. Il a pu établir, en effet, par des autopsies nombreuses et par l'expérimentation, que suivant que la tête du fémur s'échappe au-dessous ou au-dessus du muscle obturateur interne, elle vient se placer à la face externe de l'ischion, ou dans le voisinage de la grande échancrure sciatique. Cependant on ne doit pas admettre cette règle comme absolue, mais seulement comme l'expression générale des faits, attendu que la tête du fémur, sortie au-dessous du muscle obturateur interne, peut le contourner ou le rompre et se porter plus haut jusqu'au voisinage de l'échancrure sciatique, en sorte que, comme nous le disions plus haut, la luxation iliaque peut être un degré plus avancé de la luxation ischiatique. Il faut également tenir compte de l'étendue de la déchirure de la capsule fibreuse, qui limitera plus ou moins