

cuisse en dedans rendent la marche extrêmement difficile. Si les blessés veulent marcher sans béquilles, ils sont forcés de fléchir la cuisse saine en courbant en même temps le corps en avant et appuyant à chaque pas sur la cuisse luxée la main correspondante. S'ils font usage d'une béquille du côté blessé, ils marchent le corps droit, mais le pied ne pose pas à terre. Cependant, lorsque la luxation est très-ancienne, et surtout lorsqu'elle date de l'enfance, l'extension de la cuisse, la rotation en dehors deviennent possibles, et les malades finissent par marcher sans bâton, mais avec une claudication assez considérable.

Pour les luxations en avant non réduites, il existe une différence marquée entre l'ilio-pubienne et l'ischio-pubienne, relativement aux conséquences qu'elles entraînent. La luxation ilio-pubienne n'apporte qu'une gêne médiocre dans la marche. Les blessés ont pu quelquefois s'y livrer quelques mois après l'accident, et l'on cite des individus atteints de luxation ilio-pubienne invétérée qui pouvaient faire quarante-deux milles par jour, monter à l'échelle, etc. Dans ces cas, la mobilité de la région lombaire supplée en partie à l'immobilité du fémur.

La luxation ischio-pubienne non réduite est la plus fâcheuse de toutes. En raison de l'abduction du membre, les malades sont obligés, pour marcher, de rapprocher le membre sain de l'autre; puis, afin de ramener le centre de gravité dans la base de sustentation, le tronc doit s'infléchir également du côté blessé; on conçoit la gêne qui doit résulter pour la marche de cette courbure latérale du corps.

La luxation sus-cotyloïdienne ne paraît pas beaucoup nuire aux fonctions du membre, si l'on s'en rapporte aux rares observations publiées. Quant à la luxation sous-cotyloïdienne, les faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion sérieuse.

COMPLICATIONS. — Nous avons déjà signalé la contusion violente qui accompagne souvent les luxations de la cuisse et qui, dans certains cas, peut déterminer de graves accidents. Les seules complications dont il nous reste à parler sont les fractures du fémur et du bassin.

Les premières, peu communes, peuvent occuper le corps de l'os ou son extrémité supérieure. L'existence d'une fracture du corps du fémur, qui se reconnaît à ses signes propres, a quelquefois empêché de distinguer les symptômes de la luxation. Elle n'a d'autre importance que la difficulté qu'elle peut apporter à la réduction.

Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur paraissent extrêmement rares. Bourgeois (1) a vu un cas dans lequel le grand trochanter, arraché à son sommet, était venu se loger dans la cavité cotyloïde avec les débris de la capsule, rendant ainsi la réduction impossible.

Quant à la fracture du col du fémur, on n'en connaît que deux ou trois observations très-incomplètes.

Les fractures de l'os iliaque offrent surtout de l'intérêt lorsqu'elles

(1) *Union médicale*, 1854, p. 475.

siègent au niveau de la cavité cotyloïde. Elles peuvent intéresser soit le rebord cotyloïdien, soit le fond de la cavité.

On possède une dizaine d'observations de luxations coxo-fémorales compliquées de fracture du rebord cotyloïdien. Celle-ci siège le plus souvent à la partie postéro-supérieure, mais on l'a rencontrée aussi en avant, vis-à-vis le trou ovale. Elle peut être simple ou multiple, et s'accompagner de fractures plus étendues du bassin. En général, la tête fémorale s'échappe par la brèche osseuse, mais quelquefois elle peut sortir de la cavité par un autre point. Scott, cité par Malgaigne, a vu la tête luxée sur l'ischion presque à l'opposé de la fracture.

Les signes qui permettront de reconnaître cette complication sont : la crépitation dans les mouvements imprimés au membre et la reproduction du déplacement après la réduction obtenue. Cependant, si l'on ne recherchait avec soin les autres symptômes de la luxation, et en particulier, la saillie de la tête luxée, on s'exposerait à confondre la lésion avec une fracture du col du fémur. Cette méprise a été souvent commise, faute d'un examen suffisant.

Enfin nous signalerons, en dernier lieu, le passage de la tête fémorale dans le bassin à travers les fragments de la cavité cotyloïde. Cette lésion, dont on ne possède que trois exemples, et qui n'est pas, à proprement parler, une luxation, a été prise cependant pour une luxation en arrière ou pour une fracture du col du fémur.

TRAITEMENT. — Si, dans certains cas, la réduction des luxations de la cuisse offre des difficultés presque insurmontables, on doit dire que souvent elle s'obtient avec une merveilleuse facilité et sans qu'il soit nécessaire de déployer une force considérable.

Déjà Pouteau recommandait les méthodes de douceur, préférablement aux méthodes de force, pour réduire les luxations coxo-fémorales; mais ses préceptes, suivis par quelques-uns de ses contemporains, furent bientôt oubliés.

En 1835, Després attira de nouveau l'attention sur les services que peut rendre en pratique la méthode de Pouteau, et fit connaître un procédé de réduction fréquemment employé de nos jours, et auquel on doit de nombreux succès. Quelques chirurgiens vont même jusqu'à vouloir substituer le procédé de Després à toutes les autres méthodes, et avancent que toutes les luxations récentes de la cuisse, quelles qu'en soient d'ailleurs les variétés, peuvent être réduites aisément par ce procédé. Cette opinion, récemment soutenue à l'Académie de médecine par Dolbeau (1), est évidemment exagérée; cependant, sans oser dire que les méthodes de douceur réussissent constamment, nous pensons qu'on doit toujours débiter par elles, et n'avoir recours aux méthodes de force que lorsque les premières auront échoué.

La *pression directe* sur la tête du fémur est généralement insuffisante

(1) Académie de médecine, séance du 20 octobre 1868.

pour opérer sa réduction; cependant, elle peut venir en aide à d'autres procédés, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de luxations ilio-pubiennes.

L'*extension simple* et légère, ou combinée avec des mouvements d'adduction ou d'abduction, de rotation en dedans ou en dehors, a quelquefois réussi dans les diverses variétés de luxations.

Mais la méthode de douceur qui convient par excellence aux luxations de la hanche, c'est la *méthode de dégagement*, qui consiste à imprimer à la cuisse des mouvements de flexion, de rotation, de circumduction, destinés à dégager la tête fémorale et à la faire rentrer dans sa cavité. Divers procédés ont été imaginés, et, quoi qu'on en ait dit, le même ne saurait convenir à toutes les variétés de luxations.

Pour les luxations en arrière, la flexion, combinée à la rotation et à la circumduction de dedans en dehors, est le procédé auquel il faut donner la préférence, et que l'on connaît généralement sous le nom de procédé de Després. Voici comment il se pratique : le blessé étant couché par terre sur un matelas, le chirurgien fléchit la jambe sur la cuisse, puis, saisissant celle-ci au niveau du genou, il la fléchit fortement sur le bassin, lui imprime un mouvement de circumduction et de rotation en dehors, pour la ramener dans l'extension et l'adduction.

On a, dit-on, réduit par ce procédé des luxations en avant; mais nous pensons que pour celles-ci on réussira mieux en imprimant à la cuisse, préalablement fléchie sur le bassin, un mouvement de circumduction et de rotation de dehors en dedans.

Que l'on pratique d'ailleurs la rotation et la circumduction en dehors ou en dedans, il peut être utile quelquefois de joindre à la flexion une traction légère sur la cuisse. Il est nécessaire, dans ce cas, de faire maintenir le bassin par un ou deux aides qui appuient sur les épines iliaques. Le chirurgien glisse son avant-bras sous le jarret du blessé, puis, en se redressant lentement, il fléchit la cuisse malade sur le bassin, en exerçant en même temps une traction sur elle, et exécute ensuite le mouvement de rotation. Nous avons réussi plusieurs fois de cette manière, après avoir d'abord échoué par la flexion simple suivie de la rotation du membre.

L'emploi des anesthésiques facilite les manœuvres précédentes. L'extension continue, à l'aide de tubes en caoutchouc, pourrait être également essayée, mais elle paraît devoir moins bien réussir pour les luxations coxo-fémorales.

Lorsque les méthodes de douceur ont échoué, ou lorsqu'il s'agit de luxations anciennes, il faut avoir recours aux méthodes de force. Elles diffèrent dans chaque variété suivant la manière dont on pratique l'*extension*, la *contre-extension* et la *coaptation*.

Pour les luxations en arrière (iliaque et ischiatique), on a fait les tractions sur la cuisse étendue, légèrement ou fortement fléchie. Cette dernière direction est celle à laquelle on doit donner la préférence, de l'avis

de la plupart des chirurgiens. On fera donc coucher le blessé sur le côté sain, et les lacs extenseurs étant fixés au-dessus du genou, on fléchira la cuisse à angle droit et l'on fera exercer les tractions suivant cette direction.

La contre-extension se pratique généralement à l'aide d'une alèze placée dans le pli de l'aîne et fixée à un anneau solide. Nélaton recommande que le lac contre-extenseur passe en avant sur l'épine iliaque antéro-supérieure, et en arrière sur l'ischion. Malgaigne, pour prévenir le déplacement du bassin, conseille d'appliquer le plein d'un drap plié en cravate transversalement sur le bassin du côté luxé, puis de passer sous le périnée une serviette qui embrasse la racine de la cuisse en dedans, et dont les deux chefs, après s'être engagés sous l'alèze en avant et en arrière, redescendent se nouer l'un sur l'autre, et attirent ainsi fortement l'alèze en bas. Les deux chefs de l'alèze sont alors relevés le long du corps et vont se rattacher à l'anneau scellé dans le mur.

Lorsque les tractions ont paru suffisantes pour ramener la tête au voisinage de la cavité cotyloïde, la pression sur la tête, la rotation, la circumduction en dehors, sont souvent nécessaires pour compléter la coaptation.

L'extension pratiquée sur la cuisse fléchie est encore le procédé qui convient le mieux à la luxation ilio-pubienne; il faut y joindre la pression de haut en bas sur la tête fémorale, et si celle-ci ne suffit pas, il faut imprimer à la cuisse un mouvement de rotation et de circumduction de dehors en dedans.

Une foule de procédés ont été appliqués à la luxation ischio-pubienne. Mais la plupart, tout à fait defectueux et contraires aux données fournies par l'anatomie, appartiennent à l'histoire de l'art. La seule méthode rationnelle consiste à pratiquer l'extension sur la cuisse légèrement fléchie et portée dans une forte abduction. Mais, pour exercer des tractions dans cette direction, il n'est plus possible de faire la contre-extension avec un lac passant sous le périnée, et il devient nécessaire de l'appliquer, ainsi que Pouteau l'a enseigné le premier, au côté externe de la hanche, dans le vide laissé au-dessous de l'épine iliaque par le grand trochanter abaissé et porté en arrière.

La coaptation sera faite à l'aide de pressions sur la tête du fémur, à l'aide d'un mouvement de rotation en dedans, ou par un mouvement de bascule opéré sur la partie interne et supérieure de la cuisse, et destiné à refouler la tête en dehors.

Enfin, pour ce qui regarde les luxations verticales, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous venons de dire. Pour celle-ci, comme pour les autres variétés, les tractions sur la cuisse fléchie, la pression directe sur la tête fémorale, la circumduction, la rotation en dedans ou en dehors, ont donné les meilleurs résultats.

Jusqu'à quelle époque convient-il de tenter la réduction des luxations de la hanche? Ici, comme pour les autres articulations, il est impossible

de poser des règles fixes et absolues. La limite de la réductibilité varie, en effet, suivant certaines circonstances qu'il est difficile d'apprécier. Cette limite offre, du reste, des différences relativement à la variété de luxation à laquelle on a affaire.

A. Cooper défendait de réduire les luxations en arrière au delà de huit semaines. Mais cette limite est trop courte, et l'on cite des réductions de luxations iliaques ou ichiatiques obtenues après soixante-cinq ou soixante-dix-huit jours, six mois, un an.

Parmi les luxations en avant, l'ilio-pubienne semble devenir plus rapidement irréductible que toutes les autres, ou du moins, il est remarquable que l'on ne possède pas d'exemple de réduction au delà du huitième jour. Au contraire, on connaît quelques cas de luxations ischio-pubiennes réduites au bout de plusieurs mois.

Lorsque la réduction a été obtenue, on doit maintenir l'immobilité du membre pendant environ quinze jours. Un bon moyen d'immobilisation consiste à fixer solidement le membre luxé au membre sain, après avoir interposé un coussin entre eux. Le malade doit garder le repos absolu, on ne doit le déplacer dans son lit qu'avec de grandes précautions, enfin on doit lui interdire de se mettre à séant. Plusieurs fois, en effet, on a constaté la récurrence au moment où le malade faisait effort pour s'asseoir sur son lit.

Lorsqu'il sera permis au malade de se lever, il devra faire usage de béquilles pendant un mois, avant de commencer à marcher.

Le traitement des complications ne doit pas nous arrêter longtemps; on sait, en effet, quelles sont les indications thérapeutiques qui résultent de la coexistence d'une contusion violente avec une luxation; il en est de même de la fracture concomitante du corps du fémur. Quant à la fracture du col, complication très-rare, elle nous paraît devoir apporter le plus souvent un obstacle insurmontable à la réduction.

Enfin, la fracture du rebord cotyloïdien exige surtout une attention toute particulière de la part du chirurgien pour maintenir la réduction, et il n'est que trop fréquent de voir la luxation se reproduire malgré tous les soins que l'on met pour prévenir cette récurrence. Il faut, dans ce cas, placer autant que possible le membre dans une position telle que la tête fémorale presse contre la portion de la cavité opposée à celle qui est le siège de la fracture, et prolonger l'immobilité pendant un plus long temps. Ainsi, dans un cas rapporté par Maisonneuve, où la fracture siégeait à la partie postéro-inférieure, le chirurgien maintint la jambe demi-fléchie et le genou porté fortement en dehors, et le malade étant mort le vingt-septième jour, on trouva les fragments réunis.

§ XX. — Luxations de la rotule.

Les luxations de la rotule sont fort rares. Leur histoire, longtemps obscure, n'a été définitivement constituée que depuis le mémoire de Mal-

gaigne, publié en 1836 dans la *Gazette médicale*. Les faits réunis par cet auteur permettent de reconnaître quatre variétés de luxations de la rotule : 1° les luxations en dehors; 2° les luxations en dedans; 3° les luxations de champ ou verticales, qui se distinguent en internes et externes; 4° les luxations par renversement ou sens dessus dessous.

Quant aux prétendues luxations en haut et en bas, les premières ne peuvent se produire sans qu'il y ait rupture du tendon rotulien, les secondes sans qu'il y ait déchirure des fibres du triceps. Nous avons déjà décrit ces lésions (1), et il nous semble inutile d'insister de nouveau sur les déplacements de la rotule qui les accompagnent.

1° Luxation en dehors.

Cette variété est de beaucoup la plus fréquente. Sur quarante-six cas, Malgaigne n'en a trouvé que six de luxations en dedans. Elle est *complète* ou *incomplète*. D'après Boyer, cette dernière serait bien plus commune, tandis que, pour Malgaigne, au contraire, les luxations complètes l'emportent de beaucoup sur les autres, et cette opinion est confirmée par les faits.

Afin d'éviter des répétitions, nous décrirons simultanément les luxations complètes et incomplètes, en indiquant, chemin faisant, les différences qui les séparent.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Certaines causes prédisposantes exercent une influence assez grande sur les déplacements de la rotule en dehors; telle est une laxité particulière des ligaments, soit congénitale, soit acquise et résultant de luxations antérieures. Ce relâchement des ligaments est quelquefois porté si loin que la rotule se déplace sous l'influence d'un effort même léger, et que la luxation pourrait presque être considérée comme une luxation pathologique.

On a encore cité, comme prédisposant à la luxation de la rotule en dehors, la difformité désignée sous le nom de *genu valgum*, et nous verrons bientôt comment elle agit.

Parmi les causes déterminantes des luxations de la rotule en dehors, il faut citer les violences extérieures : chutes sur le genou, chocs directs portant plus particulièrement sur le côté interne de la rotule. Ces causes agissent avec plus ou moins d'énergie pour produire les luxations complètes ou incomplètes.

Les contractions musculaires violentes peuvent également déterminer une luxation complète ou incomplète. C'est même une des causes les plus fréquentes de ce dernier déplacement, tandis que l'on ne connaît que quelques rares observations de luxations complètes dues à la contraction du triceps.

Qu'elles soient produites par causes directes ou indirectes, les luxations

(1) T. II, p. 197.