

dans la plupart des cas, une opération très douloureuse. En effet, malgré les procédés perfectionnés, actuellement en usage, les conditions dans lesquelles se présente l'articulation coxo-fémorale luxée sont cause que la réduction exige toujours un déploiement de force plus considérable qu'il n'en faut ordinairement pour réduire une luxation de toute autre articulation. Le poids du membre inférieur, la situation profonde de la tête fémorale luxée qui la rend plus ou moins inaccessible à une pression directe, la hauteur du bourrelet cotyloïdien, sont autant de conditions qui s'opposent à une réduction facile de la luxation.

Pour les manœuvres de réduction, on peut faire coucher le blessé sur un matelas étendu à terre. Cette position est avantageuse pour le chirurgien; il peut alors, en effet, saisir d'une main le pied et de l'autre la jambe, près de l'articulation du genou, et faire commodément les manipulations nécessaires; il peut exercer des tractions sur le membre fléchi et imprimer facilement à la cuisse des mouvements de rotation, grâce au long bras de levier que lui fournit la jambe.

Aussi longtemps que l'on n'a pas à déployer une force trop considérable, c'est le poids du corps qui est chargé de la contre-extension; en outre, un aide peut fixer encore plus solidement le bassin, à l'aide de ses deux mains appliquées de chaque côté sur la crête iliaque. Lorsqu'on est obligé d'user d'une force plus grande, on peut assurer la contre-extension au moyen de draps pliés, que l'on passe entre les cuisses et autour du bassin, et dont on confie les extrémités à des aides. On peut aussi placer le blessé sur une table peu élevée; la réduction peut être fort bien opérée également dans cette position, qui est plus commode pour les aides chargés de fixer le bassin. L'opérateur peut, s'il le juge nécessaire, monter sur une chaise solide, à côté du blessé, ou sur la table elle-même. Le plus souvent, cependant, il réussira à réduire la luxation, sans prendre ainsi une position élevée.

On est assez généralement revenu de la méthode qui consiste à opérer, dans l'axe du membre, des tractions ayant pour but d'attirer la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. D'après notre description, il est évident qu'en agissant ainsi, nous avons à lutter contre le maximum de résistance; en effet, nous ne faisons qu'augmenter la tension de la capsule et surtout du ligament de Bertin, et le plus ordinairement, nous ne parvenons à réduire la luxation qu'en déployant une force énorme, et souvent au prix d'une déchirure considérable des parties tendues. Actuellement nous utilisons nos connaissances sur le mode de production de la luxation et la manière dont se comportent les parties qui maintiennent la tête fémorale dans une position anormale, et nous reproduisons en quelque sorte, mais en sens inverse, le mécanisme de la luxation. Le plus souvent nous rétablissons, dans ce but, l'attitude anormale nécessaire à la production de la luxation, nous relâchons par certains mouvements déterminés, les parties tendues (lig. de Bertin), nous soulevons la tête fémorale, pour l'amener à la hauteur du rebord cotyloïdien, et par un mouvement de rotation imprimé au long bras de

levier que fournit la jambe, nous faisons rentrer la tête du fémur dans la cavité articulaire. Cette rotation s'opère autour des parties fixes de la capsule, qui ont été ramenées à un certain état de tension, et la tête fémorale glisse dans la cavité cotyloïde, à travers l'ouverture de la capsule devenue béante, grâce précisément à la tension des parties restées intactes de ce ligament.

Examinons tout d'abord rapidement comment on peut, en général, appliquer ces principes à la **réduction des luxations postérieures de la hanche**.

Dans cet exposé, nous suivrons d'une manière générale les données de ROSER et de BUSCH, tout en renvoyant le lecteur au paragraphe 26, pour ce qui concerne l'historique. Dans aucune autre luxation, le procédé indiqué par ces auteurs, et que nous allons décrire, ne nous paraît donner des résultats aussi sûrs que dans celles de la hanche. Bien que nous reconnaissons parfaitement le mérite de BIGELOW, d'avoir démontré que la position caractéristique du membre luxé, dépend du ligament de Bertin, nous ne pouvons conseiller la méthode de traitement par trop détaillée de cet auteur, car lorsque, par exemple, on propose quatre procédés de réduction de la luxation iliaque et dix procédés pour la luxation obturatrice, on est à se demander quels avantages nous a apportés la connaissance exacte du mécanisme de la luxation: multiplier ainsi les procédés, c'est ouvrir largement la porte aux tentatives faites sans aucun plan déterminé. Nous n'aurions pas émis une semblable opinion si, comme la plupart des chirurgiens allemands, nous n'avions réussi à opérer la réduction avec les procédés que nous allons décrire, ou avec de légères modifications de ces derniers, suivant les différents cas particuliers qui peuvent se présenter.

Une première règle à observer, dans la réduction des luxations postérieures de la hanche, c'est de *placer le membre dans la flexion*. On saisit ce dernier, de la manière indiquée plus haut, et l'on opère tout d'abord une traction dans la direction de l'adduction pathologique. La tête fémorale, grâce à cette manœuvre, abandonne sa position pour venir se placer sur le rebord cotyloïdien; on peut encore accentuer ce mouvement d'élévation par une pression directe avec la main ou bien par une traction exercée au moyen d'un mouchoir passé autour de l'articulation. Dans les manœuvres que nous venons de décrire, le ligament de Bertin se relâche; lorsque ce relâchement n'est pas suffisant, on peut parfois l'augmenter en exagérant encore la rotation du membre en dedans. La tête fémorale luxée s'est alors éloignée de la position qu'elle occupait, pour venir se placer en face de la déchirure de la capsule, et parfois même les mouvements que nous venons de décrire, suffisent, à eux seuls, pour la faire pénétrer dans sa cavité à travers l'ouverture capsulaire. L'adduction du membre, la cuisse étant fléchie, est surtout nécessaire pour maintenir béante la déchirure de la capsule (BUSCH). Vient ensuite

la manœuvre de réduction proprement dite, ayant pour but de faire glisser d'arrière en avant la tête articulaire, dans l'intérieur de la capsule, par dessus le bord postérieur du bourrelet cotyloïdien. Ce mouvement consiste dans la rotation en dehors, combinée avec l'extension graduelle du membre, et a pour résultat de faire tourner la tête fémorale autour du ligament de Bertin, qui se tend de plus en plus, et joue un rôle analogue aux rayons d'une roue.

Cette méthode de réduction subit certaines modifications dans les différents cas particuliers. Ainsi, il va sans dire que, suivant les circonstances, on insistera davantage sur l'adduction, les tractions ou la pression directe sur la tête fémorale. Une règle généralement admise, c'est que la flexion de la cuisse doit être poussée d'autant plus loin que l'on est plus sûr d'avoir affaire à une luxation ischiatique. On fléchit la cuisse jusqu'au delà d'un angle droit, et l'on amène ainsi la tête fémorale en face de la déchirure qui intéresse la partie postéro-inférieure de la capsule. La luxation iliaque exige un degré moindre de flexion, car la déchirure de la capsule est située ici plus latéralement, la cuisse ayant été aussi moins fléchie au moment de l'accident. On exerce d'abord une traction sur la cuisse modérément fléchie, puis on porte la flexion jusqu'à un angle droit avant d'opérer le mouvement final de rotation en dehors (KOCHER).

KOCHER veut que l'on imprime d'abord au membre une forte rotation en dedans destinée à rendre la tête fémorale plus mobile par relâchement de la capsule articulaire. En effet, dit-il, si l'on néglige cette précaution et qu'on opère ensuite un mouvement de rotation en dehors, la tête fémorale tend à glisser au-dessus du bord supérieur de la cavité cotyloïde. La luxation iliaque se transforme en luxation sus-cotyloïdienne. C'est ce que je puis confirmer par ma propre expérience.

Dans les cas difficiles, on devra modifier quelque peu, de diverses manières, le procédé de réduction que nous venons de décrire. Ainsi, on portera à un degré moindre la flexion ou l'adduction de la cuisse, on augmentera la force des tractions, etc.

Une fois la réduction opérée, on prescrira au malade le repos, pendant quelque temps, dans le décubitus dorsal. Si la luxation a une tendance à se reproduire, on fixera le membre inférieur dans l'extension avec, un léger degré d'abduction et de rotation en dehors.

§ 29. — La **luxation obturatrice ou sous-pubienne** (tête fémorale luxée en dedans et en bas), se produit, d'après les observations publiées, à la suite de mouvements exagérés d'abduction (chute avec les jambes écartées), la cuisse étant soit dans l'extension, soit dans la flexion. Dans d'autres cas elle est la conséquence d'un coup ou d'un choc dirigé de dehors en dedans (KOCHER).

Sur le cadavre, on peut provoquer la luxation sous-pubienne essentiellement par l'abduction et la rotation en dehors. Le procédé le plus sûr consiste à exécuter ces mouvements à l'état de flexion de la cuisse. Cependant la luxation se produit aussi quelquefois, alors que la cuisse est plus ou moins dans l'extension (voir luxations publiennes). Dans l'un et l'autre cas, la capsule se déchire à sa partie interne, mais dans le premier, la cuisse étant fléchie, la déchirure se produit d'abord en dedans et en bas. Si l'on n'exagère pas trop le mouvement d'abduction et de rotation en dehors, la tête fémorale peut rester fixée sur le bord saillant de l'ischion, et si l'on imprime alors au membre un mouvement de rotation en dedans, il peut se faire que la tête fémorale, qui s'était d'abord déplacée verticalement en bas, se porte ensuite en arrière, et que la luxation infra-cotyloïdienne se transforme ainsi en luxation ischiatique (voir plus haut). Par contre, l'abduction et la rotation en dehors font arriver la tête articulaire sur le trou sous-pubien. Ce fait expérimental a une importance pratique ; en effet, dans les luxations obturatrices, il arrive facilement, dans les tentatives de réduction, que la tête fémorale glisse par dessous la cavité cotyloïde pour venir se placer en arrière (luxation ischiatique) ; parfois aussi, on voit une luxation ischiatique se transformer en luxation obturatrice. D'une façon analogue, la forme de luxation obturatrice qui se produit dans l'abduction et la rotation en dehors, le membre étant étendu, a une certaine parenté avec la luxation en haut et en dedans (luxation sus-pubienne, ilio-pubienne), et particulièrement dans les expériences sur le cadavre, on ne parvient souvent pas, par les mouvements que nous avons indiqués, à provoquer sûrement chaque fois l'une ou l'autre forme de luxation.

Dans la **luxation obturatrice**, la déchirure de la capsule est plus ou moins considérable, souvent très étendue ; elle siège à la face antérieure de ce ligament, et s'étend plus ou moins en haut et en bas. La tête articulaire vient se placer sous les adducteurs et l'obturateur externe, et la face postérieure du grand trochanter pénètre dans la cavité cotyloïde. La position typique de la tête articulaire est maintenue par la partie supérieure conservée de la capsule, et principalement, comme BUSCH l'a démontré, par le ligament ilio-fémoral. Tantôt ce ligament est conservé tout entier, et c'est alors la fixation du membre en rotation en dehors qui est surtout très accusée, tantôt sa partie interne est déchirée, auquel cas la rotation en dehors est moins prononcée (BIGELOW).

Les **symptômes** varient en conséquence. La cuisse est en *flexion modérée* (environ 35°), grâce à la tension du ligament de Bertin. En même temps le membre présente généralement un assez haut degré d'abduction et de rotation en dehors, mais l'abduction peut être compensée par un abaissement correspondant du bassin, lorsque le blessé, voulant marcher, cherche à placer les deux extrémités inférieures dans le parallélisme (voir § 21). Parfois, en effet, la marche est encore relativement aisée, la tête fémorale venant s'appuyer contre la partie supérieure conservée de la capsule et le bord inférieur de la branche horizontale du pubis. Cette particularité exerce aussi une influence sur la longueur de