

l'extrémité; suivant la hauteur à laquelle se trouve située la tête fémorale sur le trou sous-pubien, il devrait, en effet, se produire un allongement du membre, peu considérable, il est vrai. Cependant, lorsque la flexion et l'abduction de la cuisse ne sont pas compensées par une inclinaison correspondante du bassin, et que, d'autre part, le genou lui-même est fléchi, c'est un raccourcissement apparent du membre que l'on devra s'attendre à observer. De fait, un certain nombre de blessés de cette catégorie, lorsqu'ils se tiennent debout, s'appuient sur la pointe du pied, en rotation en dehors; le talon ne touche pas le sol, la jambe est fléchie sur la cuisse, et tout le membre est dans l'abduction. Par contre, lorsque l'abduction se trouve compensée par l'inclinaison du bassin, un allongement apparent peut venir s'ajouter à celui qui, peut-être, existe réellement.

D'après l'exposé précédent, on comprend que le membre présente un degré très variable d'abduction. Lorsque la capsule articulaire est largement déchirée, et, particulièrement lorsque cette déchirure intéresse la partie interne du ligament ilio-fémoral, l'abduction peut n'être que très légère (BUSCH, BIGELOW). A condition que les muscles ne soient pas par trop développés, on sent nettement la tête fémorale dans la région du trou sous-pubien, tandis qu'en dehors, on constate l'absence de la saillie normale du grand trochanter. TREUB, à l'occasion d'une communication sur un cas de luxation obturatrice, fait remarquer que l'on parvient à sentir la tête du fémur, en introduisant plusieurs doigts dans le rectum, et en explorant en haut et en dehors la région du trou sous-pubien. La flexion et la rotation en-dedans sont possibles, les autres mouvements sont limités.

La tête fémorale, lorsqu'elle glisse encore plus loin, du côté de la ligne médiane, pendant que la cuisse est fortement fléchie, peut venir se placer sur la branche descendante du pubis. On la sent alors nettement dans la région du périnée (**luxation périnéale de Malgaigne**). Le membre est en forte flexion et abduction, et le trochanter se trouve profondément situé.

La plupart des chirurgiens de notre époque veulent que l'on donne à la cuisse l'attitude fléchie pour pratiquer la **réduction de la luxation obturatrice**, et les observations prises dans ces dernières années, parlent en faveur de cette manière de voir. Par conséquent, les manœuvres nécessaires pour la réduction consisteraient d'abord dans la flexion et l'abduction suivies de l'adduction et de la rotation en dedans.

C'est ce dernier procédé que BIGELOW mentionne tout d'abord en tête des dix méthodes différentes de réduction dont il donne la description. Toutefois, il fait remarquer, en même temps, qu'une rotation du membre en dehors peut être également nécessaire. KOCHER est aussi partisan de la flexion dans la position où se trouve le membre luxé (abduction et rotation en dehors). Cette

flexion, lorsqu'elle poussée jusqu'à 90°, doit avoir pour résultat de relâcher à un haut degré le ligament de Bertin. Puis, par une traction sur le membre ainsi fléchi, K. détermine une tension de la partie postérieure de la capsule, et il imprime alors au membre un mouvement de rotation en dehors. Cette dernière a pour effet de raccourcir par torsion la partie externe du ligament ilio-fémoral et surtout la partie postérieure de la capsule, et c'est autour de ces parties tendues que la tête fémorale doit être attirée en haut et en arrière dans la cavité cotyloïde. Cette manœuvre a pour but d'éviter, dans les cas de déchirure de la partie inférieure de la capsule, que la luxation obturatrice ne se transforme en une luxation ischiatique. C'est, en effet, ce qui arriverait si l'on imprimait au membre un mouvement de rotation en dedans, car aucune partie de la capsule articulaire ne serait tendue dans ces conditions.

Cette manœuvre de réduction paraît applicable dans une partie des cas de luxation obturatrice qui s'accompagnent d'une déchirure de la partie inférieure de la capsule, la cuisse ayant été fortement fléchie au moment de l'accident; par contre, c'est la rotation en dedans qui est le procédé rationnel lorsque la luxation obturatrice s'accompagne d'une déchirure de la partie interne de la capsule. Cette dernière forme sur laquelle BUSCH a attiré l'attention, se rapproche, en effet, de la luxation ilio-pubienne. Si l'on exerce alors une traction sur la cuisse fléchie à laquelle on imprime en même temps un mouvement de rotation en dedans, on produit par le fait une tension de la partie supéro-interne de la capsule fibreuse (portion interne du ligament de Bertin), et c'est autour de ce ligament que la tête du fémur exécute un mouvement de rotation et pénètre dans la cavité cotyloïde à travers la déchirure de la capsule, et par dessus la partie antérieure du bourrelet cotyloïdien. Du reste, une simple adduction comme dernier temps de l'opération peut suffire à faire rentrer la tête fémorale par cette même voie dans la cavité articulaire (ROSER).

On pourra essayer également soit une pression directe de dedans en dehors sur la tête du fémur, soit des tractions exercées en dehors et un peu en haut sur la partie supérieure de la cuisse, au moyen d'un mouchoir plié entourant la partie supéro-interne de la racine du membre. Ce moyen est surtout applicable aux luxations avec fort déplacement en dedans de la tête fémorale (luxation périnéale).

§ 30. — La luxation en dedans et en haut (**luxation pubienne, préglénoïdienne, ilio-pubienne, ilio-pectinée**) peut être provoquée sur le cadavre par un mouvement d'extension suivi d'abduction et de rotation en dehors. La cause la plus fréquente de cette luxation pendant la vie, c'est un mouvement de renversement du corps en arrière, tandis que le pied est fixé au sol en légère rotation en dehors et abduction, ou reste dans cette position grâce aux contractions musculaires qui se produisent à ce moment. Tantôt c'est un individu qui tombe en arrière pendant que son pied se trouve fixé dans un creux dans lequel il a marché par mégarde (A. COOPER), tantôt c'est un charretier qui est renversé en arrière par une caisse très lourde qu'il était occupé à décharger (BARTELS); (voir LOSSEN, *Deutsche Chirurgie*, liv. 65, p. 42).

La tête fémorale, après avoir franchi l'ouverture de la partie supéro-interne de la capsule déchirée, reste fixée en haut sur le rebord cotyloïdien, au point d'union du pubis et de l'os iliaque (luxation ilio-pubienne), ou bien se place plus en dedans sur la crête pectinéale (luxation pubienne). Dans le premier cas le muscle psoas-iliaque tendu passe sur la tête articulaire ou le col du fémur, et le nerf et les vaisseaux cruraux se trouvent situés en dedans de la tête luxée. Le ligament ilio-fémoral fortement tendu passe sur le col du fémur. La violence traumatique, cause de la luxation, peut chasser encore plus en dehors la tête fémorale, jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par l'épine iliaque antéro-inférieure. C'est alors que le ligament de Bertin est tout particulièrement tendu, de telle sorte qu'il peut servir de point d'appui solide à la tête fémorale, et permettre au blessé de marcher aussitôt après l'accident.

Lorsque la tête du fémur a fui jusque vers le pubis, elle est recouverte par les vaisseaux fémoraux qui passent au devant d'elle.

Dans les luxations en question, le membre inférieur correspondant est dans l'extension ou modérément fléchi. En outre, elle est en rotation en dehors et en abduction. La saillie latérale du grand trochanter a disparu, car ce dernier a fui avec la tête fémorale vers la ligne médiane, et est venu se placer plus ou moins en face de la cavité cotyloïde vide. Il existe toujours un raccourcissement, peu marqué, il est vrai, de l'extrémité inférieure. Ce raccourcissement ne peut passer inaperçu qu'à un examen peu attentif, lorsque le blessé incline le bassin du côté luxé, de façon à corriger l'abduction. Avec les symptômes décrits jusqu'ici, il pourrait arriver que l'on prit la luxation pour une fracture du col du fémur; mais il existe un signe de luxation, qui, du moins dans les cas que j'ai observés, était très accusé, et qui permet même à un observateur encore novice de se préserver de cette cause d'erreur: on voit et l'on sent à la palpation la tête articulaire luxée au-dessous du ligament de Poupert, sur la branche horizontale du pubis, dans la fosse ilio-pectinée¹. Un autre phénomène qui peut permettre d'éviter une confusion, c'est la difficulté que l'on éprouve à augmenter le degré de flexion de la cuisse, à cause de la tension de la paroi postérieure intacte de la capsule. La rotation en dedans est aussi considérablement limitée, car elle détermine une tension de la partie postérieure de la capsule et du ligament de Bertin.

Lorsque, dans la luxation en haut et en dedans, les vaisseaux fémoraux passent comme une corde tendue sur la tête articulaire luxée, il importe de ne pas accroître encore leur tension par les manœuvres de réduction.

1. On désigne sous le nom de fosse ou triangle ilio-pectiné l'espace limité en dehors par le muscle psoas, en dedans par le muscle pectiné et en haut par l'arcade crurale, qui forme la base du triangle dont le sommet est formé par la rencontre à angle aigu des deux muscles que nous venons de mentionner. Ce triangle profond est circonscrit par le triangle superficiel, inguinal, ou de Scarpa, lequel est limité en dehors par le muscle couturier, en dedans par le moyen adducteur, et en haut par l'arcade crurale.

(Note du trad.)

Dans quelques cas dans lesquels cette précaution avait été négligée, on a vu le malade succomber à la gangrène, conséquence de la déchirure des vaisseaux. BUSCH a démontré que si l'on fait précéder les tractions dans l'extension d'un mouvement d'abduction, les vaisseaux fémoraux glissent de la tête sur le col du fémur, de sorte que l'on peut ensuite amener impunément la cuisse dans l'hyperextension.

En ce qui concerne le procédé de réduction, les avis des chirurgiens sont partagés. Tandis qu'autrefois, et encore dernièrement, on conseillait la flexion, même à angle aigu, de la cuisse comme premier temps des manœuvres de réduction, les partisans de la méthode physiologique recommandent de placer le membre dans l'extension ou l'hyperextension pour achever ensuite la réduction par un mouvement de rotation en dedans ou d'adduction. HUETER est partisan de l'hyperextension suivie de l'adduction; ROSER de son côté, conseille d'attirer en arrière et en dehors la cuisse étendue, puis de lui imprimer un mouvement de rotation en dedans, en même temps que l'on exerce sur la tête fémorale une pression directe dans la direction de la cavité cotyloïde. La méthode de BUSCH est assez analogue à celle de ROSER; elle consiste à mettre d'abord la cuisse en abduction et rotation légère en dehors, puis à lui faire subir un mouvement de rotation en dedans et d'adduction. BUSCH fait remarquer que l'on peut tout aussi facilement fléchir la cuisse à angle aigu dans les cas où la tête luxée se trouve déplacée plus en dehors (luxation ilio-pectinée); en effet, grâce à cette flexion, la tête fémorale glisserait sur le plan incliné (fosse ilio-pectinée) situé au-dessus du rebord cotyloïdien, et se rapprocherait ainsi de la cavité articulaire, puis elle pénétrerait dans cette dernière à la suite d'une légère abduction et rotation en dedans. Par contre, dans la luxation pubienne, la flexion de la cuisse à angle aigu tendrait à refouler dans le bassin la tête fémorale; ici, par conséquent, l'abduction et la rotation en dedans devront être précédées d'une traction exercée perpendiculairement à l'axe du corps et destinée à attirer en avant la tête articulaire.

KOCHER veut que l'on opère d'abord des tractions en laissant la cuisse dans sa position (extension et rotation en dehors); ces tractions ont pour but d'éloigner la tête fémorale de la cavité du bassin; parfois il serait même nécessaire d'amener la cuisse dans l'hyperextension et d'augmenter le degré d'abduction. Puis on exerce une pression sur la tête fémorale dans le but d'empêcher que celle-ci ne glisse de nouveau dans la direction de la cavité pelvienne. KOCHER imprime ensuite à la cuisse un léger mouvement de flexion afin de relâcher la capsule (ligament ilio-fémoral), puis vient en dernier lieu un mouvement de rotation en dedans. BIGELOW mentionne six méthodes de réduction que nous nous dispensons d'énumérer. Rappelons seulement que dans la plupart de ces méthodes, la cuisse est placée dans la flexion, et que des tractions sont exercées sur le membre dans cette position; en outre, tantôt on comprime directement la tête fémorale, tantôt on imprime à la cuisse un mouvement de rotation en dedans ou en dehors suivant que l'on choisit le ligament de Bertin ou le muscle obturateur interne comme centre de rotation. BIGELOW condamne les tractions exercées dans l'attitude d'extension de la cuisse.

Pour notre part, nous basant sur les résultats des expériences sur le