

cuisse et celle-ci sur l'abdomen, il appuie de tout son poids sur les deux segments du membre repliés, comme s'il voulait les enfoncer dans le ventre. Alors seulement le chirurgien commence son œuvre.

Nous aurons surtout en vue, dans ce qui suit, la réduction de la luxation iliaque la plus fréquente. La manœuvre diffère par quelques détails suivant les auteurs ; nous donnerons celle conseillée par Dueroquet dans ses dernières publications.

Elle se décompose en deux temps : 1^o *Flexion et abduction* ; 2^o *Réduction*.

1^{er} temps. *Flexion et abduction*.—Le chirurgien, placé du côté du membre malade, saisit d'une main (main droite pour le membre droit, main gauche pour le membre gauche) la cuisse au-dessus du genou et la fléchit fortement sur le bassin ; puis, la flexion restant, il porte le membre progressivement en abduction, poussée aussi loin que possible. Le genou se trouve souvent alors à 150 du plan de la table, la cuisse touchant le bord latéral du tronc.

La tête fémorale est ainsi amenée à la hauteur du cotyle. Il reste à lui en faire franchir le rebord postérieur et à l'engager dans l'ouverture de la loge capsulaire.

2^e temps. *RÉDUCTION*.—Tout en conservant l'abduction maxima, on diminue un peu la flexion jusqu'à ce que la cuisse ne forme plus avec le bord latéral du tronc qu'un angle de 90° environ.

En même temps, la main qui tient le membre au-dessus du genou et qui assure l'abduction extrême tire fortement sur la cuisse, tandis que l'autre main presse sur le grand trochanter—les doigts accrochés à la crête iliaque en y prenant point d'appui, le pouce exerçant une pression énergique sur l'os pour le repousser en avant et en dedans.

“ Cette manœuvre du pouce réussit d'ordinaire chez les très jeunes enfants et dans les cas faciles. Chez les sujets peu âgés et lorsque l'on prévoit une réduction difficile, la main doit être placée, poing fermé, sous le grand trochanter, de telle sorte que celui-ci vienne rouler dans l'angle formé par la réunion de l'extrémité du radius avec le 1^{er} métacarpien. Cette base solide et active—la main poussant en même temps le grand trochanter en avant—constitue le pivot sur lequel s'exerce tout l'effort et la réduction ;

aussi sort-elle de là, le plus souvent, très endolorie (Dueroquet).”

La réintégration de la tête est souvent annoncée par une sensation de ressaut perçue par la main de l'opérateur et par un bruit d'intensité variable entendu parfois même par les assistants.

Si la réduction n'est pas obtenue, on ramène la cuisse à sa position initiale d'abduction et de flexion extrêmes et l'on recommence la manœuvre. Il faut parfois pour arriver au résultat voulu, de longs et laborieux efforts, d'autant plus longs et laborieux que l'enfant est moins jeune et la tête plus haut placée.

La tête réduite fait à la base du triangle de Scarpa, derrière l'artère fémorale qu'elle soulève, une saillie à laquelle se transmettent les mouvements imprimés à la cuisse. Celle-ci demeure d'elle-même en forte abduction et en rotation externe.

Comme contre-épreuve on provoquera la *reluxation*. La tête s'échappe brusquement du cotyle avec un nouveau ressaut. On la réduit comme précédemment, mais avec une plus grande facilité. Il suffit souvent, le membre étant en flexion sans abduction, de tirer sur le genou en même temps que l'on presse sur le trochanter pour remettre la tête en place.

Par ces mouvements alternatifs on agrandit en effet l'ouverture de la capsule qui a donné passage à la tête. On peut aussi, en les faisant en diverses directions—en haut, en bas, en avant en arrière—se rendre assez bien compte du relief que forme le bord cotyloïdien, et, par suite, recueillir des indications sur la position où il convient d'immobiliser le membre pour appuyer la tête aussi exactement que possible contre la partie la plus saillante de ce bord.

111. *Maintien de la réduction*.—La cuisse doit être immobilisée dans la position—variable, comme nous l'avons vu—où la réduction s'est effectuée et où elle se maintient le mieux, point que le chirurgien a pu fixer au cours des manœuvres de reluxation et, de “ reréduction.”

Cette position est en général celle de la forte abduction allant de 60° à 90°, avec légère rotation externe. Dans certains cas il est indispensable de placer le membre en rotation interne, plus exceptionnellement encore en hyperextension. L'enfant, revêtu d'un double jersey—le premier devant adhérer au plâtre et le second,