

Dans les luxations en arrière la fesse et la hanche sont plus bombées et plus saillantes que du côté opposé.

La mensuration de l'épine iliaque supérieure antérieure à la tubérosité du condyle interne du fémur donne un raccourcissement de $\frac{3}{4}$ de pouce.

Si l'on place un ruban de l'épine iliaque supérieure antérieure à la partie la plus proéminente de l'ischion, on constate que la partie la plus élevée du trochanter dépasse de près d'un pouce ce ruban.

Ce signe indiqué par Nélaton, laisse voir positivement un ascension du trochanter correspondant au raccourcissement constaté par la mensuration de l'épine iliaque au condyle interne du fémur.

La saillie dure et arrondie de la tête fémorale, en arrière de la cavité cotyloïdienne indique clairement qu'il y a luxation, ainsi que l'adduction, la flexion et la rotation en dedans de la cuisse, avec raccourcissement du membre. Dans les luxations en avant, il y a au contraire abduction, extension, rotation en dehors de la cuisse, changements de longueur variables.

La réduction des luxations de la cuisse ne présente pas toujours les mêmes difficultés.

Poubeau, un des premiers, a recommandé les méthodes de douceur. Desprès et Dobbeau sont de cet avis.

Le devoir du chirurgien est de débiter par elles et de n'en venir aux méthodes de force que lorsque les premières ont échoué.

La méthode de douceur qui convient le mieux, c'est la méthode dite de *dégagement*, qui consiste à imprimer à la cuisse des mouvements de *flexion*, de *rotation* et de *circumduction* destinés à dégager la tête fémorale et la faire rentrer dans sa cavité.

Le même procédé ne saurait convenir à toutes les variétés de luxation.

Pour les luxations en arrière, le procédé qui convient le mieux est certainement la flexion, combinée à la rotation et à la circumduction de dedans en dehors, suivi de l'extension et de l'adduction.

Pour les luxations en avant, il faut faire les mouvements de circumduction et de rotation de dehors en dedans, la cuisse ayant été préalablement fléchie sur le bassin.

Il est souvent fort utile de joindre à la flexion une légère traction sur la cuisse. Pour atteindre ce but, le chirurgien pose son avant-bras sous le jarret pendant qu'un aide maintient le bassin. Cette légère élévation est quelquefois suivie d'un succès qui n'avait pas été obtenu par la simple flexion.