

légèrement dans l'échancure sciatique; elle repose sur les moyen et petit fessiers plus ou moins déchirés. C'est la luxation iliaque. Le faisceau vertical du ligament de Bertin relâché par l'ascension de la tête permet une extension presque

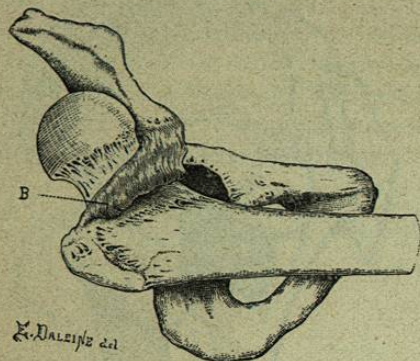


Fig. 104. — Luxation oblique antérieure (Bigelow).

complète; de ce fait l'adduction est peu marquée. La rotation interne est maintenue intégrale par le faisceau horizontal du Bertin. Exceptionnellement par rupture de ce dernier la rotation externe est rendue possible (luxation de Monteggia): toutes ces luxations dorsales sont postérieures: la tête n'a pas encore parcouru dans son déplacement une demi-circonférence, elle est restée en arrière du plan passant par le centre de la cotyloïde, et ces luxations dorsales postérieures régulières ont des caractères constants: rotation interne associée à un degré

variable de flexion adduction, ces deux derniers éléments étant, comme toujours, en rapport inverse (fig. 105).

Mais le déplacement peut aller plus loin, et la tête peut passer en avant de ce plan, la luxation dorsale devient antérieure. Pareille transformation ne peut s'effectuer qu'avec un changement profond des caractéristiques si constantes des luxations dorsales postérieures: bien que la tête soit en situation très haute il va y avoir flexion très accentuée, cependant, mise à part la transformation soudaine de l'extension à la flexion extrême, qui caractérise le passage de la dernière variété dorsale postérieure à la première variété dorsale antérieure, dans les formes de cette dernière la loi générale se retrouve qui veut que la flexion soit d'autant moins marquée que la tête fémorale est plus haute.

De plus la rotation interne caractéristique des luxations dorsales postérieures se transformera en rotation externe: seule l'adduction persistera.

Dans la luxation oblique antérieure, la tête fémorale est au-dessus et un peu en avant de la cavité cotyloïde (fig. 107). Toute la partie postérieure et supérieure de la capsule est arrachée; le faisceau horizontal du Bertin est arraché ou du moins fortement éraillé et c'est sa lésion qui permet la rotation en dehors. La cuisse en rotation externe est en adduction extrême et passe presque horizontalement au-devant

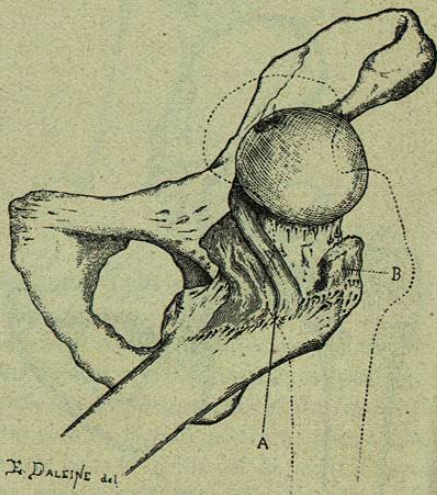


Fig. 105. — Luxation sus-épineuse (Bigelow).

de la symphyse pubienne, croisant perpendiculairement le membre sain.

Dans la luxation sus-épineuse, la tête chassée en haut et en dedans se place devant l'épine antéro-inférieure qu'elle masque; le col fémoral est à cheval sur le faisceau vertical du ligament de Bertin qui seul a résisté: le faisceau horizontal est toujours complètement rompu. Un certain degré d'extension est rendu possible par l'ascension de la tête: le membre est en demi-flexion, en rotation externe et en adduction marquées (fig. 105).

**Luxations régulières primitives.** — Il n'est pas absolument forcé que pour occuper ces diverses situations autour de la cavité cotyloïde la tête fémorale ait accompli ce long parcours. Elle peut sortir par un point quelconque en regard de la position qu'elle occupe: elle doit alors presque toujours écorner le cotyle, créant une fracture marginale avec arrachement ligamenteux: l'intégrité du ligament de Bertin impose aux luxations primitives iliaques, obturatrices, pubiennes, ischiatiques une attitude identique à celle des luxations secondaires.

**Luxations irrégulières.** — Sous l'influence du traumatisme, la tête a arraché le ligament de Bertin, et véritablement folle, elle peut occuper une position quelconque déterminée par la direction et la violence du traumatisme, sans attitude fixe du membre.

**Symptômes et Diagnostic.** — Ayant suivi pas à pas l'évolution progressive des luxations de la hanche et les déviations du membre qu'elles entraînent, il m'est permis d'envisager la clinique à un tout autre point de vue, rapprochant dans un même groupe des luxations de genre différent, qui ont un caractère clinique analogue grossier.

Ce caractère clinique grossier et qui frappe à première vue, c'est le degré d'inclinaison de la cuisse sur l'axe général ou plan normal du corps.

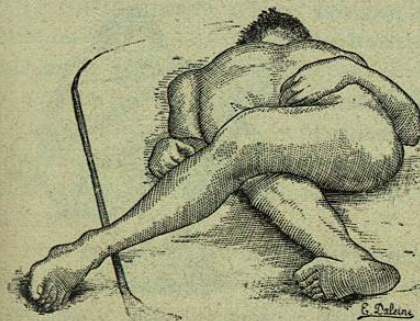


Fig. 107. — Luxation oblique antérieure. (Bigelow).

A) **La cuisse fait avec le plan normal un angle de 90°** (flexion ou adduction).  
1° La cuisse est dans le plan sagittal, c'est-à-dire en flexion à angle droit.  
a) Dans la luxation sous-cotyloïdienne en flexion (fig. 106), la cuisse est fléchie directement sur le bassin et le genou sort largement du lit: le malade maintient ordinairement sa cuisse avec les deux mains. La jambe est fléchie au maximum sur la cuisse, le pied n'atteint pas le plan du lit; le malade cherche à faire reposer le pied sur un coussinet (formé par un amas de couverture) pour que le poids de la jambe ne tire plus sur la cuisse. La pointe du pied est dirigée en avant et



Fig. 106. — Luxation sous-cotyloïdienne. (Bigelow).

à peine en dehors. Le talon ne touche pas la cuisse, mais se projette sur elle au-dessus mais dans le plan de l'ischion.

La palpation permet de sentir la tête fémorale juste au-dessous de la cavité cotyloïde, un peu en avant et en dedans de la tubérosité ischiatique.

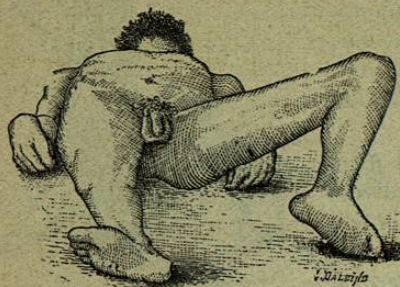


Fig. 108. — Luxation obturatrice (Bigelow).

b) Dans la *luxation sous-ischiatique*, la flexion de la cuisse est la même, mais elle n'est pas pure, il s'y ajoute une légère rotation interne, qui porte la pointe du pied en dedans, tandis que le talon se projette sur la cuisse un peu au-dessus et en dedans de l'ischion. La tête fémorale est sentie tout près de l'ischion, le masquant même parfois.

c) Dans la *luxation périnéale latérale ou ischio-pubienne*, à la même flexion est venu s'adjoindre de la rota-

tion en dehors (la pointe du pied est tournée en dehors, et le talon répond à la partie externe de la fesse. La tête fémorale est sentie au-dessous de la branche ischio-pubienne.

2° La cuisse est dans un plan mixte (flexion à angle droit et abduction).

Dans la *luxation périnéale médiane*, à la flexion et à la rotation en dehors, s'ajoute une abduction assez marquée. La tête fémorale est sentie près du centre du périnée (sous le scrotum, sous le pubis). Il y a presque toujours des troubles urinaires (rétention d'urine, difficulté de miction).

3° La cuisse est dans le plan frontal (adduction).

Dans la *luxation oblique antérieure*, l'adduction est extrême. La cuisse presque horizontale vient affleurer la symphyse et croise perpendiculairement la cuisse du côté opposé sur laquelle elle repose et s'appuie. La cuisse malade est très raccourcie (fig. 107).

Tout le membre blessé est en légère rotation externe. La jambe est légèrement fléchie. Le pied repose sur le lit par son bord externe, et les orteils regardent en avant et en dehors.

Dans tous ces cas de flexion ou d'adduction à angle droit, il n'y a aucun diagnostic différentiel à faire. Pareilles déviations de la cuisse ne se voient que dans les luxations. Il suffit d'en caractériser la variété.

B) *La cuisse fait avec le plan normal un angle de 45°.*

1° À la demi-flexion, s'ajoute de l'abduction.

Dans la *luxation obturatrice ou ovale*, à la demi-flexion qui soulève le genou dans la position couchée, à l'abduction caractéristique, s'ajoute une rotation externe marquée, qui fait regarder la face antérieure de la cuisse légèrement en dehors. La jambe est légèrement fléchie et le pied dont la pointe est dirigée en dehors, prend point d'appui sur le lit par les orteils et la partie toute antérieure seulement du bord externe (fig. 108).



Fig. 109. — Luxation ischiatique. (Bigelow).

La cuisse paraît légèrement allongée par suite de l'abduction.

Si on fait lever le malade, on constate que la pointe de son pied étendu ne peut atteindre la terre; le patient soutient sa cuisse de ses deux mains. On constate alors l'aplatissement de la fesse, l'abaissement du pli fessier.

L'adduction et la rotation interne active et passive sont impossibles.

La tête est perçue par la palpation à la partie antéro-interne de la cuisse. La recherche du grand trochanter qui lui est opposé, révèle que la région trochanterienne est aplatie, le trochanter est porté un peu en avant et sa face cutanée au lieu de regarder en dehors regarde légèrement en arrière.

La demi-flexion et l'abduction révèlent toujours une luxation *ventrale basse*.

2° A la demi-flexion, s'ajoute de l'adduction.

a) Dans la *luxation ischiatique*, luxation dorsale postérieure basse, à la demi-flexion et à l'adduction se joint de la rotation interne marquée. La cuisse malade croise la cuisse opposée un peu au-dessus du genou orientant en haut, en avant et en dedans sa face antérieure. La jambe est fléchie et repose sur le lit par le gros orteil et les saillies du bord interne du pied. La cuisse est légèrement raccourcie de 1 centim. 5 environ. La position debout est plus facile que dans la luxation précédente, la jambe malade tombe verticale loin devant la jambe saine et n'atteint pas la terre du bout des orteils. La fesse est saillante en arrière, le pli fessier abaissé (fig. 109).

L'abduction et la rotation en dehors sont impossibles.

La tête est sentie en arrière et un peu au-dessus de l'ischion. Le trochanter très saillant, est reporté en masse en arrière et oriente sa face cutanée en avant; son bord supérieur est oblique en bas et en arrière à cause de la flexion. Si on tire la ligne de Nélaton, de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion, on constate que la tête fémorale et le sommet du trochanter sont au-dessus et en arrière de la ligne.

b) Dans la *luxation sus-épineuse*; luxation haute dorsale antérieure, la rotation ajoutée à la demi-flexion et à l'adduction est externe; et c'est là sa caractéristique.

La cuisse malade repose obliquement sur la cuisse opposée qu'elle croise, orientant en dehors sa face antérieure. La jambe est fléchie et le pied repose sur le lit par son bord externe. La cuisse est fortement raccourcie (de 4 à 5 centim. et plus). La fesse est fortement aplatie. Le pli fessier est élevé. La tête est très saillante, au niveau du bord antérieur du bassin masquant l'épine iliaque antérieure et inférieure. Le grand trochanter est fortement élevé et sa face cutanée regarde directement en arrière, presque en arrière et en dedans.

Dans ce groupe, la demi-flexion ne révèle donc pas une luxation forcément basse, puisque nous voyons voisiner une luxation basse et une luxation haute. L'association normale de l'adduction et de la rotation en dedans qu'on connaît dans la plupart des maladies de la hanche, révèle bien une luxation basse, luxation dorsale postérieure, normale. L'association anormale d'adduction et de rotation en dehors est caractéristique d'une luxation anormale, dorsale antérieure, haute, malgré la flexion.

Dans toutes ces luxations dans la flexion à 45°, on peut encore dire qu'il n'y a pas à faire de diagnostic différentiel, mais uniquement celui de la variété.

C) *La cuisse est en extension presque complète.*

1° *L'extension est complète et pure.*

C'est la *luxation sous-cotyloïdienne en extension*. Le membre est allongé, dans la rectitude complète et il n'y a aucune trace de rotation ni en dedans ni en dehors (Tillaux). Tout mouvement spontané ou provoqué est impossible. Cette variété de luxation va contre toutes les données classiques puisque c'est une luxation basse, en extension et se maintenant en extension sans adduction, ni abduction, ni rotation. Si son existence clinique est certaine, sa place anatomique ne saurait être indiquée, car il n'y a pas eu d'autopsie. Tillaux dit qu'il s'agit peut-être de luxation incomplète; peut-être est-ce de plus une luxation irrégulière.

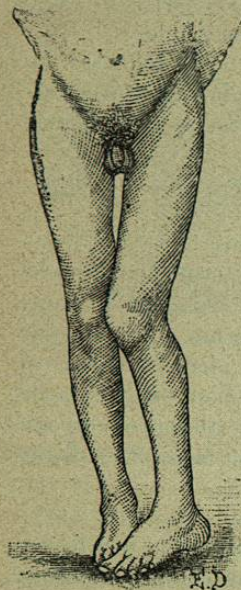


Fig. 110. — Luxation iliaque. (Bigelow.)

2° *L'extension incomplète est combinée à l'adduction.*  
L'association de l'extension, de l'adduction et de la rotation en dedans indique une luxation dorsale haute, c'est la *luxation iliaque*, une des plus fréquentes. La cuisse est à peu près étendue, il existe cependant une très légère flexion. La jambe en extension repose sur le sol si le bassin veut bien s'incliner de ce côté: car il existe un raccourcissement de 3 à 4 centimètres en moyenne. La rotation interne et l'adduction sont manifestées par la situation du genou, se projetant un peu en avant de celui du côté opposé, et orientant la face cutanée de la rotule en avant et en dedans. La fesse est saillante et le pli fessier élevé. Le grand trochanter est porté en masse en arrière et sa face cutanée regarde légèrement en avant, son bord supérieur est horizontal. Il est en arrière de la ligne de Nélaton. La tête fémorale est sentie dans la profondeur, dans la fosse iliaque externe (fig. 110).

Les mouvements d'abduction et de rotation en dehors sont impossibles.

3° *L'extension incomplète est combinée à l'abduction.*

La coexistence de l'extension, de l'abduction et de la rotation en dehors caractérisent une luxation ventrale haute. C'est la *luxation pubienne* ou *ilio-pubienne* (fig. 111). Le membre est raccourci, quoique moins que dans l'iliaque. Le membre est légèrement écarté du membre sain et la rotule regarde un peu en dehors. La fesse est aplatie et le pli fessier élevé. La tête est sentie juste au-dessous de l'arcade crurale dans le pli de l'aîne; le trochanter est très effacé et sa face cutanée est tournée en arrière. Tout mouvement d'adduction ou de rotation interne est impossible.

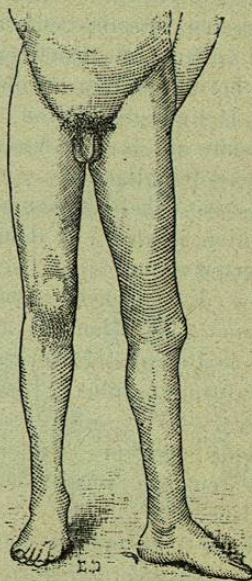


Fig. 111. — Luxation pubienne. (Bigelow.)

Dans la *luxation sous-épineuse*, les signes sont à peu près les mêmes, mais le raccourcissement est un peu plus notable; la tête fémorale dans le pli de l'aîne est un peu plus haute et plus externe; la rotation en dehors est beaucoup plus marquée et dominante dans le tableau clinique. La face cutanée du grand trochanter regarde en arrière et même très légèrement en dedans.

*Luxations irrégulières.* — Les luxations irrégulières sont impossibles à décrire, car leur attitude n'est pas fixe pour un déplacement donné, les ligaments essentiels étant déchirés. Ce qui les caractérise, c'est leur mobilité extrême: tandis que dans les luxations régulières, les mouvements sont limités et certains mêmes tout à fait impossibles, dans les luxations irrégulières tous les mouvements peuvent être tentés. Une luxation irrégulière mérite cependant d'être signalée à cause de la fixité de son attitude en extension, fixité liée non à une cause ligamenteuse, mais à une cause osseuse. C'est la *luxation intra-pelvienne*.

La tête déplacée en haut et en avant et entrée dans le bassin repose par son sommet sur la ligne innommée; le col est situé en entier dans la fosse iliaque, et le trochanter appuie sur l'épine iliaque et la partie externe de la branche horizontale du pubis. La tête est perçue derrière la paroi abdominale, sous l'arcade. Le membre est en adduction et en rotation en dehors. Pour permettre un pareil déplacement, tous les ligaments doivent être rompus.

Le *diagnostic différentiel* ne se pose que pour ces luxations en extension; notons que les unes sont sans raccourcissement, les autres avec raccourcissement. La *contusion grave*, de la hanche, l'*entorse*, avec la douleur, l'impotence, la rotation externe, l'abduction légère, la mobilisation impossible par contracture, sont souvent très difficiles à distinguer des *luxations sans raccourcissement* (sous-cotyloïdienne en extension).

La *fracture sous-trochantérienne* par son déplacement en dehors pourra prêter à confusion à première vue avec une luxation.

La *fracture du col du fémur*, surtout du col chirurgical, engrénée prêter à erreur avec les *luxations en extension sans raccourcissement*. Mais l'état du trochanter est différent: déplacé mais normal et non douloureux dans la luxation, il est épaissi et douloureux dans la fracture. La recherche de la tête, lisse, et peu douloureuse tranchera toujours le diagnostic.

Pour faciliter le diagnostic des variétés de luxation, voici un tableau basé sur l'attitude macroscopique du membre et qui résume notre division clinique:

Cuisse à 90° de situation normale (flexion ou adduction).	Flexion à 90°.	}	pure . . . . .	— luxation sous-cotyloïdienne en flexion.
			+ rotation interne. . .	— luxation sous-ischiatique.
		}	+ rotation externe. . .	— luxation périnéale latérale.
			+ abduction . . . . .	— luxation périnéale médiane.
Cuisse à 45° de situation normale (flexion).	Adduction à 90°.	}	. . . . .	— luxation oblique antérieure.
			+ abduction . . . . .	— luxation obturatrice.
	Flexion.	}	+ adduction. { rot. int.	— luxation ischiatique.
			+ adduction. { rot. ext.	— luxation sus-épineuse.
Cuisse en extension.	Incomplète.	}	Complète sans rotation. . . . .	— luxation sous-cotyloïdienne en extension.
			+ adduction. { rot. int.	— luxation iliaque.
		}	+ adduction. { rot. ext.	— luxation intra-pelvienne.
			+ abduction. {	luxation pubienne.
				luxation sous-épineuse.

**Complications.** — Des fractures concomitantes nombreuses peuvent exister : fracture du corps du fémur, facile à reconnaître, mais très gênante pour la réduction; fracture du col du fémur, d'un diagnostic très délicat et rendant la réduction impossible; fractures du rebord cotyloïdien, augmentant les difficultés de la réduction et amenant la reproduction possible du déplacement. Dans les luxations ventrales, on a noté des lésions vasculaires assez fréquentes; attrition ou rupture de l'artère ou de la veine fémorale, compression artérielle, thrombose veineuse, avec sphacèle possible du membre, ou embolie dans les efforts de réduction.

Les luxations dorsales, par compression ou contusion de sciatique, peuvent produire des douleurs tenaces et des troubles trophiques. La principale des complications est la non réduction.

**Luxations anciennes.** — La non-réduction ne s'observe guère que pour les luxations non diagnostiquées, c'est-à-dire pour les luxations en extension, qui permettent la marche avec boiterie, par suite du raccourcissement du membre. Les phénomènes sont les mêmes que dans toutes les luxations anciennes. La boutonnière capsulaire se rétracte, se resserre, et les débris, retombant sur la cavité cotyloïde, la ferment comme par un voile; les muscles périarticulaires se rétractent.

La cavité cotyloïde se comble peu à peu, tandis qu'en regard de la tête luxée, l'os s'excave au centre, s'épaissit au pourtour figurant une nouvelle cavité de réception. Les fonctions de l'article sont toujours limitées et mauvaises.

**Traitement.** — Dans les *luxations récentes*, les manœuvres de réduction doivent être raisonnées pour ramener vers la tête la cavité cotyloïde. Elles doivent reproduire en sens inverse le mécanisme de la luxation. Toutes ces manœuvres se feront, sous *anesthésie (chloroformique ou autre)*, le malade étant couché sur un matelas, par terre.

**Luxation iliaque :** Le mécanisme de production est : 1° flexion; 2° rotation en dedans; 3° adduction et extension. Pour réduire, nous ferons en trois temps les mouvements inverses.

1<sup>er</sup> Temps (réduisant le 3<sup>e</sup> temps du mécanisme). Soulevant la cuisse peu à peu et avec précaution, on la met en flexion progressive, et directe (réduisant l'adduction) jusqu'à dépasser l'angle droit. Quand la flexion directe est obtenue, il est bon de pratiquer une traction assez énergique dans l'axe de la cuisse, pour achever de faire descendre la tête.

2<sup>e</sup> Temps (luttant contre le 2<sup>e</sup> temps du mécanisme). — Pratiquer une légère rotation en dehors, jointe à un peu d'abduction.

3<sup>e</sup> Temps. L'extension doit se faire facilement d'elle-même.

**Luxation ischiatique.** — Les manœuvres sont exactement les mêmes que pour la luxation iliaque, mais par suite de la position du membre, le 1<sup>er</sup> temps est beaucoup moins une flexion qu'une abduction. Dans les 2 cas, le moment dangereux est le 2<sup>e</sup> temps ou rotation externe, qu'il faut faire prudente. Quand elle est un peu exagérée, la tête dépasse l'orifice capsulaire, devient antérieure et l'extension détermine une luxation antérieure, ordinairement ovalaire. Il faut être prévenu du danger pour éviter cette transformation ennuyeuse.

**Luxation ovalaire.** — C'est toujours le même type de manœuvre; flexion à

angle droit directe, qui est ici plus une adduction qu'une flexion à cause de la position du membre, traction, rotation en dedans prudente et extension.

**Luxation pubienne.** — Il est classique de commencer par transformer celle-ci en ovalaire, en exagérant l'abduction et en tirant en abduction, puis on réduit cette luxation ovalaire comme plus haut.

Il existe pour la réduction des luxations types bien des variétés de ces procédés, nous les omettons à dessein.

Quand une luxation datera de quelques jours, il sera bon avant de tenter la réduction, de pratiquer un mouvement de circumduction qui libérera la tête, agrandira l'orifice capsulaire et rendra la réduction plus facile.

Dans les luxations rares, on transformera le déplacement en l'une des quatre variétés typiques : un diagnostic

précis devra être fait pour ne pas essayer de transformer une luxation dorsale antérieure (oblique antérieure ou sus-épineuse) ou luxation ventrale : on ne réussirait pas ou on romprait le ligament de Bertin. Il faut les transformer en dorsales postérieures en exagérant l'adduction et la flexion, en appliquant une traction en dehors à la racine de la cuisse, grâce à une alèze passée en cravate au niveau du pli génito-crural, et en imprimant un brusque mouvement de rotation de dehors en dedans. La luxation étant transformée en dorsale postérieure (iliaque) on réduira cette dernière par le procédé type.

**Luxations avec fracture du col.**

— Si la fracture du col est contemporaine de la luxation, il faut essayer par des pressions directes sur la tête de la faire rentrer à sa

place. Si on n'y parvient pas à cause de l'épaisseur des muscles, on met le fémur décapité en bonne position vis-à-vis de la cotyloïde, et on le maintient par l'extension continue : qu'il y ait cal osseux ou pseudarthrose, le fonctionnement sera le plus souvent suffisant, la résection immédiate de la tête n'est pas à faire.

Si le col se fracture au cours de manœuvre de réduction pénible, il est inutile de chercher à réduire la tête; on fait l'extension continue et le résultat est le même que précédemment.

Si la fracture est consolidée et la luxation non réduite, il faut faire une ostéoclasie ou une ostéotomie, ou traiter la luxation ancienne.

**Luxations anciennes.** — Il est difficile de savoir quand une luxation est ancienne et irréductible. Cooper pense que 2 mois est la limite maxima des tentatives de réduction; la plupart des classiques disent 5 mois, Hamilton de 3 à 9 mois.

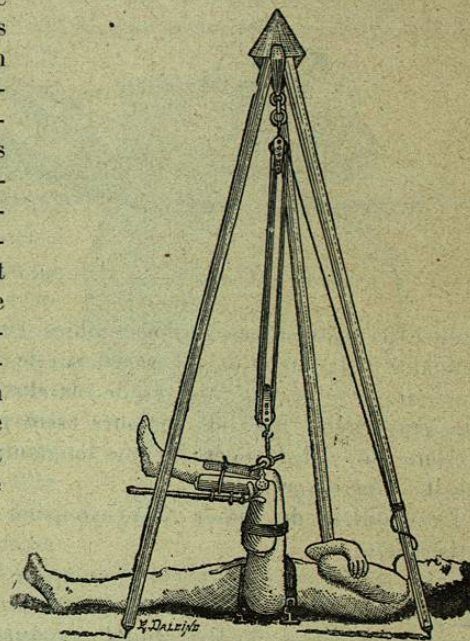


Fig. 112. — Trépied de Bigelow.

La réduction par les manœuvres de douceur doit d'abord être essayée après un assouplissement de la hanche et des tissus par circumduction.

En cas d'échec, on pourrait recourir aux manœuvres de force, aux moufles, pouvant donner des tractions de 200 kil., mais on a assez souvent des fractures et parfois des accidents plus graves, aussi ne les conseillerons-nous pas.

On peut essayer de remédier à la luxation par une intervention sanglante. La reposition de la tête par voie sanglante est illogique à cause des modifications

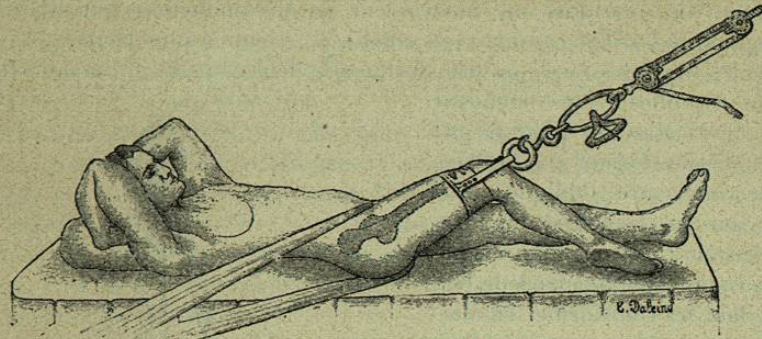


Fig. 115. — TrACTION exercée sur la cuisse fléchie et maintenue en adduction.

osseuses et ligamenteuses considérables. On pourra ou bien faire la résection ordinaire de la tête et du col, sans essai de reposition, ou même après résection économique de la tête, essayer de remettre le col ou le moignon de tête dans l'ancienne cavité cotyloïde toujours assez grande pour lui (Ricard). Walther a présenté un malade opéré depuis longtemps par ce procédé avec un excellent résultat fonctionnel.

L'ostéotomie du fémur avec extension continue sera aussi une solution satisfaisante.

CHEVRIER.

**HANCHE (RÉSECTION).** — La résection de la hanche consiste essentiellement dans la résection de l'extrémité supérieure du fémur à laquelle on peut ajouter l'évidement de la cavité cotyloïde et l'abrasion du sourcil cotyloïdien.

L'opération peut se diviser en 5 temps :

1° *Incision de la peau.* — L'articulation doit toujours être abordée par sa face externe, aussi la meilleure position consiste à coucher le malade sur le côté sain, le dos tourné du côté de l'opérateur. Plusieurs incisions cutanées peuvent être faites, la meilleure nous paraît être celle de Kócher; c'est une incision courbe, à convexité dirigée en avant, qui mesure 14 à 15 centimètres de hauteur, et dont le milieu répond à la saillie qui termine en arrière le bord supérieur du grand trochanter. Il faut inciser la peau et la couche graisseuse sous-cutanée jusqu'à ce qu'on découvre le plan fibreux qui recouvre le grand trochanter; à la base du trochanter, on trouve ordinairement quelques rameaux artériels de la circonflexe externe qui sont coupés et liés.

2° *Libération et section des muscles fessiers.* — Le grand trochanter étant ainsi bien découvert, on fend sur sa face externe l'épais tendon aponévrotique

commun au grand fessier et au tenseur du fascia lata, puis à petits coups de bistouri, on remonte sur la fesse en sectionnant tout le long du bord antérieur du grand fessier l'aponévrose qui recouvre ce muscle; le bord antérieur du grand fessier étant ainsi bien dégagé, on libère le muscle avec la sonde cannelée et on le fait attirer fortement en bas et en arrière par un écarteur. Cette rétraction du grand fessier découvre une couche graisseuse plus ou moins épaisse dans laquelle on aperçoit en haut et en avant les fibres du moyen fessier, en bas et en arrière celles du pyramidal; on recherche alors l'interstice qui sépare ces deux muscles, on pénètre dans cet interstice avec la sonde cannelée et on dégage autant que possible le moyen fessier en ayant soin de faire imprimer à la cuisse un mouvement de flexion et d'abduction qui relâche les fibres du muscle. Lorsque le moyen fessier est suffisamment soulevé, on détache avec la rugine ses insertions sur l'angle postéro-supérieur et sur la face externe du trochanter. Une fois le moyen fessier complètement désinséré, on le fait attirer en avant à l'aide d'un écarteur, de façon à découvrir le petit fessier; ce muscle est à son tour soulevé, puis détaché à la rugine du bord antérieur du trochanter; pour faciliter cette désinsertion, l'aide doit fléchir la cuisse et faire un peu de rotation externe, de façon à relâcher le muscle.

3° *Incision et désinsertion de la capsule.* — La désinsertion et l'écartement des muscles fessiers découvre largement la partie supérieure de la capsule articulaire, et il devient possible de fendre cette capsule le long du muscle pyramidal. Une fois la capsule ouverte, l'opérateur repasse

le bistouri sur le col pour inciser profondément le périoste qui le tapisse, puis introduisant la rugine dans la fente périostique ainsi pratiquée, il décolle soigneusement la lame périostique antérieure avec la capsule articulaire et les insertions du muscle pyramidal; ensuite, la cuisse étant placée en rotation interne, il décolle de même la lame périostique postérieure avec la partie postérieure de la capsule et les insertions des muscles obturateurs, jumeaux et carré crural.

4° *Luxation et section de la tête fémorale.* — Le trochanter étant dépouillé de ses insertions capsulaires et musculaires, il suffit pour provoquer la luxation de fléchir la cuisse sur le bassin, et de porter le genou en adduction et rotation forcée; dans ce mouvement, la tête fémorale se luxe en arrière et vient faire saillie par l'incision de la capsule; il est alors facile de terminer la désinsertion du périoste fémoral jusqu'au niveau du point où on veut faire la section osseuse. Suivant l'étendue des lésions la section pourra porter soit sur l'union de la tête et du col (résection de la tête), soit sur le col à son insertion sur le grand trochanter (résection de la tête et du col), soit au-dessous du grand trochanter (résection inter-trochantérienne). Quel que soit le point choisi, la cuisse

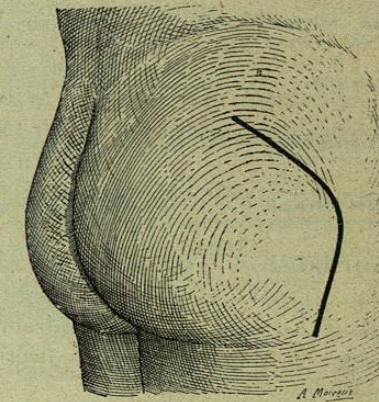


Fig. 114. — Résection de la hanche. Tracé de l'incision. (D'après Labey.)