

sort par la partie inférieure de la capsule et ensuite en raison de l'abduction se porte en avant. Cet auteur fait également intervenir ici le ligament ilio-fémoral et les muscles psoas et iliaque interne dans la production du renversement en dehors. « Les deux luxations en bas (ischiatique, ovalaire) ne diffèrent l'une de l'autre, dit TILLAUX, que par la rotation du membre qui a lieu en dedans pour la première et en dehors pour la seconde, et elles peuvent se transformer l'une en l'autre. »

A. — LUXATIONS RÉGULIÈRES, RÉCENTES

Anatomie pathologique. — 1° *Luxations postérieures.* — Ainsi que nous l'avons dit, la capsule se déchire en arrière, le ligament rond se brise, soit au niveau de la tête, soit au fond du cotyle. D'après MALGAIGNE, la tête occuperait

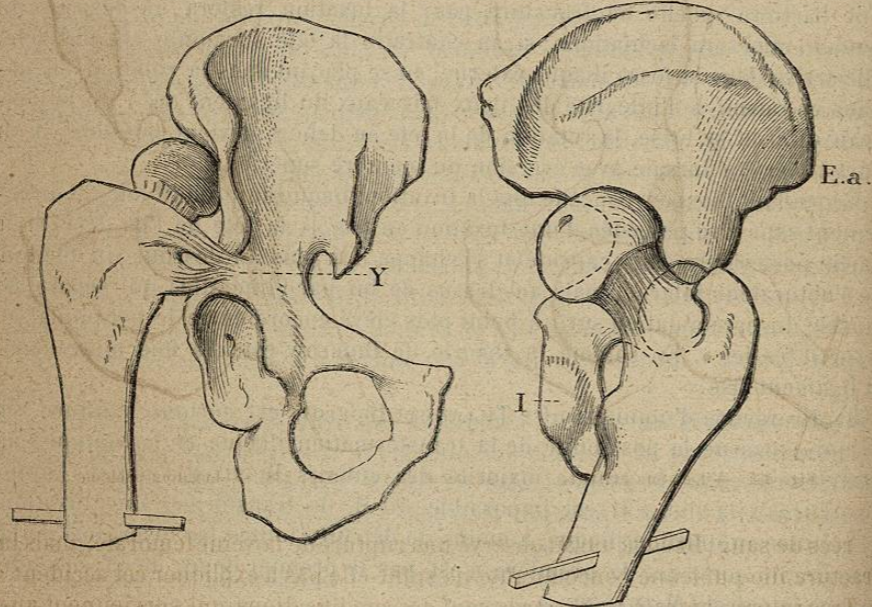


Fig. 235. — Luxation iliaque.
Y, ligament en Y.

Fig. 236. — Luxation ischiatique.
Ea, épine iliaque antéro-supérieure, — I, ischion.

dans la fosse iliaque externe une position assez fixe au milieu des muscles, sur une ligne qui réunit l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la grande échancrure. Habituellement la tête est en arrière, le fémur dans la rotation en dedans, le faisceau externe du ligament en Y très tendu (fig. 235). Quelques-uns des muscles pelvi-trochantériens, le grand adducteur se trouvent distendus. Quant aux fessiers, dont les insertions sont remontées, ils constituent une masse flasque, repliée à la partie supérieure.

Dans la variété ischiatique, la tête occupe la grande échancrure sciatique, derrière le cotyle, entre le bord supérieur de l'échancrure et le grand liga-

ment sacro-sciatique (fig. 236). Maintes fois elle repose sur les jumeaux, comprimant le nerf sciatique. Presque toujours les muscles pelvi-trochantériens sont en dedans et le bord antérieur du trochanter correspond à l'acétabulum.

2° *Luxations en avant.* — Dans la variété ovalaire, la tête du fémur vient se placer au niveau du trou ovale (fig. 237), habituellement à la face externe du muscle obturateur externe, plus rarement en se coiffant des fibres de ce muscle, comme dans un fait de MOREAU. Le pectiné est soulevé et même plus ou moins déchiré. Rien d'étonnant que les masses musculaires soient attrites, in-

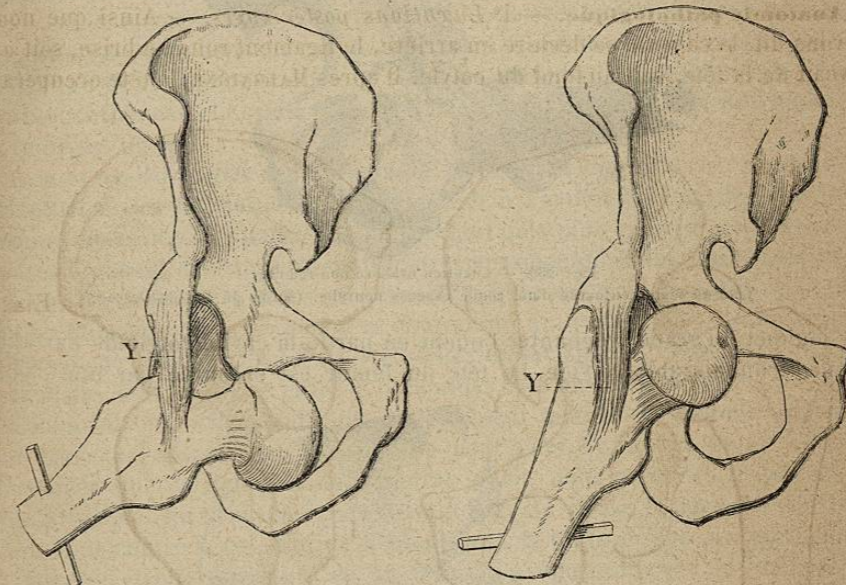


Fig. 237. — Luxation ovalaire. Y, Ligament en Y. Fig. 238. — Luxation pubienne.

rées de sang; DUBOÛÉ aurait observé une rupture de la veine fémorale, mais la fracture ilio-pubienne concomitante ne suffit-elle pas à expliquer cet accident?

Très intéressantes à tous égards sont les modifications qui surviennent autour de la tête et dans les parties molles dans certaines luxations non réduites. MOREAU, STANSKI ont signalé la reconstitution d'une nouvelle cavité osseuse en dehors du cotyle. A. COOPER a représenté une pièce où l'on peut voir un nouveau cotyle occuper le trou ovale, empiétant même sur les branches ascendantes de l'ischion et descendantes du pubis; « l'aponévrose du trou ovale était remplacée par une coque osseuse; le muscle obturateur externe avait complètement disparu. Chose remarquable, la tête fémorale était enfermée dans sa coque osseuse, de telle sorte qu'on ne put l'en extraire sans rupture, et cependant elle y jouait librement et avait conservé son cartilage articulaire. »

Le musée du Val-de-Grâce possède une pièce qui n'est pas moins curieuse. Il s'agit d'une luxation ovalaire ancienne avec ankylose au moyen de jetées

périphériques qui réunissent le col et la tête du fémur aux branches ilio et ischio-pubiennes, à l'ischion; le ligament en Y est lui-même ossifié (fig. 239).

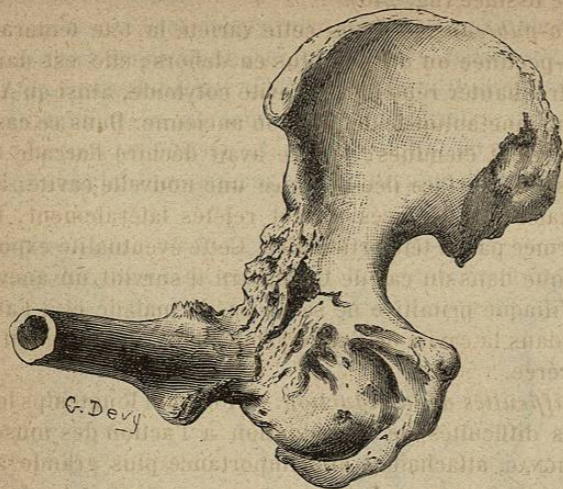


Fig. 239. — Luxation ovale non réduite.
Tête du fémur entourée d'une coque osseuse nouvelle. (Musée du Val-de-Grâce.)

Le sommet du grand trochanter bouche en partie la cavité cotyloïde parfaitement reconnaissable et vide. La tête du fémur est entourée par une coque

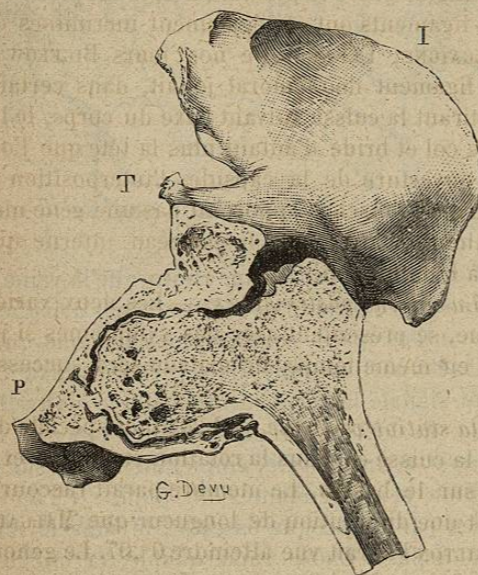


Fig. 240. — Coupe horizontale de la précédente pièce.
I, ilium, — P, pubis, — T, épine sciatique.

osseuse du volume d'une bille de billard qui comble tout le trou obturateur et même fait une saillie convexe à l'intérieur. Il ne reste au-dessous de la

branche ilio-pubienne qu'une fente pour les vaisseaux et les nerfs. Une coupe passant par le col et la tête montre cette dernière assez altérée et circonscrite par une capsule ossifiée (fig. 240).

Luxation ilio-pubienne. — Dans cette variété la tête fémorale repose sur l'éminence iléo-pectinée ou un peu plus en dehors; elle est dans la rotation en dehors. Le trochanter répond à la cavité cotyloïde, ainsi qu'A. COOPER a pu le constater dans une autopsie de luxation ancienne. Dans ce cas les ruptures ligamenteuses étaient étendues; la tête avait déchiré l'arcade de Fallope et s'était creusé sur la surface iléo-pectinée une nouvelle cavité; aussi les vaisseaux se trouvaient-ils déplacés, tantôt rejetés latéralement, tantôt tendus sur la saillie formée par la tête articulaire. Cette éventualité expose à quelques accidents, puisque dans un cas de GOLDSMITH il survint un anévrysme diffus; la ligature de l'iliaque primitive ne sauva pas le malade et à l'autopsie la tête fut rencontrée dans la cavité de l'anévrysme. Dans un autre fait de KRONLEIN, la veine fut ulcérée.

Causes des difficultés de la réduction. — Pendant longtemps les chirurgiens ont attribué les difficultés de la réduction à l'action des muscles. Les uns, comme CHASSAIGNAC, attachaient une importance plus grande à la résistance de ces organes, d'autres aux contractures spasmodiques des fessiers (NATHAN SMITH), des adducteurs et des rotateurs (REID). Il est certain que, dans quelques faits, l'existence d'une boutonnière contractile qui enserre le col s'oppose au dégagement de la tête. Tel était le cas chez un malade de PARMENTIER; la tête articulaire était étranglée entre le pyramidal et le moyen fessier.

La capsule et les ligaments ont été également incriminés depuis longtemps par LISFRANC, MALGAIGNE, FERNER. De nos jours BIGELOW a montré jusqu'à l'évidence que le ligament iléo-fémoral jouait, dans certaines luxations, le rôle principal. En tirant la cuisse suivant l'axe du corps, le ligament conservé s'applique contre le col et bride d'autant plus la tête que l'on tire davantage. D'ailleurs l'étroite ouverture de la capsule, l'interposition d'un lambeau de cette membrane ou d'un muscle n'apportent pas une gêne moindre à la réduction. Dans la luxation ovale, c'est le faisceau interne qui oppose la plus grande résistance à la réduction.

Symptômes. — Luxations postérieures. — Les deux variétés postérieures, iliaque et ischiatique, se présentent avec des symptômes si peu différents que nous les décrirons en même temps. Le malade sera successivement examiné debout et couché.

1° Examen dans la station verticale. — L'attitude spéciale du membre frappe au premier abord; la cuisse est dans la rotation en dedans et dans l'adduction, légèrement fléchie sur le bassin. Le membre paraît raccourci et en réalité il existe constamment une diminution de longueur que MALGAIGNE croyait inférieure à 0^m,04. HAMILTON l'aurait vue atteindre 0^m,07. Le genou touche la cuisse saine au-dessus de la rotule, le gros orteil reposant sur le dos de l'autre pied (fig. 241).

Notons comme symptômes inconstants la saillie anormale de la fesse, la disparition de la proéminence du grand trochanter et son rapprochement de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'ascension du pli fessier. Chez les

personnes un peu maigres il est possible de sentir la tête du fémur dans la fosse iliaque, surtout dans la flexion et l'extension de la cuisse, et d'autre part le vide qui correspond au cotyle déshabité. Dans la variété dorsale avec éversion, encore appelée luxation iliaque de Monteggia, le déplacement de la tête est inverse et, par suite, le membre se place dans la rotation en dehors.

Les luxations postérieures s'accompagnent toujours de troubles fonctionnels marqués; si la flexion reste possible, l'adduction devient déjà plus difficile et l'abduction impossible, les mouvements provoquent de vives douleurs.

Dans la luxation ischiatique, le raccourcissement un peu moindre ne dépasserait pas 0^m,015; parfois le membre est dans une flexion extrême. SYME a signalé en outre une cambrure exagérée des reins dans le décubitus dorsal, disparaissant par la flexion (fig. 242).



Fig. 241.
Attitude dans la luxation iliaque.



Fig. 242.
Attitude dans la luxation ischiatique.
(D'après BIGELOW.)

Pour apprécier avec soin la position de la tête et du trochanter, le chirurgien s'adressera au procédé de NÉLATON. Dans les luxations postérieures la tête et le trochanter, quand le membre est fléchi sur l'abdomen, se trouvent en arrière de la ligne ischio-épineuse. De même le procédé de BIGELOW permettra de mesurer comparativement le rapprochement du trochanter de la crête iliaque.

Luxations en avant. — a. *Luxations ovalaires.* — Abduction, flexion, rotation en dehors, tels sont les signes apparents de la luxation ovalaire. Lorsque le malade se tient debout, le tronc paraît fléchi en avant sur la cuisse, le membre

est porté en avant, le pli fessier s'abaisse, la fesse devient plus plate et à la palpation on ne sent plus la saillie du grand trochanter (fig. 243). Chez les sujets maigres, si le gonflement reste modéré, on peut apercevoir et surtout reconnaître avec les doigts la tête fémorale qui soulève le pectiné en dedans des vaisseaux. Les adducteurs sont tendus. Existe-t-il un changement de longueur dans la luxation ovalaire? Question controversée; la plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître un allongement de 3 à 4 centimètres;

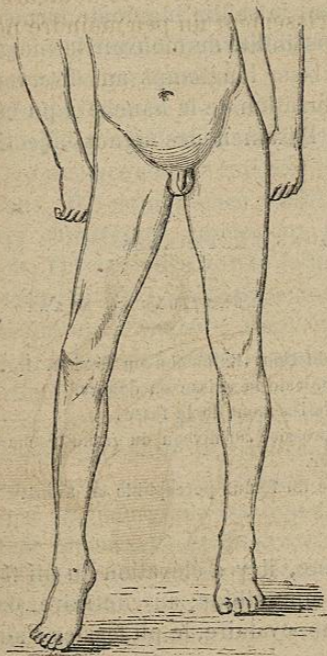


Fig. 243.
Attitude dans la luxation ovalaire.

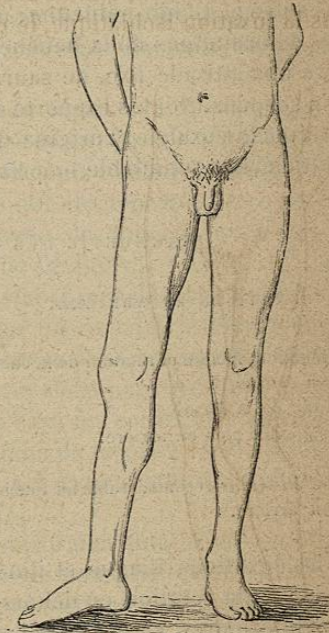


Fig. 244.
Attitude dans la luxation pubienne.

d'après HOLMES il serait d'autant plus faible que l'abduction et la flexion sont plus marquées. TREUB a conseillé de pratiquer le toucher rectal comme moyen de diagnostic.

b. *Luxation sus-pubienne ou iléo-pubienne.* — Ici encore le membre se trouve dans l'abduction et la rotation en dehors, tantôt fléchi, plus rarement étendu (fig. 244). L'abduction acquiert accidentellement un degré tel que la cuisse est perpendiculaire à l'axe du corps. MORGAN aurait vu le pied renversé, les orteils en arrière. Par suite de cette attitude le grand trochanter se porte plus en arrière. D'une part la région trochantérienne est déprimée, d'autre part la tête fémorale soulevant le psoas fait une saillie anormale au pli de l'aîne; quelquefois le membre est raccourci, ailleurs il paraît allongé (PHYSICK). L'adduction et la flexion ne peuvent être exécutées; les mouvements inverses sont possibles, mais au prix de grandes souffrances. Une rétention d'urine passagère a été signalée.

Diagnostic. — Les états pathologiques susceptibles de simuler une luxation de la hanche ne sont pas nombreux; seule la fracture du col mérite de fixer notre attention. Les deux affections ne s'observent pas en général au même âge, la fracture étant notablement plus commune après cinquante ans. Dans la luxation le membre présente un raccourcissement plus grand que dans la fracture. Nous avons dit que les orteils sont tournés en dedans lorsqu'il y a une luxation postérieure, tandis que la majorité des fractures s'accompagnent d'éversion. Peut-être la confusion s'expliquerait-elle dans les luxations antérieures iléo et ischio-pubienne; cependant la saillie inguinale formée par la tête, les déformations de la hanche, l'impossibilité de mouvoir le membre qui conserve une attitude fixe, ne sauraient laisser longtemps un observateur attentif en suspens. NORRIS rapporte que la luxation de la hanche a pu être confondue avec la coxalgie; l'origine du mal, l'examen des signes objectifs permettront d'éviter semblable méprise.

DIAGNOSTIC DES LUXATIONS RÉGULIÈRES

LUXATIONS EN ARRIÈRE

Adduction, flexion et rotation de la cuisse en dedans.
Saillie de la fesse.
Trochanter plus en arrière.

Tête du fémur reconnaissable au toucher en arrière.

LUXATIONS EN AVANT

Abduction. Extension ou flexion. Rotation de la cuisse en dehors.
Aplatissement de la fesse.
Dépression au niveau du grand trochanter.

Tête du fémur perceptible en avant.

Dans les luxations iliaque et ilio-pubienne, il y a élévation du pli fessier; l'abduction et la rotation en dehors sont impossibles; au contraire, dans les luxations inférieures, c'est-à-dire ischiatique, ovalaire, le pli fessier s'abaisse; l'adduction, la rotation en dedans et la flexion ne peuvent être obtenues.

Pronostic. — En raison du traumatisme assez violent qui détermine la luxation, cette affection offre une réelle gravité; on a vu plusieurs fois l'épanchement sanguin extra et intra-articulaire se terminer par suppuration et amener la mort. Telle n'est pas la marche habituelle; les patients guérissent d'ordinaire assez vite après la réduction si quelque-une des complications que nous étudierons ne survient pas. Les luxations irréductibles laissent toujours à leur suite une infirmité sérieuse. Si des malades ont pu marcher avec une luxation non réduite ainsi que HAMILTON, MALGAIGNE en citent des exemples, le plus souvent l'impotence en est la conséquence. Grâce aux perfectionnements des méthodes thérapeutiques, ces faits deviennent de plus en plus rares. A cet égard les luxations iliaque et ilio-pubienne semblent plus redoutables que les autres.

Traitement. — Lorsqu'une luxation de la hanche a été reconnue, il faut la réduire le plus tôt possible. A cet effet, après avoir anesthésié le malade pour lui éviter la souffrance et pour vaincre la résistance musculaire, le chirurgien emploiera contre les luxations: 1° les méthodes de douceur; 2° les méthodes de force.

Toutes deux sont aussi anciennes que la chirurgie puisqu'elles étaient en usage au temps d'Hippocrate, cependant de nos jours les premières ont été notablement perfectionnées et c'est à elles qu'il faudra tout d'abord donner la préférence.

1° *Méthode de douceur.* — Au siècle dernier POUTEAU recommandait déjà les manœuvres de douceur dans la réduction des luxations et en particulier la flexion et la rotation. Un peu plus tard TURNER, ANDERSON, PHYSICK vantèrent les bons effets de ces procédés simples. Au commencement de ce siècle NATHAN SMITH, COLOMBOT, KLUGE préconisent également les moyens de douceur. Dans notre pays cette méthode a surtout été vulgarisée par DESPRÈS (1835), chaudement patronnée par DOLBEAU.

Procédé de Desprès. — Après avoir étendu le malade sur un matelas et l'avoir couché sur le dos, le chirurgien fléchit la cuisse sur le bassin, exécute ensuite un mouvement de rotation en dehors, puis ramène la cuisse en bas et en dedans. De nombreuses modifications ont été apportées à ce procédé et plusieurs chirurgiens combinent la méthode de douceur avec une légère extension. Tel est entre autres le procédé de LE FORT.

Procédé de Le Fort. — Lorsque toute résistance musculaire a été vaincue par le chloroforme, le malade étant étendu sur un matelas à terre, deux aides passent sous le jarret fléchi le plein d'une alèze pliée en cravate. Ils tendent alors fortement les deux extrémités de cette alèze pour entraîner le membre en haut et un peu en dehors par rapport à l'axe du corps; pendant ce temps on pèse sur l'extrémité inférieure de la jambe de façon à faire une sorte de levier au moyen de la résistance fournie par la serviette fortement tendue: il y a ainsi une énergique traction en avant.

Méthode rationnelle de BIGELOW. — Le chirurgien américain a particulièrement bien décrit les manipulations nécessaires pour réduire les diverses luxations de la hanche. Le grand principe de la réduction consiste d'après lui dans l'observation rationnelle des positions occupées par le ligament de Bertin; pendant les manœuvres de réduction l'opérateur doit constamment se préoccuper de l'état de tension ou de relâchement de ce puissant ligament. Dans les luxations postérieures le mouvement de flexion a pour effet de relâcher les deux faisceaux; ensuite BIGELOW conseille une légère extension et la rotation en dehors. Si l'on pouvait soupçonner, par suite des difficultés à faire rentrer la tête, une étroitesse trop grande de la déchirure, le même auteur préconise la circonvolution. Au procédé de DESPRÈS, BIGELOW ajoute donc la traction en haut après la flexion. Tantôt la réduction s'opère pendant la rotation, tantôt lorsqu'on ramène le membre à sa position normale. A ce moment le malade et les assistants entendent un bruit assez fort.

La méthode de douceur s'applique avec quelques modifications à toutes les autres variétés de luxations. Ainsi, s'il s'agit d'une dorsale avec rotation en dehors, il faut commencer par la ramener au type normal par la flexion et la rotation en dedans. Les manipulations seront les mêmes pour réduire une luxation ischiatique que pour une iliaque; mais assez souvent en exécutant son mouvement de rotation la tête du fémur dépasse le but, suit le bord du cotyle et la luxation inférieure se transforme en ovalaire; en pareille occur-