

abaissé sur le papier. Le bassin acquiert ainsi une inclinaison plus prononcée.

Enfin supposons que la cuisse gauche ait été soudée au bassin pendant qu'elle était dans la rotation au dehors. Par quel mouvement peut-on mettre la cuisse dans une position telle que l'axe transversal du genou soit dans sa situation normale? Évidemment en imprimant au bassin un mouvement de rotation en avant, dans lequel l'extrémité externe de l'axe transversal du genou, qui était en arrière, est

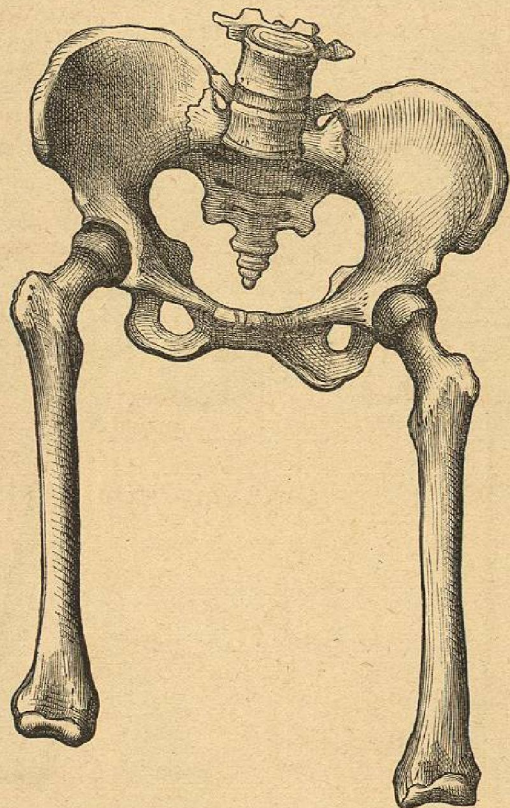


Fig. 23. — Abaissement du bassin pour corriger l'abduction de la hanche gauche.

ramenée en avant. Mais la conséquence de ce mouvement est que S' sera en avant de S.

Si enfin la cuisse était en même temps dans l'abduction, la flexion, et la rotation en dehors, au moment où elle fut soudée au bassin, le parallélisme des extrémités ne pourra être retrouvé qu'en abaissant, inclinant, et tournant le bassin en avant.

Un coup d'œil sur les figures 20 et 21, puis 22 et 23 rendra encore mieux compte de ce que nous venons de dire. Dans la figure 20,

la cuisse est fléchie sur le bassin et supposée fixée dans cette position. Pour mettre la cuisse parallèle à l'autre, il suffit d'incliner davantage le bassin comme le montre la figure 21. L'angle de flexion de la cuisse n'a pas changé, mais le bassin s'est incliné davantage, ce qui a accentué la *lordose* de la région lombaire.

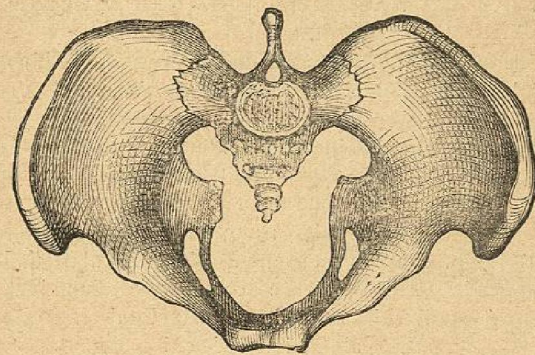


Fig. 24. — Bassin en attitude normale.

Dans la figure 22, la cuisse est supposée fixée dans l'abduction. Les épines iliaques occupent une position normale. Dans la figure 23, les cuisses sont dans le parallélisme tel que l'obtient le malade. L'angle d'abduction n'a pas varié, mais le bassin s'est abaissé. La droite qui unit les deux épines iliaques est oblique par rapport à l'axe du corps ;

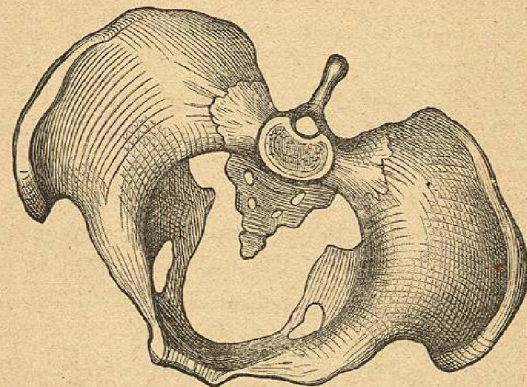


Fig. 25. — Rotation du bassin pour corriger la rotation de la cuisse en dehors.

de plus cette figure montre que la cuisse malade doit sembler plus longue à cause de l'abaissement du bassin.

Les figures 24 et 25 nous montrent enfin comment la rotation de la cuisse est masquée. Le bassin est vu d'en haut.

Dans la figure 24, on suppose que la cuisse soit fixée au bassin dans la rotation en dehors. Pour masquer cette rotation, le bassin est,

comme le montre la figure 25, tourné en avant jusqu'à ce que l'axe transversal du genou soit dans la même position que celui du côté opposé.

Je dois encore attirer l'attention sur un point qui passe souvent inaperçu aux praticiens, et est négligé dans l'examen du malade. Nous en avons déjà dit un mot au sujet du bassin. C'est la relation qui existe entre la position de la jambe et l'inflexion, l'inclinaison du bassin, relation sur laquelle H. Meyer a particulièrement insisté. Il est clair que tout mouvement du membre inférieur tendant à écarter les insertions du ligament ilio-fémoral, fera incliner le bassin, puisque ce ligament est inextensible. Si par exemple, les jambes étant fortement étendues, on les écarte l'une de l'autre, l'insertion externe du ligament en question est éloignée, écartée du bassin, et ce dernier doit, en suivant la traction imprimée au ligament, s'incliner davantage. Une inclinaison plus accentuée du bassin a la même signification que la flexion de la cuisse; une forte abduction est donc nécessairement liée à la flexion. Tous les mouvements de l'articulation dans lesquels le ligament ilio-fémoral est tendu doivent s'accompagner d'une inclinaison du bassin. Meyer a trouvé que le minimum de cette inclinaison conjuguée du bassin chez l'homme correspond à une abduction de la cuisse de 20°, et chez la femme à une abduction de 30°; si de cette position on passe à l'adduction ou à une abduction plus prononcée, le bassin s'incline; et dans l'abduction forcée cette inclinaison atteint plus de 20°.

La rotation exerce une influence analogue; dans la pronation accentuée comme dans la supination de la jambe, le bassin s'incline. Le minimum répond à 0° de rotation. Il est clair que l'inclinaison augmente quant à la rotation se joignent l'abduction ou l'adduction.

Le chirurgien doit connaître la disposition des organes même lorsqu'ils sont situés profondément sous les parties molles; il est donc utile de faire quelques remarques sur la façon dont les surfaces articulaires se comportent entre elles quand le membre inférieur est mis dans différentes directions. Presque toute la partie de la tête fémorale qui est recouverte de cartilage est cachée dans la cavité cotyloïde quand le membre inférieur occupe la position moyenne, c'est-à-dire qu'il est en flexion, abduction, et supination moyennes. Dans cette position, le bourrelet entoure l'équateur de la tête du fémur; le pôle de la tête du fémur correspond à celui de la cavité cotyloïde. Dans la flexion forcée, une grande partie de la surface articulaire fémorale regarde en arrière et est située hors de la cavité et le sillon qui existe à la partie inférieure du col touche en avant au bourrelet. Dans l'extension, une partie notable de la tête proémine en haut et en dehors du bourrelet, pendant qu'en bas et en arrière le bord de la surface articulaire est complètement contenu dans la cavité cotyloïde, de sorte que le bord de la cavité recouvre le col.

Les axes des deux cols fémoraux sont dans un même plan vertical et transversal lorsque, dans l'extension de la cuisse et de la jambe, les orteils regardent en avant; si on fait subir aux jambes un mouvement

symétrique de rotation en dehors, en sorte que les orteils soient dirigés de façon à former un angle ouvert en avant de 90°, dans cette attitude les axes des deux cols convergent en avant sous un angle de 120°.

On ne peut pas sentir la pointe du trochanter par la palpation extérieure, car elle est couverte de muscles. Le point le plus élevé accessible au doigt est situé dans la flexion moyenne, sur une ligne reliant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ischion (ligne de Nélaton). Dans l'extension, ce point est situé un peu en avant de cette ligne.

Quand nous étudierons les affections de l'articulation de la hanche, nous verrons combien il est important de bien préciser dans quelle attitude exacte, se trouve le membre. Or quelquefois il est tout aussi utile au point de vue pratique de déterminer la longueur de ce membre. Si on voulait agir anatomiquement, on devrait mesurer depuis le point le plus élevé de la tête jusqu'au point le plus inférieur de la plante; sur un cadavre on désarticulerait la jambe, on la placerait horizontalement ou verticalement, et on la mesurerait. Mais au point de vue mécanique, le centre des mouvements est ce que l'on appelle le point articulaire de la cuisse sur la hanche, car seule la portion de membre inférieur située au-dessous de ce point, entre en mouvement. En bas les points articulaires correspondent aux extrémités de l'axe condylien. Si donc on voulait mesurer strictement la longueur du membre, il faudrait aller du centre de la tête du fémur à la partie moyenne des insertions ligamenteuses de l'un des ligaments latéraux ou au milieu de l'axe de l'articulation du genou.

Approximativement, on peut déterminer d'après C. Langer la position du centre des mouvements par les lignes suivantes: a) par une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'angle de couture de la tubérosité ischiatique; b) par une ligne allant du tubercule pectiné à l'épine iliaque postérieure et supérieure; le point d'entrecroisement de ces deux lignes répond au centre des mouvements articulaires. D'après ces points de repère, on peut donc déterminer sur le vivant le siège du centre des mouvements, mais on ne peut pas parvenir jusqu'à lui.

Lorinser et Giraud-Teulon ont donné un procédé permettant de déterminer la longueur du membre par une construction. Quand on connaît les 3 côtés d'un triangle, on peut donner la longueur d'une ligne abaissée de son sommet au milieu de sa base. On prend 3 points: l'épine iliaque antéro-supérieure, l'extrémité inférieure de l'ischion, et un point fixe du condyle fémoral externe ou interne; ce dernier point doit être le sommet, la ligne réunissant les 2 premiers étant la base du triangle. Comme le centre de la cavité cotyloïde, ainsi qu'on peut s'en assurer sur le squelette, répond au milieu de la base, on peut trouver la ligne qui va du sommet du triangle à ce point médian et la considérer comme la mesure de la longueur de la cuisse. Au moyen d'un compas d'épaisseur, on mesure la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'ischion (fig. 26 AI), et on la transcrit sur un tableau; elle formera la base du triangle; puis on prend la distance de cette épine iliaque antéro-supérieure à un point fixe du condyle interne (de préférence au tubercule sus-condylien) et avec cette distance pour rayon, on décrit un arc de cercle en prenant une extrémité de la base pour centre; puis on prend la distance séparant l'ischion du tubercule sus-condylien et avec ce rayon, on décrit un autre arc de cercle ayant l'autre extré-