

avant et en haut se produit donc dans la supination forcée lorsque l'axe du membre est parallèle à celui du corps ; elle se produit en bas et en avant dans la supination forcée lorsque le membre inférieur est dans l'abduction.

La rotation dans laquelle le membre inférieur a été luxé est conservée par ce membre, et cette position est pathognomonique du genre de luxation, ainsi que cela ressort des figures 28, 29, 30.

En partant de ces données, il nous sera facile d'étudier les différentes formes de luxation en détail.

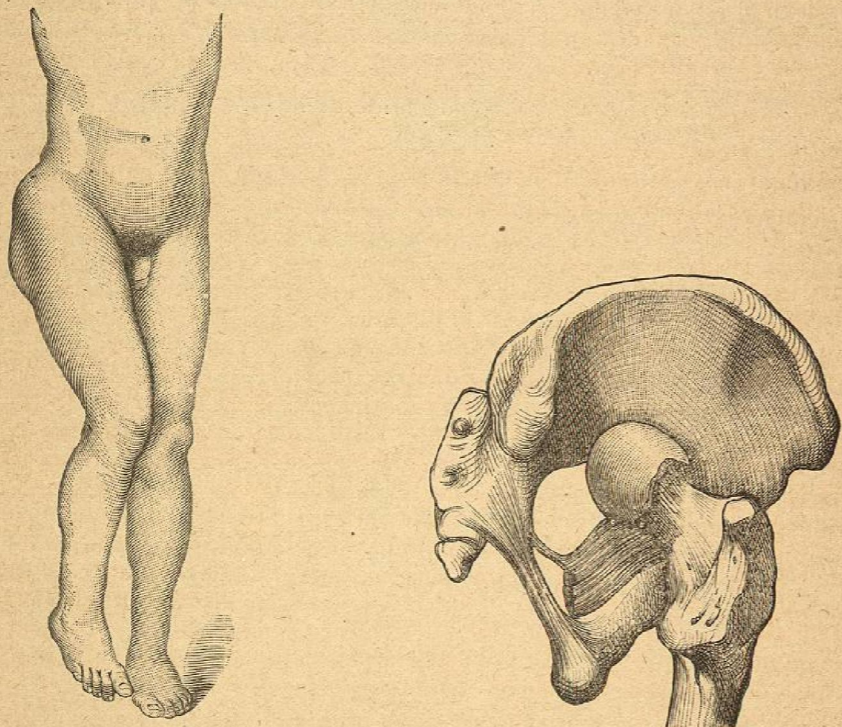


Fig. 31 et 32. — Luxation de la hanche en arrière.

Luxation en arrière. — Je ferai tout d'abord remarquer que pour des raisons pratiques j'emploie une expression qui ne préjuge de rien, me réservant de m'expliquer plus tard sur les différentes variétés de luxation et leur terminologie. La figure 32 représente les rapports des os entre eux et la figure 31 indique l'attitude du membre. On déduira la façon d'examiner le malade, les rapports exacts des parties et la manière de faire la réduction de l'exemple suivant.

Une journalière de 23 ans, avait été contusionnée par un éboulement de terre, contenant des pierres plus ou moins grosses et du gravier devant servir à la construction d'une gare ; la malade fut aussitôt transportée à l'hôpital.

On pouvait déjà présumer la lésion en voyant la malade sur le brancard. Le pied droit était tourné, les orteils en dedans, et appuyait sur le pied gauche de telle façon que le bord interne du premier reposait en travers sur l'articulation fibio-tarsienne du second. Lorsqu'on déshabilla la malade, on ne nota rien d'anormal à la jambe ni au genou ; le genou droit était un peu plus élevé que le gauche ; et, en raison de la rotation du pied, la face interne de ce genou reposait sur la face antérieure de la cuisse gauche immédiatement au-dessus de la rotule ; la cuisse était donc aussi dans l'adduction. Lorsque la malade fut déshabillée, la cuisse était tournée en dedans, dans l'adduction et légèrement fléchie. La malade ne pouvait exécuter aucun mouvement actif ; on pouvait augmenter légèrement la flexion et l'adduction au prix de vives douleurs, mais on ne pouvait ni étendre la jambe ni la mettre dans l'abduction. A la cuisse même, il n'y avait aucune lésion. La mensuration des extrémités ne donnait pas de résultats précis. Car pour que les deux membres eussent été dans une position symétrique, il eût fallu rabattre le membre gauche sur le droit, ce qui aurait exigé une très forte flexion. Mais le signe suivant permit d'affirmer le raccourcissement du membre droit. Si on tendait une ficelle de l'épine iliaque en passant par dessus la région coxale et aboutissant à l'extrémité inférieure de l'ischion, le point accessible du trochanter se trouvait au-dessus de cette corde ; le trochanter était donc situé au-dessus de la ligne de Nélaton. En même temps, la région trochantérienne préminait au côté externe de la région coxale, de sorte que le trochanter était visiblement plus éloigné de l'axe médian du corps qu'il aurait pu l'être par l'adduction la plus prononcée. En palpant la région de l'aîne, au-dessous de la branche montante du pubis, où on sent normalement la tête du fémur former une résistance dans la profondeur, cette dernière faisait défaut, ce qui devait faire supposer que la tête avait été projetée en arrière. Vu la rotation en dedans du membre, cette tête ne pouvait être cherchée qu'en arrière. En plaçant la malade sur le côté sain, la région ischiatique paraissait plus élargie, grâce à la projection en dehors de la région trochantérienne ; en même temps elle semblait plus pleine. Dans la profondeur des muscles de la fesse, on sentait un corps arrondi. Quand un aide augmentait l'adduction et imprimait une rotation passive à la cuisse, ce corps suivait ces mouvements ; il appartenait donc au fémur et par sa position et sa forme ne pouvait être que sa tête. Il existait donc une luxation en arrière, qui était due à ce que le membre droit avait été fixé par la masse de terre, pendant qu'une grosse pierre avait sans doute rencontré le bassin en arrière et à gauche, et lui avait imprimé un mouvement à droite et en bas.

L'exemple que nous venons de citer contient les principaux signes de la luxation en arrière. La position est caractérisée par la flexion, l'adduction et la rotation en dedans ; dès que la tête du fémur est reconnue au-dessous des muscles de la fesse, et qu'elle suit les mouvements de la cuisse, il n'y a plus de doute possible, la luxation peut être affirmée. Le trochanter est remonté au-dessus de la ligne de Nélaton et le membre est par conséquent raccourci. L'abduction et l'extension ne sont pas possibles, même lorsqu'on essaie de les imprimer passivement. Syme attire encore l'attention sur un signe qui n'existe ni dans une autre luxation ni dans les autres blessures de la hanche ; c'est la *lordose* de la colonne vertébrale qui se dévoile quand le malade est couché horizontalement sur le dos.