

Cette opinion fut soutenue jusque dans ces derniers temps. B. Bell affirme encore n'avoir jamais vu d'autres luxations que celles qui se font sur le trou ovale. Ce fut A. Cooper qui rétablit la vérité sur la fréquence des différentes formes de luxation. Selon lui, contre 17 cas de luxation en arrière, 2 se font sur le trou ovale, 1 sur l'os pubis. Malgaigne trouva 11 luxations en arrière contre 6 en avant, dont deux seulement sur le trou ovale. J'ai demandé à bien des praticiens expérimentés quelle était la forme qu'ils avaient rencontrée le plus souvent : tous me répondirent que c'était la luxation en arrière. Mais pour savoir si c'est la luxation obturatrice qui est plus fréquente que la luxation pubienne, ou inversement, les chiffres que nous venons de donner ne sont pas suffisants. Il semble cependant que la luxation sur le trou ovale soit plus fréquente.

Chez l'homme, la luxation de la hanche est infiniment plus fréquente que chez la femme. Dans la statistique d'Hamilton on ne rencontre contre 104 hommes que 11 femmes. Cela tient évidemment à ce que les hommes sont plus exposés aux violences extérieures que les femmes.

Relativement à l'âge, Hamilton donne le tableau suivant :

ce dernier paraît raccourci pour deux raisons, d'abord parce qu'il ne peut être étendu, et ensuite parce que le fémur a fui sous les muscles de la fesse. Dans la région inguinale, les parties molles paraissent moins tendues, surtout quand on les palpe, puisque l'os s'est dérobé de l'autre côté. Quand on sent la tête fémorale en arrière, elle paraît un peu proéminente. Quand la tête a glissé en dehors, la jambe apparaît raccourcie. En avant, dans la région inguinale, la cuisse paraît plus maigre, au contraire la région fessière semble soulevée. L'extrémité inférieure de la cuisse semble être tournée en dedans. — Quand la tête fémorale a fui en avant, les malades peuvent parfaitement étendre leur jambe, mais ne peuvent presque pas plier l'aîne. La longueur de la jambe ne semble pas avoir varié, mais l'extrémité du pied paraît un peu moins en avant. Le membre dans sa totalité est droit, et n'est incliné ni d'un côté ni de l'autre. La tête articulaire repose sur les premiers nerfs ; dans la région inguinale, ils paraissent soulevés et tendus ; la fesse au contraire est maigre et excavée (*De articulis*). Hippocrate s'étend très longuement sur les troubles fonctionnels que l'on observe dans les luxations anciennes ; mais il décrit les luxations traumatiques en même temps que les luxations pathologiques et congénitales. Dans Celse, dont les travaux avaient été précédés de ceux de Dioclès, Philotimus, Nileus, Heraclides Tarentinus, Nymphodorus, Protarque, nous trouvons le passage suivant : *Si (femur) in anteriorem partem prolapsus est, crus longius altero et valgius est ; extra enim pes ultimus spectat. Si in posteriorem, brevius varumque fit et pes intus inclinatur ; calx ingressu terram non contingit. Si in priorem, crus plicari non potest, extensumque alteri cruri ad calcem par est, sed ima plantâ minus in priorem partem inclinatur, dolorque in hoc casu præcipuus est et maxime urina supprimitur..... Si in posteriorem, extendi non potest crus, breviusque est, ubi consistit, calx quoque terram non contingit.* Paul d'Égine s'en tient à Hippocrate.

Jusqu'à 15 ans . . . . .	15 cas
de 15 à 30 ans. . . . .	32 »
» 30 à 45 » . . . . .	29 »
» 45 à 60 » . . . . .	7 »
» 60 à 85 » . . . . .	1 »

J'ai été fort étonné de voir que la luxation traumatique de la hanche s'observait également dans les premières années de l'enfance. Kirby et Buchanan ont observé des luxations à l'âge de trois ans, Hamilton a publié quelques cas de luxations chez des enfants âgés de moins de 3 ans. Bartels a observé une luxation en arrière chez un enfant de 11 mois ; elle était due à des mouvements brusques que l'on avait imprimés à la jambe en chaussant l'enfant. Autant que e sache, on n'a cependant jamais observé de déplacement de la tête

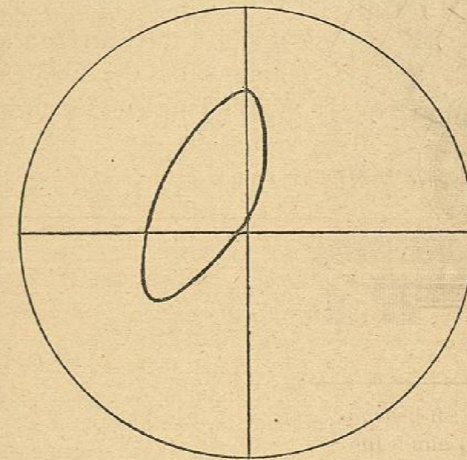


Fig. 37. — Cône d'excursion du fémur dans la luxation postérieure.

sur la branche horizontale du pubis chez de tout jeunes enfants.

Dans la statistique générale des luxations, celles de la hanche sont beaucoup plus rares que celles de l'épaule et peut-être un peu plus rares que celles du coude.

**Étude générale des troubles fonctionnels.** — Comme cette question est encore loin d'être élucidée, je me suis proposé de rechercher sur des cadavres quels étaient les mouvements encore possibles dans les différentes formes de luxations.

Le bassin étant cloué à la table, je me servis de la sphère en fils de fer dont j'ai parlé au sujet de la détermination des mouvements normaux. Je luxai alors expérimentalement le fémur, et je le portai dans toutes les positions extrêmes que permettait la luxation ; puis le cône d'excursion fut inscrit sur la mappemonde.

Les courbes ainsi obtenues sont représentées figures 37, 38 et 39, tandis que la figure 38 représente le cône d'excursion normal. Leur inspection montre ce qui suit.

Dans la luxation ischiatique, le cône d'excursion se réduit presque exclusivement aux mouvements de flexion et d'adduction; dans le domaine de l'adduction, les mouvements sont plus étendus qu'à l'état normal. La cuisse ne peut dépasser que de 20° dans le sens de l'extension la limite entre la flexion et l'extension. L'abduction n'est possible que de quelques degrés, et moyennant une flexion prononcée; par contre la cuisse peut être fléchie comme à l'état normal, et dans la sphère de la flexion comme dans celle de l'extension per-

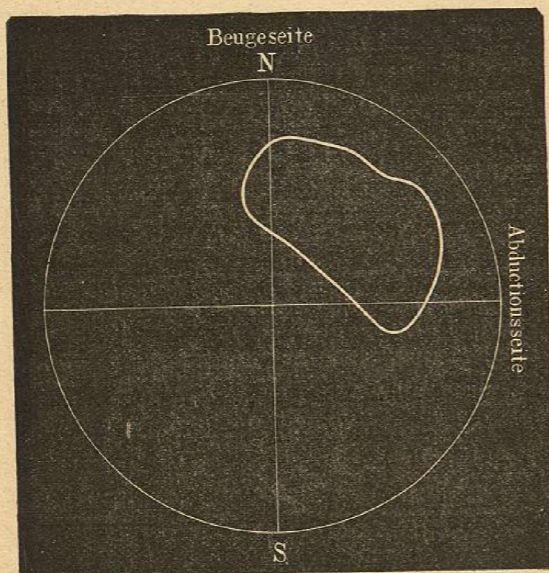


Fig. 38. — Cône d'excursion dans la luxation ovulaire.

mise par la luxation, elle peut subir un mouvement d'adduction qui dépasse de 20° l'adduction normale. La forme de ce cône d'excursion est intéressante.

Dans la luxation obturatrice, le cône d'excursion est également contenu presque tout entier dans la sphère de la flexion; ce n'est que dans l'abduction prononcée — de 40° à 70° — que la cuisse peut être étendue d'un peu plus de 10°. L'adduction est presque complètement impossible; ce n'est que dans la flexion forcée que la cuisse peut être amenée dans l'adduction dans l'étendue de 20° environ. Par contre, toutes les fois que la cuisse est dans la flexion, à quelque degré que ce soit, le domaine de l'abduction est élargi de 20°.

Dans ces luxations, d'une façon générale, c'est donc dans la sphère de

la flexion que les mouvements sont limités; elles se distinguent par ce fait que dans la luxation ischiatique, c'est le domaine de l'abduction qui a été retranché, celui de l'adduction élargi; tandis que dans la luxation obturatrice c'est le domaine de l'adduction qui est retranché celui de l'abduction qui est augmenté.

Dans la luxation pubienne, le cône d'excursion est considérable, ce qui tient à l'étendue des mouvements de rotation de la tête dans sa nouvelle position. Les excursions n'ont lieu que dans le domaine de l'extension et ne se font que dans une étendue de 20° dans celui de l'adduction et autant dans la flexion; mais en revanche, l'étendue de l'extension et celle de l'abduction sont plus grandes qu'à l'état nor-

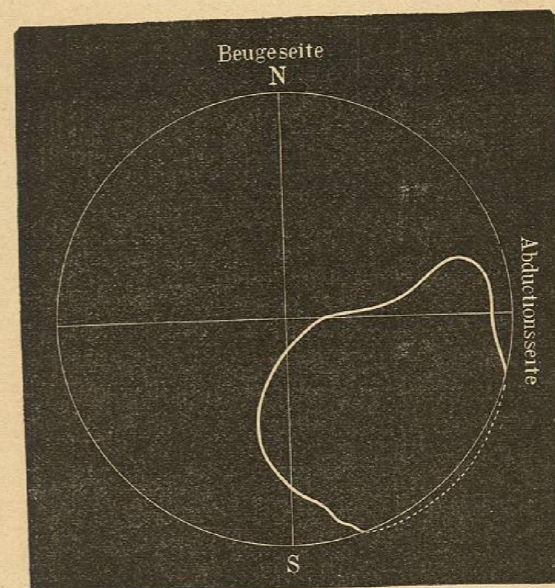


Fig. 39. — Cône d'excursion, du fémur dans la luxation pubienne.

mal et d'une façon très notable. Ainsi les deux luxations en avant ont de commun: l'augmentation de l'abduction et la diminution de l'adduction; elles se distinguent en ce que dans l'obturatrice c'est l'extension, et dans la pubienne, la flexion qui sont diminuées.

En somme, le cône d'excursion est caractéristique pour les 3 formes principales de luxations. Les courbes transcrites sur mes cartes peuvent donc être considérées comme leur symbole. De même que les oculistes peuvent après une simple inspection du rétrécissement du champ visuel diagnostiquer la maladie de l'appareil visuel qui lui donne naissance, de même nous pouvons dire après un simple coup d'œil sur nos cartes à quelle forme appartient la luxation.