

Luxations récidivantes. — On a cité dans la littérature médicale des individus ayant la faculté de produire une luxation de la hanche et de se la réduire à volonté au moyen de simples contractions musculaires. Portal en observa un premier exemple chez un abbé de St-Benoit. A. Cooper, S. Cooper, Gibson, Bigelow, Hamilton et d'autres citent des cas de ce genre. L'immense majorité de ces luxations étaient en arrière, et la tête fémorale ne semblait siéger que sur le sourcil cotyloïdien. Très rarement, on a observé des luxations habituelles sur le trou ovale; toutefois il en existe des cas indubitables. Dans la plupart des cas, la première luxation résulte d'un traumatisme, et a été réduite immédiatement; mais bientôt après, au bout de 8 ou 15 jours, elle se reproduit à l'occasion d'un mouvement étendu, et à partir de ce moment, le malade peut faire sortir la tête fémorale à volonté.

Dans quelques cas, la lésion initiale n'était pas une luxation, mais un écrasement de l'articulation. Enfin on a observé un cas unique dans lequel, la luxation pouvait être produite à la volonté du malade dès l'enfance sans qu'il y eût jamais eu le moindre traumatisme.

Nous en citerons un exemple tiré d'Hamilton et plusieurs fois examiné par lui. En 1862, au mois de février, le Dr G. S. fut frappé au côté externe du genou droit d'un coup de pied de cheval. Quinze jours après il fit 40 lieues anglaises à cheval et sentit après ce voyage quelque raideur dans la hanche. Quinze jours plus tard, en sautant en selle, il sentit quelque chose qui glissait dans la hanche.

luxation postérieure, le chirurgien a abordé la pointure par une incision également postérieure: il ne peut arriver ainsi à la partie restante de la capsule et au cotyle qu'après avoir réséqué la tête. Aussi faut-il, comme Polai llo n, Vecelli, Ch. Nélaton, inciser du côté opposé au déplacement de la tête, c'est-à-dire en avant pour la luxation postérieure; de la sorte, et en sectionnant au besoin les muscles raccourcis de façon à permettre l'abaissement de la tête, on attaque directement la capsule et on peut opérer la réduction si le cotyle n'est pas comblé. Si la luxation est très ancienne, la rétraction musculaire devient telle que pour obtenir la réduction il faudrait recourir à des incisions trop étendues pour être prudentes. Lorsque l'incision aura révélé des causes anatomiques invincibles d'irréductibilité, on pratiquera la résection de la tête et on mettra le col en contact avec le cotyle préalablement agrandi à la gouge. Ces interventions sont certainement plus délicates et plus graves que l'ostéotomie ou l'ostéoclasie, lesquelles, d'autre part, donnent quelquefois d'excellents résultats fonctionnels. A cet égard, les indications thérapeutiques seront fournies par un examen local attentif. L'arthrotomie suivie au besoin de résection est la seule méthode lorsque la tête n'est pas fixée dans sa nouvelle position. Lorsque la tête est fixée et que l'attitude vicieuse seule gêne le fonctionnement du membre, on tentera l'arthrotomie si la lésion est assez récente pour qu'on puisse espérer la réduction suivie de la restitution partielle des mouvements; dans le cas opposé, on recourra de parti pris à l'ostéoclasie, ou mieux à l'ostéotomie. Quelle que soit l'intervention, on appliquera ensuite un appareil à extension continue.

(A. B.)

Depuis ce jour il peut produire à volonté une luxation en haut et en arrière. Il porte son pied droit un peu au-devant du pied gauche et tourne les orteils un peu en dehors, il s'appuie sur ce pied fortement à terre, jette le poids de son corps sur la jambe droite en inclinant fortement le bassin du côté droit et contracte vigoureusement les muscles fessiers. Immédiatement la tête abandonne la cavité cotyloïde et se luxe en arrière de l'os iliaque, le trochanter subit un mouvement de rotation en dedans, ce qui imprime un léger mouvement de rotation en dedans à la jambe et au pied. Quand il est couché sur le dos, il est moins facile au malade de produire sa luxation. Il peut la réduire sans changer de position, mais il est impossible de savoir par quel mécanisme. La réduction paraît se faire moins brusquement que la luxation. Ces deux opérations s'accompagnent de petites douleurs. Le patient ne boite pas, et la luxation ne se reproduit que quand il le veut bien.

Le manque de données nécropsiques nous empêche d'avoir la moindre opinion au sujet du mécanisme de ces luxations.

Je ne veux pas parler ici de la luxation spontanée. Nous ne pourrions l'étudier avec fruit que quand nous connaîtrons les différentes formes de déplacement qui peuvent survenir dans le cours de la coxalgie.

§ 3. — Luxations congénitales de la hanche.

Nous allons commencer par en donner un exemple.

Il vint un jour à la clinique un enfant de 3 ans qui boitait fortement. Quand il avançait la jambe droite, le tronc s'inclinait fortement à droite, de sorte que son corps semblait être coudé au niveau de la hanche. Quand l'enfant était debout, on constatait que le bassin était incliné à droite. L'enfant fut déshabillé et couché sur une table. Les membres sont bien parallèles, la jambe droite n'a pas diminué de volume et est parfaitement mobile; mais elle est plus courte. Le raccourcissement est réel; en mesurant de haut en bas, en partant du trochanter, on ne trouve pas de différence entre les deux jambes; mais le trochanter est remonté de 2 centimètres à droite et est moins proéminent en dehors que du côté sain. En prenant la jambe, on voit qu'elle est très mobile, et en tirant dessus, le raccourcissement disparaît. La cuisse peut monter et descendre comme un bâton et les deux points extrêmes de cette excursion sont séparés par une distance de 4 centimètres. La tête ne peut donc pas être dans la cavité cotyloïde. Elle n'est pas non plus luxée en avant, car de ce côté toutes les formes extérieures sont normales. En plaçant l'enfant sur le ventre, on voit au contraire que l'aspect de la fesse droite est changé; à sa partie supérieure, cette région est plus pleine; le pli fessier est plus prononcé. Si nous examinons la partie pleine, bombée, nous sentons un corps dur qui suit les mouvements de la cuisse et qui se trouve en dedans du trochanter. Quand je fléchis la cuisse et la mets dans l'adduction, je m'assure mieux encore que ce corps est la tête fémorale. Cette dernière repose donc sur la face postérieure de l'os iliaque, et va et vient à ce niveau quand je remue la cuisse.

Il existe donc une luxation. Elle ne peut être traumatique, car il n'existe ni