

XI

LUXATIONS DE LA HANCHE

BIGELOW, Mechanism of dislocation and fracture of the hip. Philadelphie, 1869. — *Lancet*, 1878, t. I. — TILLAUX, Recherches expérimentales sur les luxations de la hanche. Paris, 1876. — HAMILTON, Traité des luxations. — POINSOT, *Revue de chirurgie*, 1887, p. 1004. — TRÉLAT, *Semaine médicale*, 1885, p. 2. — FRETIN, Thèse de Paris, 1887. — PACI, Trattato sperimentale delle lussazioni traumatiche. Pise, 1889. — O. BLOCH, *Revue d'orthop.*, fasc. 3, 1890.

Bigelow, accordant une importance capitale au rôle joué par le ligament en Y, a divisé les luxations de la hanche en régulières et irrégulières.

La figure 105 montre les deux faisceaux du ligament en Y; en A, est le faisceau vertical qui borne l'extension de la cuisse sur le bassin; en B, le faisceau transversal qui limite la rotation externe du membre inférieur. Lorsque le traumatisme qui produit le déplacement laisse intacts ces deux faisceaux, la luxation est dite régulière parce que l'attitude que prend le membre luxé est constante pour telle ou telle position de la tête déplacée; cette attitude est imposée par la tension et la résistance de chacun des deux faisceaux du ligament resté intact et ne saurait être différente. Dans ces conditions d'intégrité du ligament en Y les déplacements offrent donc une série de types réguliers et constants.

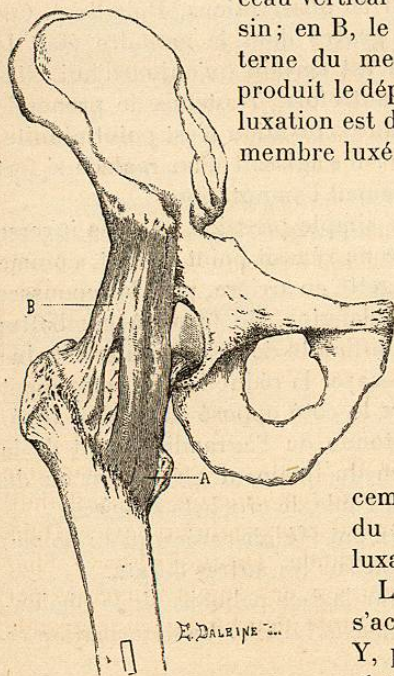


FIG. 86. — Ligament en Y.  
A, faisceau vertical. — B, faisceau transversal. (Bigelow.)

La luxation irrégulière est caractérisée, au contraire, par une déchirure étendue du ligament en Y, qui permet pour un même déplacement des variations très grandes dans l'attitude du membre et partant dans les symptômes de la luxation.

Les luxations régulières, ou luxations qui ne s'accompagnent point de déchirure du ligament en Y, peuvent être à leur tour divisées en primitives et secondaires.

Dans les luxations primitives, seules décrites autrefois, la tête fémorale subissant l'action d'une violence extérieure sort de la cavité cotyloïde, déchire la capsule en un point quelconque pour venir directement se placer soit en dedans, soit en dehors, soit au-dessus, soit au-dessous du cotyle.

Les luxations secondaires décrites par Bigelow sont celles dans lesquelles la tête sort toujours par la partie la plus déclive de la cavité articulaire pour remonter ensuite soit en dedans, soit en dehors de la cavité cotyloïde, et occuper une situation plus ou moins haute.

Nous devrions donc étudier successivement les luxations régulières primitives et les luxations régulières secondaires. Mais cliniquement il est impossible de distinguer ces deux groupes de luxations et de leur assigner une symptoma-

tologie différente. De plus, les luxations secondaires sont de beaucoup les plus fréquentes et enfin la méthode qui doit être suivie pour réduire une luxation secondaire réussira s'il s'agit d'une luxation primitive tandis que la réciproque n'est pas vraie. Aussi nous ne dirons que quelques mots des luxations régulières primitives et, à l'exemple de Bigelow, nous ne traiterons ici que des luxations régulières secondaires considérant les autres variétés comme des exceptions.

**Classification.** — Les luxations régulières secondaires ont été divisées par Bigelow en deux grandes classes: les luxations en dehors de la cavité cotyloïde, dorsales, et les luxations en dedans, obturatrices. Ces deux groupes de luxations sont toujours secondaires et succèdent à la luxation primitive sous-cotyloïdienne.

LUXATION PRIMITIVE SOUS-COTYLOÏDIENNE

LUXATIONS SECONDAIRES EN DEHORS (DORSALES)	LUXATIONS SECONDAIRES EN DEDANS (OBTURATRICES OU PUBIENNES)
<i>Variétés communes.</i>	<i>Variétés communes.</i>
Luxation ischiatique. — (Luxation basse.)	Luxation obturatrice. — (Luxation basse.)
Luxation iliaque. — (Luxation haute.)	Luxation pubienne. — (Luxation haute.)
<i>Variétés exceptionnelles.</i>	<i>Variétés exceptionnelles.</i>
Luxation sur la tubérosité de l'ischion. — (Luxation basse.)	Luxation périnéale. — (Luxation basse.)
Luxation dorsale avec renversement en dehors.	Luxation sous-épineuse. — (Luxation haute.)
Luxation oblique antérieure.	
Luxation sus-épineuse.	

**Causes.** — Les luxations de la hanche peuvent être produites par une violence portant directement sur l'articulation coxo-fémorale ou agissant indirectement sur elle par l'intermédiaire du fémur qui représente un levier. Dans tous les cas, elles nécessitent une force très grande. On les observe chez des ferrassiers pris sous des éboulements de terre, sur des sujets renversés par des voitures pesamment chargées ou bien à la suite de chutes d'une grande hauteur, etc.

**Mécanisme et anatomie pathologique.** — Toute luxation régulière secondaire de la hanche est primitivement sous-cotyloïdienne.

Nous étudierons donc d'abord cette première phase des divers déplacements, car la luxation conserve quelquefois cette position habituellement transitoire et est alors dite sous-cotyloïdienne.

**Luxations sous-cotyloïdiennes.** — La cuisse étant portée dans la flexion forcée sur le bassin, la tête fémorale fait saillie à la partie inférieure de l'acétabulum et distend la partie inférieure la plus mince, la moins résistante de la capsule. Si l'effort continue, la capsule cède en ce point et la tête, rompant en même temps ses attaches au ligament rond, s'échappe et vient se placer au-dessous de la cavité cotyloïde. Dans une autopsie de Luke (\*), on reconnut que la

(\* LUKE, *Med. Times and Gaz.*, 2 juin 1858.



tête fémorale ne s'était déplacée ni dans l'échancrure sciatique, ni dans le trou ovale, mais qu'elle était située exactement entre les deux, juste au-dessous du bord inférieur du cotyle. La déchirure de la capsule ne portait que sur sa partie inférieure. Son segment antérieur, le ligament en Y et sa partie postérieure étaient absolument intacts. C'est là la luxation sous-cotyloïdienne type (fig. 87).

Si la flexion est portée plus loin, la tête sortie de la cavité cotyloïde descendra plus bas encore au-dessous de l'acétabulum, aussi loin que le lui permettra la tension du ligament en Y non déchiré. La descente, à vrai dire, n'est point directe et la tête s'incline un peu en arrière ou un peu en avant, en s'avancant jusqu'au point où la circonférence de la tête déplacée touche à la branche ascendante de l'ischion, ou répond au milieu de la tubérosité ischiatique.

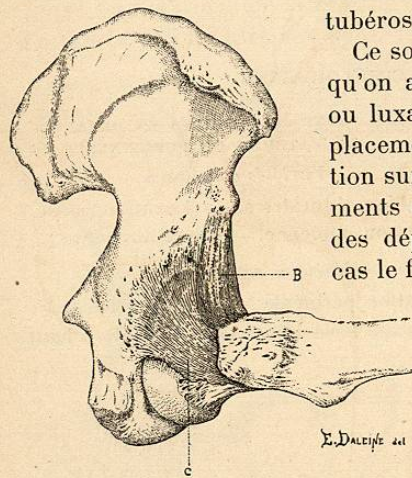


FIG. 87. — Luxation sous-cotyloïdienne.  
B, faisceau transversal du ligament en Y. —  
C, portion postérieure non déchirée de la capsule.

Ce sont encore là des luxations sous-cotyloïdiennes qu'on appelle luxation sur la tubérosité de l'ischion ou luxation périnéale. En fait, ce sont déjà des déplacements secondaires et Bigelow classe la luxation sur la tubérosité de l'ischion parmi les déplacements dorsaux, la luxation périnéale dans le groupe des déplacements en dedans, car dans le premier cas le fémur s'est déjà légèrement porté en dehors, en dedans dans le second.

Somme toute, les luxations sous-cotyloïdiennes sont essentiellement instables. Le fémur, suspendu par son col au ligament en Y, repose par sa tête sur un point d'appui étroit et glissant au-dessous de la cavité cotyloïde. Le moindre effort fait pour étendre le membre, la continuation de la violence extérieure qui a produit le déplacement, ou l'action seule du poids du

membre suffisent habituellement à faire glisser la tête en arrière ou en avant du cotyle et à donner naissance aux deux groupes de luxations généralement observés dont la luxation sous-cotyloïdienne n'est que le premier stade.

A. *Luxations dorsales.* — Au moment de l'accident, la cuisse est violemment fléchie, l'os s'échappe à la partie inférieure de la cavité cotyloïde. Puis le membre est porté dans l'adduction et l'extension obéissant à la pesanteur ou à une force quelconque; la tête fémorale, sortie de sa cavité par en bas, remonte alors en arrière, non pas seulement derrière l'acétabulum, mais aussi derrière la capsule et derrière le muscle obturateur interne. Les fibres de ce muscle, au lieu de s'étendre transversalement derrière le col comme à l'état normal, forment maintenant un plan fibro-tendineux obliquement placé au-devant de lui, interposé entre la tête luxée et l'acétabulum. C'est la luxation ischiatique, ou *au-dessous du tendon de l'obturateur interne* de Bigelow (fig. 88).

La tête fémorale repose donc par sa face antérieure sur le muscle obturateur interne qui la sépare de la surface osseuse convexe, située entre l'épine sciatique et le bord postérieur de la cavité cotyloïde; la circonférence de la tête déplacée débordé légèrement l'échancrure sciatique. Cependant le col de l'os est solidement suspendu au ligament en Y intact et la cuisse prend une attitude

qui lui est imposée par la résistance des deux faisceaux de ce ligament, elle est fléchie et en rotation interne. Elle est fléchie parce que le faisceau longitudinal du ligament en Y ne permet pas au col et au reste de l'os de s'abaisser sans que la tête ne remonte haut en arrière du cotyle, or cette ascension est limitée par la résistance du tendon de l'obturateur interne et de la portion postérieure de la capsule non déchirée; la cuisse est en rotation interne parce que le faisceau transversal du ligament en Y permet bien à la tête de s'éloigner du cotyle en arrière, mais à la condition que le trochanter sur lequel ce ligament prend son insertion inférieure se rapproche de l'épine iliaque antéro-inférieure; aussi

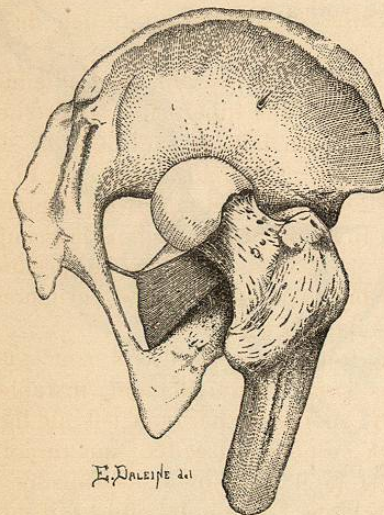


FIG. 88. — Luxation ischiatique, au-dessous du tendon de l'obturateur interne. (Bigelow.)

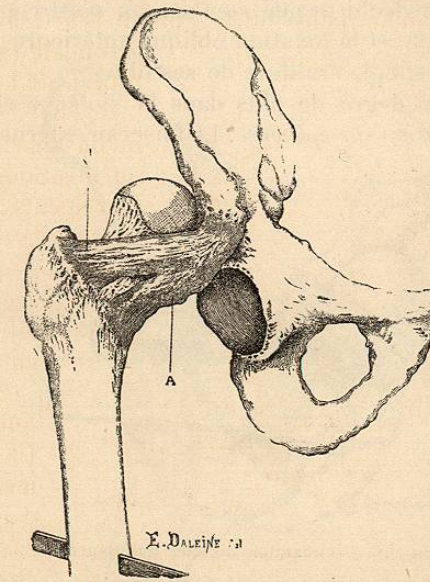


FIG. 89. — Luxation iliaque.

A, le faisceau vertical est relâché. — B, le faisceau transversal tendu impose la rotation interne. (Bigelow.)

le bord antérieur du trochanter s'incline en dedans à mesure que la tête se porte en arrière, et la rotation interne en est la conséquence (fig. 88).

Si la violence a été plus grande le tendon de l'obturateur interne, ainsi que la portion postérieure de la capsule sont rompus, et la tête déplacée peut remonter plus haut et prendre la position de la luxation iliaque (luxation dorsale proprement dite de Bigelow) (fig. 89).

Dans cette variété, la tête fémorale est placée en arrière de la partie supérieure de la cavité cotyloïde et sa circonférence débordé légèrement le sommet de l'échancrure sciatique. La cuisse est étendue et en rotation interne. L'ascension de la tête derrière le cotyle, permise par la déchirure de l'obturateur interne et de la partie postérieure de la capsule, relâche, en effet, le faisceau vertical du ligament en Y et l'extension est dès lors possible. Mais le faisceau transversal reste toujours tendu et commande toujours la rotation interne.

VARIÉTÉS EXCEPTIONNELLES. — 1° On peut cependant, dans la luxation iliaque, observer exceptionnellement l'extension avec rotation en dehors du membre.



C'est une forme extrêmement rare qui s'accompagne de la rupture du faisceau transversal du ligament en Y.

2° Avec déchirure du faisceau transversal, la cuisse peut encore prendre une attitude telle que le membre luxé croise transversalement celui du côté sain, et la luxation est dite *oblique antérieure*. Il faut pour cela que la force qui a produit le déplacement en arrière continue son action, et projette en haut la cuisse comme pour l'amener au-devant de la symphyse, dans une direction perpendiculaire à celle du membre sain. Le faisceau transversal du ligament en Y alors partiellement rompu permet au membre de prendre cette direction et de s'incliner légèrement en dehors (fig. 90).

La déchirure de ce faisceau n'est cependant pas absolument forcée, et la luxation oblique antérieure peut se voir avec une simple éraillure de ses fibres.

Un degré de plus dans la violence et nous aurons la *luxation sus-épineuse*. Le faisceau externe du ligament en Y

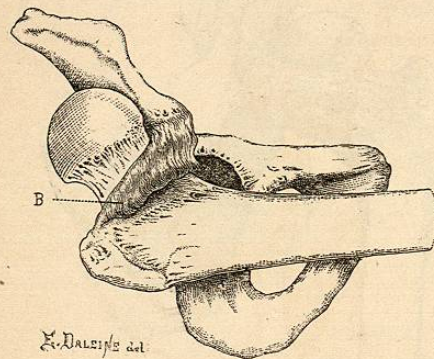


FIG. 90. — Luxation oblique antérieure.  
B, faisceau transversal éraillé. (Bigelow.)

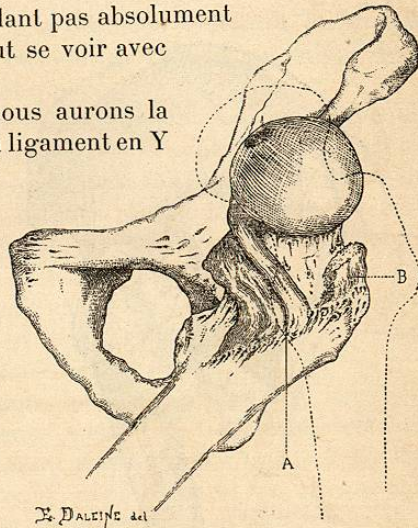


FIG. 91. — Luxation sus-épineuse.  
A, faisceau vertical refoulé par le col qui est à cheval sur lui. — B, portion externe du faisceau transversal rompu. (Bigelow.)

est rompu. La tête de l'os a été chassée au-dessus et en dehors du ligament en Y, et le col du fémur est resté à cheval sur le faisceau vertical qui seul a résisté à l'effort. Le membre est demi fléchi et en légère rotation externe (fig. 91).

B. *Luxations en dedans obturatrices et publiennes*. — La luxation en bas avec déplacement de la tête vers la branche ascendante de l'ischion, ou luxation périnéale, en représente le premier terme. Mais il est rare que la tête conserve cette position, et l'extension consécutive imposée au membre conduit la tête au-devant du trou obturateur ou plus haut, et nous avons les luxations obturatrice ou pubienne.

*Luxation obturatrice*. — La tête du fémur sortie toujours par le même point, en déchirant la portion inférieure de la capsule articulaire, s'est portée en haut et en avant lorsqu'on a cherché à étendre le membre, et est venue se placer au niveau du trou ovale (fig. 92).

La résistance de la portion antérieure de la capsule qui n'a pas été déchirée et le point d'appui que la tête prend sur le bord antérieur de la cavité cotyloïde la maintiennent dans la fosse ovale et l'empêchent de remonter plus haut.

Le membre est alors fléchi, parce que le faisceau vertical du ligament en Y

tendu au maximum empêche le col de s'abaisser si la tête ne remonte pas (et nous venons de voir que la portion antérieure de la capsule non déchirée empêche cette ascension); la cuisse est en rotation externe imposée par la tension des muscles pelvi-trochantériens et de la partie postérieure de la capsule non déchirée.

*Luxation publienne*. — Une déchirure intéressant la portion antéro-interne de la capsule articulaire permet à la tête fémorale de s'élever plus haut, elle vient alors se placer au-devant de la branche horizontale du pubis et le membre est dans l'extension, l'abduction et la rotation externe (fig. 93).

La variété exceptionnelle *sous-épineuse* dans laquelle la tête fémorale repose sur le bord supérieur du cotyle, juste au-dessus de l'épine iliaque antérieure

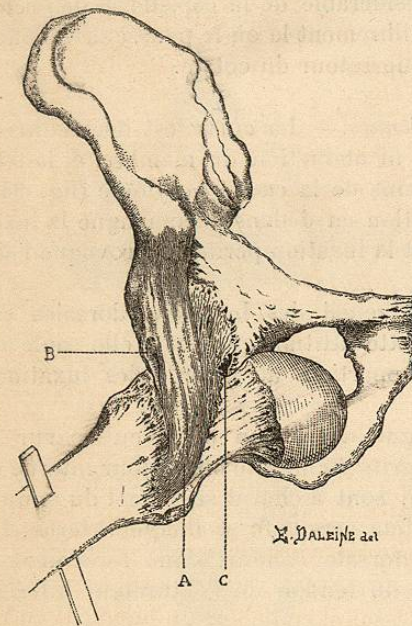


FIG. 92. — Luxation obturatrice.  
A, faisceau vertical. — B, faisceau transversal.  
— C, bord de la déchirure capsulaire. La portion antérieure de la capsule non déchirée limite l'ascension du col. (Bigelow.)

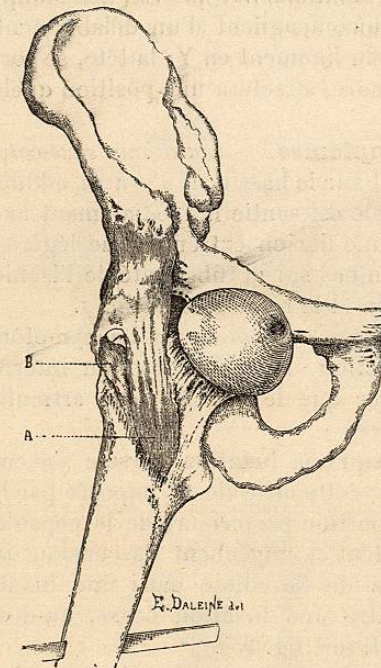


FIG. 93. — Luxation publienne.  
A, faisceau vertical. — B, faisceau transversal.

et inférieure, s'accompagne de la déchirure de la capsule à ses insertions supérieures et internes, la tête soulève et repousse en dehors le ligament en Y.

Tels sont les différents groupes de luxations régulières établies par Bigelow; ils représentent, à coup sûr, la très grande majorité des cas.

*Luxations régulières primitives*. — Il est cependant un certain nombre de luxations dorsales, obturatrices ou sus-cotyloïdiennes dans lesquelles le déplacement de la tête vers la région qu'elle occupe est *primitif*. C'est ainsi qu'on voit la tête fémorale écorner le rebord postéro-externe du cotyle, et déchirer ou désinsérer la capsule en ce point, pour se porter directement vers la partie supérieure de la grande échancrure sciatique. C'est alors une luxation iliaque primitive. De même, la tête violemment poussée en arrière peut émerger entre le



pyramidal et l'obturateur interne<sup>(1)</sup> ou au-dessus du pyramidal<sup>(2)</sup> en rompant directement la capsule en arrière et en bas. C'est encore une luxation ischiatique primitive. Dans cette dernière position, la contraction des deux muscles qui étranglent le col anatomique oppose un réel obstacle à la réduction.

Des luxations primitives obturatrices ou publiennes ont aussi été rencontrées dans les mêmes conditions. Anatomiquement ces luxations primitives ne diffèrent des luxations régulières ou secondaires de Bigelow que par le siège de la déchirure capsulaire; ce siège est *variable* pour elles, comme le point où se concentre l'effort et où se fait le déplacement, toujours *fixe* et placé en bas dans les luxations secondaires. Mais dans les deux cas, le ligament en Y est intact.

Les luxations *irrégulières*, beaucoup plus rares, comprennent les déplacements qui s'accompagnent d'un délabrement considérable de la capsule et de déchirures du ligament en Y; la tête, se portant librement là où le pousse la violence extérieure, affectera une position quelconque autour du cotyle.

**Symptômes.** — *Luxations sous-cotyloïdiennes.* — La cuisse est fléchie directement sur le bassin, il n'y a ni adduction ni abduction du membre, et la tête fémorale est sentie immédiatement au-dessous de la cavité cotyloïde (fig. 94). Avec une flexion extrême, une légère rotation en dedans accompagne la luxation en bas sur la tubérosité de l'ischion, et la luxation périnéale provoque l'adduction et la rotation en dehors.

*Luxations dorsales.* — Le symptôme principal des luxations dorsales est l'adduction unie à la rotation interne. Cette attitude permet à elle seule de déclarer que le déplacement articulaire appartient au groupe des luxations dorsales.

Lorsqu'une luxation dorsale s'accompagne de flexion de la cuisse sur le bassin, cette attitude est imposée par l'intégrité du muscle obturateur interne et de la portion postérieure de la capsule, qui sont à cheval sur le col du fémur, le brident et empêchent l'ascension de la tête vers la fosse iliaque externe. La flexion de la cuisse dans une luxation dorsale conduit donc forcément à admettre une luxation basse, au-dessous du tendon de l'obturateur interne, ischiatique (fig. 95).

L'extension du membre dans une luxation dorsale témoigne, au contraire, de la déchirure du tendon obturateur interne et de la partie postérieure de la capsule et indique que la tête est montée plus ou moins haut : la luxation appartient alors à la variété iliaque. En même temps la palpation permet de reconnaître et de circonscrire la tête fémorale déplacée au-dessous des fessiers et d'apprécier le niveau qu'elle occupe (fig. 96).

A ces symptômes de premier ordre, ajoutons le raccourcissement du membre plus ou moins considérable dans la variété iliaque, son allongement possible<sup>(?)</sup> dans la variété ischiatique, et l'impossibilité de faire exécuter à la cuisse des mouvements d'adduction et de rotation externe.

*Luxations obturatrices.* — L'adduction avec rotation du membre en dehors caractérise les luxations en dedans, luxations obturatrices ou publiennes.

La flexion de la cuisse accompagnant une luxation en dedans est le signe que

<sup>(1)</sup> PARMENTIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1850, p. 177.

<sup>(2)</sup> SERVIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1865, p. 485.

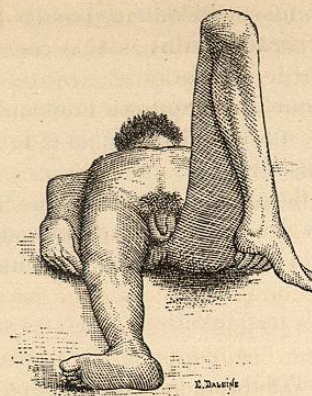


FIG. 94. — Luxation sous-cotyloïdienne.

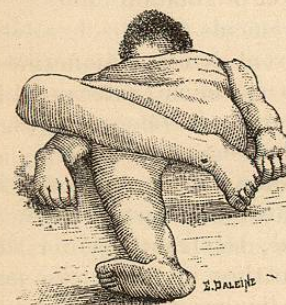


FIG. 95. Luxation ischiatique.

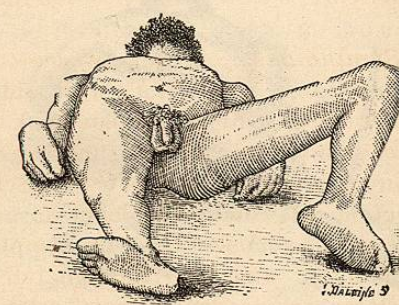


FIG. 96. — Luxation obturatrice

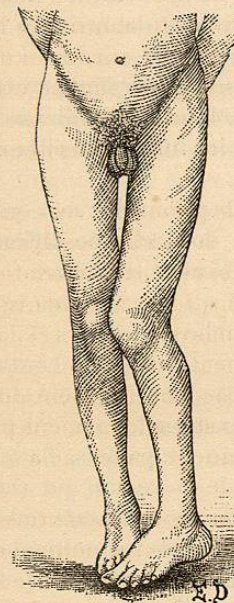


FIG. 97. — Luxation iliaque.

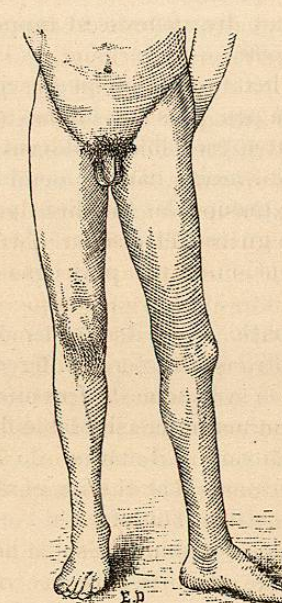


FIG. 98. — Luxation pubienne.

FIG. 94, 95, 96, 97, 98. — Attitudes des luxations de la hanche.