

Cette luxation ne pourrait être confondue qu'avec une fracture du coccyx. La crépitation, l'inégalité des fragments, devront faire penser à une fracture plutôt qu'à une luxation; cette dernière se reconnaîtrait encore à la cessation brusque des accidents après la réduction.

A une époque éloignée de l'accident, on pourrait encore confondre la luxation avec la névralgie anale, mais le renseignement de la chute et la sensation du coccyx porté en avant ne laisseraient aucun doute au chirurgien.

La réduction sera faite le plus promptement possible. Pour l'obtenir, il suffit d'introduire le doigt dans le rectum et de repousser fortement l'os luxé en arrière.

Rarement on a des difficultés pour réduire. Mais quelques auteurs ont signalé, dans certains cas, la reproduction facile du déplacement. Dans ces circonstances, il sera nécessaire d'introduire un pessaire ou un tampon dans le rectum pour maintenir le coccyx en place.

b. Luxation en arrière. — D'après Malgaigne, Lauverjat serait le seul qui l'eût observée. Suivant ce dernier auteur, la rétrogradation considérable du coccyx cause quelquefois sa luxation. Dans le cas observé par Lauverjat, la douleur était très-vive et empêchait la malade de s'asseoir. La réduction fut facile.

§ XIX. — Luxations du fémur (Luxations coxo-fémorales ou de la hanche).

Les luxations du fémur doivent être considérées comme des lésions rares, malgré le nombre relativement assez considérable d'observations publiées. Sur cent quatorze cas de luxations diverses observées par Malgaigne à l'hôpital Saint-Louis, ce chirurgien n'a rencontré que six cas de luxations de la hanche. Elles sont beaucoup plus communes chez l'homme que chez la femme et affectent de préférence l'homme adulte.

De tout temps on a cherché à déterminer plus ou moins exactement le sens suivant lequel se déplace la tête fémorale et les rapports nouveaux qu'elle affecte avec le pourtour de la cavité cotyloïde. Mais ici, comme à l'épaule, les classifications qui se sont succédées ont été pendant longtemps confuses et sans aucune précision. Il faut arriver aux travaux des auteurs modernes, et en particulier à ceux d'A. Cooper (1), de Gerdy (2), de Malgaigne (3) pour trouver une détermination exacte et rigoureuse des variétés de luxations du fémur.

Laissant donc de côté l'historique des classifications successivement admises depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, historique qu'on pourra consulter d'ailleurs dans les ouvrages cités plus haut, nous dirons tout de suite que la tête fémorale, quoique susceptible de se déplacer sur tous les points

(1) Œuvres chirurgicales (Luxations).

(2) Archives génér. de méd., 1834, t. VI, p. 153.

(3) Gaz. méd., 1836, et Traité des luxations.

du pourtour de la cavité cotyloïde, s'échappe plus fréquemment suivant certaines directions déterminées, d'où résultent un certain nombre de types principaux qui constituent autant d'espèces de luxations.

Or, l'observation a démontré que ces déplacements ont lieu dans quatre sens : 1° en arrière, 2° en avant, 3° en haut, 4° en bas.

1° Les luxations en arrière, de beaucoup les plus fréquentes, offrent deux variétés qui, ainsi que nous le verrons, semblent être quelquefois des degrés différents de la même lésion. Ces variétés sont : *a.* la luxation ischiatique; *b.* la luxation iliaque.

2° Les luxations en avant comprennent deux variétés : *a.* la luxation ilio-pubienne, et *b.* la luxation ischio-pubienne.

3° La luxation en haut et 4° la luxation en bas, réunies par quelques auteurs sous la désignation commune de luxations verticales, sont très-rares. Elles ont été nommées, la première, luxation sus-cotyloïdienne; la seconde, luxation sous-cotyloïdienne.

Nous résumerons cette classification dans le tableau suivant :

1° Luxations en arrière	}	<i>a.</i> Luxation ischiatique.
		<i>b.</i> Luxation iliaque.
2° Luxations en avant	}	<i>a.</i> Luxation ilio-pubienne.
		<i>b.</i> Luxation ischio-pubienne.
3° Luxations en haut		Luxation sus-cotyloïdienne.
4° Luxations en bas		Luxation sous-cotyloïdienne.

Il nous reste maintenant à préciser les rapports exacts de la tête fémorale dans chacune de ces variétés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° Luxations en arrière. — Malgaigne a montré le premier que la tête fémorale, lorsqu'elle se déplace en arrière, s'échappe par la large échancrure du bord postérieur du sourcil cotyloïdien qui porte le nom d'échancrure ilio-ischiatique. Mais dans son déplacement, la tête du fémur n'occupe pas toujours la même position en arrière de la cavité cotyloïde, et c'est à Malgaigne que revient le mérite d'avoir dissipé les incertitudes qui régnaient avant lui relativement à la situation exacte de la tête déplacée. Il a pu établir, en effet, par des autopsies nombreuses et par l'expérimentation, que suivant que la tête du fémur s'échappe au-dessous ou au-dessus du muscle obturateur interne, elle vient se placer à la face externe de l'ischion, ou dans le voisinage de la grande échancrure sciatique. Cependant on ne doit pas admettre cette règle comme absolue, mais seulement comme l'expression générale des faits, attendu que la tête du fémur, sortie au-dessous du muscle obturateur interne, peut le contourner ou le rompre et se porter plus haut jusqu'au voisinage de l'échancrure sciatique, en sorte que, comme nous le disions plus haut, la luxation iliaque peut être un degré plus avancé de la luxation ischiatique. Il faut également tenir compte de l'étendue de la déchirure de la capsule fibreuse, qui limitera plus ou moins

le degré de migration de la tête fémorale. Tillaux (1) a insisté dernièrement sur ce point, à la Société de chirurgie; mais les expériences de notre collègue, faites sur des articulations disséquées, tout en montrant le rôle important que joue la résistance des ligaments dans la direction suivant laquelle se déplace la tête fémorale, ne nous paraissent pas de nature à infirmer l'opinion de Malgaigne sur l'influence des muscles. Ces restrictions faites, nous indiquerons les rapports des deux variétés ischiatique et iliaque.

a. *Luxation ischiatique* (fig. 79 et 80). — Elle peut être *incomplète* ou *complète*, suivant que la tête fémorale repose encore par une partie de sa surface sur le rebord cotyloïdien, ou suivant qu'elle a perdu tout rapport



FIG. 79. — Luxation ischiatique incomplète.

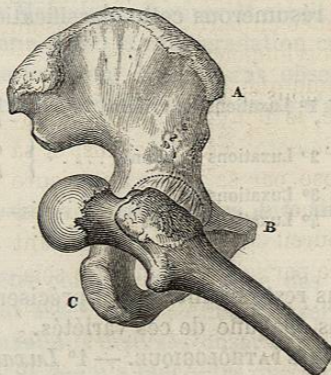


FIG. 80. — Luxation ischiatique complète. — A, épine iliaque antéro-supérieure; B, pubis; C, ischion.

avec lui. Cependant la plupart des autopsies se rapportent à des cas de luxations complètes. La tête fémorale est placée en arrière du sourcil cotyloïdien, sur la face externe de l'ischion, à peu près au niveau de l'épine sciatique, moitié au-dessus, moitié au-dessous; elle répond quelquefois à la petite échancrure sciatique. Dans cette nouvelle position, le fémur a éprouvé nécessairement un mouvement de rotation tel que le grand trochanter regarde en avant et le point d'insertion du ligament rond en arrière.

La capsule est d'ordinaire largement rompue à sa partie postérieure et inférieure. Dans ses expériences, Tillaux a constaté que, dans la luxation ischiatique incomplète, la capsule est rompue en arrière seulement ou bien en arrière et en bas, et que, dans la luxation complète, la rupture a lieu en arrière, en bas et en avant, la partie supérieure restant seule in-

(1) *Bullet. de la Société de chirurgie*, 1^{er} juillet 1868.

tacte. Les muscles peuvent être épargnés; cependant le carré crural est le plus souvent déchiré; il en est quelquefois de même des jumeaux et de l'obturateur externe. Mais un point important à noter, c'est que dans la luxation ischiatique proprement dite, la tête fémorale est toujours située au-dessous de l'obturateur interne qui, avec les jumeaux, lui forment le plus souvent une barrière s'opposant à son ascension. Néanmoins cette barrière peut être rompue, et la luxation ischiatique se transforme alors en luxation iliaque.

Le nerf sciatique est quelquefois soulevé et tendu au-dessus de la tête; dans d'autres cas, on l'a vu, au contraire, comprimé entre celle-ci et l'ischion.

b. *Luxation iliaque* (fig. 81). — Elle est le plus souvent *complète*. Malgaigne ne cite qu'une seule observation de luxation incomplète très-ancienne, dans laquelle la néarthrose était formée en partie aux dépens du rebord cotyloïdien.

De même que dans la luxation ischiatique, le fémur a subi un mouvement de rotation en dedans, et sa tête repose par sa partie antérieure sur l'os iliaque, en arrière et au-dessus du sourcil cotyloïdien, répondant en grande partie à l'échancrure sciatique. Une fois déplacée dans ce sens, la tête peut du reste remonter plus ou moins haut. Afin d'apprécier le degré d'élévation qu'elle est susceptible d'atteindre, Malgaigne, étudiant avec soin onze pièces du musée Dupuytren, a constaté que cinq fois la

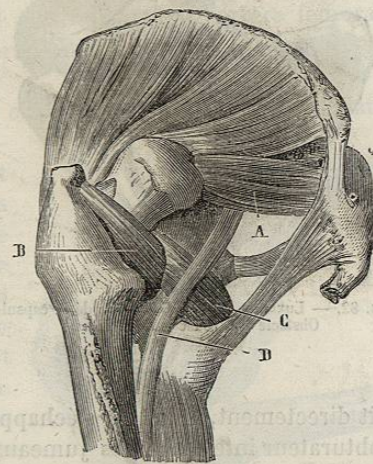


FIG. 81. — Luxation iliaque. Rapports de la tête fémorale. — A, pyramidal; B, obturateur externe; C, obturateur interne; D, nerf sciatique.

tête s'arrêtait juste au niveau de la ligne horizontale qui s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de l'échancrure sciatique, et qu'elle dépassait cette ligne deux fois d'un demi-centimètre, deux fois d'un centimètre, une fois d'un centimètre et demi et une fois de deux centimètres.

La capsule est le plus souvent déchirée en arrière dans une étendue variable. Suivant Tillaux, la condition essentielle pour que la luxation iliaque existe, c'est que la capsule soit déchirée en arrière, en bas et en haut, la partie antérieure du ligament de Bertin étant seule intacte. On l'a trouvée complètement arrachée à ses insertions au col du fémur. Dans un cas remarquable dans lequel Lisfranc ne put réduire le déplacement, la capsule, complètement intacte en haut et en arrière, était couverte directement en bas; elle avait été d'abord arrachée du rebord cotyloïdien dans un espace d'un centimètre, puis elle avait été fendue jusqu'au col fémoral, et enfin arrachée de la partie postérieure et supérieure du col.

La figure 82 fera mieux comprendre la disposition de cette déchirure et l'obstacle invincible qu'elle opposait à la réduction.

Les muscles pelvi-trochantériens sont plus ou moins dilacérés, mais ils présentent avec la tête des rapports variables. Tantôt celle-ci traversant la capsule en bas, passe par-dessous l'obturateur interne pour remonter ensuite en arrière de ce muscle; la luxation iliaque a d'abord été ischiatique. Dans d'autres cas plus fréquents, la luxation iliaque se

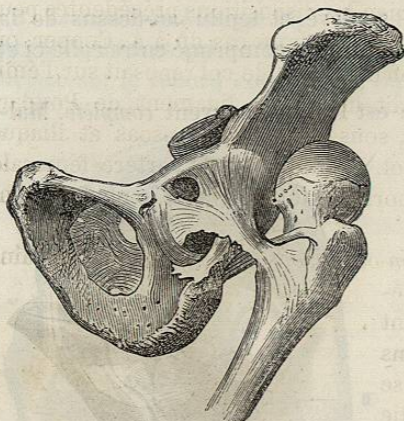


FIG. 82. — Luxation iliaque. Déchirure de la capsule. Obstacle à la réduction. (Lisfranc.)

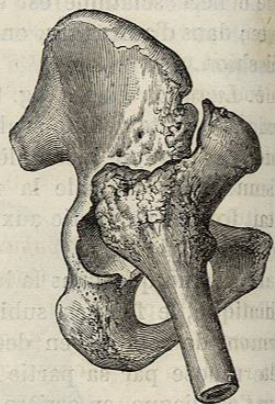


FIG. 83. — Luxation ilio-pubienne ancienne. La tête est placée entre l'épine iliaque antéro-inférieure et l'éminence ilio-pectinée.

fait directement, et la tête s'échappe en arrière et en haut, au-dessus de l'obturateur interne et des jumeaux, entre ces muscles et le pyramidal, ainsi qu'on peut le voir sur la figure 81. Quelquefois la tête déchire en partie leurs fibres; mais dans quelques cas aussi, et en particulier dans un fait présenté en 1850, par Parmentier, à la Société anatomique, la tête fémorale était sortie entre le pyramidal et l'obturateur interne, qui formaient autour de son col une boutonnière s'opposant, même sur le cadavre, à la réduction.

Le nerf sciatique peut être également refoulé, comprimé même, par la tête fémorale.

2° *Luxations en avant.* — La tête fémorale sort de la cavité cotyloïde, tantôt par l'échancrure ilio-pubienne, tantôt par l'échancrure ischio-pubienne, et se porte, soit directement en avant (*luxation ilio-pubienne*), soit en avant et en dedans (*luxation ischio-pubienne*).

a. *Luxation ilio-pubienne* (fig. 83). — Malgaigne incline à penser, d'après l'expérimentation cadavérique, que cette variété est le plus souvent incomplète. Par suite du déplacement de son extrémité supérieure, le fémur a éprouvé un mouvement de rotation en dehors; le grand trochanter regardant en arrière, le point d'insertion du ligament rond en avant. La

tête du fémur, reposant par sa partie postérieure sur l'échancrure ilio-pubienne, se rapproche tantôt de l'épine iliaque antéro-inférieure, tantôt de l'éminence ilio-pectinée. Le grand trochanter répond à la cavité cotyloïde.

Les muscles psoas et iliaque sont fortement tendus par-dessus la tête et le col, le droit antérieur appliqué sur ce dernier. La capsule est largement déchirée à sa partie antérieure, le ligament rond entièrement rompu, et quelquefois le ligament de Bertin serré sur le col, en dehors de la tête fémorale. On conçoit combien les dispositions précédentes peuvent apporter d'obstacles à la réduction. Dans un cas dû à A. Cooper, où il s'agit manifestement d'une luxation complète, le col reposait sur l'éminence ilio-pectinée; la tête luxée avait déchiré le ligament de Poupert et s'était logée entre lui et le pubis, sous les muscles psoas et iliaque dont les tendons passaient sur son col. Les rapports de l'artère fémorale sont variables; elle est tantôt en dehors, tantôt en avant, le plus souvent en dedans.

b. *Luxation ischio-pubienne* (*luxation ovale, sous-pubienne* de certains auteurs) (fig. 84). — Comme la précédente, elle paraît être ordinairement *incomplète*. Le fémur est également dans la rotation en dehors; la tête repose par sa partie postérieure sur la partie antérieure du sourcil cotyloïdien et empiète plus ou moins sur la fosse ovale. Tantôt elle est située en avant de l'obturateur externe et recouverte par le pectiné, ce qui paraît le cas le plus fréquent; tantôt elle repose sur la membrane obturatrice et est recouverte par le muscle obturateur externe.

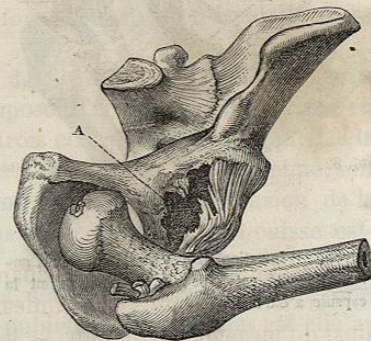


FIG. 84. — Luxation ischio-pubienne. Rapports des os. — A, déchirure de la capsule.

La capsule est largement déchirée à sa partie antérieure, le ligament rond complètement rompu.

On doit considérer comme un degré extrême et tout à fait exceptionnel du déplacement précédent la *luxation périnéale*, dans laquelle la tête du fémur se porte à travers le périnée et derrière le scrotum jusqu'au voisinage du bulbe de l'urèthre. Dans une des observations, on put constater nettement pendant la réduction que la tête passa d'abord dans la fosse ovale pour rentrer dans sa cavité.

3° *Luxation en haut et sus-cotyloïdienne.* — Elle est fort rare et peut être *incomplète* ou *complète*. La tête du fémur, portée directement en haut, est couchée sur l'épine iliaque antéro-inférieure, un peu en dehors de celle-ci; le muscle fascia lata la recouvre à sa partie externe, le droit antérieur et le couturier sont placés à son côté antérieur et interne; le grand trochanter est dirigé en arrière, le petit repose sur le bord externe de la cavité

cotyloïde. La capsule a été trouvée largement déchirée, le ligament rond arraché. Les muscles moyen et petit fessiers, le carré, les jumeaux, présentent des déchirures plus ou moins étendues.

4^e *Luxation en bas ou sous-cotyloïdienne.* — L'anatomie pathologique de cette variété de luxation reste encore à faire. Il semble du reste que la situation de la tête n'offre rien de fixe : tantôt elle paraît reposer sur le bord inférieur de sa cavité, au niveau de la gouttière du muscle obturateur externe; tantôt elle se porte plus en arrière et se rapproche alors de la luxation ischiatique; tantôt elle se porte plus en avant et se rapproche de la luxation ischio-pubienne.

Nous ne reviendrons pas, au sujet des luxations coxo-fémorales, sur les



FIG. 85. — Luxation iliaque invétérée. — A, ancienne cavité cotyloïde; B, néarthrose dont la capsule a été ouverte.

changements anatomiques si remarquables qui s'opèrent du côté des os déplacés, lorsque la réduction n'a pas été faite. On sait que, dans ces circonstances, une néarthrose ne tarde pas à se constituer, et que celle-ci acquiert quelquefois une perfection presque complète, comme on peut le voir dans la figure 85. Nous ajouterons seulement que les luxations invétérées du fémur, lorsqu'elles arrivent dans le jeune âge, peuvent entraîner à leur suite des déformations du bassin analogues à celles qui accompagnent les luxations congénitales, et que nous aurons le soin d'indiquer plus tard à l'occasion de ces dernières. Cependant ces déformations du bassin doivent être

assez rares à la suite des luxations traumatiques de la hanche, celles-ci survenant principalement chez les adultes dont le développement est achevé.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Les luxations coxo-fémorales exigent pour se produire l'intervention de causes traumatiques extrêmement puissantes. Ces causes peuvent être directes ou indirectes. Les premières agissent rarement pour chasser la tête fémorale hors de sa cavité, et c'est principalement d'une manière indirecte que s'effectue le déplacement. On voit le plus souvent ces luxations survenir à la suite de chutes d'un lieu élevé, de pressions ou de chocs violents agissant, soit sur le fémur, soit sur le bassin. Ainsi, tantôt la cuisse, transformée en un levier, se luxe sur le bassin retenu immobile; tantôt, la cuisse se trouvant préalablement fixée, le bassin subit un mouvement forcé dans son articulation avec le fémur. La luxation se produit de cette dernière manière chez des individus pris sous des éboulements ou recevant sur le dos une charge considérable, au moment où ils ont le corps penché en avant et les membres abdominaux fortement tendus.

Le mécanisme varie du reste pour chaque espèce de déplacement.

Dans les luxations en arrière, la cause traumatique agit en produisant, soit la rotation de la cuisse en dedans, soit l'adduction, soit la flexion. L'exagération de l'un de ces trois mouvements a pour conséquence la tension des parties postérieure et inférieure de la capsule, et si la rupture a lieu, la tête s'échappe dans ce sens. On comprend, du reste, que l'association de ces trois mouvements doit plus sûrement encore déterminer la déchirure de la capsule et par suite le déplacement. Cependant le degré de flexion de la cuisse aura une influence manifeste sur la position occupée par la tête fémorale. Quand la cuisse est restée étendue ou légèrement fléchie, l'adduction et la rotation en dedans ont pour effet de rompre la partie postérieure de la capsule; la tête sort directement en arrière et se porte vers la fosse iliaque externe. Quand, au contraire, la cuisse portée dans l'adduction et la rotation en dedans est en même temps fortement fléchie, la tête sort en arrière et en bas ou même directement en bas, si la flexion est successive; il se produit donc une luxation ischiatique ou même une luxation sous-cotyloïdienne. Mais la cause continuant d'agir, il peut se faire que la tête remonte sur l'os iliaque, et que la luxation primitivement sous-cotyloïdienne se transforme en luxation ischiatique ou iliaque.

D'après ce qui précède, le mécanisme des luxations en avant est facile à saisir, quoique nécessairement tout opposé. L'abduction, la rotation en dehors, l'extension de la cuisse, sont les trois conditions dans lesquelles la tête du fémur peut s'échapper, soit par l'échancrure ilio-pubienne, soit par l'échancrure ischio-pubienne. Ici encore le degré d'extension de la cuisse influera manifestement sur le sens du déplacement. La cuisse est-elle fortement étendue sur le bassin, ou, ce qui arrive quelquefois, le tronc est-il renversé en arrière, la capsule sera déchirée directement en avant, et la tête sortira par l'échancrure ilio-pubienne. L'extension est-elle au contraire faible, le fémur, porté dans l'abduction et la rotation en dehors, se luxe dans la fosse ovale. Cependant ce dernier déplacement peut se produire avec une flexion légère de la cuisse, pourvu que la rotation en dehors et surtout l'abduction soient très-étendues. Dans ces cas même, la tête du fémur peut s'échapper par la partie antérieure et inférieure du sourcil cotyloïdien, et venir se placer en avant de l'ischion, constituant ainsi une variété intermédiaire entre la luxation ovale et la luxation sous-cotyloïdienne.

On vient de voir par quel mécanisme s'opèrent les luxations en avant et en arrière. Il est presque impossible, d'après le petit nombre de faits que nous possédons, d'établir rigoureusement le mécanisme des luxations verticales. Il paraît probable que la sous-cotyloïdienne se produit dans la flexion forcée de la cuisse; quant à la sus-cotyloïdienne, les causes en sont tellement obscures, qu'on ne pourrait rien en conclure, relativement à leur mécanisme.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes des luxations du fémur sont tirés :

1° de l'attitude du membre; 2° de la déformation de la hanche, appréciable à la vue et au toucher; 3° des changements de longueur de la cuisse; 4° des troubles fonctionnels. Nous étudierons ces différents symptômes en ce qu'ils offrent de particulier dans chaque espèce de luxation.

1° *Luxations en arrière.* — *a. Luxation ischiatique.* — La cuisse est fléchie sur le bassin et portée dans l'adduction et la rotation en dedans. Cette attitude (fig. 86) est du reste plus ou moins prononcée. La flexion de la cuisse, par exemple, peut être portée au point de former un angle droit avec l'axe du corps. Dans d'autres cas, ce signe est beaucoup moins accusé et pourrait, à un examen superficiel, passer complètement inaperçu. On sait en effet que, dans les affections de la hanche, le fémur, quoique fléchi sur le bassin, paraît souvent dans l'extension complète. Nous avons insisté sur ce fait à propos de la coxalgie, et nous avons montré que l'extension apparente de la cuisse est due à la flexion en arrière du bassin sur le rachis, laquelle se reconnaît à la cambrure exagérée de la région lombaire.

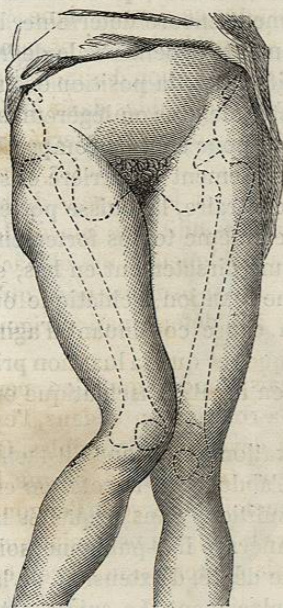


FIG. 86. — Luxation ischiatique. Attitude du membre. (B. Anger.)

L'adduction, généralement très-prononcée, est telle que le genou va toucher la rotule de l'autre côté, ou même croise la direction du genou sain. Cependant on pourrait encore se méprendre à ce sujet, si l'on ne tenait compte de l'attitude prise par le malade, qui, en se couchant sur le côté sain et disposant la cuisse saine dans la flexion et l'abduction, ramène les deux membres dans un parallélisme apparent. Mais en examinant le malade couché sur le dos, on constate que la ligne médiane du tronc ne passe plus entre les deux membres inférieurs, et quand on a ramené le membre sain dans sa position normale, on voit se prononcer l'adduction du membre blessé, qui tend à passer par-dessus l'autre. Le gros orteil répond alors au cou-de-pied ou à l'articulation métatarso-phalangienne du côté sain, suivant le degré de la rotation.

La déformation de la hanche consiste dans une augmentation de la circonférence de la cuisse au niveau de la racine du membre, dans une saillie plus ou moins considérable de la région fessière et dans une élévation du pli fessier. Ces symptômes sont plus ou moins appréciables à la simple vue, mais c'est surtout la palpation qui fournit les notions les plus importantes. En explorant la fesse, on sent une saillie dure, arrondie, suivant les mouvements imprimés au fémur, et située d'ordinaire un peu au-dessus de la tubérosité sciatique. Tantôt la saillie de la tête est très-apparente, tantôt

au contraire, elle est profondément cachée et difficile à reconnaître. Le grand trochanter est porté en dehors et en avant, et plus ou moins éloigné de la crête iliaque suivant le degré de flexion et d'adduction du membre.

Enfin, il est quelquefois possible de sentir en avant une dépression correspondant à la cavité cotyloïde abandonnée par la tête fémorale. Mais la flexion de la cuisse empêche souvent de constater ce dernier signe.

Le membre abdominal est généralement raccourci; cependant, ainsi que cela s'observe toutes les fois qu'il s'agit de mensuration des membres inférieurs, les auteurs ont noté des différences considérables dans le degré de ce raccourcissement. Quelques-uns même auraient observé un allongement. Nous avons longuement indiqué ailleurs les causes d'erreurs dans la mensuration des membres inférieurs et les moyens de les éviter. Mais, dans la luxation ischiatique, l'impossibilité de placer les membres dans une position identique oppose quelquefois un obstacle insurmontable à l'emploi du procédé ordinaire. Aussi pensons-nous qu'il ne faut pas attacher une importance exagérée à la détermination rigoureuse des variations de longueur du membre.

Tous les mouvements sont douloureux; mais, tandis que l'on peut porter la cuisse dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, l'extension, l'abduction, la rotation en dehors sont devenues impossibles. On conçoit, d'après cela, que la station debout soit très-difficile, et que la marche ne puisse s'exécuter. Enfin, on a quelquefois observé de l'engourdissement dans tout le membre, ou des douleurs le long du nerf sciatique, phénomènes qui trouvent leur explication dans la compression de ce nerf par la tête fémorale.

b. Luxation iliaque. — Nous retrouvons, dans cette variété, à peu près les mêmes symptômes que dans la variété précédente. Le membre est également dans la rotation en dedans, dans l'adduction et la flexion, et chacun de ces signes présente certaines nuances, en rapport, suivant Malgaigne, avec le degré du déplacement.

Ainsi, la rotation en dedans est d'autant plus prononcée que la tête s'est éloignée davantage de sa cavité. Malgaigne dit avoir vérifié sur le cadavre que, dans la luxation incomplète, la rotation est moindre, et que l'orteil répond à l'orteil opposé, tandis que la luxation complète donne lieu à une rotation plus forte qui amène le gros orteil vers le métatarse, le tarse ou même le talon du côté sain.

L'adduction du membre est généralement très-accusée; la flexion, au contraire, est légère et beaucoup moindre que dans la luxation ischiatique. La déformation de la hanche, l'ascension du pli fessier, la saillie de la tête fémorale à la région fessière, le vide laissé au pli de l'aîne à la place de la tête luxée, l'ascension du grand trochanter, le raccourcissement du membre, plus considérable dans la luxation complète que dans l'incomplète, enfin l'abolition des fonctions; tels sont les symptômes communs avec la luxation ischiatique. Un seul point mérite de fixer l'attention, c'est la détermination de la position exacte occupée par la tête fémorale.