

Pour arriver à ce but, Nélaton a proposé de se servir, comme point de repère, de la saillie du grand trochanter, toujours facilement appréciable, et dont la situation est liée à celle de la tête fémorale. Il a fait voir qu'une ligne partant de l'épine iliaque antéro-supérieure, pour se rendre à la partie la plus saillante de la tubérosité sciatique, divise la cavité cotyloïde en deux parties égales, et que, la cuisse étant fléchie à angle droit et dans une légère adduction, le sommet du trochanter répond à cette ligne. Par conséquent, la saillie du trochanter en arrière de cette ligne doit indiquer l'étendue du déplacement. Pour constater cette saillie, on fléchit le fémur luxé à angle droit, puis on applique les extrémités d'un lien, ou mieux encore, on colle une bandelette de diachylon entre les deux points indiqués, et l'on déduit, d'après la distance à laquelle se trouve le grand trochanter en arrière de cette bandelette, l'étendue du déplacement de la tête fémorale.

Malgaigne objecte avec raison que, par ce procédé, on détermine seulement la distance à laquelle la tête du fémur fuit en arrière quand on fléchit la cuisse à angle droit, et que la vraie position de la tête luxée ne peut être établie qu'en laissant au membre la position que la luxation lui a donnée. D'après le même auteur, on parviendra à déterminer la position de la tête du fémur en tenant compte des données suivantes : dans le décubitus dorsal, une perpendiculaire tombant de l'épine iliaque antéro-supérieure longe le sommet de l'échancrure sacro-sciatique et se trouve éloignée, chez l'adulte, de 3 à 4 centimètres au plus de la cavité cotyloïde; presque jamais la tête luxée ne dépasse cette ligne, et très-souvent elle ne l'atteint pas, même dans les luxations complètes. D'une autre part, un ruban suivant la direction indiquée par Nélaton permettra aussi d'apprécier de combien la tête s'écarte en arrière du centre de sa cavité. Enfin, on mesurera les intervalles qui séparent la tête luxée de l'épine iliaque antéro-supérieure, de la crête iliaque et de la rainure interfessière, et l'on contrôlera toutes ces mensurations l'une par l'autre.

2° *Luxations en avant.* — a. *Luxation ilio-pubienne.* — L'attitude du membre est ici complètement opposée à celle que l'on observe dans les luxations en arrière. La cuisse se trouve habituellement dans l'extension, l'abduction et la rotation en dehors. Cependant chacun de ces symptômes n'est pas également constant ni prononcé au même degré.

L'extension, quelquefois excessive, peut cependant manquer et être remplacée par une flexion légère. L'abduction du membre peut également faire défaut, mais elle est, dans certains cas, portée au point que le membre blessé forme un angle droit avec celui du côté opposé. Enfin, la rotation en dehors, qui paraît plus constante, présente de nombreuses variations. Le plus souvent le membre repose sur le lit par sa face externe. Malgaigne cite un cas de Morgan, dans lequel la rotation était telle que les orteils regardaient en arrière et le talon reposait sur le cou-de-pied du côté sain.

La déformation de la hanche consiste dans l'aplatissement de la fesse,

dans l'effacement du pli fessier qui paraît tantôt remonté, tantôt abaissé, suivant l'inclinaison du bassin. La saillie trochantérienne est remplacée par une dépression; enfin le relief de la tête fémorale se montre au pli de l'aîne.

Mais le toucher fournit des indications plus précises encore sur la déformation. On sent facilement, au pli de l'aîne, la tête fémorale séparée des téguments par le muscle psoas-iliaque, répondant en haut à l'arcade de Fallope, dont elle est séparée par un intervalle sensible; en dehors, à l'épine iliaque antéro-inférieure; en dedans, à l'artère crurale. Exceptionnellement, celle-ci passe en avant de la tête luxée. En recherchant la situation du grand trochanter, on le trouve porté en avant, à peu près sur la même ligne verticale que l'épine iliaque supérieure, et reposant en partie sur la cavité cotyloïde.

Les changements dans la longueur des membres seraient très-variables, si l'on s'en rapporte aux divers observateurs. Les uns signalent un raccourcissement, les autres un allongement, d'autres enfin enseignent que le membre conserve sa longueur : nouvelle preuve que l'on ne doit attacher que peu d'importance à ce signe.

Les mouvements de la cuisse sont généralement abolis. L'abduction, la rotation en dehors peuvent être augmentées sans trop de douleurs; au contraire, la rotation en dedans, mais surtout l'adduction et la flexion, sont impossibles et déterminent de vives souffrances. On doit noter cependant que certains sujets ont pu marcher et quelquefois même pendant un assez long temps, malgré leur luxation. C'est dans ces circonstances que l'on a méconnu la lésion en croyant à une simple contusion de la hanche.

Indépendamment des douleurs dues aux mouvements, la plupart des sujets accusent une douleur vive siégeant dans l'aîne, se prolongeant quelquefois du côté du ventre, ou, plus souvent, à tout le membre inférieur.

Enfin, parmi les troubles fonctionnels, il faut signaler la rétention d'urine, indiquée déjà par Hippocrate et observée par un assez grand nombre d'auteurs modernes. Cette rétention d'urine cesse généralement au bout d'un jour ou deux, après qu'on a pratiqué le cathétérisme.

c. *Luxation ischio-pubienne* (fig. 87). — La flexion, l'abduction et la rotation en dehors de la cuisse, telle serait, d'après la plupart des auteurs, la triple attitude du membre. Mais Malgaigne a fait remarquer que la

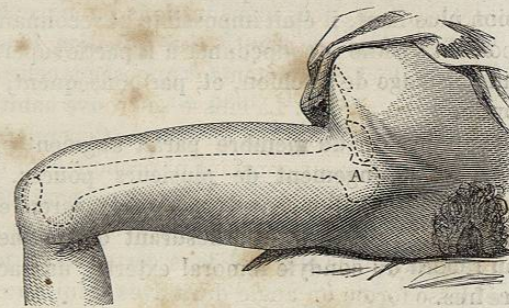


FIG. 87. — Luxation ischio-pubienne. Attitude du membre et déformation. (B. Anger.)

flexion existe peu ou point, et qu'elle a été confondue avec l'abduction ou flexion du dehors. Celle-ci, en effet, est généralement très-prononcée, et pour bien l'apprécier, il faut prendre le soin de tenir le membre sain parallèle à l'axe du corps. Dans un cas observé par Malgaigne, l'abduction était telle que le sujet, pour se tenir couché sur le dos, était obligé de faire porter la jambe sur une chaise placée à côté de son lit.

La déformation de la hanche est quelquefois peu sensible à la vue. Cependant la fesse est toujours aplatie, le pli fessier abaissé, la saillie trochantérienne effacée et remplacée par une dépression. Mais le plus souvent, la tête ne forme pas de relief appréciable à la vue. Dans un cas où les symptômes de la luxation étaient d'ailleurs fort obscurs, nous avons constaté manifestement, en examinant par derrière le sujet debout, le changement de direction de l'axe de la cuisse, qui, prolongé par la pensée, venait tomber en dedans de la cavité cotyloïde.

S'il est rarement possible de reconnaître à la vue la saillie de la tête fémorale, on parvient le plus souvent à la sentir en dedans et en avant, au côté interne de l'artère crurale, sous le muscle pectiné; quelquefois elle se trouve plus rapprochée du pubis, ou, au contraire, voisine de l'ischion, et tend à faire saillie au périnée.

La variété de luxation appelée par Malgaigne *sous-périnéale*, et dont il rapporte trois exemples empruntés à Amblard, Parker et Pope, n'est qu'un degré extrême de la luxation ischio-pubienne. Dans le premier cas, la tête fémorale faisait saillie au périnée, vers l'union de la branche ascendante de l'ischion avec la branche descendante du pubis; dans le second cas, derrière le scrotum et près du bulbe de l'urèthre; enfin, dans le troisième, elle soulevait le raphé du périnée.

Il faut être bien prévenu, cependant, que dans la luxation ischio-pubienne, la saillie de la tête fémorale peut être difficile à sentir, à cause de l'épaisseur des muscles qui la recouvrent. Ce fait a été signalé par divers auteurs, et dans un cas que nous avons observé, auquel nous faisons allusion plus haut, il était impossible de reconnaître la présence de la tête. On pouvait à peine la soupçonner à la partie supérieure et interne de la cuisse, au voisinage de l'ischion, et, par conséquent, un peu au-dessous du trou ovale.

La longueur du membre paraît augmentée, et tous les auteurs signalent un allongement de plusieurs pouces. Malgaigne pense, au contraire, que cet allongement n'est qu'apparent et dépend du mode de mensuration. Il a trouvé, en mesurant de l'épine iliaque antéro-supérieure au rebord du condyle fémoral externe, un raccourcissement de 2 centimètres.

Les mouvements de la cuisse sont abolis en totalité ou en partie. L'abduction surtout est impossible.

La rétention d'urine a été observée, de même que dans la luxation ilio-pubienne.

3° *Luxation sus-cotyloïdienne*. — Malgaigne donne comme symptômes de

cette variété rare : le membre étendu, dans une abduction légère, mais avec une rotation en dehors très-prononcée. La fesse est aplatie, le trochanter effacé et porté en arrière; la tête fémorale est située au côté externe de l'épine iliaque antérieure et inférieure, à un pouce environ au-dessous de la supérieure. Le membre est raccourci de 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

4° *Luxation sous-cotyloïdienne*. — Les signes de cette variété sont extrêmement variables, ce qui nous paraît tenir évidemment à cette circonstance, que nous avons signalée déjà à propos de l'anatomie pathologique, à savoir, que la tête fémorale, en se déplaçant vers la partie inférieure de la cavité cotyloïde, se porte tantôt un peu en avant, tantôt un peu en arrière de l'ischion, d'où il résulte que les symptômes de la luxation sous-cotyloïdienne se rapprochent plus ou moins de ceux de la luxation ischio-pubienne. Ainsi, le membre est tantôt dans la rotation en dedans, avec adduction et flexion légère, tantôt dans la rotation en dehors avec adduction peu prononcée. La déformation de la hanche est aussi variable; le grand trochanter est déplacé et éloigné de la crête iliaque. Il est généralement fort difficile de sentir la tête fémorale; quelquefois cependant on a reconnu sa présence soit en arrière et en bas, au niveau de la tubérosité sciatique, soit un peu au-dessus et en dedans de celle-ci. Le membre est le plus souvent allongé.

DIAGNOSTIC. — Il comprend la solution des deux questions suivantes : 1° distinguer la luxation coxo-fémorale des autres affections qui peuvent la simuler; 2° reconnaître à quelle variété de luxation on a affaire.

On pourrait seulement confondre avec une luxation coxo-fémorale la contusion de la hanche et les fractures du col du fémur.

La contusion de la hanche, qui s'accompagne de douleur, de gonflement, de changement apparent dans la longueur du membre et de perte de ses fonctions, se reconnaît cependant le plus souvent à l'aide d'un examen attentif qui permettra de constater l'absence de la déformation caractéristique de la hanche et de la saillie anormale de la tête du fémur. Ce dernier signe manque quelquefois, il est vrai, dans la luxation, mais l'attitude vicieuse du membre, que l'on ne peut ramener à sa position normale, même sous l'influence du sommeil anesthésique, permettra d'assurer le diagnostic.

Les fractures du col du fémur ont été quelquefois prises pour des luxations coxo-fémorales, et réciproquement on a confondu certaines luxations de la hanche avec des fractures. Ces deux erreurs sont faciles à éviter : car si, dans la fracture, il existe le plus ordinairement une rotation en dehors, avec changement de longueur, perte des fonctions du membre et quelquefois saillie anormale au niveau du pli de l'aîne, les luxations ilio-pubienne ou ischio-pubienne, les seules qui pourraient être soupçonnées d'après l'ensemble des symptômes précédents, se distinguent cependant par la déformation caractéristique de la hanche, la forme de la saillie in-

guinale, enfin, et par-dessus tout, par l'attitude fixe du membre, qui résiste à tous les efforts et ne peut être corrigée, comme dans la fracture, sous l'influence d'une traction modérée.

On sait que, dans quelques cas rares, la fracture du col du fémur s'accompagne de rotation du pied en dedans. On pourrait songer alors à une luxation en arrière, mais, dans ce cas aussi, la déformation de la hanche, la saillie de la tête fémorale en arrière, l'attitude fixe feront vite reconnaître la luxation.

Quoiqu'on ait quelquefois pris pour des fractures du col du fémur certaines luxations ilio-pubiennes ou ischio-pubiennes, cette erreur a surtout été commise à propos de luxations sus-cotyloïdiennes. Mais après ce que nous venons de dire, et en se rappelant les symptômes propres aux fractures et aux luxations, une semblable méprise serait peu excusable.

Quant au diagnostic différentiel des variétés de luxations de la hanche, il ressort de la symptomatologie que nous en avons tracée et que nous résumerons dans le tableau ci-contre.

PRONOSTIC. — Les luxations de la hanche sont généralement plus graves que celles de l'épaule, en raison du traumatisme plus considérable qu'exige leur production et qui détermine des lésions profondes des parties molles péri-articulaires. Nélaton a observé un malade chez lequel on réduisit sans aucune difficulté une luxation du fémur très-simple en apparence, et qui succomba à une vaste suppuration de la fesse et de l'articulation coxo-fémorale.

L'irréductibilité assez fréquente des luxations de la hanche aggrave encore leur pronostic. A ce point de vue, il existe des différences entre les diverses variétés. Suivant A. Cooper, les luxations en arrière seraient celles dont la réduction offrirait le plus de difficultés, et cette proposition nous semble parfaitement conforme aux faits. Il ne paraît pas y avoir de différence notable sous ce rapport entre les variétés iliaque et ischiatique. Les difficultés de la réduction, lorsqu'elles se présentent, tiennent, ainsi que nous l'avons dit, à la disposition de la déchirure capsulaire ou aux rapports de la tête avec les muscles pyramidal, obturateur interne et carré fémoral.

Parmi les luxations en avant, l'ilio-pubienne est toujours d'une réduction facile. Il n'en est pas de même de l'ischio-pubienne, que J.-L. Petit considérait comme étant, de toutes les luxations de la hanche, la plus difficile à réduire. Cette opinion est évidemment exagérée; cependant on connaît quelques exemples de luxations ischio-pubiennes complètement irréductibles.

Nous devons encore examiner, à propos du pronostic, les conséquences des luxations de la hanche abandonnées à elles-mêmes. A ce point de vue encore, ces luxations sont très-graves, car elles entraînent à leur suite une gêne quelquefois très-considérable dans la marche.

Dans les luxations en arrière, la flexion, l'adduction et la rotation de la

SIGNES DIAGNOSTIQUES DIFFÉRENTIELS DES LUXATIONS DE LA HANCHE.

LUXATIONS EN ARRIÈRE.		LUXATIONS EN AVANT.		LUXATION EN HAUT ou SUS-COTYLOÏDIENNE.	LUXATION EN BAS ou SOUS-COTYLOÏDIENNE.
ISCHIATIQUE.	ILIAQUE.	ILIO-PUBIENNE.	ISCHIO-PUBIENNE.		
Abduction, flexion et rotation en dedans de la cuisse.	Idem.	Abduction, extension, rotation en dehors de la cuisse.	Idem.	Abduction, extension et rotation en dehors de la cuisse.	Abduction ou adduction légère, flexion, rotation en dehors ou en dedans.
Saillie de la fesse.	Idem.	Aplatissement de la fesse.	Idem.	Aplatissement de la fesse.	Peu de déformation de la fesse.
Abaissement du pli fessier.	Élévation du pli fessier.	Élévation du pli fessier.	Abaissement du pli fessier.	Élévation du pli fessier.	Abaissement du pli fessier.
Projection en arrière du grand trochanter.	Projection en arrière et élévation du grand trochanter.	Dépression de la région trochantérienne.	Idem.	Dépression de la région trochantérienne.	Dépression de la région trochantérienne.
Tête du fémur appréciable à la vue et au toucher, au-dessus et en arrière de l'ischion.	Tête du fémur appréciable à la vue et au toucher, dans la fosse iliaque externe.	Tête du fémur appréciable à la vue et au toucher, dans le pli de l'aîne au-dessus du ligament de Fallope, en dedans de l'épine iliaque antéro-inférieure.	Tête du fémur appréciable à la vue et au toucher, à la partie interne et supérieure de la cuisse, tantôt rapprochée du pubis, tantôt voisine de l'ischion, précédant quelquefois au périmètre (variété périméale).	Tête du fémur appréciable à la vue et au toucher, au-dessus de la cavité cotyloïde au côté externe de l'épine iliaque antérieure et inférieure, à un pouce environ au-dessous de la supérieure.	Tête du fémur appréciable au toucher, au niveau de l'ischion, soit directement en bas, soit un peu en arrière, soit un peu en avant, souvent impossible à sentir en aucun point.
Changements de longueur très-variables.	Idem.	Changements de longueur variables.	Idem.	Raccourcissement.	Changements de longueur variables, plus souvent allongement.
Mouvements communiqués possibles, excepté l'adduction et la rotation en dehors.	Idem.	Mouvements communiqués possibles, excepté l'adduction, la rotation en dedans et la flexion.	Idem.	Mouvements communiqués possibles, excepté la rotation en dedans et l'adduction.	Certains mouvements communiqués sont impossibles, mais sans qu'on puisse rien établir de fixe.