

dans une altération des rapports normaux entre la tête fémorale et sa cavité de réception. Dans l'un et l'autre cas l'extrémité correspondante est raccourcie d'une quantité égale à l'élévation du trochanter au-dessus de la ligne normale. Or nous savons (§ 20) que la position du trochanter est déterminée par une ligne menée sur la face postérieure du bassin, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la tubérosité de l'ischion (ligne de ROSER ou de NÉLATON, ligne ilio-ischiatique etc.). Lorsque le sommet du trochanter dépasse en haut cette ligne d'une quantité égale à celle dont le membre est raccourci, on en conclut à bon droit qu'il s'agit d'un raccourcissement réel dû à l'une des conditions anormales de l'extrémité articulaire que nous avons signalées plus haut.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une lésion traumatique ou de quelque affection de la région de la hanche et de la cuisse, il est toujours bon de déterminer par un examen méthodique les relations du fémur avec le bassin, et de décomposer l'attitude vicieuse du membre en ses différents éléments. La connaissance des conditions mécaniques étudiées jusqu'ici, est l'abc de tout diagnostic des affections osseuses et articulaires de la hanche, et nous ne pouvons assez recommander aux médecins de se livrer à des exercices pratiques fréquents, qui leur sont indispensables, s'ils veulent posséder complètement la méthode d'examen que nous avons développée dans les pages précédentes.

Après avoir fait coucher le malade tout à fait horizontalement sur le dos, on examine d'abord si la colonne vertébrale est partout en contact avec le plan sous-jacent. Si ce n'est pas le cas, on cherche à reconnaître la position des deux extrémités inférieures par rapport au bassin; dans ce but on les soulève l'une après l'autre afin de s'assurer si l'une d'elles, et laquelle, est ankylosée en flexion; puis on détermine l'angle de flexion suivant les règles énoncées plus haut. Supposons que cet angle soit connu, ou que l'on n'ait trouvé aucune anomalie dans ce premier examen, on placera de nouveau le malade tout à fait horizontalement, et l'on comparera la longueur des deux membres inférieurs. Le moyen le plus sûr de ne pas commettre d'erreur, consiste à prendre deux points de repère identiques sur le squelette des deux jambes placés parallèlement l'une à l'autre. Avec un crayon bleu on marque le sommet des deux malléoles internes, et l'on s'assure si ces deux points se trouvent à la même hauteur. S'il n'en est pas ainsi, on mesure en centimètres la différence de longueur des deux membres inférieurs. Admettons que l'on ait trouvé pour une extrémité un raccourcissement de 4 centimètres.

Nous savons que ce raccourcissement peut n'être qu'apparent, c'est-à-dire qu'il peut provenir d'une élévation du bassin du côté raccourci; d'autre part, on peut avoir affaire à un raccourcissement d'un segment du squelette ou à un changement de position du grand trochanter relativement à la ligne de ROSER-NÉLATON. On peut déterminer directement le raccourcissement d'un segment du squelette en mesurant la distance qui sépare le sommet du grand trochan-

ter de la malléole externe, et en comparant cette distance avec celle que l'on a trouvée pour l'autre extrémité. Admettons que nous ayons vraiment constaté un raccourcissement: il s'agira alors de s'assurer si c'est la cuisse ou la jambe qui est raccourcie, en comparant l'une et l'autre avec la cuisse et la jambe du côté opposé; pour la cuisse on mesurera la distance qui sépare le trochanter de l'interstice articulaire externe du genou ou de la tête du péroné lorsque cet interstice ne peut être aisément reconnu; ces deux derniers points de repère pourront être utilisés, ainsi que la malléole externe, pour mesurer la longueur de la jambe. Quant au tibia lui-même, on le mesurera de l'interstice articulaire interne au sommet de la malléole du même côté.

Mais cette forme de raccourcissement, de même que les raccourcissements apparent et réel dus à des rapports anormaux entre la tête fémorale et la cavité cotyloïde, peuvent être aussi reconnus par voie indirecte, et il est bon, en général, de commencer précisément de cette manière l'examen du malade. Dans ce but, on déterminera d'abord la position du bassin en reliant par une ligne droite des points tout à fait identiques des épines iliaques antéro-supérieures. D'ordinaire, la partie de l'os que l'on reconnaît le plus sûrement, à travers les parties molles, est celle qui correspond à l'insertion du ligament de Poupert. En effet, au niveau de cette insertion l'épine iliaque donne au doigt la sensation d'une pointe recourbée en forme de crochet. Sur le milieu de la ligne droite transversale ainsi dessinée on en mène une autre de haut en bas, passant par le milieu du sternum, l'ombilic et la symphyse.

Dans la position normale du bassin cette dernière ligne est perpendiculaire sur la première, c'est-à-dire que les deux angles qu'elles forment en se rencontrant doivent être droits. Si ce n'est pas le cas, de l'épine iliaque du côté sain nous menons une perpendiculaire sur la ligne longitudinale, et nous prolongeons cette perpendiculaire d'une longueur égale à celle de la ligne réunissant les deux épines iliaques; la différence de hauteur trouvée à l'extrémité des deux lignes transversales du côté malade nous permettra d'apprécier le changement survenu dans la position relative des deux épines iliaques, et de déterminer, par conséquent, le degré d'inclinaison du bassin.

On peut simplifier cette méthode d'examen en se servant d'une courte tige appliquée sur les deux épines iliaques, et fixée par sa partie moyenne à une tige longitudinale perpendiculaire à la première (coxankylomètre de VOLK-MANN).

Admettons encore une fois que l'une des deux extrémités ainsi étendues parallèlement l'une à l'autre, offre un raccourcissement de 4 centimètres. Si nous trouvons que l'épine iliaque du côté raccourci est remontée de cette même quantité, nous serons parfaitement autorisés à en conclure que le raccourcissement n'est qu'apparent, c'est-à-dire le résultat de la compensation d'une contracture en adduction de l'articulation de la hanche. Par contre, si nous ne constatons aucune inclinaison du bassin, nous en concluons qu'il s'agit d'un raccourcissement réel qui peut tenir soit à une longueur moindre de l'un ou l'autre segment du squelette du membre, soit à une altération des rapports de la tête fémorale avec la cavité cotyloïde. On pourra aussitôt s'assurer s'il s'agit de cette seconde alternative en menant la ligne de ROSER-NÉLATON. Si le trochanter dépasse cette ligne de 4 centimètres, nous en concluons à un déplacement de la tête fémorale ou du trochanter (luxation, etc.), ce qui explique le



raccourcissement. Mais si le trochanter est situé sur la ligne ilio-ischiatique, on peut affirmer que les segments du squelette du membre ont une longueur moindre que ceux du côté opposé.

Qu'on n'oublie pas, d'autre part, que ces conditions anatomiques peuvent être complexes, ce qui, précisément est assez souvent le cas, pour le raccourcissement. Admettons, par exemple, que dans le cas donné plus haut comme type, nous ayons trouvé du côté raccourci une élévation du bassin de deux centimètres; il resterait alors un raccourcissement réel de deux centimètres à côté du raccourcissement apparent dû à la compensation de la contracture en adduction, et l'on devrait en chercher la cause dans une luxation de la tête fémorale ou dans le raccourcissement de l'un des segments osseux du membre.

Nous nous contentons de cet exemple, car nous avons la conviction qu'il suffira à nous guider également, lorsqu'il s'agit de déterminer la cause de l'allongement d'une extrémité inférieure. Nous reviendrons, du reste, sur ces cas complexes, dans notre étude de la coxalgie.

Enfin il reste à déterminer le degré de rotation du membre; on le reconnaît facilement à la position de la pointe du pied ou de la rotule, qui regardent plus ou moins en dedans ou en dehors. Cette déviation peut-être compensée par une rotation correspondante du bassin autour de son axe longitudinal. Évidemment, il sera également toujours facile de reconnaître une abduction ou une adduction de la cuisse tant qu'elles ne sont pas compensées par un allongement ou un raccourcissement apparent de l'extrémité inférieure correspondante.

#### A. LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE (LUXATIONS ET FRACTURES)<sup>1</sup>.

##### 1. Luxations.

###### a. Luxations traumatiques.

§ 22. — Les luxations de la hanche ne sont pas précisément fréquentes. Comme elles ne se produisent guère qu'à la suite de violences traumatiques graves, on comprend que l'homme en raison de ses occupations, en soit beaucoup plus souvent atteint que la femme, et qu'elles s'observent tout particulièrement dans la période d'activité, soit de 20 à 50 ans. Passé ce terme, les mêmes violences traumatiques produisent plus volontiers une fracture qu'une luxation, et la cause doit en être cherchée dans une raréfaction du tissu spongieux, qui se produit chez les individus âgés, et qui diminue la résistance du col du fémur. Les luxations de la hanche sont aussi rares dans l'enfance; les mêmes causes qui chez l'adulte déterminent des luxations, produisent plutôt chez l'enfant des fractures, au niveau de l'épiphyse ou dans le voisinage de cette dernière,

1. Les plaies pénétrantes seront étudiées à propos des inflammations de l'articulation.

et il en est ainsi non-seulement à la hanche, mais encore dans les autres articulations. Ce fait s'explique aisément si l'on songe que l'enfant est moins exposé que l'adulte à des violences traumatiques capables de produire une luxation coxo-fémorale. Il existe, d'ailleurs, d'autres causes de cette particularité, à savoir les conditions anatomiques de l'articulation, l'extensibilité de la capsule et des ligaments articulaires, le défaut de résistance des parties osseuses qui limitent les mouvements, enfin la fragilité relative de l'os, dans le voisinage de l'articulation. Néanmoins j'ai l'impression que l'articulation de la hanche ne jouit pas d'une aussi grande immunité que diverses autres jointures, car j'ai déjà observé trois fois des luxations coxo-fémorales, chez des enfants âgés de 3 à 7 ans.

Jusqu'à présent il est difficile d'exprimer par des chiffres basés sur des statistiques les particularités que nous venons de signaler. Suivant les relevés de GURLT 12,09 : 100 de toutes les luxations intéressent la hanche, et 55,42 : 100, l'épaule. BLASIUS, pour 141 luxations de l'épaule, en a observé 51 du coude et 19 de la hanche. De même, d'après une statistique de G. WEBER, la hanche ne viendrait qu'en troisième rang : pour 69 luxations de l'épaule il a trouvé 30 luxations du coude et 21 de la hanche (HUETER, maladies des articulations).

§ 23. — Dans la grande majorité des cas de luxation de la hanche, la tête fémorale, par suite d'un mouvement forcé, mais se produisant dans la même direction que les mouvements physiologiquement possibles, est chassée hors de sa cavité par dessus le bourrelet cotyloïdien, tandis que le col du fémur s'appuie sur un point diamétralement opposé de ce même bourrelet, agit à la façon d'un levier. Nous reviendrons sur ce mécanisme dont la connaissance est importante aussi bien pour l'étiologie que pour la pathologie et le traitement, et nous nous contenterons d'indiquer pour le moment dans quelles directions la tête articulaire peut franchir le rebord cotyloïdien. Il y a quatre directions principales possibles et d'autres intermédiaires. Au point de vue de la fréquence des différentes luxations, nous avons à prendre en considération tout d'abord les bords latéraux de la cavité cotyloïde. La grande majorité des luxations de la hanche se produisent par dessus le bord latéral externe, c'est-à-dire en dehors. On les désigne sous le nom de **luxations en arrière**, parce que le bord latéral externe de la cavité cotyloïde se continue brusquement, en arrière sur l'os iliaque (**luxation iliaque**) et sur l'ischion (**luxation ischiatique**).

Plus rarement la tête fémorale franchit le bord latéral interne ou médian de la cavité cotyloïde; lorsqu'elle s'échappe directement en dedans ou en bas et en dedans, elle vient se placer sur le trou sous-pubien (**luxation obturatrice ou sous-pubienne**). Par contre, si la tête du fémur franchit la partie supéro-interne du bourrelet cotyloïdien, elle vient se