

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)¹.

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

fixer sur le bord supérieur du bassin, tantôt tout à fait en dedans (**luxation pubienne**), tantôt plus en dehors (**luxation ilio-pubienne**), et à une hauteur variable.

Bien plus rarement, c'est par la *partie supérieure ou inférieure* du rebord cotyloïdien que la tête fémorale s'échappe de sa cavité. Pour ce qui concerne d'abord la **luxation infra-cotyloïdienne**, dans laquelle la tête fémorale vient se placer sur le bord antérieur de la tubérosité de l'ischion, il suffit de jeter un coup d'œil sur le squelette pour se convaincre que la tête articulaire luxée ne peut rester que dans des conditions tout à fait exceptionnelles en équilibre sur l'arête étroite que lui offre l'ischion; elle glissera, en effet, soit du côté de la ligne médiane, soit latéralement, pour venir se placer sur le trou sous-pubien ou sur la face externe de l'ischion. Il est tout aussi rare de voir la tête fémorale franchir le bourrelet cotyloïdien directement en haut (**luxation supra-cotyloïdienne**).

Le schéma des luxations de la hanche est donc assez simple. Nous avons à distinguer d'abord les formes fréquentes dans lesquelles la tête fémorale s'échappe en avant ou en arrière, c'est-à-dire les luxations internes ou antérieures, et les luxations externes ou postérieures. Les **luxations externes ou postérieures** se divisent à leur tour en hautes et basses (**iliaques et ischiatiques**), et les **luxations internes ou antérieures** en supéro-internes (**pubiennes ou ilio-pectinées**) et inféro-internes (**sous-pubiennes ou obturatrices**).

Nous avons à mentionner, en outre, les formes rares de luxations qui se produisent dans le sens vertical, et que l'on divise en supérieures ou **supra-cotyloïdiennes**, et en inférieures (sur la tubérosité de l'ischion) ou **infra-cotyloïdiennes**.

Tout en nous conformant essentiellement à ce schéma, dans notre étude des luxations de la hanche, nous n'oublierons pas de mentionner, en temps et lieu, certaines formes intermédiaires et de transition, qui sont assez fréquentes.

Récemment, HUETER a divisé aussi les luxations de la hanche, d'après leur mode de production, en luxations par flexion et par extension. Le premier groupe comprend les luxations par flexion et adduction (iliaques et ischiatiques), et les luxations par flexion et abduction (obturatrices). Le second groupe, de son côté, comprend les luxations par extension et abduction (sus-pubiennes), et les luxations par extension et adduction (ilio-pectinées). A notre avis cette division ne peut être admise, car les luxations de la hanche ne se produisent pas toutes sous l'action des causes mécaniques dont il vient d'être question; d'autre part, selon nous, elle n'a pas une valeur pratique propre à faciliter l'étude de ce genre de lésions.

§ 24. — Nous avons dit que, dans la très grande majorité des cas, la tête fémorale est chassée de la cavité cotyloïde par une force agissant à la manière d'un levier. Pour qu'elle puisse sortir de cette cavité, il faut

tout d'abord que la capsule articulaire ait subi une solution de continuité. Cette déchirure de la capsule varie beaucoup de forme, de situation et d'étendue. GELLÉ, qui a publié, sur cette question, un travail très soigné et basé sur des recherches anatomiques et des expériences, admet quatre formes de déchirures de la capsule, qui diffèrent l'une de l'autre par leur siège, leur direction et leur étendue.

Dans la première forme, la déchirure est parallèle à l'axe longitudinal de la capsule, et occupe la partie postéro-inférieure de cette dernière; elle commence par une large base, au niveau du bourrelet cotyloïdien et se termine en pointe, à l'insertion de la capsule sur le fémur. Cette forme de déchirure se produit sous l'influence d'un choc qui atteint la cuisse en flexion, et qui, suivant sa direction ultérieure, produit le plus souvent une luxation iliaque, plus rarement une luxation obturatrice. D'après la forme et la direction de cette déchirure, on n'a aucun motif d'admettre qu'elle constitue un obstacle à la réduction par la méthode de flexion.

Dans la seconde forme, la déchirure se produit près du rebord cotyloïdien, perpendiculairement à l'axe de la capsule, et à la face antérieure ou postérieure de cette dernière.

L'abduction, dans la demi-flexion, produit une déchirure à la face antérieure de la capsule (luxation obturatrice). La rotation en dedans détermine une déchirure au niveau de la face postérieure de cette membrane (luxation iliaque directe). De même dans l'adduction, la capsule peut se déchirer, soit à sa partie supérieure (luxation supra-cotyloïdienne), soit à sa partie inférieure (luxation ischiatique, se transformant facilement en obturatrice et iliaque). Cette forme de déchirure ne peut pas non plus être considérée comme un obstacle à la réduction de la luxation.

Par contre, dans *deux autres formes* de déchirure, la capsule peut s'interposer entre les surfaces articulaires. Dans l'une de ces deux formes, un mouvement de flexion, d'adduction et de rotation en dehors, déchire la capsule parallèlement à son axe, près ou au niveau même de son insertion au col du fémur (luxation iliaque ou ilio-ischiatique), tandis que dans l'autre forme, la capsule entière est arrachée du col fémoral, et peut alors constituer un obstacle à la réduction en se retirant dans la cavité cotyloïde. Cette déchirure se produit à la suite d'une violence traumatique grave ayant déterminé un mouvement forcé de circumduction de la cuisse. L'arrachement total de la capsule de son insertion cotyloïdienne est rare, et elle a, d'ailleurs, moins d'importance.

Dans les expériences sur le cadavre, on ne réussit que rarement à reproduire ces deux dernières formes de déchirure de la capsule.

C'est de la portion de capsule restée intacte que dépend essentiellement la position de la tête fémorale luxée. Par sa tension, elle fixe, en effet, cette dernière dans sa situation normale. Depuis nombre d'années déjà, les chirurgiens ont insisté sur le fait que, précisément la partie la plus forte du renforcement fibreux de la capsule, le **ligament de Bertin**, ne se déchire complètement que dans des cas exceptionnels, et que c'est lui qui, par sa tension, exerce la plus grande influence sur la