

position de la tête fémorale. D'après BIGELOW, ce fait est d'une extrême importance et doit servir de base à la classification des luxations de la hanche. Il est certain que l'on peut reproduire ces luxations typiques, avec fixation de la tête fémorale, en se servant d'une préparation anatomique de l'articulation de la hanche, que l'on a complètement dépouillée de ses muscles, et dont on a sectionné la capsule, de façon à ne laisser intact que le ligament de Bertin. On ne saurait nier l'importance de ce fait, au point de vue du traitement, car toute méthode rationnelle de réduction doit compter avec ce ligament; tantôt on devra le relâcher, tantôt on utilisera, au contraire, son état de tension, en faisant décrire à la tête du fémur un mouvement de rotation autour du ligament tendu, de façon à la faire rentrer dans la cavité cotyloïde.

BIGELOW divise les luxations de la hanche en *régulières*, dans lesquelles la position de la tête fémorale est déterminée par la conservation de la totalité ou d'une partie du ligament, et en *irrégulières*, dans lesquelles, le ligament étant déchiré, la position de la tête articulaire n'offre rien de typique. Cette division basée sur la connaissance des faits précédents, peut être utilisée dans la pratique.

Quant aux autres parties molles de l'articulation, elles ne sont certainement pas sans importance, au point de vue de la position de la tête fémorale luxée et des difficultés de la réduction. Le ligament rond, il est vrai, est toujours déchiré, mais l'interposition mentionnée plus haut, de la capsule articulaire, peut évidemment, dans nombre de cas, constituer un obstacle à la réduction, et les muscles, de leur côté, ne sont pas sans jouer un certain rôle sous ce rapport. Il est vrai qu'ils ne se comportent pas toujours de la même manière, dans les différentes formes de luxation; aussi ne peut-on leur attribuer autant d'importance qu'aux ligaments fibreux de renforcement. Les petits muscles rotateurs (pyramidal, obturateurs interne et externe) dont il est surtout question ici, sont, en effet, dans bien des cas, complètement déchirés; dans d'autres, cependant, et particulièrement dans les luxations postérieures, la position de la tête fémorale luxée, est déterminée par l'un ou l'autre de ces muscles. BIGELOW ne fait jouer un rôle, à ce point de vue, qu'au seul obturateur interne qui possède à sa face postérieure certains faisceaux tendineux de renforcement. Toutefois, le plus souvent, les muscles distendus passivement, n'opposent pas un obstacle insurmontable à la réduction de la luxation.

Il est, en somme, rare de voir des fractures compliquer les luxations de la hanche. En général, il s'agit alors de fractures circonscrites du rebord cotyloïdien. Dans quelques rares cas, on a vu se produire à la fois, du même côté, une luxation de la hanche et une fracture du col du fémur.

§ 25. — Les violences traumatiques produisant une luxation de la

hanche, n'atteignent que très rarement le grand trochanter, de façon à chasser directement la tête fémorale hors de la cavité articulaire. Dans la plupart des cas, la luxation est due à des mouvements extrêmes de l'articulation: tantôt c'est une cause traumatique qui agit sur l'extrémité inférieure (chute sur le genou fléchi, les jambes étant fortement écartées, etc.), tantôt c'est le tronc et le bassin qui se déplacent sur l'extrémité inférieure fixée, comme, par exemple, lorsque le corps est pris sous un éboulement. Les deux causes traumatiques, directe et indirecte, peuvent naturellement se combiner entre elles.

La luxation de la hanche se produit par un mécanisme de levier. En effet, dès que la tête fémorale a vaincu l'obstacle que lui opposent les muscles et les ligaments, le col de l'os s'appuie contre un point quelconque du bourrelet cotyloïdien, et la force traumatique fait basculer le fémur autour de ce point d'appui, en agissant sur le long bras de levier, constitué par la cuisse. La tête fémorale vient presser contre la capsule qui se rompt, et grâce au mouvement de levier, elle s'échappe de la cavité articulaire en un point diamétralement opposé à celui du point d'appui. Les expériences sur le cadavre nous ont appris à connaître le mécanisme des différentes formes de luxations de la hanche. Nous y reviendrons plus loin, lorsque nous nous occuperons des diverses formes de luxations en particulier, car ces expériences ont de l'importance au point de vue de la pathologie et du traitement. La position que prend la tête articulaire, à côté de la cavité cotyloïde, est déterminée par les mouvements qui se produisent, à la suite de l'accident, soit que l'extrémité obéisse aux lois de la pesanteur, soit que le malade ait soumis à des contractions volontaires, les muscles qui font mouvoir la cuisse sur le bassin. Aussi distingue-t-on dans les luxations de la hanche une position primitive et une position secondaire de la tête fémorale.

§ 26. — HIPPOCRATE avait déjà établi d'assez bonnes règles pour la réduction des luxations de la hanche; suivant lui, la flexion combinée avec de légers mouvements de va-et-vient de la cuisse, devait suffire, dans beaucoup de cas, à faire rentrer la tête du fémur dans la cavité. Néanmoins, la réduction était tentée autrefois par le procédé d'extension dans l'axe du membre, souvent avec un déploiement énorme de force, et sans que l'on prit en considération l'étiologie ni la disposition anatomique des parties intéressées. Cependant, PETIT enseignait déjà le procédé consistant à opérer des tractions, après avoir placé le genou dans la flexion, et un certain nombre de chirurgiens (KIRKLAND, ANDERSON, POUTEAU, PARÉ, etc.), considéraient comme étant le procédé le plus rationnel, la flexion de la cuisse, à angle aigu, combinée avec des mouvements de rotation. Dans ce siècle, et à peu près à la même époque, DESPRÉS, en France, et N. R. SMITH, en Amérique (1836), ce dernier se basant sur la méthode employée, depuis 1815, par son père, NATHAN SMITH, enseignèrent que la luxation iliaque devait être réduite par la

flexion de la cuisse, avec rotation en dehors. Ce procédé a été ensuite mis en pratique en France, en Amérique, mais avant tout en Allemagne. Ce sont, d'ailleurs, les chirurgiens allemands qui ont le mieux saisi le mécanisme par lequel s'opère la réduction. Si nous possédons actuellement une méthode de réduction basée sur des données scientifiques, nous le devons surtout à ROSER, grâce à ses expériences et à ses recherches anatomiques exactes. BUSCH a suivi la même voie et a complété sur plus d'un point les résultats des recherches de ROSER. Nous utilisons, de nos jours, pour la réduction, les connaissances que nous ont fournies, sur la pathogénie des luxations, les observations cliniques, les expériences et les recherches anatomiques; or, comme les différentes luxations de la hanche sont dues à un mécanisme de levier intervenant à l'état de flexion de la cuisse, c'est par un mouvement de levier, imprimé en sens contraire à la cuisse fléchie, que l'on parviendra, le plus souvent, à faire rentrer dans la cavité cotyloïde, la tête fémorale déplacée, en utilisant dans ce but certaines parties restées intactes de la capsule articulaire (ligament de Bertin, suivant BIGELOW). Ici encore, par conséquent, le chirurgien qui met sagement en pratique les connaissances acquises, obtiendra la réduction par la seule force de ses mains, sans user de violence, car il saura tourner l'obstacle en faisant, en général, reprendre à la tête fémorale, mais en sens inverse, la voie qu'elle a suivie pour sortir de la cavité articulaire.

b. Luxations dans lesquelles la tête fémorale franchit le bord postérieur de la cavité cotyloïde (luxations en arrière ou rétro-glénoïdiennes).

Luxations ischiatiques et iliaques. Luxations par flexion et adduction (HUETER).

§ 27. — Lorsque sur un cadavre, le bassin et le tronc étant fixés, on fléchit la cuisse à laquelle on imprime des secousses, dans le sens de l'adduction, ainsi qu'un mouvement de rotation en dedans, il en résulte une luxation de la tête fémorale en arrière. Le bord supéro-interne de la cavité cotyloïde fournit, en effet, un point d'appui au col du fémur, et la tête articulaire se trouve refoulée avec une grande force contre la partie postéro-inférieure de la capsule. Celle-ci se déchire et la tête du fémur franchit le bord correspondant du cotyle.

C'est, sans doute, du degré de flexion de la cuisse, au moment de l'accident, que dépendent essentiellement les deux formes de luxations postérieures, à savoir la luxation **ischiatique** et la luxation **iliaque**. Lorsque la violence traumatique agit sur la cuisse à l'état de forte flexion, la tête du fémur vient s'appuyer contre la partie inféro-externe de la capsule articulaire qui se déchire; par contre, c'est franchement en arrière que se produit la déchirure, lorsque la cuisse, légèrement fléchie, est soumise à un mouvement violent de rotation en dedans. C'est ainsi que se produisent les deux formes de luxations postérieures; à la forte flexion correspond la luxation ischiatique, et à la flexion légère la luxation ilia-

que. Nous conservons ces deux dénominations, bien que le caractère essentiel de ces luxations doive être cherché, non pas dans la position de la tête du fémur, relativement à l'os iliaque et à l'échancrure sciatique, mais bien dans la déchirure de la capsule et les rapports de la tête luxée avec certains muscles, lorsque ces derniers ne sont pas déchirés. Quant à la fréquence relative des deux formes de luxation, c'est une question sur laquelle nous nous abstenons de porter un jugement. D'après ROSER, c'est la luxation ischiatique que l'on observe le plus souvent, tandis que, suivant KOCHER, la luxation iliaque est généralement considérée comme étant la plus fréquente.

Dans la **luxation iliaque**, la tête articulaire se trouve située en arrière du rebord cotyloïdien, sur l'os iliaque à une hauteur variable, et elle est recouverte par le muscle grand fessier. La tête luxée dépasse rarement le niveau d'une ligne droite menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie la plus élevée de la grande échancrure sciatique (MALGAIGNE, ROSER). Le ligament de Bertin empêche, en général, que l'os ne se déplace à une hauteur plus grande.

La tête articulaire s'appuie en haut contre les muscles plus ou moins déchirés (moyen et petit fessiers), ainsi que sur l'os iliaque. Les petits muscles rotateurs peuvent être rompus ou conservés. Dans cette seconde alternative, ce sont les muscles obturateurs qui forment la limite inférieure pour la tête fémorale luxée, c'est-à-dire que cette dernière se trouve située entre les muscles en question et le pyramidal, ou entre le pyramidal et le moyen fessier. La déchirure de la capsule, lorsqu'elle n'est pas très étendue, intéresse essentiellement la partie postérieure de cette membrane. Le ligament ilio-fémoral est conservé et fortement tendu, surtout dans sa partie externe (BIGELOW). En effet, lorsqu'on détermine une luxation sur le cadavre, et qu'on divise ensuite la partie externe de ce ligament, on voit disparaître la rotation caractéristique de la cuisse en dedans. Du reste, les parties plus faibles mais intactes de la capsule, contribuent également à maintenir le membre luxé dans son attitude typique.

Quant aux **symptômes de la luxation iliaque**, le plus important et celui qui frappe le plus l'observateur, c'est une *forte rotation de la cuisse en dedans*, laquelle est maintenue dans cette position par la capsule articulaire tendue. On la reconnaît à la direction de la rotule et à la rotation du pied en dedans. Dans la position debout ou couchée du malade, les orteils du membre luxé croisent les orteils ou le dos du pied du côté sain. En outre, le membre est dans l'adduction. Quant à la flexion de la cuisse, elle existe à un degré variable; en général, elle n'est pas très prononcée. Il en est de même du raccourcissement de l'extrémité luxée. Lorsque la tête fémorale, qui a fui en arrière du rebord cotyloïdien, se trouve située à peu près à la même hauteur que la cavité articulaire, le raccourcissement n'est ordinairement pas très considéra-