

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-

ble. Par contre, il peut atteindre six centimètres, lorsque la tête fémorale s'est déplacée de bas en haut, jusque sur l'os iliaque.

Dans la recherche des signes de la luxation, on devra prendre également en considération l'état d'adduction de la cuisse. Cette adduction, en effet, entraîne un raccourcissement apparent avec élévation du bassin. On détermine le raccourcissement réel par la mensuration de la manière décrite plus haut, ainsi que par les rapports du trochanter avec la ligne de ROSER-NÉLATON (voir fig. 30).

C'est du degré de développement du tissu adipeux et des masses musculaires que dépend la possibilité ou l'impossibilité de sentir la tête fémorale sur l'os iliaque. Ce signe est plus facile à constater lorsqu'on imprime au membre de légers mouvements de rotation.

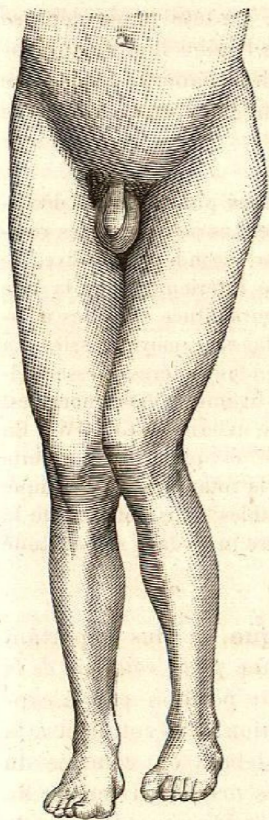


Fig. 30. — Luxation iliaque.

Quant aux mouvements de la cuisse, celui de flexion est possible, tandis qu'il n'en est pas de même de la rotation en dehors, ni surtout de l'abduction.

Dans la **luxation ischiatique**, la déchirure, nous l'avons dit plus haut, intéresse la partie postéro-inférieure de la capsule, et dans l'adduction qui se produit ensuite, la tête fémorale franchit le bord inférieur du bourrelet cotyloïdien. La rotation en dedans joue ici un rôle moins important dans la pathogénie de la luxation (ROSER).

Lorsque la tête du fémur sort de la cavité, à la suite d'une simple flexion énergique de la cuisse, il peut arriver qu'elle reste fixée au-dessous du cotyle, à condition qu'il ne se produise pas de rotation du membre. La tête luxée se trouve alors appliquée sur la tubérosité de l'ischion (**luxation infra-cotyloïdienne, luxation en bas**). Mais une légère rotation suffit pour que la tête du fémur perde son équilibre sur le bord antérieur de la tubérosité de l'ischion, et s'échappe en arrière; ou bien une rotation de la cuisse en dehors, la fait glisser vers la ligne médiane, et elle vient alors se placer sur le trou sous-pubien. Ces cas forment donc transition entre les deux genres de luxations (antérieures et postérieures).

La position de la tête fémorale, une fois qu'elle a franchi le rebord cotyloïdien, en bas et en arrière, est, en général, déterminée par certains

mouvements secondaires du membre. Tantôt elle reste au-dessous de l'obturateur interne, entre ce dernier et le muscle carré crural, tantôt elle s'élève un peu plus haut, de telle sorte que le tendon de l'obturateur interne passe comme une corde tendue sur le bord supérieur du col du fémur. Mais, assez souvent, le fort tendon de ce muscle est lui-même déchiré, et néanmoins la tête fémorale reste dans sa position typique (ROSER, TILLAUX, etc.) Par conséquent, on ne peut admettre que la tension de l'obturateur interne ait l'importance que lui attribue BIGELOW, lequel désigne cette forme de luxation sous le nom de luxation au-dessous du tendon. Bien plus important est le siège de la déchirure de la capsule: dans la forme typique de la luxation ischiatique, la déchirure de cette membrane se produit à sa partie postéro-inférieure, tandis que la partie postérieure, en rapport avec les petits muscles rotateurs, reste absolument intacte. La tête fémorale sort par l'ouverture de la capsule en contournant la partie conservée de cette membrane, laquelle forme une corde tendue entre le bord postérieur de la cavité cotyloïde et le col du fémur. Le ligament de Bertin est conservé et aussi fortement tendu, surtout à sa partie interne.

Le mouvement secondaire qui se produit à la suite de la luxation en forte flexion, consiste presque toujours dans l'extension du membre. Néanmoins la cuisse reste, en général, à un plus haut degré de flexion que dans la luxation iliaque. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le degré de la rotation en dedans. D'après ROSER, elle est peu marquée, tandis que BIGELOW et KOCHER insistent précisément sur la forte rotation du membre. Comme la tête fémorale est située plus bas que dans la luxation iliaque, le raccourcissement est moindre, et l'on sent la partie luxée dans la région de la tubérosité de l'ischion.

Comme nous l'avons dit plus haut, la paroi postérieure de la capsule et le ligament de Bertin sont fortement tendus, et l'on comprend, dès lors, facilement la gravité que l'on attribuait autrefois à ces luxations, alors que l'on cherchait à en opérer la réduction par de simples tractions sur le membre dans l'extension. — Nous ne ferons que mentionner ici la luxation en arrière avec rotation en dehors. Cette forme atypique s'observe dans les cas de déchirure étendue de la capsule articulaire ou de rupture complète du ligament de Bertin.

§ 28. — Dans ces derniers temps, divers chirurgiens ont émis l'opinion qu'il convenait d'éviter l'emploi du chloroforme dans la réduction des luxations de la hanche. Pour notre part, nous n'y voyons aucun avantage pour l'opérateur, et encore moins pour l'opéré; nous pensons, au contraire, qu'il importe d'éliminer, par la narcotisation, la résistance active des muscles, car cette dernière ajoute un facteur de toute importance aux obstacles à la réduction, lesquels, du reste, nous sont en grande partie connus. D'ailleurs, il est hors de doute que la réduction, même lorsqu'elle exige relativement peu de temps, constitue,