

Étude générale de la rupture capsulaire. — Je vous ai esquissé d'abord une étude symptomatique générale des différentes formes de luxation de la hanche, parce qu'il importe surtout aux commençants de bien différencier les aspects extérieurs, de façon à poser le diagnostic le plus tôt possible. En effet, on peut établir au premier coup d'œil le diagnostic des trois variétés que nous venons d'étudier. Il importe maintenant de faire une étude critique du sujet.

La réforme la plus importante qui ait été introduite dans l'étude des luxations est celle que Malgaigne inaugura en disant que les muscles ne jouaient pas, dans les luxations, le rôle important que les anciens leur faisaient jouer, que par conséquent l'obstacle principal à la réduction n'était pas dans l'action mystérieuse de certains spasmes musculaires ; enfin que dans la pathogénie de certaines formes de luxations, les muscles n'intervenaient pas davantage. Quel est donc le facteur important ? Roser a répondu à cette question d'une façon très exacte, en attirant l'attention sur la rupture capsulaire et la tension des ligaments ; et plus tard Busch a donné des preuves détaillées que la position de la jambe luxée était subordonnée à la capsule et aux ligaments. Roser a montré avec beaucoup de justesse combien il était important de distinguer la position primitive de la position secondaire de la tête luxée. Nous-même avons fait observer que la luxation en arrière pouvait se produire par une déchirure capsulaire inférieure, et il n'est nullement douteux que beaucoup de luxations en arrière se produisent de cette façon. Mais la luxation obturatrice peut également être consécutive à une rupture de la capsule en bas. La luxation primitive dans ces deux cas se fait donc en bas, et ce sont des mouvements ultérieurs qui impriment à la tête une direction déterminée. Les idées de ce genre devaient mener à la recherche d'un procédé rationnel de réduction. Cette étude fut commencée par un travail fort important de Gellé.

En se fondant sur des expériences cadavériques, Gellé a entrepris de rechercher les rapports existant entre la rupture capsulaire, la violence extérieure, et la situation de la tête fémorale. Selon lui, voici les différentes formes de ruptures capsulaires :

A. *Rupture longitudinale* ; la capsule se déchire parallèlement à l'axe du col, et toujours dans sa portion postéro-inférieure.

B. *Rupture transversale* ; la capsule se déchire perpendiculairement au col du fémur, et :

- 1) près du bord du cotyle,
 - a) en avant, b) en arrière, c) en haut, d) en bas.
- 2) près de l'insertion au col du fémur.

C. *Rupture totale* : toute la capsule est déchirée.

A. Quand une violence extérieure a surpris le fémur dans une flexion prononcée, surtout associée à un léger degré d'abduction, il en résulte très facilement une rupture longitudinale en bas et en arrière par laquelle peut se luxer la tête. La tête fuit d'abord en bas, et il importe alors de savoir si la violence s'arrête ou continue à exercer son action. Si la force cesse de s'exercer, la cuisse tombe dans l'extension, et dans ce mouvement la tête est forcée de tourner autour de la partie postérieure du cotyle ; il se forme une luxation en arrière. Mais si la flexion est suivie d'une abduction forcée, la tête tourne autour de la partie antérieure du cotyle, et il en résulte une luxation obturatrice ou péri-néale. La plupart des luxations en arrière sont dues à un excès de flexion et quand les anamnétiques n'affirment pas absolument que la luxation en arrière s'est produite dans l'extension, on doit toujours admettre qu'elle s'est produite dans la flexion. Le siège de la rupture engage donc, pour obtenir la réduction, à *fléchir* d'abord le membre afin de mettre la tête au niveau de la rupture et de n'exécuter qu'à partir de ce moment un mouvement de rotation en dehors.

B. La capsule se déchire transversalement contre le bord du cotyle :

1. *En avant*, c'est-à-dire au-devant d'une ligne allant de l'épine antéro-supérieure à l'ischion ; c'est ce qui arrive quand une violence agit de façon à repousser fortement le trochanter en arrière c'est-à-dire surtout dans l'hyper-abduction pendant une flexion moyenne. La conséquence en est une luxation obturatrice. Si les anamnétiques n'affirment pas que la luxation obturatrice s'est produite par le mécanisme indiqué en A, par excès de flexion, on peut supposer qu'elle a été produite par l'hyper-abduction pendant la flexion ; et alors la réduction peut se faire en repoussant simplement la cuisse en dehors afin qu'elle franchisse le court espace allant au cotyle, puis en lui faisant subir un mouvement d'adduction ;

2. *En arrière*, c'est-à-dire en arrière de la ligne que nous venons d'indiquer ; ceci se produit par une rotation en dedans ; cependant cette rupture est rare, ainsi que les luxations primitives ou secondaires qui en résultent, parce que le bord antérieur du cotyle est trop peu proéminent pour que le col fémoral puisse s'y appuyer au moment de la rupture.

3. *En haut*, par une adduction forcée, et la tête fémorale roule ou bien au-dessus du bord du cotyle dans la fosse iliaque ou sur le côté externe de la branche du pubis.

4. *En bas*, par excès d'abduction ; la tête du fémur sort d'abord en bas sur l'ischion et c'est par un mouvement secondaire qu'elle se porte en avant ou en arrière du cotyle.

D'une façon générale on peut dire que dans une rupture située