

contre le bord du cotyle, c'est la rotation consécutive qui détermine la projection de la tête et par conséquent la forme de la luxation.

La capsule peut également se rompre transversalement contre le fémur. Sur 150 expériences, Gellé n'a provoqué cette lésion que quatre fois ; il en est toujours résulté une luxation en arrière irréductible. Quant à savoir si cette forme s'est manifestée sur le vivant, c'est douteux, parce que Gellé en a trouvé une seule préparation, mais la luxation était ancienne. Les tentatives de déchirures totales de la capsule soit au fémur soit au cotyle n'ont pas donné lieu à des déductions pratiques.

Si maintenant nous retournons la question et que, partant de la forme de luxation, nous nous demandions à quel niveau la capsule a été déchirée, nous arriverons au schéma suivant :

D'après Gellé :

1. Une luxation en arrière est due :

- a) à une rupture longitudinale, en bas et en arrière ;
- b) à une rupture transversale près du bord du cotyle (rare) ;
- c) à une rupture transversale inférieure.

2. Une luxation antéro-inférieure est due :

- a) à une déchirure longitudinale en arrière et en bas ;
- b) à une déchirure transversale près du bord du cotyle ;
- c) à une déchirure transversale en bas.

3. Une luxation en avant et en haut est due :

à une rupture transversale supérieure contre le bord du cotyle.

D'après tout ce qui vient d'être dit, on voit combien peu Malgaigne a eu raison de distinguer la luxation iliaque de la luxation ischiatique. Vous voyez que cette distinction ne regarde que la rupture capsulaire. Sous le nom de luxation iliaque, Malgaigne avait compris des cas dans lesquels la tête avait été luxée primitivement en bas, puis était remontée consécutivement. Roser objecte très justement que d'après cette manière de voir on peut considérer un seul et même cas, selon que la jambe du malade sera étendue, demi-fléchie, ou fléchie, comme une luxation iliaque, ischiatique ou inférieure, puisque la tête fémorale est sur l'os iliaque dans le premier cas, sur l'échancre dans le second, sous le cotyle dans le dernier. Sous le nom de luxations iliaques, on ne devrait donc décrire que celles dans lesquelles la tête est sortie primitivement en arrière et bien entendu par une déchirure postérieure de la capsule. Mais d'après les recherches de Gellé, cette luxation serait très rare, et Roser prétend même que ce genre serait le plus rare de tous, et que l'immense majorité des luxations en arrière sont ischiatiques, c'est-à-dire ont eu lieu par une rupture primitive inférieure, et que la tête a été dirigée secondairement en arrière par l'extension et

la rotation du membre. Mais il peut encore se produire ceci : si on voulait diviser les luxations d'après le siège de la rupture, il faudrait faire 2 variétés de luxation obturatrice : une primitive due à une déchirure transversale antérieure près du bord du cotyle, et une secondaire, résultant d'une luxation primitivement inférieure qui, de son côté, serait due à une rupture longitudinale en bas et en arrière ou à une déchirure transversale en bas<sup>1</sup>.

Je ne puis me résoudre à adopter toutes ces distinctions, et en pratique j'en suis donc resté au schéma dans lequel sont figurées trois formes principales, quitte à revenir sur leur mode de production quand cela est nécessaire.

**Étude générale des procédés de réduction.** — Les études faites sur la rupture de la capsule devaient naturellement avoir pour conséquences la recherche de nouveaux procédés de réduction<sup>2</sup>.

(1) Albert semble avoir tort de ne vouloir point admettre la distinction entre les luxations ischiatique et iliaque. Il est certain que d'une part il existe des cas intermédiaires, que d'autre part on peut souvent passer de l'une à l'autre, mais ce n'est pas un motif pour repousser toute distinction entre les cas types : sans cela, on n'admettrait presque nulle part de variétés parmi les luxations faites dans le même sens. Comme le dit Bigelow, la luxation ischiatique est une luxation au-dessous du tendon de l'obturateur interne. Si maintenant la violence est plus grande et si, pris de bas en haut, le tendon et la partie postérieure de la capsule sont déchirés, la tête peut remonter dans la fosse iliaque. Dans ce cas, évidemment, et c'est même là un temps essentiel de la réduction, la flexion a pour effet de faire redescendre la tête en position ischiatique, mais elle revient en position iliaque si on laisse le membre aller à son propre poids. Quant aux positions intermédiaires, elles sont rares, parce que entre l'ischion et la fosse iliaque existe derrière le cotyle une surface en dos d'âne sur laquelle la tête ne peut guère rester en équilibre stable. En clinique, la luxation iliaque, c'est-à-dire postérieure et élevée, se distingue de l'ischiatique par la flexion moindre, en sorte qu'abandonnée à elle-même elle compromet moins gravement les fonctions du membre. C'est analogue à ce qu'on observe pour les luxations hautes ou basses en avant, c'est-à-dire pubienne ou obturatrice. (A. B.)

(2) La réduction des luxations de la hanche présentait certaines difficultés pour les anciens et donna lieu à bien des méthodes et des procédés. Hippocrate fait la critique d'un certain nombre de procédés. Dans la luxation obturatrice, par exemple, le malade était suspendu par les deux jambes la tête en bas ; l'opérateur posait son avant-bras entre la tête fémorale luxée et le périnée, saisissait de l'autre main l'avant-bras mis entre les jambes du malade et se suspendait ainsi après le patient. Hippocrate disait que ce procédé était bon, logique et qu'il avait quelque chose de brillant. Le principe de la méthode d'Hippocrate était l'extension, la contre-extension et une action directe sur la tête du fémur ; la contre-extension était obtenue le plus souvent en faisant mettre le malade à cheval sur un morceau de bois (une solive, etc.) : on appuyait sur la tête au moyen de leviers. L'extrémité du membre luxé était fixée à de longues at-