

ces lésions existent souvent simultanément avec celles du membre inférieur, leur mode d'évolution, leurs difformités, les déviations qu'elles entraînent, leurs moyens de traitement chirurgical et orthopédique sont similaires, je préfère donc terminer cet ouvrage par un chapitre d'ensemble sur les lésions congénitales des membres.

CHAPITRE IX. — MALADIES CHIRURGICALES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

ARTICLE PREMIER. — AFFECTIONS DE LA HANCHE.

Lésions traumatiques.

§ 1. — Plaies.

Si les plaies de la hanche par instruments tranchants ou piquants sont très rares, celles par projectiles de guerre s'observent au contraire quelquefois. Quand les parties molles péri-articulaires sont seules atteintes, la blessure n'offre rien de particulier.

Le projectile ou un de ses fragments peuvent ouvrir la capsule articulaire, sans fracturer les os; ce cas, bien que possible théoriquement, me semble devoir devenir de moins en moins probable avec les nouvelles balles. L'arthrite peut ne pas s'établir primitivement et le blessé peut guérir, d'autres fois l'arthrite aiguë, nous l'étudierons plus loin, intervient avec toutes ses graves conséquences. On a vu souvent survenir des arthrites secondaires, je me demande si en pareil cas les os n'avaient pas été éraflés par le projectile.

Les os de la hanche, cavité cotyloïde, tête fémorale, col et trochanters sont souvent fracturés, et l'ouverture de la capsule n'est alors qu'une complication de la fracture par coup de feu que nous décrirons plus loin avec toutes les autres fractures de la hanche.

§ 2. — Fractures de la hanche.

Déjà nous avons décrit les fractures de la ceinture pelvienne, de la cavité cotyloïde et de son rebord, il ne nous reste plus à parler que des fractures de la partie fémorale de la hanche, des fractures du col du fémur.

Tout comme l'humérus, l'extrémité supérieure du fémur peut être brisée dans son col anatomique et dans son col chirurgical. On a beaucoup insisté jadis sur une division de ces fractures en *intra* et *extra-capsulaires*, on avait même divisé les fractures en *intra-synovio-capsulaires*

et *extra-synovio-capsulaires*. Une étude attentive de la disposition des fibres ligamenteuses autour du col fémoral, sur la face postérieure duquel elles ne prennent aucune implantation, qu'elles contournent simplement pour venir renforcer en avant toutes les bandes puissantes qui empêchent, dans la station debout, la cuisse de dépasser en arrière la verticale, font voir qu'une fracture du col chirurgical, alors même qu'elle est nettement transversale, peut être extra-capsulaire en arrière, et intra-capsulaire en avant.

Chez l'adulte, le col du fémur présente une puissante résistance due surtout à la disposition architectonique des travées osseuses qui constituent sa substance; cette résistance est augmentée par la direction oblique, la forme aplatie, paraboliquement excavée que présente ce col sur sa face postérieure. Toutes les forces de pression que transmet de haut en bas le poids du corps, toutes celles de résistance venue par les pieds ou les genoux ne parviennent pas à fracturer l'os, mais chez le vieillard le tissu osseux est stéatosé, raréfié, le col, au lieu de rester oblique de haut en bas et de dedans en dehors, s'affaisse sous l'influence de la pression constante du poids du corps, sa direction devient de moins en moins oblique et la disposition architectonique de ses travées se modifie, se surbaïsse; la résistance du tissu osseux du col est donc diminuée, et sous l'influence d'une force qui chez l'adulte n'eût produit aucun effet, le col se brise.

Tantôt c'est une chute sur les pieds ou les genoux, une chute sur le trochanter stéatosé dans la cavité digitale duquel s'enfonce le col, d'autres fois au contraire le vieillard craint de tomber en avant, il porte violemment le tronc en arrière, les fibres de la capsule renforcées par le puissant ligament de Bertin résistent et fracturent le col [par arrachement. C'est très souvent en trébuchant dans les plis d'un tapis, que ces accidents se produisent.

A. *Fractures du col anatomique (intra-capsulaires)*. — La tête osseuse peut être complètement détachée, tous ses liens fibreux, périostiques ou capsulaires étant rompus. Le membre est raccourci, le fragment externe ou inférieur se portant en haut, sous l'influence de la force vulnérante, qu'elle vienne d'en bas ou d'en haut. L'élasticité des muscles fessiers mise en liberté par ce déplacement du bras de levier porte le membre en rotation en dehors, et le blessé ne peut plus s'appuyer sur le pied. La crépitation n'est pas toujours facile à obtenir.

C'est d'ordinaire une brisure transversale d'arrière en avant ou oblique en dehors et en avant qui se produit; quelquefois cependant la ligne de fracture est à deux plans angulaires et constitue un coin qui s'enfonce dans la tête et la fait éclater.

Il peut se faire encore que plus ou moins de liens fibreux ne soient pas rompus ou que les fragments engrénés par pénétration restent incomplètement réunis, le raccourcissement ne se produit pas, alors,

le membre n'est pas en rotation externe (éversion), il pourrait même se mettre en rotation interne (?), l'impotence fonctionnelle n'est pas absolue et l'on a vu des blessés continuer à marcher après l'accident.

B. *Fractures du col chirurgical (extra-capsulaires)*. — C'est d'ordinaire au niveau du point de jonction avec les trochanters que le col chirurgical se brise. Le fragment supérieur, le col, s'enfonce dans le trochanter, et le fait éclater de telle sorte que la distance entre le cotyle et la face externe du grand trochanter est diminuée de toute la quantité dont le col s'y est enfoncé, les fragments écartés du trochanter élargissent le diamètre antéro-postérieur de celui-ci. Mais cet enfoncement ne se fait pas normalement; en effet, soit sur le trochanter soit sur le col existent des parties plus résistantes, c'est ainsi que le bord inférieur du col s'enfonce toujours un peu plus que son bord supérieur, d'où un angle qui surbaisse le col fémoral; en même temps en raison de la présence en arrière d'une sorte de bande osseuse dense (septum de Bigelow), qui s'étend de l'intérieur du col jusque dans le tissu du trochanter, la résistance de la partie postérieure est plus grande et la fracture béante en avant n'est que peu ou pas écartée en arrière.

On comprend que lorsque les fragments sont fortement enclavés l'un dans l'autre, il n'y a d'autre raccourcissement que celui qui est dû à la disparition de l'angle que fait le col avec le trochanter dont le bord supérieur se rapproche de la crête iliaque; la crépitation fait défaut ou ne se produit qu'entre les fragments du trochanter éclaté. Le trochanter élargi est douloureux à la pression, toute la région est gonflée, quelquefois l'engrènement est tel que le blessé peut faire quelques pas, en s'aidant d'une canne, qui lui fait éviter en partie la pression douloureuse transmise de bas en haut par le contact du pied sur le sol; le pied est tourné en dehors par rotation externe du fémur. Cette rotation est due d'abord à l'angle que fait la partie antérieure du fragment supérieur avec le trochanter, et à l'élasticité des fessiers. Le col ayant diminué de longueur par son enfoncement dans le trochanter, la distance normale entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le trochanter est amoindrie.

Quand l'enclavement est peu marqué et que les fragments peuvent jouer l'un sur l'autre, la crépitation est d'abord facile à percevoir et les déplacements sont beaucoup plus considérables. Le membre inférieur est très raccourci, soit immédiatement, soit quelques jours après l'accident. On trouve cependant des cas où pour des causes, insuffisamment étudiées encore, la rotation du membre se fait en dedans, tout aussi bien dans les fractures du col anatomique que du col chirurgical. La douleur spontanée existe toujours au niveau de la brisure, elle l'irradie du côté du pli de l'aîne, tous les mouvements communiqués l'exaspèrent, de même que toutes les pressions; la région trochantérienne est

gonflée; l'impotence du membre est telle que le malade ne peut détacher son talon du plan sur lequel il repose. Une ecchymose très étendue apparaît au bout de quelques jours, surtout à la face postérieure de la cuisse.

Dans toutes les fractures du col, qu'elles soient avec ou sans engrènement, il y a toujours un raccourcissement dû à la disparition de l'obliquité du col. Mais il n'est pas toujours facile de le reconnaître, car il peut être masqué par une inclinaison compensatrice du bassin. Aussi faut-il toujours, le malade reposant sur un plan résistant, commencer avant toute mensuration par mettre les deux épines iliaques antéro-supérieures sur une même ligne transversale: pour étudier la diminution de longueur du col enfoncé dans le trochanter, le meilleur moyen est celui de Bryant, il conseille de tracer sur la cuisse une verticale passant par l'extrémité de l'épine iliaque, de faire tomber à angle droit sur cette verticale une horizontale qui passe par le sommet du trochanter. On en fait autant du côté sain et l'on mesure comparative-ment la longueur de l'horizontale qui indique de combien le col est raccourci, il faut dire cependant que souvent le gonflement de la hanche fait commettre des erreurs. On s'occupait beaucoup jadis des moyens de différencier une fracture du col anatomique d'avec une fracture du col chirurgical, ce diagnostic auquel aujourd'hui on attache une importance secondaire est toujours basé sur le raccourcissement plus grand du membre dans le second cas que dans le premier, sur l'absence ou la rareté de l'ecchymose quand le col anatomique est brisé, sur la douleur à la pression plus rapprochée de la cavité cotyloïde dans le même cas.

C. *Fractures intra-trochantériennes*. — Elles sont rares, et toujours de cause directe. La ligne de brisure va du grand au petit trochanter de telle sorte que le premier resté adhérent au col fémoral fait partie du fragment supérieur; aussi le trouve-t-on peu remonté au-dessus de son plan normal, contrairement à ce qui se passe dans les fractures non engrénées du col chirurgical. La partie supérieure de la cuisse fait une saillie en avant, elle est très gonflée, la crépitation est facile à percevoir, la mobilité anormale se manifeste au-dessous du trochanter; les mouvements volontaires sont impossibles.

Traitement. — La tête fémorale séparée au niveau du col anatomique se réunit difficilement par soudure osseuse, à moins qu'elle ne soit engrénée dans le fragment inférieur, on en a toutefois, dans les autopsies, rencontré quelques cas; plus souvent, il se fait un cal fibreux et plus souvent encore la tête, alors surtout qu'elle est éclatée en plusieurs fragments, s'atrophie petit à petit par processus régressif.

Au contraire, les fractures du col chirurgical peuvent, surtout quand les fragments sont engrénés, se souder par cal osseux; quand la mobilité est très grande entre les surfaces fracturées le cal reste fibreux.

Dans tous ces cas, tout comme dans les fractures intra-trochantériennes, l'indication est de s'opposer au raccourcissement du membre inférieur, s'il existe, et à lutter contre la rotation en dehors que facilite encore après la rupture du levier osseux la tendance qu'a le membre inférieur à pivoter dans cette direction éversive, autour du point peu fixe et bientôt douloureux que lui offre le talon sur lequel il repose.

Lorsque l'engrènement empêche le déplacement des fragments, il faut s'abstenir, immobiliser le membre dans une bonne position et quand il s'agit de vieillards affaiblis ne pas les tenir au lit, les faire même marcher si possible avec des cannes, car c'est bien moins à la fracture qu'ils succombent qu'aux pneumonies hypostatiques qu'entraîne chez eux le décubitus dorsal. La guérison pourra s'obtenir ainsi, mais toujours il s'ensuivra un raccourcissement persistant qu'au reste on ne saurait éviter avec n'importe quel appareil.

Quand il existe un déplacement des fragments et que le membre est notablement raccourci, la réduction n'est pas très pénible, bien qu'elle nécessite des efforts de traction soutenus. La contention présente d'autant plus de difficultés que les muscles irrités par les dentelures des fragments entrent en contracture et reproduisent le déplacement. Aux appareils inamovibles, on adjoindra l'extension continue pratiquée sur le membre au moyen de poids passant sur des poulies ou au moyen des tubes de caoutchouc. C'est plutôt par la traction continue que ces appareils, dont la description appartient aux traités de médecine opératoire, agissent sur le membre que par l'intensité de la force qu'ils développent. En effet des poids relativement faibles, 5 kilos à peu près, suffisent amplement. C'est l'appareil inamovible qui maintiendra le membre dans la rectitude et s'opposera à la rotation en dehors.

Jamais cependant on ne pourra éviter un certain degré de raccourcissement, une boiterie en sera la conséquence, mais on pourra y obvier par des souliers à semelles épaisses.

Mais si des accidents du côté de la poitrine, congestions hypostatiques dont toujours les vieillards sont menacés, venaient à se produire, il ne faudrait pas risquer la vie du blessé pour obtenir un cal osseux.

Quelquefois, chez des sujets très affaiblis par l'âge ou par des affections diathésiques, les choses ne se passent pas ainsi, les tissus de la hanche plus ou moins déchirés par les fragments entrent en suppuration, un phlegmon survient et l'état général étant absolument mauvais la mort survient par pyohémie.

Les sutures osseuses entre les deux fragments ont été tentées dans le but d'obtenir une consolidation absolue et une guérison parfaite, nous ne pouvons rien en dire, le nombre de ces tentatives est trop petit et il nous est impossible de prévoir ce qui, avec l'antisepsie, pourra advenir chez des vieillards, toujours plus ou moins affaiblis.

D. *Fractures par coup de feu.* — Quand c'est un coup de feu qui a déterminé la fracture du col, toujours les parties molles sont atteintes et l'os a éclaté. Ces éclats peuvent, suivant le point du col touché et la direction du projectile, appartenir à la tête fémorale ou aux trochanters. Si jadis on a pu trouver des balles arrêtées et enclavées dans le col ou dans le trochanter, les nouveaux projectiles doués d'une vitesse initiale et d'une force de pénétration beaucoup plus grandes pénétreront plus loin, fractureront simultanément les os de la ceinture pelvienne et pénétreront dans le bassin en intéressant les organes qui y sont contenus. Les lésions seront donc tout autres que les fractures du col décrites par les auteurs.

Indiquons cependant quelles ont été les méthodes de traitement employées jusqu'ici et qui à l'occasion, si par hasard la blessure se bornait à une fracture du col, devraient être employées. D'abord et avant tout disons que la conservation a donné des résultats heureux; la résection de la tête ou du col fémoral ont moins bien réussi ainsi que la désarticulation coxo-fémorale primitive. On a donc pensé qu'une résection primitive suivie ultérieurement d'une désarticulation, ou l'opération tardive après les tentatives de conservation pourrait être plus avantageuse et les statistiques semblent le démontrer. Qu'en adviendra-t-il avec l'emploi des méthodes antiseptiques? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

E. *Décollement épiphysaire et entorse juxta-épiphysaire de la tête du fémur.* — Chez les jeunes enfants l'épiphyse supérieure du fémur peut se décoller, tout comme elle peut se tordre autour de l'axe du col fémoral. Toujours il se produit des déplacements limités, qui dans le premier cas sont à peu près analogues à ceux de la fracture du col et qui dans le second portent surtout sur le fragment inférieur qui pivote autour de l'axe. D'après Ollier ces accidents prédisposeraient à la coxalgie, mais ne serait-ce pas plutôt une infiltration tuberculeuse des extrémités osseuses séparées par le cartilage épiphysaire, qui faciliterait les disjonctions?

Toujours il faut traiter le petit malade par l'immobilisation, et remonter son état général par les toniques de toute nature, par le climat marin, les eaux de Salins, de Salies, etc., mais jamais on n'évitera une boiterie persistante.

§ 3. — Luxations coxo-fémorales.

Pour bien faire comprendre le mécanisme de ces luxations, il nous faut d'abord indiquer rapidement les considérations anatomo-physiologiques de la jointure.

Quand l'on examine la tête du fémur on s'aperçoit que le cartilage d'encroûtement s'étend bien plus loin en haut et en dehors, qu'en bas et en dehors.

On voit en outre que sur la face antérieure ce cartilage s'étend plus loin que sur la face postérieure.

On peut donc déduire de ce simple examen que les mouvements qui s'exécutent autour de l'axe de rotation antéro-postérieur, passant par le centre du sphéroïde que représente la tête fémorale, sont plus étendus en dehors (abduction) qu'en dedans (adduction), et que d'autre part les mouvements exécutés autour de l'axe de rotation transversal de dehors en dedans seront plus étendus en avant (flexion de la cuisse) qu'en arrière (extension). Si d'autre part on étudie la cavité cotyloïde, on voit que son rebord osseux est interrompu à la partie inférieure par une échancrure. Ce rebord osseux est prolongé par un bourrelet fibro-cartilagineux qui s'applique au delà de l'équateur de la tête fémorale, et lui fait ainsi un manchon élastique qui maintient le vide

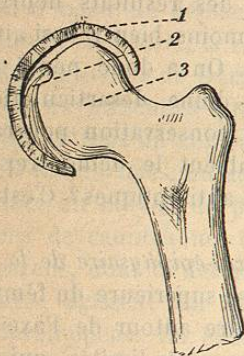


Fig. 94. — Schéma de l'articulation coxo-fémorale avec le ligament rond (vu en place).

1, rebord cotyloïdien. — 2, ligament rond. — 3, tête du fémur.

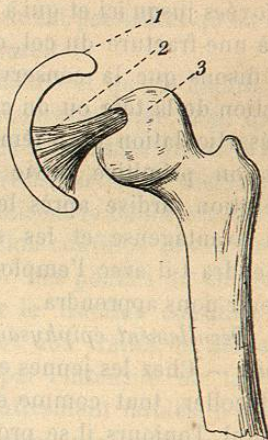


Fig. 95. — Schéma de l'articulation coxo-fémorale avec le ligament rond.

1, rebord cotyloïdien. — 2, ligament rond. — 3, tête du fémur.

dans la cavité. Ce bourrelet s'étend par-dessus les bords osseux qui limitent l'échancrure, et ne conserve de celle-ci qu'une petite partie inférieure, libre, par laquelle pénètrent les vaisseaux que le canal fibro-cartilagineux à parois épaisses constitué par le ligament rond conduit à peu près au pôle de la tête osseuse.

La surface encroûtée de cartilage occupe en haut toute la superficie de la cavité cotyloïde; plus bas, l'arrière-fond de cette cavité se continue avec l'échancrure, le cartilage diarthrodial ne les recouvre pas, c'est dans cette gouttière élargie que se place, sur un lit de graisse incompressible, sans y adhérer, le ligament rond, de telle sorte que ce soi-disant ligament, qui en réalité n'est qu'une sorte de cordon ombilical, ne retient nullement la tête osseuse dans la cavité articulaire; elle peut en effet en sortir tout entière, tout en restant appendue au ligament rond resté intact. Mais si la force vulnérante est suffisante pour porter la tête fémorale en avant ou en arrière, au

delà du point que la longueur de ce ligament permet au déplacement, il se rompra, jusque-là il limitera le déplacement, qui, suivant la direction de la force, se sera produit en avant et en arrière.

Les liens fibreux, ligamenteux, qui doublent la synoviale, ont une disposition sur laquelle nous devons insister, et je dois rappeler ici que toujours et partout les trousseaux fibreux, inextensibles et solides qui renforcent la capsule articulaire sont placés sur les côtés de la jointure où les mouvements ne doivent pas pouvoir se produire, ce sont des crans d'arrêt. Aussi la cuisse ne devant pas se fléchir en arrière, se trouve-t-il en avant de l'articulation coxo-fémorale un trousseau fibreux très résistant, inséré en haut sur l'épine iliaque

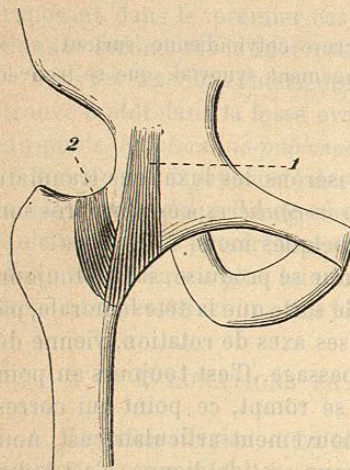


Fig. 96. — Schéma de l'articulation coxo-fémorale (vu par devant).

1, ligament de Bertin. — 2, fibres ligamenteuses réfléchies de la face postérieure.

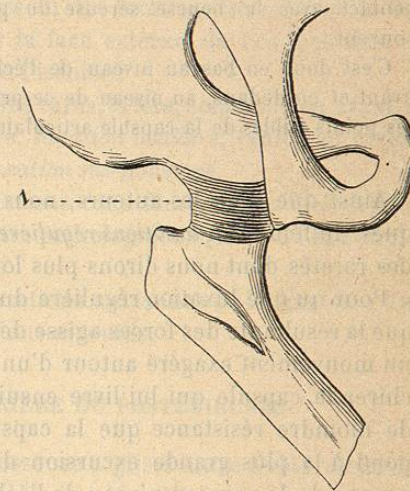


Fig. 97. — Schéma de l'articulation coxo-fémorale (vu par sa face postérieure).

1, fibres ligamenteuses réfléchies de la face postérieure.

antéro-inférieure (ligament de Bertin), et sur les surfaces osseuses avoisinantes. Cette lame fibreuse descend en s'éventailant pour s'insérer sur la ligne intertrochantérienne antérieure. Elle est en outre renforcée à sa face profonde par une grande quantité de fibres, qui, parties du rebord postérieur de l'acétabulum contournant de bas en haut et d'arrière en avant le col fémoral, sans y prendre d'adhérences, vont rejoindre les précédentes pour les doubler. Si donc, en avant, toute la longueur du col fémoral est recouverte par des fibres ligamenteuses, en arrière elles ne constituent qu'une sorte de cravate tassée vers la tête de l'os et laissant la partie externe du col tout à fait dégarnie. Cette disposition des fibres ligamenteuses fait comprendre que les mouvements de flexion en avant qui les relâchent toutes peuvent n'être limités que par la rencontre du plan antérieur de la cuisse avec celui du tronc tandis que dans la flexion en arrière l'éventail fibreux intertrochantérien s'oppose à l'excursion du mouvement au delà de la verticale; en effet, s'il n'en était ainsi, la station debout sur un seul

pied ou sur les deux pieds serait impossible, la moindre résistance ou la moindre poussée ferait tomber le corps en arrière.

Ajoutons encore qu'en haut l'articulation est très garantie par les muscles fessiers, en avant et en dehors par le psoas et par l'obturateur externe, en arrière par le tendon du pyramidal et, au-dessous de celui-ci, par le tendon de l'obturateur interne longé par les deux jumeaux. Comme pour l'articulation scapulo-humérale, c'est en bas seulement que l'articulation n'est pas protégée par des masses musculaires.

La synoviale fait hernie sur la face postérieure du col entre la surface osseuse et les fibres ligamenteuses, en avant et en dedans elle envoie toujours un cul-de-sac qui s'insinue entre les fibres pubiennes écartées, pour se mettre en contact avec la bourse séreuse du psoas avec laquelle elle communique souvent.

C'est donc en bas au niveau de l'échancrure cotyloïdienne surtout, et en avant et en dedans, au niveau de ce prolongement synovial, que se trouvent les points faibles de la capsule articulaire.

Ainsi que tous les auteurs, nous diviserons les luxations traumatiques du fémur en *luxations régulières* ou *irrégulières*, ces dernières sont des raretés dont nous dirons plus loin quelques mots.

Pour qu'une luxation régulière du fémur se produise, il faut toujours que la résultante des forces agisse de telle sorte que la tête fémorale, par un mouvement exagéré autour d'un de ses axes de rotation, vienne déchirer la capsule qui lui livre ensuite passage. C'est toujours au point de moindre résistance que la capsule se rompt, ce point qui correspond à la plus grande excursion du mouvement articulaire est, nous venons de le voir, au niveau de l'échancrure cotyloïdienne, c'est-à-dire en bas.

Tantôt la force agit de bas en haut, dans une chute d'un lieu élevé sur les pieds et surtout sur le condyle externe du fémur. Le membre inférieur peut être en abduction, la force se transmettra alors au trochanter obliquement de bas en haut et de dehors en dedans; le trochanter repoussé en haut fera rouler la tête en bas, la capsule cédera et suivant qu'à cette obliquité s'en sera jointe une autre d'avant en arrière ou d'arrière en avant, suivant que le pied ou le genou seront en avant ou en arrière du plan médian, la tête déplacée passera en avant ou en arrière de l'échancrure cotyloïdienne par laquelle dans la station debout doit passer le fil à plomb.

Le même phénomène peut se produire, le membre étant dans l'adduction combinée avec la rotation en dedans, la résultante agit alors obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, la force est transmise au trochanter qui, repoussé en haut et en dehors, fait rouler la tête fémorale, comme dans le cas précédent, vers le bas et déchire la capsule.

Au lieu de venir de bas en haut, la force peut venir de haut en bas,

l'individu debout et ferme sur ses jambes a le tronc fléchi en avant, un poids très lourd tombe sur son dos, c'est alors le cotyle qui tourne sur la tête fémorale comme sur un pivot, la capsule se rompt au niveau de son point de moindre résistance et suivant l'obliquité de la résultante des forces, la tête se porte en avant ou en arrière de la verticale qui passe par l'échancrure cotyloïdienne.

Nous pouvons donc diviser les luxations coxo-fémorales en *postérieures* et en *antérieures*.

Suivant l'intensité de force, la tête une fois luxée sera repoussée plus ou moins loin et plus ou moins haut; les luxations postérieures pourront donc être des *luxations iliaques* ou des *luxations ischiatiques*, la tête reposant dans le premier cas sur la face externe de l'os des îles, et dans le second sur la tubérosité de l'ischion.

Dans les luxations antérieures, plus rares, la tête, échappée en avant, se trouve tantôt dans la fosse ovale, *luxation ovale*, tantôt au niveau du pubis, *luxation ilio-pubienne*, *luxation sus-pubienne*.

Bien qu'on ait rencontré des luxations coxo-fémorales même chez les enfants en bas âge (elles devaient être pathologiques), c'est à l'âge adulte qu'elles sont les plus fréquentes.

Nous étudierons plus loin les luxations anciennes de la hanche et ne nous occuperons ici que des luxations récentes.

1° LUXATIONS EN ARRIÈRE OU POSTÉRIURES.

A. *Luxation iliaque*. — La tête osseuse a glissé entre l'obturateur interne et le pyramidal, ou entre celui-ci et le petit fessier, elle vient se placer au-dessous des muscles fessiers, repoussés en dehors et en haut et relâchés. En raison même de l'obliquité de la force qui a porté la tête fémorale en arrière, le trochanter se porte en avant et imprime ainsi un mouvement de rotation au membre inférieur.

Mais si, en même temps que la partie inférieure de la capsule, la partie la plus externe de l'éventail ligamenteux intertrochantérien est rompue (la branche externe de ce que l'on a appelé bien à tort ligament en Y), rien ne s'oppose plus à ce que par son propre poids la cuisse se mette en rotation externe, le trochanter est alors sur un plan postérieur à celui du centre de la tête fémorale. Il faut être prévenu de ces anomalies qui sont rares mais qui pourraient faire confondre la luxation avec la fracture du col.

La luxation iliaque peut être primitive, mais, quoi qu'on en ait dit, elle peut aussi être secondaire après une luxation ischiatique. On conçoit après ce que nous venons de dire que, dans la luxation iliaque, le membre inférieur est raccourci de toute la hauteur dont la tête fémorale a été remontée; le plus souvent il est en rotation en dedans et en adduction; le genou du côté malade, porté en dedans, correspond au-dessus de la