

extrémités, s'insère au pourtour de la cavité cotyloïde, et par l'autre au col du fémur. Elle diffère de la capsule scapulo-humérale par son épaisseur, sa résistance, qui sont beaucoup plus grandes, et par sa moindre laxité. Tant qu'elle est intacte, elle permet à peine aux surfaces articulaires de s'abandonner. L'insertion supérieure se fait en dehors du bourrelet cotyloïdien ; elle est très forte. L'insertion inférieure a lieu sur le col du fémur ; elle est, au contraire, assez lâche ; il existe même des points en arrière où la capsule n'adhère pas du tout. Sa forme rendait, d'ailleurs, cette adhérence moins utile : c'est, en effet, celle d'un barillet plus étroit à ses deux extrémités qu'à son milieu : aussi, la tête du fémur ne peut-elle sortir de la capsule, même quand l'insertion fémorale est détachée par toute sa circonférence ; la tête reste étranglée au niveau de son col. C'est pourquoi, lorsqu'on désarticule la hanche, il faut avoir soin de diviser la capsule environ vers sa partie moyenne.

La capsule est parfois incomplète en dedans. Il existe, vis-à-vis du tendon du psoas, un trou à travers lequel communiquent la bourse séreuse du muscle et la synoviale articulaire, source de certains accidents dont j'ai déjà parlé.

Les insertions de la capsule au col du fémur méritent d'être étudiées de plus près. En avant, la capsule recouvre toute la face antérieure du col, et s'attache à la ligne étendue du grand au petit trochanter. En haut, elle ne recouvre pas complètement le bord supérieur, et s'attache à l'union du quart externe avec les trois quarts internes de ce bord. En arrière, elle ne revêt que les deux tiers internes du col et ne prend sur l'os que peu ou point d'insertions. En bas, elle répond au petit trochanter et, de là, remonte obliquement en haut et en dedans sur la face postérieure.

Il résulte de cette description que la division des fractures du col du fémur en *intra-* et *extracapsulaires*, admise depuis A. Cooper, n'est pas exacte, puisque, la capsule s'attachant en avant à la base même du col, la fracture ne peut jamais être *extracapsulaire* de ce côté.

Remarquez (fig. 289) que la synoviale articulaire est loin de recouvrir toute la hauteur du col du fémur ; elle ne s'étend pas jusqu'aux insertions de la capsule, mais se réfléchit à une distance de près de 2 centimètres au-dessus. Cela est dû à ce que les fibres les plus profondes du ligament capsulaire se replient de bas en haut à la surface du col et vont se continuer avec le périoste, ce qui explique pourquoi, dans certaines fractures intracapsulaires, cette membrane est conservée. Les fractures du col du fémur devraient donc être plus justement divisées en *intra-articulaires* et *extra-articulaires*, division déjà proposée par Brun ; toutefois, l'usage a prévalu d'adopter celle d'A. Cooper, ce qui n'a, d'ailleurs, pas d'inconvénient, les réserves précédentes étant faites.

Les fractures du col du fémur ont, à bon droit, préoccupé vivement les chirurgiens. Après A. Cooper, Dupuytren, etc., Rodet et Brun, en particulier, en ont étudié le mécanisme. On s'est également efforcé d'établir le diagnostic différentiel entre les fractures extra- et intracapsulaires, et la plupart des auteurs sont arrivés à ce résultat que ce diagnostic est impossible. Cela est vrai pour certaines fractures mixtes, pour celles, par exemple, qui sont à la fois intra- et extra-articulaires ; mais, quant aux fractures bien nettement situées en dedans