

Dans la luxation ischiatique, la capsule est déchirée en avant, en bas et en arrière; *elle est intacte en haut*. Ce sont les mêmes parties de la capsule qui sont rompues dans la luxation sous-pubienne ou ovalaire. Les deux luxations en bas ne diffèrent donc l'une de l'autre que par la rotation du membre, qui a lieu en dedans pour la première et en dehors pour la seconde, et elles peuvent se transformer l'une en l'autre. L'expérience est facile à faire sur le cadavre. Elle rend compte d'un fait clinique curieux dont je fus témoin, pour la première fois, en 1864, à l'Hôtel-Dieu. Dolbeau réduisait une luxation ischiatique par le procédé de Després père, qui est le meilleur : flexion et rotation en dehors. La tête obéit, mais manqua le but : passant par-dessous la cavité, elle vint se placer dans le trou sous-pubien. Un mouvement en sens inverse reproduisit la luxation primitive, qui fut réduite à une troisième tentative.

La luxation iliaque ne se produit que si la capsule est déchirée en haut, en arrière et en bas, et *intacte en avant*.

Il est impossible de transformer la luxation ischiatique en luxation iliaque, à moins de détruire toutes les insertions de la capsule, en sorte que la première n'est pas le premier degré de la seconde.

On doit à Nélaton et à Roser une remarque fort importante sur les rapports des saillies osseuses qui avoisinent l'articulation coxo-fémorale. A l'état normal, si, la cuisse étant légèrement fléchie, on mène une ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité de l'ischion, cette ligne affleure le sommet du grand trochanter. Toutes les fois, donc, que le grand trochanter s'élèvera dans la fosse iliaque au-dessus de cette ligne, sans qu'on puisse invoquer une maladie du trochanter lui-même, c'est que le fémur sera déplacé en haut et en arrière.

Lorsqu'une luxation de la hanche est ancienne et irréductible, il faut réséquer la tête du fémur et réintégrer le col dans la cavité cotyloïde. Cette opération est l'une des belles conquêtes de la chirurgie moderne; toutefois, elle ne me paraît guère applicable qu'aux luxations en bas, c'est-à-dire ischiatique ou sous-pubienne.

Je ne ferai que mentionner la luxation congénitale de la hanche, sur le traitement de laquelle nous sommes, à mon avis, loin d'être fixés.

*Synoviale.* — La synoviale de l'articulation coxo-fémorale tapisse le fond de la cavité cotyloïde, entoure le ligament rond auquel elle forme une gaine, et recouvre toute la tête du fémur : elle descend sur le col, et, après un trajet de 4 centimètre environ, se réfléchit sur la face interne de la capsule. En avant, elle envoie souvent à travers celle-ci un prolongement qui se continue avec la bourse séreuse du psoas, et sur lequel j'ai déjà insisté.

La synoviale est fréquemment affectée soit d'inflammation aiguë, soit d'inflammation chronique.

L'arthrite aiguë de la hanche, le plus souvent d'origine rhumatismale ou blennorragique, est remarquable par l'intensité des douleurs qu'elle provoque.

Il est urgent d'immobiliser le plus vite possible la jointure, pour amener du soulagement d'abord, et s'opposer ensuite à l'attitude vicieuse qui est rapidement la conséquence de cette affection. Si cette attitude existait déjà, on la corrigerait au besoin à l'aide du chloroforme, car l'ankylose est ordinairement la conséquence de cette forme d'arthrite. Pour éviter cette grave complication, faire disparaître les douleurs et abrégier la durée de la maladie, le chi-