

Il est facile de retenir ces expressions; elles sont les mêmes que celles qui servent à désigner les trois échancrures, antérieure, inférieure et postérieure, qui se trouvent sur le sourcil cotyloïdien. Ces dénominations paraissent préférables à celles de luxations en bas, en haut, en dedans et en dehors. Outre les trois espèces précédentes, nous décrirons aussi la luxation *ischiatique*: nous rentrerons ainsi dans la classification adoptée par M. Nélaton.

Nous verrons que ces luxations peuvent présenter des variétés. La disposition du sourcil cotyloïdien ne permet la formation d'une luxation incomplète que dans des cas exceptionnels.

Causes et mécanisme. — Ces luxations ne se produisent que sous l'influence de mouvements fortement exagérés ou de violences extérieures des plus considérables: chute d'un lieu élevé, éboulement, etc.

1^o *Luxation ilio-pubienne*. Cette luxation se produit lorsque, au moment où la violence extérieure agit, la cuisse est dans l'abduction et dans

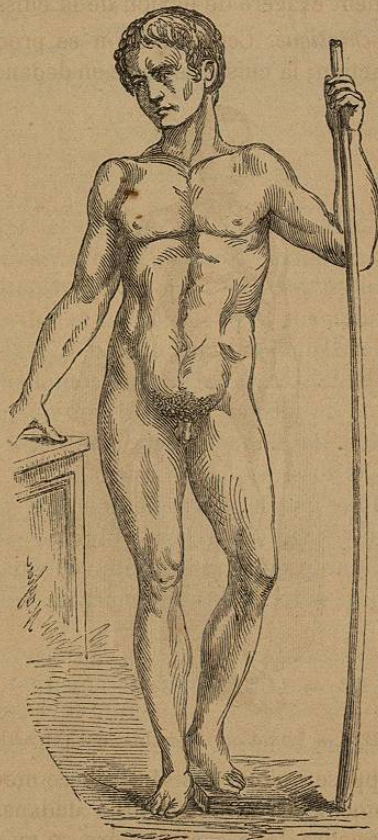


FIG. 121. — Luxation ilio-pubienne (en avant). On voit la tête du fémur formant tuméur à l'aîne.

la rotation en dehors. La tête du fémur, pressant la partie antérieure de la capsule, qui se déchire, se porte en avant, et le plus souvent elle soulève les parties molles du pli de l'aîne et sort par l'échancrure ilio-pubienne, pour se placer en dehors de l'éminence ilio-pectinée. On comprend que l'impulsion du choc, le poids du corps, la direction de la violence extérieure aient une influence sur l'étendue du déplacement, et que la tête du fémur, soulevant le psoas iliaque, puisse pénétrer dans le bassin, le col étant placé à cheval sur la branche horizontale du pubis.

2^o *Luxation ischio-pubienne*. Dans un mouvement forcé d'abduction, la tête du fémur détermine la tension de la partie inférieure de la capsule qui se déchire; elle abandonne la cavité cotyloïde, sort par l'échancrure ischio-pubienne et vient se placer dans le trou ovale ou obturateur. Le grand trochanter se porte en arrière.

3^o *Luxation ischiatique*. La tête fémorale est située au niveau de la base de l'ischion; le grand trochanter se porte en avant. Elle se produit pendant un mouvement exagéré de flexion de la cuisse sur le bassin.

4^o *Luxation ilio-ischiatique*. Cette luxation se produit dans un mouvement forcé d'adduction; la cuisse se porte en dedans et passe au-devant

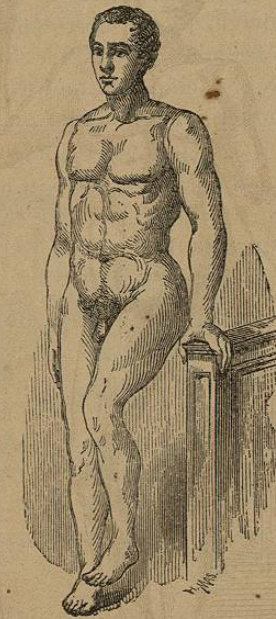


FIG. 122. — Luxation ilio-ischiatique (en arrière).

de celle du côté opposé qu'elle croise. Dans ce mouvement, qui s'accompagne ordinairement de la rotation en dedans, la tête du fémur presse la partie postérieure de la capsule fibreuse qu'elle déchire, et elle sort par l'échancrure ilio-ischiatique. Si la flexion de la cuisse est peu considérable, la tête du fémur se portera en arrière et en haut, vers la

fosse iliaque externe, et l'on aura une luxation ilio-ischiatique, variété *iliaque*; si la flexion est très-prononcée, la tête se portera directement en arrière vers l'échancrure sacro-sciatique, et l'on aura la variété *sacro-sciatique*.

Symptômes. — Il suffit d'avoir saisi les rapports nouveaux que contracte la tête du fémur, et de connaître la disposition anatomique de la région, pour comprendre les symptômes.

1^o *Luxation ilio-pubienne.* De la position de la tête au-devant de l'éminence ilio-pectinée, il résulte : la présence d'une tumeur dans l'aîne. L'aplatissement de la fesse et la saillie moindre du grand trochanter; le raccourcissement du membre, de un à trois centimètres; la position fixe du membre dans l'extension, la rotation en dehors et un peu dans l'abduction; l'impossibilité de faire exécuter au membre les mouvements d'adduction et de rotation en dedans. (Fig. 126.)

2^o *Luxation ischio-pubienne.* La tête du fémur, s'étant placée dans le trou obturateur abaisse les insertions inférieures des muscles fessiers; il y aura : tumeur formée par la tête osseuse à la partie supérieure et interne de la cuisse; aplatissement de la fesse et saillie moindre du grand trochanter; abaissement du pli fessier correspondant au bord inférieur du muscle grand fessier; flexion, abduction et rotation en dehors de la cuisse; allongement de trois à cinq centimètres; impossibilité de faire exécuter au membre l'adduction, la rotation en dedans et l'extension.

3^o *Luxation ischiatique.* Les symptômes diffèrent un peu des précédents. La tête du fémur reposant sur l'ischion, le grand trochanter est plus saillant; la cuisse est dans la flexion légère, dans l'adduction et la rotation en dedans; il y a un peu d'allongement du membre; la rotation en dehors et l'abduction sont impossibles.

4^o *Luxation ilio-ischiatique.* La tête portée en arrière détermine les symptômes suivants : tumeur à la fesse, formée par la tête du fémur; pli fessier élevé; grand trochanter élevé et moins saillant qu'à l'état normal; flexion légère de la cuisse, adduction et rotation en dedans; raccourcissement du membre; l'abduction et la rotation en dehors sont impossibles. (Fig. 127.)

Dans la variété *iliaque*, le raccourcissement est augmenté et la tête du fémur est élevée, tandis que, dans la variété *sacro-sciatique*, le raccourcissement est moins considérable.

Diagnostic. — On ne confondra pas une luxation du fémur avec une fracture du col, si l'on a soin de comparer les symptômes de l'une et de l'autre. En effet, on ne pourrait être embarrassé que par une fracture avec rotation du pied en dedans, ce qui est exceptionnel, ou par une luxation avec rotation en dehors. Dans le premier cas, on pourrait croire à une luxation ilio-ischiatique; mais l'absence ou la présence de la tête fémorale dans la fosse iliaque lèverait tous les doutes; dans le second

cas, une luxation ilio-pubienne pourrait simuler une fracture; mais, ici encore, on sentirait la tête fémorale au pli de l'aîne.

Pronostic. — Grave, parce que la cause qui produit la luxation peut en même temps amener d'autres lésions. On trouve quelquefois des luxations du fémur irréductibles. Généralement, après quarante jours, la réduction présente de sérieuses difficultés; elle est, dans certains cas, impraticable. Lorsque le déplacement persiste, il en résulte de graves inconvénients au point de vue des mouvements du membre inférieur; la marche devient difficile, quelquefois même complètement impossible.

Traitement. — Depuis qu'on a recours au chloroforme, on emploie une force d'extension beaucoup moins considérable pour réduire ces luxations; mais il faut se rappeler qu'il est dangereux de pousser trop loin l'action de l'agent anesthésique. L'*extension* se fait au moyen de liens qu'on fixe à la cuisse; un lac placé au niveau du pli de l'aîne et se réfléchissant sur l'ischion et sur l'épine iliaque du côté malade, fait la *contre-extension*. Au moment où les tractions ont dégagé la tête du fémur, la *coaptation* se fait quelquefois spontanément.

Pour faciliter le dégagement de la tête, on a conseillé d'ajouter un lac embrassant la partie supérieure de la cuisse, afin d'exercer une traction en travers et d'attirer la tête du fémur en dehors.

Le procédé de Després a réussi quelquefois; le voici : prenez entre vos mains la cuisse du côté luxé, fléchissez-la sur le bassin; en même temps,



FIG. 123. — Procédé de Després père pour la réduction des luxations ilio-ischiatiques du fémur.

portez-la dans l'adduction; alors ramenez assez rapidement la cuisse dans l'abduction, en lui imprimant un mouvement de rotation en dehors. (Fig. 123.)

IV. — COXALGIE.

Examen du malade. — L'élève constatera, par le regard, le gonflement de la hanche et le tassement des parties molles, la position vicieuse de la cuisse qui se porte dans l'adduction et dans la rotation en dedans, l'élévation du bassin du côté correspondant à la lésion, l'ensellure de la région lombaire; à une période plus avancée, des orifices fistuleux, ayant succédé à des abcès ouverts spontanément. Par la palpation, il appréciera l'empâtement des parties molles, plus tard la fluctuation, si des collections purulentes se forment. Par la pression, il fera naître de la douleur. Par la mensuration méthodiquement pratiquée, il reconnaîtra la longueur du membre, et jugera si le raccourcissement est apparent ou réel. En imprimant des mouvements à la cuisse, il verra que le bassin suit tous ces mouvements, tandis qu'ils sont libres du côté opposé. En interrogeant le malade ou ses parents, s'il s'agit d'un enfant, il se renseignera sur ses antécédents, le début de la maladie et sa marche; il apprendra qu'il y a eu tout d'abord une douleur au genou. L'examen fonctionnel lui fera constater l'affaiblissement des membres et la claudication.

L'examen étant douloureux, et les enfants, chez lesquels on observe surtout la coxalgie, s'y prêtant mal, il faudra presque toujours avoir recours au chloroforme.

La coxalgie est la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale. Elle mérite une description séparée, en raison de certaines particularités que l'on rencontre spécialement ici. Il faut néanmoins étudier les tumeurs blanches en général, si l'on veut connaître entièrement la coxalgie.

Anatomie pathologique. — Des lésions du cartilage, de la substance osseuse, de la synoviale et des parties voisines se rencontrent ici comme dans toutes les tumeurs blanches. Les os sont enflammés, cariés; les cartilages, amincis, ulcérés, finissent par disparaître complètement; la synoviale se couvre de fongosités. Les parties molles sont infiltrées, indurées, tuméfiées; les muscles contracturés. Dans la coxalgie, on observe, de plus, l'usure de la partie supérieure de la tête du fémur et de la partie la plus supérieure de la cavité cotyloïde; il en résulte un raccourcissement du membre sans luxation, dû à cette sorte d'écoulement de la cavité cotyloïde. La lésion de la partie supérieure de cette cavité peut être considérable; d'autre part, la capsule peut être déchirée à son attache sur l'os coxal, d'où résulte une véritable luxation spontanée, de la variété iliaque, la tête du fémur se portant dans la fosse iliaque externe. Le fond de la cavité cotyloïde est quelquefois complètement carié; il se forme des abcès dans le bassin, et l'on a vu la tête du fémur passer dans cette cavité. Comme dans toutes les tumeurs blanches, il y a du pus dans l'articulation; il se forme des abcès qui s'ouvrent et restent fistuleux.

Le mécanisme par lequel s'opère le déplacement de la tête fémorale a donné lieu à de nombreuses théories. On a pensé que la tuméfaction du bourrelet adipeux qui occupe le fond de la cavité cotyloïde pouvait chasser la tête du fémur. On a émis la même opinion au sujet des épanchements de sérosité qui, dans certains cas, distendent les ligaments et éloignent les surfaces articulaires. Enfin, il est probable que la destruc-

tion du rebord de la cavité cotyloïde, selon qu'il est plus ou moins prononcé sur tel ou tel point, explique en partie la direction que suit la tête fémorale dans son déplacement.

Causes. — Les causes sont les mêmes que celles de toutes les tumeurs blanches, scrofule, rhumatisme, etc.; elle succède, dans certains cas, à la rougeole, à la scarlatine, à la fièvre typhoïde. La coxalgie est très-fréquente, surtout chez les enfants et les adolescents, plus rare dans l'âge adulte. Une chute sur la région du grand trochanter détermine souvent l'apparition de la coxalgie chez les enfants qui y sont prédisposés.

Symptômes et marche. — La coxalgie a une marche lente; nous l'examinerons à la période de début et à la période d'état.

1^o Période de début. C'est par la douleur et la gêne dans les mouvements que la maladie débute. La douleur est vague pendant un certain temps; elle siège au pli de l'aîne et présente parfois des variations. Quant à la gêne des mouvements, elle consiste en une claudication peu marquée; les malades traînent la jambe et se fatiguent très-vite. Ces seuls symptômes peuvent faire soupçonner une coxalgie. Si, à ce moment, on saisit la cuisse du côté malade, on peut déjà s'assurer qu'elle ne jouit pas de tous ses mouvements normaux; le bassin la suit dans les oscillations qu'on lui imprime; il y a de la roideur articulaire, déterminée par l'infiltration et l'induration des tissus qui entourent l'articulation, et par la contracture des muscles.

2^o Période d'état. Lorsque la coxalgie dure depuis quelques semaines, quelques mois, tous les symptômes se confirment; il y a des symptômes locaux fonctionnels: douleur et altération des mouvements; des symptômes locaux physiques: position du membre, empâtement de la région malade, formation d'abcès et de fistules, souvent luxation spontanée amenant le raccourcissement du membre et le tassement des parties molles de la région de la cuisse; enfin, des symptômes généraux. Ces derniers sont produits par la suppuration, les progrès de la diathèse scrofuleuse, etc.

La douleur que nous avons signalée à la hanche fait des progrès; elle est plus ou moins vive; dans quelques cas, surtout au commencement, l'articulation malade n'est pas douloureuse, et le patient ne se plaint que d'une douleur sympathique au niveau du genou. Nous avons vu, en parlant des tumeurs blanches en général, qu'il est difficile d'expliquer cette douleur sympathique. Mais il est bon de retenir que cette douleur du genou est tout à fait caractéristique de la coxalgie.

La claudication augmente, de sorte qu'au bout d'un certain temps les malades ne peuvent plus marcher. Ce moment est fort variable; il dépend du siège de la lésion et d'une foule de circonstances difficiles à déterminer.

La position du membre est spéciale au bout d'un certain temps, surtout si le malade a gardé le lit pendant quelques semaines. La cuisse se

porte dans l'adduction et dans la rotation en dedans, lors même qu'il n'y a pas luxation.

La pointe du pied est tournée en dedans. Il existe un pli, un enfoncement considérable à l'aîne. Il est impossible de porter le membre dans une autre position; si l'on veut forcer le mouvement, on voit que le bassin est entraîné.

Cette position du membre précède la luxation spontanée. Elle s'explique par la prédominance des muscles adducteurs, par le poids du membre et des couvertures, le malade se couchant presque toujours sur le côté sain. Voici sa cause immédiate: la tête du fémur est repoussée du fond de la cavité cotyloïde par un épanchement, par des fongosités; la capsule fibreuse résiste; mais, comme elle est plus solide en avant et en bas, la tête fémorale la distend en arrière et en haut, ce qui amène nécessairement le corps du fémur dans la position que nous venons d'indiquer.

Un certain degré d'*empatement* se montre au niveau du point malade; la fesse est un peu saillante et généralement arrondie; il est difficile de constater à première vue la présence du grand trochanter. Entre cette éminence et l'ischion d'une part, dans le triangle de Scarpa d'autre part, il y a un certain degré de tuméfaction un peu douloureuse. Des *abcès* se forment plus tard; ils s'ouvrent dans le voisinage de l'articulation. Les ouvertures de ces abcès froids restent fistuleuses.

Plus tard, la *luxation* du fémur se montre. Dans presque tous les cas, c'est une luxation ilio-ischiatique; la tête est placée dans la fosse iliaque externe ou dans l'échancrure sacro-sciatique. Nous avons vu qu'elle est déterminée par un épanchement articulaire, le développement de fongosités et l'usure de la partie supérieure de la cavité cotyloïde.

Lorsque cette luxation existe, les symptômes de la luxation ilio-ischiatique s'ajoutent à ceux de la coxalgie; on peut sentir la tête du fémur dans la région fessière.

La luxation entraîne un *raccourcissement réel* du membre inférieur, comme dans la luxation traumatique, raccourcissement d'autant plus marqué que l'ascension de la tête du fémur est plus considérable.

Elle produit aussi le *tassement* des parties molles. Ce symptôme, qui n'a été signalé par personne, à notre connaissance, est souvent très-accusé. La cuisse est plus grosse que celle du côté opposé; au-dessous du pli de l'aîne, il y a une saillie très-large et bien différente de la tuméfaction qui existait auparavant et à laquelle elle s'ajoute. Il est facile de concevoir ce symptôme, lorsqu'on songe que l'os de la cuisse a éprouvé un mouvement ascensionnel, tandis que les parties molles de la région interne se sont seulement raccourcies.

Terminaison. — On voit rarement guérir la coxalgie à la première période. Dans quelques cas, elle s'arrête pendant la période d'état, et la maladie se termine alors par ankylose. Le plus souvent, elle suit son cours, une suppuration s'établit, et il se forme des fistules dont l'écoule-

ment épuise plus ou moins rapidement le malade, qui est exposé à toutes les chances de mort que présente la suppuration osseuse.

Diagnostic. — On peut prendre pour une coxalgie une *carie* ou une *nécrose* du grand trochanter, de l'ischion et de la crête iliaque; mais ces lésions ne s'accompagnent pas de raccourcissement du membre, et les mouvements articulaires sont libres. Il en est de même dans la *sacro-coxalgie*.

Dans le diagnostic de la coxalgie, il faut distinguer deux périodes, selon qu'il y a ou non luxation spontanée; cette dernière est moins fréquente qu'on ne le croit généralement. L'erreur qui se produit a pour cause un *raccourcissement apparent*, que l'on prend pour un raccourcissement réel. Je m'explique :

1^o Lorsque le raccourcissement est réel, on peut voir que le grand trochanter et la crête iliaque se sont rapprochés, que l'espace situé entre la crête iliaque et la malléole externe est diminué, et que la partie supérieure du grand trochanter dépasse une ligne allant de l'ischion à l'épine iliaque.

2^o Le raccourcissement apparent tient à plusieurs causes. *a.* La contraction des muscles détermine une inclinaison du bassin, de sorte que l'épine iliaque du côté malade est en réalité plus élevée; voilà une cause de raccourcissement apparent; il faudra donc, quand on procédera à la mensuration, s'assurer que les deux épines iliaques sont au même niveau. *b.* L'articulation lésée étant le siège de roideur, le malade supplée à ses mouvements par une sorte de courbure de compensation de la partie inférieure de la colonne vertébrale; le bassin est renversé en arrière, et la région lombaire présente une *ensellure*: cette déviation s'accompagne souvent d'une torsion de la colonne, torsion telle que la hanche malade devient postérieure à celle du côté sain. *c.* Le fémur étant dans l'adduction, l'espace qui sépare l'épine iliaque des condyles du fémur se trouve rétréci par suite de la diminution de l'angle que forme le fémur avec le bassin.

Le raccourcissement est donc rendu apparent par plusieurs causes; on ne saurait s'entourer de trop de précautions, lorsqu'on procède à la mensuration d'un membre que l'on suppose affecté de coxalgie.

Pronostic. — Le pronostic est grave; moins chez les enfants que chez les sujets plus âgés.

Traitement. — Au début, il faut employer les révulsifs (vésicatoires, cautérisations, etc.); mais ces moyens seraient insuffisants si l'on n'y joignait un traitement général et l'immobilité absolue de l'articulation.

Le traitement général consiste dans l'emploi des médicaments toniques et anti-scrofuleux (quinquina, iodure de fer, huile de foie de morue, etc.).

Lorsqu'on est appelé tout à fait au commencement de l'affection, on peut se contenter de condamner les malades à garder le lit pendant un temps plus ou moins long. Mais, à une époque plus avancée, surtout

quand la cuisse a pris une position vicieuse, il faut procéder de la manière suivante : le malade étant endormi, on cherche à redresser le membre et à faire exécuter plusieurs mouvements à l'articulation ; puis, lorsqu'on a rendu au fémur sa direction normale, on l'immobilise. Le meilleur appareil se compose de deux attelles de fil de fer, dont l'une est roulée autour de la taille, tandis que l'autre est placée verticalement le long de la face externe de la cuisse et de la jambe. On le fixe au moyen de bandes imprégnées d'une solution de dextrine : on obtient ainsi un appareil très-solide, et qui maintient le membre dans une complète immobilité. Avant d'appliquer les attelles, il faut avoir soin de recouvrir toutes les parties sous-jacentes avec un caleçon doublé d'une couche de ouate. Cet appareil doit rester longtemps en place ; on est souvent obligé de le renouveler à plusieurs reprises.

Lorsqu'il y a des fistules consécutives à l'ouverture des abcès, qu'y a-t-il à faire ? Autrefois, on abandonnait les malades, qui étaient voués à une mort certaine ; aujourd'hui, on fait mieux : on pratique la résection de la tête du fémur.

La cavité cotyloïde est moins souvent atteinte ; il paraît que, même dans ces derniers cas, en ruginant la carie de cette portion de l'os coxal, on a guéri quelques sujets. En Angleterre, on pratique assez souvent cette opération.

V. — SACRO-COXALGIE.

On donne ce nom à la tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque. Elle est peu fréquente ; quant à ses causes, elles sont les mêmes que celles de toutes les tumeurs blanches. On a signalé l'état puerpéral comme prédisposant à cette affection.

Les lésions sont les mêmes que celles des autres tumeurs blanches.

Les symptômes sont les suivants : au début, le malade ressent une douleur au niveau de l'épine iliaque postérieure, douleur qui est fixe, persistante, augmentant pendant la station verticale ; il lui est impossible de s'appuyer sur le pied du côté correspondant à la lésion. Quelquefois, la douleur s'irradie jusqu'au genou, comme nous l'avons vu pour la coxalgie. On constate, par la palpation, l'empâtement de la région sacro-iliaque, et on exaspère la douleur soit en appuyant directement sur ce point, soit en pressant l'une contre l'autre les deux crêtes iliaques. Plus tard il existe une véritable tuméfaction inflammatoire au niveau de l'articulation, et on voit quelquefois se former des abcès.

L'os iliaque étant abaissé, le membre inférieur s'allonge, et comme il ne peut supporter le poids du corps, le malade boite, en s'appuyant uniquement sur le membre sain. La claudication apparaît de bonne heure ; elle augmente à mesure que la maladie fait des progrès. Souvent, à une époque plus avancée, les malades sont obligés de garder le lit.

La marche et la terminaison n'offrent rien de spécial ; comme toutes les tumeurs blanches, la sacro-coxalgie peut se terminer par ankylose, ou par la formation d'abcès entraînant la mort du malade par infection putride ou par épuisement.

On la traite par l'immobilité ; on se trouve bien d'une ceinture qui embrasse le bassin et qui comprime les surfaces malades l'une contre l'autre.

ARTICLE DEUXIÈME

MALADIES DE LA CUISSE

La cuisse peut être le siège d'une foule de maladies : *phlegmons, anévrysmes, varices*, etc., etc. Nous ne pourrions entrer dans aucun détail sans répéter ce que nous avons dit en décrivant les maladies des tissus ; nous dirons quelques mots des fractures du corps du fémur.

FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR.

Causes. — Des causes directes peuvent produire ces fractures. Très-souvent, elles se montrent à la suite d'une chute sur les genoux, et rarement d'une chute sur les pieds.

Variétés. — On peut rencontrer toutes les variétés dont il a été question dans les fractures en général. Dans les fractures indirectes, on observe presque toujours une direction oblique des surfaces fracturées, de haut en bas et d'arrière en avant. Chez les enfants, on constate quelquefois une fracture transversale sans déplacement.

Déplacement. — Ce déplacement est variable dans les fractures di-

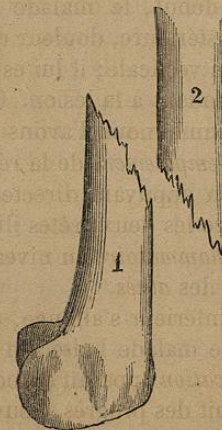


FIG. 124. — Fracture du fémur. (Direction de la fracture et déplacement des fragments.)

rectes. Dans les fractures indirectes, le fragment supérieur tend à être