

LIVRE XV

MALADIES CHIRURGICALES DU MEMBRE INFÉRIEUR

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA HANCHE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques de la hanche

Bibliographie. — LARREY, *Clin. chir.*, t. V, 1836, p. 242. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861, t. 1^{er}, p. 326. — OTIS, *Excision of the Head of the Femur Circ.*, n° 2 et n° 7, 1867. — SPILMANN, *Rec. de mém. de méd. milit.*, 3^e série, t. XXVIII, 1870, p. 48. — HAMILTON et POINSOT, *Traité des fractures de luxations*, p. 1091. — DEININGER, *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1873, Bd. II, p. 64. — L. MAYER, *Kriegs Mith.*, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1873, Bd. III. — OTIS, *Histoire chirurgicale de la guerre d'Amérique*, t. III. — LANGENBECK, *Ueber Schussverletzungen d. Huftgelenkes*, in *Arch. de Langenbeck*, 1874, Bd. XVI, p. 280. — CASTEL, Thèse de Paris, 1881.

1^o PLAIES DE LA HANCHE

L'histoire des blessures de l'articulation coxo-fémorale n'est pas ancienne, et c'est seulement depuis la guerre d'Amérique que l'on a commencé à rassembler des matériaux sur ce sujet. Dans la pratique civile les lésions traumatiques de la hanche par instruments piquants, tranchants, sont extrêmement rares; quant aux contusions et plaies contuses, elles déterminent habituellement des fractures ou des luxations. Nous aurons donc principalement en vue ici les lésions produites par les armes à feu, qui peuvent être divisées en trois catégories: 1^o les plaies péri-articulaires non pénétrantes sur lesquelles nous n'insisterons pas; 2^o les plaies pénétrantes sans lésion des os; 3^o les plaies pénétrantes avec fractures.

A. — PLAIES PÉNÉTRANTES SIMPLES

Il est très difficile d'affirmer qu'un projectile a intéressé l'articulation coxo-fémorale en ouvrant simplement la capsule, en raison de la profondeur de la jointure, des trajets sinueux des balles et de l'absence de signes spéciaux au début. Ces réserves faites, nous trouvons relatées dans l'*Histoire de la guerre de Sécession*, quarante-neuf (49) plaies péri-articulaires de la hanche sans lésions des os; vingt-cinq fois (25) fois il y aurait eu ouverture primitive de la capsule et sur ce nombre vingt et un (21) blessés auraient guéri. L'arthrite, suivant la remarque de LANGENBECK, n'est donc pas fatale, mais dans les conditions peu favorables des coups de feu elle a quelques chances de se pro-

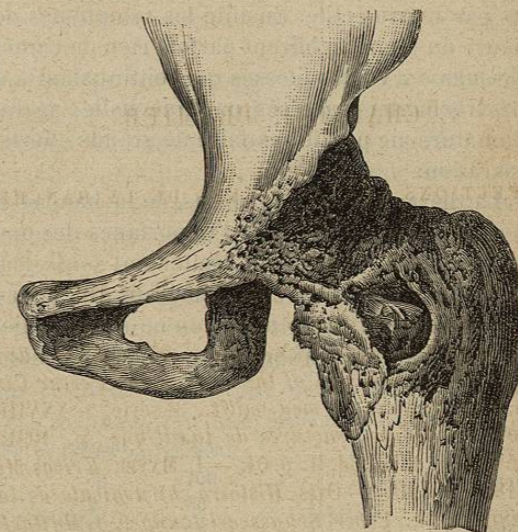


Fig. 234. — Balle enclavée dans le col du fémur. Ankylose coxo-fémorale. (Musée du Val-de-Grâce.)

duire avec des conséquences graves. Sur les quarante-neuf (49) faits cités plus haut, quatorze (14) fois se produisent une arthrite traumatique secondaire et la moitié de ces blessés succombèrent. Trois fois on a noté une subluxation spontanée de la tête fémorale; une luxation ischiatique survint au bout de cinq mois dans un mouvement. Un des blessés guéris mourut sept ans plus tard; l'autopsie révéla dans sa hanche les lésions de l'arthrite sèche.

B. — PLAIES PÉNÉTRANTES AVEC LÉSIONS DES OS

Nous ne sommes pas encore bien éloignés d'une époque où les plaies de la hanche étaient considérées comme presque fatalement mortelles. C'est là sans doute la cause du silence des auteurs sur ce point; à peine trouve-t-on épars çà et là dans leurs écrits quelques observations, quelques cas de guérison par

ankylose. Tel était entre autres le fait de D.-J. LARREY, concernant un officier blessé au siège d'Alexandrie et qui guérit, malgré le séjour d'un gros projectile dans l'épiphyse supérieure du fémur, au prix d'une ankylose (fig. 234). Sur trente (30) blessés de Crimée, CHENU ne relève que deux survies. Pendant la guerre franco-allemande, LANGENBECK réunit déjà un nombre de faits plus considérable et compte vingt-cinq (25) guérisons et soixante-trois (63) morts. LUDWIG MAYER, sur une statistique de cent soixante-treize (173) cas, trouve trente-huit (38) guérisons, cent trente-quatre (134) morts, soit une mortalité de 77,9 p. 100. Ces chiffres prouvent suffisamment la gravité de ces blessures.

D'ailleurs il serait inexact d'attribuer à la lésion de l'articulation seule cette léthalité si prononcée; les coups de feu de la hanche sont fort souvent complexes; le bassin, les organes intra-pelviens participent fréquemment aux désordres produits par le projectile. Ensuite les symptômes de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur n'offrent parfois rien de caractéristique; bien plus, LEGUEST, FISCHER ont vu des blessés qui continuaient à marcher avec le col du fémur ou le trochanter traversés par une balle, aggravant ainsi leur situation; enfin, la nature ne paraît pas faire de grands efforts pour subvenir aux frais de la réparation.

Traitement. — La thérapeutique des plaies de la hanche offre un intérêt de premier ordre, sans doute en raison de l'importance des opérations qui ont été tentées. Les trois grandes méthodes de traitement sont : 1° la conservation; 2° la résection; 3° la désarticulation coxo-fémorale. Or, pour juger la valeur relative de l'intervention ou de l'abstention, on ne saurait mieux faire que de jeter les yeux sur le tableau suivant qui comprend l'ensemble des faits de la guerre d'Amérique.

	Cas.	Guéris.	Morts.
Conservation.....	304	55	249
Résection.....	55	2	53
Désarticulation.....	27	2	25
	386	59	327

Conservation. — Les résultats fort peu encourageants de la résection et la désarticulation avant la période contemporaine avaient ramené la plupart des chirurgiens, entre autres DEMME, PIROGOFF, GROSS, SPILMANN, LANGENBECK, à la conservation. Sur les cinquante-cinq (55) guérisons mentionnées plus haut, onze (11) sont survenues malgré la fracture de l'acétabulum. Mais à côté de ces guérisons, deux cent quarante-neuf (249) blessés sont morts par pyohémie, gangrène, hémorragies secondaires; une fois il fallut lier la fémorale et dans deux cas l'iliaque externe. Presque tous ces blessés meurent dans les trois premières semaines (onze (11) le premier jour, cinquante-trois (53) de un à dix jours, soixante-dix (70) de dix à vingt jours); quatre-vingt-trois (83) fois le projectile était resté logé et dix-neuf (19) fois on en fit l'extraction.

Résection. — Avant la guerre d'Amérique, la résection avait été fort peu

employée; à peine HUNTINGTON a-t-il pu rassembler seize (16) cas de résection antérieurs à 1860. On savait qu'un blessé anglais de la guerre de Crimée avait guéri; en outre NEUDÖRFFER venait d'obtenir un demi-succès par la résection sur un blessé après désarticulation ultérieure. Depuis cette époque, cette opération a été largement essayée dans la chirurgie d'armée et le rédacteur de l'ouvrage américain n'a pas réuni moins de cent soixante et onze (171) cas de résections pour coups de feu ou plaies de la hanche, jusqu'en 1880; cent quarante-huit (148) opérés sont morts, soit une mortalité de 86,5 p. 100, vingt-trois (23) ont guéri. Ces chiffres se décomposent de la façon suivante :

43 résections primitives.....	40 morts.	93 p. 100.
60 — intermédiaires.....	58 —	96.6 —
41 — secondaires.....	26 —	63.4 —
27 — moment inconnu.....	24 —	83 —

Sur cent trente-sept (137) résections, GURLT arrive à une mortalité de 88,23 p. 100, avec seize (16) guérisons. Les Américains comptent environ une dizaine de guérisons sur soixante et onze (71) opérés; quelques-uns se servaient de leur membre, pouvaient marcher avec une canne, mais d'autres étaient presque condamnés à faire usage de béquilles. Ce tableau montre que la mortalité des opérations secondaires, métapyrétiques, est sensiblement plus faible que pour les autres.

Désarticulation. — Cette opération a été pratiquée un grand nombre de fois. En réunissant tous les faits connus pour plaies par armes à feu, HUNTINGTON a pu trouver deux cent cinquante-quatre (254) désarticulations coxo-fémorales qui ont eu pour résultats deux cent vingt-cinq (225) morts, vingt-huit (28) guérisons, un cas inconnu, soit une mortalité de 88,9 p. 100. Ces chiffres se décomposent de la façon suivante :

82 opérations primitives.....	75 morts.	Mortalité	91.4 p. 100.
55 — intermédiaires.....	52 —	—	94.5 —
40 — secondaires.....	33 —	—	82.5 —
11 — réamputations.....	4 —	—	36.3 —
66 — incertaines.....	61 —	—	93.8 —

Ces résultats sont en apparence inférieurs à la résection, mais le lecteur n'oubliera pas que les deux opérations n'ont pas les mêmes indications et que la désarticulation n'est faite que dans les cas plus graves. Si l'on remarque la mortalité relativement faible des réamputations, on comprendra le conseil de BECK qui regarde comme préférable de faire la résection dans un premier temps et plus tard la réamputation.

En résumé il ne faudrait pas juger l'intervention d'après les chiffres publiés jusqu'ici; la méthode antiseptique n'a pas été suffisamment appropriée à la chirurgie de guerre pour que l'on puisse se prononcer sur la valeur des grandes opérations.

D'après HUNTINGTON, voici quelles seraient les indications de la résection et de la désarticulation. La résection primitive doit être réservée aux coups de

feu non compliqués de la tête et du col du fémur ; si le diagnostic dans ces conditions n'a pas été fait à temps, la résection intermédiaire paraît être la seule chance de salut ; enfin l'opération sera pratiquée secondairement pour la coxalgie tardive, la carie des os. Pendant la guerre de Sécession, l'opération fut tentée avec succès huit ans et quatre mois après la blessure.

Les indications de l'amputation restent les mêmes que pour les autres membres (fracture comminutive très étendue, cuisse emportée, abrasion ou attrition considérable des parties molles). Il faut encore opérer lorsque la fémorale ou le genou sont blessés simultanément avec la hanche.

C. — RUPTURE DU PSOAS ET ARRACHEMENT DU PETIT TROCHANTER

Bibliographie. — REGEARD, Th. de Paris, 1880. — MAYDL, *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, Bd. XVII, 1882, p. 324.

Les ruptures du psoas ne sont pas fréquentes ; MAYDL, dans un important travail, n'a pu en réunir que sept observations dues à DERAMÉ, EARLE, LACHAPPELLE, ROUX, SAGOT, FOOT et REGEARD ; sur ce nombre il y avait trois hommes et quatre femmes. L'affection est toujours produite par action musculaire dans des conditions très variées ; signalons entre autres les efforts de l'accouchement, le tétanos (EARLE, FOOT), l'action de lever un poids. Cette rupture fait courir de grands dangers à la vie des malades en raison de l'épanchement sanguin et de la suppuration qui surviennent assez fréquemment. Ainsi sur les sept cas, quatre fois la mort survint.

Le repos et l'immobilisation dans une bonne position constituent le traitement.

Arrachement du petit trochanter. — Cet accident semble plus rare que la rupture du psoas, puisque MAYDL n'en a trouvé que trois exemples dus à WILMART (*Presse méd. belge*, 1875), CARTHY (*Trans. of the Path. Soc.*, t. XXV, 1873-1874) et JULLIARD (*Gaz. méd. de Paris*, 1877). Dans le premier cas il s'agissait d'un vieillard qui, dans une chute, s'était en même temps brisé le col du fémur ; la petite malade de CARTHY, âgée de huit ans, avait plutôt une disjonction de l'épiphyse du petit trochanter ; l'enfant mourut de pyémie.

2° LUXATIONS TRAUMATIQUES DE LA HANCHE

Bibliographie. — POUTEAU, *Œuvres posthumes*, Paris, 1783, t. II, p. 226. — A. COOPER, *Dislocations and Fract. of Joints*. — OLLIVIER, *Arch. gén. de méd.*, 1823, t. III, p. 545. — MALGAIGNE, *Traité des luxations et fractures*. — COLOMBOT, *Documents sur la méthode ostéotopique*, Paris, 1840. — GERDY, *Arch. gén. de méd.*, 1834. — OLLIVIER, *Arch. gén. de méd.*, 1823, t. III, p. 545. — LENTE, *New-York Med. Journ.*, 1850. — GELLÉ, *Arch. gén. de méd.*, 1861. — DOLBEAU, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1868. — BROCA, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868. — BIGELOW, *Dislocations of the Hip*, 1869. — TILLAUX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868, et *Recherches expér. sur...*, Paris, 1876. — KOCHER, *Volkman's Sammlung*, n° 83, 1874. — M. BARTELS, *Arch. de Langenbeck*, 1874, Bd. XVI. — BLASIUS, *Ibid.*, p. 207. — BIGELOW, *The Lancet*,

1878, t. I. — MORRIS, *The Lancet*, 1877, V. I, p. 234. — VOLKMANN, *Berl. klin. Wochens.*, 1877, n° 25. — RANKE, *Berl. klin. Wochens.*, [1877, n° 25, p. 357. — BERGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — LOSSEN, *Deutsch. Chir.*, Lief. 75, 1880. — BARTHELEMY, *France méd.*, 1880. — POLAILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1883. — HAMILTON et POINSOT, *Traité des luxations et des fractures*. Thèses de Paris. — 1866, DELABASTIDA, RAILLARD. — 1877, CRIMAIL. Thèse de Montpellier. — 1833, COLLIN. Consultez les articles HANCHE des *Dictionnaires*.

Définition. — **Classification.** — Lorsque, par suite d'un traumatisme, le ligament rond et la capsule ont été rompus, la tête du fémur tend à s'échapper de la cavité cotyloïde et à se luxer dans des positions assez différentes.

Sans insister sur les nombreuses classifications des auteurs qui n'offrent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique, nous adopterons la division suivante :

1° Luxations en arrière, postérieures, rétro-glénoïdiennes.	a. Luxation iliaque ou dorsale.
	b. Luxation ischiatique.
2° Luxations en avant, pré-glénoïdiennes.	c. Luxation sus-pubienne, iliopubienne.
	d. Luxation ovale, obturatrice, ischio-pubienne.
3° Luxations en haut, sus-glénoïdiennes.	Luxation sus-épineuse, sous-épineuse, sus-cotyloïdienne.
4° Luxations en bas, sous-glénoïdiennes.	Luxation sous-cotyloïdienne.

BIGELOW admet : 1° des luxations régulières dans lesquelles le ligament de Bertin encore appelé ligament en Y reste intact ; 2° des luxations irrégulières qui surviendraient après la rupture des deux faisceaux de ce ligament. Tandis que dans les luxations irrégulières la tête peut prendre des positions quelconques, lorsque le ligament est conservé, on ne rencontrerait que l'un des trois groupes suivants :

1° Luxations dorsales comprenant la luxation sur la tubérosité de l'ischion, la luxation dorsale simple, la dorsale avec renversement du membre en dehors, l'antérieure oblique et la sus-épineuse ;

2° Luxations ovalaires avec la variété périnéale et la variété ovale proprement dite ;

3° Luxation pubienne (variétés pubienne et sous-épineuse).

Dans toutes ces luxations le ligament en Y n'est pas brisé, sauf pour la sus-épineuse et la dorsale éversée (rotation en dehors) ; dans ces dernières le faisceau interne persiste.

Pendant longtemps, sous l'influence des idées de MALGAIGNE, on a admis la fréquence des luxations incomplètes ; cette manière de voir a beaucoup perdu de son crédit ; si dans les expériences cadavériques les luxations incomplètes se produisent souvent, il n'en est plus de même sur le vivant. Peut-être faudrait-il faire une exception pour les subluxations sous-cotyloïdiennes. Les luxations doubles sont très rares ; MALGAIGNE, BOISNOT en ont relaté des exemples, presque toujours les variétés étaient différentes.

Étiologie. — Tous les âges sont sujets aux luxations de la hanche. Pow-

DRELL en a observé une sur un enfant de six mois; MAX BARTELS sur un autre de onze mois. Des faits assez nombreux démontrent la possibilité de cet accident chez les enfants. Cependant les luxations présentent leur maximum de fréquence de vingt à quarante-cinq ans. Rien d'étonnant à ce que le sexe masculin soit plus exposé à cette affection; HAMILTON, sur cent quinze (115) cas, en compte cent quatre (104) chez l'homme et onze (11) chez des femmes.

Dans la majorité des cas les luxations coxo-fémorales résultent d'un traumatisme très violent qui surprend l'homme dans une position où le bassin se trouve fléchi sur la cuisse fixe ou la cuisse mobile sur le bassin fixe. A la première condition se rapportent les chutes de poids très pesants, les éboulements sur le dos; dans un cas, un homme courbé au fond d'un puits reçoit 500 livres de terre sur le dos; ailleurs un bateau mal étayé s'affaisse sur un ouvrier. Très souvent la luxation est consécutive à des chutes sur le pied, le genou et principalement sur la partie externe de cette jointure.

Tous les auteurs font mention de luxations volontaires par relâchement de la capsule; MALGAIGNE, BIGELOW, HAMILTON signalent de curieux exemples de personnes qui se luxaient spontanément la hanche et la réduisaient de la même manière. Tantôt il s'agit de luxations traumatiques anciennes qui se reproduisent avec une grande facilité, comme dans un fait de MAURICE PERRIN (*Soc. de chir.*, 1859); d'autres fois ce sont des acrobates qui de bonne heure apprennent à se disloquer. Dans le fait bien curieux de l'acrobate Warren, dont l'histoire est relatée par HAMILTON, la plupart des jointures présentaient la luxation volontaire et cette singulière disposition était héréditaire dans sa famille. Un autre fait a été communiqué à la Société de chirurgie par CHASSAIGNAC (1853), le sujet pouvait transformer à volonté une luxation iliaque en luxation ischiatique.

Quant à la fréquence relative des différentes variétés de déplacements, les auteurs ne sont pas d'accord. Si personne ne conteste la prédominance des luxations en arrière, A. COOPER, HAMILTON, contrairement à ROSER et BIGELOW, pensent que les luxations iliaques sont plus communes que les ischiatiques. Sur cent quatre (104) cas, HAMILTON compte cinquante-cinq (55) iliaques.

Mécanisme de production. — Assurément chaque variété reconnaît pour cause une violence spéciale et depuis longtemps on a cherché à déterminer les lois qui régissent le déplacement de la tête du fémur. Voici quelles sont les conclusions les moins hasardées relativement à ce sujet.

1° Luxations postérieures. — La luxation iliaque résulte d'une adduction forcée ou d'une adduction avec rotation en dedans; après la déchirure de la partie postérieure de la capsule, les muscles entraînent l'extrémité supérieure du fémur en haut et en arrière. Mais où la tête du fémur ira-t-elle se placer? La luxation sera-t-elle iliaque ou ischiatique? Ici les interprétations et les théories commencent.

MALGAIGNE accordait le rôle prépondérant aux muscles dans le déplacement et suivant l'interstice musculaire par lequel passait la tête fémorale, suivant qu'elle était au-dessus ou au-dessous du tendon de l'obturateur interne, la luxation était *iliaque* ou *dorsale*, *ischiatique* ou *au-dessous du tendon* (BIGE-

LOW). Aujourd'hui il est bien prouvé que les muscles n'ont pas l'importance que leur attribuait MALGAIGNE.

TILLAUX a démontré, par une série de recherches intéressantes, que le rôle prépondérant doit être attribué à la capsule dans la variété du déplacement. Sur le cadavre les luxations incomplètes s'obtiennent assez facilement. Or, TILLAUX a fait voir la possibilité de les transformer en luxation complète de tel ou tel type postérieur, suivant la partie de la capsule que l'on sectionne : « 1° Une luxation iliaque complète n'existe qu'à la condition de l'intégrité de la capsule en avant; 2° une luxation ischiatique complète n'existe qu'à la condition de l'intégrité de la capsule en haut. »

BIGELOW a exposé d'une façon un peu différente l'action de la capsule dans le mécanisme des déplacements. Pour lui, la plupart des luxations commencent par la partie inférieure et l'ascension de la tête serait secondaire. Vient-elle à remonter en arrière, le tendon de l'obturateur interne pourra lui constituer une barrière qu'elle ne franchira pas; la luxation restera au-dessous du tendon, elle sera ischiatique; si au contraire la tête surmonte cet obstacle, elle arrive dans la fosse iliaque externe, en se plaçant dans la rotation en dedans en raison de l'intégrité des deux faisceaux du ligament en Y. Si le faisceau externe se brise, la rotation de la tête en dehors devient possible et on aura la variété dorsale avec éversion du membre supérieur.

Cependant BIGELOW concède que la luxation iliaque se produit encore directement sans être précédée d'une luxation en bas; « la tête de l'os déchire la partie postérieure de la capsule et s'échappe non plus au-dessous du tendon de l'obturateur interne, mais au-dessus de lui par l'interstice qui sépare ce muscle du pyramidal ou sur un point plus élevé encore entre le pyramidal et le petit fessier ». En somme la théorie de BIGELOW est à la fois musculaire et ligamenteuse.

La divergence d'opinion entre TILLAUX et BIGELOW est surtout marquée en ce qui concerne la possibilité de la transformation iliaque en ischiatique ou inversement. Avec la grande majorité des auteurs BIGELOW l'admet, tandis que TILLAUX la nie. « Il est impossible, dit-il, de transformer une 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 comme le pensait MALGAIGNE. »

2° Luxations en avant. — *Luxations ovalaire, ilio-pubienne.* — En général les déplacements ovalaires surviennent dans une chute lorsque le membre est en abduction ou quand un corps pesant atteint le dos, le bassin fléchi sur les cuisses écartées. Si le pied se trouve porté plus en arrière, la tête remontera plus haut et se luxera sur le pubis. Parmi les conditions de production de la variété ischio-pubienne, citons les chutes sur le pied fortement porté en arrière du corps ou encore l'immobilisation brusque du pied dans une rainure, le bassin continuant son mouvement de translation en vertu de la vitesse acquise. Quelquefois on a vu cet accident se produire en descendant subitement par la partie postérieure d'une voiture en marche. Un malade d'URE s'était fait une luxation ilio-pubienne en nageant, sans qu'il soit bien facile de comprendre par quel mécanisme. Quoi qu'il en soit, d'après BIGELOW, la tête