

tion du raccourcissement par la traction, et, d'une façon générale, tous les signes énumérés plus haut laisseront peu de place au doute.

Les commémoratifs sont d'un secours précieux pour séparer les luxations congénitales des luxations traumatiques très rares dans le premier âge. La coxalgie avec ses douleurs, son allongement apparent, les positions vicieuses, les troubles fonctionnels ne pourrait induire en erreur un observateur attentif.

**Traitement.** — 1° *Traitement palliatif.* — Il consiste à prescrire une bonne hygiène, les frictions, les douches, le massage, l'électricité, à faire porter une chaussure à talons, un appareil contentif pour soutenir le bassin, maintenir le trochanter appliqué contre l'os iliaque. Depuis DUPUYTREN on a imaginé de nombreux appareils ou ceintures moulées. Signalons spécialement les appareils de ROBERT et COLLIN, MATHIEU, MOXLON; ROSER, d'accord avec sa théorie de l'affection, conseille de mettre les deux membres dans l'abduction et de les y maintenir à l'aide d'un bâton placé entre les deux pieds.

2° *Traitement curatif.* — LAFOND, DUVAL, HUMBERT et surtout PRAVAZ ont avancé que les luxations congénitales n'étaient pas incurables ainsi que le croyait DUPUYTREN. Ils imaginèrent des appareils destinés à faire l'extension, la réduction et à faciliter la consolidation, comme pour les luxations traumatiques, mais en ayant soin d'espacer ces différents temps du traitement à d'assez longs intervalles. Malheureusement les succès ne parurent pas bien probants et BOUVIER attaqua vivement les assertions de PRAVAZ. Aujourd'hui l'opinion des chirurgiens semble faite sur ce point de thérapeutique. Après l'âge de dix ans, l'enfant devient infirme. Jusque-là, toutes les tentatives ne sont pas inutiles et PRAVAZ fils, VALETTE soutiennent encore la curabilité des luxations congénitales. En réalité le traitement ne réduit pas la luxation, mais il modifie avantageusement la lésion en rapprochant la tête du fémur du point qu'elle devrait occuper normalement; on améliore quelquefois ainsi la difformité au prix de traitements pénibles, longs et surtout dispendieux; la cure réelle n'a jamais été obtenue. Mentionnons seulement les sections tendineuses essayées par J. GUÉRIN.

Depuis quelques années les chirurgiens étrangers ont poussé la hardiesse jusqu'à réséquer les extrémités supérieures du fémur dans les cas de luxation congénitale. Ces essais auraient donné des résultats assez satisfaisants. Récemment HEUSNER a publié un cas de résection chez une fille de vingt-quatre ans.

## 2° LUXATIONS PARALYTIQUES DE L'ENFANCE

Longtemps confondues avec les précédentes, les luxations paralytiques en ont été nettement séparées par VERNEUIL. On avait bien remarqué auparavant que certaines luxations survenaient chez les enfants qui avaient marché pendant des années, mais BROCA, BOUVIER n'en admettaient pas moins leur origine congénitale, arguant d'une malformation native que la marche accentuait plus tard. VERNEUIL ne se borna pas à montrer l'insuffisance de la division, il trouva qu'en pareil cas le déplacement de la tête fémorale était consécutif à l'atrophie des muscles fessiers et pelvi-trochantériens.

Plus récemment RECLUS a apporté d'autres faits à l'appui de cette manière de voir; les muscles de la hanche se partageraient en deux groupes antagonistes; d'une part les adducteurs qui tendent à porter la tête du fémur en haut et en arrière; d'autre part les fessiers et les pelvi-trochantériens dont l'action serait inverse. Que l'un de ces groupes antagonistes agisse seul, la tête tendra à quitter la cavité, c'est ainsi que la paralysie des fessiers laissant la tête du fémur sous l'influence des adducteurs, celle-ci se luxe en haut et en arrière. RECLUS parle d'un cas où la luxation en avant résultait d'une atrophie des adducteurs. Ces déplacements seraient donc susceptibles de se produire sans l'intervention du poids du corps pendant la marche; néanmoins celle-ci favorise et active certainement la luxation.

## CHAPITRE II

### AFFECTIIONS CHIRURGICALES DE LA CUISSE

#### § 1<sup>er</sup>. — Affections de la région crurale de l'aîne

**Bibliographie.** — Consulter l'article AINE du *Dict. encycl. des sciences méd.* par VERNEUIL.

Il ne rentre pas dans notre plan de donner une description détaillée des affections multiples dont la région de l'aîne peut être atteinte; les plus intéressantes, en effet, ont déjà été l'objet de développements spéciaux; telles sont les hernies inguinales et crurales, les maladies du cordon, les anévrysmes inguinaux les variétés lymphatiques, les abcès par congestion, etc. Nous aurons donc exclusivement pour but de compléter l'histoire des maladies chirurgicales de la portion crurale de l'aîne.

#### 1° LÉSIONS TRAUMATIQUES

Toutes les variétés de plaies se rencontrent à la racine de la cuisse; les unes sont le résultat d'un coup porté avec un instrument tranchant ou piquant (épée, baïonnette); ailleurs il s'agit de coups de feu; BERNE a signalé la rupture de la peau de l'aîne pendant les tentatives de redressement d'une coxalgie. Enfin les plaies opératoires n'y sont pas rares; qu'il nous suffise de rappeler les incisions des bubons, la kélotomie, etc. Au nombre des particularités dignes de remarque citons la tendance au rapprochement et à l'enroulement des plaies parallèles au pli de l'aîne, le danger des hémorragies, même lorsqu'il s'agit de blessures superficielles, puisque LE FORT aurait vu la lésion de la tégumentuse abdominale amener la mort.

La compression violente ou prolongée détermine dans la région des

troubles divers : d'après VERNEUIL la compression digitale de la fémorale a pu amener la phlébite de la veine ; O. PEMBERTON parle d'un anévrysme artérioveineux dans les mêmes circonstances et plus d'une fois les compresseurs mécaniques ont laissé au niveau de leur point d'application des escarres étendues. On s'explique aisément qu'une pelote de bandage herniaire puisse créer des excoriations et même des cavités closes dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Qu'une brûlure un peu étendue siège dans la région de l'aîne, il en résultera une cicatrice qui gênera les mouvements d'extension de la cuisse. De semblables brides nécessitent des opérations autoplastiques ou autres comme dans les observations de DELPECH, NICHET.

## 2° AFFECTIONS INFLAMMATOIRES

Les inflammations et les collections purulentes ne sont pas rares au niveau du triangle de Scarpa ; les unes sont aiguës, d'autres chroniques ; on peut encore les diviser en inflammations superficielles et inflammations sous-aponévrotiques ou profondes. Ces dernières se subdivisent en divers groupes suivant qu'elles occupent le canal crural, ou qu'elles siègent dans les gaines musculaires. Enfin les collections purulentes ont pris naissance dans la région elle-même ou proviennent de l'abdomen, des vertèbres, de la fosse iliaque, de l'articulation coxo-fémorale, des os du bassin.

La plupart des affections qui engendrent les collections purulentes de la région crurale de l'aîne ont été l'objet de descriptions spéciales : tels sont les abcès migrateurs des parties latérales de la colonne vertébrale qui arrivent à l'aîne en suivant le psoas ; les abcès par congestion des parties antérieures des corps vertébraux cheminant en dehors du fascia iliaca et fument parfois dans le canal crural en suivant la gaine des vaisseaux. Le psoitis, les abcès de la fosse iliaque, les abcès de la coxalgie, les suppurations du pubis, les abcès d'origine herniaire ont été étudiés ailleurs et leurs caractères distinctifs suffisamment exposés. Nous nous bornerons à parler ici des bubons de l'aîne.

Quatre groupes de ganglions occupent les couches superficielles du triangle de Scarpa : 1° les ganglions internes situés au-dessous de l'arcade de Fallope reçoivent les lymphatiques du périnée, du scrotum et de l'anus ; 2° aux ganglions externes et supérieurs correspondent les lymphatiques de la fesse ; 3° les ganglions inférieurs, situés le long de la saphène interne sont les aboutissants des lymphatiques du membre inférieur ; 4° toutes les inflammations virulentes ou autres de la verge retentissent sur les ganglions moyens. L'importance de cette division au point de vue du diagnostic est de toute évidence, car le siège seul de l'adénopathie suffit pour faire reconnaître la cause première de l'irritation. Un furoncle de la fesse explique l'engorgement des ganglions supéro-externes ; une écorchure du pied rend compte d'une adénite du groupe inférieur et il ne faut jamais négliger d'examiner la région périnéale ou anale en présence d'un bubon situé à la partie inféro-interne de l'aîne.

Toutes les adénopathies ont été rencontrées dans les ganglions de l'aîne.

Citons parmi les mieux connues, le bubon consécutif au chancre mou, le bubon syphilitique, le bubon strumeux, l'adénite tuberculeuse, le lymphadénome. Lorsque l'irritation transmise au parenchyme est vive, toute la région devient le siège d'un gonflement très marqué, d'une rougeur insolite et de douleurs. De plus, par suite du gonflement, le bubon semble siéger dans la région inguinale alors qu'en réalité il occupe la racine de la cuisse. Nous retrouvons ici l'évolution, la marche des adénopathies chroniques ou des adéno-phlegmons avec la suppuration péri-ganglionnaire qui précède d'ordinaire la fonte purulente de la glande. Presque toujours, après un temps variable entre douze et vingt jours, l'adénite aiguë se termine par suppuration et le pus tend à se porter vers la peau ; cependant on l'a vu accidentellement communiquer avec le canal crural et même ulcérer les vaisseaux fémoraux et la capsule coxo-fémorale. Nous n'insisterons pas sur les bubons successifs, sur leur ulcération, le décollement de la peau, le phagédénisme, la tendance fistuleuse. Tout ce qui concerne l'histoire de ces adénopathies a été exposé ailleurs (Voy. t. I<sup>er</sup>, p. 545).

*Diagnostic des abcès inguino-cruraux.* — VERNEUIL a beaucoup insisté sur les difficultés du diagnostic des collections purulentes de l'aîne ; il a fait voir que des abcès pouvaient coïncider avec une autre affection (hernie, anévrysme) et la masquer. « Ces associations pathologiques engendrent une symptomatologie hybride dont l'analyse peut être fort difficile sinon impossible. Alors de deux choses l'une : tantôt l'abcès est méconnu, ce qui n'a pas toujours de grands inconvénients ; tantôt il masque l'affection concomitante : celle-ci n'étant pas même soupçonnée on plonge un bistouri sans précaution et avec le pus s'écoulera le sang artériel, les fluides intestinaux. Quelquefois on accumule les erreurs de diagnostic ; en opérant pour une hernie étranglée on tombe dans la cavité d'un abcès ; on croit devoir en rester là, mais derrière le foyer une petite hernie existe en réalité et enlève le malade » (VERNEUIL, art. AÎNE du *Dict. encyclop. des sciences méd.*). Même dans les cas simples la fluctuation n'est pas facile à percevoir et d'autres tumeurs liquides peuvent donner le change. L'œdème masque parfois la fluctuation ; les battements communiqués par l'artère sous-jacente à une collection purulente peuvent faire croire à un anévrysme ; des bandages herniaires ont été appliqués sur des abcès par congestion ; ailleurs la position vicieuse de la cuisse, la contracture du psoas a fait prendre une inflammation pour une coxalgie. Faut-il encore rappeler la confusion avec une hernie crurale, un anévrysme, etc. Les chances d'erreur deviennent bien plus plausibles pour les inflammations profondément situées, les adénites du ganglion de Cloquet par exemple.

Il n'existe pas de signes certains qui puissent mettre le praticien à l'abri des méprises ; si dans les conditions ordinaires un bubon de l'aîne ne laisse aucun doute dans l'esprit, pour toutes les autres inflammations il faut faire un examen clinique minutieux, et procéder par exclusion. Les deux points principaux sur lesquels portera le diagnostic différentiel sont : l'éventualité d'un anévrysme ou d'une hernie. Au besoin une ponction exploratrice leverait les doutes.

Nous n'insisterons pas sur le traitement qui variera nécessairement d'une

variété à une autre; l'ouverture et le pansement antiseptique feront la base de la thérapeutique.

### 3° TUMEURS DU TRIANGLE DE SCARPA

**Bibliographie** — VELPEAU, *Recherches sur les cavités closes*, et *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, 1843, t. II, p. 428. — CHASSAIGNAC, *Revue méd. chir.*, 1855. — DESPRÉS, *Diagnostic des tumeurs*, Paris, 1868. — KIRMISSON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885. Thèses de Paris. — 1831, MARVÉ. — 1846, DUPUIS. — 1847, JOLY. — 1865, DUPLAY. — 1867, T. ANGER.

Thèse de Strasbourg. — 1862, JACQUIN.

Consulter l'article AINE du *Dict. encycl. des sciences méd.* par VERNEUIL.

Elles se divisent cliniquement en deux groupes suivant qu'elles sont solides ou liquides; nous excluons les anévrysmes dont la description a été faite avec les anévrysmes inguinaux et les tumeurs gazeuses (hernies).

#### A. — TUMEURS LIQUIDES

Ces tumeurs ont été étudiées en 1865 par VERNEUIL et par DUPLAY sous le nom de collections séreuses de l'aine. Il en existe deux variétés principales: 1° les kystes qui sont d'origine péritonéale; 2° les kystes ou hygromas accidentels.

La plupart des kystes séreux qui ont une origine péritonéale proviennent d'anciens sacs herniaires déshabités et dont la communication avec la cavité péritonéale a cessé. DUPLAY leur a donné le nom de *kystes sacculaires*. Certaines hernies crurales contiennent dans leur sac du liquide qui peut simuler un véritable kyste.

Les *hygromas* assez communs reconnaissent des origines diverses; quelques-uns prennent naissance dans la bourse du psoas; CHASSAIGNAC, VELPEAU, RICHEL en auraient rencontré des exemples; la plupart se forment dans les bourses séreuses accidentelles dont l'origine reste un peu hypothétique; elles coïncident avec les hernies crurales. Quelques auteurs pensent que l'on peut les considérer comme des diverticules d'un sac herniaire; pour d'autres le frottement longtemps prolongé de la pelote d'un bandage herniaire expliquerait leur formation dans une région où le tissu cellulaire a une disposition lamellaire bien connue. Quoi qu'il en soit les kystes offrent une paroi mince ou surchargée de graisse et contiennent un liquide séreux; à maintes reprises ils ont été rencontrés par les chirurgiens dans l'opération de la hernie étranglée. Notons encore qu'ils sont susceptibles de s'enflammer et de suppurer.

Dans la région de l'aine la présence des hygromas à grains riziformes, des kystes ganglionnaires et même des kystes hydatiques a été constatée à diverses reprises.

Les kystes de la région crurale de l'aine ont une forme globuleuse; leur fluctuation est difficile à percevoir, à moins qu'ils n'aient acquis d'assez

grandes dimensions, éventualité rare. La réductibilité, la tension de la tumeur et sa réplétion par la toux indiquent la communication de la poche avec la cavité abdominale; mais alors il ne s'agit pas de vrais kystes, car ceux-ci sont irréductibles.

Parmi les tumeurs qui ont de l'analogie avec les kystes citons les hernies épiploïques, les abcès froids ganglionnaires, les abcès péri-articulaires; un lipome peu volumineux pourrait embarrasser le chirurgien. Enfin, rappelons que la région de l'aine est le lieu d'élection des adéno-lymphocèles, des varices lymphatiques dont l'étude a été faite ailleurs (Voy. t. I<sup>er</sup>, p. 518).

Si le diagnostic de ces collections présente déjà de grandes difficultés à l'état normal, il devient encore plus malaisé lorsqu'elles s'enflamment, et il faut toute la sagacité d'un praticien consommé pour démêler l'origine et la nature des accidents. Les nombreuses erreurs enregistrées dans la littérature médicale en témoignent. BÉRARD a conseillé dans le doute de mettre les choses au pire et de se préparer aux éventualités les plus graves.

L'intervention n'est indiquée que dans les cas où la tumeur gêne par son volume ou s'enflamme; si l'irréductibilité est certaine, la ponction aspiratrice pourra rendre des services; elle permettra de vérifier le diagnostic et d'instituer le traitement approprié. En cas d'inflammation le chirurgien s'adressera d'abord aux résolutifs, aux antiphlogistiques, et s'ils échouent il incisera la collection. L'existence d'une hernie crurale sous-jacente doit toujours être présente à l'esprit.

#### B. — TUMEURS SOLIDES

Toutes les variétés de tumeurs solides ont été rencontrées au niveau du triangle de Scarpa. Les unes prennent naissance dans la région elle-même; les autres dans les parois ou dans les organes voisins.

Les *lipomes* signalés au niveau du triangle de Scarpa siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané; ils atteignent rarement de grandes dimensions; d'autres, développés dans les interstices musculaires voisins prédominent à la région de l'aine et sont d'un diagnostic plus difficile; sur un homme qui portait des lipomes multiples nous avons observé un lipome en grappe de la racine de la cuisse.

L'*épithéliome* de l'aine assez fréquent, presque toujours secondaire, résulte de la propagation de l'affection venue d'un organe voisin, particulièrement du scrotum ou du pénis; d'autres fois de volumineuses tumeurs ganglionnaires reconnaissent la même origine; après avoir formé une masse susceptible d'acquiescer les dimensions d'une tête de fœtus et même d'adulte, ces néoplasmes secondaires s'ulcèrent, donnent lieu à une suppuration ichoreuse très fétide, et plus d'une fois on a vu des ulcérations des gros vaisseaux sous-jacents amener la mort. Ailleurs l'artère et la veine sont englobées dans le néoplasme. FOLLIN a signalé la formation de kystes séreux à l'intérieur de ces tumeurs.

La plupart des *sarcomes*, des *enchondromes*, des *fibromes* de l'aine ont une origine musculaire, périostique ou osseuse; ces productions morbides acquiescent dans certains cas de grandes dimensions.

Chaque fois que le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur solide de la racine de la cuisse, il doit l'examiner dans l'extension et la flexion du membre afin de reconnaître son degré d'indépendance avec les organes profonds. Après avoir éliminé les hernies, les anévrysmes d'après leurs caractères propres il faut penser à une tumeur ganglionnaire et chercher dans la circonscription des réseaux lymphatiques périphériques s'il n'y aurait pas une affection de même ordre qui puisse expliquer celle de l'aîne. En outre les rapports avec les vaisseaux, la marche du néoplasme, l'état de la circulation du membre inférieur, l'âge du sujet, l'intégrité de la peau, de l'articulation, etc., fourniront tout une série de renseignements précieux qui permettront d'arriver au diagnostic par exclusion.

**Traitement.** — Deux circonstances rendent la thérapeutique très hasardeuse et les résultats peu satisfaisants : d'une part la malignité du produit morbide, d'autre part les connexions avec les gros vaisseaux. Bon nombre de néoplasmes ganglionnaires secondaires doivent être respectés lorsque la lésion primitive persiste, ou que l'infiltration carcinomateuse a déjà franchi les limites de la région. La seule exception pourrait être faite en cas d'hémorragie et encore la conduite à suivre serait aussi incertaine que périlleuse.

S'ils s'agit de néoplasmes primitifs, de tumeurs circonscrites peu volumineuses, de lipomes, de fibromes et même d'enchondromes, l'intervention peut offrir des chances de succès et KIRMISSON en a rapporté de nombreux exemples à la Société de chirurgie (1885). Mais malgré les perfectionnements opératoires et la méthode antiseptique, la proximité des vaisseaux, la nécessité de lier l'artère et parfois la veine en même temps, la dénudation inévitable de ces organes, la surprise fâcheuse d'une hernie méconnue au-dessous du néoplasme nous autorisent à considérer les opérations pratiquées dans cette région comme très graves; aussi faut-il les réserver pour des cas exceptionnels.

## § 2. — Plaies de la cuisse

### 1° LÉSIONS TRAUMATIQUES DES VAISSEAUX FÉMORAUX

**Bibliographie.** — BRAUNE, *Die Oberschenkel Vene*, Leipzig, 1871. — TILLAUX, *Soc. de chir.*, 1876. — RABE, *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, Bd. V, p. 237. — ROSE, *Sammlung klin. Vorträge*, n° 92, 1875. — KRASKE, *Centralbl. f. Chir.*, 1880 et 1881. — TILMANS, *Berl. klin. Wochens.*, 1881, p. 57. — LE DENTU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — MONOD, *Ibid.*, 1882, p. 677. — MAC-LANE TIFFANY, *Med. News*, 1884, t. VII, p. 3. Thèses de Paris. — 1836, SANSON (Concours). — 1852, MESNET. — 1866, CADIER. — 1867, MACHENAND. — 1873, JOURDAN, POINSOT. — 1875, LAURENT. Article CRURALE du *Dict. Encyclop. des Sciences méd.*, par GILLETTE.

#### A. — BLESSURES DES ARTÈRES

La position assez superficielle de l'artère fémorale à la partie antéro-interne de la cuisse rend compte de la fréquence relative des blessures de ce vaisseau. Toutes les descriptions générales leur sont applicables; aussi croyons-nous

devoir insister seulement sur quelques particularités propres à la région et au traitement de ces blessures.

a. *Piqûres et coupures.* — Les plaies de l'artère fémorale peuvent être produites par instrument piquant et tranchant, assez fréquemment il s'agit de pointes de couteaux qui intéressent plus ou moins l'artère et parfois simultanément la veine. Si dans un certain nombre de faits le coup a été porté directement dans une rixe, à maintes reprises l'accident est survenu chez des hommes qui, étant assis, ont voulu retenir, en serrant brusquement les cuisses, un couteau qui s'échappait de leurs mains. HEISTER, HUGUIER, FORGEMOL, etc., ont relaté des blessures survenues de cette façon. Au nombre des cas curieux signalons la piqûre de la fémorale par le dard d'un poisson dit *pasténaque*, ainsi que CLOSMADÉUC en a rapporté un exemple. HODGSON nous a transmis l'histoire d'un maréchal-ferrant qui eut la fémorale perforée par une verge de fer rouge. On conçoit également que les artères de la cuisse puissent être lésées dans une opération; GUTHRIE, BLANDIN, VERNEUIL, etc., parlent de tels accidents. Il existe encore dans la science un certain nombre de déchirures des vaisseaux fémoraux par des esquilles provenant d'une fracture; JOURDAN, LAURENT en relatent quelques observations dans leurs thèses.

**Symptômes.** — L'hémorragie est la conséquence immédiate de toute plaie de la cuisse intéressant le tronc artériel principal. La plaie bâille-t-elle largement, le sang sort à flots, en bouillonnant, ou en jets saccadés; la mort arrive de bonne heure si une syncope ou un traitement convenable ne vient mettre un terme à cette abondante déperdition. Plus d'un blessé a dû l'existence à cette syncope qui a permis d'attendre les secours de l'art.

Les choses se passent un peu différemment lorsque le vaisseau est moins volumineux ou lorsque la solution de continuité des téguments ne permet pas l'issue du sang au dehors. En pareil cas, le sang s'extravase encore hors des vaisseaux, mais il s'accumule dans la gaine, parfois se coagule. Un caillot obture l'ouverture du vaisseau en même temps que la compression exercée par la masse sanguine tend à diminuer son calibre. Dans d'autres circonstances le sang continue à sortir par la plaie artérielle et s'infiltré au loin dans les parties molles de la cuisse; il se forme un anévrysme traumatique diffus faux primitif sur lequel nous reviendrons.

b. *Contusions et plaies contuses.* — Un corps contondant venant à frapper la cuisse dans la région de la fémorale détermine des lésions fort variables; tantôt le vaisseau est rompu, déchiré partiellement et il en résulte un anévrysme, tantôt il s'agit d'un véritable écrasement par un poids très lourd ou à la suite du passage d'une roue de voiture. Dans ce dernier cas les désordres sont bien plus prononcés; l'artère écrasée, rompue, se rétracte dans sa gaine en même temps qu'un caillot obture les orifices. Nous signalerons seulement les faits intéressants de BROCA, RICHET, BOURDILLAT, POZZI, KIRMISSON, en renvoyant le lecteur à l'étude générale (t. I<sup>er</sup>, p. 428 et suiv.).

Les plaies par armes à feu appartiennent à cette catégorie; les grains de plomb, lorsqu'ils ne font pas balle, déterminent des lésions compatibles avec l'existence et prédisposent spécialement aux anévrysmes artériels ou artérioveineux. Contrairement à l'opinion ancienne, les lésions de gros vaisseaux