

7. Quand on porte la jambe dans la pronation et la supination, le trochanter tourne autour de l'axe de la cuisse tandis qu'à l'état normal, il tourne autour du centre des mouvements de la hanche. La différence se constate par ce fait qu'un point quelconque du trochanter exécute une courbe beaucoup moins grande lorsqu'il y a fracture.

Parmi ces signes, les plus importants sont les suivants : l'impossibilité absolue de se tenir sur les jambes, le raccourcissement, la rotation en dehors.

Diagnostic. — Quand un praticien constate ces signes chez un vieillard qui vient de faire une chute, il pose le diagnostic de fracture du col et avec raison. En effet les autres lésions sont rares et s'accusent par des signes externes bien déterminés. Il est évident qu'on ne devra pas se contenter du diagnostic à première vue, mais qu'on devra le vérifier et exclure les autres lésions. On peut y arriver de la façon suivante.

Parmi les luxations, seule l'iléo-pubienne, c'est-à-dire la luxation en haut et en dedans, peut répondre aux mêmes symptômes ; mais dans ce cas la tête du fémur est vue et sentie dans la région inguinale, et de plus, les mouvements sont limités même sous le chloroforme. Dans une simple contusion de la hanche, il n'y a pas de raccourcissement ; si la jambe était raccourcie avant l'accident, ce raccourcissement ne disparaît pas par l'extension. Dans une fracture ayant eu lieu immédiatement au-dessous du trochanter, il y aurait également raccourcissement et rotation en dehors, mais le trochanter lui-même ne serait pas plus élevé qu'à l'état normal, et le raccourcissement porterait exclusivement sur le corps du fémur. Dans quelques cas, toutefois, on rencontre des anomalies qui peuvent rendre le diagnostic douteux. Par exemple, le trochanter peut être fracturé à son sommet, de sorte que son élévation passe inaperçue. Mais dans ce cas le sommet du trochanter donnera de la crépitation et même de la mobilité ; s'il existait une fracture isolée du trochanter, le membre ne serait pas raccourci dans sa totalité. Quand il y a pénétration, deux symptômes font défaut : on ne peut plus faire disparaître le raccourcissement par l'extension et le trochanter ne tourne pas autour de l'axe du fémur mais autour du centre de la tête. Mais dans les fractures intra-capsulaires, la pénétration est exceptionnelle ; elle est

exceptionnelle, surtout peut-être parce qu'on doit éviter de la chercher. Sa constatation ne sert pas à grand chose pour le diagnostic et par contre sa recherche ne peut que défaire un engrenement favorable. Une exploration fort utile est la détermination précise du maximum de la douleur par la pression localisée.

(A. B.)

beaucoup plus fréquente dans les fractures extra-capsulaires et alors le trochanter est élargi, la jambe est raccourcie et tournée en dehors et on sent de la crépitation en appuyant fortement sur le trochanter. Souvent la pénétration cesse au bout de quelques jours, et à partir de ce moment les symptômes de la fracture deviennent plus nets.

Pour permettre de faire le *diagnostic différentiel entre les fractures intra et extra-capsulaires*, Malgaigne donna un tableau dans lequel il mit les signes des fractures intra-capsulaires en regard de ceux des fractures extra-capsulaires. En faveur des fractures extra-capsulaires on trouverait : leur étiologie par choc direct sur le trochanter, une ecchymose à ce niveau, un fort gonflement de la hanche par l'épanchement sanguin provenant de la surface de fracture, une vive douleur à la pression au niveau du trochanter, un raccourcissement de 3 1/2 à 21 lignes survenu immédiatement après l'accident, une fracture du sommet du grand trochanter, devenu toutefois plus saillant ; le fémur paraît raccourci à cause de la fracture du sommet du trochanter, et le fragment du trochanter est déplacé.

Je ne comprends pas comment on a pu mesurer le raccourcissement par 1/2 lignes. De plus une fracture intra-capsulaire ne s'accompagnerait jamais d'un raccourcissement plus considérable que de 10 lignes, tandis qu'il peut atteindre de 3 à 21 lignes dans les fractures extra-capsulaires : comment faire le diagnostic quand le raccourcissement est juste de 10 lignes ? Que penser quand on ne peut pas affirmer exactement si le raccourcissement est de 10 ou 14 lignes ? Comment mesurer l'intensité de la douleur trochantérienne à la pression ? Dans une fracture extra-capsulaire, le raccourcissement ne peut-il pas être produit immédiatement après l'accident par le transport ? Où est la limite entre un gonflement faible ou intense ?

On peut dire, cependant, que lorsqu'il y a eu chute sur le trochanter et fracture de cette tubérosité, il est *probable* qu'il y a une fracture basale ; mais ce diagnostic n'est pas certain¹.

(1) Si par cette argumentation Albert veut prouver, comme le faisait chez nous Gosselin, que pour certains cas moyens le diagnostic du siège intra ou extra-capsulaire est impossible, il a certainement raison ; mais il exagère quand il conclut de là que ce diagnostic est le plus souvent impossible, et tout au plus probable. Il y a des cas où on peut le poser à coup sûr. Ainsi, un raccourcissement *immédiat* de plus de 5 centimètres implique une fracture extra-capsulaire ; et surtout on a des signes évidents pour la fracture par pénétration : l'élargissement du grand trochanter, douloureux à la pression, et l'impossibilité de corriger la rotation en dehors. J'ajouterai que, contrairement à l'assertion émise quelques lignes plus haut par Albert, la fracture par pénétration est celle où la crépitation est le plus absente, à moins de manœuvres brutales, que l'on doit proscrire.

(A. B.)