

Les *lipomes* sont rares à la main et aux doigts et les caractères qu'ils présentent rendent leur diagnostic difficile à cause de leur siège sous-aponévrotique. En général ils sont encapsulés et bien circonscrits. Ils peuvent cependant se diffuser sans jamais pourtant franchir le ligament annulaire, mais ils descendent dans les espaces interosseux entre les métacarpiens et gagnent le dos de la main où ils se dessinent en boudins longitudinaux. Qu'ils soient purs ou que ce soient des fibro-lipomes ou des angio-lipomes, ils ne causent aucune gêne fonctionnelle si ce n'est, cas tout à fait exceptionnel, lorsqu'ils deviennent énormes. Leur évolution est très lente.

Ils peuvent être confondus avec le kyste synovial du poignet, avec la synovite séreuse ou à grains riziformes. On sait, en effet, que la fausse fluctuation est un des caractères des lipomes et que dans certains cas, rares il est vrai, leur pression donne lieu à une crépitation analogue au bruit de chaînon; dans le lipome cette crépitation est pourtant plus fixe. Dans les synovites et dans les kystes du poignet, le développement est moins lent et le mode d'extension n'est pas le même. La tumeur palmaire fuse en effet vers le poignet, franchit le ligament annulaire et vient donner lieu à une collection antibrachiale qui, jointe à celle de la paume de la main, donne lieu à une tuméfaction en bissac caractéristique.

## DE LA HANCHE

### ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

On désigne sous le nom de *hanche* toute la racine du membre pelvien (Richet). « La partie supérieure du fémur et la plus grande partie de l'os iliaque en forment le squelette, et elle comprend toutes les parties molles qui entourent l'articulation coxo-fémorale. » (Tillaux.)

La *hanche* a pour limites : en haut et en arrière, la crête iliaque; en haut et en avant, l'arcade crurale à laquelle correspond le pli de l'aine; en bas et en arrière, le pli fessier; en bas et en avant, une ligne fictive continuant la direction du pli fessier, horizontale, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe de la cuisse et rejoignant les deux extrémités interne et externe du pli fessier.

Ainsi comprise, la hanche se divise en trois régions secondaires : la *région de l'aine*, la *région fessière*, la *région ischio-pubienne ou obturatrice*.

Nous commencerons cette étude par la *région de l'aine*, de beaucoup la plus importante, et malgré les limites assignées plus haut à la hanche en avant et en haut, nous ferons, à l'exemple du professeur Guyon, dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, rentrer, dans l'étude de la région de l'aine, celle du *canal inguinal*. N'est-il pas de toute évidence que c'est une division réellement clinique que celle que nous adoptons? N'est-on pas forcé, à chaque instant, quand on examine un malade, qu'il s'agisse de hernie, de collections purulentes, etc., d'examiner à la fois la région du canal inguinal et celle du triangle de Scarpa?

La *région de l'aine*, envisagée, comme nous venons de le

dire, comprend, en réalité, deux régions secondaires : l'une *supérieure*, dite ilio-inguinale, traversée par le canal inguinal, et qui forme la paroi antérieure de la fosse iliaque interne; l'autre *inférieure* qui n'est autre que la région du triangle de Scarpa. Ces deux régions sont séparées, l'une de l'autre, par le bord antérieur de l'arcade crurale qui s'étend, de l'épine iliaque antéro-supérieure toujours facilement reconnaissable, même chez les sujets gras, à l'épine du pubis, beaucoup moins facilement accessible. En touchant, dit Farabeuf (*Précis de médecine opératoire*), le pénil avec un seul doigt, on rencontre toujours un fond osseux et on se croit d'emblée sur l'épine du pubis; en réalité, on est toujours trop près de la symphyse. Pour éviter toute erreur « il faut écarter le pouce et l'index d'environ 8 centimètres et les porter de chaque côté du pénil : en appuyant et cherchant à rapprocher les doigts, on sent, très bien, les deux épines du pubis ».

Quoi qu'il en soit, la *région supérieure de l'aîne, région ilio-inguinale*, est limitée en haut par une ligne fictive, horizontale, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au bord externe du muscle grand droit de l'abdomen; en dedans, par le bord externe de ce même muscle, et, en bas, par l'arcade de Fallope à laquelle correspond le *pli de l'aîne*. Ce pli est dû à l'adhérence de la peau avec la bandelette fibreuse qui forme l'arcade crurale, et ne doit pas être confondu avec un autre *pli cutané*, qui, lui, est inférieur, et dont la direction est beaucoup moins oblique. Ce dernier pli résulte de la flexion de la cuisse sur l'abdomen, se confondant en dedans avec le précédent, ou pli de l'aîne proprement dit; il vient aboutir, en dehors, dans l'intervalle qui sépare l'épine iliaque du grand trochanter; il mérite le nom de *pli articulaire*. « Il est important à connaître, car c'est lui que suivent les hernies crurales, lorsqu'elles ont franchi les limites de l'entonnoir crural. » (Richet.)

Les différentes couches qui forment la région ilio-inguinale sont, en allant d'avant en arrière : la peau, la couche sous-cutanée qui se compose de deux lames distinctes; l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique, dont l'arcade crurale n'est qu'une dépendance pour les uns, tandis qu'elle serait une bandelette fibreuse distincte pour les autres; les muscles

petit oblique et transverse, le vrai fascia transversalis ou fascia transversalis fibreux, la couche celluleuse sous-péritonéale ou fascia transversalis celluleux; enfin le péritoine qui présente ici trois *fossettes*, dont nous dirons un mot, qui nous semble indispensable, pour que le lecteur puisse bien comprendre les termes, hernie inguinale : oblique externe, directe, oblique interne.

Les différentes couches de la région ilio-inguinale sont traversées, à leur partie inférieure, par le cordon spermatique chez l'homme, par le ligament rond chez la femme, et c'est au trajet oblique qu'ils suivent dans l'épaisseur des parois abdominales, qu'on donne le nom de *canal inguinal*. Celui-ci, obliquement dirigé en bas, en dedans et en avant, présente à considérer, deux orifices, l'un superficiel, l'autre profond, et un trajet qui les réunit.

L'*orifice profond*, encore nommé supérieur ou interne, est situé : sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne, un peu plus près cependant de l'épine iliaque et à deux travers de doigt, au-dessus de l'arcade crurale; il correspond à la fossette inguinale externe dont nous parlerons dans un moment.

L'*orifice superficiel du canal inguinal*, orifice inférieur ou externe, peut être très facilement senti, sur le vivant, en déprimant, avec la pulpe de l'index, la partie supérieure des bourses, chez l'homme, et en dirigeant le doigt explorateur dans la direction, connue, du canal inguinal. Cet orifice, plus ou moins large suivant les individus, mesure chez l'adulte en moyenne de 2 et demi à 3 centimètres, dans son plus grand diamètre. Il est limité par trois piliers, l'un postérieur, celui de Colles, qu'on ne sent pas et qui, par conséquent, ne nous intéresse point, et par deux autres bandelettes fibreuses, dépendances de l'arcade crurale, et qui portent le nom de *pilier inférieur, pilier supérieur*. Sans entrer ici dans les finesses anatomiques, nous dirons que le pilier supérieur encore dit interne, rectiligne, s'insère à l'angle du pubis, tandis que le pilier inférieur ou externe, un peu concave par en haut, s'insère sur l'épine du pubis. Ces deux piliers, réunis en haut par des fibres arciformes, restent donc écartés en bas, d'où l'*anneau inguinal superficiel ou externe*, qui répond en

somme au pubis. D'après Malgaigne, les dimensions de cet anneau sont variables; sur le vivant, la contraction des muscles abdominaux le resserre, son élargissement est aussi complet que possible quand les cuisses sont écartées et fortement fléchies, tandis que le malade est couché. Aussi est-ce cette position qu'on doit donner au malade, quand on veut pratiquer le *taxis* sur une hernie inguinale.

La longueur du trajet inguinal qui réunit les deux orifices, mesuré de l'angle supérieur de l'orifice superficiel à l'orifice profond, est, chez l'homme adulte, d'environ 3 à 3 centimètres et demi, tandis que, prise du bord inférieur du même orifice, elle est d'un peu moins de 6 centimètres. Chez la femme il y a 4 à 5 millimètres en plus que chez l'homme.

Le trajet inguinal a trois parois : l'une inférieure, formée par la gouttière à concavité supérieure que représente l'arcade crurale; l'autre antérieure, formée par l'aponévrose du grand oblique; la troisième postérieure, constituée par le fascia transversalis fibreux. Il n'y a pas de paroi supérieure, car, les fibres inférieures des muscles petit oblique et transverse ne se trouvent pas, ainsi que le remarque Tillaux, au-dessus du cordon spermatique ou du ligament rond, mais sont éparpillées autour de ces organes et descendent au-dessous d'eux. L'intestin, engagé dans le canal inguinal, peut en sortir par une éraillure, ou mieux un écartement anormal des fibres de l'aponévrose du grand oblique, qui forment la paroi antérieure du canal inguinal, d'où une variété rare de hernie inguinale; s'il ne peut sortir du canal par l'orifice externe très étroit, il s'insinue, quelquefois, entre les muscles larges de la paroi : autre variété de *hernie inguinale rare, dite interstitielle*; la paroi postérieure, enfin, peut se laisser traverser par l'intestin, là où sont les fossettes inguinales moyenne et interne, au lieu que ce viscère prenne, ce qui est la règle, le chemin de l'orifice profond du canal inguinal. Voilà ce qui explique les quelques mots que nous avons écrits sur la constitution des parois du trajet inguinal.

Quant aux *fossettes inguinales* : 1° l'*interne* ou vésico-pubienne, située entre l'ouraque et l'artère ombilicale; 2° la *moyenne*, placée entre l'artère ombilicale et l'artère épigastrique; 3° l'*externe*, située en dehors de l'épigastrique; notre

figure en donnera une idée bien nette. Il nous suffira de rappeler que l'interne est située un peu en dedans de l'orifice externe ou cutané du canal inguinal, que quand l'intestin la déprime pour arriver à l'orifice inférieur du canal, on dit que

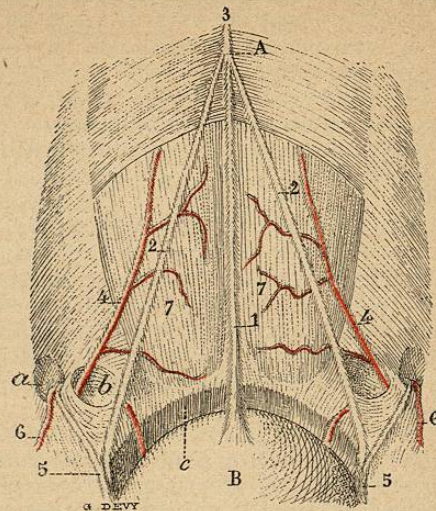


Fig. 46. — Les trois fossettes inguinales. (La paroi antérieure de l'abdomen est vue de derrière, par sa face péritonéale.) (Figure empruntée à Testut.)

A, ombilic. — B, vessie. — 1, ouraque. — 2, 2, cordon de l'artère ombilicale. — 3, cordon de la veine ombilicale. — 4, artère épigastrique. — 5, canal déférent. — 6, artère spermatique. — 7, face postérieure du muscle grand droit de l'abdomen recouverte par le péritoine. — a, fossette inguinale externe. — b, fossette inguinale moyenne. — c, fossette inguinale interne.

la *hernie est oblique interne*; que la *hernie, dite directe*, se fait par la fossette inguinale moyenne, passant après l'avoir déprimée, le plus souvent, par une éraillure de la paroi postérieure du canal (Berger); qu'enfin, quand l'intestin s'engage par la fossette inguinale externe et suit le trajet ingui-

nal, on a affaire à la *hernie oblique externe*, la plus fréquente de toutes les hernies inguinales. Mais, il ne faut pas oublier que « la hernie oblique ancienne redresse son trajet et se transforme en une hernie directe par la dilatation et la fusion des anneaux et l'amincissement de la paroi abdominale, au niveau de la région inguinale. Dans ces vieilles hernies, le diagnostic de la variété ne se fait que par la situation de l'artère épigastrique par rapport au collet du sac. Dans la hernie inguinale oblique devenue directe, l'artère épigastrique est toujours située en dedans du collet du sac, tandis qu'elle est placée plus ou moins en dehors de l'orifice de la hernie inguinale directe ». (Berger. *Tr. chir.* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 695.)

Le canal inguinal renferme, chez la femme, le ligament rond, qui est, quelquefois, le siège de tumeurs d'un diagnostic toujours délicat. Chez l'homme, il donne passage aux éléments du cordon spermatique; on doit toujours, dans les affections du testicule, palper le canal inguinal et on y reconnaîtra, quelquefois, la présence d'un cordon empâté (funiculite) ou d'un cordon dur, plus gros qu'à l'état normal et douloureux (déférentite).

Le trajet inguinal, dans le sexe masculin, est occupé, à la naissance, par un canal séreux qui fait communiquer la cavité péritonéale avec la tunique vaginale, c'est le *canal péritonéo-vaginal*. Il peut être oblitéré à la naissance, mais souvent, cette oblitération fait défaut à cette époque de la vie; dans la plupart des cas, elle se fait assez rapidement, mais la perméabilité du canal peut persister même chez l'adulte, et d'après Ramonède, être plus ou moins complète, chez lui, dans 15 p. 100 des cas. Le *canal vagino-péritonéal* est une voie toute tracée pour l'intestin, la hernie qui emprunte son trajet, porte le nom de *hernie inguinale congénitale*. Le diagnostic de ses variétés sera étudié plus loin. C'est encore à l'oblitération incomplète de ce canal, qu'il faut attribuer la plupart des *kystes du cordon spermatique*. D'ailleurs, hernie inguinale congénitale et kystes du cordon coexistent souvent.

C'est enfin à la persistance de la communication du canal vagino-péritonéal avec la grande cavité péritonéale, qu'est

due la variété d'*hydrocèle dite congénitale*, qui a déjà été étudiée. (Voir *Affections du testicule*.)

Quant au *canal de Nuck*, l'analogue chez la femme du canal vagino-péritonéal chez l'homme, bien que son existence ait été contestée et même niée, il existe bien et a été étudié par Féré et surtout par Hugo Sachs. Il peut donner passage à l'intestin (Berger), « peut devenir le siège de véritables hydrocèles, dont les unes communiquent encore avec le péritoine, dont la majorité est transformée en kystes, par l'oblitération de l'orifice qui les faisait communiquer avec le péritoine. Wechseltmann a rassemblé dans un travail publié dans les *Archiv für Klinische Chirurgie* (1890) un très grand nombre de faits de cet ordre... » (Berger. *Tr. chir.* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 738.)

Nous n'avons point à insister sur les vaisseaux et les nerfs de la région qui sont d'ailleurs, de peu d'importance, sauf l'artère épigastrique sur laquelle nous avons précédemment appelé l'attention. Il nous resterait à parler des vaisseaux et surtout des ganglions lymphatiques, mais cette étude trouvera mieux sa place, quand nous aurons dit quelques mots du *triangle de Scarpa* ou *région inférieure du pli de l'aîne*.

Cette région est très importante, et on en voit facilement les limites chez les sujets maigres aussi chez ceux qui sont fortement musclés, sans avoir trop de graisse. Elle est limitée, en haut, par l'arcade crurale, étendue entre les deux épines iliaques antéro-supérieure et pubienne, sur lesquelles nous n'avons pas à revenir; en dehors par le muscle couturier qui se dirige en bas et en dedans; en dedans par le relief des muscles adducteurs, et plus spécialement, du premier ou moyen adducteur lequel se dirige en bas et en dehors; de la marche inverse de ces deux muscles, couturier et moyen adducteur, il résulte qu'ils se rejoignent à environ 15 centimètres au-dessous de l'arcade crurale, formant le sommet du triangle de Scarpa. Entre le bord interne du couturier d'une part, le bord externe du premier ou moyen adducteur de l'autre, l'arcade crurale enfin, en haut, se trouve un espace triangulaire déprimé, auquel on donne le nom de *creux inguinal*, qui est pour le membre inférieur, l'analogue

du creux de l'aisselle. Ce creux a pour limite superficielle la peau, pour limite profonde le squelette, représenté par la partie antérieure du sourcil cotyloïdien et l'arcade pubienne d'une part, de l'autre par la tête du fémur. « Chez les sujets maigres, il est facile de sentir la tête du fémur rouler dans sa cavité, à travers la couche de parties molles, assez peu épaisse, qui la recouvre en avant, et, dans l'extension forcée de la cuisse sur le bassin, on voit, chez quelques individus, sa demi-circonférence antérieure, soulever les téguments et se dessiner en relief au-dessous de l'arcade crurale. » (Richet *Anat. top.*, p. 1208, 5<sup>e</sup> édition.) La capsule fibreuse de l'articulation coxo-fémorale est recouverte par le muscle pectiné qui forme la partie interne du plancher du triangle de Scarpa, et par le muscle psoas iliaque qui constitue, par sa face antérieure, la partie externe de ce même plancher. Nous rappellerons l'existence de la bourse séreuse du psoas qui est quelquefois le siège d'hygromas d'un diagnostic difficile, (Chassaignac, Velpeau, Richet) et la fréquence des abcès migrants qui, venus des parties latérales de la colonne vertébrale, arrivent jusqu'à l'aîne, en suivant la gaine du psoas.

Nous ne décrirons pas, ici, les différentes couches qu'on rencontre entre les deux plans, superficiel et profond, du *triangle de Scarpa*, nous ne rappellerons que les notions anatomiques qui nous semblent indispensables au clinicien.

Dans le tissu cellulaire qui double la peau, se trouvent des ganglions lymphatiques sur lesquels nous reviendrons, et aussi, la *veine saphène interne*, qui vient se jeter dans la veine fémorale à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'arcade crurale. Elle forme quelquefois, chez les variqueux, à son extrémité supérieure, une ampoule ayant quelque analogie avec une hernie crurale. Sous le tissu cellulaire, on rencontre l'aponévrose fémorale, qui en se dédoublant sur le bord interne du couturier se divise en deux feuillettes l'un superficiel, l'autre profond, passant le premier en avant, le second en arrière, des vaisseaux fémoraux, auxquels ils forment une gaine fibreuse dont les parois font suite aux bords de l'anneau crural. Les abcès par congestion des parties antérieures des corps vertébraux suivent, parfois, la gaine des

vaisseaux fémoraux pour arriver jusqu'à l'aîne. On sent toujours facilement, dans le triangle de Scarpa, les battements de l'*artère fémorale*. Celle-ci est facile à trouver si on se rappelle que sa direction, correspond exactement à une ligne tirée du milieu de l'arcade crurale à la face postérieure du condyle interne du fémur. C'est en dedans de l'artère qu'il faut chercher la tête fémorale, en dehors le col, aussi, la saillie qu'on rencontre dans les fractures extra-capsulaires de ce col. En dedans de l'artère se trouve la veine fémorale et, en dedans de cette veine, la loge lymphatique, l'*entonnoir* ou *infundibulum crural*, qui mérite de nous arrêter un instant, car, c'est par cet entonnoir que se font les hernies crurales, surtout fréquentes chez la femme. L'entonnoir crural a une base, un sommet, trois parois. La base, supérieure, est limitée en dehors par la veine fémorale, en dedans par le bord tranchant du ligament de Gimbernat, en avant par l'arcade crurale, en arrière par une bandelette fibreuse dite ligament pubien de Cooper. Cette base, fermée par le péritoine, le fascia transversalis celluleux et une lame fibreuse spéciale, le *septum crurale*, répond à une dépression peu profonde du péritoine, qui se trouve un peu au-dessous et en dehors de la fossette inguinale interne, et à laquelle on donne le nom de *fossette crurale*. C'est en déprimant la fossette que les viscères arrivent dans l'entonnoir crural. Le sommet résulte de la convergence des trois parois sur la saphène interne, et répond à son embouchure dans la veine fémorale.

La paroi externe de l'entonnoir crural, répond à la veine fémorale, recouverte d'une cloison celluleuse; la paroi postéro-interne est formée par l'aponévrose du pectiné, et la paroi antérieure, par le feuillet superficiel de l'aponévrose fémorale, mince en ce point, percée de nombreux orifices d'où son nom de *fascia crebriformis*. — L'entonnoir crural contient des vaisseaux et des ganglions lymphatiques dont nous nous occuperons dans un moment, mais aussi de la graisse. On a dit que la disparition de cette graisse, pouvait favoriser la production des hernies crurales, de même que la présence d'un lipome qu'on trouve si fréquemment en avant du sac et dont la traction, s'exerçant sur le péritoine, paraît

ne pas être sans influence sur la constitution du sac herniaire.

Les détails donnés, plus haut, sur la constitution de l'entonnoir crural, nous permettent de comprendre certains termes employés pour désigner les variétés de la hernie crurale. On dit qu'il y a *pointe de hernie*, quand il y a simple dépression de la fossette crurale ou mieux du septum crurale : hernie interstitielle lorsque la hernie occupe le canal crural ; hernie complète lorsqu'elle s'est engagée par l'un des orifices du fascia crebriformis. « En réalité, on n'observe que deux de ces degrés : la hernie incomplète qui n'a pas encore franchi le fascia crebriformis, et la hernie complète qui sort par un des orifices que ce fascia présente. » (Berger.) Nous reviendrons plus loin sur les particularités que présentent les hernies crurales, selon la direction qu'elles ont suivie, après avoir franchi le fascia crebriformis. Nous n'insisterons pas, ici, sur les rapports de la hernie crurale avec les artères épigastrique et obturatrice, car il s'agit là de notions qui sont indispensables en médecine opératoire, mais qui ne sauraient trouver place dans un manuel de diagnostic.

Rappelons que l'*infundibulum crural* se dirige de haut en bas et d'arrière en avant ; on devra si l'on soupçonne l'existence d'une pointe de hernie crurale, après avoir placé l'index de la main droite, en dedans de l'artère fémorale, diriger la pulpe de ce doigt en haut et en arrière tandis qu'on fera tousser le malade. Chez les sujets maigres, il est quelquefois assez facile de sentir le bord tranchant du ligament de Gimbernat, qui, rappelons-le, forme le bord interne de l'ouverture supérieure de l'infundibulum ou entonnoir crural.

Les *ganglions lymphatiques de l'aîne*, de forme ovale, sont *superficiels et profonds*. Les ganglions superficiels sous-cutanés forment deux groupes. Le premier est celui du ganglion inguinaux qui occupent le pli de l'aîne proprement dit, et dont le grand axe est, en général, parallèle à celui de l'arcade crurale, le second est le groupe des ganglions cruraux, qui parallèles à l'axe des vaisseaux, se trouvent situés au-devant d'eux.

Les *ganglions cruraux* reçoivent tous les lymphatiques superficiels du membre inférieur, à l'exception de trois où

quatre troncs qui accompagnent la veine saphène externe et se rendent aux ganglions poplités, et aussi, chez la femme, quelques vaisseaux de la vulve.

Les *ganglions inguinaux superficiels* peuvent être divisés en : a) internes, b) moyens, c) externes.

a) Les *ganglions inguinaux internes* reçoivent : 1° les vaisseaux lymphatiques superficiels de la partie interne de la fesse ; 2° les lymphatiques superficiels du périnée et de l'anus ; 3° les lymphatiques des organes génitaux externes, dans les deux sexes.

b) Les *ganglions inguinaux moyens* reçoivent : les lymphatiques superficiels de la moitié sous-ombilicale de l'abdomen, quelques-uns, cependant, se rendent aux ganglions externes.

c) Les *ganglions inguinaux externes* reçoivent, surtout, les lymphatiques superficiels de la moitié externe de la fesse.

Les *ganglions lymphatiques profonds de l'aîne* ou sous-apo-névrotiques, occupent l'infundibulum crural, ils se trouvent, par conséquent, en dedans de la veine fémorale. Ils sont au nombre de trois ou quatre ; le plus élevé, dit ganglion de Cloquet, occupe l'ouverture supérieure ou base de l'entonnoir crural, et n'est séparé du péritoine que par le septum crural et le tissu cellulaire sous-péritonéal, et ce rapport explique que son inflammation ait pu donner lieu à des accidents, simulant à s'y méprendre, un étranglement herniaire.

Les ganglions inguinaux profonds reçoivent les vaisseaux lymphatiques efférents des ganglions poplités et tous les lymphatiques profonds du membre inférieur, venant des muscles, des os, du périoste, à l'exception de ceux de la face postérieure de la cuisse, qui se rendent aux ganglions hypogastriques.

Les *lymphatiques efférents* des ganglions de l'aîne, superficiels et profonds, vont, pour la plupart, aux ganglions iliaques, quelques-uns (nés des ganglions profonds de l'aîne) aux ganglions hypogastriques. Ces derniers ne sont point accessibles, mais, les ganglions iliaques peuvent être facilement sentis, surtout si l'on a pris soin de relâcher la paroi

abdominale; aussi doit-on toujours les explorer, quand on se trouve en présence d'une adénite de l'aîne.

Nous nous sommes efforcés d'indiquer, aussi exactement que possible, les ganglions qui reçoivent tels ou tels lymphatiques; le clinicien est ainsi prévenu du sens dans lequel il devra porter ses recherches. Mais, la pathologie démontre que les vaisseaux lymphatiques ne se rendent pas toujours exactement aux ganglions qui devraient les recevoir; ainsi, on peut voir les ganglions inguinaux pris dans les inflammations du membre inférieur. Mieux encore, les ganglions de l'aîne, du côté droit par exemple, reçoivent quelquefois des vaisseaux lymphatiques venus des organes génitaux du côté gauche et vice versa. Cela est rare, il est vrai, mais il n'est pas possible d'expliquer autrement certains faits exceptionnels d'adénite droite par exemple, quand il y a une lésion à gauche. D'où le précepte d'examiner minutieusement tout le champ lymphatique de l'aîne, et même la fosse iliaque, dans les affections inflammatoires du membre inférieur, des organes génitaux, de la partie sous-ombilicale de l'abdomen.

La région fessière mérite de nous arrêter un instant. Elle a pour limites : en haut la crête iliaque, en bas, le pli fessier, en dedans, la gouttière sacrée, en dehors une ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure au grand trochanter. « Les parties molles qui constituent cette région recouvrent en totalité la fosse iliaque externe, la grande échancrure sciatique, la face postérieure de l'articulation coxo-fémorale, du col fémoral et du grand trochanter. Elles reposent donc, dans la plus grande partie de leur étendue, sur des surfaces osseuses qui leur fournissent des points d'appui solides et résistants. » (Richet. *An. top.*)

Le pli fessier est, disent beaucoup d'auteurs, déterminé par la saillie du bord inférieur du muscle grand fessier; or Luscka, dès 1864, et plus récemment Symington ont insisté, ainsi que le rappelle Thiéry (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 272), sur ce point, que le pli fessier n'est point parallèle au bord inférieur du grand fessier; ce bord se dirige de haut en bas et de dedans en dehors, tandis que le pli fessier est étendu transversalement à peu de chose près; il est même

légèrement ascendant à sa partie externe. Le bord inférieur du muscle est bien au-dessous du pli fessier. Qu'importe, d'ailleurs? cette constatation, purement anatomique, n'empêche pas que le pli fessier remonte et descende avec le muscle lui-même; « or, ce muscle, s'attachant au grand trochanter, suit les mouvements et les déplacements de cette saillie osseuse, de telle sorte que la situation du pli fessier devient un élément de diagnostic important, dans les déplacements du fémur ». (Tillaux.)

Entre la peau et le squelette se trouvent la couche sous-cutanée, la couche aponévrotique, un premier plan musculaire constitué par le grand fessier, un deuxième plan musculaire séparé du premier, par une couche abondante de tissu cellulaire lâche, et constitué par le moyen fessier, le pyramidal, les jumeaux, l'obturateur interne, le carré crural, la partie supérieure des muscles demi-membraneux, demi-tendineux, biceps fémoral et grand adducteur.

La troisième couche musculaire est formée par le muscle petit fessier.

Ces détails étaient utiles à rappeler, nous semble-t-il, pour nous faire comprendre certaines particularités de la région.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, il existe parfois, au niveau de l'ischion, une bourse séreuse superficielle qui peut s'enflammer, mais elle est loin d'avoir l'importance d'une autre *bourse séreuse profonde* qui se trouve à la face externe du grand trochanter, sous le tendon du muscle grand fessier; bourse ovale et allongée, dite trochantérienne, dont l'extrémité supérieure remonte jusqu'à la partie moyenne du moyen fessier; par ses faces elle adhère, d'une part au tendon du grand fessier, de l'autre, intimement, au périoste, ses bords sont faiblement unis aux tissus voisins.

Cette bourse est, parfois, le siège d'hygromas qui peuvent supprimer et faire croire qu'il s'agit de fistules osseuses, ayant leur origine dans l'ischion ou l'articulation coxo-fémorale. L'hygroma de cette bourse peut amener la formation de néo-membranes qui se transforment en brides fibreuses; aussi, le grand fessier glisse-t-il difficilement sur la face externe du grand trochanter, et les mouvements de la cuisse

sur le bassin, sont-ils plus ou moins gênés. Il s'agit là d'une *péri-arthrite coxo-fémorale*, affection qu'il faut savoir distinguer de la coxalgie et qui a été étudiée par l'un de nous en 1877. (Duplay. *Conférences de clinique chirurgicale*. Paris, Delahaye et C<sup>ie</sup>, 1877.)

Il existe encore, à la face profonde du grand fessier, une autre bourse qui le sépare de la tubérosité de l'ischion et des origines des muscles qui s'y insèrent, mais elle est en général peu développée, et n'intéresse guère le clinicien.

Entre le muscle grand fessier et le second plan musculaire de la fesse, existe une couche graisseuse, rougeâtre, abondante, à mailles très lâches, qui se laisse facilement infiltrer par les collections sanguines, à la suite des traumatismes de la fesse ; mais ce qui fait surtout son intérêt, c'est qu'elle communique largement, par la grande échancrure sciatique, avec le tissu cellulaire intra-pelvien, et, en particulier, avec celui de l'espace pelvi-rectal supérieur ; d'autre part, elle se continue, presque sans interruption, avec celui des régions environnantes, de la cuisse surtout, par l'intermédiaire du nerf sciatique, qu'elle accompagne dans la gouttière ischio-trochantérienne ». (Richet.) — Aussi, conçoit-on facilement, que la fesse soit souvent le siège de collections purulentes nées au loin ; celles qui prennent naissance directement dans la région sont rares. On y voit assez fréquemment des abcès venus de la colonne vertébrale, des os du bassin, plus rarement des organes intra-pelviens. Tantôt ces abcès s'étalent entre les deux couches musculaires, entre le moyen et le grand fessier, se dirigeant du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure, donnant alors à la fesse une forme arrondie ; tantôt ils descendent, en suivant le nerf sciatique, à la face postérieure de la cuisse et arrivent, quelquefois, jusqu'au creux poplité.

Nous avons dit comment est constitué le squelette de la région. La crête iliaque qui décrit une ligne demi-circulaire, à concavité inférieure, est facilement reconnaissable. On trouve à son extrémité antérieure l'épine iliaque antéro-supérieure et, à son extrémité postérieure, l'épine iliaque postéro-supérieure, dont le siège est indiqué par une petite dépression cutanée qui se trouve au niveau de l'apophyse épineuse de la

deuxième vertèbre sacrée, à 2 centimètres et demi, environ, en dehors d'elle. (Gray.)

Il est beaucoup plus difficile de sentir l'épine iliaque postérieure et inférieure. Toutes deux limitent de chaque côté, en haut et en bas, le bord postérieur ou sacro-coccygien de l'os iliaque, et indiquent, suffisamment, la position de l'articulation sacro-iliaque, assez souvent atteinte de tuberculose et au niveau de laquelle il faut alors, par des pressions, rechercher la douleur.

La *tubérosité de l'ischion* est facilement accessible à la palpation, surtout quand la cuisse est fléchie sur le bassin, car elle est alors à découvert sur une grande étendue, puisque le bord inférieur du muscle grand fessier a remonté, suivant l'ascension du grand trochanter. Cette même manœuvre de flexion, aussi prononcée que possible, jointe à l'adduction et à la rotation en dedans de la cuisse, permet à la tête du fémur de faire saillie à la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale, au-dessous des muscles fessiers (Lannelongue) ; elle est bonne au début de la coxalgie, car elle permet quelquefois de trouver, sur la tête, un point douloureux que les autres modes d'exploration n'avaient point révélé. En dehors de l'ischion se trouve une éminence osseuse, le *grand trochanter* ; nous allons nous en occuper, mais nous voulions la signaler immédiatement, afin de faire remarquer qu'entre elle et l'ischion, se trouve une *gouttière* profonde, dite *ischio-trochantérienne*, où passe le grand nerf sciatique qui est un peu plus rapproché de l'ischion que du grand trochanter. En déprimant les parties molles en ce point, on détermine une douleur vive chez les malades atteints de névralgie sciatique. La gouttière ischio-trochantérienne diminue de largeur quand le membre inférieur se met en rotation externe.

À la région externe de la hanche se trouve une éminence osseuse, fort appréciable : c'est le *grand trochanter* qui a une forme irrégulièrement cubique. Sa place est indiquée, lorsque la cuisse est étendue, par une dépression due à ce que les muscles moyen et petit fessiers, font au-dessus de lui, un fort relief ; mais lorsque la cuisse est fléchie, et spécialement lorsqu'elle est croisée sur celle du côté opposé, le



grand trochanter fait alors une saillie fort marquée sous la peau (Gray). On lui distingue quatre bords :

L'un antérieur, très épais, rugueux, beaucoup moins facile à explorer que le postérieur, très saillant ; le bord infé-

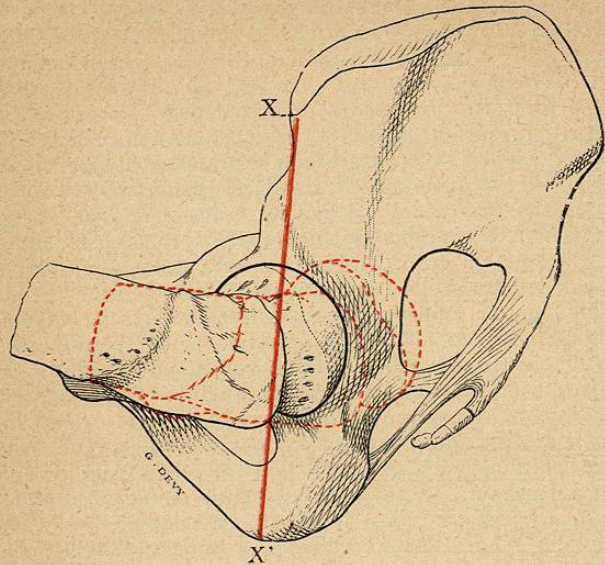


Fig. 47.

XX', ligne de Nélaton.

rieur ne peut guère être senti, mais il n'en est pas de même du supérieur, surtout accusé à sa partie postérieure. Les deux bords postérieur et supérieur forment, par leur rencontre, l'angle postérieur et supérieur du grand trochanter, toujours accessible à la palpation, même chez les individus pourvus d'embonpoint. La face externe du grand trochanter, convexe, inégale, s'élargit dans les fractures extra-capsulaires du fémur, avec pénétration du col dans le grand trochanter.

deuxième vertèbre sacrée, à 2 centimètres et demi, environ, en dehors d'elle. (Gray.)

Il est beaucoup plus difficile de sentir l'épine iliaque postérieure et inférieure. Toutes deux limitent de chaque côté, en haut et en bas, le bord postérieur ou sacro-coccygien de l'os iliaque, et indiquent, suffisamment, la position de l'articulation sacro-iliaque, assez souvent atteinte de tuberculose et au niveau de laquelle il faut alors, par des pressions, rechercher la douleur.

La *tubérosité de l'ischion* est facilement accessible à la palpation, surtout quand la cuisse est fléchie sur le bassin, car elle est alors à découvert sur une grande étendue, puisque le bord inférieur du muscle grand fessier a remonté, suivant l'ascension du grand trochanter. Cette même manœuvre de flexion, aussi prononcée que possible, jointe à l'adduction et à la rotation en dedans de la cuisse, permet à la *tête du fémur* de faire saillie à la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale, au-dessous des muscles fessiers (Lannelongue) ; elle est bonne au début de la coxalgie, car elle permet quelquefois de trouver, sur la tête, un point douloureux que les autres modes d'exploration n'avaient point révélé. En dehors de l'ischion se trouve une éminence osseuse, le *grand trochanter* ; nous allons nous en occuper, mais nous voulions la signaler immédiatement, afin de faire remarquer qu'entre elle et l'ischion, se trouve une *gouttière* profonde, dite *ischio-trochantérienne*, où passe le grand nerf sciatique qui est un peu plus rapproché de l'ischion que du grand trochanter. En déprimant les parties molles en ce point, on détermine une douleur vive chez les malades atteints de névralgie sciatique. La gouttière ischio-trochantérienne diminue de largeur quand le membre inférieur se met en rotation externe.

À la région externe de la hanche se trouve une éminence osseuse, fort appréciable : c'est le *grand trochanter* qui a une forme irrégulièrement cubique. Sa place est indiquée, lorsque la cuisse est étendue, par une dépression due à ce que les muscles moyen et petit fessiers, font au-dessus de lui, un fort relief ; mais lorsque la cuisse est fléchie, et spécialement lorsqu'elle est croisée sur celle du côté opposé, le