

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-

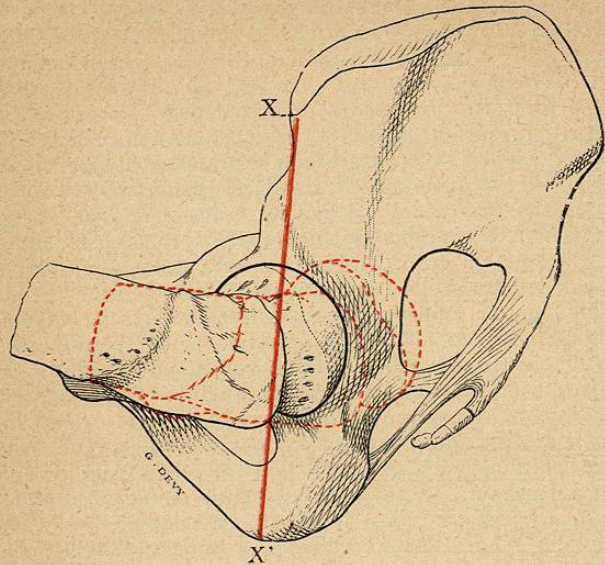


Fig. 47.

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

de reconnaître le déplacement par en haut du grand trochanter, qui s'observe dans les luxations et les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, mais il ne nous donne pas la raison de cette ascension, il faut la chercher; il nous dit que le membre est raccourci, mais point si c'est par suite d'une luxation du fémur, ou d'une fracture de cet os, qu'il faudra mesurer du sommet du trochanter aux condyles, pour savoir s'il a réellement perdu de sa longueur. S'il y a luxation, le fémur ainsi mesuré aura conservé sa longueur normale; et il en est de même dans la fracture intra-capsulaire du col du fémur, tandis que dans la fracture extra-capsulaire, avec pénétration, l'os de la cuisse sera bien réellement raccourci.

La hanche a pour centre en quelque sorte, comme le dit Tillaux, l'*articulation coxo-fémorale*, souvent malade (coxo-tuberculose, arthrite sèche, fracture intra-capsulaire du col). Profondément située, elle est d'une exploration difficile. Nous venons d'insister sur l'importance des changements de position du grand trochanter dans les déplacements articulaires, d'ailleurs rares, nous n'y reviendrons pas. Nous rappellerons qu'on peut explorer la tête fémorale (quand le membre inférieur n'a pas encore pris, dans les maladies de l'articulation, une attitude vicieuse fixe, en général précoce) à sa partie postérieure, par la palpation, le membre étant fortement fléchi sur le bassin, en même temps qu'on le porte dans l'adduction, et la rotation en dedans; mais que c'est surtout, en examinant la partie supérieure du triangle de Scarpa, qu'on peut se rendre compte de ce qui se passe du côté de l'articulation coxo-fémorale. C'est en appuyant profondément, en dedans des vaisseaux fémoraux, qu'on peut provoquer de la douleur, si la tête du fémur est malade.

La douleur qui joue un grand rôle dans le diagnostic des affections articulaires de la hanche, sera recherchée non seulement par la palpation directe aux points indiqués, mais encore par la pression et la percussion du grand trochanter, le refoulement en haut de la cuisse, saisie au niveau des condyles, ou de tout le membre, en appuyant sur le talon, tandis qu'on fixe le genou. On devra chercher à explorer le fond de la cavité cotyloïde, en pratiquant le toucher rectal;

cette exploration fera reconnaître, soit un point douloureux, soit, dans la coxalgie, la présence d'un abcès ossifluent.

L'effacement, quelquefois le bombement du creux inguinal, le soulèvement des vaisseaux fémoraux, feront penser à un épanchement, à des fongosités intra-articulaires; une saillie dure, en dehors des vaisseaux fémoraux, combinée à une attitude vicieuse du membre inférieur et trouvée quelques instants après un traumatisme de la région trochantérienne, devra appeler l'attention du côté de la fracture extra-capsulaire du col.

Les *attitudes vicieuses* de la hanche ou, pour mieux dire, du membre inférieur, sont tellement caractéristiques dans certains cas, qu'elles permettent de faire le diagnostic de la lésion, surtout si elle succède à un traumatisme; c'est ce qui arrive, pour les luxations.

Mais il faut bien savoir que ce ne sont pas les seules affections de l'articulation de la hanche qui donnent lieu aux attitudes vicieuses, et que toutes les lésions para-articulaires, trochantérite, péri-arthrite coxo-fémorale, etc., déterminent, au même degré que les maladies articulaires, des contractures des muscles voisins qui, immobilisant le membre dans une position fixe, empêchent de se rendre compte de l'état des mouvements de la hanche. N'est-ce point ce qu'on observe en particulier dans la coxalgie hystérique? C'est dans les cas que nous venons de signaler qu'on a souvent besoin d'anesthésier les malades, jusqu'à résolution complète, afin de porter un diagnostic exact, et, du reste, l'anesthésie permettra, en même temps, de remettre le membre dans une bonne position.

Nous ne parlerons pas, ici, des moyens de mensuration autres que ceux que nous avons signalés, et qui sont usités pour déterminer si un membre inférieur qui paraît allongé ou raccourci, l'est en réalité ou seulement d'une façon apparente; ce point sera traité avec le diagnostic de la coxalgie.

Il nous reste, pour en finir avec cette longue étude de la hanche, à dire quelques mots de la *région ischio-pubienne ou obturatrice*. Cette région située en dedans de l'articulation coxo-fémorale, entre elle et le pli périnéo-fémoral, a pour limites profondes : en dehors l'articulation coxo-fémo-

rale, en dedans l'arcade pubienne et le périnée; en haut la branche horizontale du pubis, en bas la tubérosité de l'ischion. Les limites superficielles sont purement arbitraires, elles sont représentées par une ligne horizontale, tirée à deux travers de doigt au-dessous du pli fémoro-périnéal, ligne qui vient couper la saillie du droit interne et celle des muscles qui s'insèrent à la tubérosité de l'ischion.

Cette région, constituée en allant de dehors en dedans, par la peau, la couche sous-cutanée, l'aponévrose, une couche musculaire qui comprend la partie supérieure des muscles droit interne, petit adducteur, troisième ou grand adducteur le muscle obturateur externe, enfin par la membrane obturatrice, ne présente qu'un médiocre intérêt chirurgical. Elle le doit à la présence du *canal sous-pubien*, dont la constitution a été bien étudiée de nouveau par Poirier, et qui donne passage à l'artère et aux veines obturatrices, ainsi qu'au nerf obturateur. Ce canal est, de plus, rempli par du tissu cellulo-graisseux qui fait communiquer le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin, avec celui de la partie profonde de la cuisse; aussi, comprend-on, que des collections purulentes intra-pelviennes, puissent fuser dans la cuisse par cette voie.

Ce même *canal sous-pubien* donne, quelquefois, passage à l'intestin, d'où une variété de *hernie dite obturatrice*, dont le sac peut aussi contenir la vessie et même les trompes et les ovaires. La hernie obturatrice n'est point appréciable quand elle est petite, quand elle est volumineuse, on constate une tuméfaction plus ou moins marquée de la racine de la cuisse. Le creux du triangle de Scarpa fait place à une saillie qui en fait bomber la partie la plus interne.

Dans un cas de Berger « toute la région des adducteurs était le siège d'une tuméfaction globuleuse, présentant de l'impulsion dans la toux. Les pressions la faisaient disparaître, avec un bruit de gargouillement, et le doigt pouvait alors refouler les téguments, dans un trajet qui aboutissait au-dessous de la branche horizontale du pubis. » (*Tr. chir.* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 817.)

Cette hernie, très rare, est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et se voit surtout dans l'âge adulte

ou dans l'âge avancé. La région obturatrice devra toujours être examinée, chez les malades présentant des symptômes d'étranglement herniaire.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA HANCHE

Les *lésions traumatiques de la hanche* sont fréquentes, elles résultent, soit de violences directes, soit de violences qui se sont exercées loin d'elle, chute sur les pieds, les genoux, les fesses. Qu'il s'agisse des unes ou des autres, qu'on soit en présence d'une contusion simple ou d'une fracture portant sur l'extrémité supérieure du fémur, presque toujours, le membre inférieur se met dans une légère flexion sur le bassin avec abduction et rotation en dehors. C'est là une attitude banale qui ne présage en rien la nature de la lésion, mais qui, par son existence même, attire l'attention du clinicien, du côté d'une lésion de la hanche. Bien entendu, nous ne parlons ici que des lésions traumatiques fermées, laissant de côté les plaies; nous éliminons aussi, pour le moment, les luxations traumatiques de l'articulation coxo-fémorale, dont la plus fréquente de beaucoup, est la luxation iliaque, et pour lesquelles l'attitude du membre est, dans bien des cas, tellement caractéristique, que le diagnostic s'impose.

Quand on se trouve en présence d'une lésion traumatique de la hanche, il faut tenir le plus grand compte de l'âge du sujet devant lequel on se trouve.

Chez l'enfant et l'adolescent, le diagnostic est souvent des plus épineux. Quelques chirurgiens, se fondant sur certaines analogies d'attitude que présente le membre inférieur chez eux, avec celle qu'on rencontre chez les vieillards, dans la fracture intra-capsulaire du col du fémur, ont cru pouvoir conclure à une *disjonction traumatique de l'épiphyse fémorale supérieure*, soit de la tête avec le col du fémur, et ils en ont donné comme signes : le raccourcissement du membre inférieur, sa rotation en dehors, la perception possible d'un frottement sourd, moins éclatant que celui de deux surfaces osseuses fracturées glissant l'une sur l'autre. C'est surtout en considérant l'âge des malades que le diagnostic de décol-

lement épiphysaire a été porté. Ces cas sont excessivement rares, Hamilton en réunit cinq (le sixième doit être éliminé, car il s'agit, nous semble-t-il, d'une ostéomyélite), mais il a bien soin d'ajouter : « Bien qu'il y ait des raisons de croire que le diagnostic était exact dans chaque cas, je ne puis regarder les observations rapportées comme absolument démonstratives, je ne saurais admettre, comme vraiment démontrée, l'existence de cette disjonction épiphysaire... » *Traité des fractures et des luxations*, traduction française, p. 456.)

De même encore, dans l'enfance et l'adolescence, on a cité des cas de *décollement traumatique du grand trochanter*, nous ne saurions y insister, les symptômes sont d'ailleurs théoriquement les mêmes que ceux de la fracture de cette apophyse.

Dans l'âge adulte, on peut observer, quoique rarement, des *fractures du grand trochanter*, aussi des *fractures du col du fémur*, des *luxations*, de simples *contusions*.

Dans la vieillesse ou mieux à partir de cinquante ans, chez la femme surtout, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un traumatisme de la hanche, la première idée qui doit venir à l'esprit du clinicien, est celle d'une fracture du col du fémur, et c'est dans ce sens qu'il doit, tout d'abord, porter ses investigations.

Les *fractures du col du fémur* sont *intra* ou *extra-capsulaires*, parfois mixtes, c'est-à-dire à la fois *intra* et *extra-capsulaires*; ces dernières ne se diagnostiquent pas, il nous faut donc rechercher les signes différentiels des fractures *intra* et *extra-capsulaires*.

Les commémoratifs ont ici quelque importance, et bien que les traumatismes directs ou indirects puissent produire l'une ou l'autre variété de fracture du col du fémur, on peut dire que, d'une façon générale, quand le traumatisme porte sur le grand trochanter, il s'agit le plus souvent d'une fracture *extra-capsulaire*; que quand il y a eu chute sur les pieds, les genoux, les fesses, on se trouve souvent en présence d'une fracture *intra-capsulaire*. Dans les deux cas le membre est fléchi sur le bassin, en abduction, dans la rotation en dehors, cela, sauf de très rares exceptions.

Voici, d'après Malgaigne, résumés, en un tableau, les signes différentiels de la fracture *intra-capsulaire* et de la fracture *extra-capsulaire* :

FRACTURES INTRA-CAPSULAIRES

Chute sur les pieds ou les genoux écartés en dehors; chute sur les fesses.

Peu de gonflement; pas d'ecchymose.

Douleur siégeant vers l'insertion du muscle psoas, s'irradiant parfois jusqu'au genou.

Raccourcissement, quelquefois nul d'abord, survenant subitement au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Raccourcissement limité au plus à 3 centimètres.

Le grand trochanter intact est rapproché de la crête iliaque d'une étendue égale au raccourcissement.

Le grand trochanter est effacé en apparence.

Le fémur, entre le sommet du trochanter et le condyle externe conserve sa longueur normale.

Jamais de déplacement ni de mobilité isolée du grand trochanter.

FRACTURES EXTRA-CAPSULAIRES

Choc direct, comme un coup de pied de cheval sur le grand trochanter.

Forte ecchymose à la hanche.

Douleur vive, à la pression, sur le grand trochanter.

Raccourcissement immédiat, à peine susceptible d'augmenter un peu, les jours suivants.

Raccourcissement variant de 4 à 6 centimètres.

Le grand trochanter est écrasé à son sommet, moins élevé par conséquent, et à peine rapproché de la crête iliaque.

Le grand trochanter est plus saillant et décrit des arcs de cercle moins grands que du côté sain.

Le fémur paraît raccourci, si on le mesure du condyle externe au grand trochanter.

Le fragment trochantérien quelquefois déplacé en arrière ou en avant, est tantôt fixe et simulant la tête du fémur luxée; tantôt mobile et pouvant être porté en tous sens.

Nous n'accordons, pour notre part, aucune valeur au signe qui consiste dans l'appréciation de l'étendue des mouvements en arc de cercle décrits par le grand trochanter, et nous ajouterons, qu'en ce qui concerne les fractures *extra-capsulaires* du col du fémur, il faut faire ici une distinction capitale, sur laquelle insiste beaucoup M. Hennequin. Il y a, en effet, des *fractures extra-capsulaires du col du fémur avec ou sans pénétration de la base du col dans le grand trochanter*. La pénétration, considérée comme la règle, serait, d'après M. Hennequin, beaucoup moins fréquente qu'on le croit.

S'il y a pénétration, plusieurs signes l'indiquent d'une façon précise ; c'est : 1° l'élargissement du grand trochanter dans le sens antéro-postérieur, signe sur lequel ont surtout insisté A. Guérin et son élève Kerguistel ; mais pour que ce signe ait toute sa valeur, il faut qu'il soit primitif, c'est-à-dire qu'il se montre immédiatement après l'accident, sans quoi, si on le constate plusieurs jours après la fracture, il témoigne des phénomènes de réparation qui se passent entre le col et le trochanter. 2° Il y a saillie, *bombement de la partie supérieure du triangle de Scarpa, du creux inguinal en un mot*, et cette saillie est due à l'angle que forment, entre eux, le grand trochanter et le col, la pénétration de ce dernier se faisant surtout à la partie postérieure du grand trochanter. 3° Enfin, quand il y a pénétration, à l'encontre de ce qui se passe dans les fractures intra-capsulaires, a) le raccourcissement atteint d'emblée le degré qu'il doit avoir ; il est fixe, b) la rotation du membre en dehors est également fixe et ne saurait être corrigée ; c), le fémur, mesuré du sommet du grand trochanter à la partie interne de l'interligne de l'articulation du genou, est raccourci ; ce qui tient à la fermeture de l'angle que forme le corps avec le col.

S'il n'y a pas pénétration et ce serait, nous l'avons vu, le cas le plus fréquent pour M. Hennequin, ce n'est pas le grand trochanter qui est élargi, mais bien la région de la base du col, ce qui tient au déplacement, dans le sens antéro-postérieur, qu'ont subi l'un par rapport à l'autre, le fragment diaphysaire et le fragment épiphysaire. Et pourquoi dans une fracture extra-capsulaire du col, sans pénétration, le raccourcissement ne serait-il pas corrigible, pourquoi la rotation du membre en dehors ne pourrait-elle pas disparaître par des manœuvres appropriées, tout comme dans la fracture intra-capsulaire ?

En résumé, le diagnostic de la fracture extra-capsulaire du col du fémur avec pénétration est assez facile, mais celui de la fracture intra-capsulaire l'est moins, et c'est surtout avec la *contusion de la hanche* qu'on peut la confondre.

La *contusion de la hanche*, outre qu'elle s'observe à tous les âges, ce qui n'est pas le cas pour la fracture du col du fémur et surtout pour la fracture intra-capsulaire, résulte, le plus

ouvent, d'un choc violent sur la région trochantérienne, et puis, elle s'accompagne de douleurs en général plus violentes que celles de la fracture, douleurs réveillées par les moindres mouvements du membre inférieur. Mais, à part ces caractères qui sont, il faut l'avouer, de médiocre importance, les autres symptômes observés sont identiquement les mêmes que ceux de la fracture intra-capsulaire : cependant, le raccourcissement du membre est toujours *apparent* dans la contusion ; il ne l'est pas dans la fracture intra-capsulaire avec déplacement réel, c'est-à-dire avec ascension du grand trochanter ; le fémur n'est pas raccourci, il est vrai, dans la fracture intra-capsulaire, mais le grand trochanter s'est rapproché de la crête iliaque et peut en être éloigné par une traction continue, exercée sur le membre inférieur. Mais, si la rupture du col, en dedans de la capsule, ne s'accompagne pas de déplacement, de crépitation osseuse nette, alors il est impossible de la différencier de la contusion de la hanche. On dit bien que, dans cette dernière affection, l'impotence du membre, sa rotation en dehors, son raccourcissement apparent, tendent à disparaître vite, alors qu'ils persistent dans la fracture intra-capsulaire, mais il ne faut pas compter sur cette éventualité. Il existe des cas dans la science, où les meilleurs cliniciens se sont trompés et où l'erreur de diagnostic a été démontrée par l'autopsie. Ainsi, telle vieille femme qui ne marchait pas après un traumatisme de la hanche étiquetée fracture, n'avait pas de fracture, telle autre qui marchait et chez laquelle, à cause du rétablissement des fonctions, on avait fait, à la longue, le diagnostic de contusion, présentait une fracture intra-capsulaire. Qu'importe d'ailleurs, puisque dans l'un et l'autre cas¹, le traitement doit consister en une mobilisation précoce, afin de chercher à sauvegarder

¹ Nous croyons devoir appeler l'attention du clinicien sur les fractures du fond de la cavité cotyloïde qui simulent, quelquefois, celles du col du fémur. Quand il n'y a pas de déplacement des fragments cotyloïdiens, c'est la douleur provoquée par le toucher rectal qui mettra sur la voie du diagnostic. Il est des cas où la tête fémorale ayant défoncé le cotyle, fait saillie dans le bassin ; le toucher permettra quelquefois de sentir rouler la tête, tandis qu'on imprime des mouvements au membre inférieur.

les fonctions articulaires, puisque la consolidation est problématique.

Dans les *fractures du grand trochanter*, ou dans les décollements traumatiques de cette épiphyse qui s'observent, les premières plus spécialement dans l'âge adulte, les seconds dans la jeunesse, l'attitude du membre inférieur, flexion légère, abduction, rotation en dehors, est absolument la même que dans les fractures du col du fémur, et ce n'est que par la palpation qui fait quelquefois reconnaître plusieurs fragments trochantériens, où un seul, entraîné en haut et en arrière, par les muscles trochantériens rétractés, dont on voit la saillie quand le malade est debout et s'appuie sur le membre sain; ce n'est que par la crépitation qu'on obtient quelquefois, en imprimant au membre des mouvements de rotation en dehors et en dedans, qu'on pourra faire le diagnostic. Encore est-il que si le tissu fibreux qui entoure le trochanter n'a point été rompu, les fragments ne se déplaceront pas, et comme la douleur et l'ecchymose se rencontrent ici, de même que dans la fracture extra-capsulaire du col avec pénétration, le diagnostic entre ces deux affections sera parfois impossible.

Nous ne faisons que signaler la *fracture intra-trochantérienne* dont le trait passe par un plan, situé entre le petit trochanter et la cavité digitale, en plein trochanter par conséquent. Les signes qu'on lui attribue sont : la déformation en crosse de la partie supéro-externe de la cuisse, qu'on observe également dans les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, dites sous-trochantériennes, une sorte de bombement de la face antérieure de la cuisse dans sa région toute supérieure, un raccourcissement de la cuisse, pouvant aller jusqu'à 3 ou 4 centimètres. Cette fracture intra-trochantérienne est excessivement rare, et nous n'insistons pas; — elle doit être rapprochée de la fracture sous-trochantérienne haute et nous paraît bien difficile à distinguer de cette dernière.

Dans les *fractures sous-trochantériennes du fémur*, « qui divisent le fémur soit immédiatement au-dessous du petit trochanter, soit jusqu'à 5 à 6 centimètres plus bas, c'est-à-dire jusqu'au tiers supérieur de la hauteur totale de l'os » (Malgaigne); le diagnostic est facile quand la solution de

continuité est basse, les signes sont ceux de toute fracture de la diaphyse du fémur, et la saillie qui existe à la partie supérieure et externe de la cuisse, dite déformation en crosse, est caractéristique. Le diagnostic n'offre de difficultés que si la fracture est très rapprochée du petit trochanter et on peut alors la confondre avec une fracture extra-capsulaire du col du fémur : « Le signe le plus sûr en pareille circonstance, se tirerait de la mobilité du fragment inférieur, tandis que le grand trochanter serait maintenu immobile; et le plus ordinairement l'angle saillant en dehors mettra le chirurgien sur la voie. » (Malgaigne.)

Nous ne pouvons entrer, ici, dans tous les détails que comporte l'étude des *luxations de la hanche*, des luxations coxo-fémorales ou du fémur sur l'os iliaque, très rares d'ailleurs.

Nous rappellerons seulement que la tête du fémur, sortie de la cavité cotyloïde, peut occuper un point quelconque du pourtour de cette cavité, mais que le déplacement de beaucoup le plus fréquent, aussi commun à lui seul que tous les autres réunis, est celui qui se fait dans la fosse iliaque externe, sur le dos de l'ilium, il constitue la variété de la luxation coxo-fémorale, dite *luxation iliaque*.

D'après la classification de Bigelow, on admet aujourd'hui, que quand le ligament en Y de l'articulation de la hanche est intact, l'attitude que prend le membre luxé est constante pour telle ou telle position de la tête déplacée; et que cette tête sort toujours par la partie la plus déclive de la cavité articulaire; la luxation est donc primitivement sous-cotyloïdienne, mais cette luxation est éminemment instable, et la tête remonte ensuite, soit en dedans, soit en dehors de la cavité cotyloïde, à une hauteur plus ou moins considérable. Les luxations de la hanche où la tête sort par la partie inférieure de la cavité cotyloïde, et où il y a intégrité du ligament en Y, sont dites luxations régulières parce que, selon la position de la tête, elles offrent une série de types réguliers et constants. La tête fémorale, en position primitivement sous-cotyloïdienne, ne se met en position iliaque, ischiatique, ovalaire ou pubienne que secondairement; les luxations dont nous venons de parler méritent donc le nom de *luxa-*

d'une violence extérieure, sort de la cavité cotyloïde, *déplacements réguliers secondaires*. Ce mot de secondaires a pour but de les distinguer des luxations primitives, seules décrites autrefois, « dans lesquelles la tête fémorale, subissant l'action

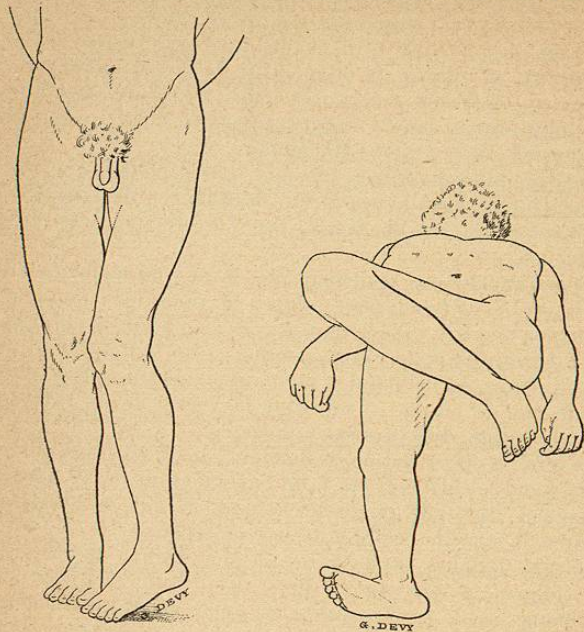


Fig. 48. — Luxation iliaque. Fig. 49. — Luxation ischiatique.
(D'après les figures du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, t. III.)

chire la capsule en un point quelconque pour venir directement se placer, soit en dedans, soit en dehors, soit au-dessus, soit au-dessous du cotyle. » (Nélaton. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. III, p. 207). Si, dans ce dernier cas, le ligament en Y est conservé, on dit que la luxation est rég-

lière, mais primitive parce que le déplacement s'est fait directement dans un sens ou dans l'autre à travers la capsule et sans que la tête ait été primitivement en luxation sous-cotyloïdienne, aussi la luxation est-elle dite luxation régulière primitive. Cette distinction, entre les luxations régulières primitives et les luxations régulières secondaires n'a point, hâtons-nous de le dire, d'importance clinique, car le diagnostic des deux variétés paraît absolument impossible.

Si, dans une luxation de la hanche, il y a déchirure étendue du ligament en Y, cette déchirure permet, pour un même déplacement, des variations très grandes dans l'attitude du membre, partant, dans les symptômes de la luxation qui prend alors le nom de luxation irrégulière.

Les déplacements de la tête fémorale se font en arrière de la cavité cotyloïde; on les appelle encore luxations en dehors, luxations dorsales, et il y en a deux variétés : l'*iliaque* et l'*ischiatique*.

Si la luxation se fait en avant de la cavité cotyloïde, on dit qu'il y a luxation en dedans, et là encore on distingue deux variétés : l'*obturatrice* ou *ovulaire*, l'*ilio-pubienne*.

Enfin il existe des luxations sous-cotyloïdiennes, des luxations sus-cotyloïdiennes.

Dans ces variétés on fait encore des subdivisions.

La question des luxations de la hanche est donc complexe; malgré tout, le diagnostic des différentes variétés de luxations régulières de la hanche, entre elles, est simple.

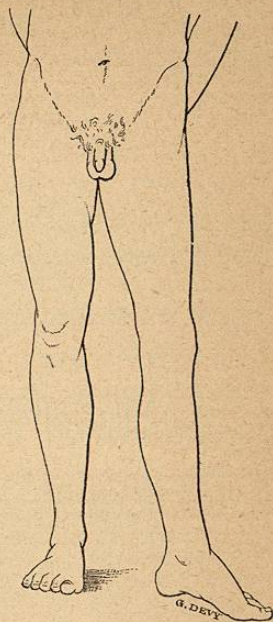


Fig. 50. — Luxation ilio-pubienne ou pubienne.
(D'après la figure du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, t. III.)

« Les luxations qui s'accompagnent d'adduction et de rotation du membre en dedans sont dorsales (en arrière).

SIGNES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

LUXATIONS EN ARRIÈRE Syn. : en dehors, dorsales.		LUXATIONS Syn. : Luxation
ILIAQUE	ISCHIATIQUE	ILIO-PUBIENNE Syn. : pubienne.
Adduction, extension.	Adduction, flexion.	Abduction, extension.
Rotation en dedans de la cuisse. Saillie de la fesse.	Rotation en dedans de la cuisse. Id.	Rotation en dehors de la cuisse. Aplatissement de la fesse.
Élévation du pli fessier. Projection en arrière et élévation du grand trochanter ¹ .	Abaissement du pli fessier. Projection en arrière du grand trochanter.	Élévation du pli fessier. Dépression de la région trochantérienne.
Tête du fémur, appréciable à la vue et au toucher dans la fosse iliaque externe.	Tête du fémur, appréciable à la vue et au toucher, au-dessus et en arrière de l'ischion.	Tête du fémur, appréciable à la vue et au toucher, dans le pli de l'aîne au-dessous du ligament de Fallope, en dedans de l'épine iliaque antéro-inférieure.
Changements de longueur très variables.	Id.	Changements de longueur variables.
Mouvements communiqués possibles, excepté l'adduction et la rotation en dehors.	Id.	Mouvements communiqués possibles, excepté l'adduction, la rotation en dedans et la flexion.

¹ Voir *Anat. clinique* « ligne Nélaton ».

² Cette attitude témoigne de la luxation sous-cotyloïdienne pure, mais si la tête glisse un peu la tête glisse en avant vers le périnée, il y a abduction et rotation en dehors de la cuisse.

« La cuisse est-elle fléchie, on a la variété ischiatique ; — étendue, c'est la variété iliaque.

DES LUXATIONS DE LA HANCHE

EN AVANT en dedans.	LUXATION EN BAS ou SOUS-COTYLOÏDIENNE	LUXATION EN HAUT ou SUS-COTYLOÏDIENNE
ISCHIO-PUBIENNE Syn. : ovulaire, obturatrice.		
Abduction, flexion.	Cuisse fléchie directement sur le bassin, ni adduction, ni abduction ² .	Abduction, extension.
Rotation en dehors de la cuisse. Id.	Pas de déformation de la fesse. Abaissement du pli fessier. Dépression de la région trochantérienne.	Rotation en dehors de la cuisse. Aplatissement de la fesse.
Abaissement du pli fessier. Id.	Tête du fémur appréciable au toucher au niveau de l'ischion, soit directement en bas, soit un peu en arrière, soit un peu en avant, souvent impossible à sentir en aucun point.	Élévation du pli fessier. Dépression de la région trochantérienne.
Tête du fémur appréciable à la vue et au toucher, à la partie interne et supérieure de la cuisse, tantôt rapprochée du pubis, tantôt voisine de l'ischion, proéminent quelquefois au périnée (variété périnéale). Id.	Changements de longueur variables, plus souvent allongement.	Tête du fémur appréciable à la vue et au toucher, au-dessus de la cavité cotyloïde, au côté externe de l'épine iliaque antérieure et inférieure, à un pouce environ au-dessous de la supérieure. Raccourcissement.
Mouvements communiqués possibles, excepté l'adduction, la rotation en dedans.	Certains mouvements communiqués sont impossibles, mais sans qu'on puisse rien établir de fixe.	Mouvements communiqués possibles, excepté la rotation en dedans et l'adduction.

en arrière vers la tubérosité de l'ischion, il y a flexion extrême et légère rotation en dedans ; si

« L'abduction avec rotation du membre en dehors indique une luxation en dedans (en avant).

« Si la cuisse est fléchie, on a la variété obturatrice; —

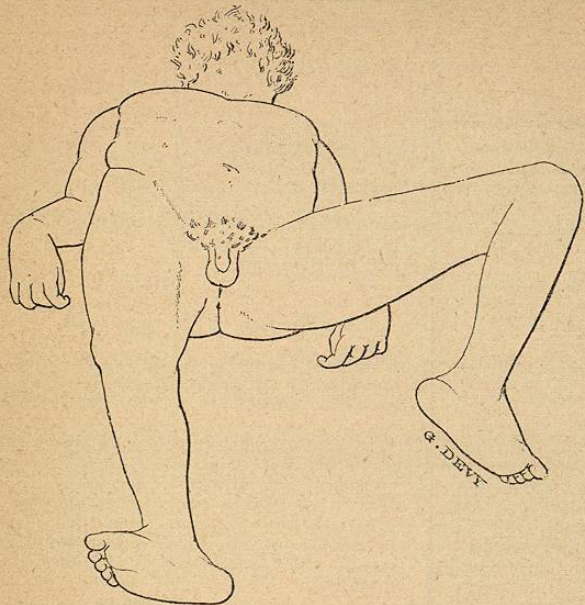


Fig. 51. — Luxation ichio-pubienne ou obturatrice.
(D'après la figure du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, t. III.)

étendue, la variété pubienne (ilio-pubienne). » (Nélaton. *Loc. cit.*)

— De la lecture de ces quelques lignes découle encore cette remarque, que les luxations basses s'accompagnent de flexion du membre inférieur (luxation ischiatique, obturatrice).

Nous n'insisterons pas sur les autres variétés sus et sous-cotyloïdienne; notre tableau donnera, croyons-nous, des

détails suffisants, et les schémas des attitudes vicieuses du membre inférieur, à la suite des luxations de la hanche, schémas d'après les figures du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, aideront la mémoire du lecteur.

La variété iliaque de la luxation de la hanche est, avons-



Fig. 52. — Luxation sous-cotyloïdienne.
(D'après la figure du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, t. III.)

nous dit, de beaucoup la plus fréquente, et nous connaissons l'attitude du membre inférieur à laquelle elle donne lieu quand elle est régulière; « on peut cependant, ici, observer, exceptionnellement, l'extension avec rotation en dehors du membre, c'est une forme extrêmement rare qui s'accompagne de la rupture du faisceau transversal du ligament en Y; avec déchirure de ce même faisceau transversal, la cuisse

peut encore prendre une attitude telle que le membre luxé croise transversalement celui du côté sain et la luxation est oblique antérieure... Le membre luxé très raccourci et dans une légère rotation interne, croise presque perpendiculairement le membre sain. Les orteils regardent en avant et en dehors. « Cette attitude n'est pas absolument disgracieuse et rappelle certaines positions des danseuses. » (Bigelow.) (*In Nélaton, Traité chir.* de Reclus et Duplay, t. III, p. 215.)

Les luxations coxo-fémorales se compliquent quelquefois de fracture du sourcil cotyloïdien, de fracture du col du fémur, l'impossibilité de la réduction dans le dernier cas, sa reproduction facile dans le premier, devront faire songer à ces lésions qui, difficilement reconnues, ne laissent pas que de rendre le diagnostic embarrassant.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DE L'AINE

Affections aiguës. — Ce sont des abcès chauds succédant presque toujours à une *lymphangite* ou à un *adénophlegmon*. Leur diagnostic se fait à première vue; le seul point intéressant est de rechercher la porte d'entrée de l'infection; c'est une plaie, une éraillure quelquefois difficile à retrouver et dans la recherche de laquelle on sera guidé par le groupe ganglionnaire qui est atteint. Si en effet ce sont les ganglions situés dans l'axe du membre qui sont pris, il faudra porter ses investigations du côté du pied, de la jambe et de la cuisse; si ce sont au contraire les ganglions transversaux, ce sont les régions anogénitale et fessière qu'il faudra regarder. (*Voir Anatomie clinique.*)

Quand un ganglion atteint d'adénite suppure, on peut se trouver en présence d'une tuméfaction assez régulière, bombant dans la région, rouge, chaude, douloureuse et, dans ces cas, il faudra toujours songer à une *épiplocèle enflammée*. Certaines épiplocèles crurales donnent, à s'y méprendre, le tableau clinique d'une adénite suppurée et quoique le diagnostic soit très difficile, quelquefois même impossible, il faudra y songer et interroger le malade dans ce sens; lui demander s'il a eu une hernie devenue irréductible, si la tumeur est molle d'habitude, si elle a jamais roulé sous

le doigt; on comprend l'importance du diagnostic à cause de l'intervention.

La *phlébite variqueuse de la veine saphène interne* pourrait aussi donner le change, mais on trouve en dessous de la tuméfaction un cordon induré douloureux, constitué par la veine enflammée, et ce symptôme suffit pour éclairer le clinicien.

Il existe aussi des *abcès profonds sous-aponévrotiques* qui peuvent avoir un point de départ musculaire ou osseux; dans le premier cas, on apprendra que le malade a eu une *myosite* développée sous l'influence d'un traumatisme, ou consécutive à une fièvre grave. Quand le point de départ est osseux, on a affaire à une *ostéomyélite aiguë*, avec le cortège des accidents qui accompagnent cette affection de l'adolescence: symptômes généraux graves: agitation, délire, augmentation de la température; symptômes locaux très importants: augmentation de volume de toute la circonférence du membre, œdème, rougeur, douleur à la pression et quelquefois fluctuation profonde très difficile à percevoir, en un mot les accidents connus de l'ostéomyélite aiguë.

Affections chroniques. — Faire le diagnostic des affections chroniques de l'aîne, c'est faire le diagnostic des tumeurs de cette région; aussi intitulerons-nous ce chapitre

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'AINE

Quand le clinicien se trouve en présence d'une tuméfaction de la région inguino-crurale, il doit tout d'abord en rechercher la consistance. Elle peut être *gazeuse*, *liquide* ou *solide*.

La tumeur est gazeuse. — C'est une hernie et on doit toujours y penser dans cette région. Lorsque cette hernie n'est pas compliquée, le diagnostic en est simple. C'est une tumeur sonore à la percussion et réductible.

A quelle région appartient-elle? C'est une *hernie inguinale* quand elle est située au-dessus de l'arcade de Fallope et une *hernie crurale* quand elle passe au-dessous. Voilà le gros diagnostic à faire. Pour y arriver il suffit de mettre le doigt dans l'anneau inguinal externe en refoulant la peau du scro-