

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-

tum, on sent qu'on pénètre alors dans un trajet et au fond de ce trajet on sent l'impulsion communiquée par les viscères quand on fait tousser le malade.

La hernie inguinale reconnue, il est important de rechercher sa variété. Elle est dite *scrotale* quand elle est descendue dans le scrotum, *funiculaire* quand elle n'affecte seulement que des rapports avec le cordon, *tubonocèle* quand elle fait saillie entre les piliers du canal inguinal. Elle est dite *oblique externe* quand le doigt introduit dans le trajet herniaire, le reconnaît allant de l'anneau extérieur à l'orifice péritonéal et *directe* quand le doigt pénètre directement dans l'abdomen ; c'est le cas le plus fréquent dans les hernies anciennes où les deux anneaux sont venus petit à petit se mettre en face l'un de l'autre, transformant une hernie oblique externe en une hernie directe. Quant à la constatation des battements de l'artère épigastrique par le doigt introduit dans le trajet, c'est un signe donné dans tous les livres, mais pas usité en clinique. On sait en effet que, dans les hernies obliques externes, l'artère est en dedans et, dans les hernies directes, l'artère est en dehors ; mais il est très difficile de percevoir ses battements. (Voir *Anatomie clinique*.)

Il est plus difficile de savoir si on est en présence d'une *hernie congénitale* ou d'une *hernie acquise* ; cependant quand la hernie va jusqu'au fond du scrotum en franchissant le testicule, il est certain qu'elle est dans la tunique vaginale. C'est une hernie vaginale testiculaire et par conséquent une hernie congénitale. La hernie est encore congénitale quand elle s'accompagne d'ectopie testiculaire.

On n'aura que des présomptions sur la congénitalité ; lorsqu'on sera en présence d'une hernie remontant aux premiers temps de la vie, ou lorsque la tumeur se sera développée brusquement, prenant du même coup le volume qu'elle doit garder ; lorsque sur son trajet, on aura reconnu une forme en bissac due à des rétrécissements du conduit vaginopéritonéal resté perméable ; lorsqu'en exerçant des tractions sur le testicule par l'intermédiaire du sac refoulé, on verra la glande suivre les tractions, et enfin lorsqu'on se trouvera en face d'une hernie manifestement oblique, cylindrique et allongée dans le sens du canal inguinal.

Quand la hernie est irréductible ou masquée par une collection liquide et quand elle détermine des accidents, son diagnostic devient très délicat ; nous allons en parler dans l'étude des tumeurs liquides.

La tumeur est liquide. — On peut avoir affaire à une collection *sanguine, purulente* ou *séreuse*.

La *tumeur sanguine* intéressante à l'aine est l'*anévrisme inguinal* qui y revêt les caractères types qu'il présente ailleurs : pulsation, expansion et réductibilité ; seule une tumeur soulevée par les battements de l'artère pourrait donner le change, mais la pression exercée sur l'anévrisme en même temps qu'elle le fait disparaître supprime aussi les pulsations. L'abcès par congestion est bien réductible et pourrait être, dans quelques cas très rares, impressionné par les battements artériels ; mais il ne présente pas le phénomène de l'expansion et est accompagné d'autres manifestations morbides du côté de la colonne vertébrale ou du bassin (voir *Mal de Pott*, p. 126). Le diagnostic d'anévrisme est relativement facile.

Les *abcès* ou collections purulentes présentent de nombreuses variétés et nous allons les différencier des autres tumeurs liquides en faisant le diagnostic de la *collection séreuse* de l'aine qui par ses multiples origines est de beaucoup la plus difficile à reconnaître.

La première question à se poser est la suivante :

A. A-T-ON AFFAIRE A UNE COLLECTION SÉREUSE ? Il n'existe qu'un signe pathognomonique de ces collections, c'est la transparence et elle peut ou manquer ou être d'une constatation difficile ; mais d'autres caractères importants à connaître permettront de suppléer au manque de transparence.

La tumeur communique-t-elle ou non avec le péritoine ? On s'en rendra compte en examinant si elle reçoit une impulsion par les efforts de la toux et si elle est réductible. Ici il y a encore des causes d'erreur.

Sans communication avec l'abdomen une tumeur de l'aine peut subir une impulsion réelle à chaque secousse de toux ; et cela est facile à comprendre à cause de la contiguïté qu'elle affecte avec la paroi abdominale qui se soulève à

chaque effort et transmet son impulsion à la tuméfaction. Mais lorsque la communication existe, il n'y a pas simple soulèvement, mais une sorte d'expansion produite par l'afflux d'une plus grande quantité de liquide.

Quant à la *réductibilité*, il faut savoir qu'elle peut être seulement apparente; c'est ainsi que certains kystes du cordon spermatique, grâce à la laxité du tissu cellulaire de la région, semblent rentrer dans l'abdomen lorsqu'on les comprime de bas en haut. On évitera cette méprise en cherchant la tumeur qu'on sentira encore à travers la paroi abdominale même alors qu'elle aura franchi l'anneau et, de plus, il sera souvent possible par une pression de haut en bas de faire saillir la tuméfaction au dehors et de constater son isolement.

Il existe une autre forme de réductibilité sur la valeur sémeiologique de laquelle il est nécessaire de s'entendre. Une tumeur liquide de l'aine reçoit par les secousses de la toux une impulsion avec expansion, elle augmente de volume pendant la station verticale, diminue par le décubitus dorsal; enfin une pression de bas en haut la fait disparaître complètement ou presque complètement. On serait tenté de conclure de cet ensemble de symptômes à une communication avec la cavité péritonéale. Et cependant ces mêmes caractères pourront se montrer dans une tumeur indépendante du péritoine, mais étendue à l'intérieur des cavités pelvienne ou abdominale au-dessous de la séreuse et composée de deux portions, l'une externe, l'autre interne, communiquant ensemble à travers les orifices inguinaux. Si surtout la poche est médiocrement tendue, le liquide passe de la portion extérieure dans la portion intérieure de la tumeur et réciproquement et on pourra croire à une réduction véritable. Cette illusion se produira surtout dans les cas d'hydrocèle remontant le long du cordon jusque dans la cavité abdominale (hydrocèle en bissac) et dans certains kystes hydatiques provenant de l'intérieur de l'abdomen et du bassin et développés en dehors du péritoine.

On reconnaîtra cette fausse réductibilité de la réductibilité vraie à ce que lorsque la communication n'existe pas avec le péritoine, la réduction est rarement tout à fait complète.

De plus en palpant la paroi abdominale, pendant qu'on comprime la partie apparente de la tumeur et qu'on refoule ainsi le liquide dans la poche intérieure, on sent celle-ci se développer et se distendre; tandis que lorsque la communication existe, la compression fait disparaître complètement la tumeur, sans qu'on puisse en retrouver aucun vestige en explorant avec soin la cavité abdominale.

A ces deux formes de réductibilité, il faut en ajouter une troisième: c'est la réductibilité partielle dans laquelle une portion de la tumeur se réduit réellement et complètement tandis qu'une autre portion demeure à l'extérieur. Nous reviendrons sur ce point.

Enfin de même qu'une tumeur séreuse de l'aine peut paraître réductible, lorsqu'elle ne communique pas avec le péritoine, de même aussi la collection séreuse communiquant réellement avec la cavité péritonéale peut offrir le caractère de l'irréductibilité. Cela tient à l'étroitesse et à la sinuosité du canal qui établit la communication avec le péritoine.

Dans de telles circonstances la compression exercée sur la tumeur, au lieu de refouler son contenu dans l'abdomen, a pour effet d'appliquer l'une contre l'autre les parois du canal de communication et d'intercepter ainsi le passage du liquide. Mais, si l'on examine les choses de plus près, on apprend que la tumeur augmente dans la station verticale et qu'elle diminue ou disparaît après un repos au lit un peu prolongé; puis, si au lieu de se borner à exercer une compression pendant quelques instants on la prolonge pendant un assez long temps, on peut obtenir une réduction partielle ou complète qui aurait échappé à un examen superficiel. Cette irréductibilité apparente s'observe dans les *pseudokystes sacculaires* et dans certains cas d'*hydrocèle congénitale*.

Il résulte de ces faits que le chirurgien devra rechercher la réduction de la tumeur par une pression lente et prolongée faite dans le décubitus horizontal, demander si la tumeur n'est pas moins volumineuse au moment du lever et si elle n'augmente pas à la fin de la journée, au besoin même pour vérifier la chose prescrire au malade de garder le lit en lui recommandant de tenir le bassin élevé.

La tumeur est réductible. — C'est d'abord l'idée d'une *hernie* qui se présente à l'esprit. On différenciera cette dernière au bruit de gargouillement que sa réduction produit. De plus la tumeur herniaire est sonore, n'est pas fluctuante en général et se produit de haut en bas, tandis que la collection séreuse se distend de bas en haut. Enfin cette dernière peut se réduire complètement par refoulement du liquide dans l'abdomen pendant que le malade est couché. Si alors on fait lever celui-ci en ayant soin de presser légèrement avec le doigt sur l'anneau, le liquide descend dans la poche, bien que le chirurgien n'ait rien senti passer et qu'il soit certain qu'il n'a pu descendre ni intestin ni épiploon.

Mais une collection séreuse peut venir compliquer une hernie ; pour se rendre compte si les deux lésions existent simultanément, il faut réduire le liquide dans le décubitus dorsal, comme plus haut ; faire lever le malade en appliquant le doigt sur l'anneau et on voit le liquide redescendre dans le scrotum et y produire une tumeur transparente ; puis si on cesse entièrement la pression, on sent l'intestin ou l'épiploon redescendre à son tour.

La présence simultanée d'une hernie et d'une collection séreuse peut encore donner lieu à un autre genre de méprises dans ces cas intermédiaires où une partie de la tumeur est complètement réductible tandis qu'une autre portion reste à l'extérieur ; pour peu que les caractères de cette dernière soient un peu obscurs, on pourra croire à une hernie épiploïque partiellement adhérente ou à un kyste du cordon compliqué de hernie réductible.

L'*abcès par congestion* peut aussi être confondu avec une collection séreuse ; mais sa réduction n'est qu'apparente et nous avons indiqué plus haut le moyen de constater ce caractère. On ne pourra donc confondre l'abcès par congestion qu'avec les tumeurs séreuses présentant aussi une fausse réductibilité, comme l'hydrocèle en bissac et certains kystes séreux et hydatiques occupant à la fois l'aine et le bassin. La transparence, si elle était constatée, lèverait tous les doutes ; mais même en l'absence de ce signe, l'examen attentif des symptômes locaux et généraux permettra de distinguer ceux qui appartiennent à l'abcès par congestion en faisant

découvrir des lésions du côté de la colonne vertébrale, une altération de la santé générale, etc... Enfin, dans les cas de doute, une ponction exploratrice affirmera le diagnostic en montrant la nature du liquide.

D'autres tumeurs réductibles comme le varicocèle dans la région inguinale, la varice de la saphène interne dans la région crurale, pourraient être confondues, à une xamen superficiel, avec des collections séreuses également réductibles ; mais il suffit de se rappeler les symptômes du *varicocèle* qui siège dans le scrotum en même temps que dans la région inguinale, qui est de préférence à gauche, qui donne au toucher une sensation toute particulière, qui est en rapport avec le cordon spermatique, pour éviter l'erreur.

La *varice de la saphène interne*, à son embouchure, se reconnaît facilement. La compression de la veine au-dessous de la dilatation fait disparaître la tuméfaction ; la compression au-dessus en augmente au contraire le volume. De plus si on place un doigt sur la bosselure de l'aine et qu'on frappe un coup sec sur les varices de la jambe, le choc est instantanément transmis du point frappé à la tumeur.

Nous n'insisterons pas non plus sur les varices lymphatiques, affection rare qui se reconnaît au jeune âge du sujet et à la disposition variqueuse et plexiforme du relief formé.

La tumeur est irréductible. — Deux cas se présentent : 1° la tumeur est chronique et sans accidents ; 2° la tumeur s'accompagne d'accidents aigus.

1° *La tumeur est chronique et sans accidents.* — C'est avec la *hernie adhérente et irréductible* que la confusion est possible, aussi bien à la région inguinale qu'à la région crurale de l'aine. Dans les cas douteux les commémoratifs aideront à faire reconnaître la nature de la maladie, en apprenant au chirurgien que la tumeur a subi pendant un certain temps des alternatives d'augmentation et de diminution de volume, ou même qu'elle a été complètement irréductible.

L'*entéroccèle*, nous l'avons déjà dit, sera facilement reconnaissable à sa sonorité ; elle n'offrira ni fluctuation, ni transparence, enfin elle s'accompagnera le plus habituellement de

quelques troubles digestifs. Le diagnostic de l'épiplocèle est plus difficile. C'est une tumeur mate, et l'épiploon peut donner naissance à une fausse fluctuation; chez certains sujets, il offre quelquefois une transparence telle qu'on a pu croire à l'existence d'une véritable collection séreuse. Ces cas sont très rares, mais en raison de ces causes d'erreur, on devra s'informer avec soin des commémoratifs, du mode de développement de la tumeur, apprécier exactement sa consistance et rechercher l'existence de la bride épiploïque qui se prolonge dans l'abdomen.

Rappelons que la *hernie de l'ovaire* a été observée. Dans les cas douteux, le chirurgien devra toujours y songer et au besoin pratiquer le toucher pour voir si l'utérus est dévié et si les tractions opérées sur la tumeur se transmettent à cet organe et réciproquement.

Une hernie irréductible peut aussi s'accompagner d'une collection séreuse et il est nécessaire de reconnaître leur existence simultanée. Le diagnostic se fonde sur la combinaison des symptômes appartenant d'une part à l'entéro-épiplocèle, d'autre part à la collection séreuse. C'est ainsi qu'une portion de la tumeur sera fluctuante, transparente, tandis que l'autre portion, habituellement celle qui occupe le voisinage de l'anneau, offrira une dureté plus grande et semblera se prolonger dans l'intérieur de l'abdomen.

Les *abcès froids* sont fréquents à la région crurale de l'aîne et ils se développent presque toujours dans les ganglions et plus rarement sont la conséquence d'une arthrite coxo-fémorale suppurée. Dans ce dernier cas, les accidents du côté de l'articulation, les symptômes de la coxalgie mettront de suite sur la voie du diagnostic.

Quand on a affaire à un *abcès froid* consécutif à une adénite, on le reconnaîtra à la partie indurée sur laquelle il repose et aux autres ganglions qui sont pris simultanément. De plus on est en présence d'un sujet qui présente presque toujours des stigmates de la tuberculose, caractères qui joints à la marche de l'affection feront facilement écarter le diagnostic de collection séreuse. D'ailleurs dans les cas de doute, une ponction exploratrice ferait disparaître les hésitations.

Il faut savoir aussi que certaines tumeurs solides peuvent simuler une tumeur liquide et notamment une collection séreuse. Le *lipome* par exemple en raison de la fausse fluctuation qu'il présente, a donné lieu à des erreurs; il en est de même de *certaines tumeurs cancéreuses* qui commencent à se ramollir; ce sont là des exceptions qu'il faut avoir présentes à la mémoire, pour y songer dans les cas qui ne paraissent pas très nets. Disons encore que certaines tumeurs séreuses irréductibles ont pu être confondues avec une tumeur solide. C'est ainsi qu'une hydrocèle inguinale peu volumineuse, coïncidant avec l'absence du testicule du même côté pourrait passer inaperçue, le chirurgien pensant que la tumeur est simplement formée par le testicule retenu à l'anneau. Mais le volume supérieur à celui d'un testicule normal, la fluctuation, la transparence permettront de reconnaître la nature de la maladie.

2° *La tumeur est irréductible et présente des accidents.* — Il faut tout d'abord songer à la *hernie étranglée* et c'est à cette variété d'accidents qu'on aura le plus souvent à faire. Ici les symptômes sont bien nets : arrêt des gaz et des matières fécales, vomissements, facies anxieux, rapidité et petitesse du pouls; tous ces signes généraux, s'accompagnant de signes locaux tels que douleur spontanée et à la pression, irréductibilité d'une tumeur réductible, consistance plus tendue de la tuméfaction, permettent un diagnostic facile; mais les choses ne se présentent pas toujours aussi simplement; ces caractères peuvent être plus obscurs et il faut savoir, pour se tenir en garde contre une erreur possible, que des kystes sacculaires ou des pseudokystes sacculaires enflammés ont été pris pour des hernies; une hydrocèle en bissac enflammée a donné lieu à la même erreur.

D'autres difficultés peuvent encore se rencontrer dans la pratique : une tumeur de l'aîne offre les signes de l'étranglement, on l'ouvre, on trouve une cavité kystique plus ou moins enflammée et on peut penser que l'inflammation de ce kyste est la seule cause des accidents, quand on se trouve en réalité en présence d'une hernie étranglée masquée par un kyste antéherniaire.

Donc on devra toujours être sur ses gardes, quand on aura affaire à des accidents d'étranglement bien caractérisé et alors même que les accidents n'offriraient qu'une médiocre intensité, il faudra toujours examiner avec grand soin les orifices inguinaux et le canal inguinal, pour tâcher d'apprécier au juste les rapports de la tumeur avec l'intérieur de l'abdomen.

Nous venons d'indiquer les moyens de reconnaître qu'on est en présence d'une collection séreuse. Il se pose immédiatement une seconde question.

B. LA COLLECTION SÉREUSE ÉTANT RECONNUE, RECHERCHER QUELLE EST SA NATURE ? Ici encore doit intervenir la distinction capitale qui se tire de la réductibilité ou de l'irréductibilité de la tumeur.

1° *La tumeur séreuse est réductible.*

a). Elle siège au-dessus de l'arcade de Fallope, c'est-à-dire dans la région inguinale.

On peut être en présence d'une *hydrocèle congénitale* ou d'un *pseudo-kyste sacculaire*. Il est presque impossible de différencier ces deux affections l'une de l'autre. Les commémoratifs seuls et l'existence bien démontrée d'une hernie antérieure pourraient faire admettre que l'on a affaire à un pseudo-kyste sacculaire et encore ces renseignements n'auront-ils qu'une médiocre valeur puisqu'ils paraissent se rapporter à une hydrocèle congénitale. Comme élément de diagnostic, on n'a simplement que ce fait que l'hydrocèle congénitale s'observe surtout chez les jeunes sujets tandis que les sacs herniaires rétrécis à leur collet et remplis de sérosité se rencontrent habituellement chez des sujets âgés.

b). La tumeur séreuse réductible siège au-dessous de l'arcade de Fallope, c'est-à-dire dans la région crurale.

On ne peut se trouver en présence que d'un pseudo-kyste sacculaire formé aux dépens du sac d'une hernie crurale déshabillée; le diagnostic est donc plus facile.

2° *La tumeur séreuse est irréductible.*

a). La tumeur siège au-dessus de l'arcade de Fallope, c'est-à-dire dans la région inguinale.

On peut se trouver en présence d'une hydrocèle vaginale avec cryptorchidie, d'une hydrocèle en bissac, d'une hydro-

cèle du cordon ou d'un kyste sacculaire avec ou sans viscères.

L'*hydrocèle vaginale avec cryptorchidie* ne pourrait être confondue qu'avec l'hydrocèle congénitale accompagnant une ectopie testiculaire; le seul caractère différentiel consiste dans l'irréductibilité dans le premier cas et dans sa réductibilité dans le second.

L'*hydrocèle en bissac* est facile à reconnaître à cause de son prolongement dans le bassin. (Voir *Diagnostic des affections organiques du testicule.*)

L'*hydrocèle enkystée du cordon* se reconnaît à son indépendance du péritoine et à ses connexions avec le cordon spermatique. Elle peut être facilement confondue avec un *kyste sacculaire déshabité* et le diagnostic très difficile, dans ce cas, ne peut se soupçonner que d'après l'âge peu avancé du malade, quand on a affaire à une hydrocèle enkystée du cordon; plus avancé dans le kyste sacculaire qui est de plus consécutif à la présence d'une hernie.

b) La tumeur siège au-dessous de l'arcade de Fallope, c'est-à-dire dans la région crurale.

Il en existe de nombreuses variétés : les *kystes sacculaires* avec ou sans viscères; ils se reconnaîtront à leur siège (siège de la hernie crurale), aux commémoratifs qui montreront la marche de la maladie, à la réductibilité ancienne qui a fait place à une irréductibilité. L'*hygroma de la bourse séreuse du psoas*, lésion rare, sera caractérisé par sa situation en dehors de l'entonnoir crural, son voisinage de la tête fémorale, sa profondeur et la flexion habituelle de la cuisse sur le bassin, enfin la possibilité de faire changer son volume à l'aide de mouvements imprimés à la cuisse, ces mouvements faisant rentrer le liquide dans l'articulation en raison de la communication qui existe quelquefois entre la synoviale articulaire et la bourse séreuse. Malgré ces signes plus ou moins certains, le diagnostic est fort difficile à poser.

Enfin certains *kystes ganglionnaires* auront pour particularité d'être situés au milieu d'un engorgement des glandes lymphatiques de la région; ils s'accompagneront par conséquent d'adénopathie et pourront être diagnostiqués grâce à ce caractère.

Disons en terminant que le *kyste hydatique* de l'aîne, où qu'il se trouve, en dessus ou en dessous de l'arcade de Fallope, a été le plus souvent pris pour un kyste séreux ordinaire et que son diagnostic ne peut être ferme que si on a senti le frémissement hydatique ou si la ponction a permis de reconnaître des crochets.

La tumeur est solide. — Comme au cou, comme à l'aisselle, elle a pu se développer aux dépens d'un élément quelconque de la région, mais parmi ceux-ci ce sont les ganglions lymphatiques qui sont le plus souvent atteints.

Il faudra donc d'abord *rechercher si la tumeur dépend d'un ou de plusieurs ganglions*. On arrivera à cette notion en se rappelant la situation anatomique des ganglions (voir *Anatomie clinique*), en se rendant compte de la forme irrégulière de la tuméfaction, en constatant que plusieurs ganglions sont atteints simultanément; enfin en demandant au malade si tout à fait au début la tumeur, grosse comme un gros pois, n'a pas été très mobile et n'a pas roulé sous le doigt.

1° *La tumeur siège dans les ganglions*. On notera si elle est ulcérée ou non.

a) *La tumeur est ulcérée*; on se trouvera en présence d'une adénite tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse, avec les caractères propres de leurs ulcérations, caractères qui sont les mêmes partout et que nous avons déjà maintes fois mentionnés (voir p. 213), et on se basera sur les signes présentés par la maladie avant la période ulcérate.

b) *La tumeur n'est pas ulcérée*; on aura affaire à une adénite syphilitique, tuberculeuse, cancéreuse ou à un lymphadénome.

Le *lymphadénome* se diagnostiquera à sa rareté relative, à sa consistance égale en tous les points, à ce que cette affection ne suppure jamais et, par conséquent, il n'y a pas de fistules sur la tumeur. De plus, le lymphadénome a en général un volume assez considérable, s'accompagne de lésions analogues dans les autres départements ganglionnaires, peut s'être manifesté du côté de la rate, des amygdales ou du corps thyroïde en hypertrophiant ces organes; enfin la

numération des globules du sang montrera une augmentation des leucocytes.

L'adénopathie cancéreuse est très rare à l'aîne et là comme ailleurs n'est que secondaire, c'est-à-dire sous la dépendance d'un épithélioma siégeant dans une région dont les lymphatiques vont au pli de l'aîne (voir *Anatomie clinique*). Elle présente, du reste, des caractères bien tranchés de dureté, d'adhérence soit à la peau, soit aux parties profondes et d'immobilité.

L'adénopathie syphilitique est au contraire fréquente à l'aîne; nous ne comprendrons sous cette dénomination que l'adénopathie consécutive au chancre infectant, celle du chancre mou n'étant qu'une adénite à forme plus ou moins aiguë (bubon), mais arrivant à la suppuration, tandis que l'adénopathie syphilitique vraie ne suppure jamais. Cette dernière se reconnaîtra facilement au nombre, au petit volume, à la consistance, au groupement des ganglions atteints (pléiade ganglionnaire), à la présence d'adénopathies analogues au cou, aux ganglions sous-occipitaux et aux ganglions épitrochléens, enfin aux stigmates de la syphilis qu'on rencontrera sur la peau ou dans la cavité bucco-pharyngienne. (Voir *Interrogatoire du malade*, p. 8.)

L'adénite tuberculeuse est fréquente à l'aîne, son évolution lente montrant des ganglions, qui, d'abord séparés, se sont bientôt fusionnés; la mobilité de la masse, sa consistance inégale avec des points durs et des points ramollis, sa fréquence chez les jeunes sujets, les tares tuberculeuses qu'on peut rencontrer dans d'autres régions sous la forme de cicatrices plus ou moins irrégulières, et plus ou moins adhérentes, enfin quelquefois des manifestations pulmonaires permettront de faire le diagnostic, surtout si une petite fistulette ou une ulcération vient montrer la nature du pus séreux et grumeleux.

2° *La tumeur ne siège pas dans les ganglions*. Elle est bénigne ou maligne: bénigne si l'évolution a été très lente et si elle ne tend pas facilement vers l'ulcération; maligne si son accroissement est prompt et considérable ou si elle s'ulcère rapidement.

a). *La tumeur est bénigne.* On peut avoir affaire à un *lipome* qui se reconnaîtra à sa consistance molle, à sa lobulation, à sa mobilité, à sa marche très lente; nous l'avons dit et nous répétons que souvent il peut présenter une fausse fluctuation qui l'a fait prendre pour une tumeur liquide.

Le *fibrome* est dur, de consistance assez homogène, et se distinguera de l'*enchondrome* à ce que ce dernier a une forme beaucoup plus irrégulière et présente une consistance inégale ayant la dureté du cartilage sur certains points et pouvant présenter sur d'autres de la fluctuation due à la présence de kystes. Ces deux tumeurs ont une marche lente; quand elles progressent rapidement, c'est qu'elles évoluent vers le sarcome dont nous allons donner plus loin les caractères.

b). *La tumeur est maligne.* C'est rarement un *épithélioma*, qui dans cette région ne pourrait guère se développer qu'aux dépens de la peau; c'est assez fréquemment un sarcome qui, parti des ganglions, des muscles, des aponévroses, ou des os, a envahi l'aîne.

Le *sarcome*, comme nous l'avons dit, se diagnostique à sa marche rapide envahissant peu à peu les différents tissus, aux douleurs assez vives auxquelles il donne naissance, au réseau veineux considérable qui le recouvre, à son volume énorme déformant la région. A la hanche, il ne peut être confondu avec la tumeur blanche, d'abord parce que cette dernière appelée coxalgie a des symptômes et une marche bien connus; ni avec l'ostéomyélite chronique d'emblée, à cause des caractères que nous énumérerons quand nous nous occuperons du genou.

Le point important est de reconnaître si la tumeur s'est développée aux dépens des parties molles ou si on se trouve en présence d'un sarcome des os (ostéosarcome).

Tout d'abord le sarcome ganglionnaire ou *lymphosarcome* sera facilement diagnostiqué. C'est une tumeur bosselée siégeant au niveau même des ganglions qu'elle envahit, mobile au début, ayant d'abord évolué comme un lymphadénome et ayant pris tout à coup un développement considérable.

Le sarcome des os n'envahit pas l'articulation de la hanche; il est juxta-articulaire, et il ne faut pas en déduire que la

mobilité conservée de l'articulation doit faire écarter la possibilité d'une origine osseuse. On devra donc saisir la tumeur, lui imprimer des mouvements et constater si elle jouit d'une certaine mobilité: si on peut lui faire subir des mouvements faciles de translation, c'est qu'elle s'est développée aux dépens des parties molles le plus souvent des muscles (adducteurs quand elle siège en dedans, triceps ou fascia lata quand elle fait saillie en avant ou en dehors).

Si sa mobilisation n'est pas aisée, on devra prendre la cuisse du malade d'une main et lui imprimer de légers mouvements alternatifs d'extension et de flexion pendant que l'autre main appliquée sur la tumeur percevra si les mouvements lui sont communiqués; dans quel cas c'est aux dépens du fémur que le sarcome aura pris naissance.

Si la tuméfaction n'est pas influencée par les mouvements provoqués de la cuisse, on recherchera les connexions du sarcome avec la branche ischio-pubienne, et on s'efforcera de bien limiter ses rapports avec cette portion osseuse. On comprend l'importance de ce diagnostic anatomique au point de vue de l'intervention.

Mais quelquefois le sarcome débute par les parties molles et n'envahit que plus tard les os voisins: c'est par l'étude des commémoratifs, par la recherche exacte du point précis où a débuté la tumeur, par l'histoire de son mode de développement qu'on pourra se rendre compte du point de départ du sarcome et de l'envahissement secondaire du squelette.

Ce que nous avons dit du sarcome pur s'applique aux fibromes et aux enchondromes qui peuvent avoir pour point de départ le squelette et notamment la branche ischio-pubienne, mais dont l'évolution lente permet le diagnostic jusqu'au moment où l'élément sarcomateux vient donner une marche et une gravité nouvelles à la tumeur en formant des fibrosarcomes et des chondrosarcomes.

Quelle qu'esoit la nature du néoplasme, on devra toujours rechercher ses connexions avec les gros vaisseaux et les nerfs de la région. La veine est la première intéressée à cause de la minceur de ses parois, et sa compression se reconnaît à l'œdème du pied et de la jambe ainsi qu'à la dilatation des veines collatérales superficielles. La diminution du calibre de

l'artère amène un affaiblissement des battements et quelquefois même leur cessation complète. On palpera donc avec soin la poplitée et la tibiale postérieure en comparant leurs pulsations avec celles du membre opposé. Quant aux nerfs, ils sont moins souvent lésés et leur compression se traduit par des douleurs qui s'irradient plus ou moins loin dans le membre inférieur.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DE LA HANCHE

C'est l'articulation coxo-fémorale qui dans les affections organiques de la hanche est le plus souvent en question ; il faudra donc songer d'abord à une arthrite et passer en revue les maladies chirurgicales qui peuvent la simuler.

Affections aiguës. — Nous avons dit, à propos de l'aïne, ce qu'il fallait faire pour reconnaître les suppurations chaudes périarticulaires ; nous n'y reviendrons pas et nous allons nous occuper des *arthrites aiguës de la hanche*.

Elles se manifestent par des douleurs vives spontanées et à la pression au niveau de la tête fémorale, douleurs exaspérées par les mouvements. L'attitude du membre est spéciale ; il est placé légèrement en flexion pour relâcher l'articulation ; il existe un certain empâtement de la région qui est augmentée de volume sans l'être d'une façon considérable ; enfin il y a un retentissement sur l'état général qui se traduit par de l'élévation de température. Tous ces signes et principalement l'impotence fonctionnelle et la douleur au moindre mouvement permettent de diagnostiquer une arthrite aiguë dont il faut rechercher la nature. Il ne faudra cependant pas oublier de songer à l'*ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur*. On sait que c'est le cartilage conjugal qui est le point de départ de ces terribles accidents inflammatoires et le cartilage qui unit la tête du fémur à son col se trouve contenu dans l'articulation, d'où la possibilité d'une arthrite secondaire de la hanche ; mais dans l'ostéomyélite de cette région les lésions sont loin d'être limitées à l'article ; elles ont le plus souvent débuté par la partie supérieure de la diaphyse et se sont accompagnées d'accidents

locaux qui par leur gravité donnent la clé du diagnostic.

Il existe en effet un gonflement considérable de toute la racine du membre, ce gonflement prédomine surtout à la partie externe. Les parties sont œdémateuses, tendues, douloureuses à la pression. On remarque de plus une dilatation veineuse superficielle tout à fait anormale et indiquant le trouble qui a été apporté par la maladie dans la circulation osseuse. L'état général est des plus graves, la température est très élevée, les douleurs sont intolérables ; il y a du délire. Enfin la marche rapide de l'affection, qui ne tarde pas à montrer de la fluctuation à la racine du membre, la connaissance de cette maladie qui fait qu'on sait qu'elle est spéciale aux enfants ne peuvent laisser de doute au clinicien.

Quand on aura écarté l'ostéomyélite et reconnu une arthrite aiguë qui n'est pas produite par une infection directe (traumatisme, plaie articulaire), on éliminera d'abord les arthrites infectieuses faciles à reconnaître puisqu'elles arrivent dans le cours d'une maladie éruptive ou de la fièvre typhoïde pour songer à une arthrite rhumatismale ou blennorrhagique. On reconnaîtra ces deux affections l'une de l'autre aux caractères que nous avons donnés à propos de l'épaule et du coude et nous n'y insistons pas davantage.

Affections chroniques. — Il en est une qui, à la hanche, prime toutes les autres, c'est la coxalgie ; nous allons donc étudier son diagnostic et celui de toutes les maladies chirurgicales qui pourraient la simuler.

DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE

La *coxalgie* doit être envisagée, au point de vue du diagnostic, dans ses deux périodes : période non suppurée et période de suppuration.

1° La coxalgie n'est pas suppurée. — Le tableau clinique en est frappant et nous allons le donner, car il permettra de mettre en relief les symptômes qui différencient la coxalgie des autres affections avec lesquelles elle pourrait être confondue : c'est la *douleur* qui, en général, se montre la pre-