

chanter, j'ai eu recours à la **résection** qui, en effet, me semblait être l'opération la plus rationnelle. L'opéré a été extrêmement satisfait du résultat obtenu.

§ 37. — Nous devons mentionner ici encore quelques formes de fractures de l'articulation de la hanche dont il faut tout au moins connaître l'existence, pour pouvoir en faire le diagnostic à l'occasion, et les distinguer des autres lésions traumatiques de la région.

Signalons, en premier lieu, la **fracture isolée du grand trochanter**, laquelle reconnaît comme cause une chute sur la hanche, et peut être ainsi facilement confondue avec une fracture du col du fémur. Tantôt le fragment trochantérien a été complètement arraché et déplacé, et l'on peut alors facilement reconnaître la fracture par la palpation, tantôt, au contraire, il est resté en continuité par le périoste avec le reste du fémur. Dans ce dernier cas on n'observe, en général, que des signes de contusion. Les fonctions du membre sont peu gênées, le malade peut se tenir debout et marcher; tous les mouvements sont possibles. Mais le plus souvent, dans la station debout, il tient la cuisse fléchie et en rotation en dedans.

On ne doit s'attendre à une rotation du membre en dedans que lorsque le fragment n'a pas subi un déplacement trop considérable. Le traitement consistera dans le repos du membre en abduction, rotation en dehors et légère flexion.

BOECKELA, récemment, de nouveau attiré l'attention des chirurgiens sur les **fractures isolées de la cavité cotyloïde** sans luxation concomitante. Elles ressemblent beaucoup aux fractures du col du fémur, car le plus souvent elles s'accompagnent d'un léger raccourcissement et d'une rotation du membre en dehors. On peut faire disparaître avec une facilité remarquable la rotation en dehors, mais celle-ci se reproduit tout aussi facilement lorsqu'on abandonne le membre à lui-même. BOECKEL conseille de pratiquer l'exploration par le rectum, laquelle permet de constater la saillie des fragments dans la cavité pelvienne. Le traitement consistera dans l'extension continue par des poids.

J'ai observé une fracture étendue de la partie postérieure du bourrelet cotyloïdien offrant exactement les symptômes d'une luxation iliaque; le membre était en adduction, en rotation en dedans et légère flexion, et se trouvait immobilisé dans cette position par l'action des muscles. Ce n'est qu'à la suite de tentatives réitérées de réduction dans l'anesthésie chloroformique, et l'application de poids considérables à l'appareil d'extension, que j'ai réussi à obtenir un résultat quelque peu satisfaisant.

Appendice : Des fractures de l'articulation de la hanche par armes à feu.

§ 38. — Aucune blessure articulaire par projectiles de guerre n'offre un pronostic aussi fâcheux que celles de l'articulation coxo-fémorale.

On avait même jusque tout récemment, mis fortement en doute la possibilité d'une guérison. Ce n'est que par les communications auxquelles donna lieu une conférence de LANGENBECK à la *Société de chirurgie de Berlin*, qu'il fut démontré qu'une proportion peu élevée, il est vrai, de blessés de cette catégorie, guérissaient à la suite d'un traitement conservateur ou de la résection¹.

L'importance de ces blessures est naturellement très variable. Tantôt le projectile n'a atteint que la capsule ou, du moins, n'a blessé que légèrement la tête articulaire ou le rebord cotyloïdien, tantôt il a perforé, de part en part, la tête ou le col du fémur, tantôt enfin, il a déterminé une fracture compliquée typique de l'extrémité articulaire. A côté des lésions du col et de la tête articulaire, on peut observer une destruction plus ou moins étendue de l'acétabulum; en outre, il arrive assez souvent que le projectile reste fixé dans la tête fémorale ou la cavité cotyloïde, ou encore dans les parties molles environnantes. Parfois aussi, une fracture du trochanter ou même de la partie supérieure de la diaphyse se complique de fissures s'étendant jusque dans la tête articulaire. Dans un certain nombre de cas on observe en même temps diverses complications, telles que des lésions vasculaires et nerveuses, et, encore plus souvent, des blessures des organes pelviens, tels que la vessie et l'intestin.

Le diagnostic est presque toujours difficile, et même, dans nombre de cas, à peu près impossible, au début. Il se base, en première ligne, sur le siège anatomique de la blessure.

Le cas le plus favorable à une blessure de l'articulation est celui dans lequel le projectile pénètre d'avant en arrière, à environ 4 centim. au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et dans une direction perpendiculaire à l'axe longitudinal du membre. D'une manière générale, c'est la région antérieure de l'articulation qui est la plus exposée aux plaies par coups de feu. Lorsque la balle pénètre en avant ou en arrière du grand trochanter, elle atteint le plus souvent le col du fémur en même temps que l'articulation. De même on peut affirmer que, dans la plupart des cas, la tête articulaire a été blessée et le rebord cotyloïdien fracturé, lorsque l'orifice d'entrée se trouve situé près de l'épine du pubis et l'orifice de sortie en arrière du grand trochanter. Les fractures du trochanter envoient souvent des fissures jusque dans l'articulation, et le projectile peut même avoir pénétré à travers le col, dans la tête du fémur. L'articulation est accessible également par la fesse et la cavité pelvienne. C'est ainsi qu'une balle peut blesser à la fois la vessie et l'articulation coxo-fémorale, lorsqu'elle a pénétré au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure d'un côté, pour sortir par la grande échancre sciatique du côté opposé; il en est de même d'un coup de feu dont l'orifice d'entrée se trouve au niveau de l'épine du pubis et l'orifice de sortie dans la région de la tubérosité de l'ischion du même côté (LANGENBECK).

Ce qui peut, en outre, contribuer à éclairer le diagnostic, au début,

1. Dans la description qui va suivre, je me baserai essentiellement sur les indications contenues dans la conférence de LANGENBECK. KÖNIG.