

où ils ont pu être confondus avec des kystes à grains riziformes. Si les lipomes une fois enlevés ne donnent pas lieu à récidives, il n'en est pas de même des fibromes qui peuvent se reproduire sur place, quand toute la surface atteinte n'a pas été extirpée.

Les *enchondromes* uniques ou multiples des doigts et des métacarpiens sont relativement fréquents ; quelquefois ils se développent simultanément sur les deux mains, c'est d'habitude la première phalange de l'un des trois doigts du milieu de la main qui est atteinte. La tumeur est indolente, dure, élastique, généralement arrondie, quand elle a son point de départ sur l'os, elle ne se meut qu'avec lui, tandis qu'elle est isolément mobile, quand elle s'est développée dans le tissu connectif péri-osseux. A la longue ces tumeurs peuvent ulcérer la peau par compression excentrique, et s'étendre de proche en proche. Dans ces conditions elles gênent de plus en plus les mouvements des doigts qu'elles peuvent luxer, aussi faut-il alors les évier ou désarticuler le doigt suivant les circonstances.

Des *ostéomes épiphysaires* peuvent exister aux doigts, elles se relient à d'autres tumeurs de même nature, développées au cours de la grandition sur d'autres points du corps, si elles venaient à persister et à gêner les mouvements on les enlèverait à l'aide de la gouge et du maillet ou d'un trait de scie.

Il en est de même des *exostoses sous-unguéales*.

Les *kystes* de la main et des doigts sont surtout des kystes synoviaux de la gaine des tendons. On a vu à la paume un cas de kyste hydatique. Les kystes dermoïdes de la main et des doigts sont dus à une invagination du feuillet externe du blastoderme, ainsi que l'a démontré un de mes élèves, le Dr Labougle dans sa thèse (Bordeaux, 1889).

Les *angiomes* de la main sont constitués par des tumeurs érectiles ou des anévrysmes cirsoïdes. Les tumeurs érectiles sont d'habitude petites, séparées et très multipliées, elles sont congénitales et exceptionnellement acquises à la suite d'un traumatisme, qui intéresse à la fois des artérioles très petites et des veinules ; leur structure se rapproche de celle des tissus caverneux. Elles peuvent s'ulcérer à la longue ou s'ouvrir sous une violence extérieure, elles donnent alors lieu à des hémorragies en nappes, difficiles à arrêter. Dans ce dernier cas seulement, ou encore lorsqu'elles déterminent par compression nerveuse des douleurs vives, on les traitera par les injections coagulantes, par l'électrolyse ou par l'ablation totale, mais toujours les hémorragies secondaires seront à craindre.

Les *épithéliomes papillaires* consécutifs à une verrue ulcérée et irritée ne sont pas très rares chez les vieillards, chez lesquels les aberrations de nutrition des tissus sont habituelles. D'autres épithéliomes moins fréquents prennent leur origine dans les tissus glandulaires et sont tubulés. Quels que soient leur point de départ et leurs formes, il faut

enlever ces tumeurs, qui peuvent déplacer les phalanges, et qui, chose plus dangereuse encore, ont beaucoup de tendance à se généraliser.

Les *carcinomes encéphaloïdes* des doigts se voient surtout chez les vieillards. Dès qu'ils sont ulcérés et que l'on voit apparaître leurs masses mamelonnées, saignantes, ichoreuses, il faut se hâter de sectionner le membre, en ayant soin de dépasser largement les parties envahies par la tumeur, ou par ses prolongements.

ARTICLE IX. — AFFECTIONS QUI ATTEIGNENT LE MEMBRE SUPÉRIEUR EN TOTALITÉ.

A. *Angioleucite*. — Après la description que nous avons donnée de l'angioleucite en général, nous croyons pouvoir ne pas insister sur celle du membre supérieur. C'est toujours à la suite d'une infection septique qu'elle se produit, à la suite des piqûres anatomiques surtout. J'ai la conscience d'avoir, dans mes laboratoires et dans tous ceux où mes procédés sont employés, supprimé toutes les infections cadavériques, une expérience de cinq années consécutives me le démontre, je n'y reviens donc plus.

B. *Anévrysmes cirsoïdes et varices du membre supérieur*. — Les *anévrysmes cirsoïdes* développés toujours sur la face palmaire de la main sont le plus ordinairement congénitaux, on en a vu cependant quelques rares cas succéder à des traumatismes. La tumeur est molle, réductible, de forme irrégulière ; les mouvements isochrones et le bruit de thrill y sont manifestes, ils diminuent ou même disparaissent par la compression de l'humérale ; la main atteinte est plus chaude que celle du côté opposé et la sueur déversée par les glandes sudoripares y est manifestement plus abondante. La tumeur s'accroît rapidement par dilatation des artérioles d'abord, des artères de l'avant-bras et du bras consécutivement.

Les injections coagulantes, combinées avec la compression des artères, ont donné quelques succès. En raison des anastomoses multiples et facilitées par la dilatation des artères du membre supérieur, les ligatures à distance ne donnent que des résultats précaires, aussi faut-il malheureusement en arriver souvent à l'amputation de l'avant-bras ou même du bras, si la dilatation des vaisseaux l'exige.

C. Les *varices du membre supérieur* sont très rares et n'offrent rien de particulier à signaler. Je renvoie au tome I, à l'article *Varices* en général, où le lecteur trouvera une description suffisante.

Lésions congénitales du membre supérieur.

Je devrais, à l'imitation de tous les auteurs, traiter ici en un chapitre particulier les lésions congénitales du membre supérieur, mais d'abord

ces lésions existent souvent simultanément avec celles du membre inférieur, leur mode d'évolution, leurs difformités, les déviations qu'elles entraînent, leurs moyens de traitement chirurgical et orthopédique sont similaires, je préfère donc terminer cet ouvrage par un chapitre d'ensemble sur les lésions congénitales des membres.

CHAPITRE IX. — MALADIES CHIRURGICALES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

ARTICLE PREMIER. — AFFECTIONS DE LA HANCHE.

Lésions traumatiques.

§ 1. — Plaies.

Si les plaies de la hanche par instruments tranchants ou piquants sont très rares, celles par projectiles de guerre s'observent au contraire quelquefois. Quand les parties molles péri-articulaires sont seules atteintes, la blessure n'offre rien de particulier.

Le projectile ou un de ses fragments peuvent ouvrir la capsule articulaire, sans fracturer les os; ce cas, bien que possible théoriquement, me semble devoir devenir de moins en moins probable avec les nouvelles balles. L'arthrite peut ne pas s'établir primitivement et le blessé peut guérir, d'autres fois l'arthrite aiguë, nous l'étudierons plus loin, intervient avec toutes ses graves conséquences. On a vu souvent survenir des arthrites secondaires, je me demande si en pareil cas les os n'avaient pas été éraflés par le projectile.

Les os de la hanche, cavité cotyloïde, tête fémorale, col et trochanters sont souvent fracturés, et l'ouverture de la capsule n'est alors qu'une complication de la fracture par coup de feu que nous décrirons plus loin avec toutes les autres fractures de la hanche.

§ 2. — Fractures de la hanche.

Déjà nous avons décrit les fractures de la ceinture pelvienne, de la cavité cotyloïde et de son rebord, il ne nous reste plus à parler que des fractures de la partie fémorale de la hanche, des fractures du col du fémur.

Tout comme l'humérus, l'extrémité supérieure du fémur peut être brisée dans son col anatomique et dans son col chirurgical. On a beaucoup insisté jadis sur une division de ces fractures en *intra* et *extra-capsulaires*, on avait même divisé les fractures en *intra-synovio-capsulaires*

et *extra-synovio-capsulaires*. Une étude attentive de la disposition des fibres ligamenteuses autour du col fémoral, sur la face postérieure duquel elles ne prennent aucune implantation, qu'elles contournent simplement pour venir renforcer en avant toutes les bandes puissantes qui empêchent, dans la station debout, la cuisse de dépasser en arrière la verticale, font voir qu'une fracture du col chirurgical, alors même qu'elle est nettement transversale, peut être extra-capsulaire en arrière, et intra-capsulaire en avant.

Chez l'adulte, le col du fémur présente une puissante résistance due surtout à la disposition architectonique des travées osseuses qui constituent sa substance; cette résistance est augmentée par la direction oblique, la forme aplatie, paraboliquement excavée que présente ce col sur sa face postérieure. Toutes les forces de pression que transmet de haut en bas le poids du corps, toutes celles de résistance venue par les pieds ou les genoux ne parviennent pas à fracturer l'os, mais chez le vieillard le tissu osseux est stéatosé, raréfié, le col, au lieu de rester oblique de haut en bas et de dedans en dehors, s'affaisse sous l'influence de la pression constante du poids du corps, sa direction devient de moins en moins oblique et la disposition architectonique de ses travées se modifie, se surbaïsse; la résistance du tissu osseux du col est donc diminuée, et sous l'influence d'une force qui chez l'adulte n'eût produit aucun effet, le col se brise.

Tantôt c'est une chute sur les pieds ou les genoux, une chute sur le trochanter stéatosé dans la cavité digitale duquel s'enfonce le col, d'autres fois au contraire le vieillard craint de tomber en avant, il porte violemment le tronc en arrière, les fibres de la capsule renforcées par le puissant ligament de Bertin résistent et fracturent le col [par arrachement. C'est très souvent en trébuchant dans les plis d'un tapis, que ces accidents se produisent.

A. *Fractures du col anatomique (intra-capsulaires)*. — La tête osseuse peut être complètement détachée, tous ses liens fibreux, périostiques ou capsulaires étant rompus. Le membre est raccourci, le fragment externe ou inférieur se portant en haut, sous l'influence de la force vulnérante, qu'elle vienne d'en bas ou d'en haut. L'élasticité des muscles fessiers mise en liberté par ce déplacement du bras de levier porte le membre en rotation en dehors, et le blessé ne peut plus s'appuyer sur le pied. La crépitation n'est pas toujours facile à obtenir.

C'est d'ordinaire une brisure transversale d'arrière en avant ou oblique en dehors et en avant qui se produit; quelquefois cependant la ligne de fracture est à deux plans angulaires et constitue un coin qui s'enfonce dans la tête et la fait éclater.

Il peut se faire encore que plus ou moins de liens fibreux ne soient pas rompus ou que les fragments engrénés par pénétration restent incomplètement réunis, le raccourcissement ne se produit pas, alors,