

très faible, et même quelquefois nul au moment de l'accident, augmente dans les jours suivants.

Le pied est généralement dans la rotation en dehors, mais cette attitude tient alors exclusivement au poids du membre. Comme il n'y a pas de pénétration, *la rotation en dehors est facilement corrigée*, transformée même en rotation en dedans. Le grand trochanter, n'étant jamais fracturé, ne présente aucune déformation. Les symptômes de la fracture intra-articulaire sont donc, en quelque sorte, dissimulés au début et l'on pourrait alors diagnostiquer une simple contusion de la hanche. Cette erreur de diagnostic est souvent commise et je ne saurais trop en prévenir le praticien, car elle est très préjudiciable au malade et fort désagréable pour lui-même lorsque la fracture se révèle plus tard par des signes évidents. Je ne pense pas que même la radiographie, d'ailleurs difficilement applicable dans le cas particulier, puisse être de quelque secours, surtout au début.

Ne constatant ni déformation de la hanche, ni raccourcissement, la rotation externe pouvant être facilement corrigée, on diagnostique donc une contusion simple et le traitement est appliqué en conséquence : massage, mobilisation. On engage le malade, on le force même à se lever le plus tôt possible, à essayer la marche, mais les douleurs augmentent tellement qu'on doit bientôt y renoncer, et, si l'on mesure alors le membre, on trouve 2 et 3 centimètres de raccourcissement. Il est certain que la pseudarthrose, déjà fortement à redouter dans cette variété de fracture, en est encore facilitée.

Comment donc éviter l'erreur ?

Tenez le plus grand compte de l'*impotence fonctionnelle*. Lorsque, à la suite d'un traumatisme portant sur la hanche, le blessé ne pourra pas détacher le talon du plan du lit, il y a de très grandes présomptions pour qu'il soit atteint d'une fracture et traitez-le en conséquence. Je n'ose pas dire que ce soit impossible, mais je n'ai jamais vu une contusion de la hanche s'opposer d'une manière complète à ce mouvement.

Quoi qu'il en soit, ce qui précède me paraît suffisant pour démontrer qu'il est le plus souvent possible, facile même, au lit du malade, d'établir le diagnostic différentiel entre les fractures extra- et intra-articulaires. Le degré de raccourcissement au moment de l'accident n'a pas de valeur, puisqu'il est variable suivant les sujets et en rapport avec le degré d'inclinaison physiologique du col. Mais, si le raccourcissement augmente dans les jours qui suivent, ce phénomène indique une fracture intracapsulaire.

Je n'ai pas à faire remarquer ici un certain nombre d'autres signes dont la valeur est contestable ou très secondaire, mais il en est deux que je considère comme pathognomoniques : 1° dans la fracture extra-articulaire, la rotation en dehors est fixe; elle ne peut être corrigée qu'à l'aide d'efforts considérables, tandis que, dans la fracture intra-articulaire, le membre inférieur obéit facilement à tous les mouvements qu'on lui imprime; 2° dans la fracture extra-articulaire, le grand trochanter est notablement plus large que celui du côté opposé, il est porté en arrière, douloureux à la pression; dans la fracture intra-articulaire, au contraire, la région du grand trochanter ne présente aucune déformation.

Poursuivons l'étude de la capsule articulaire. Elle offre une épaisseur et une résistance très différentes suivant les points où on la considère. C'est en