

## § III.

OBSERVATIONS OFFRANT UN INTÉRÊT SPÉCIAL.

Outre les fractures comprises dans ces tableaux, nous en avons traité quelques autres, dont nous rapportons isolément les observations. Nous ne les avons point disposées comme les premières, pour les raisons que nous avons données plus haut à propos des fractures de l'humérus. Parmi celles qui se trouvent dans ce paragraphe, nous mentionnerons une fracture communitive du frontal, suivie de méningo-encéphalite (obs. CXCVI), une fracture des os propres du nez, insignifiante par elle-même, mais accompagnée d'une commotion cérébrale. La guérison survint; il en fut tout autrement chez le malade de l'observation CCXII. La mort arriva très-rapidement, bien qu'il n'y eût pas chez lui d'autres lésions osseuses qu'une fracture du fémur. Elle fut la conséquence de la commotion cérébrale. A la suite de deux fractures doubles de l'humérus, nous mentionnons deux autres cas de notre pratique personnelle tout à fait semblables à celui du malade de l'hôpital.

Les accidents qui ont produit ces fractures présentent des particularités dignes de remarque. Ainsi, la fracture du frontal a pour agent un fragment de grès détaché d'une meule en mouvement, très-probablement sous la seule influence de la force centrifuge (voy. obs. CXCVI). Quatre malades tombent dans un escalier de la même maison, l'un d'eux se fait une fracture de la base du crâne; les trois autres, des fractures de l'humérus.

De même, les deux malades qui sont tombés du deuxième étage (obs. CCXI et CCXII) ont éprouvé des effets tout à fait différents de leur chute. Le premier n'eut qu'une fracture de l'os iliaque, guérie au bout de très-peu de temps; chez le second, qui s'était jeté volontairement et probablement la tête la première, il y eut une fracture du fémur avec commotion cérébrale.

Deux malades tombent d'un trapèze en mouvement. Chez le premier on trouve une commotion cérébrale avec fracture des

os du nez, contusion de la face, etc. Chez le second, ce n'est pas la tête, mais probablement les mains qui frappent le sol, et il se fait une fracture des deux radius (obs. CCX).

Plusieurs autres fractures ont été causées par des accidents ordinaires et qui rentrent dans l'étiologie classique de ces lésions: un coup de poing sur la mâchoire fracture le maxillaire inférieur; le timon d'une voiture heurte la clavicule et la casse; un malade se fracture la rotule en descendant de voiture, etc.

Ces diverses fractures ont eu pour la plupart une terminaison favorable; elles se sont consolidées sans accident, et n'ont laissé à leur suite aucune difformité. Dans la fracture communitive du frontal, la mort est survenue par suite d'une méningo-encéphalite du lobe frontal droit du cerveau (obs. CXCVI). Elle fut, dans un autre cas, très-rapide, absolument indépendante de la fracture, et résulta d'une commotion cérébrale (obs. CCXII déjà citée).

Les affections inflammatoires, mentionnées dans ce chapitre, ont offert un cachet spécial; elles ressemblaient, à s'y méprendre, à des tumeurs osseuses. Après la résection d'une partie du maxillaire supérieur on trouva, au microscope, une ostéite de la paroi du sinus, formative en certains points, destructive dans d'autres (voy. obs. CCXII). Dans un autre, le même os contenait un séquestre qui avait également l'aspect d'une tumeur. La résection d'une partie de l'os et l'extraction des portions nécrosées eurent les meilleurs résultats. La plaie se ferma en très-peu de jours, et le malade fut complètement guéri (obs. CCXVI).

La trépanation faite dans un cas de cancer secondaire du temporal, fut suivie de mort. Cette observation est extrêmement intéressante. La maladie avait pour point de départ des kystes sébacés multiples du cuir chevelu, devenus tardivement cancéreux. Pendant plus de six semaines après l'opération, la malade alla bien et put même se lever. Tout à coup, et sans que rien fit présager ce terrible accident, elle fut prise d'une hémiplegie gauche et mourut 24 heures plus tard. L'autopsie démontra que la paralysie était causée par la compression de l'hémisphère

cérébral droit. Une nappe épaisse de pus était étalée à sa surface.

Les autres tumeurs osseuses observées, se répartissent ainsi :

Exostoses .....	4
Hydropisie du sinus maxillaire.....	2
Sarcome.....	1
Épithélioma .....	1
Cancer.....	2

Avec l'exostose ostéo-cartilagineuse de l'humérus, mentionnée plus haut (voy. I<sup>o</sup> partie, leçon VII), nous en avons eu une de l'extrémité inférieure du fémur et une autre de l'extrémité supérieure du péroné; la première seule fut enlevée, à cause des douleurs atroces qu'elle occasionnait; l'opération se termina sans accident, et la malade guérit (obs. CCXXIII). Nous fûmes moins heureux pour une exostose syphilitique du col du fémur gauche. Cette tumeur produisait des accidents graves dans tout le membre correspondant, et nous dûmes nous décider à l'enlever. Bien que l'opération eût marché régulièrement, la malade succomba à la septicémie (obs. CCXIV). L'exostose ostéo-cartilagineuse de la tête du péroné ne donnait lieu qu'à des accidents beaucoup moindres; nous employâmes contre elle l'ignipuncture, afin de modifier son évolution, si la chose était possible; ce mode de traitement eut pour avantage de faire disparaître la douleur (obs. CCXXV).

Nous ne ferons qu'une remarque à propos des deux collections liquides du sinus maxillaire; c'est que ce n'étaient point des kystes proprement dits. Elles étaient renfermées dans le sinus et leur enveloppe était formée par le diverticulum de la pituitaire qui double cette cavité; il s'agissait donc d'une simple hydropisie, et l'expression de kystes du sinus maxillaire que l'on emploie bien souvent, eût été inexacte dans ces deux cas.

Le sarcome myéloïde et ossifiant qui nécessita la résection du maxillaire inférieur (obs. CCXXVII), s'était développé chez un enfant de seize ans. Cette circonstance est tout à fait en rapport avec l'étiologie habituelle de ces sortes de tumeurs. L'opération

avait réussi, mais la mort survint par le fait d'une apoplexie pulmonaire.

Enfin, l'épithélioma tubulé des os du nez et les cancers des maxillaires, dont nous rapportons également les observations, n'ont présenté rien de particulier. Ces dernières tumeurs étaient de la plus mauvaise nature, car l'une avait récidivé rapidement après une première ablation et envahi en très-peu de temps les ganglions; l'autre avait amené très-vite la cachexie cancéreuse. Lors de l'entrée de ces malades dans nos salles, nous ne pouvions plus songer à les opérer.

#### A. — FRACTURES.

Obs. CXCVI. — *Fracture du frontal. Méningo-encéphalite localisée. Mort.* — Lepigeon (Émile), seize ans, polisseur, entré le 8 mars 1875. Cet enfant vient de recevoir un éclat de meule en grès, lequel a brisé le frontal du côté droit. Sur la moitié externe du côté droit du front, on trouve une plaie verticale qui descend jusqu'à la paupière supérieure, coupée elle-même transversalement dans la plus grande partie de son étendue. Cette plaie a saigné abondamment.

En soulevant la paupière supérieure, on voit que la cornée a été perforée et qu'un lambeau d'iris fait saillie entre les lèvres de cette solution de continuité.

L'arcade sourcilière est fracturée, ainsi que la partie du frontal située au-dessus. Il y a dans la plaie de nombreuses esquilles que l'on enlève avec précaution, ainsi qu'un morceau de drap provenant de la casquette du blessé. Il est facile de sentir au-dessus de l'arcade sourcilière que la dure-mère est à nu dans une étendue de plus d'un centimètre carré.

On réunit la partie supérieure de la plaie avec des bandelettes collodionnées, et l'on place une mèche vers la partie déclive dans l'angle externe de la plaie. On applique en permanence des compresses imbibées d'eau glacée.

9 mars. Le soir, T. A. 38°,5 (1), P. 60. La nuit a été assez calme; le malade a un peu de fièvre, mais il a bien dormi, et n'accuse pas de céphalalgie.

T. { matin 39°  
soir 40°2

(1) Dans l'indication des températures, nous ne mettrons que la première fois T. A. (température axillaire) ou T. R. (température rectale), parce que dans une même observation la température a toujours été prise aux mêmes points.

Les jours suivants, la fièvre augmente; les nuits sont plus agitées; cependant le malade ne présente aucun symptôme inquiétant. Glace, 1 gramme de chloral a l'intérieur.

10.	T.	{	matin 38°,8	P. = 70
			soir 40°,2	
11.	T.	{	matin 40°,8	P. = 96
			soir 41°,4	
12.	T.	{	matin 40°,5	P. = 80
			soir 40°,8	P. = 84

13. A la visite du soir, le malade est très-abattu; il répond qu'il va mal, et se plaint d'une violente céphalalgie, surtout à droite. Il présente au moment de la visite quelques secousses convulsives dans le bras gauche. Rien au membre supérieur du côté droit; pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie; pas de vomissements, ni de paralysie. La plaie paraît en bon état.

T.	{	matin 39°,9	P. = 70
		soir 40°,6	

14. Grande agitation jusqu'à minuit; plusieurs secousses convulsives dans le bras gauche; coma, dont il est impossible de tirer le malade; convulsions épileptiformes. L'œil gauche est fixe, la pupille normale. Le malade entend encore, mais ne peut ouvrir la bouche, ni tirer la langue; ne peut serrer avec la main gauche, qui retombe inerte sur le lit quand on la soulève; il serre bien de la droite. La jambe gauche est aussi paralysée, mais moins complètement que le bras. Les mouvements réflexes y sont très-marqués, quoique la sensibilité cutanée soit un peu obtuse. Vision bonne du côté gauche. Le malade sent quand on le pince; de temps en temps, il sort du coma et demande à boire. Dysphagie. Pas de vomissements depuis le début. Il est pris pendant la visite de convulsions des muscles de la face, caractérisées par des contractions cloniques répétées et limitées au côté droit.

Ces accès se répètent à plusieurs reprises pendant la nuit et durent quelquefois plusieurs minutes. Il s'écoule de la bouche une salive écumeuse. Évacuation involontaire d'urine et de matières fécales.

A dix heures: incision des méninges pour donner issue au pus, dans le cas où il se formerait un abcès à la surface du cerveau; il ne sort que du sang. Le soir grande agitation; a voulu se lever.

T.	{	matin 40°,2	P. = 90
		soir 41°,6	P. = 104

15. Nuit agitée, délire, crises convulsives, coma; entend, répond, serre

également la main des deux côtés. Sensibilité et intelligence intactes. Céphalalgie modérée; dysphagie.

T.	{	matin 40°,4	P.	{	matin = 100
		soir 41°,2			soir = 104

16. Nuit extrêmement bruyante; a cherché plusieurs fois à sortir du lit; délire; à plusieurs reprises, secousses des muscles de la face.

Ce matin le malade est immobile dans le décubitus dorsal. État semi-comateux; répond cependant aux questions; accuse peu de céphalalgie; tire bien la langue, dont la pointe est déviée à gauche. Pas de déviation de la commissure labiale. Faiblesse très-marquée du côté gauche. Dit qu'il ne peut serrer de la main gauche, ce qu'il fait très-bien de la droite; toutefois il remue les membres de gauche, et n'a plus à proprement parler d'hémiplégie. La sensibilité cutanée est intacte. Il existe une contracture intéressante l'orbiculaire des lèvres, le buccinateur, le masséter, le releveur de la lèvre supérieure et l'élevateur de l'aile du nez. Incontinence d'urine et de matières fécales. Diarrhée; pas de vomissements.

Soir. Beaucoup d'agitation; a déliré toute la journée; on est obligé de lui attacher les mains, qu'il porte sans cesse vers l'appareil qui recouvre la plaie. Chaque fois qu'on remue le malade, les mouvements convulsifs du côté de la face reparaissent. Évacuations involontaires. Du côté des membres, rien de particulier. Céphalalgie intense.

T.	{	matin 39°,6	P.	{	matin = 96
		soir 41°,4			soir = 128

Le malade succombe à deux heures du matin.

*Autopsie.* — Après avoir décollé le cuir chevelu au niveau de la fracture et la peau jusqu'au-dessous de l'œil, on constate une perte de substance du frontal de 5 centimètres de long sur 2 centimètres 1/2 de largeur, à travers laquelle sort un magma putrilagineux, qui n'est autre chose que la partie antérieure du lobe frontal droit du cerveau ramollie. Cette perte de substance occupe la partie latérale droite de l'os frontal; son bord postérieur correspond au sommet de la bosse coronale et descend verticalement jusqu'à l'articulation du frontal avec la partie écaillée du temporal, à 1 centimètre environ.

L'arcade orbitaire du frontal a complètement disparu, si ce n'est vers la partie interne, où elle existe encore dans une étendue d'un centimètre et demi et constitue la limite interne de la perte de substance.

L'extrémité externe de l'arcade orbitaire est également détruite, l'apophyse de l'os malaire qui s'y articule fait saillie sous la peau, et a subi elle-même une légère perte de substance.

Il existe de plus à l'union de l'os malaire et du maxillaire supérieur un trait de fracture vertical passant par le trou sous-orbitaire, et remontant derrière l'os malaire, qui se trouve ainsi complètement séparé du maxillaire supérieur, auquel il n'adhère plus que légèrement, mais il reste attaché à l'arcade zygomatique qui est indemne.

L'œil droit est complètement flétri; la cornée avait été d'ailleurs ouverte.

Lorsqu'on a enlevé la calotte crânienne, on n'aperçoit rien que des arborisations rouges sur la dure-mère. Celle-ci incisée présente du côté droit un épaississement assez marqué, surtout quand on la compare à celle du côté gauche.

Au-dessous de la dure-mère et du côté droit seulement, il existe sur toute la convexité de l'hémisphère une grande nappe de pus.

Lorsqu'on verse un filet d'eau, on la fait disparaître en majeure partie, mais il reste des trainées qui siègent au niveau des sillons des circonvolutions cérébrales. Ces trainées purulentes ne disparaissent ni sous un filet d'eau, ni par le grattage. On les enlève avec les méninges qui sont très-adhérentes, et qui occasionnent des déchirures de la substance grise périphérique.

Les vaisseaux de la pie-mère sont très-dilatés. Enfin il existe un épaississement considérable des méninges. Ces membranes, au niveau de la fosse occipitale gauche et du cervelet, sont rouges, mais peu adhérentes; elles ne paraissent point épaissies.

L'hémisphère droit du cerveau présente dans la partie inférieure de son lobe frontal un ramollissement putrilagineux, qui s'étend jusqu'à l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal, qui est lui-même atteint dans une étendue de 1 à 2 centimètres.

Rien dans le reste de l'hémisphère. Pas de foyers purulents localisés.

L'hémisphère gauche présente au toucher une consistance normale; les méninges y sont gorgées de sang; elles sont légèrement adhérentes, un peu épanouies; on ne trouve pas de pus au-dessous d'elles. Les coupes pratiquées dans l'épaisseur de la substance cérébrale ne révèlent nulle part l'existence d'aucune lésion appréciable. (Les dessins qui figurent ces désordres se trouvent dans notre collection.)

L'examen des autres organes n'a pu être fait.

OBS. CXC VII. — *F. de la base du crâne. Commotion cérébrale. Guérison.* — Le 16 novembre 1874 fut apporté dans le service le nommé Darcy (Pierre), âgé de quarante-quatre ans. Il était tombé en arrière la veille dans un escalier, portant un lourd sac de charbon sur les épaules et avait roulé de marché en marche de la hauteur d'un étage. Quand on le releva, il avait perdu connaissance. Les personnes qui l'avaient transporté affirmaient qu'il avait eu un écoulement de sang par l'oreille; il en suintait encore un peu à travers la membrane du tympan lors de son entrée.

Le malade est dans un coma complet, sans aucune contraction musculaire. Les paupières supérieures sont abaissées, les pupilles de grandeur normale, mais peu sensibles à la lumière. L'intelligence est entièrement perdue, mais la sensibilité directe et la sensibilité réflexe sont conservées. Pas de strabisme ni de nystagmus; pas d'ecchymose sous-conjonctivale; pas de paralysie faciale; pas d'écoulement par la bouche; pas de plaie du cuir chevelu.

Le lendemain, il répond très-vaguement aux questions, et indique faiblement avec la main la tête, quand on lui demande où il souffre. A la partie postéro-latérale gauche de la tête, au niveau du tiers postérieur de la suture fronto-pariétale, on remarque un empâtement œdémateux qui remonte vers le vertex et est le siège d'une vive douleur à la pression. T. R. 38°, P. = 60, plein. Dix sangsues derrière les oreilles; glace sur la tête; calomel à doses fractionnées, 0,10, en dix paquets dans la journée.

18. T. 38°,4, P. = 60. Même état. Aucun écoulement par l'oreille. Dix sangsues aux apophyses mastoïdes; glace. Le malade n'a pas eu de selles. On continue le calomel.

19. T. 38°, P. = 62. Le malade ouvre les yeux, et répond intelligiblement aux questions. Constipation opiniâtre; urines normales. On applique quatre sangsues, deux de chaque côté derrière les oreilles. Glace; calomel, 0,10, en dix paquets. Diète absolue.

20. T. 38°, P. = 52. La peau est un peu plus chaude. Le malade a eu trois selles solides hier. Calomel, 0,05.

22. P. = 60. Même état. Pas de selles le 21.

23. Le malade est un peu plus éveillé; il se plaint beaucoup de la tête; prend des potages et des bouillons.

24. Amélioration notable. L'empâtement a disparu; l'intelligence est à peu près revenue. La céphalalgie est supportable; elle n'est très-vive que pendant les mouvements. Pas de délire; vision normale; fonctionnement régulier des muscles de l'orbite.

25. Mieux progressif; appétit.

26. Le malade étant guéri demande à retourner chez lui.

On l'a revu un mois plus tard; il pouvait se livrer à ses travaux habituels.

D'après les caractères constatés au moment de l'entrée, il y avait eu fracture de l'étage moyen de la base du crâne. Le coma était le fait de commotion cérébrale plutôt que de la fracture elle-même.

OBS. CXC VIII. — *F. des cartilages du nez. Commotion cérébrale.* — Poirier (Adrien), journalier, vingt-six ans, entré dans le service le 27 avril 1874. Il est tombé sur la tête pendant qu'il s'exerçait sur un trapèze, et a aussitôt perdu connaissance. On lui a dit qu'il avait perdu du sang par le nez et par la bouche, mais non par les oreilles. Dans la journée qui a pré-

cédé son entrée à l'hôpital, il a eu à différentes reprises des vomissements bilieux.

28 avril. — Fièvre très-forte et insomnie. Ce malade est plongé dans un semi-coma; néanmoins, l'œil est vif. La pupille est normale, et se contracte bien sous l'influence de la lumière. Deux ecchymoses très-appareilles occupent l'angle interne des deux yeux, et s'étendent à la racine du nez qui est tuméfié, lisse et très-sensible. Ces ecchymoses s'étendent sur le bord libre des deux paupières de chaque œil. Un peu de trouble de la vision. Violente céphalalgie ayant son siège en avant, et principalement à droite. Pas d'écoulement par les oreilles; pas de douleur par la pression au niveau de l'apophyse mastoïde. On ne constate aucune déformation de la colonne vertébrale, ainsi qu'aucun point douloureux sur toute son étendue. P. = 60. Sensibilité (chaleur, contact, piqure) abolie dans tout le membre inférieur droit; sensibilité réflexe conservée.

Douze sangsues derrière les oreilles; écoulement sanguin entretenu pendant plusieurs heures.

29. Anorexie complète; l'assoupissement des jours précédents persiste. Sensibilité revenue complètement à droite, en partie à gauche, si ce n'est au niveau du grand trochanter et sur la région postérieure de la cuisse dans son tiers supérieur. P. = 54. Calomel à doses fractionnées.

1<sup>er</sup> mai. — Souffre toujours beaucoup de la tête; l'œdème des paupières a sensiblement diminué; pas de sommeil ni d'appétit; encore quelques vomissements. P. = 54.

3. Un peu d'amélioration. Ce malade répond mieux aux questions qui lui sont posées, et peut être tiré de son assoupissement.

5. Difficulté dans le mouvement des mâchoires. Pas de fracture du maxillaire supérieur; mais on constate maintenant facilement une fracture des deux os du nez et des parois de l'orbite. En effet, si l'on vient à saisir avec une main les deux branches du maxillaire supérieur, et si de l'autre on fixe le crâne, on trouve une mobilité anormale considérable du maxillaire, comme s'il se déplaçait dans son ensemble; cependant, à la racine du nez et sous la paupière, on ne trouve pas d'ecchymose. Un peu de sommeil; l'appétit revient. P. = 54. La température n'a pas dépassé 38°, 2.

7. Le malade n'est pas encore guéri, mais son état s'est amélioré, au point qu'il veut retourner chez lui, malgré nos recommandations.

Obs. CXCLIV. — *Fracture double du maxillaire inférieur. Consolidation.* — Jacquemin (Edmond), vingt-cinq ans, comptable, entre le 5 juillet 1874. Il y a deux jours, il a reçu un violent coup de poing sur la partie antérieure et un peu à droite de la mâchoire inférieure. Ecchymose couvrant la joue droite. Avant son entrée dans le service, hémorrhagie buccale abondante. Le sang, d'abord pur, se mêlait à la salive, puis il est sorti par caillots. La douleur qu'il a ressentie sur-le-champ n'a pas tardé à se dis-

siper, mais elle a été suivie d'un peu de somnolence. Il ne se réveillait que lorsque le sang pénétrait dans la gorge. Tuméfaction de la joue gauche. Ce malade ne peut tourner la tête que tout d'une pièce. Il est aisé de reconnaître une première fracture verticale et sans déplacement siégeant entre la canine et la première incisive inférieure droite. Mobilité manifeste. Une autre fracture transversale et sans déplacement siége sur la branche montante gauche du maxillaire inférieur. Cette fracture se reconnaît à la mobilité que l'on peut imprimer à toute la partie gauche de la mâchoire.

On immobilise la mâchoire au moyen de bandes ordinaires, et on fait passer un fil métallique sur la canine et la première incisive qu'on fixe ainsi solidement et que l'on rend solidaires l'une de l'autre.

Pas de fièvre. L'appétit est bon, mais la difficulté de prendre des aliments et de les mâcher fait prescrire une nourriture liquide.

16 juillet. La fracture paraît se consolider.

29. Le malade peut prendre des aliments faciles à broyer. Il prend même de la mie de pain.

1<sup>er</sup> août. Sort guéri sur sa demande.

Obs. CC. — *F. de la clavicule. Corps de l'os.* — Bandeau (Jules), vingt-trois ans, charretier. Entré le 15 mars 1874. A été frappé hier par un timon de voiture sur la clavicule.

Ce malade accuse une douleur limitée juste au milieu de la clavicule. Elle s'exagère par les mouvements du bras. Fracture de cause directe, sans déplacement appréciable. On sent au tiers moyen une crépitation distincte. Dans les mouvements du bras correspondant le fragment interne chevauche sur le fragment externe et vient faire saillie sous la peau.

Coussin cunéiforme dans l'aisselle. Fragments maintenus en contact par une pelote de caoutchouc. Écharpe de Mayor. Consolidation complète au bout de trente jours. Reste une petite saillie au niveau du point fracturé.

Obs. CCI. — *F. de la clavicule. Extrémité externe.* — Chrétien (Léon), quarante-cinq ans, entré le 4 mai 1874. Ce malade a fait une chute sur le moignon de l'épaule. A 2 centimètres 1/2 de l'articulation acromio-claviculaire, ecchymose large comme une pièce de 2 fr. Douleurs à la pression au même point. Les mouvements du membre sont difficiles et très-douloureux. Le malade soutient le coude avec sa main du côté opposé et applique le membre contre le thorax en même temps qu'il penche la tête du côté malade. La fracture est transversale et sans déplacement. On perçoit cependant de la crépitation en faisant mouvoir le bras et surtout en portant l'omoplate en arrière.

Coussin placé sous l'aisselle, le bras étant maintenu dans une écharpe