

tra-articulaires. Sir Cooper soutint que la consolidation osseuse des fractures intra-capsulaires était tout à fait exceptionnelle, et contesta la valeur des préparations anatomiques que l'on voulait donner à l'appui de l'opinion contraire. Ses idées furent mal interprétées et furent combattues par Dupuytren, ce qui eut pour effet de mettre pendant longtemps cette importante question de pronostic à l'ordre du jour. En outre, Cooper avait déjà cherché des signes qui permissent de faire le diagnostic différentiel entre les fractures intra et extra-capsulaires, mais il ne réussit pas davantage que ceux qui vinrent après lui, tels que Smith, Hervez de Chégoïn, Malgaigne et d'autres.

D'autre part, des chirurgiens tels que Nélaton et von Dumreicher ont affirmé que ce diagnostic était impossible sur le vivant, et je dois avouer pour ma part que je n'ai jamais pu constater de symptômes objectifs qui m'aient permis de faire le diagnostic avec certitude. C'est déjà une raison pour laquelle j'ai résolu de décrire les fractures du col, non pas avec celles du fémur, mais avec les lésions de la hanche, d'autant plus qu'il existe des relations diagnostiques entre les fractures du col et les luxations de la hanche.

Dans ces derniers temps, on a fait d'assez nombreuses recherches sur le mécanisme de ces fractures, et, à leur propos, sur la structure du tissu spongieux du col.

Étiologie. — Les fractures du col sont parmi les fractures les plus importantes. C'est une fracture presque spéciale aux vieillards. D'une façon générale, sa fréquence comparée à la totalité des fractures est de 4 0/0.

Mais en ayant égard à l'âge des malades, Gurll donne les chiffres suivants. Dans l'enfance cette fracture ne se produit pas : les sujets les plus jeunes chez lesquels elle ait été observée étaient âgés de 15-20 ans. De 21 à 30 ans, elle se produit une fois sur 91 ; de 30 à 40 ans une fois sur 74 ; depuis cet âge, sa fréquence augmente considérablement. De 51 à 60 ans on l'observe 4 fois sur 10, de 61 à 70 ans 1 fois sur 6, et à partir de 70 ans elle forme le 1/3 de l'ensemble des fractures que l'on observe à cet âge avancé de la vie¹. A Berlin, on l'a vue plus souvent chez les femmes âgées que chez les hommes.

La fracture du col est dangereuse. Malgaigne a constaté que près du 1/3 des malades succombaient. Cette proportion doit être assurément réduite ; il faut en exclure les cas où la mort n'est pas le résultat de la fracture ; il en est ainsi lorsque le malade meurt le jour même de l'accident, ou lorsque la mort survient à la suite d'une maladie qui

(1) Dans l'enfance et dans l'adolescence, on a observé le décollement épiphysaire et il semble bien qu'on doive expliquer ainsi, avec Hamilton, les prétendues fractures intra-capsulaires dans la jeunesse. (A. B.)

existait avant la luxation. Mais malgré ces restrictions, la mortalité reste élevée, et nous verrons plus tard pourquoi.

Dupuytren a déjà cherché à expliquer pourquoi le col fémoral des vieillards se rompt si facilement. La fracture est d'autant plus facile que le col fait un angle plus petit avec le corps du fémur. Chez les vieillards le tissu osseux subit une dégénérescence graisseuse, en sorte que la trame osseuse est remplie de graisse médullaire ; en outre l'angle que forme l'axe du col avec la diaphyse est moins grand, il se rapproche de l'angle droit, de sorte qu'un choc vertical agit directement et transversalement sur le col. Dupuytren invoqua aussi la maigreur des vieillards, ce qui fait que dans une chute le trochanter subit un choc plus direct ; mais l'expérience prouve que les femmes grasses se fracturent aussi bien, peut-être même mieux le col que les femmes maigres, parce que le poids du corps est plus lourd et que la dégénérescence graisseuse est plus avancée. Dupuytren explique de la façon suivante pourquoi la fracture du col ne s'observe pas chez les enfants. Quand un enfant tombe sur le côté, le choc est supporté par la fosse iliaque et non par le trochanter, parce que le col de l'enfant est si court que le trochanter n'est pas proéminent.

Quant à la fréquence plus grande des fractures chez la femme que chez l'homme, on l'attribue à ce que dans ce sexe le col est plus long et plus horizontal¹. Il serait cependant utile de vérifier à nouveau si la fréquence des fractures cervicales est réellement plus grande chez la femme que chez l'homme. S'il en était réellement ainsi, il serait bon de voir si cette différence ne tiendrait pas — on a contesté la différence que présenteraient les deux sexes relativement à l'angle — à d'autres causes, telles qu'à l'obésité plus fréquente chez les vieilles femmes, leur plus grande vivacité, leurs mouvements plus vifs, etc.

Variétés anatomiques. — Toute statistique un peu étendue — et même on pourrait dire toute petite statistique de fractures du col — contient les deux formes de fractures : *intra-capsulaire et extra-capsulaire*. Si on ne voulait pas tenir compte de la capsule, on pourrait encore différencier ces deux formes de la façon suivante : dans l'une la tête se brise au niveau du col, dans l'autre, au niveau du trochanter (Fig. 45, 46, 47).

Ces dernières dénominations sont en quelque sorte plus impartiales, car les lois mécaniques en vertu desquelles ces deux formes de fractures se produisent s'exercent peut-être sans que les insertions capsulaires jouent le moindre rôle ; de plus, ces expressions peuvent s'appliquer aux préparations anatomiques sè-

(1) Les mensurations de Rodet ont prouvé que chez la femme le col est plus court que chez l'homme ; quant à son angle d'inclinaison, il subit des variations individuelles telles qu'on ne peut tirer aucune conclusion générale. Le trochanter néanmoins est plus saillant chez la femme que chez l'homme, ce qui tient à la largeur plus grande du bassin. Il y a là sans doute une prédisposition à la fracture. Mais au total sur 74 cas Hamilton compte 33 hommes et 39 femmes : la prédominance du sexe féminin est donc légère ; et elle ne porte que sur les femmes âgées, plus sujettes peut-être que les hommes à l'ostéoporose sénile.