

Pronostic. — Un grand nombre de fractures du col guérissent complètement par la formation d'un cal. Dans une fracture basale, ce pronostic est bien plus probable que dans les fractures intra-capsulaires. Un plus grand nombre de malades guérissent par le fait que le fragment externe donne naissance à une masse osseuse qui entoure le fragment interne, d'où une pseudarthrose qui permet au malade de marcher. Enfin un certain nombre de cas se terminent par la formation d'une masse intermédiaire aux deux fragments, de nature fibreuse, plus ou moins dense, et alors la marche n'est pas assurée. Très souvent une portion du col se résorbe et la tête paraît être soudée au trochanter. Même dans les cas de guérison les plus favorables, il reste un raccourcissement marqué du membre : il est très fréquent aussi de voir consolider la fracture dans la rotation en dehors, malgré un traitement bien dirigé.

Le cal se forme assez rapidement. En faisant une autopsie 49 jours après la mort, Desault trouva le cal déjà très solide. On peut donc évaluer la durée de la consolidation à 6 semaines. Pendant ce temps, deux dangers menacent le malade : les eschares au sacrum et la pneumonie hypostatique.

Traitement. — Le traitement doit d'abord avoir pour but d'éviter ces deux dangers. Pour cela, dès la seconde semaine, on fait asseoir pendant quelque temps le malade à demi sur son lit ; on veillera aux plus grands soins de propreté au moment des selles ; on nettoiera avec soin la peau des fesses et de la région sacrée, du trochanter. Dès qu'on verra se former une eschare, on emploiera tous les moyens possibles pour éviter son extension. Dès la 3^e semaine on permettra au malade de s'asseoir. Je me suis bien trouvé de l'appareil suivant. On met dans le lit un matelas divisé en deux parties et dont l'extrémité inférieure peut être retirée par en bas ; le malade n'a qu'à s'asseoir sur le lit sans que l'on ait besoin de le soulever. Pour qu'il ne glisse pas sur le bord inférieur du matelas supérieur, on place à ce niveau deux coussins cunéiformes ; une petite tablette est mise transversalement sur le lit afin que le malade puisse s'appuyer dessus et s'en servir en même temps comme d'une petite table. Contre les eschares je crois que le meilleur remède est encore un lit de plumes ; les matelas d'air peuvent provoquer des eschares au niveau de leurs bords.

Le *traitement de la fracture elle-même* ne vient en quelque sorte qu'en seconde ligne. Autrefois, on employait beaucoup le coussin de Cooper, de sorte que le genou et les hanches étaient pliés. La plupart des chirurgiens ont abandonné ce procédé, ils placent le membre dans une direction parallèle à l'autre, et luttent contre la rotation en dehors

et le raccourcissement. A cet effet, les uns, comme Kœnig, recommandent l'extension au moyen de lanières de diachylon auxquelles on suspend des poids. Mais lorsque le pied est maintenu entre des coussins de sable ou de son, et que l'on exerce une traction de 6 à 10 livres, en réalité il n'est fait aucune extension, parce que les frottements sont trop considérables. Un appareil de ce genre ne sert qu'à maintenir le pied dans une bonne position ; d'autre part, si on mettait des poids plus considérables on pourrait craindre qu'il ne se formât des eschares aux points où portent les bandes de diachylon. Il est donc préférable de se borner à combattre la rotation en dehors. On peut pour cela se servir d'une bande qui prend en anse le bord externe du pied de la jambe malade et vient se fixer à une attelle en bois située en face. On peut aussi mettre le pied avec une courte botte de Petit, sous laquelle on aura fixé transversalement une attelle en fer ; comme cette attelle repose dans toute sa longueur sur un plan horizontal, elle empêche la botte de se pencher. L'appareil suspenseur qui permet de soulever le malade dans une position horizontale pendant qu'il va à la garde-robe rendra de grands services, en permettant de surveiller la formation des eschares et de laver le malade. Englisch, de Vienne, a écarté les dangers de la pneumonie et des eschares en permettant au malade de se lever rapidement et de marcher avec un appareil analogue au bandage de Taylor que nous apprendrons à connaître en étudiant la coxalgie. Cette idée est excellente¹.

FRACTURE AVEC ROTATION EN DEDANS. — Du temps de Paré, on savait déjà qu'une fracture du col pouvait s'accompagner de rotation en dedans. Desault prétend que cela arrive une fois sur 4. Cette proportion est assurément fautive ; la rotation en dedans est infiniment plus rare ; je l'ai vue deux fois à la clinique de Vienne ; et depuis 30 ans, on ne l'a observée ici que 4 fois en tout. Dans 60 observations recueillies par Cloquet, ce cas ne s'est pas présenté une seule fois. Guthrie, Stanley, Cruveilhier et Hamilton ne l'ont vu qu'une seule fois chacun. L'aspect du membre est frappant. L'extrémité a absolument la même situation que dans la luxation en arrière, et comme le malade oppose une certaine résistance due à la douleur, la mobilité est également la même que dans cette luxation ; seul le fait que la tête fémorale ne se trouve pas en arrière permet de trancher le diagnostic. J'ai

(1) Le traitement par excellence de la fracture du col du fémur, quelle que soit sa variété et quel que soit l'âge du sujet, est l'appareil à extension continue de Hennequin lequel : 1^o n'emploie pas de diachylon ; 2^o exerce la traction au-dessus du genou ; 3^o permet au sujet de s'asseoir dans son lit au bout de quelques jours. J'ai vu consolider avec cet appareil des fractures du col chez des vieillards ayant dépassé 70 ans.

vu un cas de ce genre chez une femme âgée et très grosse, où même la palpation de la région fessière nous laissa dans le doute. Nous reconnûmes une fracture à ce que la région trochantérienne était violette, ce qui indiquait un choc à ce niveau et par conséquent une fracture, et aussi à ce que sous le chloroforme, les mouvements devinrent possibles. Dans bien des cas, on peut facilement corriger cette rotation en dedans, et cette facilité même exclut l'idée d'une luxation.

A quoi est dû ce singulier symptôme? La rotation en dehors caractéristique des fractures du col est due à l'action de la pesanteur. Quand sur un cadavre on scie le col du fémur, le membre tout entier tombe dans la rotation externe. Lorsqu'en 1833 Malgaigne vit pour la première fois une fracture du col dans la rotation en dedans, il parvint à mettre très facilement le membre dans la rotation en dehors, et il supposa dès lors que le membre blessé était dans la position que le traumatisme lui avait imprimée. Quand aucune violence spéciale ne fait tourner la jambe en dedans, son propre poids l'entraîne en dehors.

Toutefois après avoir étudié la question, Malgaigne arriva à une autre conclusion. Une série de pièces anatomiques prises sur des sujets qui avaient eu pendant la vie une fracture du col avec rotation en dehors, montrèrent que le mécanisme même selon lequel s'était produit l'accident avait une influence sur la rotation; on trouve en effet la portion antérieure du col proéminente, et la fente qui se trouve en arrière entre la tête et le trochanter très rétrécie; on peut en conclure que le traumatisme avait déjà agi dans le sens d'une rotation en dehors. Or une pièce anatomique de Stanley prise sur un individu qui avait eu pendant la vie une fracture du col avec rotation en dedans, montrait toute la synoviale et le périoste déchirés, sauf dans la partie antérieure, ce qui faisait supposer que la violence avait agi sur le trochanter de façon à le repousser en dedans, en sorte que les deux fragments formaient un angle ouvert en arrière. Dans le premier cas de ce genre que Dumreicher eut l'occasion d'observer, le col présentait 3 fragments dont le moyen était enclavé entre les deux autres de telle manière que le fragment externe avait dû subir une rotation en dedans. J'ai vu un autre cas dans lequel les dispositions anatomiques étaient les mêmes. Dans les deux cas le membre opposait une forte résistance à la rotation en dehors.

§ 5. — Fractures de la cavité cotyloïde.

Nous avons déjà parlé des fractures du sourcil cotyloïdien en traitant des luxations de la hanche; il nous reste donc encore quelques

mots à dire sur les *fractures du fond de la cavité*. Malgré leur rareté, ces fractures présentent de nombreuses variétés. Courant vit une fracture qui traversait l'éminence iléo-pectinée, toute la cavité et l'ischion. Earle et Travers ont vu des cas dans lesquels la cavité était traversée par deux lignes de fractures; Neil et Sanson en virent d'autres où il existait 3 traits de fractures allant jusqu'au-dessus du sourcil (fracture étoilée). L'impossibilité de se tenir sur la jambe du côté malade, de la crépitation dans les mouvements passifs imprimés au membre, une douleur à la pression sur le trochanter et sur l'éminence iléo-pectinée, tels sont les signes qui peuvent faire supposer une fracture de la cavité.

La lésion est beaucoup plus sérieuse quand la tête fémorale a pénétré dans le bassin à travers la fracture du fond de la cavité (luxation intrapelvienne). Des cas de ce genre ont été publiés par A. Cooper (2 de l'hôpital Thomas, 1 de l'hôpital Bartolomew), par Morel-Laval-lée, par Moore, par Kendrick. Dans les deux cas de A. Cooper, on crut à une luxation en arrière, dans ceux de Morel et de Kendrick, on fit le diagnostic de fracture du col. Dans les deux premiers cas, l'erreur est impardonnable, car dans une luxation en arrière, on doit sentir la tête dans la région fessière, mais la confusion avec une fracture du col est beaucoup plus compréhensible. Et cependant, il y a des signes qui ne permettent pas le doute. Autant qu'on peut en conclure des quelques observations qui ont été recueillies, la position du membre n'obéit à aucune règle précise. Dans deux cas de Cooper le membre était dans la pronation; dans le troisième, il était dans la supination; dans le cas de Moore, il y avait une légère flexion et adduction sans rotation. Mais l'axe du fémur doit avoir été considérablement transporté vers la ligne médiane, et en pratiquant le toucher rectal, on doit sentir dans le bassin une proéminence qui est la tête fémorale.

§ 6. — Plaies de l'articulation coxo-fémorale.

Je ne connais pas de cas de coupure ni de piqûres de l'articulation; toutefois je ferai observer qu'une plaie *par instrument piquant* dans le voisinage de l'articulation peut quand la plaie suppure atteindre l'articulation et provoquer sa perforation consécutive. Dans les abcès du psoas et les adénites inguinales suppurées, la perforation de l'articulation n'est pas très rare.

Plaies d'armes à feu. — Les plaies par armes à feu sont assez fréquentes; dans la guerre franco-allemande on en a observé 119 cas.