

CHAPITRE III

MALADIES DE LA CUISSE.

§ 1. — Fractures de cuisse.

Fréquence. — Au point de vue de leur fréquence, les fractures du fémur occupent le 3^e rang dans l'échelle des fractures ; elles viennent après celles de l'avant-bras et de la jambe, et sur le même rang que celles de la clavicule. Leur fréquence n'est pas égale à tout âge. Gurlt a émis la loi suivante : « Tandis que de 1 à 10 ans, les fractures de cuisse sont presque 5 fois plus fréquentes que celles de jambe ; de 21 à 30 ans, la proportion est presque inverse ; à partir de 40 ans, à l'âge où les fractures du col commencent à être fréquentes, la proportion des fractures de cuisse se rapproche de celles de la jambe ; enfin à partir de 70 ans, les proportions redeviennent les mêmes que dans le bas âge, à cause des fractures du col du fémur qui atteignent alors leur maximum de fréquence ».

Variétés. — A. Cooper avait déjà divisé les fractures de cuisse en différents groupes, et l'observation journalière montre que le déplacement suit des lois différentes selon que la lésion a lieu dans le 1/3 supérieur, le 1/3 moyen ou le 1/3 inférieur. Si on compte les fractures du col, des condyles, et du trochanter, on arrive à établir les types suivants : fractures de la tête du fémur (intracaps.) ; fractures du col (extracaps.) ; fractures au niveau du trochanter, au-dessous des trochanters, au milieu du 1/3 inférieur, immédiatement au-dessus des condyles, fractures d'un condyle ; enfin combinaison des deux dernières formes de fractures, c'est-à-dire fracture transversale au-dessus des condyles avec fracture perpendiculaire qui sépare les condyles (fracture en Y). Les plus fréquentes des fractures sont celles du 1/3 moyen. D'après Hyde on observerait sur 34 fractures du 1/3 supérieur et 31 du tiers inférieur, 169 fractures du 1/3 moyen.

FRACTURE DU TROCHANTER. — Je n'ai que peu de choses à dire sur la fracture du trochanter. Peu de cas ont été vérifiés par l'autopsie. J'en ai observé un cas dont le diagnostic fut difficile pendant la vie, mais put cependant être fait.

La jambe, raccourcie, était tournée en dehors ; à la région coxale, large ecchy-

mose. A la face interne de la cuisse, tout en haut, au-dessous du petit trochanter on sentait un fragment pointu. En suivant la face externe de la cuisse, on ne sentait aucune solution de continuité en allant des condyles jusqu'au point le plus élevé du trochanter. Le trochanter suivait tous les mouvements de la cuisse en faisant entendre une forte crépitation, et cependant la fracture que l'on sentait sur le côté interne était au-dessous du trochanter. En examinant la cuisse de plus près on vit que le trait de fracture passait par le trochanter, et se continuait obliquement sur la partie supérieure du fémur, de sorte que le fragment interne (et en même temps supérieur) était constitué par la tête, le col tout entier, une portion interne du grand trochanter, le petit trochanter et une portion de la diaphyse fémorale.

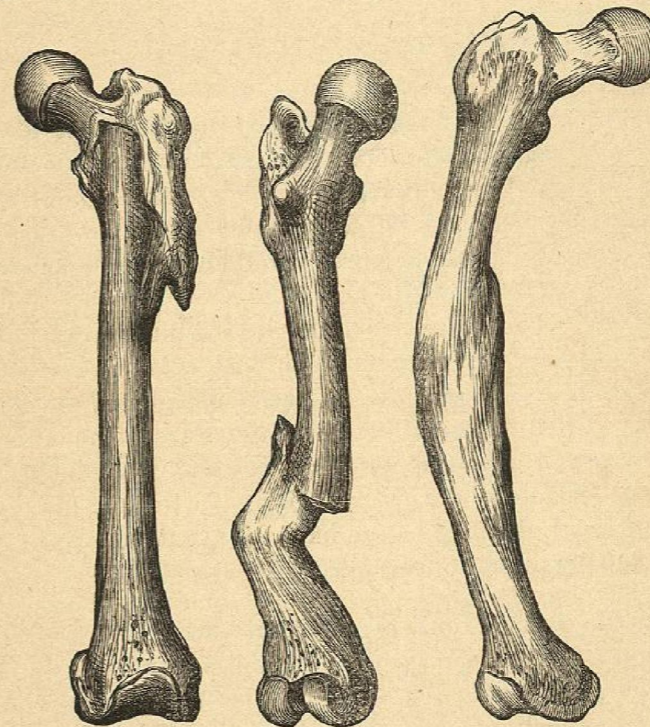


Fig. 67, 68 et 69. — Fractures consolidées du fémur.

FRACTURES SOUS-TROCHANTÉRIENNES. — Les fractures sous-trochantériennes (du 1/3 supérieur), ont été fort décrites par A. Cooper, à cause des grands déplacements dont elles s'accompagnent. Cooper enseignait que le fragment supérieur était tellement fléchi par le psoas iliaque qu'il était à angle droit avec le tronc. Malgaigne remit cette exagération en place. Le fragment supérieur n'est quelquefois nullement fléchi ; sur 17 pièces anatomiques du musée Dupuytren, la flexion manque 7 fois ; ou bien cette flexion est très peu prononcée ; d'après ce que j'ai eu l'occasion de constater jusqu'à présent, le fragment supé-

rieur serait plutôt dans l'abduction, ou peut-être dans une légère flexion et une forte abduction. Nous n'avons pas de moyen qui nous permette d'agir directement sur le fragment supérieur et de le remettre dans sa position normale, mais nous pouvons agir sur le fragment inférieur ; nous devons le mettre dans une position telle que son axe soit continu avec celui du fragment supérieur, c'est-à-dire dans la flexion, l'abduction ou dans la position intermédiaire, selon la direction du fragment supérieur.

FRACTURES DU TIERS MOYEN. — En ce qui concerne les fractures du 1/3 moyen, il est de règle que les deux fragments forment un angle obtus dont le sommet est dirigé du côté externe, que le fragment supérieur soit en avant de l'inférieur, enfin que ce dernier soit en même temps légèrement remonté. Le raccourcissement primitif est donc notable. Souvent le fragment inférieur a subi un mouvement de rotation en dehors, de sorte qu'il s'est produit un déplacement *ad axim*, *ad latus*, *ad longitudinem*, et *ad peripheriam*. Comme les deux fragments sont situés l'un derrière l'autre, la cuisse paraît énorme au moment où le cal se forme¹.

FRACTURES DU TIERS INFÉRIEUR. — Dans les fractures du 1/3 inférieur, le fragment supérieur est presque toujours en avant de l'inférieur ; en même temps les deux fragments ont fortement glissé l'un sur l'autre dans le sens de leur longueur. Il est rare que les fragments forment un angle ou que le fragment inférieur soit refoulé en dehors. Dans toutes les observations que j'ai recueillies, le trait de fracture était fortement oblique, allant de bas en haut et d'avant en arrière ; on a vu, toutefois, des fractures transversales.

Déplacement. — On a voulu expliquer ici comme dans toutes les autres fractures le déplacement par l'action de certains muscles ; pour le 1/3 supérieur, c'étaient le psoas iliaque et les fessiers qui produisaient la flexion et l'adduction ; dans les fractures du 1/3 inférieur, c'étaient les muscles du mollet qui attiraient le fragment inférieur en arrière, et les fléchisseurs du genou qui l'attiraient en haut, dans les fractures du 1/3 moyen, on admettait que les adducteurs attiraient l'extrémité inférieure du fragment inférieur en dedans, pendant que les fessiers attiraient le fragment supérieur en dehors. Sans nous arrêter à ce que ces idées ont de vague et d'hypothétique, et même sans compter que jamais sur le vivant on n'a trouvé les muscles contractés, il me

(1) On peut observer chez l'enfant des fractures incomplètes et des fractures sous-périostées dans lesquelles, bien entendu, le déplacement et le raccourcissement sont nuls.

(A. B.)

semble que la première question doit être de se demander l'influence qu'exerce le traumatisme lui-même sur la fracture. Dans les chocs directs, — quand la cuisse est frappée par une poutre, par exemple — il semble que la direction du choc ne sera pas étrangère à celle du déplacement ; dans les fractures indirectes, — chute sur les pieds — ce sera la torsion de la cuisse au niveau de la fracture qui déplacera les fragments. Et même dans les fractures musculaires — crampes dans un accès d'éclampsie, effort violent pour monter sur une marche, pour passer de la position assise à la position verticale sans prendre de point d'appui — il faudra tenir compte, dans la production du déplacement de la traction musculaire, de l'inflexion du membre et de l'action de la pesanteur¹.

Lorsqu'une fois les fragments se sont placés d'une certaine façon, que leur déplacement a été encore augmenté ou modifié par le transport, et enfin que le malade a été couché dans une certaine attitude, alors la tension élastique des muscles et leurs contractions volontaires ou involontaires peuvent sans contredit augmenter le déplacement. Ce qu'il est important de retenir, c'est qu'à quelques exceptions près, toutes les fractures du fémur s'accompagnent de *raccourcissement*, et que ce dernier ne disparaît jamais complètement.

Ce fait a été remarqué dès la plus haute antiquité ; Hippocrate s'étend longuement sur ce sujet ; Celse s'exprime ainsi : *Neque tamen ignorari oportet, si femur fractum est, fieri brevius, quia nunquam in antiquum statum revertitur*. Au moyen âge ces idées étaient universellement répandues, et récemment la plupart des chirurgiens se prononcèrent dans le même sens : ainsi Boyer, John Bell, Velpeau, Nélaton, Malgaigne. On fit un procès à un médecin l'accusant d'avoir laissé la cuisse de son malade trop raccourcie ; Mott pris comme témoin répondit : « Une fracture de cuisse se termine toujours, quel que soit le traitement appliqué, par un raccourcissement plus ou moins prononcé² ».

(1) Lacroix a soutenu que dans les fractures des os longs des membres, les fragments formaient un angle dont le sinus était dirigé en haut et dans la direction de la courbure normale de l'os. Comme il attribue l'incurvation normale à l'action musculaire, et qu'il la voit plus accentuée chez les individus rachitiques, il en conclut qu'il faut attribuer le déplacement dans les fractures à l'action musculaire. Mais on doit se demander si l'incurvation naturelle de l'os ne suffit pas par elle-même, sans intervention musculaire, non seulement à être le siège de prédilection des fractures, mais aussi à influencer leur direction et le déplacement qui les accompagne. Voici une phrase remarquable de Paul d'Egine (IV, 102) : « Quand le fémur se rompt, il s'incurve en avant et en dehors, car c'est dans cette direction que la nature l'a déjà incurvé ».

(2) *L'hydarthrose du genou* est une complication banale des fractures de cuisse. Elle peut être à peu près immédiate, mais en général elle apparaît de 10 à 24 heures après l'accident ; elle atteint son maximum en 3 à 5 jours. A partir de ce moment elle décroît rapidement chez l'enfant. Chez l'adulte elle persiste parfois pendant très longtemps. Pour l'expliquer on a invoqué un certain degré