

trois reprises dans chacune des extrémités osseuses, et mis le membre dans un appareil inamovible; on avait introduit entre les fragments des aiguilles froides ultérieurement rougies à blanc; plus tard, enfin, on avait incisé les parties molles au niveau de la fracture, fait saillir les fragments pour les couper, et c'est après tout cela qu'on a fini par où l'on aurait peut-être dû commencer, sans faire toutes ces opérations inutiles. Chez cette petite fille on a mis un appareil susceptible de maintenir les fragments en la laissant libre de marcher, et elle a guéri.

ARTICLE II

FRACTURES EN PARTICULIER

Je publie quelques observations particulières de fractures chez de jeunes enfants pour commencer la série de celles qui, dans l'avenir, serviront à d'autres pour tracer l'histoire des fractures dans le premier âge (1).

Les fractures de la seconde enfance ressemblent complètement à celles de l'adulte.

§ I. — Fractures du crâne.

Si les fractures du crâne s'observent de temps à autre chez les nouveau-nés, ainsi que Rœderer, Cooper, Siebold, Chaussier, Dugès et Danyau en ont observé des exemples, elles se montrent aussi chez des enfants plus âgés.

Les fractures des nouveau-nés sont le résultat de la parturition et de la pression de la tête du fœtus contre l'angle sacro-vertébral ou le pubis, ou entre les deux branches d'un forceps. Il y a fracture et enfoncement, enfoncement sans fracture ou simplement une fêlure. Ce n'est pas le point le plus comprimé qui est toujours le siège de la fracture, ce peut être un endroit éloigné ou opposé; ainsi Danyau a observé la fracture indirecte de la voûte orbitaire.

Traitement. — Les fractures du crâne chez les nouveau-nés s'observent ordinairement sur les pariétaux, ensuite sur l'os frontal, l'occipital, et enfin sur le temporal. Elles sont linéaires ou étoilées, avec ou sans enfoncement, et quelquefois accompagnées de crépitation, comme dans le fait rapporté par Gosselin; assez souvent le décollement du péricrâne, de la dure-mère ou une hémorragie méningée les accompagne. Elles peuvent guérir sans accident, mais s'il y a hémorragie interne, elles sont suivies de mort.

On doit à Danyau plusieurs observations d'enfoncement du crâne. En voici une des plus curieuses, lue à la Société de chirurgie :

OBSERVATION V. — L'enfant est le sixième d'une femme de quarante et un ans, dont le bassin vicié n'a que 0^m,09 de diamètre sacro-pubien. Cet enfant est né naturellement. Il en a été de même des deux premiers et du cinquième. Ces trois enfants étaient dans de bonnes conditions et ne présentaient, dit la mère, aucune lésion des os du crâne; ils ont succombé plusieurs mois après leur naissance. Le troisième et le quatrième, extraits à l'aide du forceps, sont nés morts. Peut-être les enfants étaient-ils très-volumineux; peut-être les contractions utérines ne furent-elles pas suffisamment énergiques. Au reste, les renseignements nous font absolument défaut. Ce qui est certain, c'est que dans l'un de ces accouchements, qui eut lieu à la Clinique, l'assistance la plus habile dut être donnée à la femme.

L'enfant que je présente à la Société est né il y a cinq jours, après un travail long dans la première période, très-rapide, au contraire, dans la seconde. Après la dilatation complète de l'orifice utérin, une demi-heure de bonnes et vigoureuses contractions a suffi pour l'expulser. C'est cependant un enfant fort, qui ne pèse pas moins de 3 kilogrammes et demi, et dont les dimensions sont, en rapport avec ce poids un peu

(1) Voyez une thèse de M. Payer, 1858, et celle de M. Coulon, 1861.

au-dessus de la moyenne. Ainsi, la tête a 0^m,13 dans son diamètre occipito-mentonnier, et 0^m,12 dans le diamètre occipito-frontal. Le pariétal droit, il est vrai, a été enfoncé et fracturé contre l'angle sacro-vertébral. La dépression qui occupe la partie antérieure et supérieure de cet os a un demi-centimètre de profondeur; au niveau de ses bords, l'os est fracturé. Du fond de la dépression, à la partie inférieure du pariétal gauche, il y a 0^m,078.

Quant à l'état de l'enfant, il est des plus satisfaisants. Aucun accident ne s'est manifesté depuis sa naissance, et rien ne fait craindre qu'il en survienne ultérieurement.

Il ne faudrait pas conclure de ce fait, que l'issue est toujours aussi heureuse. Je rappellerai seulement, pour démontrer le contraire, qu'en 1843 j'ai fait connaître (1) quatre cas de fracture avec enfoncement des os du crâne chez des enfants nés naturellement, et que dans trois de ces cas, compliqués d'épanchement intra-crânien, les enfants étaient nés morts.

Les fractures sans enfoncement et sans complication passent souvent inaperçues, sont sans gravité et guérissent très-facilement. Celles qui sont compliquées d'une hémorragie des méninges présentent la plupart des phénomènes de la compression du cerveau que j'ai décrits (2) et les enfants peuvent vivre quelques jours. Les fractures avec enfoncement sont les plus graves de toutes, et quelquefois accompagnées de crépitation, mais elles n'entraînent pas la mort immédiate des enfants, qui peuvent vivre plusieurs jours; il en est même qu'on a vus guérir. Dugès cite l'exemple de deux enfants qui ont survécu et qui eurent, l'un, un enfoncement du frontal avec exophtalmie presque complète de l'œil gauche sans convulsions ni paralysie; l'autre, un enfoncement du pariétal large de 5 centimètres et profond de 1 centimètre et demi, ayant ensuite du strabisme, des convulsions, de la contracture des membres durant vingt-quatre heures, buvant bien au bout de deux jours, et complètement guéris, la dépression crânienne se trouvant effacée à la fin de la quinzaine.

Les fractures du crâne dans la seconde enfance sont infiniment plus rares. En voici un bel exemple, suivi de trépanation faite avec succès :

OBSERVATION VI. — Une enfant de trois ans et six mois, tombée sur la tête, fut présentée au bout de trois semaines à M. Elliot. Elle avait perdu l'usage de ses membres. Sous la peau saine existait, à l'angle postéro-supérieur du pariétal droit, une fracture en étoile avec dépression en godet. L'assouplissement dans lequel l'enfant était constamment plongée augmentait lorsqu'on pressait sur ce point.

La trépanation ayant été décidée en consultation, on fit une incision cruciale dont les lambeaux disséqués et relevés firent voir que les esquilles étaient dans un tel état d'intrication, qu'on ne pouvait essayer d'en relever une sans déprimer les autres. On prit alors le parti d'appliquer le trépan en dehors de la circonférence du siège de la fracture; puis on enleva les esquilles. L'enfant donna immédiatement des signes de sensibilité, ce qui ne lui était pas arrivé depuis le jour de son accident. La chambre fut maintenue chauffée.

Il n'y eut d'autre accident qu'une hernie du cerveau, heureusement traitée par la compression, puis l'excision. La guérison fut complète (3).

Il est fâcheux que ce fait ne soit pas accompagné de plus de détails, et sur les symptômes de la paralysie, et sur les phénomènes consécutifs de la hernie du cerveau traitée par la compression et puis ultérieurement par l'excision, car il a dû se présenter à ce moment des accidents assez graves pour intéresser le médecin. Ainsi écourtée, l'observation conserve un grand intérêt de curiosité, mais elle perd une partie de son importance.

(1) Danyau, *Des fractures des os du crâne du fœtus qui sont quelquefois le résultat d'accouchements spontanés* (*Journal de chirurgie*, janvier 1843).

(2) Voyez le chapitre APOPLEXIE MÉNINGÉE.

(3) Elliot, *New-York medical Times*, décembre 1854, p. 73.

J'ai vu un autre cas publié par Marjolin :

OBSERVATION VII. — Enfant âgé de quatorze mois, tombé d'un deuxième étage sur le sol. Il était survenu au niveau de la région pariétale gauche une tumeur volumineuse, molle, fluctuante, présentant des battements isochrones à ceux du pouls, et après quinze jours un bruit de souffle s'est manifesté.

Autour de la fontanelle intérieure, très-large existait un enfoncement du crâne qui se prolongeait en arrière et indiquait une fracture du pariétal. Sauf les phénomènes de douleur au moment de l'accident, il n'y eut aucun signe de compression du cerveau, ni coma, ni convulsion, ni contracture, etc. ; l'enfant, très-gai, se nourrit comme de coutume et ne semble pas être malade.

Un fait semblable a été observé par Jarjavay à l'hôpital des Enfants-Trouvés :

OBSERVATION VIII. — Enfant de six mois.

Nécropsie. — Il y avait une fracture du pariétal avec double épanchement sanguin, entre les os et la dure-mère et à la surface du crâne.

OBSERVATION IX. — *Fracture de l'os frontal avec hernie du cerveau.* — Un garçon de neuf ans est amené, le 24 mai 1863, à l'hôpital de Linkoping dans le service de M. Asman. Il avait grimpé la veille sur un vieux chêne pour y chercher un nid, et était tombé d'une hauteur d'environ 12 à 14 pieds. Lors de son admission à l'hôpital il était dans un état à moitié comateux et présentait du côté droit du front une tumeur volumineuse qui paraissait, au toucher, se composer d'une portion solide et d'une substance plus molle.

La première était un fragment osseux qui était tout libre et put être facilement éloigné ; la partie plus molle était composée de substance cérébrale. Elle était déchirée et paraissait comme étranglée dans la plaie, aussi fallut-il mettre du soin à en racler la surface avec le manche d'un bistouri ; cette opération ne parut guère impressionner le petit malade ; l'état semi-comateux dura encore quelque temps et constamment la masse cérébrale montra une tendance à s'élever haut dans la plaie. A diverses reprises on put en détacher quelques petites parcelles qui s'étaient sphacélées. On ne fit que des applications de glace sur la tête et des fomentations froides sur la plaie. Enfin on s'aperçut que la masse cérébrale avait une tendance à se réduire et la peau à recouvrir la plaie : ce travail réparateur ne présenta, du reste, rien de particulier. Le petit malade put être relâché à la fin de l'année, après qu'on lui eut appliqué un bandage composé d'une pelote bien garnie et excavée.

Lorsque la guérison commença à s'établir, les fonctions intellectuelles ne parurent nullement troublées, et il n'y avait chez lui pas la moindre trace de stupidité. Au début, l'on ne put exactement mesurer la hernie cérébrale ; plus tard, il se trouva qu'elle mesurait 4 pouces en long et presque 3 pouces en largeur ; par suite de négligence de la part de l'enfant, la partie cicatrisée recommença à s'ulcérer après six semaines, mais il ne resta que quelques jours à l'hôpital et s'en retourna dans le même état que la première fois (1).

§ II. — Fractures du maxillaire inférieur.

Le maxillaire inférieur se trouve quelquefois fracturé par le fait même de l'accoucheur qui, mettant le doigt dans la bouche du fœtus et faisant de trop violentes tractions, sépare la symphyse ou brise l'os dans tout autre point de son étendue. Le même accident peut arriver par le fait de la position vicieuse de la tête au moment du travail de l'enfantement.

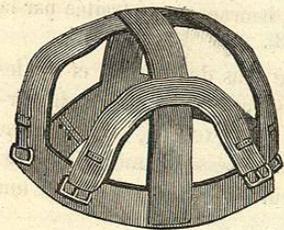


Fig. 153. — Fronde de Bouisson.

Il faut tâcher de tenir les fragments de l'os en rapport immédiat au moyen du bandage désigné sous le nom de *fronde* (fig. 153), et l'on nourrit l'enfant à la cuiller avec du lait légèrement sucré, en attendant que l'os soit consolidé et qu'il puisse teter au sein ou au biberon.

(1) *Journal für Kinderkr.*, 1865, mai et juin, et *Union médicale*.

§ III. — Fractures de la clavicule.

Devergie aîné a rapporté l'observation suivante de fracture intra-utérine sur la clavicule :

OBSERVATION X. — Une femme qui était grosse de six mois se frappa violemment l'abdomen contre l'angle d'une table en tombant d'une chaise élevée. La douleur fut excessivement aiguë et persista pendant quelque temps sans qu'on fit rien pour la calmer ; insensiblement elle se dissipa, et au terme ordinaire de la grossesse, cette femme accoucha d'un enfant assez fort et qui présentait une tumeur volumineuse de la région de la clavicule gauche ; il mourut le huitième jour. On trouva une fracture de la clavicule, dont les fragments, qui avaient un peu chevauché l'un sur l'autre, étaient réunis par un cal solide et volumineux qui formait la tumeur dont on vient de parler.

Une observation semblable a été communiquée à la Société pathologique de Philadelphie, par le docteur Keller (1) :

OBSERVATION XI. — Une femme âgée de vingt-sept ans, d'assez forte constitution, ayant joui d'une assez bonne santé pendant les premiers mois de sa grossesse (c'était la cinquième), était enceinte de six mois quand, vers le milieu d'avril, elle tomba de voiture le corps en avant, et se fit une blessure extérieure au côté droit de l'abdomen. Elle n'en ressentit, du reste, aucune suite fâcheuse, et commença le 1^{er} mai à percevoir les mouvements de l'enfant. A la mi-juin, sans cause apparente, elle eut une hémorragie utérine, qui dura deux jours. Dans les deux derniers mois de la grossesse, elle éprouva des douleurs comme spasmodiques du côté de la matrice et le 25 septembre, après quelques heures de douleurs parfaitement régulières, elle mit au monde une fille bien portante ; mais trois jours après, la nourrice montra à M. Keller une grosseur à la base du cou de l'enfant. C'était une fracture très-bien consolidée de la clavicule (on ne dit pas de quel côté), à sa partie moyenne. Il y avait chevauchement des fragments.

Ce fait a soulevé quelques objections. On a demandé si la grosseur signalée par la nourrice ne consistait pas en une véritable tumeur, implantée sur l'autre ou l'enveloppant ; mais Keller a affirmé qu'il n'y avait rien de semblable et que la fracture était évidente. Nous l'en croyons d'autant plus volontiers, que, dans le cas de Devergie, la partie fracturée s'accusait aussi par une grosseur qui avait tout d'abord attiré l'attention.

En présence de ces observations, et en tenant compte de l'absence de rachitisme chez les enfants, et de l'ancienneté évidente de la lésion osseuse, il est difficile de ne pas reconnaître chez le fœtus l'existence des fractures uniquement produites par des violences exercées sur le ventre de la mère.

Il est très-commun de voir s'opérer des fractures des membres pendant l'accouchement ou après la naissance ; elles se reconnaissent par les mêmes signes que celles qui surviennent chez les adultes, et doivent être traitées par les mêmes moyens.

La clavicule est quelquefois brisée chez le fœtus lorsqu'on décroise à contre-sens les bras placés derrière la nuque. Alors il suffit de mettre une pelote de coton dans l'aisselle, et de maintenir le bras fixe le long du corps, la main relevée vers l'épaule opposée, sans toutefois exercer de fortes strictions sur le thorax.

§ IV. — Fractures de l'humérus.

Cette fracture peut être congénitale ou acquise. Billard en a observé un exemple

(1) Keller, *The North-American medico-surgical Review*, juillet 1859.

qui se rapporte à la première variété. Quant aux autres, sauf les fractures rachitiques, elles ressemblent à celles de l'adulte.

OBSERVATION XII. — Enfant âgé de deux mois, mort de pneumonie.

Autopsie. — L'humérus est mobile à la partie moyenne où il existe une espèce de fausse articulation : il y a une solution de continuité dans la substance osseuse de la partie moyenne de l'humérus, et dans une étendue de 4 lignes cet espace est rempli par une substance cartilagineuse assez épaisse, dont les extrémités sont en contact avec les extrémités chagrinées de l'os, comme le sont les épiphyses avec les os auxquels elles appartiennent. Cet humérus n'était pas plus long que celui du côté opposé, d'où résulte, d'après Billard, que le morceau de cartilage unissant les bouts osseux était un rudiment cartilagineux primitif de l'os que l'ossification n'avait pas détruit.

C'est là, je crois, une erreur d'interprétation ; l'enfant avait eu dans le sein de sa mère une fracture qui était en voie de consolidation.

§ V. — Fractures du radius.

Les fractures du radius, très-rare chez le nouveau-né, sont assez communes dans la seconde enfance, et alors elles offrent le caractère de celles qu'on observe dans l'âge adulte.

OBSERVATION XIII. — J'ai vu à l'hôpital Sainte-Eugénie un garçon de cinq ans, couché dans mon service, n° 13 de la salle Saint-Vincent, et qui, étant tombé de sa chaise, se fractura le radius à sa partie moyenne. La mobilité était complète, sans crépitation, et la douleur excessive. Il n'y eut pas d'ecchymose. Je mis un appareil de carton, et au bout de quinze jours la guérison était complète.

§ VI. — Fractures du fémur.

OBSERVATION XIV. — J'ai vu à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, un petit garçon de sept mois, que sa mère avait laissé tomber et qui souffrait vivement de la cuisse droite. Cet enfant avait bonne apparence et n'était nullement rachitique. Son membre était mobile à la partie moyenne, et l'on pouvait le mouvoir en tous sens ; il n'y avait pas de raccourcissement, et la crépitation très-évidente se produisait à chaque secousse imprimée à la cuisse. Un appareil contentif fut placé, et l'enfant ramené par la mère ne me fut pas montré.

OBSERVATION XV. — *Fracture des deux fémurs par contraction musculaire dans une attaque d'épilepsie.* — Un enfant de douze ans était sujet à des convulsions épileptiques depuis l'âge de quinze mois. En avril 1859, il eut une série d'attaques très-violentes. Dans une de ces attaques, pendant qu'on le contenait dans son lit en le fixant par les épaules, un fort craquement se fit entendre, et l'on reconnut une fracture du fémur gauche à la jonction du tiers moyen avec le tiers supérieur. Au moment où le craquement fut entendu, la cuisse était violemment fléchie sur le bassin. On appliqua un appareil, et un cal osseux parfaitement solide se produisit. Mais le 13 décembre suivant, le fémur droit se fractura dans des circonstances tout à fait semblables. Après ce nouvel accident, l'enfant continua à souffrir et mourut le 20 janvier suivant (1).

OBSERVATION XVI. — *Fracture incomplète du fémur.* — James Smith, seize mois, d'une constitution délicate, me fut amené le 16 septembre 1840. Les parents me dirent que l'enfant avait été confié à une jeune fille qui l'avait laissé tomber de ses bras sur le gazon.

Inspection faite, je crus trouver le fémur complètement fracturé. Cependant, après un examen plus attentif, plus minutieux, j'arrivai à cette conclusion, que la fracture était *incomplète*, partielle. Mes raisons pour penser ainsi étaient qu'il n'y avait point

(1) *North-American medico-chir. Review.*

de crépitation, pas de déplacement de l'extrémité des os, pas de raccourcissement du membre. Le talon et les orteils furent élevés perpendiculairement et le membre put être agité, comme un pivot, en dehors et en dedans, et cela facilement, mais non en arrière et en avant.

En redressant l'extrémité du membre, il restait ainsi pendant peu de temps, mais au moindre mouvement de l'enfant, il y avait inclinaison en dedans et le membre présentait une *convexité* à son côté externe, siège de la fracture.

Traitement. — J'entourai d'abord le membre d'un bandage de toile mince de coton et le plaçai dans un morceau de carton épais, préalablement trempé dans l'eau et moulé sur la jambe, rempli de beau coton de laine cardée, j'enveloppai le tout d'un autre bandage.

L'enfant, au moyen d'un régime nourrissant et de vin, alla parfaitement et put se servir de la jambe malade aussi bien que de l'autre, et cela après trois ou quatre semaines. Il n'y avait eu qu'une légère tuméfaction (1).

Dans ces fractures il faut, ainsi que l'a fait Guéniot, immobiliser les os de la cuisse chez les très-jeunes enfants. Ce médecin a communiqué à la Société de chirurgie l'observation suivante :

OBSERVATION XVII. — Enfant de cinq semaines atteint de fracture de la cuisse au tiers supérieur, chez lequel il était impossible de maintenir les fragments en contact, à cause du déplacement continu de l'appareil sous l'influence des mouvements du membre. Guéniot imagina alors de construire avec de la gutta-percha deux attelles en forme de gouttière, dont l'une, embrassant la hanche, servait de point d'appui à l'autre qui s'appliquait sur la partie externe de la cuisse, au niveau de la saillie des fragments dont elle maintenait la réduction. Grâce à cet appareil, qui permettait, sans aucun dérangement, de donner à l'enfant tous les soins de propreté nécessaires, la fracture guérit sans difformité.

Un étudiant en médecine, Carrière, a écrit à ce propos à la Société de chirurgie, pour lui apprendre que son père, en 1836, avait trouvé un moyen encore plus simple d'obtenir ce résultat.

OBSERVATION XVIII. — Dans un accouchement auquel il assistait, l'enfant se présenta par l'extrémité pelvienne d'une façon si malheureuse, que l'une des jambes resta accrochée derrière la symphyse pubienne sans qu'il fût possible de la dégager, malgré les efforts réunis de Carrière et d'un autre médecin qu'il avait appelé à son aide. Il fallut, pour sortir d'embarras, produire intentionnellement la fracture de la cuisse du membre récalcitrant.

Pour guérir ensuite cette fracture, Carrière se trouva aux prises avec les difficultés ordinaires de contention dans les cas de ce genre chez les enfants en bas âge. Il résolut la difficulté de la manière suivante : Après avoir appliqué l'appareil au membre fracturé, il plaça la cuisse dans la flexion forcée sur le ventre, et la maintint dans cette position à l'aide de quelques tours de bande. Le moyen eut un plein succès et la fracture fut guérie sans difformité.

§ VII. — Fractures du tibia.

Voici une observation de Carras qui est fort curieuse. C'est une fracture intra-utérine du tibia.

OBSERVATION XIX. — *Fracture intra-utérine du tibia.* — Une jeune femme de vingt-cinq ans, bien constituée, à six mois de grossesse, fit une chute sur le ventre et sentit aussitôt son enfant remuer avec force, puis s'arrêter.

Au terme de la grossesse, un enfant maigre, faible, donnant à peine signe de vie, vint au monde avec une plaie transversale, longue de neuf lignes, placée sur la jambe droite. Cette plaie, dont les lèvres étaient pâles et flasques, passait d'une malléole à

(1) Mathew et Gibson, *The Lancet*, 1841. p. 154.

l'autre, intéressait la peau et les muscles subjacents, et était accompagnée d'une fracture du tibia. Le corps de cet os était tout à fait séparé de l'épiphyse inférieure; il sortait par la plaie en se dirigeant en dehors, avait perdu son périoste et offrait un mauvais aspect. On tenta, mais vainement, d'en faire la réduction; on fut obligé d'y renoncer parce que les bords de la plaie furent frappés de sphacèle, et que la nécrose fit des progrès. Le mal s'étendit rapidement et l'enfant mourut au treizième jour.

§ VIII. — Fractures multiples.

Il y a des fractures congénitales multiples, le musée Dupuytren en renferme plusieurs exemples. Quelques squelettes préparés en offrent des centaines que les uns attribuent au rachitisme, d'autres à une maladie des os. Toutes celles que j'ai vues, et j'en ai observé jusqu'à douze chez le même enfant, dépendaient du rachitisme. Hirschfeld en a publié un très-remarquable exemple (1).

CHAPITRE III

DÉCOLLEMENT DES ÉPIPHYSES

Le décollement, disjonction ou divulsion des épiphyses, n'a été que très-incomplètement étudié jusqu'à ce jour. Il a été signalé par Amb. Paré (2), par Eysson (3), par J. L. Petit, Weiss et Poupard, par Reichel (4), par Brandi, Petit-Radel, A. Cooper, Boyer, etc. Rognetta (5), Guéretin (6), Salmon (7), Nélaton, enfin Foucher (8), Parrot (9), ont donné des détails plus complets sur la matière.

Les décollements ont lieu entre l'épiphyse et l'os, ou entre l'épiphyse et l'os qui laisse une plus ou moins grande partie de lui-même au cartilage. Dans ce cas, comme l'a fait connaître Nélaton, la maladie se guérit au moyen d'un cal comme pour une fracture, et il en résulte une altération de l'extrémité spongieuse de l'os telle, que l'accroissement en longueur ne peut plus s'opérer et qu'il en résulte un raccourcissement forcé du membre. Dans les membres formés de deux os, comme la jambe, le phénomène est plus curieux et plus grave. Ainsi dans un décollement de l'épiphyse inférieure du tibia produit sans altération du péroné et observé par Nélaton, le cal succédant à la disjonction épiphysaire arrêta l'accroissement en longueur de l'os, tandis que le péroné s'allongeant fit dévier le pied en dedans et forma un pied bot varus.

Chez quelques enfants, comme ce décollement épiphysaire est accompagné de l'inertie des membres, on croit souvent à une paralysie de cause cérébrale; mais un examen attentif des membres, leur tuméfaction articulaire, la crépitation, la contractilité produite par une piqûre d'épingle, permettront d'éviter l'erreur et de voir qu'il n'y a que pseudo-paralysie.

L'histoire de ces décollements est presque toute à faire, et pour y concourir je me bornerai à la publication de quelques faits parmi les plus récents.

(1) Hirschfeld, *Gazette des hôpitaux*, 1857.

(2) Paré, *Œuvres*, édition Malgaigne, liv. XIII et XIV. Paris, 1840.

(3) Eysson, *De ossibus infantis cognoscendis et curandis*, 1659.

(4) Reichel, *De epiphysium ab ossium diaphysi diductione*, 1759.

(5) Rognetta, *Gazette médicale*, 1837.

(6) Guéretin, *Gazette médicale*, 1834.

(7) Salmon, thèse, 1843.

(8) Foucher, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860.

(9) Parrot, *Archives de physiologie*, 1872.

OBSERVATION I. — *Décollement de plusieurs épiphyses des os longs, avec abcès sous le périoste, et productions osseuses remarquables chez un enfant nouveau-né* (1).

— Foulon (Alexandrine), du sexe féminin, née le 5 septembre 1834, fut envoyée à l'infirmerie des Enfants trouvés, dans la salle de M. Thévenôt, le 14 du même mois, pour quelques pustules très-petites, contenant une gouttelette de pus blanc, et entourées d'un petit cercle d'un rouge peu intense: on les voyait sur le cou et sur la poitrine. Le cri était fort, les yeux bien ouverts, la langue humide, le ventre souple; sa respiration se faisait facilement, et il y avait de l'embonpoint. Les renseignements pris au bureau nous apprirent que cette petite fille venait de la maison d'accouchements, avec cette seule note: Enfant robuste, et bon à donner sur-le-champ à une nourrice.

On prescrivit un bain dans l'eau de son, du lait et de la crème de riz.

Le lendemain 15, on s'aperçut que l'enfant ne pouvait pas remuer son bras gauche, et qu'elle poussait des cris quand on voulait lui faire exécuter des mouvements. Ce membre examiné ne nous a absolument rien offert de remarquable dans aucun point de son étendue. Le regard est fixe, l'anxiété se peint sur la figure.

Pensant que l'état du bras pouvait dépendre d'une lésion du cerveau, on fait appliquer une sangsue derrière chaque oreille, on supprime la crème de riz, on ne donne qu'un peu de lait.

Le 16 et les jours suivants, même état. Le 20, diarrhée peu abondante de matières jaunes.

Le 21, l'enfant remue le bras gauche avec plus de facilité, le regard est plus calme, la diarrhée a cessé; on la croit en convalescence; mais le 26, on aperçoit à la partie inférieure de l'avant-bras droit, au-dessous de l'articulation radio-carpienne, une tumeur volumineuse qui en occupe le tiers inférieur, contournant entièrement le radius, et présentant une fluctuation très-évidente. En quelque lieu que l'on placât la main autour de la tumeur, on sentait le flot du liquide passant du côté opposé, et l'on reconnaissait que l'abcès passait au-dessus du bord extrême du radius, gagnant la face postérieure de l'avant-bras; mais du côté du cubitus, tout paraissait dans l'état naturel. Ces explorations sont douloureuses, et l'enfant tient la main et les doigts dans la demi-flexion. La diarrhée a reparu, la respiration est gênée, la face est grippée et exprime la souffrance; les lèvres sont rouges, sèches, fendillées, la langue est humide et offre quelques grains de muguet disséminés çà et là; ventre douloureux à la pression. (Riz gommé, potion avec un gros de sirop diacode; cataplasmes sur le ventre et sur les tumeurs.)

Le 27, une tumeur également fluctuante et douloureuse s'est manifestée vers l'articulation scapulo-humérale du côté gauche. Elle paraît occuper cette articulation; elle fait faire une saillie considérable au moignon de l'épaule. Le deltoïde est fortement soulevé, et un doigt placé sous l'aisselle perçoit parfaitement le mouvement du liquide, quand on exerce une légère pression au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule. Les yeux sont ternes, les paupières entourées d'un cercle noir, l'expression de la face peint une vive souffrance, le muguet a fait des progrès; la respiration est beaucoup plus gênée, le pouls est faible, filiforme, irrégulier; abattement, assoupissement. (Mêmes prescriptions.)

Le 28, mort à six heures du matin.

Autopsie. — Tumeur de l'épaule: il en est sorti environ une once de pus blanc, sans consistance et sans odeur. La partie supérieure du corps de l'humérus est entièrement dénudée dans l'étendue de dix lignes environ; on n'y trouve pas de changement de couleur ni de consistance; sa forme est bien conservée, mais il y a un décollement complet de l'épiphyse, d'où résulte une espèce de fausse articulation à surface rougeâtre et rugueuse, qui baigne entièrement dans le pus. On voit, à l'extrémité supérieure de l'humérus, les cellules de la substance spongieuse qui contiennent une petite quantité de matière purulente. Les parois de l'abcès sont formées par le périoste décollé, qui est mince, transparent, lisse et adhèrent au tissu cellulaire environnant; à la partie inférieure du foyer, un peu au-dessous de l'insertion deltoïdienne, cette membrane vient s'insérer sur un bourrelet osseux, d'apparence spongieuse, irrégulier,

(1) Valleix in Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1837.