

des membres; il est fixé par une bande de flanelle autour du thorax. Enfin, le traitement antiphlogistique doit être suivi, pour prévenir l'inflammation des viscères thoraciques (1).

(1) Nous rapportons l'observation suivante avec tous ses détails, parce qu'elle offre le premier exemple de la luxation d'une côte, à la fois diagnostiquée sur le vivant et constatée à l'autopsie cadavérique; elle a été extraite de la *Medicinische Zeitung*.

*Luxation d'une côte.* (Gaz. méd. de Paris, 1834, p. 187.) — Un jeune homme robuste tomba le 16 octobre dans une fosse dont on retirait de l'argile; deux heures après, le docteur Kankel le trouva couvert d'une sueur froide; sa respiration était gênée, interrompue par une toux courte et sèche, la voix était faible, le pouls à peine sensible, la chaleur peu prononcée, mais égale partout, et l'intelligence était entière. Il y avait douleur dans le dos, et les extrémités inférieures étaient complètement paralysées. Dans les environs de la dernière vertèbre dorsale, on remarquait une tumeur de la grosseur du poing, bleuâtre, souple. La partie supérieure était très-douloureuse, la partie inférieure était insensible. La force de la chute, l'ecchymose qui s'était montrée aussitôt, et la paralysie faisaient craindre une fracture de la colonne vertébrale, mais le diagnostic n'était pas évident. La direction des apophyses épineuses paraissait tout à fait normale, seulement il y avait une plus grande mobilité. Il était impossible d'apprécier exactement l'état des autres apophyses et du corps des vertèbres; il y avait sur l'os de la hanche du côté gauche, une excoriation de la peau de la grandeur d'un demi-florin; le malade fut placé sur le côté, on lui mit sur le dos des ventouses scarifiées, on lui fit des applications froides et on lui donna intérieurement une infusion de fleurs d'arnica avec de l'extrait de jusquiame et du sel de Glauber. Après une nuit, qui ne se passa pas tout à fait sans sommeil, le pouls, la chaleur et la respiration furent trouvés dans un état un peu plus satisfaisant, mais le gonflement était le même, le ventre était ballonné, les urines et les selles étaient supprimées, et la soif était grande. (*Lavement, cat'étérisme, continuation des moyens ordonnés*.)

Dans les quatorze premiers jours (jusqu'au 30 octobre), l'état du malade fut plus satisfaisant que les circonstances ne pouvaient le faire espérer. La tumeur du dos diminua; le blessé pouvait par intervalles se coucher sur le dos; la soif était moindre; il y eut de l'appétit, et de temps à autre un sommeil tranquille. La suppression des selles n'existait plus; la gangrène dans les parties excoriées était bornée à la bouche, etc. Mais la respiration restait gênée et anxieuse, la toux redevint plus forte dans les derniers jours; il était survenu de l'énurèse, et le 30 on trouva un déplacement latéral d'une vertèbre dans la région déjà indiquée, et une luxation de la onzième côte. Jusqu'alors le malade avait pris presque uniquement la teinture de noix vomique; son état était alors beaucoup plus fâcheux; déjà la dernière nuit, l'oppression et l'angoisse avaient fait craindre la mort, qui survint le 31 octobre, sans que le blessé eut perdu sa connaissance.

*Autopsie.* — La colonne vertébrale séparée du tronc, ne montrait à la dixième et à la onzième vertèbre, qu'une faible adhérence, due aux fibres musculaires et aux ligaments déchirés. Ces moyens d'union étant divisés, on trouva le cartilage intervertébral presque entièrement détruit; la onzième côte gauche luxée; la côte correspondante du côté droit tenait à un fragment du corps de la onzième vertèbre dorsale fracturée, l'apophyse articulaire supérieure de cette vertèbre brisée, et la moelle épinière, ainsi que la dure-mère, déchirées complètement. Entre la dixième et la neuvième vertèbre dorsale, le canal pour la moelle épinière était oblitéré, et ce ne fut que par force que l'on put séparer un fragment du corps de la onzième vertèbre, qui était encore très-adhérent au ligament long postérieur, d'avec le canal de la moelle, qui semblait complètement fermé comme par une soupape. L'extrémité de chacune des deux douzièmes côtes, et l'apophyse transverse de la onzième vertèbre, était également fracturée. Au ligament intervertébral de la dixième vertèbre adhérait encore des fragments osseux du bord de la onzième. (*Note des trad.*)

# FRACTURES

DES

## ARTICULATIONS.

### FRACTURES DE L'OS INNOMINÉ.

Ces fractures peuvent être prises pour des luxations; et, si on agit en conséquence de cette erreur, tout effort d'extension ajoute infiniment aux souffrances du malade, et pourrait avoir des suites funestes, dans des cas où il aurait existé des chances de guérison. Lorsqu'une fracture de l'os innominé traverse la cavité cotyloïde, la tête du fémur est attirée en haut et le trochanter un peu en avant, de sorte que la jambe est raccourcie, et le genou ainsi que le pied sont tournés en dedans. Un cas de ce genre peut être facilement pris pour une luxation dans l'échancrure sciatique.

Si l'os innominé est luxé sur le sacrum, et si le pubis et l'ischion sont fracturés, le membre est un peu raccourci; mais, dans ce cas, le genou et le pied sont tournés en dehors et non en dedans. J'ai vu deux exemples du premier cas et un seul du second.

En général, on reconnaît ces fractures à une

crépitation manifeste; perçue, dans les mouvements de la cuisse, par la main du chirurgien placée sur la crête iliaque; ces fractures sont d'ailleurs accompagnées d'une mobilité plus grande que celle qui a lieu dans les luxations.

*Observation 128.* — On apporta, en janvier 1791, à l'hôpital Saint-Thomas, un homme sur lequel était tombée une barrique de sucre. La jambe droite était d'environ trois pouces plus courte que la gauche, le genou et le pied étaient tournés en dedans. Ces circonstances conduisirent le chirurgien dans le service duquel il fut placé, à penser qu'il avait à faire à un cas de luxation, bien que, d'après sa propre observation, le membre parût beaucoup plus mobile qu'il ne l'est habituellement dans les cas semblables, et qu'il y eût en cet endroit une énorme contusion et un épanchement sanguin considérable. Le chirurgien fit une extension

très-légère, avec les plus grandes précautions, dans le but de restituer au membre sa longueur naturelle, mais il ne put y parvenir; et pendant qu'il pratiquait cette extension, on reconnut de la crépitation dans l'os innominé. Le malade était dans une prostration extrême, son visage était très-pâle, et il semblait expirant. Il mourut dans la soirée.

*Autopsie.* — La partie postérieure de la cavité cotyloïde était fracturée, et la tête de l'os avait glissé hors de sa cavité. Le tendon du muscle obturateur interne et les muscles jumeaux embrassaient étroitement la tête du fémur; la fracture s'étendait depuis la cavité cotyloïde, à travers l'os innominé, jusqu'au pubis. Les os pubis étaient séparés au niveau de la symphyse et distans l'un de l'autre de près d'un pouce; une portion du cartilage était arrachée du pubis droit, et adhérait à celui du côté gauche. La portion iliaque était séparée de chaque côté, et, du côté gauche, le pubis, l'ischium et l'ilium étaient fracturés. L'abdomen renfermait environ une pinte de sang, et le rein gauche était fortement contus. Les tégumens étaient enlevés de dessus la rotule, et la capsule articulaire était mise à nu.

*Observation 129.* — Dans un autre cas de ce genre qui s'est présenté à l'hôpital St-Thomas, et qui offrait les apparences d'une luxation en arrière, le malade a vécu quatre jours. A l'autopsie, on trouva que la fracture traversait la cavité cotyloïde, divisant l'os en trois parties; la tête du fémur était profondément enfoncée dans la cavité du bassin.

*Observation 130.* communiquée par M. Sandfort. — Fracture et luxation des os du bassin. — Mary Griffiths, âgée de 30 ans, fut admise à l'hôpital de Guy, le 8 août 1817, à 5 heures après-midi. Son corps avait été pressé par la roue d'une voiture contre un poteau de réverbère, et le bassin avait supporté toute la violence de cette compression. Une saignée de bras peu forte avait été faite avant son entrée, et, comme elle était très-pâle, que son pouls était très-faible, et qu'elle rendait des matières fécales involontairement, on ne revint pas aux émissions sanguines.

En la faisant coucher sur le ventre, et en appliquant une main sur la partie postérieure de l'ilium du côté droit et l'autre sur le pubis du même côté, on sentait une mobilité et une crépitation distinctes; l'épine postérieure de l'ilium se projetait en haut, au-dessus du niveau ordinaire de sa jonction avec le sacrum, et l'on crut que l'os iliaque était luxé sur le sacrum avec fracture de l'un ou l'autre de ces deux os. La malade ayant ensuite été couchée sur le dos, on trouva en pratiquant le toucher, que le pubis faisait une saillie anormale dans la cavité du bassin. Un épanchement sanguin s'étendait depuis la dernière côte jusqu'à la partie supérieure de la cuisse du côté droit.

Alors s'éleva la question de savoir si l'on

donnerait issue à ce sang extravasé, en pratiquant une ouverture aux tégumens, car le sang paraissait liquide; mais en y réfléchissant, on pensa que les vaisseaux donneraient encore, que la malade dans son état d'affaiblissement ne pourrait supporter cette hémorrhagie, tandis que le sang une fois coagulé serait la meilleure garantie contre une hémorrhagie ultérieure; on se borna donc à appliquer solidement une large bande autour du bassin, à évacuer la vessie qui contenait environ une pinte d'urine. (*Teinture d'opium, gouttes XXX*). Le soir, l'extravasation sanguine avait un peu augmenté; la malade éprouvait dans la cuisse et dans la jambe du côté droit, une sensation de picotement qui l'avait portée à desserrer son bandage; elle avait vomé, les pieds étaient froids, la douleur et la soif très-vives. Le pouls était à 90 et petit.

Le 9, elle se plaignit d'éprouver une sensation de diduction des deux moitiés de son corps; et, en examinant les membres inférieurs, on reconnut que celui du côté droit était plus court que l'autre; ce membre était engourdi; la langue était sale, mais la douleur et la soif étaient diminuées, et les pieds n'étaient pas aussi froids que le soir précédent. Comme elle n'avait eu depuis son entrée aucune selle, on lui administra un purgatif; on évacua de nouveau la vessie qui était paralysée. L'ecchymose avait une étendue considérable, et il était douteux qu'elle pût être résorbée. On plaça un coussin sous le côté droit pour soutenir le bassin, et un autre sous le genou pour maintenir le membre dans une position commode. Le soir, le pouls était à 112, la malade accusait de vives douleurs dans l'aîne et dans le côté droit du corps. On fut obligé de recourir de nouveau au cathétérisme et aux purgatifs.

Le 10, au matin, la malade accusait la sensation d'une mobilité des os du bassin les uns sur les autres, plus manifeste qu'elle ne l'avait été jusque-là; ses douleurs avaient été considérables, la langue était chargée, le pouls plus plein, mais elle avait été à la selle et elle avait uriné naturellement. A une heure, le pouls était plus développé, donnant 120 pulsations, et la chaleur de la peau était très-élevée, une saignée de 10 onces fut pratiquée; cette évacuation n'amena aucune amélioration apparente. Le soir, la douleur et la fièvre avaient augmenté, et comme la malade se plaignait d'être trop serrée par le bandage qui entourait encore le bassin, ce bandage fut enlevé. On recourut de nouveau au cathétérisme, et on administra un purgatif avec de l'opium.

Le 11, elle avait passé une bonne nuit; le pouls était à 120, mais moins dur; la langue était chargée; on continua l'usage des purgatifs.

Le 12, on prescrivit une lotion stimulante dans le but de provoquer la résorption du sang extravasé. On voyait quelques points d'une couleur très-foncée dans les endroits où l'ecchymose avait été le plus forte; au niveau de ces taches, l'épiderme s'était détaché.

Le 13, il y avait du mieux, la malade avait eu plusieurs selles et avait uriné; cependant elle éprouvait encore une vive douleur dans la hanche.

Le 14, la gangrène des parties excoriées paraissant imminente, on pratiqua une ponction aux tégumens, presque vis-à-vis le grand trochanter; il s'en écroula une pinte de sérosité mêlée à du sang et à une matière qui paraissait adipeuse.

Le 15, l'urine et les matières fécales s'étant répandues dans son lit, elle demanda à être transportée sur un autre, le pouls était à 112; la plaie faite la veille ne semblait pas marcher vers la cicatrisation, et l'on y appliqua un cataplasme.

Le 16, elle parut se trouver bien du changement de lit; ses douleurs étaient moins violentes; le pouls était à 108; on lui fit prendre quelque nourriture pour soutenir ses forces, et on lui accorda une petite quantité de porter. Mais le 17, la quantité de cette boisson fut diminuée à cause d'un léger délire qui eut lieu dans la nuit.

Le 18, l'escharre de la partie qui avait été le plus contuse s'était considérablement étendue; cependant la langue était plus nette et la peau avait sa chaleur naturelle. Le lendemain la malade parut mieux, elle avait passé une bonne nuit. On appliqua sur la hanche un cataplasme de vieille lie de bière; et, sur ses vives instances, on la coucha sur le côté gauche, parce qu'elle croyait que cela diminuerait la douleur qu'elle éprouvait dans le côté droit.

Le 20, l'escharre de la partie supérieure et postérieure de la cuisse avait fait des progrès. On prescrivit la décoction et la teinture de quinquina avec un purgatif, dans le cas où la soif augmenterait, et un régime plus nourrissant.

Le 21, la langue était chargée, le pouls à 120.

Le 23, l'estomac ne pouvait rien garder, la malade avait un profond pressentiment de sa mort prochaine. L'escharre avait encore fait des progrès; la mort survint dans la soirée du 24.

*Autopsie.* — On trouva une fracture divisant le corps du pubis du côté gauche, et la branche

de l'ischion du même côté; l'os innominé du côté droit était séparé du sacrum à la symphyse sacro-iliaque, et une partie des apophyses transverses du sacrum étaient brisées et séparées de cet os avec les ligamens. Le cartilage et les ligamens de la symphyse pubienne étaient déchirés, et la symphyse sacro-iliaque gauche était disjointe. Le ligament qui la revêtait était déchiré, et les os assez distans pour admettre entre eux le manche d'un scalpel. On trouva du sang épanché dans le bassin, derrière le péritoine.

J'ai vu trois cas de guérison de fractures simples de l'os innominé. Deux de ces fractures avaient leur siège à l'ilium, et la maladie fut facilement diagnostiquée par la crépitation que l'on produisait en imprimant des mouvemens à la crête de cet os. Dans le troisième cas la fracture avait lieu à la réunion de la branche de l'ischion avec la branche descendante du pubis. Dans les deux premiers cas, une bande fut appliquée circulairement autour du bassin, et les malades furent largement saignés; mais dans le dernier on n'employa aucun bandage.

J'ai vu aussi une fracture compliquée de l'os innominé, suivie de guérison. M. Hulbert m'a envoyé un cas de fracture compliquée de l'ilium, qui s'était terminée par la mort.

J'ai rencontré aussi plusieurs cas de fractures du pubis près de la symphyse, accompagnées de déchirure de la vessie; tous ont été suivis de la mort. Mais lorsque les os ont été fracturés sans lésion de la vessie, les malades se sont guéris.

En ce moment (septembre 1823), à l'hôpital de Guy, existe un cas semblable, dans lequel on croit que la vessie est déchirée au-dessous de la réflexion du péritoine entre cette membrane et le pubis. Le malade semble marcher vers la guérison, grâce à l'usage d'une sonde. Mais dans les cas où la lésion est au-dessus de la réflexion du péritoine, l'urine s'épanche dans l'abdomen et détermine une inflammation de la totalité du péritoine.

Dans les cas de ce genre, suivant que la vessie est vide ou distendue au moment de l'accident, elle peut rester intacte ou se déchirer (1).

(1) Bien que les fractures comminutives du bassin soient des accidens assez souvent mortels, ces fractures, même lorsqu'elles sont accompagnées de graves désordres, peuvent néanmoins être suivies de guérison.

*Fracture comminutive de l'ischion et du pubis, compliquée d'une déchirure énorme du périnée et de fracture du bras; guérison.* Par Georges Rankin. (*Gaz. méd.*, 1833, p. 53.) — Un fermier du Haut-Canada, traversant en voiture un pont sans parapets, se trouva à la rencontre d'une voiture pesamment chargée, dont il accrocha la roue. En reculant pour se dégager, il perdit l'équilibre et tomba de sa voiture en bas du pont, à une profondeur de trente pieds. Le cheval continua à reculer, tomba lui-même avec le char et fut tué du coup; le char atteignit encore le malheureux fermier. Delà, des désordres variés, occupant spécialement le périnée et le bassin; plus une fracture comminutive au bras droit. Au premier aspect, on apercevait à nu une partie du sphincter anal; tout le périnée et le scrotum déchirés, de manière que la plaie figurait un triangle dont le sommet était à l'anus, dont la base occupait le pénis et l'hypogastre; les testicules étaient complètement dénudés et suspendus comme deux œufs; ou à peine à concevoir comment ils n'avaient point été arrachés ou détruits. En examinant les choses de plus près, je trouvai les parties molles sous-jacentes dans un état de lésion effroyable; une portion de la branche de l'ischion en-