

pagne exceptionnellement de rotation interne, pourrait faire penser à l'existence d'une luxation dorsale. L'absence de la tête déplacée dans la fosse iliaque externe évitera cette erreur. » (Nélaton fils, *Traité de chirurgie*, t. III, p. 216.) Il faut ajouter que, s'il s'agit d'une fracture intra-capsulaire ou extra-capsulaire, sans pénétration, la difformité facilement corrigée se reproduira aussitôt que les manœuvres de réduction auront cessé, et que c'est le contraire qui aura lieu dans la luxation.

2° **DIAGNOSTIC DE LA VARIÉTÉ.** — Les auteurs qui se sont occupés des fractures du col du fémur ont, de tout temps, essayé d'établir le diagnostic différentiel des variétés extra-capsulaire et intra-capsulaire. Cependant Collin et Nélaton le croient impossible; Cooper, Smith, Hervez de Chégoin, Malgaigne, pensent que la différenciation est possible, et Laugier cherche à l'établir d'après le siège de la crépitation perçue à la base du col et d'après l'arc de cercle décrit par le grand trochanter. Nous avons déjà vu quelle était la valeur minime de ces signes.

Rodet, enfin, pensait que la connaissance exacte de la cause avait un rapport intime avec le siège de la fracture, et attribuait exclusivement la production de la fracture extra-capsulaire à un choc direct sur le trochanter. En admettant que le fait soit démontré, il y aurait lieu de savoir si l'on peut établir avec assez de précision les commémoratifs pour leur attribuer, la responsabilité du diagnostic.

En réalité ce diagnostic différentiel, très difficile, faute de signes nettement tranchés, est possible cependant, au moins dans un certain nombre de cas.

Voici d'ailleurs comment s'exprime Bouilly à ce sujet :

« La fracture du col en dedans de la capsule n'a pas de signe propre et son diagnostic ne peut être fait que par exclusion : on devra tenir compte de l'âge avancé du malade, de son sexe, de la nature de l'accident, de l'existence de la rotation en dehors, du raccourcissement peu prononcé, ne dépassant pas 2 centimètres 1/2, de l'absence de signes dans la région trochantérienne, du rapprochement du sommet du grand trochanter qui s'est élevé vers une ligne transversale étendue de l'une à l'autre épine iliaque antéro-supérieure. (Nous faisons quelques réserves sur ce dernier signe. Voir *Symptômes*).

« La fracture extra-capsulaire du col possède des signes un peu plus positifs; le raccourcissement est plus prononcé et, s'il dépasse 4 centimètres, appartient sûrement à la fracture située en dehors de la capsule; l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du grand trochanter est une forte présomption en faveur d'une pénétration du col fémoral dans sa base et d'une fracture par éclatement de cette éminence, donc d'une fracture extra-capsulaire. Le défaut de dépressibilité du triangle de Scarpa, coïncidant avec un agrandissement du diamètre antéro-postérieur du fémur, et, à plus forte raison, le bombement de la même région, sont de bons signes de cette même fracture.

« Il sera nécessaire, dans un certain nombre de cas, de suspendre son diagnostic, de laisser le membre dans l'immobilité et de ne porter un jugement définitif que lorsque la disparition du gonflement, la diminution de la douleur ou l'apparition de nouveaux signes, permettront une appréciation plus exacte des phénomènes. »

Malgaigne a voulu faire plus, et il a donné du diagnostic différentiel de ces fractures le tableau suivant :

FRACTURES INTRA-CAPSULAIRES.

FRACTURES EXTRA-CAPSULAIRES.

1° *Fractures récentes.*

Chute sur les pieds ou les genoux écartés en dehors; chute sur les fesses.	Choc direct, comme un coup de pied de cheval, sur le grand trochanter.
Peu de gonflement; pas d'ecchymose.	Forte ecchymose à la hanche.
Douleur siégeant vers l'insertion du muscle psoas, s'irradiant parfois jusqu'au genou.	Douleur vive à la pression sur le grand trochanter.
Raccourcissement quelquefois nul d'abord, survenant subitement au bout de quelques jours ou de quelques semaines.	Raccourcissement immédiat, à peine susceptible d'augmenter un peu les jours suivants.
Raccourcissement limité au plus à 5 centimètres.	Raccourcissement variant de 1 à 6 centimètres.
Le grand trochanter intact est rapproché de la crête iliaque d'une étendue égale au raccourcissement.	Le grand trochanter est écrasé à son sommet, moins élevé par conséquent, et à peine rapproché de la crête iliaque.
Le grand trochanter est effacé en apparence.	Le grand trochanter est plus saillant et décrit des arcs de cercle moins grands que du côté sain.
Le fémur, entre le sommet du trochanter et le condyle externe, conserve sa longueur normale.	Le fémur paraît raccourci, si on le mesure du condyle externe au sommet du trochanter.
Jamais de déplacement ni de mobilité isolée du grand trochanter.	Le fragment trochantérien est quelquefois déplacé en arrière ou en avant, tantôt fixe et simulant la tête du fémur luxée; tantôt mobile et pouvant être porté en tous sens.

2° *Fractures anciennes.*

Marche longtemps gênée et impossible sans support étranger.	Marche promptement sûre et solide.
Raccourcissement augmentant à la longue, et pouvant ainsi doubler d'étendue.	Raccourcissement à peine susceptible d'augmenter légèrement dans quelques cas, et demeurant en général toujours le même.
Saillie du trochanter accrue en apparence, diminuée en réalité.	Saillie du trochanter toujours plus considérable.
Amaigrissement progressif du membre.	Nutrition du membre conservée.
Mouvements volontaires nuls dans l'articulation coxo-fémorale, et se passant tous dans la région lombaire.	Mouvements volontaires presque entièrement exécutés dans l'articulation coxo-fémorale.

Nous croyons intéressant de rapprocher de ce tableau comparatif de Malgaigne celui qu'a établi Hamilton : le lecteur pourra ainsi se rendre compte de l'importance variable que ces deux auteurs ont attachée aux principaux signes sur lesquels ils basent le diagnostic différentiel.

FRACTURES INTRA-CAPSULAIRES.

FRACTURES EXTRA-CAPSULAIRES.

Produite souvent par une violence légère.	Produite d'ordinaire par une violence plus considérable.
Chute sur les pieds ou les genoux; le sujet s'est entravé dans un tapis, etc.	Chute sur le grand trochanter.
Plus fréquente chez les femmes.	Sans indication de fréquence relative dans les deux sexes.
Douleur, sensibilité à la pression, gonflement, moindres et plus profonds.	Douleur, gonflement et sensibilité plus marqués et plus superficiels. La douleur est surtout vive quand on presse au niveau et aux environs du grand trochanter.

FRACTURES INTRA-CAPSULAIRES.

Ecchymose rare.

Au début, raccourcissement moindre que dans les fractures extra-capsulaires, et souvent pas de raccourcissement du tout.

Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, raccourcissement plus étendu que dans les fractures extra-capsulaires. Quelquefois ce raccourcissement se produit brusquement quand on remue le membre ou que le malade cherche à s'appuyer dessus.

En mesurant du sommet du trochanter aux condyles et aux malléoles, on voit que le membre n'est pas raccourci.

Le grand trochanter exécute ses mouvements suivant un rayon relativement plus long que dans la fracture extra-capsulaire, le siège des mouvements est plus rapproché du cotyle.

Quand le malade recouvre l'usage de son membre, les fonctions de celui-ci ne se rétablissent qu'après bien des mois ou même bien des années.

Après la guérison on ne constate aucune augmentation de volume, aucun élargissement du trochanter, consécutifs à la formation d'un cal osseux.

Amaigrissement progressif du membre pendant plusieurs mois après la guérison.

Boiterie très marquée avec mouvement particulier du bassin, analogue à celui qu'on observe chez les personnes marchant avec un membre artificiel.

FRACTURES EXTRA-CAPSULAIRES.

Ecchymose superficielle et étendue très fréquente.

Au début, raccourcissement plus marqué et presque constant.

Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, raccourcissement moindre que dans les fractures intra-capsulaires, pourvu qu'on ait eu recours à une extension convenable. En un mot, l'étendue du raccourcissement ne se modifie que peu, si même elle se modifie; quand la pénétration ne persiste pas, le membre peut se raccourcir davantage.

En mesurant du sommet du trochanter aux condyles et aux malléoles, on peut trouver que le membre est un peu raccourci.

Le grand trochanter exécute ses mouvements sur un rayon relativement plus court; le siège des mouvements est plus éloigné du cotyle.

Le malade recouvre l'usage de son membre plus promptement.

Augmentation de volume, élargissement irrégulier du trochanter qu'on peut quelquefois sentir distinctement à travers la peau et les muscles et qui sont surtout manifestes au bout de quelques mois.

Le membre conserve d'une façon plus complète sa forme et son volume normaux.

Boiterie relativement légère; mouvements de la hanche plus naturels.

Pronostic. — Marche. — Suites. — Complications. — Comment les fractures du col du fémur évoluent-elles au point de vue de la cicatrisation? Ce point, à peine signalé dans les lignes qui précèdent, mérite d'être étudié plus longuement.

Dans les fractures extra-capsulaires, il n'y a guère de divergence d'opinion et le cal osseux est la règle, surtout lorsqu'il y a pénétration: c'est même en parlant de ces fractures qu'on a pu dire que la consolidation des fractures du col pouvait être plus rapide que celle des fractures de la diaphyse. S'il n'y a pas de cal osseux vrai, interfragmentaire, il se forme un dépôt parfois difforme de produits osseux très abondants, revêtant les aspects les plus bizarres et souvent disposés en couronne, véritables jetées osseuses étendues, comme un pont, du trochanter au fragment articulaire. A moins d'exubérance notable, ce cal ne saurait avoir une très grande solidité. En somme, la consolidation osseuse des fractures extra-capsulaires se fait souvent régulièrement, mais elle peut être vicieuse: il en résulte une grave altération des mouvements de l'articulation coxo-fémorale.

Cooper croyait que c'étaient les seules fractures du col capables de se consolider, soit par un cal direct, soit par des stalactites osseuses.

Le cal fibreux est rare; Gosselin, Stimson en ont cependant rapporté des exemples.

Longtemps on a pensé que les fractures intra-capsulaires étaient incapables d'avoir une consolidation osseuse (Cruveilhier, Colles, Lonsdale), et Cooper avait tour à tour incriminé, pour expliquer cette absence de consolidation, l'ascension du fragment externe, l'écartement des fragments par un abondant épanchement de synovie, le peu de vitalité du fragment interne trop petit.

Nous avons vu que les troubles nutritifs qui ont préparé la fracture ne sont pas sans influence sur l'absence de consolidation. Bien plus, ils peuvent encore s'accroître après l'accident, et l'on assiste alors à une véritable résorption du fragment cotyloïdien, qui a pu présenter à l'autopsie un volume minime et une forme méconnaissable. Cette résorption ne porte d'ailleurs que sur le fragment cotyloïdien et non sur le fragment trochantérien, comme le croyait Cooper. Dans d'autres cas, il n'y a pas de consolidation vraie, mais, comme dans les fractures extra-capsulaires, on peut observer des productions ostéophytiques énormes (Malgaigne, Manzini).

Enfin, ainsi que l'a observé Malgaigne, on peut constater une indépendance absolue des fragments sans aucune trace de réparation.

Cependant quelques auteurs ont signalé la possibilité du cal osseux (Chassaignac, Richelot, Amesbury, Van Hout, Stanley); Brulatour, Nélaton et Astley Cooper le croient rare, mais possible. La consolidation fibreuse par des ligaments périphériques ou interosseux est la règle. Cependant il existe au musée Dupuytren trois cas de consolidation osseuse. On serait étonné de la longue énumération des possesseurs de pièces ayant trait à cette consolidation, si l'on ne savait que des déformations de l'arthrite sèche ont pu à ce point user la tête et déformer le col, que, même à la coupe, cette extrémité déformée semble avoir été fracturée et consolidée, alors qu'il s'agit d'une simple déformation, sans qu'il y ait jamais eu rupture du squelette (fig. 199).

Quoi qu'il en soit, Langstaff, Brulatour, Stanley, Swann, Chorley, Field, Van Hout, Adams, Jones, Sömmering, Bryant, Faweington, Harris, Tilanus, Édouard Zeiss (de Dresde) (pièce dont l'authenticité est niée par Newmann), Reuben D. Mussey (de Cincinnati), Will. Parker (de New-York), le collègue d'Albany, le collègue de médecine Haward (de Boston), le docteur Pope (de Saint-Louis), Sands (de New-York), Adler (de Philadelphie), possèdent chacun une ou plusieurs de ces pièces. D'ailleurs Senn, dans une importante monographie sur ce sujet (Philadelphie, 1885), a pu réunir 54 cas de consolidation osseuse de fractures intra-capsulaires.

Malgré tout, en admettant que le membre reprenne une partie de ses fonctions, le pronostic n'en reste pas moins grave.

En ce qui concerne le fonctionnement du membre, il faut reconnaître, quoi qu'en dise Bryant, qu'il existe presque toujours un raccourcissement rarement moindre de 1 à 2 centimètres. C'est aussi l'opinion de Robert Smith, qui croit le

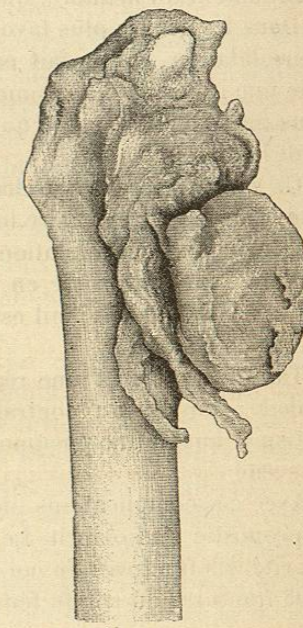


FIG. 199. — Déformation de la tête et du col fémoral dans l'arthrite sèche.

raccourcissement et par suite la claudication inévitables. Il ne faut pas oublier que le raccourcissement peut encore augmenter, dans la suite, du fait de l'usure et de la résorption des fragments. Sans compter l'arthrite coxo-fémorale, si fréquente dans les fractures intra-capsulaires; l'atrophie des muscles de la hanche et de la cuisse, la déformation du col qui tend à se rapprocher du type huméral, la claudication qui en résulte, la difficulté de la marche qui ne peut plus se faire qu'à l'aide de béquilles, bien rarement d'une canne, la semi-ankylose qui rejette les mouvements dans les articulations de la colonne lombaire (Malgaigne), rendent très fâcheux le pronostic de ces fractures au point de vue fonctionnel.

Si le pronostic est moins grave pour les fractures extra-capsulaires, il n'en reste pas moins sérieux, même chez les jeunes sujets; la consolidation osseuse, souvent vicieuse, s'accompagne de claudication, d'ankylose coxo-fémorale, d'abduction du membre, que la pénétration n'a pas permis de corriger.

Dans les cas les plus favorables, il faut de deux à cinq mois pour obtenir la consolidation, qui se fait parfois attendre plus d'un an et laisse souvent après elle une infirmité difficilement curable. Chez les vieillards, le pronostic est bien plus grave encore, parce qu'il s'y joint deux complications qui entraînent souvent la mort.

Ce sont d'abord les eschares du décubitus, qui surviennent si fréquemment que Cooper préférerait faire lever ses malades au bout de trois semaines, au risque d'obtenir une consolidation défectueuse. Ces fractures nécessitant un repos prolongé mettent la vie en danger, et la mort peut arriver par plusieurs mécanismes (Stimson). Le fait est fréquent, puisque sur 60 cas Smith n'a pas relevé moins de 24 morts.

Tantôt il survient une réaction vive avec fièvre et délire qui emportent le malade; tantôt, au contraire, c'est une adynamie profonde, avec marasme, gâtisme, quand une pneumonie (dite à tort hypostatique) ne vient pas terminer la scène.

Avec ces complications, dont la fréquence est extrême, on comprend combien le pronostic s'assombrit. Le tableau suivant, emprunté à Malgaigne, montre la gravité des fractures du col du fémur.

95 fractures du col du fémur ont donné :

Morts le jour même de l'accident.	5
Du 4 ^e au 6 ^e jour.	4
Du 9 ^e au 12 ^e jour.	2
Du 21 ^e au 37 ^e jour.	7
Du 45 ^e au 60 ^e jour.	5
Du 70 ^e au 187 ^e jour.	9

Quant à la mortalité en rapport avec l'âge, elle est consignée dans les chiffres suivants :

Avant 50 ans	11 fractures ont donné	2 morts.
De 50 à 60 ans.	15	7
De 60 à 70 ans.	58	12
De 70 à 80 ans.	27	6
De 80 à 90 ans.	4	5

Ces chiffres démontrent assez la gravité du pronostic pour que nous nous dispensions d'insister.

Traitement. — Le plus souvent, les malades atteints de fracture du col du fémur sont des vieillards, ils supportent mal le séjour au lit et aussi la douleur. Le décubitus prolongé produit chez eux des eschares, de l'hypostase pulmonaire; les appareils, même les plus simples, les font souffrir; il s'agit avant tout de les laisser vivre. Le traitement préconisé par M. Lucas-Championnière atteint ce but. Il consiste à mobiliser la fracture dès les premiers jours en imprimant au membre inférieur des mouvements passifs progressifs, à faire lever les malades très rapidement et à les faire marcher le plus tôt possible, en les soutenant sous les aisselles. C'est en somme le traitement des fractures par la mobilisation dans toute sa pureté. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit très souvent d'une fracture intra-articulaire et qui doit être considérée, au point de vue du traitement, comme intra-articulaire, même quand la solution de continuité est extra-capsulaire, car dans ces deux cas, ce sont les fonctions de l'article qui sont menacées et qu'il faut à tout prix conserver. L'attitude vicieuse du membre, même celle qui résulte de la fracture par pénétration, ne doit pas, pour M. Lucas-Championnière, précéder le chirurgien; elle n'est rien, si le malade est mobilisé de bonne heure, il marchera bien mieux par la suite que si l'attitude vicieuse avait été corrigée par l'immobilisation et les appareils. Le massage est mal supporté par les vieillards et il ne faut l'employer chez eux qu'avec de grandes précautions et encore s'il est bien supporté.

Mais ce ne sont pas là les données classiques et si l'on n'adopte pas le traitement que nous venons d'indiquer et auquel nous nous rallions volontiers pour notre part, il faut envisager successivement le traitement des fractures intra-capsulaires et celui des fractures extra-capsulaires.

Traitement des fractures intra-capsulaires. — Le raccourcissement est en général peu prononcé, 2 ou 3 centimètres au maximum. S'il en est ainsi, on ne doit pas chercher à le corriger (Malgaigne). Il faut lutter contre la rotation du membre en dehors, et l'on arrive à la corriger en liant le membre fracturé au membre sain, à l'aide de lacs larges et pas trop serrés. Si l'on voyait le raccourcissement augmenter, ou s'il était déjà accentué et susceptible d'être corrigé quand on voit le malade, il faudrait pratiquer l'extension continue pendant un temps variable avec un poids de 5 kilogrammes, ainsi que le conseille Tillaux. Mais si l'extension continue (qui, selon Bouilly, est chez les vieillards la cause de douleurs, d'escharification, et se montre en résumé beaucoup plus nuisible qu'utile) ne peut être supportée, il y aurait lieu peut-être d'appliquer l'appareil de Malgaigne, ou encore « une longue attelle externe étendue depuis le pied jusqu'à la moitié du tronc solidement matelassée ou reposant sur un grand coussin et maintenue, autour du tronc, par un large bandage de diachylum et autour de la cuisse et de la jambe par de larges bracelets du même emplâtre » (Bouilly).

Voici la description de l'appareil de Malgaigne, d'après Follin :

« Malgaigne accorde la préférence au double plan incliné muni d'une semelle solide. Il recommande de coucher le blessé sur un plan bien horizontal, afin que le poids du tronc ne refoule pas le bassin vers la cuisse, et en conséquence, il dispose une large planche sous le matelas et ne laisse sous la tête qu'un traversin ou un simple oreiller. Le membre est ensuite placé sur le double plan incliné garni, le pied soigneusement ramené à la direction verticale et fixé contre la semelle. Le bassin, glissant par son propre poids sur le plan supérieur, exerce une extension continue, mais légère. Une cravate assujettit la cuisse sur l'appa-

reil; une deuxième cravate est appliquée par dessus la jambe; enfin, si l'étendue du raccourcissement fait sentir la nécessité de le combattre, on passe sous l'aîne, du côté malade, une alêze dont les chefs vont s'attacher au chevet du lit et exercer une extension sur le bassin. »

En somme, ces appareils immobilisent complètement le malade au lit; si l'état général devient mauvais, il faut faire lever le patient. N'est-ce point une raison pour recourir d'emblée au traitement par la mobilisation?

Traitement des fractures extra-capsulaires. — Il y a des cas, très rares il est vrai, où la fracture extra-capsulaire est sans pénétration et où le déplacement peut être corrigé, ils sont justiciables du même traitement que la fracture intra-capsulaire; mais la plupart du temps il y a pénétration. L'attitude du membre en rotation externe est fixe. On peut essayer de la corriger, mais sans violence, sans quoi on désengrènerait les fragments et l'on s'opposerait ainsi à la consolidation osseuse. Il faut à notre avis, en présence des résultats nuls que donnent les appareils, en revenir à la méthode de la mobilisation prudente pour que les fragments restent en contact et faire rapidement lever les malades. Tout ceci s'applique aux vieillards; mais il y a des individus jeunes ou relativement jeunes qui sont atteints de fractures extra-capsulaires. Convient-il de ne rien faire pour corriger l'attitude vicieuse? Peut-être ici pourrait-on essayer de désengrèner les fragments, de réduire aussi exactement que possible, et de maintenir la réduction avec l'extension continue, afin de s'opposer au raccourcissement consécutif.

M. Hennequin, pour les fractures intra et extra-capsulaires, repousse tout mode de traitement autre que l'extension continue faite avec son appareil, que nous décrirons bientôt. Cet appareil permet au malade de s'asseoir dans son lit, il prévient par conséquent les lésions pulmonaires si fréquentes chez le vieillard, l'épaisse couche d'ouate qui enveloppe le membre et à travers laquelle se fait la traction continue prévient l'escharification des téguments presque fatale avec le diachylum, chez les gens âgés.

La position de la cuisse, maintenue dans l'abduction, permet de prévenir dans une certaine mesure les raideurs articulaires et le système d'application de la traction permet de s'opposer à la rotation du membre en dehors. Il ne faut jamais chercher à désengrèner les fragments, une traction continue bien faite y arrive toujours (Hennequin).

Ici l'appareil est plus simple que pour les fractures du corps du fémur, la gouttière qui maintient la cuisse est inutile. On lira la description de cet appareil à propos des fractures de la diaphyse.

Nous ne connaissons qu'un cas de suture du col au grand trochanter, faite pour une fracture extra-capsulaire récente (au vingt-quatrième jour). Il est dû à Dollinger, le résultat fut excellent (Dollinger, *Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 25).

Quand il s'agit d'une *fracture ancienne*, quel qu'ait été le traitement, il peut se faire que le malade ne puisse marcher; au bout de deux mois et plus son membre fléchit sous le poids du corps, on peut alors lui faire porter un appareil à point d'appui ischiatique, et Kœnig dit s'être bien trouvé de cette pratique. C'est la seule méthode à employer chez les vieillards, pour lesquels il faut être sobre d'interventions.

Mais si l'individu est plus jeune, si le membre est impotent, soit qu'il s'agisse d'une pseudarthrose, d'une ankylose par cal exubérant, d'une attitude vicieuse du membre inférieur qui rend la marche impossible, on est autorisé à intervenir

chirurgicalement. Langenbeck a depuis longtemps proposé de réunir en cas de *pseudarthrose* les fragments par une vis d'acier ou une cheville d'ivoire; c'est ce que Kœnig a fait avec succès en 1875, et plus tard Trendelenburg.

Pour une pseudarthrose encore, compliquée de douleurs pendant la marche, dues à la pénétration d'un fragment pointu du col dans le trochanter, Kœnig⁽¹⁾ eut recours à la résection, qui a donné un bon résultat.

La résection a été faite aussi pour remédier aux attitudes vicieuses (Reynier)⁽²⁾ Jonesco⁽³⁾, dans un cas de fracture intra-capsulaire du col, accompagné de flexion permanente de la cuisse sur le bassin et d'ankylose de la hanche, a pratiqué l'ostéotomie du fémur au-dessous du petit trochanter et a obtenu un succès.

Signalons enfin un fait de Lejars⁽⁴⁾, qui se décida à intervenir chez un homme de quarante-sept ans, pour une fracture datant de plus d'un an, et qui avait laissé une impotence absolue du membre inférieur. Ce chirurgien découvrit le foyer de la fracture, le débarrassa de saillies osseuses qui entouraient le col et le grand trochanter, réséqua la tête qui n'était pas consolidée, et introduisit le col régularisé dans le cotyle. Le résultat fut bon.

On voit que la thérapeutique des fractures anciennes du col du fémur a fait de grands progrès dans ces dernières années.

FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR

DESAULT, *Journal de chir.*, 1791 et *Œuvres chirurgicales*, t. I, 1815. — DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. V. — BONNET, *Gaz. méd. de Paris*, 1859. — BAUDENS, *Gaz. des hôp.*, 1844. — GURDON BUCK, *New-York Med. Record*, 1867. — ADAMS, *The Lancet*, 1865. — LE FORT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868. — VOLKMANN, *Arch. de Langenbeck*, Bd. XV, p. 1. — KOCH und FILEHNE, *Ibid.*, Bd. XV, p. 689. — GUÉNIOT, *Gaz. des hôp.*, 1872. — BEAU, *Arch. de méd. nav.*, 1872. — COOPER FORSTER, *Guy's Hospital Reports*, 1876. — HENNEQUIN, *Traité des fractures du fémur*, Paris, 1877. — HYDE, *New-York Med. Record*, 1875. — LOSSEN, *Deutsche Chirurg.*, Lief. 65. — GENZMER et VOLKMANN, *Sammlung klin. Vorträge*, n° 117, 118 et 121. — TILLAUX, *Pseudart. du fémur. Congrès de chir.*, 1888. — KARG, *Arch. de Langenbeck*, 1885, t. XXIX, p. 551. — DELTHIL, Thèse de Paris, 1869. — ALISON, Thèse de Paris, 1871. — BERGER, Thèse de Paris, 1875. — DASTÉ, Thèse de Paris, 1879. — ÉLÉONET, Thèse de Paris, 1878. — RAULLET, Thèse de Paris, 1880. — SOULAI-RUE, SÉGUY, Thèse de Paris, 1881. — De LACROIX, Thèse de Paris, 1882-1885. — ARAMÉ, Thèse de Paris, 1885-1884. — JEZERSKI, Thèse de Montpellier, 1855. — LOYSON, Thèse de Lyon, 1890.

Nous comprendrons, sous le nom de fractures du corps du fémur, toutes celles qui intéressent la continuité de l'os dans l'espace compris entre une ligne qui passerait au-dessous du petit trochanter et une autre ligne qui passerait à 5 ou 4 centimètres au-dessus de la trochlée fémorale. Nous en retrancherons donc les fractures dites sus-condyliennes, qui ont une physionomie spéciale.

Si l'on se reporte aux statistiques des auteurs, on reconnaît que les fractures du corps sont fréquentes: pour Malgaigne, elles le seraient deux fois plus que celles des extrémités supérieure et inférieure réunies; la statistique de Malgaigne donne les chiffres suivants: sur 2528 fractures simples, 508 se rapportaient au fémur et 207 à la diaphyse; sur 40 277 fractures, Bruns en trouva 2576 du fémur. D'une façon générale, les chiffres des fractures du corps et du col

(1) KÖNIG, traduction française de Comte, t. III, p. 595.

(2) REYNIER, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891.

(3) JONESCO, *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1895, p. 681.

(4) LEJARS, *Congrès français de chirurgie*, 1894.