

ressemblent aucunement : pour l'une, c'est une simple distorsion du pied; pour l'autre, c'est une violence directe, le passage d'une roue de voiture, etc.

4° *Fracture par divulsion.* — Celle-ci, comme la fracture par diastasis, est accompagnée d'une déviation du pied en dehors, d'un écartement des malléoles avec saillie de la malléole interne; mais elle a de plus certains caractères qui ne permettent pas de la méconnaître. Je rappellerai seulement la dépression sus-malléolaire ou coup de hache, l'existence de la douleur au niveau de la malléole externe. Ces symptômes n'ont aucun analogue dans la fracture par diastasis.

5° Enfin, *fracture par arrachement.* — Le défaut d'écartement des malléoles, le défaut de déviation du pied, de saillie du tibia en dedans, de douleur dans la partie moyenne et supérieure de la jambe, ne permettent guère d'hésiter entre cette lésion et la fracture par diastasis: il est inutile de nous y arrêter.

Pronostic. — Moins grave que la fracture par divulsion, la fracture par diastasis l'est beaucoup plus que la fracture par arrachement et surtout que la fracture simple par cause directe; elle doit sa gravité non pas à son siège ou à sa direction, mais aux circonstances de sa production, c'est-à-dire l'écartement des deux os de la jambe par suite de déviation du pied. L'articulation, en effet, se trouve compromise, et si le traitement n'est pas dirigé d'une manière convenable, il peut arriver une partie des accidents que nous avons signalés dans la fracture par divulsion.

Traitement. — Les indications principales ont trait non pas à la fracture elle-même, mais bien à l'écartement de la mortaise tibio-péronéenne. En effet, c'est là que gît toute la gravité de la lésion. Le premier soin du chirurgien sera donc d'opérer le rapprochement des malléoles. On obtiendra ce résultat en portant la pointe du pied en dedans, en exerçant sur les malléoles une pression modérée à l'aide d'une simple bande. Quant à la fracture, il n'est guère besoin de s'en occuper, les fragments ont peu de tendance à chevaucher, et leur coaptation rigoureusement exacte n'est pas ici d'une haute importance.

OBSERVATIONS

DE

FRACTURES DIVERSES

FRACTURE DU COL DU CONDYLE GAUCHE
DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE¹

La fracture du col de l'un des condyles de la mâchoire inférieure est une lésion assez rare pour que dans les hôpitaux de Paris, où des salles nombreuses sont consacrées aux lésions traumatiques, on en observe à peine un ou deux cas chaque année.

D'autre part, les ouvrages classiques contiennent, sur cette affection, des indications si peu précises, que le praticien ne peut vraiment en tirer aucun parti.

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur mettant sous les yeux une observation détaillée de cette lésion.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de dix-huit ans, champignoniste de son état. Le 26 août, ce jeune homme, chez qui des libations un peu trop copieuses avaient surexcité le goût du travail, voulut, quoique ce fût dimanche, descendre dans la carrière où se trouvent les couches à champignons; mais il fallait descendre une échelle longue et presque droite, et son pied n'était pas sûr. Aussi, dès les premiers échelons, vint-il à trébucher, et bientôt il fut précipité, d'une hauteur de quinze mètres environ, dans le fond rocailleux de la carrière. Plusieurs lésions graves furent le résultat de cette horrible chute. On le transporta à l'hôpital Cochin, où

¹ *Gazette des Hôpitaux.* 1849, p. 425

je l'examinai le 27. De nombreuses contusions existaient surtout le corps, le radius du côté droit est fracturé à sa partie inférieure, mais la lésion qui présente le plus d'intérêt est celle de la mâchoire inférieure.

Au premier coup d'œil, on reconnaît que cette partie présente une déformation notable : 1° le milieu de la lèvre inférieure, au lieu de correspondre à celui de la lèvre supérieure, est dévié d'un centimètre environ du côté gauche; 2° la commissure labiale est abaissée; 3° la première incisive gauche inférieure correspond à la deuxième incisive, et même un peu à la canine supérieure du même côté; 4° toute la rangée gauche des dents inférieures débordent en dehors de l'arcade dentaire supérieure du même côté; 5° elle est en même temps sur un plan plus reculé en arrière; 6° dans le rapprochement spontané des mâchoires, les arcades dentaires droites se touchent, tandis que celles de gauche restent écartées d'un demi-centimètre; 7° toutes ces déformations, à l'exception de la dernière (le défaut de contact des arcades dentaires gauches), disparaissent quand on pousse en avant et en haut l'angle gauche de la mâchoire; 8° les doigts, portés les uns en dehors les autres en dedans de la bouche, ne perçoivent aucune mobilité anormale sur le trajet du corps de l'os, ni sur celui de la branche montante, ni au niveau de l'apophyse coronéide; 9° leur pression ne développe aucune douleur; 10° un gonflement considérable existe au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche, et empêche d'apprécier avec exactitude l'état du condyle et de son col; 11° les pressions exercées à ce niveau sont fort douloureuses; 12° en faisant exécuter des mouvements à la mâchoire, on perçoit une crépitation évidente, mais qu'il n'est pas toujours possible de reproduire et dont on ne peut pas facilement préciser le siège; 13° on remarque au côté droit du menton les traces d'une contusion violente; 14° l'articulation temporo-maxillaire droite paraît tout à fait intacte; 15° les mouvements spontanés de la mâchoire sont assez faciles et s'opèrent même sans douleur vive.

D'après les symptômes que nous venons d'indiquer nous avons évidemment affaire à une fracture du col du condyle gauche de la mâchoire inférieure. Remarquons, en effet, la déformation de la mâchoire inférieure : cette déformation, caractérisée par l'abaissement de son côté gauche et sa translation en dehors et en arrière, est facile à reconnaître en comparant la position des arcades dentaires supérieure et inférieure, elle indique positivement une lésion dans le squelette des mâchoires. Or quelle peut être cette lésion? Une luxation? Non, car la déformation, au lieu d'être fixe, peut être réduite à volonté; car le déplacement, au lieu d'avoir lieu par un mouvement de translation en avant et en dedans a lieu par un mouvement de translation en arrière et en dehors, car les mouvements d'occlusion et d'ouverture de la bouche s'exécutent spontanément. C'est donc une fracture; mais quelle espèce de fracture? Une fracture du corps de l'os, accompagnée d'un déplacement aussi considérable, se reconnaîtrait

immédiatement au chevauchement des dents de la rangée inférieure, à une douleur vive sur un point circonscrit de cette région, à une mobilité anormale produite par une pression exercée en sens inverse sur les deux branches de ce corps. Or rien de cela n'existe, l'arcade dentaire inférieure a toute sa régularité; on n'y reconnaît ni mobilité, ni crépitation; on ne trouve sur le trajet du corps de l'os aucune douleur fixe.

Ce n'est pas non plus une fracture de la branche verticale de l'os, car cette portion de la mâchoire, qui est très-accessible à l'exploration directe par les doigts, portés les uns dans la bouche les autres à l'extérieur, ne trahit aucune douleur, aucune mobilité anormale.

Reste donc le col du condyle. Or, c'est précisément à ce niveau qu'existent le gonflement, la douleur, la crépitation, le mouvement anormal. D'autre part, dans les mouvements spontanés ou communiqués de la mâchoire, on ne sent pas, au côté gauche, le mouvement si remarquable du condyle sous l'arcade zygomatique. Puis, si l'on passe en revue chacun des symptômes que nous avons énumérés tout d'abord, on voit que chacun d'eux trouve son explication naturelle et facile dans l'existence de cette fracture du col du condyle gauche de l'os maxillaire inférieur.

On comprend, en effet, comment cet os, n'ayant plus de point d'appui à gauche et en arrière, se trouve entraîné dans ce sens; de là la déviation de la bouche, du menton, de l'arcade dentaire inférieure; de là la disparition de ces phénomènes quand on exerce, d'arrière en avant, une pression sur l'angle de la mâchoire. De là, enfin, cette mobilité anormale de l'os, qui semble pivoter sur le condyle du côté droit.

Une fois le diagnostic établi, si nous cherchons à nous rendre compte du mécanisme suivant lequel cette fracture s'est produite, il paraît probable que la solution de continuité a eu lieu par contre-coup. En effet, la région parotidienne gauche, bien que fortement tuméfiée, n'offre aucune trace de contusion externe; la lésion est tout intérieure et n'a point eu la peau pour intermédiaire, tandis qu'à la partie inférieure et droite du menton la peau, fortement froissée et contusionnée, indique qu'une violence considérable a agi dans ce point. — Quant au pronostic, d'après quelques faits épars dans la science, on voit que cette fracture se consolide assez bien, pourvu qu'à l'aide d'un bandage convenable on repousse en avant l'angle maxillaire. C'est ce que nous allons exécuter au moyen de compresses épaisses placées derrière l'angle de la mâchoire et soutenues par une fronde.

FRACTURE DU COL DE L'OMOPLATE

DIAGNOSTIQUÉE AVEC LE SECOURS DU CHLOROFORME¹

Fauconnier (Augustine), âgée de quarante-quatre ans, est entrée, le 3 mars, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, numéro 4. Cette femme est tombée à la renverse, le 27 février, en voulant empêcher une rixe entre deux hommes. Dans la chute, la partie postérieure de l'épaule droite a porté sur l'extrémité d'un banc, puis la malade est tombée par terre sur le coude, qui offre encore une excoriation. Pendant les trois jours suivants elle put continuer son travail, en tenant toutefois son bras droit en écharpe. Le 5 mars, voyant que les douleurs ne diminuaient pas, elle entra à l'hôpital, où on lui appliqua des ventouses scarifiées sur le moignon de l'épaule. Le lendemain, à la visite, en faisant exécuter au membre des mouvements étendus, je sentis une crépitation osseuse, sans toutefois pouvoir en déterminer le siège précis. Le moignon de l'épaule n'offrait aucune difformité; la pression déterminait de la douleur, surtout en arrière. A ce niveau existait une légère dépression. En même temps on constatait, à la partie postérieure du bras, une ecchymose diffuse, peu considérable, qui descendait jusqu'au tiers inférieur du bras. L'aisselle était parfaitement libre; la malade pouvait remuer le membre, et lui faire même exécuter des mouvements assez étendus, mais avec un peu de douleur.

Ces symptômes me firent soupçonner l'existence d'une fracture de l'omoplate, et pour vérifier ces présomptions, je crus devoir soumettre la malade au chloroforme.

La résolution musculaire obtenue, il devint facile de constater qu'il n'existait de fracture ni à la clavicule, ni à la voûte acromiale, ni à l'épine, ni au corps de l'omoplate, non plus qu'à la tête ou aux tubérosités de l'humérus. Si, fixant d'une main l'angle externe de l'omoplate, on imprimait de l'autre des mouvements à la tête humérale, en se servant du bras comme d'un levier, on ne déterminait aucune crépitation; si, au contraire, on saisissait cet angle avec la main droite, en plaçant le pouce en arrière et l'index en avant sur l'apophyse coracoïde, de manière à embrasser le col de l'omoplate, pendant qu'avec la main gauche on fixait le reste de l'os, il suffisait du moindre mouvement pour obtenir une crépitation manifeste, ainsi que le purent constater tous les élèves présents.

Le diagnostic ainsi confirmé, je me contentai de maintenir le membre dans l'immobilité au moyen de l'écharpe de Mayor.

¹ *Gazette des Hôpitaux*, année 1853, p. 159.FRACTURE DE L'HUMÉRUS NON-CONSOLIDÉE¹

SÉTON ET GUÉRISON

Perrinot, âgée de vingt-deux ans, domestique, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, fit une chute de la hauteur de deux mètres, sur le coude, et se fractura la partie moyenne de l'humérus droit; la fracture était compliquée d'une plaie profonde, qui pénétrait jusqu'à l'os.

Le premier jour, le bras fut maintenu dans un appareil provisoire peu méthodique. Ce ne fut que le lendemain, à son entrée dans un hôpital, que les fragments furent ramenés à une bonne position, et maintenus au moyen d'un bandage simple avec des attelles de bois.

Tous les jours il fallait panser la plaie, par conséquent imprimer au membre un mouvement indispensable.

Après un laps de temps de trente jours, il n'y avait pas le moindre signe de consolidation; application d'un bandage dextrinié et fenestré au niveau de l'ouverture. De cette manière on pouvait nettoyer la plaie, qui suppurait beaucoup, et laisser le membre continuellement dans la même position. L'introduction d'un stylet faisait reconnaître une esquille mobile entre les deux fragments; aussi, pour provoquer sa sortie spontanée, on introduisait chaque jour une mèche de charpie jusqu'au fond de la plaie.

La malade était depuis quatre mois et demi à l'hôpital; elle éprouvait des douleurs très-intenses au niveau de la fracture. Désespérant de son état, elle sortit malgré les avis des chirurgiens. Elle resta six semaines chez elle, en proie à de vives douleurs. Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 24 avril 1841, dans le service de M. Roux; l'accident était survenu le 14 novembre 1840.

Elle avait conservé son embonpoint; la figure respirait la santé, le membre droit, surtout le bras, était légèrement atrophié; au côté externe une ouverture fistuleuse donnait issue à une quantité peu considérable de pus.

En imprimant des mouvements au bras, on déterminait de la douleur, et l'on sentait une grande mobilité entre les deux fragments. On constatait, au moyen d'une sonde, la dénudation de l'os.

M. Roux choisit de suite la méthode du séton, que la malade avait refusée à l'hôpital où elle avait d'abord été traitée.

Il fit une incision au niveau de la fistule, rencontra une virole osseuse très-faible, qui céda au moindre choc d'une pince. Ce fut dans cette virole, ou plutôt dans cette coque osseuse, qu'était placée l'esquille interposée entre les deux fragments. On fit facilement l'extraction de cette esquille, très-

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 437.

rugueuse et complètement dénuée de périoste. Une mèche à séton fut passée à travers le bras, entre les deux fragments, et laissée pendant huit jours. Suppuration assez abondante. Bandage inamovible pendant quatre mois, sans aucun résultat avantageux. Cependant il existe, entre les deux fragments, un tissu fibreux de nouvelle formation; la plaie est bien cicatrisée; mais le membre plie toujours en deux; il n'y a aucune action musculaire.

Sortie pour un mois, elle rentre le 10 octobre. M. Maisonneuve, chargé du service, sans se désespérer sur l'inefficacité du premier séton appliqué par M. Roux, en applique un second, beaucoup plus gros que le premier.

La présence de cette mèche pendant quinze jours détermine une tuméfaction générale du membre et une suppuration abondante.

Le séton enlevé, l'inflammation et la suppuration disparaissent rapidement. Le membre est retenu au moyen d'une attelle coudée.

Le 30 décembre la mobilité n'existe presque plus.

Le 26 janvier on a la sensation d'une bonne consolidation.

Elle sort le 17 mars 1842, sans pouvoir élever encore le bras; mais les douleurs ont disparu et la continuité entre les deux fragments est bien établie.

Le 10 août on sent un cal osseux solide, seulement il existe une roideur dans toutes les articulations du coude et de la main.

La pseudarthrose dont il s'agit avait un caractère de gravité que l'on rencontre rarement; elle datait de plus d'un an, elle avait résisté à deux opérations, à l'extraction d'une esquille, au séton lui-même. Ce n'est que dans l'application des détails opératoires que M. Maisonneuve puisa la résolution d'insister de nouveau sur un moyen qui avait échoué entre les mains d'un chirurgien habile. Il fit remarquer que, pour être efficace, 1° le séton doit être large; 2° qu'il doit trouver le tissu fibreux intermédiaire aux fragments; 3° qu'il doit rester en place pendant quinze jours au moins.

Aussi, le beau succès obtenu dans cette circonstance, alors qu'il ne paraissait plus y avoir qu'à désespérer, doit-il soutenir le courage des chirurgiens et des malades.

FRACTURE DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS¹

CHEZ UNE FEMME AGÉE

AUTOPSIE DEUX JOURS APRÈS LA MORT

Le 20 décembre 1840, la nommée Desfairtaine (Catherine-Françoise), âgée de soixante-dix ans, marchande, fit une chute, de toute sa hauteur, sur la paume de la main droite. Immédiatement elle ressentit une douleur vive

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 592.

au niveau du poignet, et se trouva dans l'impossibilité de se servir de son membre. Le lendemain elle entra à l'hôpital, salle Sainte-Agathe, n° 259.

La partie inférieure de l'avant-bras et le poignet sont le siège d'un gonflement considérable, qui donne aux parties une forme cylindrique; la pression avec le doigt y est douloureuse, surtout à vingt-sept millimètres environ au-dessus de l'articulation radio-carpienne.

L'idée d'une fracture du radius se présenta naturellement à l'esprit; et cependant il manquait un signe, la déformation du membre. La mensuration la plus exacte ne fit reconnaître aucune différence appréciable entre le côté sain et le côté malade; on ne remarquait aucune déviation de la main, aucune saillie anormale sur le plan antérieur ou postérieur de l'avant-bras; les mouvements de la supination et de la pronation s'exécutaient avec douleur, mais sans crépitation.

Mais si, d'une part, on fixe l'avant-bras, et que d'une autre part on porte la main dans l'extension forcée, on fait éprouver à l'avant-bras, vingt-sept millimètres environ au-dessus du poignet, une flexion qui produit un angle rentrant en arrière, saillant en avant. Ce phénomène ne laissa plus aucun doute sur l'existence d'une fracture du radius, près son extrémité inférieure. Le mouvement inverse de la main sur le mouvement de flexion ne produit rien d'analogue. Cette flexion anormale dans la continuité de l'os est donc le seul signe qui puisse étayer le diagnostic.

Un appareil simple avec deux attelles droites est mis autour du membre, qui ne présente plus rien de particulier. Les jours suivants des accidents se manifestèrent du côté de la poitrine; une pneumonie se développa dans le poumon droit, et la malade succomba le 5 janvier, à trois heures du soir.

Autopsie. — Le tissu pulmonaire est atteint d'hépatisation rouge dans tout le lobe supérieur droit.

La plèvre de ce côté contient quelques décagrammes de sérosité citrine.

Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié.

Les reins sont pâles; le foie affecté de cirrhose.

Le poignet présente une fracture transversale du radius, à vingt-sept millimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne. Aucun travail de consolidation n'est encore développé. Le périoste, déchiré dans la partie antérieure de l'os, est intact sur sa face postérieure, et ne permet entre les deux fragments qu'un mouvement de flexion en arrière; du reste, même dans ce sens, aucun chevauchement n'est possible.

L'apophyse styloïde du cubitus est arrachée et tient au ligament latéral interne.

Cette observation est remarquable sous beaucoup de points de vue:

1° En ce qu'elle montre la coïncidence de l'arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus avec la fracture de l'extrémité inférieure du radius;

2° En ce qu'elle prouve que cette fracture peut manquer de signes regar-

dés généralement comme caractéristiques; la déviation du poignet en dehors et en arrière; le raccourcissement du membre, sa déformation, etc.;

3° En ce qu'elle révèle l'importance d'un signe sur lequel les auteurs ont passé trop légèrement, je veux parler de la mobilité mise en évidence par la *flexion en arrière*.

FRACTURE DU SOURCIL COTYLOIDIEN AVEC SUB-LUXATION DE LA TÊTE DU FÉMUR¹

DIAGNOSTIQUÉE PENDANT LA VIE. — AUTOPSIE UN MOIS APRÈS L'ACCIDENT.
— LU A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La fracture du rebord de la cavité cotyloïde s'observe assez rarement. Le déplacement de la tête du fémur, qui l'accompagne, en a d'ailleurs pu imposer dans bien des circonstances, et faire croire à une simple luxation. Aussi ces fractures ont-elles été plutôt mentionnées que décrites, et les symptômes indiqués par quelques auteurs sont-ils considérés, dans les ouvrages de chirurgie les plus modernes, comme simplement déduits de vues théoriques.

Un cas de ce genre s'est récemment présenté à mon observation, et m'a fourni l'occasion d'en constater les véritables signes.

Il s'agissait d'un carrier surpris dans un éboulement, et amené à l'hôpital Cochin, le 5 mai 1854, avec des lésions multiples; une fracture du bras droit compliquée de plaie, une fracture comminutive de la cuisse du même côté, et, enfin, une lésion complexe de l'articulation coxo-fémorale gauche, qui fixa mon attention, et qu'à l'aide d'un examen minutieux et sévère je ne tardai pas à reconnaître pour une fracture du sourcil cotyloïdien avec la subluxation de la tête du fémur. La résolution du membre par le chloroforme rendait au reste les signes de cette affection assez nette et caractéristique pour ne laisser aucun doute dans notre esprit.

Voici en quoi ils consistaient: 1° une douleur vive existait au niveau de l'articulation; 2° la cuisse était raccourcie de quatre à cinq centimètres environ; 3° le pied était dans la rotation en dehors; 4° le grand trochanter faisait saillie en avant et en dehors; 5° les mouvements imprimés au

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 516.

membre donnaient lieu à une crépitation très-manifeste; 6° une traction en bas produisait un ressaut brusque et une véritable réduction qui se détruisait promptement dans les mouvements d'adduction du membre, et se maintenait au contraire si la cuisse était portée au dehors; 7° enfin, pendant cette réduction il était facile d'imprimer au membre des mouvements de flexion, d'abduction et même de circumduction.

En présence de tels symptômes, il était évident qu'une lésion grave existait dans la hanche. Mais quelle pouvait être cette lésion? Était-ce une fracture du col, une luxation, ou bien une fracture du sourcil cotyloïdien.

La fracture du col du fémur a pour symptôme une douleur vive dans la région de la hanche, l'impossibilité des mouvements volontaires, la crépitation, un raccourcissement de plusieurs centimètres, que l'extension fait disparaître et qui se reproduit quand on abandonne le membre à lui-même. Or tous ces signes existaient chez notre malade. Mais dans la fracture du col du fémur, le pied est tourné en dehors; ici, au contraire, il était tourné en dedans. Dans la fracture la réduction se fait sans secousses, et le raccourcissement se reproduit dans toutes les positions; ici la réduction produisait un bruit manifeste et se maintenait quand on portait le membre dans l'abduction.

Ces derniers symptômes détruisaient donc les présomptions que faisaient naître les premiers, et ne me permirent pas d'admettre une fracture du col.

Était-ce une luxation? Je dus d'abord exclure les luxations sus et sous-pubiennes, qui l'une et l'autre s'accompagnent d'une abduction de la cuisse et de la rotation du pied en dehors.

Les symptômes de la luxation iliaque et de la luxation ischiatique se rapprochent davantage de ceux que nous avons sous les yeux. Dans l'une et l'autre de ces lésions, en effet, le membre est raccourci et dévié en dedans comme chez notre malade. La réduction de même s'opère brusquement et avec bruit. Mais dans la luxation simple il n'y a pas de crépitation; le membre, une fois ramené à son état normal, ne revient pas spontanément à sa position vicieuse; de sorte que je trouvais encore ici des symptômes contradictoires.

Au contraire, dans l'hypothèse d'une fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation incomplète en haut et en dehors, toute la série des phénomènes que j'avais constatés trouvait une explication facile et le paradoxe disparaissait.

En effet, le raccourcissement du membre, la déviation du pied en dedans, étaient une conséquence forcée du déplacement que la tête du fémur avait dû éprouver en haut et en dehors par suite de la fracture du sourcil cotyloïdien. Il en était de même de la réduction facile et accompagnée de ressauts appréciables; de la reproduction du raccourcissement quand la cuisse était écartée en dehors, de la crépitation, enfin de tous les signes que nous avons notés.

L'existence d'une subluxation du fémur accompagnée de fracture du sourcil cotyloïdien ne laissa donc aucun doute dans mon esprit.