

leaux d'ouate et des attelles, suivant la direction de la saillie du fragment qui est à repousser. La contre-extension se fait par le poids du corps; il est bon de placer une brique sous chacun des deux pieds antérieurs du lit. L'appareil posé, il faut examiner si la traction se fait bien, si le poids pend bien librement pendant les diverses excursions que les mouvements du blessé lui feront subir :

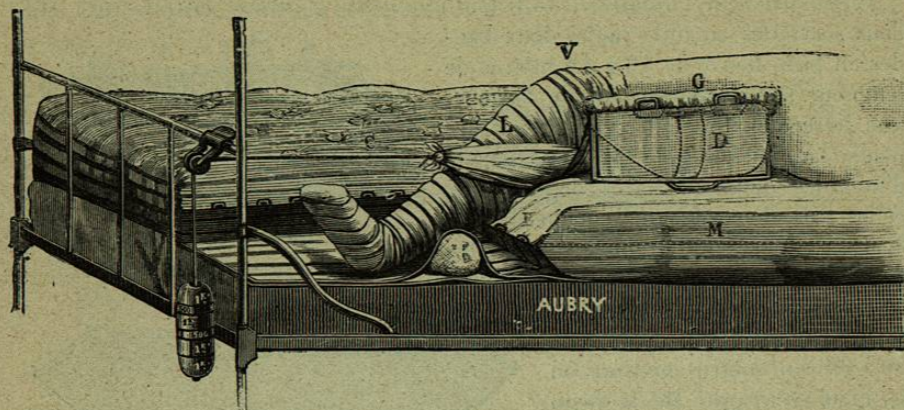


Fig. 18. — Appareil de Hennequin pour les fractures du fémur.

un cerceau protège le membre, des coussins le calent, en particulier un coussin sous le tendon d'Achille, pour que le talon ne frotte point (fig. 18).

Surveillance du blessé. — Deux fois par semaine, au besoin tous les jours, il faut surveiller l'extension, augmenter les poids, s'il est nécessaire, remplacer les coussins, rétablir l'abduction; enfin de temps en temps on ouvrira la gouttière pour examiner l'état de rectitude du fémur, l'évolution du cal, etc.

L'appareil doit être laissé au minimum pendant deux mois en place.

c) **Appareil de Delbet.** — Récemment Delbet a appliqué avec succès aux fractures de cuisse des appareils plâtrés permettant au malade de marcher, sans que la contention du foyer de fracture ait à en souffrir, et sans que les résultats obtenus soient inférieurs à ceux obtenus avec les divers appareils à traction continue. Cet appareil a pour but de « figer l'extension » réalisée par la réduction sous anesthésie chloroformique. « Il prend point d'appui en haut sur l'ischion et le pubis, en bas sur les condyles du fémur soigneusement moulés, et, entre ces points d'appui supérieur et inférieur, s'étend une tige rigide qui les empêche de se rapprocher; il les fige dans les rapports réciproques qu'on leur a donnés. » Pour avoir un point d'appui efficace sur l'ischion, il faut y appliquer fortement un gros tampon imbibé de plâtre, de manière à le mouler en quelque sorte sur l'os en déprimant les parties molles. Ce gros tampon est emprisonné ensuite dans les bandes que l'on dispose comme pour une coxalgie. On fera un même coussinet plâtré contre le pubis; enfin on s'appliquera à bien mouler les condyles. L'appareil bien fait est efficace; il immobilise les fragments dans la position qu'on leur a donnée, et le malade peut marcher sans crainte de provoquer un déplacement secondaire. Delbet recommande, pour la réduction, l'extension dans la position horizontale, le bassin reposant sur un pelvi-support, les épaules sur un tabouret, et le malade étant

maintenu par les aisselles; chez les adultes à musculature puissante, on peut porter la traction jusqu'à 30 kilogrammes.

Chez l'enfant les appareils précédents peuvent être employés; la traction doit être plus faible, et le temps d'application peut se réduire à un mois, à six semaines.

4° **Soins consécutifs.** — L'appareil enlevé, il faut examiner l'état de la consolidation, en maintenant solidement la cuisse au-dessus du foyer, et faisant effort avec le genou, pour imprimer des mouvements de latéralité; s'il persiste quelque mobilité, l'appareil sera réappliqué. Le blessé sera soumis aux bains, aux massages, aux mouvements passifs et actifs, tout en gardant le repos au lit pendant huit à quinze jours; puis on permettra la marche avec les béquilles.

Les pseudarthroses et les cals vicieux seront traités comme il est indiqué à ces mots.

Fractures sus-condyliennes. — Les fractures sus-condyliennes sont rares; elles se voient surtout chez les adultes du sexe masculin, à la suite d'une chute sur le genou, ou d'un traumatisme direct d'une certaine violence. Leur mécanisme est encore obscur.

Lésions. — Il est rare que le trait de fracture soit transversal; presque toujours il est oblique de haut en bas, et d'arrière en avant; le fragment supérieur fait une pointe qui menace le cul-de-sac sous-tricipital et les téguments situés au-dessus de la rotule, tandis que le fragment inférieur se renverse en arrière et va parfois léser les organes du creux poplité. L'action des jumeaux, d'une part, la direction du trait de fracture, d'autre part, explique ce double déplacement, et les complications qui peuvent en être le résultat. Il est beaucoup plus rare de voir l'obliquité inverse, c'est-à-dire en arrière et en bas; dans ce cas c'est le fragment supérieur qui menace les vaisseaux poplités. Le quadriceps étant souvent embroché par un des fragments, c'est à lui qu'il faut attribuer et l'irréductibilité, et l'interposition musculaire, complications de ces fractures.

Symptômes. — La déformation est caractéristique; le déplacement rappelle celui de la luxation en arrière du tibia, mais avec siège au-dessus des condyles et extrémités rugueuses au lieu de la surface lisse des condyles démis. Le ligament rotulien est relâché, il y a une dépression sus-rotulienne, qui surplombe la pointe facile à sentir du fragment supérieur. En arrière, le creux poplité est rempli par la saillie du fragment inférieur. La mobilité latérale de la jambe étant en extension, et la possibilité de dépasser la limite en rectitude de l'extension normale, sont à rechercher avec prudence; elles constituent d'excellents signes quand le gonflement, habituellement énorme,

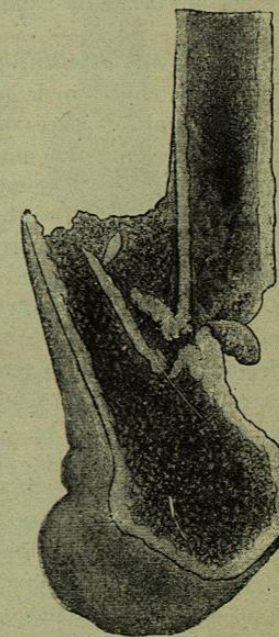


Fig. 19. — Fracture sus-condylienne du fémur. Déplacement habituel du fragment inférieur (bascule en arrière). (Traité de chirurgie, Ricard et A. Demoulin.)

masque les saillies et rend la palpation difficile, d'autant qu'un gonflement intra-articulaire, une hémarthrose qu'explique l'ouverture de la synoviale par le fragment supérieur, voilent la difformité et permettraient de faire errer le diagnostic sur les fractures intra-condyliennes ou rotuliennes (v. c. m.).

Ces fractures sont graves, parce qu'elles se consolident lentement, parce que l'exubérance du cal peut gêner les mouvements, que les pseudarthroses sont fréquentes, les raideurs articulaires presque de règle, et le traitement difficile à appliquer. Enfin il faut compter avec les complications possibles du côté des vaisseaux, et la perforation de la peau mettant le foyer en contact avec l'air extérieur.

Traitement. — La réduction n'est guère possible que sous chloroforme, surtout en agissant sur la jambe d'abord maintenue, fléchie à angle droit, pour libérer le fragment supérieur, puis en pratiquant l'extension dans la rectitude. On appliquera ensuite soit l'appareil de Tillaux, soit celui de Hennequin. Quand l'irréductibilité est complète, il faut mettre à nu le foyer de fracture, libérer les fragments, réséquer la pointe aiguë des os, et suturer ou pratiquer l'enchevillement.

Il faut compter avec trois mois au minimum pour obtenir le retour aux fonctions du membre. Dans certains cas, l'hématome est si considérable que des gangrènes ont nécessité l'amputation du membre.

Fractures sus et inter-condylienne. — Rare, et presque toujours déterminée par une chute sur le genou fléchi, elle est due à la pénétration entre les deux condyles ainsi séparés de la pointe en V du fragment supérieur. Il y a donc trait de fracture en Y que montre bien la figure 19.

Symptômes. — Le gonflement est énorme, et ici plus que dans la fracture précédente, et constamment, le *retentissement articulaire* est considérable. L'hémo-hydarthrose très marquée accroît la déformation osseuse : le genou est élargi transversalement par suite de l'écartement des deux condyles l'un de l'autre, ce qui le fait paraître aplati d'avant en arrière. La mobilité des deux fragments condyliens l'un sur l'autre est remarquable; il y a crépitation osseuse manifeste; on a parfois la sensation d'un sac de noix qu'on broierait entre les doigts. La rotule peut être enfoncée entre les deux condyles et la pression bilatérale l'en fait saillir.

C'est une fracture grave, elle laisse souvent après elle une ankylose partielle, et ne guérit pas en moins de six mois.

Traitement. — On se trouvera bien d'évacuer par ponction l'épanchement deux ou trois jours après le traumatisme, puis de faire un pansement compressif après réduction et coaptation aussi exacte que possible; on appliquera un appareil à extension sur la jambe pendant six semaines environ; après quoi on commencera le massage et la mobilisation passive. L'appareil de Scultet (V. JAMBE) peut rendre des services.

Dans les cas de réduction impossible, il faut ouvrir le foyer de fracture et suturer les fragments.

Fractures isolées des condyles du fémur. — Elles sont dues le plus souvent à des causes directes, passage d'une roue de voiture, coup de pied de

cheval; quelquefois à une cause indirecte, mouvement brusque de latéralité de la jambe combiné à un mouvement de torsion.

Le condyle fracturé, le plus souvent l'interne, s'écarte du fémur, remonte et se renverse en avant ou en arrière; le tibia suit le mouvement et fait avec la cuisse un angle ouvert en dedans ou en dehors suivant le côté atteint. Cette position que l'on peut exagérer à volonté met sur la voie du diagnostic; il faudra chercher, au milieu du gonflement articulaire énorme, à saisir le condyle détaché, et à lui imprimer des mouvements sur le fémur, enfin à bien le distinguer de la rotule, dont une fracture pourrait être cause d'erreur.

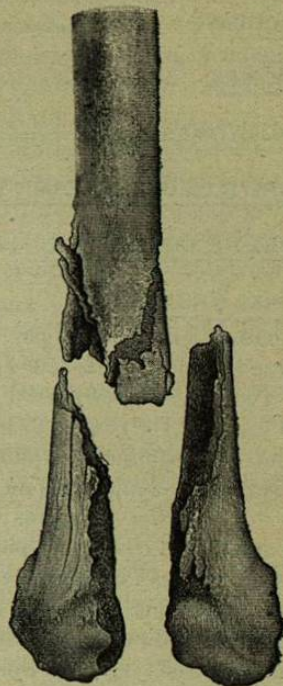
C'est une fracture moins grave que les précédentes; la réduction est habituellement facile, et la contention sera faite dans un appareil plâtré, la jambe étant en extension. S'il y avait la moindre difficulté à maintenir le fragment, ou à obtenir la réduction, le mieux serait de recourir à la suture du condyle fracturé; ainsi seraient possibles les mouvements précoces, et l'arthrite consécutive prévenue.

Décollements traumatiques. — Ils sont rares à l'extrémité supérieure de l'os; on a signalé les *disjonctions de l'épiphyse supérieure* souvent ignorées, parfois préludes d'une coxa vara traumatique, enfin prises par erreur pour une coxalgie au début; les *disjonctions de l'épiphyse du grand trochanter*.

Celles de l'épiphyse inférieure de l'os sont par contre fréquentes, et comptent parmi les décollements épiphysaires les mieux connus. Elles peuvent exister chez le nouveau-né, survenant à la suite de manœuvres obstétricales violentes; mais l'âge habituel où elles surviennent est vers 15 ans. Elles nécessitent pour leur production une violence indirecte et très énergique; on les voit succéder à l'engagement d'une jambe entre les rayons d'une roue, chez un enfant ayant grimpé derrière une voiture; les mouvements combinés d'extension exagérée, de latéralité et de torsion y contribuent.

Le trait de décollement est légèrement courbe, à convexité inférieure; son plan est transversal. La disjonction peut être incomplète ou complète; dans le second cas le fragment inférieur a tendance à se déplacer en arrière vers le creux poplité, comme dans une fracture sus-condylienne. Aussi les signes physiques seront-ils les mêmes; les saillies osseuses sont cependant plus mousses, et la crépitation plus fine.

Le pronostic de ce décollement est aggravé par de fréquentes complications; résultats de la violence du traumatisme causal: plaies des parties molles, dégâts intra-articulaires, blessure du paquet vasculo-nerveux du creux poplité, hémorragie souvent considérable pouvant amener la gangrène du membre.



S. DALEINE del

Fig. 20. — Fractures des deux condyles du fémur (Traité de chirurgie, Ricard et A. Demoulin).