

flexion complète sur le sujet endormi, et après avoir suturé et pansé la plaie, fixez le membre dans la flexion à angle aigu. Quelquefois même, on se trouvera bien de renouveler le pansement sous le chloroforme, et à deux ou trois reprises de changer la flexion en extension, et réciproquement, car chez l'enfant l'indocilité du sujet qui veut fuir la douleur compromet souvent le résultat du massage.

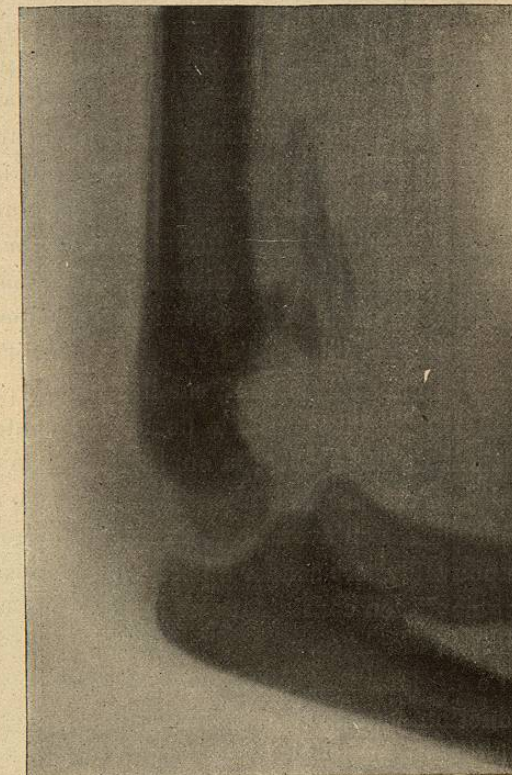
Dans le cas particulier, j'attends avant d'opérer, parce qu'il y a eu dans le membre des phénomènes inflammatoires graves, et parce que, l'accident ayant déjà trois mois de date, je ne puis espérer disjoindre le cal encore mou et réduire les fragments au lieu de les abraser<sup>1</sup>. En dehors de ces circonstances spéciales, mieux vaut opérer vite, quand vous êtes certains qu'un arrêt osseux limite la flexion, et surtout, comme cela m'est arrivé une fois, quand avec cela débutent de bonne heure quelques troubles du côté du nerf médian. Vous devez avoir ces éventualités présentes à l'esprit, car, même sur un sujet soigné à temps et par un médecin habile, la réduction ne se maintient pas toujours; et c'est ici, pour vous faire prendre une décision raisonnée, que la radiographie vous rendra les plus grands services. Sur le coude vu de profil, en effet, elle vous permettra de déterminer avec précision si la saillie anormale que vous révèle la palpation est constituée par la diaphyse opaque, irrégulière, pointue, ou par le cal un peu transparent, marqué par un contour vaguement estompé. Distinction importante, car la

1. L'opération a été pratiquée le 11 novembre 1901, après radiographie montrant un déplacement du fragment inférieur en arrière et en dedans. Après incision interne, j'ai abattu la pointe saillante, puis, pour pouvoir fléchir, j'ai dû réséquer la trochlée humérale. Le membre a été immobilisé en flexion à angle aigu, huit jours après en extension, huit jours plus tard en flexion. La réunion immédiate a été obtenue. L'enfant est en ce moment massé.

Les cas où l'on est conduit à opérer exclusivement parce que la saillie diaphysaire gêne la flexion sont fort rares, et la plupart des interventions sanglantes pour fracture supra-condylienne ancienne sont justifiées par les lésions nerveuses dues au déplacement osseux. Je renvoie, pour ce point spécial, à la leçon X de ce volume, consacrée aux complications nerveuses précoces des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. En dehors de cette complication, il ne faut opérer que les cas à limitation grave de la flexion, parce qu'après opération un des facteurs principaux du succès est le massage régulier de la jointure, et comme les massages sont douloureux, les enfants ne s'y soumettent que difficilement.

pointe diaphysaire doit être réséquée, tandis que les cals exubérants ne doivent pas être attaqués de bonne heure, chez l'enfant surtout, pour deux motifs: d'abord, ils sont susceptibles de résorption; en outre, quand on les évide alors qu'ils sont encore mous, ils se reproduisent facilement.

FIG. 41. — Radiographie d'un garçon de 9 ans, chez lequel une fracture datant de 2 mois et soignée par un rebouteux s'accompagne d'une limitation de l'extension à 120°, de la flexion à 90°. A voir l'image, on constate une réduction parfaite, sans obstacle à la flexion dû à une saillie de la diaphyse en avant. Un gros cal friable, entamé facilement par la curette, existait et dut être excisé. Il put être diagnostiqué cliniquement, mais était transparent aux rayons X. Voy. pour ces transparences du cal la note p. 83. Voy. aussi p. 159 la fig. 60. La fig. 61, p. 159, montre l'aspect de la saillie diaphysaire opaque. Il est donc impossible de s'en fier à la seule radiographie, au moins pendant les premières semaines, pour reconnaître le volume du cal.



Cela étant dit sur la nécessité évidente d'opérer chez la fille dont je viens de vous parler, retenez cependant que l'obstacle à la flexion peut s'atténuer à mesure que l'enfant avance en âge, la saillie diaphysaire s'éloignant de l'articulation à mesure que l'os s'allonge par ossification du cartilage conjugal. Il y a une migration vers la diaphyse semblable à celle qu'on observe pour les exostoses ostéogéniques (Voy. leçon XIV). Mais on ne doit tenir compte de ce fait que pour les cas légers.



IV

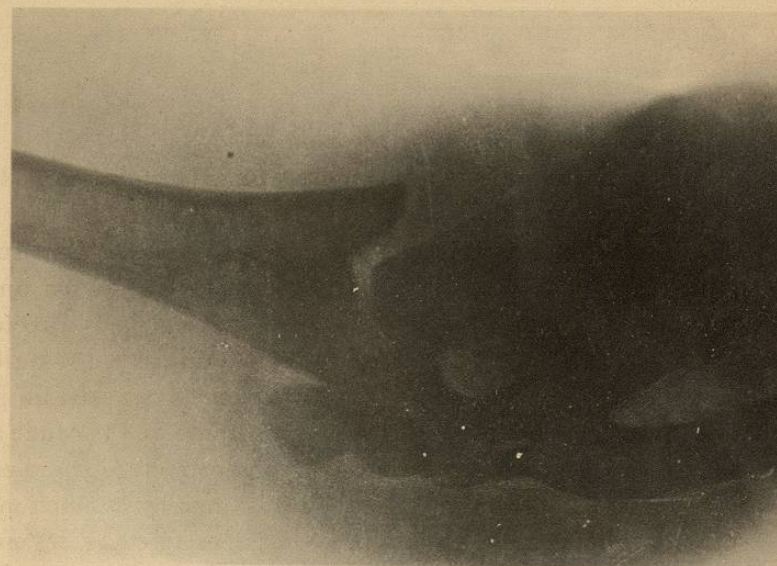
Pour terminer, je vais vous montrer un enfant porteur de la rare « fracture par flexion », aujourd'hui consolidée (pl. II).

Ce garçon, âgé de sept ans, était, le 6 septembre, assis sur une balustrade, à 1 mètre environ du sol, lorsque, poussé par un autre camarade, il tomba en arrière : le coude gauche porta directement sur le sol, et il y a eu tendance toute particulière au refoulement en avant, car, dans la chute, la main gauche avait saisi un poteau de la balustrade, et est ainsi restée plus haute que le coude fléchi.

Les signes immédiats furent ceux d'une fracture supra-condylienne : gonflement volumineux et diffus, impotence fonctionnelle, mobilité anormale et crépitation constatées au cours des mouvements communiqués. J'eus tout de suite l'impression d'une fracture à faible déplacement, car il n'y avait pas la saillie postérieure simulant la luxation. La flexion et l'extension communiquées allaient de 60° à 130°; la supination et la pronation étaient normales. C'est par la radiographie seulement que je reconnus le déplacement en avant, car, au milieu du gonflement immédiat, on ne pouvait guère songer à porter le diagnostic par la palpation des fragments, en constatant que la saillie postérieure, pointue, continuait la diaphyse.

Le déplacement étant notable, la fracture a été traitée, après réduction sous le chloroforme, par l'immobilisation à angle droit suivie de massage au bout de quinze jours. Dans un autre cas, que j'ai observé en janvier dernier sur un garçon de treize ans, le déplacement était presque nul, les fragments étaient engrenés, en sorte que le membre fut soutenu par une écharpe et massé; en trois semaines, la lésion était guérie, avec un cal à peine sensible, et certainement, sans la radiographie, la variété exacte de fracture eût été méconnue.

Chez notre malade actuel, le résultat anatomique et fonctionnel est presque aussi bon, et je suis certain que bientôt il sera aussi bon, c'est-à-dire que le sujet ne conservera, dans le fonctionnement



Face, montrant le déplacement en dehors.



Profil, montrant le déplacement en avant.

Fracture supra-condylienne par flexion.  
Garçon de 7 ans.



du coude, aucune trace de l'accident. Il a cependant été traité par l'application brève d'un appareil plâtré en flexion à angle droit, et il y a là une contradiction avec ce que je viens de vous dire sur les indications de la flexion et de l'extension dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Vous avez parfaitement raison, mais je n'ai agi de la sorte que parce que le déplacement était médiocrement accentué; il m'a semblé qu'à ce degré il serait facile à maintenir, qu'à cela suffirait la flexion; or, pour la commodité du blessé et de sa famille, l'appareillage en extension est fort désagréable; ce membre raide qui pend le long du corps est fort gênant. Aussi, pour les cas peu graves, je crois qu'on peut recourir à l'appareillage à angle droit, et le malade actuel justifie cette opinion. Cela me permet de conclure que bien exceptionnelles seront les indications de l'appareillage en extension, car la fracture à déplacement antérieur est rare, puisque deux fois seulement je l'ai observée sur 438 fractures humérales inférieures dont j'ai la radiographie, puisque, d'après les cas publiés, il semble que ce déplacement, quand il existe, soit rarement considérable.



## SEPTIÈME LEÇON

### FRACTURE ET DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE DU CONDYLE RADIAL DE L'HUMÉRUS

- I. — Analyse d'une observation. Nature de l'accident. Gonflement du coude sans saillie en arrière. Conservation des mouvements communiqués. Douleur provoquée par l'abduction.
- II. — Relations de la fracture et du décollement épiphysaire partiel. Déplacement dans la fracture; il se fait en dehors et en bas, rarement en avant; rotation possible à 180 degrés; mobilité anormale et crépitation. Déplacement et diagnostic du décollement épiphysaire.
- III. — Mécanisme de la fracture et du décollement. La fracture est due à l'association d'un arrachement par le ligament externe et de l'action directe du coin sigmoïdien. Le décollement est dû à un choc direct.
- IV. — Traitement: massage immédiat quand il n'y a pas de déplacement; dans le cas inverse, immobiliser d'abord en flexion. Cals vicieux; indications opératoires.
- V. — Les déviations ostéogéniques en valgus et en varus.

Avec les fractures transversales supra-condyliennes dont je vous ai parlé il y a huit jours à propos de deux malades, les fractures du condyle externe sont les plus fréquentes à l'extrémité inférieure de l'humérus: les deux variétés que je viens de nommer sont à peu près à égalité dans la thèse de Mouchet. Cependant, depuis ce moment, les supra-condyliennes ont augmenté davantage, puisqu'elles sont devenues, dans ma statistique, 60 contre 47. Après ces deux variétés, arrive l'arrachement de l'épitrôchlée, dont je vous ai entretenus il n'y a pas longtemps. Aujourd'hui, pour clore

la série annuelle de ces leçons, je peux vous présenter une fillette de huit ans atteinte de fracture du condyle externe, et, à l'aide de radiographies obtenues sur deux autres malades, que vous avez eus sous les yeux ces temps derniers, je désire vous expliquer ce qui est relatif aux fractures et aux décollements épiphysaires du condyle externe. Je vous aurai, en peu de leçons, parlé bien souvent des lésions traumatiques du coude, et l'ennui naîtra peut-être de cette uniformité: mais l'avantage est grand de voir défiler à court intervalle toutes les lésions que vous rencontrerez en pratique courante, de façon à n'avoir pas encore perdu le souvenir des malades auxquels vous devez comparer ceux que vous observez en ce moment.

#### I

Hier mardi 5 août 1901, l'enfant que je vous présente — fille de huit ans, je vous le répète — rentrait chez elle à midi, lorsqu'un chien lui passa entre les jambes: elle tomba sur le coude droit, et fut ramenée à domicile par un passant. La douleur était modérée, mais l'impotence fonctionnelle complète; en sorte qu'on conduisit la blessée à l'hôpital où, d'urgence, elle fut admise dans mon service, et ce matin, quoique le gonflement soit assez notable pour gêner un peu la palpation, vous pouvez trouver sans peine les signes caractéristiques vous permettant de diagnostiquer une fracture du condyle externe sans attendre l'épreuve radiographique — que je vous montrerai dès que je l'aurai, — mais dont je vais vous apprendre à vous passer aujourd'hui.

Vous n'avez rien à tirer de l'inspection, pour le diagnostic différentiel. L'attitude, le gonflement occupant toute la circonférence du coude, n'ont rien de spécial à la fracture du condyle en particulier. Déjà cependant — et ce signe deviendra plus net dans quatre ou cinq jours — l'ecchymose commence à se colorer au côté externe de la région, ce qui doit attirer votre attention vers le condyle correspondant. Tout ce que vous pouvez conclure, en regardant simplement la région, c'est qu'il n'y a pas en arrière