

que, dans une chute sur la partie postérieure du coude, vous puissiez voir que la ligne épiphysaire décollée bâille d'abord en arrière; que, à un degré de plus, la violence continuant d'agir, le condyle se déplace en avant: il faut, bien entendu, des radiographies prises

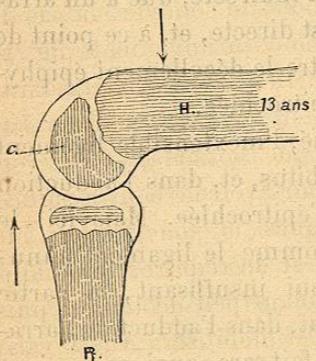


FIG. 47. — Le choc radial dans la chute sur la paume, coude fléchi (Farabeuf).

de profil et non point de face, pour que vous puissiez juger de ces faits, très nets sur les deux images que je vous ai présentées (Planche III). Au contraire, dans une chute sur la paume, avec flexion du coude, le choc radial auquel j'ai fait allusion tout à l'heure produira un décollement qui commencera en avant, et au dernier degré s'accompagnera d'un déplacement en arrière. C'est ce mécanisme sur lequel Farabeuf a insisté expérimentalement (fig. 47).

IV

Aucune complication n'existe chez notre malade. En particulier, j'ai recherché les signes d'une lésion nerveuse: radial, cubital et médian sont normaux. Pour ce cas simple, il ne nous reste donc plus qu'à instituer un traitement et à porter un pronostic sur le résultat fonctionnel.

Je vous répéterai d'abord ce que je vous ai dit pour la fracture supra-condylienne: quand il n'y a pas de déplacement, le meilleur traitement consiste à masser et à mobiliser; quand, au contraire, il y a déplacement, je vous conseille formellement d'immobiliser d'abord dans un appareil plâtré, après avoir de votre mieux réduit les fragments, sous le chloroforme. En effet, quoi qu'on prétende depuis quelques années, les saillies osseuses mal réduites sont parfaitement capables d'opposer aux mouvements du coude un obstacle mécanique, que malheureusement vous ne pourrez pas toujours supprimer entièrement, mais que vous devrez chercher à réduire au minimum. Pendant longtemps, on a abusé de l'immobilisation, on l'a trop prolongée; et l'on a vu se terminer par

ankylose, par infirmité pénible, des fractures par elles-mêmes peu graves. D'où une réaction qui a dépassé le but, quand on recommande de rétablir tout de suite la fonction sans prendre aucun souci de la forme. Il est certain, en effet, que, pour les fractures du condyle externe, la déviation en dehors du condyle n'a pas de

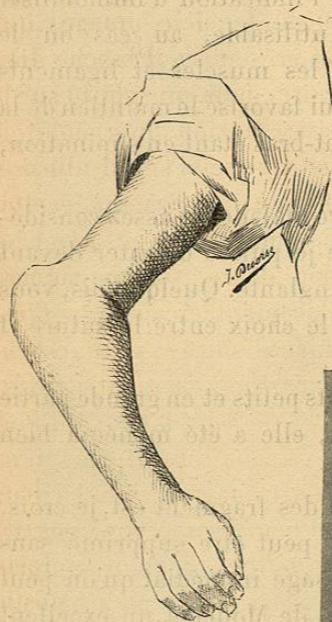


FIG. 48. — Saillie persistante du condyle externe après fracture de ce condyle. Garçon de 6 ans 1/2.

FIG. 49. — Radiographie de cet enfant 45 jours après l'accident.

Le massage et la mobilisation ont été commencés à cette époque, alors que le déplacement n'était pas corrigé, ainsi que le prouve la radiographie; et, quoique l'enfant ne soit venu que très irrégulièrement, nous l'avons revu au bout de 6 mois avec une flexion normale et une extension très bonne; l'avant-bras se met en rectitude, mais non en hyperextension comme du côté sain.



notre fillette : pendant dix à douze jours elle va porter une gouttière plâtrée postérieure, et je puis vous prédire qu'elle ne sera pas ankylosée, pas plus que ne l'ont été mes autres malades.

C'est vous dire que, pour le choix de la position en flexion ou en extension, je ne tiendrai pas compte, comme on le faisait autrefois, de l'ankylose possible : d'où l'indication d'immobiliser en flexion, pour avoir un membre utilisable, au cas où le coude s'ankyloserait. Mais en flexion les muscles et ligaments épicondyliens sont mieux relâchés, ce qui favorise le maintien de la réduction, et c'est à cette position, l'avant-bras étant en supination, que je donne la préférence.

Le déplacement du condyle chez notre malade est assez considérable, mais de loin pas assez pour que je puisse discuter devant vous l'opportunité d'une intervention sanglante. Quelquefois, vous y serez contraints, et vous aurez alors le choix entre la suture et l'ablation du condyle.

Chez l'enfant, la suture de ces fragments petits et en grande partie cartilagineux n'est pas facile; pourtant, elle a été menée à bien par Kocher chez un garçon de sept ans.

D'une manière générale, l'extirpation des fragments est, je crois, la meilleure opération, car le condyle peut être supprimé sans inconvénient fonctionnel, grâce au massage immédiat qu'on peut entreprendre; et j'ai vu entre les mains de Mouchet un excellent résultat de cette pratique chez un jeune homme dont le condyle avait été fracturé — sans plaie — par la roue d'un omnibus (fig. 50).

Mais c'était un garçon de dix-huit ans, chez lequel par conséquent l'ossification condylienne n'avait plus grand-chose à faire : chez l'enfant, il faut être plus sobre de ces résections, car, après suppression du cartilage conjugal condylien, on peut observer une déviation ultérieure du membre en cubitus valgus. Dans sa thèse, Mouchet croit que ce n'est pas un bien gros inconvénient, car le cubitus valgus ne compromet pas la souplesse du coude; mais nous avons appris depuis, que, par cette déviation, le nerf cubital peut subir une atteinte tardive. Donc, chez l'enfant, on ne devra pas opérer trop tôt: il sera toujours temps d'extirper le fragment si, après immobilisation, on voit qu'il cause de la gêne. Mais il ne

suffit pas qu'il soit saillant, et c'est pour cela que j'ai fait venir aujourd'hui un garçon de huit ans chez lequel persiste une difformité notable. La fracture, vieille de quinze jours, paraît avoir été assez mal soignée au début; et sur la radiographie vous constatez

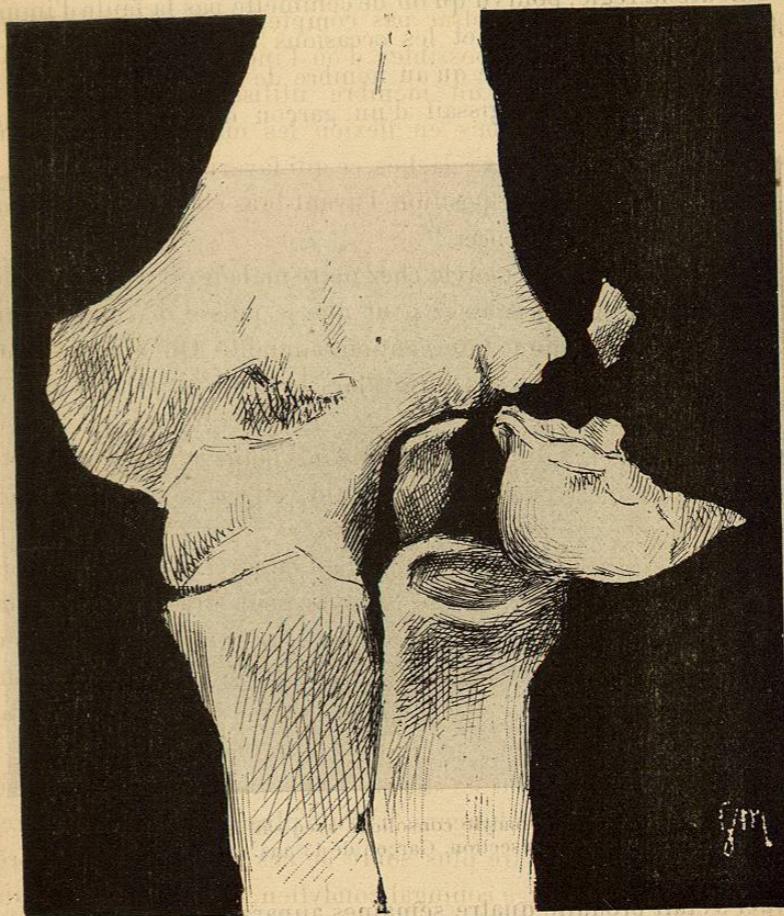


FIG. 50. — Fracture par écrasement, ayant exigé l'extirpation du fragment. Homme, 18 ans 1/2.

que le fragment condylien est resté tourné en dehors, d'où une saillie assez disgracieuse, qu'on aurait sans doute pu éviter grâce à un traitement bien dirigé pendant les premiers jours. Mais le fonctionnement est bon : déjà aujourd'hui les mouvements se sont

d'eux-mêmes à peu près rétablis; dans quelques semaines, grâce au massage, ils seront normaux. Ma conclusion est donc de ne rien faire. Ce rétablissement, sinon parfait, au moins très suffisant, est d'ailleurs la règle, pourvu qu'on ne commette pas la faute d'immobiliser trop longtemps; et les occasions que j'ai eues d'opérer secondairement n'ont été qu'au nombre de trois.

Dans un cas, il s'agissait d'un garçon de treize ans, chez

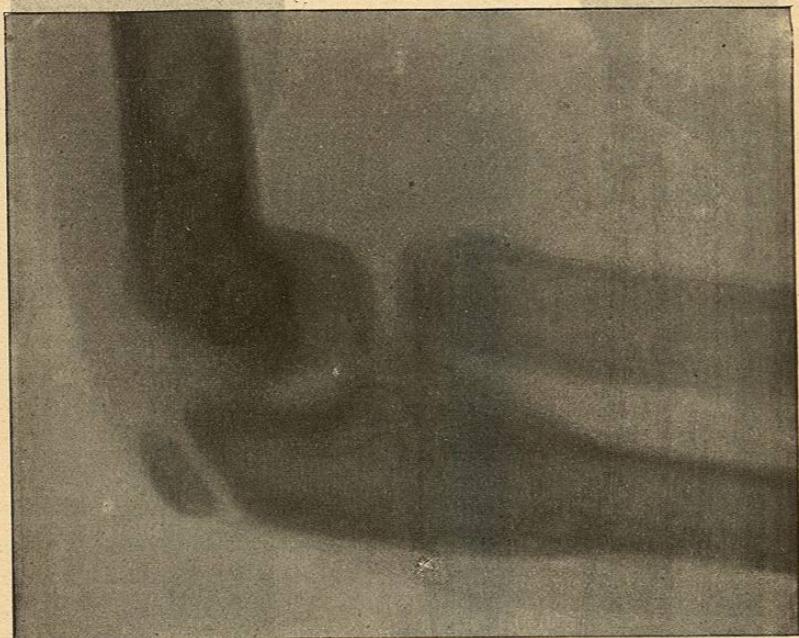


FIG. 51. — Fracture du condyle consolidée avec saillie vicieuse en avant. Résection. Garçon de 13 ans.

lequel s'était produite quatre semaines auparavant, par une chute sur le coude, une fracture du condyle, avec fort déplacement en avant. Sans appareil, sans tentative de réduction, il fut traité par le massage immédiat, et nous le vîmes avec une flexion ne dépassant pas 80°, avec une supination très gênée. La radiographie, puis l'opération, me démontrèrent que le condyle était consolidé et faisait en avant avec la diaphyse un angle de 90°; le 27 juillet 1897,

j'ai reproduit d'un coup de ciseau le trait de fracture, j'ai enlevé le condyle, et j'ai obtenu finalement une flexion normale, une supination améliorée, mais encore diminuée, peut-être parce que j'ai fait une ablation d'os un peu parcimonieuse. Quelques semaines plus tard, le 18 septembre 1897, chez un garçon de douze ans dont la fracture avait été méconnue également deux mois et demi auparavant dans un autre hôpital, j'ai enlevé de même le condyle qui, un peu saillant en avant, arrêtait la flexion à 90°, l'extension à 110°, la pronation et la supination étant normales; deux mois plus tard, la flexion dépassait 80°, l'extension 150°, et les mouvements provoqués pouvaient atteindre 50° et 160°. Mais l'enfant, très pusillanime, n'avait pu être régulièrement massé.

Cette déviation du fragment n'est pas la seule cause possible d'une limitation mécanique des mouvements: vous devez, en outre, tenir compte de l'exubérance possible du cal. Je vous dirai même que, quelle que soit la variété de fracture, cette exubérance est très fréquente chez l'enfant; mais, heureusement, le travail de résorption a coutume d'être aussi actif que le travail de production, et en quelques semaines le cal, d'abord gros, énorme même, diminue de volume, en même temps que reviennent les mouvements. Ce qui est certain, c'est qu'une fois seulement j'ai dû abraser le cal exubérant, et c'était chez un homme de cinquante-sept ans, dont certaines particularités rendent l'histoire intéressante, car nous fîmes une erreur de diagnostic sur le siège de la fracture. L'accident — une chute sur le coude — datait de six semaines; au moment de notre examen, la flexion n'allait qu'à 90°, l'extension à 130°, la supination et la pronation étaient limitées, et de là une gêne professionnelle considérable, le malade étant peintre sur porcelaine et ayant surtout besoin d'une bonne flexion.

A la palpation, sous les masses musculaires légèrement atrophiées, nous sentîmes une tuméfaction osseuse portant sur le condyle, et surtout sur la trochlée; cette saillie, haute de trois travers de doigt, s'étendant du tendon du biceps à l'épitrôchlée, formait un butoir contre lequel, dans la flexion, venait s'arrêter la pointe du coroné. Aussi pensâmes-nous, avec Mouchet, à une fracture probablement supra-condylienne, en tout cas trochléenne

avec cal saillant en avant et comblant la cavité coronoïdienne. Tout ce que nous montra la radiographie, exécutée de profil, fut une saillie osseuse à contours estompés, collée contre la face antérieure de l'humérus.

Pour rendre au malade la flexion indispensable à l'exercice de

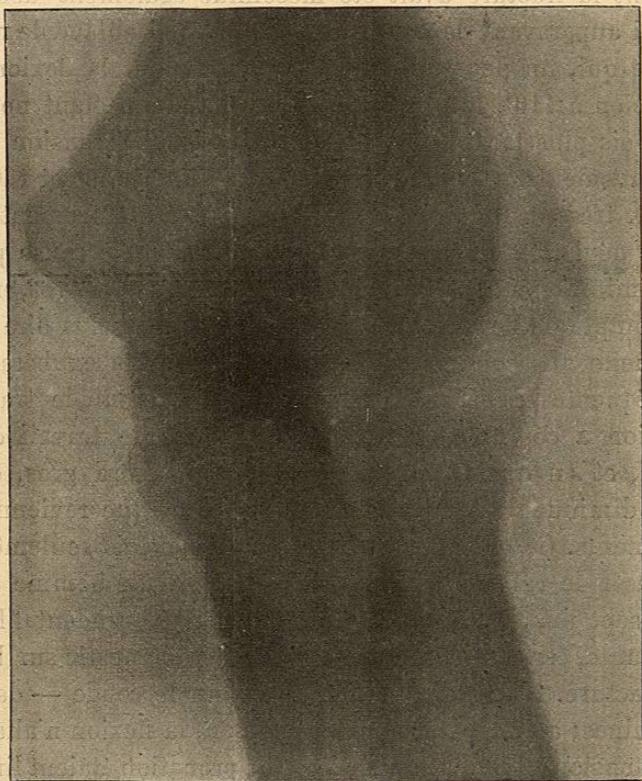


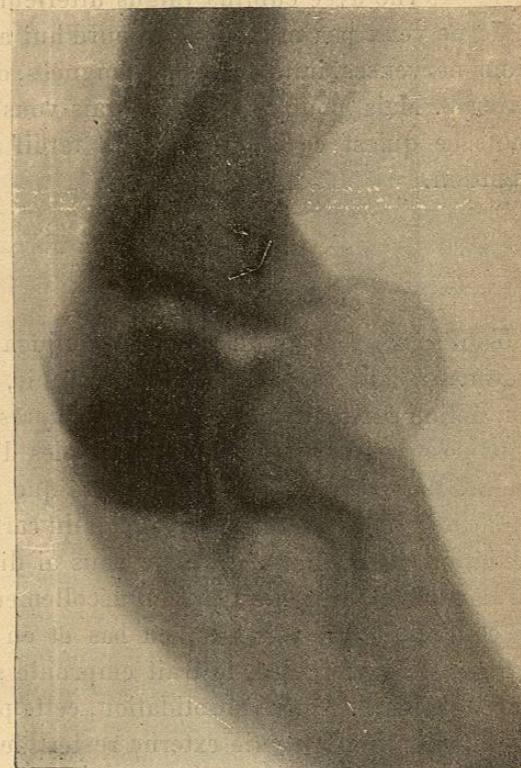
FIG. 52. — Cal exubérant de fracture ancienne du condyle externe.

sa profession, il fallait abraser le butoir : c'est ce que je fis le 31 juillet, par une incision verticale antéro-interne, car l'obstacle était en dedans. J'arrivai ainsi sur une masse d'os nouveau, spongieux, sous-périostique, que j'enlevai à la curette; et ma surprise fut alors grande d'avoir mis à nu la face antérieure de l'humérus parfaitement normale et lisse en dedans, traversée au contraire en dehors par le trait caractéristique d'une fracture oblique du condyle,

consolidée. Dans ce cal, dû sans doute à un décollement périostique, était bien la cause de la limitation de la flexion, car aussitôt après son abrasion l'avant-bras put être fléchi à 60°. Au huitième jour, la réunion étant obtenue, M. Mouchet commença les massages, et au quatorzième jour le blessé rentra à Limoges, avec 65° de flexion et 140° d'extension.

Ce fait vous prouve, une fois de plus, que même après radio-

FIG. 53. — Cal exubérant d'une fracture ancienne du condyle externe chez un homme de 57 ans. Radiographie prise de profil; la fig. 52 est la radiographie du même coude, prise de face. Accident ayant six semaines de date. Cal formant une masse estompée cachant toute l'extrémité inférieure de l'humérus et ayant fait croire à une fracture supra-condylienne. Abrasion de ce cal qui limitait la flexion, et c'est seulement après cette abrasion que le trait de fracture est devenu visible. Sur les ostéotomies pour fracture du condyle sérieusement consolidée, voy. PIÉCHAUD, *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd.*, Bordeaux, 1899, p. 555.



graphie, le diagnostic précis d'une fracture ancienne, noyée dans le cal, peut n'être pas toujours aisé, et vous y trouverez un exemple de la ressemblance possible entre une fracture du condyle externe et une fracture supra-condylienne. Pour ces fractures consolidées, les erreurs ne sont pas rares en clinique, mais il convient de reconnaître que la plupart du temps la radiographie permet de les

rectifier; c'est ce qui eut lieu, je vous le rappelle, chez une fille dont la fracture supra-condylienne¹, consolidée en varus, ressemblait à une fracture du condyle externe; et je vous rappelle également que chez un adulte, atteint de compression très tardive du nerf cubital, je crus à la compression du nerf soulevé par le vieux cal d'une fracture du condyle interne, alors que la radiographie, pratiquée quelques années plus tard, a démontré une fracture du condyle externe avec cubitus valgus ultérieur.

Je ne veux pas m'occuper aujourd'hui avec vous des complications nerveuses, immédiates ou éloignées, des fractures du condyle externe. Mais, pour terminer, je vais vous expliquer en quelques mots ce qu'est ce cubitus valgus tardif dont je viens de faire mention.

V

Toutes les fois qu'un cartilage conjugal a été décollé par un trauma, il faut vous méfier, pour l'avenir, qu'il soit troublé dans son action ossifiante; et quelquefois, après décollement complet, vous observerez des défauts fort pénibles d'accroissement en longueur. Mais si le décollement n'a été que partiel, le travail marchant inégalement sur les deux côtés du cartilage, il en résulte une déviation du membre. Or, si je vous ai dit que la vraie fracture du condyle externe n'est pas un décollement épiphysaire, je vous ai cependant fait voir que, en bas et en dedans, vers la lèvre externe de la trochlée, le trait emprunte souvent une partie du trajet conjugal. Après consolidation, cette partie peut devenir stérile, tandis que la partie externe restera fertile: aussi le condyle est-il alors capable, au lieu de grossir régulièrement, de ne plus guère s'allonger, c'est-à-dire s'abaisser, qu'en dehors. En sorte que la ligne de charnière du coude devient oblique en bas et en dedans, c'est-à-dire qu'il prend l'attitude de cubitus varus.

Dans un mémoire fort intéressant qu'il a consacré à ces troubles tardifs de l'ossification épiphysaire, Rieffel ne croit pas que la

1. Voy. leçon V, p. 70.

fracture du condyle externe puisse provoquer une déviation inverse, c'est-à-dire un cubitus valgus, l'avant-bras étant oblique en bas et en dehors, formant avec le bras un angle obtus ouvert en dehors.

L'appréciation est ici délicate, vous ai-je dit dans une leçon précédente¹, car, à l'état normal, l'avant-bras est en valgus léger sur le bras, et dès lors l'état pathologique peut aisément passer inaperçu. D'autant mieux que le degré de valgus normal est très variable d'un sujet à l'autre: l'angle moyen est de 170°, mais avec des chiffres extrêmes de 155° à 180°, c'est-à-dire à la rectitude. Or, pour juger d'un cas individuel, une moyenne n'a aucun intérêt. Heureusement que vous vous tirerez d'affaire par la comparaison du coude blessé et du coude sain, car le valgus normal est, à peu de chose près, égal des deux côtés; et de la sorte j'ai constaté qu'après une fracture du condyle externe peut évoluer un cubitus valgus vrai, progressif, donc ostéogénique. Je viens de vous citer un cas dans lequel, avant radiographie, j'avais cru à une fracture du condyle interne; dans la thèse de Mouchet vous en trouverez deux autres, un tardif, un constaté à un degré léger, quatre mois après l'accident. Il est probable que dans ces cas, en même temps que se produisait la fracture, le cartilage conjugal a été lésé, peu ou beaucoup, sur toute sa surface et non pas seulement dans son bout trochléen, en sorte que, le condyle tout entier cessant de s'allonger, la lèvre interne de la trochlée s'abaisse de plus en plus par rapport à lui, l'obliquité de l'interligne articulaire en bas et en dedans s'exagère, et avec elle le cubitus valgus.

Ces déviations ostéogéniques en valgus et varus ne troublent en rien les mouvements du coude. Leur danger possible n'est pas là, mais dans la compression qui peut en résulter pour le nerf cubital au niveau de la gouttière olécrano-épitrochléenne. De là certaines indications opératoires à longue échéance, auxquelles vous vous souvenez peut-être que j'ai déjà consacré une leçon².

1. Voy. leçon V, page 72.

2. Voy. leçon X, page 161.

HUITIÈME LEÇON

DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE DE L'ÉPITROCHLÉE FRACTURE DE L'ÉPICONDYLE

- I. — Symptomatologie très nette de la lésion. Différences avec la contusion avec l'entorse.
- II. — Déplacement habituel en bas et en dedans du fragment attiré par le ligament latéral interne. Mécanisme de l'arrachement osseux; c'est un intermédiaire entre l'entorse par abduction et la luxation.
- III. — Association possible de la fracture à la luxation; possibilité d'une interposition du fragment épitrôchléen causant l'irréductibilité primitive.
- IV. — Lésion concomitante possible du nerf cubital.
- V. — Traitement par la mobilisation immédiate. Rareté des indications opératoires.
- VI. — Comparaison avec la rare fracture de l'épicondyle.

Parmi les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant, le décollement épiphysaire de l'épitrôchlée mérite d'être étudié avec quelques détails : il est, en effet, assez fréquent, puisque, pendant qu'il faisait sa thèse, M. Mouchet en a recueilli 22 observations dans mon service, et qu'aujourd'hui je peux vous présenter deux enfants qui en sont atteints. Chez tous les deux, nous n'avons vu la lésion que plusieurs jours après l'accident; mais les symptômes étaient encore assez nets pour nous permettre un diagnostic que la radiographie a confirmé de tous points. En examinant devant vous ces deux malades comparativement, j'espère vous faire comprendre certains faits relatifs aux entorses,

aux luxations du coude, aux décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure de l'humérus; c'est dans ces questions de mécanisme que réside le principal intérêt de la lésion, car le diagnostic est facile à établir.

I

La symptomatologie, en effet, est de celles que l'on pourrait inventer sans voir un malade; vous vous en rendez compte sur l'enfant que je vous présente, chez lequel, pendant son séjour à notre salle Dolbeau, vous avez pu suivre l'évolution clinique très nette de la fracture, chez lequel vous trouverez aujourd'hui, après guérison, des signes encore évidents.

C'est un garçon de onze ans et demi, entré à l'hôpital il y a un mois. Rien n'est à relever dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Huit jours auparavant, étant sur un banc, il avait été poussé par un camarade et avait fait une chute sur le coude : tout de suite il avait ressenti une vive douleur à la région interne du coude, d'où une impotence fonctionnelle non pas absolue, mais notable, dont les parents ne s'inquiétèrent d'abord pas. La voyant persister, ils se décidèrent à nous amener l'enfant, et voici ce que nous constatâmes :

Le petit malade se présentait encore dans l'attitude habituelle des sujets atteints de lésions traumatiques du coude : flexion entre 130 degrés et 140 degrés, main en position intermédiaire à la pronation et à la supination, et soutenue par la main du côté opposé. Tout de suite, le regard était attiré sur la région interne du coude, car à ce niveau le gonflement était bien plus accentué qu'en dehors, et il s'accompagnait d'une forte ecchymose déjà parvenue, sur la périphérie, aux teintes jaunes finales, encore d'un violet noirâtre au centre de la région. On voyait cet aspect caractéristique précisément parce que le trauma était déjà assez ancien. Car le gonflement immédiat, dans les lésions traumatiques du coude, a coutume d'être à la fois intense et assez également réparti sur toute la circonférence du membre; il ne se localise