

épingle la peau de l'annulaire et de l'auriculaire ; vous m'avez entendu leur demander si aucun trouble moteur ou sensitif — paralysie, gêne, crampes, douleurs irradiées, fourmillements — n'existait dans le territoire du nerf. Je n'ai rien trouvé de suspect, et j'ajouterai qu'il en a été ainsi chez tous les patients que j'ai eus entre les mains, en particulier chez les 22 dont les cas ont été publiés par M. Mouchet. Mais les observations premières de B. Granger, celles de Richet, de Denucé, de Brandenburg, de Fallier¹, nous prouvent que, parmi les fractures du coude, celles de l'épitrôchlée se compliquent assez volontiers de la sorte ; B. Granger, avec ses trois cas initiaux, a toutefois été desservi par un hasard de série. Et vous devrez surveiller attentivement les blessés à ce point de vue pendant plusieurs semaines, car si la lésion nerveuse est d'ordinaire immédiate, elle peut être tardive, due à la compression par l'épine osseuse d'un cal exubérant, comme l'a observé Denucé. Il faut alors, sans contredit, évier le cal à la gouge et libérer le nerf : c'est ce que fit Brandenburg, au bout de six semaines, chez une jeune fille de dix-neuf ans, et il obtint la guérison complète après un mois d'électrisation. Quant aux paralysies ou parésies immédiates du nerf cubital, elles ne constituent pas une indication à une intervention chirurgicale libératrice, car, malgré l'opinion de B. Granger, elles ne sont en général pas dues à la compression du nerf par le déplacement du fragment², mais à sa contusion directe au moment de l'accident ou à sa compression par l'épanchement sanguin. Recherchez toujours avec soin les symptômes caractéristiques, avertissez bien les familles de la possibilité de cette complication, car sans cela on aura tendance, si la paralysie survient, à incriminer votre traitement, à vous accuser d'impéritie, et, si cela peut être exact pour certaines paralysies tardives par cal exubérant, au moins mettez-vous à l'abri de tout soupçon pour les lésions nerveuses immédiates ; montrez bien, si elles existent, qu'elles sont antérieures à votre intervention.

1. DENUCÉ, art. *Coude* du *Dict. de méd. et chir. prat.*, Paris, p. 721. — RICHEL, VOY. CÉSAR, *Thèse de doct.*, Paris, 1876, n° 228. — FALLIER, *Thèse de doct.*, Paris, 1888-1889, n° 284. — BRANDENBURG, *Inaug. Diss.*, Greifswald, 1880.

2. Voyez cependant la note, p. 138.

V

Lorsqu'il n'y a pas une luxation concomitante et se reproduisant au moindre mouvement, — je vous renvoie pour ce cas à ce que j'ai dit plus haut, — le traitement doit consister en massages et mobilisation *immédiats* ; aucun appareil inamovible ne sera appliqué et, entre les séances, le membre, protégé par un peu de ouate, sera seulement maintenu dans une écharpe. Vite on dira au patient de s'en servir peu à peu et il faut prédire qu'en cinq à six semaines le retour des fonctions sera parfait. Il est fort avancé chez notre enfant dont la fracture a dix-neuf jours de date ; il est à peu près complet chez celui qui en est atteint depuis un mois. Chez ce dernier vous constaterez une particularité utile à connaître : le fragment épitrôchléen ne crépite plus, n'est plus douloureux, mais il est toujours un peu mobile. Cette absence de consolidation est rare, mais non point exceptionnelle. Elle se conçoit ; lorsque le déplacement du fragment en bas est considérable d'ordinaire, sous l'influence du massage, l'épitrôchlée remonte peu à peu et se consolide, tout en restant, il est vrai, anormalement saillante, mais quelquefois elle ne se soude pas à la diaphyse humérale. Cela n'a d'ailleurs eu aucun inconvénient pour le fonctionnement du coude, chez les quelques malades que j'ai déjà observés.

Le fragment déplacé ne cause une gêne que lorsqu'il tombe, comme je vous l'ai dit, sur le bord interne de l'apophyse coronoïde, entre elle et la trochlée ; si quelquefois les massages peuvent l'en déloger, le résultat n'est pas toujours obtenu à si peu de frais. Peut-être, quand ce déplacement si gênant pour la flexion persiste, est-ce que le traitement a été au début médiocrement dirigé. Mais il pourra vous arriver d'être consultés, sans être initialement responsables, par des malades en cet état. Alors le massage et la mobilisation pourront rendre à la jointure sa souplesse, ou à peu près. M. Paulet a montré à la Société de chirurgie une pièce où ce petit fragment formait « un petit os surnuméraire,

recouvert de cartilage d'encroûtement et faisant, en réalité, partie des surfaces articulaires. » Mais dans un cas d'interposition entre la trochlée et l'olécrane, il en résulta une ankylose à angle droit pour laquelle, chez un enfant de onze ans, Sprengel pratiqua la résection du coude. Il est toujours difficile de juger à distance la conduite d'un chirurgien, mais il me paraît probable que la résection du petit fragment aurait pu suffire : elle eût certainement suffi dans les premiers jours après l'accident ; aujourd'hui que vous avez les ressources de la radiographie, vous seriez impardonnables de ne pas traiter tout de suite une semblable interposition.

Lorsqu'on étudie le pronostic d'une fracture du coude, le fait capital est le résultat fonctionnel, mais l'on doit tenir compte aussi du résultat esthétique ; en particulier, lorsque les cartilages épiphysaires sont en jeu, on doit rechercher si, par perturbation de leur pouvoir ossifiant, le coude blessé n'est pas exposé à des déviations secondaires en dedans ou en dehors. Dans l'espèce, la diaphyse entrant comme un coin entre l'épitrôchlée et la trochlée, en sorte que très vite l'épitrôchlée devient une apophyse, on se demande comment la variété de fracture que nous étudions pourrait être suivie de cubitus valgus ou varus tardif, ostéogénique. Les faits qui lui sont attribués par von Lesser pour le cubitus varus, par Berthomier pour le cubitus valgus, nous paraissent douteux : il est bien possible que, par le trauma, d'autres régions du cartilage épiphysaire proprement dit aient souffert, en particulier vers le condyle externe. Car bien des décollements épiphysaires sans déplacement ou à très faible déplacement étaient pris pour des entorses, pour des contusions, avant l'emploi des rayons de Röntgen.

Même à ce point de vue, donc, le pronostic éloigné de la fracture de l'épitrôchlée est d'une bénignité parfaite. J'ai soigné de nombreux malades ainsi atteints : chez tous, par le traitement si simple que je vous ai conseillé, j'ai obtenu le retour complet des fonctions sans lésion du nerf cubital, sans difformité. Il m'est donc impossible d'accorder à M. Kocher que toujours, que la fracture soit récente ou ancienne, il faille extirper le fragment ; il m'est impossible de trouver que Pauly ait bien fait de l'extirper chez un enfant de onze ans, parce qu'il craignait un cal difforme. L'opéra-

tion est bénigne, elle ne nuira en rien au sujet : mais j'affirme — et les deux malades que je vous présente en font foi — que presque toujours elle est inutile, qu'elle devra être réservée aux cas exceptionnels, comme ceux de Denucé, de Brandenburg, où un cal vicieux comprime *secondairement* le nerf cubital.

VI

Laissez-moi terminer cette leçon, quoique je n'aie pas de malade correspondant à vous faire examiner, par deux mots de parallèle entre la fracture de l'épicondyle et celle de l'épitrôchlée. Car la très rare fracture de l'épicondyle est, en dehors, l'homologue de celle de l'épitrôchlée, et, comme elle, elle peut être produite soit par choc direct, soit par arrachement dans l'adduction du coude ; comme exemple de lésion directe on peut citer un cas où Bardenheuer a vu la fracture de l'épicondyle avec plaie, sur une femme de soixante-huit ans tombée d'un lieu élevé. Pour mon compte personnel, j'en ai observé deux cas, radiographiés, chez des enfants de huit et de neuf ans dont l'un était tombé sur le coude et l'autre sur la paume de la main.

A cet âge, de huit à quinze ou dix-huit ans, le décollement épiphysaire est possible, car le point osseux existe dans l'épicondyle ; et l'on conçoit que certaines soudures retardées jusqu'à vingt ou vingt-cinq ans rendent ce décollement admissible assez tard. Mais, faute de connaissances ostéogéniques exactes sur le développement de l'extrémité inférieure de l'humérus¹, on a émis à propos de ce décollement et de cette fracture des opinions insoutenables. Ainsi Coulon n'a recueilli qu'une observation « certaine » de cette fracture de l'épicondyle, et elle concerne un enfant de trois ans et demi : à cet âge le point osseux de l'épicondyle n'existe jamais. D'autres auteurs ont nié l'existence de cette fracture, et ont pensé qu'on avait pris pour elle des fractures du condyle interne. En

1. Voyez les figures de la page 78.

réalité, la radiographie a démontré que la fracture isolée de l'épicondyle existe; par la petitesse du fragment, par l'intégrité de l'articulation, elle est assez facile à différencier de la fracture du condyle externe. Les symptômes sont, en dehors, ceux de la fracture de l'épitrôchlée en dedans; et, comme pour cette dernière, vous traiterez par la mobilisation précoce et le massage¹.

1. Je compléterai cette leçon en reproduisant des figures fort intéressantes données par E. PAYR, Ueber Läsion des Nervus ulnaris bei Verletzungen am Ellbogengelenk, *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig, 1900, t. LIV, p. 166. Elles ont trait à

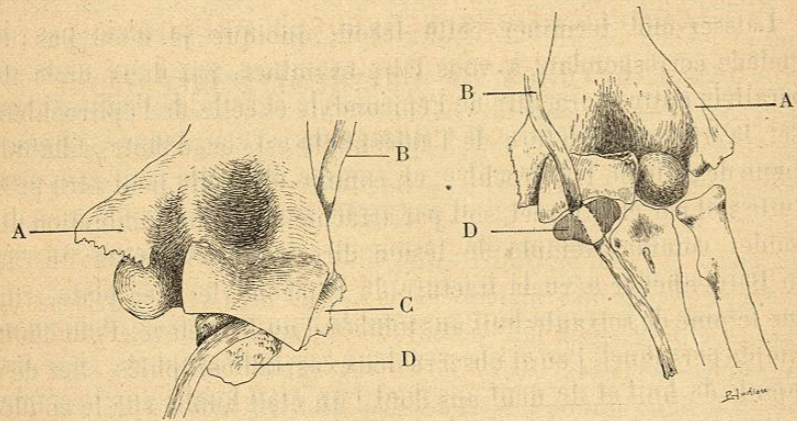


FIG. 54. — Vue d'arrière en avant.

FIG. 55. — Vue d'avant en arrière.

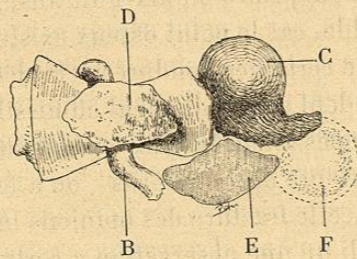


FIG. 56. — Vue de bas en haut.

une luxation incomplète en dehors avec arrachement de l'épitrôchlée. Le fragment épitrôchléen s'est logé entre la trochlée et la cavité sigmoïde en comprimant le nerf cubital contre le squelette. Il a été extrait et la paralysie a guéri. Sur ces figures on voit en A le trait de la fracture condylienne; en B le nerf cubital, appliqué contre la face antérieure de la trochlée par D, fragment épitrôchléen détaché de C. Sur la figure 56, E et F sont les coupes du cubitus et du radius.

NEUVIÈME LEÇON

COMPLICATIONS NERVEUSES PRÉCOCES DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

- I. — Observation d'un garçon atteint depuis deux ans d'une paralysie du nerf médian et un peu du radial consécutivement à une fracture supra-condylienne. Incertitude sur le moment exact du début. Indication d'essayer avant d'opérer le traitement par l'électricité.
- II. — Causes des paralysies immédiates : contusion directe des nerfs au moment du trauma; contusion par les fragments osseux déplacés, fait exceptionnel dans les fractures de condyle externe, moins rare dans les supra-condyliennes. Causes des paralysies secondaires : nerfs lésés par les fragments mal réduits, par le cal exubérant.
- III. — Paralysie immédiate complète, évidente, indiquant la recherche et la suture du nerf. Facilité de méconnaître les paralysies immédiates incomplètes et de les confondre avec des paralysies secondaires précoces. Guérison possible sans opération chirurgicale; sa rapidité paraît en rapport avec l'exactitude de la réduction. Indication de l'abrasion du cal ou des fragments saillants. Inconvénients d'une mauvaise réduction de la fracture. Ne pas trop attendre pour opérer. Gravité considérable de certains cas.

Toutes les fois que j'examine devant vous une fracture récente du coude — et, dans un service de chirurgie infantile, l'occasion en est fréquente — je vous signale la nécessité de toujours rechercher, tout de suite et les jours suivants, si rien, dans la motricité et dans la sensibilité, n'indique un trouble fonctionnel des nerfs médian, radial et cubital à l'avant-bras et à la main. Je reconnais que la difficulté de l'examen pendant les premiers jours est grande