

par Mouchet, par Rieffel; mais Rieffel a tort, je crois, de considérer que le valgus n'existe pas dans ces conditions et révèle toujours une difformité de consolidation : dans la thèse de Mouchet est l'observation d'une fille de trois ans chez laquelle le valgus survint au bout de sept mois. Et les deux cas, dont je vous parle aujourd'hui, de paralysie cubitale tardive, s'accompagnaient de cubitus valgus.

## IV

Vous voyez qu'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus peut se compliquer très tardivement d'une paralysie dont le mode de production, variable dans les détails, est toujours imputable à une cause mécanique.

L'histoire d'une de nos paralysies du nerf cubital, celle qui est apparue le plus tardivement, vaut la peine que je vous la conte en quelques mots<sup>1</sup>. M. G... avait eu une fracture du coude droit à l'âge de sept ans. Puis, en 1891, à l'âge de vingt-neuf ans, il vit sa main maigrir progressivement, mais vite, au niveau de l'éminence hypothénar et des espaces interosseux.

Consulté après quelques sommités médicales, je saisis la relation qui pouvait exister entre le traumatisme initial et la paralysie actuelle du cubital, qu'on avait mise sur le compte d'une affection médullaire. Il y avait une attitude prononcée en cubitus valgus; la gouttière épitrochléo-olécraniennne était très rétrécie; je la creusai et j'eus le plaisir de voir survenir une amélioration très sensible dans les phénomènes paralytiques.

Malheureusement, six ans plus tard, l'abus de l'aviron fit revenir les troubles paralytiques aussi accentués qu'au début; et un chirurgien suisse eut l'idée, à mon avis peu justifiée, de placer le nerf cubital sous la peau en avant de l'épitrochlée, dans un endroit où il est ainsi très exposé à la tension ou à la contusion. Depuis cette dernière intervention, du reste, le nerf est resté

1. Obs. XI, in *Mémoire* de A. Broca et A. Mouchet, p. 741.

hypertrophié, douloureux à la palpation, et la réaction électrique a paru à Huet accuser un état de dégénérescence persistant.

Si j'insiste aussi longuement sur ces faits, c'est parce qu'ils sont bons à connaître, et parce qu'ils ne me paraissent pas toujours rapportés à leur vraie pathogénie, d'où des erreurs de thérapeutique. Il y a quelques jours, le 3 mai 1900, Huet<sup>1</sup> a présenté à la *Société de neurologie* un menuisier atteint de névrites récentes du médian et surtout du cubital, et porteur d'une fracture du coude datant de dix ans. Se fiant aux renseignements de la radiographie, Huet n'admet point de relation entre la fracture ancienne et les troubles nerveux récents, et croit plus simple d'expliquer les névrites par une compression prolongée des éminences thénar et hypothénar. Je connais trop les erreurs d'interprétation auxquelles peuvent donner lieu les épreuves radiographiques pour attribuer à leurs renseignements, même négatifs, une valeur absolue, et il me paraît bien probable que le malade de Huet est comparable aux miens.

Question importante, car d'elle dépend une indication opératoire; le traitement de sa prétendue myélite laissait M. G... aller de mal en pis. Il faut donc que vous sachiez dépister ces complications nerveuses tardives après les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, parce qu'ici l'indication thérapeutique est nette et pressante; *il faut opérer sans perdre de temps*.

Dans le cas de notre petite malade actuelle, où il n'existe pas encore de phénomènes de paralysie, où il n'y a point d'altération notable de l'excitation électrique, dois-je me montrer aussi radical? Je crois que oui, et je vais vous expliquer pourquoi.

Sans doute, l'exploration électrique, qui constitue le véritable élément du pronostic, semble devoir nous rassurer; sans doute, les phénomènes parétiques sont nuls; mais je vous ai dit qu'il existait déjà des troubles sudoraux; et n'oubliez pas que nous sommes tout à fait au début des accidents, que le degré d'irritation du nerf médian ne peut qu'augmenter. Nous sentons par la palpation le nerf renflé reposant sur une saillie osseuse; ces phé-

1. HUET. — *Revue neurologique*, Paris, 1900, n° 9, p. 433.

nomènes cliniques seraient insuffisants pour me pousser à l'intervention si nous étions à la période de formation du cal, mais nous n'en sommes plus là, et je crois que des phénomènes d'irritation nerveuse, même légers, apparaissant aussi tardivement après une fracture sur un nerf soulevé par une saillie osseuse, commandent impérieusement une intervention qui, prévue, sera efficace.

J'aborderai par une incision interne l'extrémité inférieure de l'humérus, et je me rendrai directement compte de la nature de la saillie osseuse qui soulève le nerf médian; j'abraserai très largement cette saillie, et j'espère, dans quelques semaines, vous présenter la fillette considérablement améliorée; le nerf aura beaucoup diminué de volume, il ne sera presque plus sensible à la pression. Les douleurs spontanées auront probablement disparu, ainsi que les troubles sudoraux. Une fois la plaie réunie, le massage devra être employé quotidiennement; il constitue un élément thérapeutique dont l'importance ne doit pas être négligée.

\*  
\*  
\*

L'opération, pratiquée le 4 juillet 1900, nous a révélé des faits intéressants. Il existait, implanté par un étroit pédicule sur la *lèvre externe de la trochlée*, un corps étranger osseux revêtu, sur sa face antérieure, d'une mince couche cartilagineuse. La figure 63<sup>1</sup> en montre la forme et les dimensions exactes. La face postérieure de ce corps étranger était recouverte d'une mince couche périostique d'où partait au centre un pédicule implanté sur l'humérus; cette face postérieure, fortement convexe, était comme reçue dans une sorte de cupule creusée dans la lèvre externe de la trochlée (fig. 64). C'était ce corps étranger ostéo-cartilagineux qui soulevait le nerf médian.

Je ne m'attarderai pas à discuter la nature de ce corps étranger; sa structure nous prouve à la fois qu'il a été détaché par le traumatisme, et qu'il l'a été il y a fort longtemps. Pas de doute,

1. Mes remerciements à mon élève Audion qui a bien voulu me dessiner ces figures.



FIG. 63. — Corps étranger détaché par la lèvre externe de la trochlée.

c'était lors du premier accident. Pourquoi ce corps étranger qui n'était point mobile, qui n'avait déterminé depuis trois ans aucun trouble fonctionnel appréciable, a-t-il tout d'un coup causé l'irritation du nerf médian dont s'est plainte notre malade? Je ne puis que vous répéter ce que je disais en commençant. Progressivement, par l'effet du cubitus varus, la saillie osseuse s'est trouvée de plus en plus en rapport avec le nerf médian qu'elle a soulevé; puis brusquement un mouvement violent du coude a dû aggraver les altérations latentes, mais déjà certainement prononcées du nerf médian.

J'ai non seulement enlevé ce corps étranger, mais encore abrasé la lèvre interne un peu saillante de la trochlée.

En janvier 1901, la cicatrice de l'incision est légèrement chéloïdienne, un peu sensible; légère douleur sur l'os au niveau de la région abrasée; le nerf médian est

senti bien régulier, bien mobile. M. Huet n'a pas jugé utile d'électriser cette malade, dont nous nous sommes contenté de masser et de mobiliser le coude. L'opération a suffi à enrayer complètement la névrite, dont le seul signe persistant en avril 1901 était un peu d'augmentation de la sudation à la main.

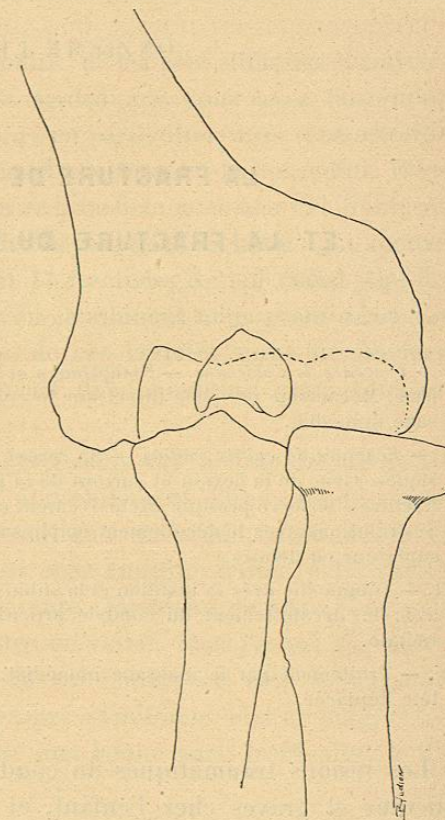


FIG. 64. — Schéma montrant le cubitus varus et la place du corps étranger.

## ONZIÈME LEÇON

### LA FRACTURE DE L'OLÉCRANE ET LA FRACTURE DU COL DU RADIUS<sup>1</sup>

- I. — *Fracture de l'olécrane.* — Symptômes et diagnostic. Siège de la fracture à la base. Mécanisme par choc direct sur le coude fléchi. Traitement par le massage immédiat.
- II. — *Fracture du col du radius.* — Sa rareté. Histoire d'un malade. Signes physiques. Gêne de la flexion et surtout de la pronation et de la supination. Cette fracture s'observe presque exclusivement chez le garçon de neuf à douze ans. Ses relations avec le décollement épiphysaire. Bascule habituelle du fragment supérieur en dehors.
- III. — Diagnostic avec la luxation et la subluxation; avec la fracture du condyle; avec le décalotement du condyle articulaire; avec la fracture de la tête radiale.
- IV. — Traitement par le massage immédiat. Indications de la résection de la tête déplacée.

Les lésions traumatiques du coude sont particulièrement fréquentes et graves chez l'enfant, et à côté des contusions, des entorses, dont on aurait tort de méconnaître la possibilité, une large place doit être faite aux luxations, une plus large encore aux fractures, et celles-ci sont particulièrement importantes pour le praticien, de par les difficultés de leur diagnostic et de leur thérapeutique, d'où résultent des réserves sérieuses pour le pronostic.

Parmi ces fractures, celles qu'on observe de beaucoup le plus

1. Conférence du 12 juin 1901, rédigée par le Dr A. Mouchet.

souvent sont celles de l'extrémité inférieure de l'humérus. Ce qui nous démontre bien qu'elles sont d'observation courante, c'est que dans mon service de l'hôpital Trousseau, de février 1897 à décembre 1898, mon élève, M. A. Mouchet, a pu en étudier les 127 cas qui servent de base à sa si intéressante thèse inaugurale<sup>2</sup>.

Mais, pour être les plus banales, et les plus difficiles à traiter, ces fractures ne sont pas les seules que vous ayez besoin de connaître au niveau du coude, et en particulier vous rencontrerez quelquefois des fractures isolées de l'olécrane, du col radial. Elles sont rares, sans doute, puisqu'en parallèle avec nos 127 fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, M. Mouchet n'a pu mettre que 6 fractures de l'olécrane et 11 fractures du col radial. Or, les hasards de la clinique font qu'en ce moment nous avons dans nos salles un exemple de chacune de ces variétés rares de fracture du coude. L'occasion me paraît donc heureuse pour vous en entretenir.

Je ne vous dirai que quelques mots sur la fracture de l'olécrane : elle est, chez l'enfant, non seulement d'une grande rareté relative parmi les lésions traumatiques du coude, mais encore, si on la compare à ce qu'elle est chez l'adulte, d'une réelle rareté absolue. En outre, elle ne présente, en raison de l'âge, que peu de particularités utiles à mettre en relief. Mais j'aurai à insister un peu plus sur la fracture du col radial, car celle-là est une lésion rare, sans doute, mais propre à l'enfance; et d'un diagnostic précoce et précis dépend, pour une bonne part, le résultat fonctionnel définitif.

#### I

L'enfant atteint de la fracture de l'olécrane est un garçon de six ans qui, jouant à saut de mouton avec ses petits camarades, manqua son coup au moment de sauter et tomba en avant. Tout de

2. Voyez aussi son travail dans la *Gazette des hôpitaux*, 1899, 11 et 18 mars, pp. 263 et 295; son mémoire sur la fracture du col du radius, dans la *Revue de chirurgie*, Paris, 1900, 10 mai, p. 596.