

tomatologie. La *douleur limitée au col du radius, et réveillée par la supination*, tel est le signe capital de cette variété de fracture; la radiographie, si vous pouvez l'avoir à votre disposition, lèvera toute hésitation, mais à la condition expresse que vous l'avez fait précéder par un examen clinique approfondi, sans quoi elle perd toute sa valeur, lorsqu'il s'agit de cas complexes, d'une interprétation délicate, et il s'en présente fréquemment de semblables.

Vous avez vu que je n'ai parlé ni de crépitation ni de mobilité anormale. C'est que, la première, vous devez presque toujours éviter de la rechercher, en matière de fractures, sous peine d'accroître les dégâts. Quant à la seconde, outre qu'elle peut manquer, elle est en général très difficile à obtenir dans une région protégée par des muscles épais dont l'hématome augmente encore le volume.

III

Lorsque vous êtes en présence d'une lésion traumatique de l'extrémité supérieure du radius, votre première pensée doit être pour une *fracture du col du radius*, si l'enfant a de neuf à douze ans; pour une subluxation du radius en bas ou *luxation par elongation*, si l'enfant a de deux à quatre ans. Vous savez que cette dernière affection consiste dans une luxation incomplète du radius en bas et en avant, avec pincement du bord libre du ligament annulaire entre le radius et le condyle huméral. Il s'agit d'enfants qu'on a tirés brusquement par le poignet pour prévenir une chute, ou qu'on a soulevés par l'avant-bras pour leur faire franchir un ruisseau, ou monter sur un trottoir. Au moment où arrive l'accident, l'enfant se plaint du coude, laisse pendre son avant-bras inerte le long du corps, en pronation plus ou moins complète, et refuse absolument de se servir de son membre. Examinez-le et vous constaterez que tous les mouvements, sauf celui de supination, sont libres. Imprimez à l'avant-bras une supination brusque avec flexion, vous sentez un claquement, et tout rentre dans l'ordre.

Je suppose donc que vous avez éliminé cette subluxation incomplète du radius : que vous reste-t-il à discuter? La *luxation du*

radius isolée en avant? Mais vous savez combien cette lésion est rare, et je vous ai dit, dans une leçon où je vous en présentai un bel exemple¹, combien elle était aisée à diagnostiquer.

Méfiez-vous, si vous êtes appelés à voir l'enfant aussitôt après l'accident, lorsque le membre est très tuméfié, de croire à une fracture de l'extrémité supérieure du radius, alors qu'il s'agit d'une fracture du *condyle huméral*. Le fait est arrivé à Hahn en présence d'une fracture partielle du condyle, de cette fracture que Hahn appelle *fracture de la rotula* et que Mouchet désigne sous le nom plus expressif de *décalottement du condyle articulaire*. L'erreur a été commise par Hahn, et rectifiée par lui, pièces en main, quatre ans plus tard, à l'autopsie d'une femme de soixante-trois ans. Depuis cette observation, toutefois, quelques symptômes assez spéciaux ont été notés. Le membre se présente en extension incomplète avec un peu d'abduction; on sent donc en dedans une forte saillie de l'épitrôchlée, et en dehors, au-dessous du condyle, la tête radiale, anormalement accessible, paraît, au premier abord, être luxée. Mais, si on lui imprime des mouvements de rotation, on la sent tourner à sa place, et en outre, dans l'extension, on trouve en arrière d'elle un petit fragment osseux mobile et crépitant; en flexion, il rentre dans la jointure, plus spacieuse, et disparaît. Les seuls mouvements limités et douloureux sont l'extension et la supination, dans lesquelles la tête radiale presse contre le fragment osseux, et, dans cette exploration des mouvements communiqués, on perçoit un phénomène caractéristique : en raison de la mobilité du fragment qui fait obstacle, on observe des alternatives brusques de limitation et de liberté des mouvements du coude.

Quand cet ensemble symptomatique existera, l'erreur sera impossible. Dans les cas moins nets, la radiographie donnera des renseignements. Mais ne comptez pas sur elle pour vous apporter la lumière complète : le cartilage, étant traversé par les rayons X, n'apparaîtra pas sur votre épreuve, et tout ce que vous pourrez apprendre ainsi, c'est qu'il ne s'agit pas d'une fracture du radius; c'est bien, mais ce n'est pas assez.

1. Voy. leçon XIII, p. 200.

Autrement embarrassant est le diagnostic avec une *fracture de la tête radiale*, comme la fracture partielle « Meisselfracture » des Allemands, dans laquelle une tranche de la cupule radiale est détachée de la tête; Löbker en a cité plusieurs observations; Gallet en a publié une nouvelle l'an passé dans la *Clinique de Bruxelles*. Mais ce diagnostic n'a guère à se présenter à votre esprit chez les enfants, surtout à l'âge de neuf à douze ans, parce que chez eux la fracture du col du radius est la règle, la fracture de la tête l'exception.

IV

Vous avez reconnu une fracture du col du radius; ce n'est pas tout, il s'agit de la traiter.

Mouchet a soigné lui-même huit malades atteints de cette lésion, dont plusieurs avec un déplacement notable des fragments, et il a vu tous les enfants recouvrer l'intégrité fonctionnelle du membre. Il a massé et mobilisé quotidiennement ces enfants « sans se préoccuper le moins du monde d'une réduction souvent impossible à faire, toujours impossible à maintenir ». Je vous cite ses propres termes. Il ajoute : « Il est illusoire de vouloir assurer la contention des fragments par un bandage quelconque; il serait même dangereux de le faire pour le bon fonctionnement de l'articulation. » Je souscris entièrement à cette opinion, et je félicite Mouchet des heureux résultats qu'il a obtenus sur une série de huit malades, mais je suis moins porté que lui à attribuer à une thérapeutique défectueuse les consolidations vicieuses que l'on observe de temps à autre dans les fractures du col du radius. La preuve en est que sur les trois fractures à consolidation vicieuse publiées par Mouchet, il y en a déjà une qui avait été soignée très consciencieusement, dès l'accident, par notre ami Verneuil (de Bruxelles); nous manquons d'éléments pour apprécier, en toute connaissance de cause, le traitement suivi dans les deux autres cas, mais il semble que cette proportion de cals vicieux soit faite pour nous inspirer quelque méfiance. Dans le cas que je vous présente ici, je doute évidemment que le massage et la mobilisation aient été

aussi judicieusement ou aussi longuement employés qu'il eût fallu, mais le déplacement était sans doute trop considérable pour que le simple massage pût suffire, je ne dis pas à le corriger, mais à permettre un fonctionnement satisfaisant de l'articulation radio-cubitale supérieure. En pareil cas, c'est en effet la pronation ou la supination — surtout celle-ci — qui ont à souffrir de la consolidation vicieuse; notre jeune enfant a sa flexion et son extension normales, mais la perte des rapports de la tête radiale avec la cavité sigmoïde du cubitus supprime les mouvements de pronation ou de supination.

Pour conclure, je vous répète que vous devez rejeter tout appareil immobilisateur, gouttière plâtrée ou attelles; vous devez traiter ces fractures par le *massage* et la *mobilisation*, c'est le traitement rationnel, le seul capable de sauvegarder les mouvements de l'avant-bras; mais je le crois voué à l'impuissance dans certains cas de grand déplacement des fragments. Si pareil échec vous arrive, vous ne devez pas recourir à l'immobilisation ou au port d'un bandage plus ou moins compliqué; vous n'avez qu'une ressource efficace, *la résection de la tête radiale*, et vous ne devez pas la pratiquer précocement pour éviter des complications possibles du côté des organes voisins, surtout des nerfs. Vous n'avez rien à gagner à l'attente. Je crois qu'il faut se montrer très sobre d'opérations osseuses dans le traitement des fractures chez les enfants, parce qu'il n'est pas sans inconvénient de supprimer tout ou partie du cartilage épiphysaire qui préside à l'accroissement en longueur des os, mais cet inconvénient devient insignifiant quand il s'agit de l'os le moins important d'un segment de membre à deux os, du radius au membre supérieur, du péroné au membre inférieur.

J'ai déjà pratiqué deux fois cette résection de la tête radiale, Mouchet une fois, et nous avons obtenu d'excellents résultats. Nos malades ont un léger degré de cubitus valgus et c'est tout. Le retour des mouvements de pronation et de supination est parfait. C'est cette opération que je me propose de pratiquer sur le petit malade en question. Après ostéotomie du col, il est probable que je serai obligé de recourir à la résection de la tête, trop déplacée et

trop déformée pour pouvoir être remise en place. Après cette résection, je vous ai déjà dit que, chez l'enfant, le cubitus valgus pouvait devenir notable; mais, dans la position où maintenant est la tête, complètement luxée en dehors, avec le large vide qu'elle a laissé entre le fragment supérieur et le condyle huméral, vous concevez qu'en tout cas l'accroissement en longueur par l'épiphyse supérieure soit définitivement annulé et que le cubitus valgus ne puisse

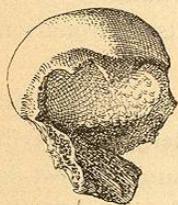


FIG. 66. — Pièce obtenue par résection et montrant qu'il y a en partie décollement épiphysaire.

être évité. Si donc je suis forcé de réséquer, le sujet n'y aura sûrement rien perdu à cet égard, et d'après l'histoire des autres malades que j'ai traités, je crois être certain qu'il y gagnera pour la pronation et la supination.

P.-S. — L'opération a été pratiquée le 14 juin.

La tête radiale, placée de champ en dehors, était fixée à l'extrémité supérieure de la diaphyse par une petite colonne osseuse, coudée à angle droit. Sitôt qu'elle a été réséquée, la supination a pu être complète. Le ligament annulaire était rompu. L'examen de la pièce a prouvé qu'il s'agissait ici non pas d'une fracture pure, mais d'un trait constitué sur la moitié interne par un décollement épiphysaire, sur la moitié externe par une fracture.

DOUZIÈME LEÇON

ARTHROTOMIE

POUR LUXATIONS PRIMITIVEMENT IRRÉDUCTIBLES DU COUDE EN ARRIÈRE

- I. — Luxation en arrière et en dehors, primitivement irréductible. Arthrotomie par incision externe. Nécessité de fendre le ligament annulaire pour obtenir la réduction. Interposition probable de l'épitrôchlée arrachée.
- II. — Luxation en dehors avec interposition de l'épicondyle arraché entre la cupule radiale et le condyle. Luxation en arrière et en dehors avec interposition à la fois de l'épitrôchlée et de l'épicondyle.
- III. — Indications de l'arthrotomie.

Lorsqu'on étudie dans leur ensemble les luxations traumatiques récentes, on constate qu'il n'y a, à vrai dire, qu'une seule cause d'irréductibilité immédiate : l'interposition de quelque chose — ligament ou fragment osseux — entre les surfaces articulaires disjointes. Les cas sont assez fréquents, où, malgré des tentatives de réduction, le déplacement osseux persiste : mais la plupart de ces échecs sont dus à une connaissance insuffisante de l'anatomie pathologique, à l'ignorance des moyens par lesquels on triomphe, en s'en servant, de la résistance opposée par la partie respectée de la capsule, formant bande d'arrêt. L'histoire de la luxation de la hanche fourmille, jusqu'au mémoire de Bigelow, de ces malheurs qui sont, au total, de simples maladresses et non point des irréductibilités vraies. Il n'en est plus de même lorsque quelque chose