

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE LEÇON

	Pages.
Examen d'un enfant atteint d'une lésion des membres.	1
I. — <i>Interrogatoire des parents.</i> — Hérité tuberculeuse, syphilitique, alcoolique; nécessité fréquente de ne pas aborder la question de front. Renseignements sur la grossesse, l'accouchement. Difficulté possible de déterminer si une lésion est congénitale. Évolution de la lésion : début brusque ou lent; rôle d'un trauma initial.	3
II. — <i>Examen de l'enfant.</i> — Interrogatoire direct. Examen local : enfant nu; examiner comparativement les deux côtés sur le sujet debout et immobile, en marche, couché. Inspection du sujet debout et en marche : attitudes, raideurs, claudication, signe dit du maquignon. Enfant couché : inspection, palpation, pression localisée, étude des mouvements communiqués. Nécessité, dans toutes les explorations, de réduire la douleur au minimum, de toujours terminer l'examen par celui de la région douloureuse. Nécessité possible de la chloroformisation.	7

DEUXIÈME LEÇON

Hémarthrose du genou	17
I. — Histoire clinique d'un enfant: chute sur le genou avec possibilité d'une piqûre d'aiguille. Signes habituels d'un épanchement liquide dans le genou; rapidité caractéristique de l'hémarthrose. Absence d'ecchymose. Crépitation sanguine. Absence de points osseux douloureux à la pression	18
II. — La fièvre a été dans ce cas un symptôme capable de faire croire à une arthrite aiguë. Autres observations analogues. Importance de connaître les caractères de cette fièvre aseptique, pour éviter une arthrotomie inutile	22
III. — Indications de la ponction ou de l'incision en cas d'hémarthrose. Discussion sur la coagulation du sang dans la synoviale. Chez l'enfant, s'en tenir à une courte immobilisation suivie de massage.	26

TROISIÈME LEÇON

	Pages.
Arthrites aiguës traumatiques du genou.	29
I. — Arthrite bénigne à staphylocoques consécutive à une piqûre d'aiguille dans le genou. Hésitation du diagnostic avec l'hémarthrose, puis avec la tumeur blanche à début fébrile. Résolution lente.	29
II. — Une hémohyarthrose stérile, mais fébrile, peut être la conséquence d'une piqûre du genou par aiguille; ou bien, inversement, le trauma peut n'être pas relaté dans les commémoratifs. Difficultés de diagnostic dans ces cas, et lorsqu'une arthrite à staphylocoques est consécutive à une contusion sans plaie, ou inversement lorsqu'une arthrite aseptique est due à une contusion avec plaie non pénétrante. Indication de l'arthrotomie dans les cas douteux.	32
III. — La résection et même la synovectomie immédiates ne paraissent pas le traitement de choix pour les arthrites suppurées du genou chez l'adulte, qu'elles soient ou non traumatiques. Chez l'enfant, moins encore. Il faut recourir à l'arthrotomie par deux incisions latérales, longues et très postérieures.	37

QUATRIÈME LEÇON

De la fièvre dans les fractures fermées	41
I. — La fièvre est fréquente pendant les premiers jours après une fracture simple; elle est en général légère, avec température inférieure à 38°, mais peut monter à 39°. Sa fréquence relative dans les fractures de cuisse, dans les fractures avec gros épanchement sanguin. L'état général reste bon.	41
II. — Difficultés de diagnostic pouvant résulter de cette hyperthermie. Confusion possible d'une fracture avec une ostéomyélite consécutive à un trauma. Importance de l'examen de l'état général, de la langue, du facies.	45
III. — Conditions générales où l'on peut observer la fièvre aseptique: fractures fermées, contusions, hémarthroses, épanchements sanguins du thorax et de l'abdomen, gangrène aseptique. Ce n'est pas un degré léger de fièvre septicémique, ni une fièvre d'origine viscérale, ni une fièvre « épitraumatique », c'est-à-dire réveillée par le traumatisme. Hypothèse peu probable rapportant la fièvre à l'exagération des phénomènes nutritifs par formation du cal. Hypothèse peu probable l'attribuant à des phénomènes nerveux réflexes. C'est probablement une fièvre de résorption: résorption du sang, d'éléments anatomiques dont la vitalité est abolie par le trauma. Propriétés pyrétogènes des extraits d'organes. Hypothèse d'une substance pyrétogène due à une sécrétion morbide des éléments anatomiques contus.	49
Schéma général des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.	59

CINQUIÈME LEÇON

	Pages.
Fractures supra-condyliennes. Fracture incomplète par extension. Cubitus varus immédiat.	61
I. — Diagnostic d'une fracture supra-condylienne sans déplacement; différences avec l'entorse, avec la contusion simple. Radiographie démontrant une fracture incomplète de la face antérieure. Mécanisme des fractures « par extension », avec déplacement du fragment inférieur en arrière, et des fractures « par flexion », avec déplacement en avant.	62
II. — Diagnostic entre une fracture supra-condylienne et une luxation en arrière.	67
III. — Fracture supra-condylienne consolidée ressemblant à une ancienne fracture du condyle externe; rectification par la radiographie. Le cubitus valgus physiologique; les attitudes pathologiques en valgus et en varus; les déviations ostéogéniques progressives et les cals vicieux.	70
IV. — Possibilité, dans le cas actuel, d'un décollement épiphysaire. Les conditions anatomiques de ce décollement.	76
V. — Indications, d'après le déplacement, du traitement par le massage immédiat, ou par une courte immobilisation avec réduction.	82

SIXIÈME LEÇON

Fractures supra-condyliennes. Fracture par extension, récente et mal consolidée. Fracture par flexion	87
I. — Fracture supra-condylienne « par extension » récente. Diagnostic avec la luxation compliquée de fracture de l'apophyse coronoïde.	88
II. — Nécessité d'immobiliser en flexion pour maintenir la réduction. L'immobilisation en extension est moins efficace. Possibilité d'une réduction parfaite.	91
III. — Fracture immobilisée en raison d'accidents phlegmoneux graves provoqués par un rebouteur. Consolidation avec butoir formé par la diaphyse saillante en avant, et limitant la flexion. Indication d'une intervention opératoire pour abraser cette saillie.	95
IV. — Fracture « par flexion », avec déplacement du fragment inférieur en avant.	100

SEPTIÈME LEÇON

Fracture et décollement épiphysaire du condyle radial de l'humérus	102
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.	103
II. — Relations de la fracture et du décollement épiphysaire partiel. Déplacement dans la fracture; il se fait en dehors et en bas, rarement	

	Pages.
en avant; rotation possible à 180 degrés; mobilité anormale et crépitation. Déplacement et diagnostic du décollement épiphysaire.	105
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.	111
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.	114
V. — Les déviations ostéogéniques en valgus et en varus.	122

HUITIÈME LEÇON

Décollement épiphysaire de l'épitrôchlée. Fracture de l'épicondyle.	124
I. — Symptomatologie très nette de la lésion. Différences avec la contusion, avec l'entorse.	125
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.	128
III. — Association possible de la fracture à la luxation; possibilité d'une interposition du fragment épitrôchléen causant l'irréductibilité primitive.	130
IV. — Lésion concomitante possible du nerf cubital.	133
V. — Traitement par la mobilisation immédiate. Rareté des indications opératoires.	135
VI. — Comparaison avec la rare fracture de l'épicondyle.	137

NEUVIÈME LEÇON

Complications nerveuses précoces des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.	139
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.	141
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.	144
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	

	Pages.
tion de la fracture. Ne pas trop attendre pour opérer. Gravité considérable de certains cas.	149

DIXIÈME LEÇON

Complications nerveuses tardives des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.	161
I. — Possibilité d'accidents tardifs, semblant spéciaux aux fractures de l'enfant et liés aux déviations ostéogéniques progressives du coude. Observation d'une fille atteinte de névrite du nerf médian trois ans après une fracture du condyle externe.	163
II. — Le coude est en cubitus varus; il s'agit d'une déviation ostéogénique et non d'un cal vicieux. Depuis un mois, signes de névrite du médian.	165
III. — Relation entre le cubitus varus progressif et la névrite. Observations analogues de paralysie tardive du nerf cubital après vieille fracture du condyle externe suivie de cubitus valgus.	169
IV. — Observation d'une névrite cubitale survenue dans ces conditions au bout de vingt-deux ans. Utilité d'une opération osseuse sitôt que les accidents nerveux ont débuté.	172

ONZIÈME LEÇON

La fracture de l'olécrane et la fracture du col du radius.	176
I. — <i>Fracture de l'olécrane.</i> — Symptômes et diagnostic. Siège de la fracture à la base. Mécanisme par choc direct sur le coude fléchi. Traitement par le massage immédiat.	177
II. — <i>Fracture du col du radius.</i> — 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.	181
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.	186
IV. — Traitement par le massage immédiat. Indications de la résection de la tête déplacée.	188

DOUZIÈME LEÇON

Arthrotomie pour luxations primitivement irréductibles du coude en arrière.	191
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.	192

	Pages.
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.	194
III. — Indications de l'arthrotomie.	197

TREIZIÈME LEÇON

Luxation ancienne du radius seul en avant	200
I. — Signes physiques. Aspect du membre, palpation. Refoulement possible de la tête luxée, mais elle se relâxe dès que le doigt cesse d'appuyer. Erreur probable de diagnostic avec une fracture. Possibilité de l'irréductibilité du radius seul dans une luxation des deux os.	201
II. — Mécanisme de la luxation isolée du radius. Luxation en dehors; luxation en avant.	205
III. — Fréquence de l'irréductibilité primitive par interposition du ligament annulaire. Indications de l'arthrotomie.	207

QUATORZIÈME LEÇON

Traitement des exostoses de croissance.	212
I. — Ces exostoses sont bénignes, destinés à devenir stationnaires; leur migration vers la diaphyse; multiplicité et hérédité fréquentes. Les indications opératoires sont d'ordre mécanique. Indication d'exciser une exostose de l'extrémité inférieure du cubitus causant une difformité extérieure. Ulcération possible de l'artère poplitée.	213
II. — Exostose de l'épine de l'omoplate causant un torticolis par irritation musculaire. Hydarthrose du genou par exostose fémorale. Accrochement de la jambe en flexion par une exostose située sous les tendons de la patte d'oie.	216
III. — <i>Exostosis bursata</i>	220
IV. — Exostose sous-unguéale du gros orteil	222

QUINZIÈME LEÇON

Cas anormal d'ostéomyélite prolongée de la diaphyse fémorale	225
I. — Fistule ossifluente fémorale qui paraît avoir été attribuée à tort à la tuberculose. Intégrité parfaite de la hanche, du rachis. Légère augmentation de volume de la moitié supérieure de la diaphyse. Début à l'âge de dix-huit mois, l'enfant ayant actuellement neuf ans. Probabilité de l'ostéomyélite.	225
II. — Opération conduisant dans un décollement périostique occupant une très grande hauteur autour de la diaphyse éburnée.	229

SEIZIÈME LEÇON

	Pages.
Évolution dentaire et ostéomyélites de la mâchoire inférieure.	234
I. — Ostéite aiguë de la mâchoire inférieure avec anesthésie du nerf mentonnier. Dent de six ans en voie d'évolution.	235
II. — Parallèle avec les accidents d'éruption de la dent de sagesse. Porte d'entrée de l'infection qui explique ces accidents; la compression intra-osseuse ne peut suffire. Des accidents analogues sont rares, mais possibles, pendant l'évolution de n'importe quelle dent.	238
III. — Nécrose grave par éruption et mauvaise direction de la dent de six ans; par inclusion de la dent de douze ans. Diagnostic dans ce dernier cas avec l'ostéosarcome, avec la tuberculose. Accidents analogues pour les molaires de lait. Parallèle entre l'ostéomyélite de la mâchoire et celle des os longs. Les nécroses exanthématiques.	241
IV. — Opposition des ostéomyélites de la branche montante à celles du bord alvéolaire; absence d'étiologie dentaire pour les premières. Ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire après une ostéomyélite secondaire non suppurée.	250

DIX-SEPTIÈME LEÇON

Nécroses du maxillaire inférieur par carie dentaire.	255
I. — Ostéite aiguë légère par carie de la dent de six ans; diagnostic avec un accident d'éruption de la dent de douze ans. Observation d'un cas où la lésion est plus avancée avec petit séquestre. Indication d'extraire la dent en même temps qu'on ouvre l'abcès.	256
II. — Prolongation possible de l'ostéite quand l'infection s'est propagée autour de germes encore en évolution. Rapports des séquestres avec ces germes inclus. Nécessité de sacrifier ces germes pour obtenir la cicatrisation.	261
III. — Cas graves où le séquestre peut interrompre la continuité du maxillaire.	268
IV. — Les extirpations de séquestres par ostéite d'origine dentaire doivent se faire par voie buccale.	270

DIX-HUITIÈME LEÇON

Mastoiidite ou furoncle de l'oreille.	272
I. — Enfant ayant toutes les apparences extérieures d'une mastoiidite aiguë. OEdème rétro-auriculaire décollant le pavillon. Caractères du furoncle avec lymphangite; adénite préauriculaire et sous la pointe de l'apophyse; douleur à la traction sur le pavillon; indolence à la pression sur l'os	272
II. — Les erreurs de diagnostic sont fréquentes et semblent expliquer bon nombre de succès attribués à l'incision de Wilde dans le traitement	