

MANUEL
DU
TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE
DES FRACTURES
DES MEMBRES ET DES CEINTURES

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

ACTUALITÉS EN RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET RÉADAPTATION, publiées sous la direction de Lucien SIMON. (5 séries parues). Secrétaire de Rédaction : Francis Blotman.

5^e série. — 1980, 280 pages, 58 figures.

MANUEL DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET DE RÉÉDUCATION DU PIED, par Henri VOUTEY. 1978, 328 pages, 237 figures.

ERGOTHÉRAPIE, par Louis PIERQUIN, Jean-Marie ANDRÉ, Paul FARCY et collaborateurs. Travail de l'Institut régional de Réadaptation de Nancy. *Collection des Abrégés*. 1980, 264 pages, 56 figures, 28 tableaux.

ABRÉGÉ DE TRAUMATOLOGIE, par Alain PATEL et al. 1979, 2^e édition revue et complétée, 328 pages, 165 figures.

ABRÉGÉ D'ORTHOPÉDIE DE L'ADULTE, par Alain PATEL, Francis HONNART et al. 1979, 272 pages, 154 figures, 11 tableaux.

ABRÉGÉ D'ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE, par Henri BENSACHEL. 1978, 2^e tirage, 212 pages, 105 figures.

TRAUMATOLOGIE SPORTIVE, par Jean BENASSY et collaborateurs. *Collection de Monographies de Médecine du Sport*. 1979, 2^e édition revue, 216 pages, 63 figures.

VOIES D'ABORD EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE, par Francis HONNART. 1978, 180 pages, 300 figures.

MANUEL DE TRAUMATOLOGIE, par Georges RIEUNAU, avec la participation de G. UTHÉZA, C. MANSAT et al. 1976, 3^e édition revue et augmentée (3^e tirage), 352 pages, 135 planches, 620 schémas.

Périodique

REVUE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET RÉPARATRICE DE L'APPAREIL MOTEUR. 9 fascicules par an.

MANUEL
DU
TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE
DES FRACTURES
DES MEMBRES ET DES CEINTURES

PAR

R. BORGI

Chargé d'Enseignement
à la Faculté de Médecine
UER Grange-Blanche, Lyon

J. BUTEL

Professeur à la Faculté
de Médecine de Grenoble

avec la participation de

R. SERINGE, F. FASSIER

et la collaboration de

G. FRERE

Illustration conçue par R. BORGI, réalisée par N. CHAUMET

PRÉFACE DU Pr R. MERLE D'AUBIGNÉ

MASSON

Paris New York Barcelone Milan
1981

PRÉFACE

Was heilt Frakturen ? - Zeit.

LORENZ BOEHLER

Oui, c'est le temps qui guérit les fractures, non grâce au chirurgien ou à telle ou telle méthode, mais grâce à cette Biomécanique physiologique que mon admiration appellerait divine si je ne craignais d'être taxé de finaliste : une gaine périostique qui, même décollée et déchirée, est assez étanche pour garder sous pression l'hématome en fuseau autour de la rupture; des cellules contenues dans cet hématome se transformant en ostéoblastes dans les zones immobiles aux pointes du fuseau, en cellules cartilagineuses dans la zone encore mobile : ce cal cartilagineux assez solide par sa forme pour maintenir les fragments, assez souple pour ne pas se déchirer; l'invasion de ce cartilage par les vaisseaux, et son ossification formant un cal provisoire toujours en fuseau donc assez solide, mais encore assez plastique pour laisser agir les contraintes mécaniques; ces contraintes enfin dirigeant la construction des travées et reconstituant une structure adaptée à la fonction, avec résorption de la partie devenue inutile du cal provisoire, et souvent (surtout pendant la croissance) redressement d'une déformation.

Ce processus admirable, qui permet à un chien de guérir une fracture simplement en marchant sur trois pattes, devrait rendre les chirurgiens plus modestes et les empêcher d'appeler vicieux, comme une cicatrice chéloïde, tout cal que l'on voit sur la radiographie, et de vanter (avec une déformation mécanicienne que les « fractures itératives » n'ont pas tardé à bafouer) la perfection de la « soudure autogène » qu'ils prétendent susciter sous leur plaque vissée plus ou moins compressive.

J'ai été, tout récemment, sollicité de témoigner dans un procès qui opposait à son chirurgien une jeune femme qui, atteinte à 23 ans d'une fracture fermée de la diaphyse fémorale, se voyait offrir, après onze opérations et dix ans de souffrances et de dépenses inouïes, une amputation haute de cuisse. Cela se passait dans un centre important d'Amérique du Nord. J'ai cru pouvoir répondre qu'il n'y avait pas assez d'or à Fort Knox pour compenser la perte par une jeune femme des dix plus belles années de sa vie et finalement d'un de ses membres inférieurs.

A l'autre extrémité de la longue file de témoins à charge qu'un accusateur de la chirurgie des fractures pourrait appeler, je pourrais extraire cette observation personnelle : par un curieux accident, un homme de 21 ans se fait sur les deux jambes deux fractures identiques : transversale au tiers moyen sur tibia et péroné. Toutes deux sont réduites anatomiquement, réengrénées et immobilisées par plâtre. Mais pour l'une, la réduction n'a été possible qu'au prix d'une petite

ouverture chirurgicale, mais sans ostéosynthèse. Du côté fermé, le tibia sera consolidé en cinquante jours; le foyer ouvert encore mobile à 120 jours sera traité par greffe vissée, avec succès.

Cette observation m'a donné, il y a près de quarante ans, une conviction que tous les faits observés depuis ont confirmée : l'ouverture d'un foyer de fracture, même sans introduction de corps étranger, même sans infection, crée un handicap qui doit être compensé par la qualité d'une fixation solide et durable, et justifié par des avantages réels de qualité de réduction, de confort du blessé et, à la rigueur, de moins longue hospitalisation.

A la question posée par un des participants au fameux cours d'ostéosynthèse de Davos : « Quelles sont les fractures qui peuvent encore être traitées sans opération ? » la réponse d'un des responsables fut impeccable : « Toutes celles qui guérissent aussi bien que par la chirurgie ». Mais, hélas, la plupart des professeurs n'étaient déjà plus assurés de guérir par les méthodes fermées et les élèves n'étaient pas près de le devenir...

Car les techniques d'ostéosynthèses sont si plaisantes, leur matériel si fascinant, la perfection des clichés radiographiques si agréable à montrer au patient, que ces méthodes, énergiquement propagées par inventeurs, fabricants et commerçants se sont répandues comme traînée de poudre, malgré leur prix, malgré leurs dangers, bien au-delà des indications raisonnables. Et ceux qui sont engagés dans cette voie auront grand peine à en sortir, car ils n'ont souvent pas les connaissances, le matériel, la confiance nécessaires au traitement dit orthopédique des fractures. Ce traitement est le plus sûr, mais il est aussi le plus dur, pour le chirurgien : au lieu d'être liquidé en une intervention, il nécessite de nombreux gestes qui n'ont rien de prestigieux, et surtout une attention soutenue et prolongée, donc une organisation.

C'est pourquoi je félicite Richard BORG et BUTEL d'avoir écrit ce livre : il fallait beaucoup de courage pour l'entreprendre, pour y faire part d'une expérience très importante et aussi pour faire, comme ils l'ont fait, un inventaire des méthodes non sanglantes employées par d'autres auteurs.

En lisant leur livre, j'ai cependant deux regrets. Le premier c'est qu'ils n'aient pas pris pour titre, au lieu de traitement orthopédique, traitement à foyer fermé des fractures : cela aurait permis d'y inclure les enclouages médullaires du fémur et du tibia qui, à foyer fermé, sont les méthodes reines; l'élimination des embrochages à travers le foyer, peu recommandables, ne nous aurait pas privé de grand chose.

Mon deuxième regret est qu'ils n'aient pas distingué plus nettement les cas où le choix du traitement orthopédique ou sanglant est ouvert au chirurgien suivant ses préférences ou celles du blessé de ceux où l'une des méthodes s'impose.

Parmi les premières j'aurais placé, avec les fractures diaphysaires simples, les fractures de la région trochantérienne qu'ils opèrent, mais qui peuvent parfaitement être traitées par l'extension continue.

Au contraire je crois l'intervention formellement indiquée dans toutes les fractures articulaires si elle permet d'espérer une reconstruction rigoureuse des surfaces, en particulier aux extrémités inférieures de l'humérus et du fémur, supérieure et inférieure du tibia mais aussi à l'astragale et parfois au calcanéum. Dans tous les cas où cette reconstruction est jugée impossible ou se révèle l'être, la mobilisation précoce est l'impératif majeur avec ou sans extension continue (calcanéum, fracture comminutive des tubérosités tibiales, de l'extrémité supérieure de l'humérus), ou après exérèse (rotule, tête radiale chez l'adulte).

Enfin pourquoi ne pas affirmer que l'intervention est aussi rarement indiquée dans la fracture de la clavicule que dans les fractures de côtes, qu'elle ne l'est jamais dans les fractures de l'omoplate ? Mais les auteurs ont été sages en ne se prononçant pas sur le redoutable dilemme des fractures du cotyle et des fractures complexes de l'extrémité inférieure du fémur, terriblement menacées du côté opératoire par l'inefficacité et l'aggravation, du côté conservateur par le mauvais résultat fonctionnel.

Mais le but de BORGHI et BUTEL n'était pas d'écrire une thérapeutique des fractures, mais de rappeler les techniques conservatrices les plus efficaces, que l'on a trop tendance à oublier, leurs difficultés et leurs pièges, mais aussi leur valeur. Ils l'ont fait d'excellente façon.

A ce titre leur livre vient à point. Il rendra grand service à ceux qui ont à traiter beaucoup de fractures surtout là où les contraintes économiques sont pesantes, ce qui pourrait bien arriver, même aux pays « développés ».

R. MERLE d'AUBIGNÉ