



### Editorial G.E.O.P.

L'hommage prononcé le 4 Novembre 1927 (1) par Louis Ombredanne dans l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Malades peu de temps après la disparition d'Edouard Kirrison rappelle de façon un peu pernicieuse que la chaire de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique qui avait été créée en 1901 à l'hôpital des Enfants-Malades, l'avait été pour le Professeur Odilon-Marc Lannelongue, chef de service dans cet hôpital depuis 1883. En soulignant que Lannelongue, qui avait été élu député du Gers en 1893, l'avait refusée car il était " fort occupé de politique ", il laisse entendre que Kirrison avait fini par profiter lui-même de cette manne à consonance aussi politique. Peut-être aussi voulait-il alors régler un vieux compte avec Kirrison qui, à son départ en 1919, lui avait préféré Auguste Broca (le pôle fils du grand Paul) pour lui succéder et qu'il lui avait fallu attendre quelques années de plus pour obtenir un autre service aux Enfants-Malades à côté de celui de Broca. Toutefois, ce dernier eut l'élégance de disparaître prématurément et de permettre à Ombredanne d'accéder en 1926 à la Chaire qu'il avait tant convoitée.

De tout temps, les hommes eurent leurs faiblesses, même les plus grands...

Pour beaucoup, il restera de Kirrison la grande œuvre qu'il a réalisée en

créant la Société Française d'Orthopédie comme nous le rappelle notre ami Pierre Lascombes. Mais, probablement, méritait-il mieux. Pierre Journeau qui s'est penché sur l'apport de Kirrison dans la compréhension de la coxa vara de l'adolescent nous inciterait en effet à le rapprocher des plus grands de l'époque. On pense à Calvé, à Ménard, et à d'autres qui, avec des moyens essentiellement cliniques et, depuis peu de temps, quelques radiographies de qualité douteuse, avaient déjà compris la presque totalité ce que nous savons maintenant. Tous ces gens-là avaient certainement cette passion d'étudier avec minutie les données d'un interrogatoire patient, de comparer des examens cliniques successifs, de prendre le temps pour faire des calques des radiographies, puis, de réunir les dossiers qui leur paraissaient proches les uns des autres. Des observateurs, des collectionneurs, donc de véritables cliniciens et parfois des visionnaires.

Grands cliniciens. Observateurs. Visionnaires. Tandis que j'écris ces quelques lignes, ces trois mots m'évoquent notre ami Jean Dubousset. Il vient de quitter ses fonctions hospitalo-universitaires. Il était lui aussi " des Enfants Assistés " comme Kirrison et tant d'autres prestigieux orthopédistes pédiatres.

De sa génération, Jean Dubousset a certainement été l'un de ceux qui ont eu le plus cet esprit d'observation, de collection, de description, très comparable à celui de tous ces illustres prédécesseurs. Il ne s'est pas borné à décrire ou à expliquer. Chacun le sait bien. Il a été aussi un grand chirurgien qui a formé de multiples élèves venant de tous les continents. Personne ne soulignera assez l'immense œuvre mondiale connue qu'il laisse non seulement dans les domaines de la pathologie du rachis, de l'oncologie et de la neuro-orthopédie, mais aussi dans bien d'autres qui intéressent l'orthopédie pédiatrique.

Il est heureusement trop tôt, Jean, pour que l'on fasse ton " éloge " ou que l'on écrive ta " biographie " dans ces colonnes. Il ne s'agit là que de quelques mots qui essaient maladroitement de te dire que tu vas laisser un grand vide dans notre petit monde pour lequel tu as tracé tant de chemins prometteurs.

Tous, nous te souhaitons ce bonheur que tu as bien gagné ...

(1) Paris Médical. N° du 28 janvier 1928

Jean-Claude Pouliquen  
Ancien Président du GEOP

#### Bureau du GEOP

##### Président :

J.M. ROGEZ (Nantes)

##### 1er Vice-Président :

D. MOULIES (Limoges)

##### 2e Vice Président :

G.F. PENNECOT (Paris)

##### Ancien Président :

J.P. MÉTAIZEAU (Nancy)

##### Secrétaire Général :

B. de BILLY (Besançon)

##### Secrétaire Adjoint :

S. GUILLARD-CHARLES (Nantes)

##### Trésorier :

P. LASCOMBES

##### Trésorier-adjoint :

C. ROMANA

##### Membres du Bureau

G. BOLLINI (EPOS)

Ch. GLORION (CFCOT)

M. ROBERT (SFCP)

J. SALES DE GAUZY

J. GRIFFET

J. LECHEVALLIER

## Un livre indispensable à tout service d'orthopédie

### Les immobilisations plâtrées en service d'urgences Th. Chêne

P. Chrestian - F. Launay

Ce livre est le fruit d'une longue expérience pratique.

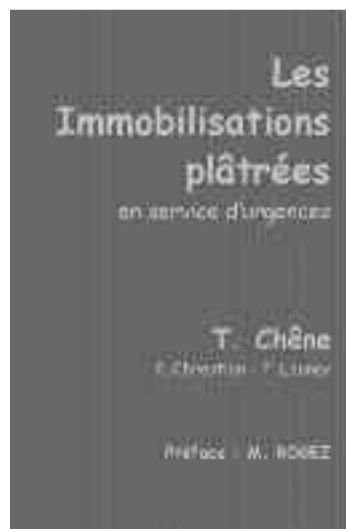
La confection des plâtres d'immobilisation en urgence correspond à une série de techniques spécifiques alliant connaissances théoriques et pratiques, auxquelles s'ajoute un certain art du modelage.

C'est un SAVOIR-FAIRE difficilement transmissible.

Par son concept didactique alliant textes brefs et photographiques en regard, ce livre révèle les différents trucs et astuces pour parvenir rapidement à la maîtrise technique.

Il permet à la fois la réalisation des immobilisations urgentes courantes et deviendra rapidement le compagnon indispensable du praticien en formation, mais aussi l'aide-mémoire du praticien plus chevronné contraint à des immobilisations plus inhabituelles ( collier cervical, pelvi-pédieux, plâtre thoraco-brachial... )

L'urgentiste, l'interne en chirurgie, le traumatologue, ainsi que les externes et infirmières des services d'urgence l'utiliseront quotidiennement comme un outil de référence.



ISBN : 284023 338 x - 2003  
160 pages, impression 4 couleurs  
**Prix : 46 e**

la Gazette du GEOP en ligne sur

www.livres-medicaux.com

#### Qui était-il ? Edouard Kirrison (1848-1927)

P. Lascombes.....p. 2

#### L'embrochage centro-médullaire stable ou ECMES

P. Lascombes .....p.3

#### De la coxa vara essentielle L'apport de Kirrison

P. Journeau.....p.4

#### Que faire dans cette lésion du cartilage de croissance ?

M. Chappuis .....p. 6

#### Après le séminaire à Amneville

C. Karger..... p. 7

#### A propos de la pla- giocéphalie

J.N. Ligier..... p. 8

#### Rédacteur en Chef :

J.C. POULIQUEN (Paris)

#### Rédacteur en chef-adjoints :

J. CATON (Lyon), G.F. PENNECOT (Paris)

#### Membres :

C. BRONFEN (Caen),

J.L. CEOLIN (Pointe à Pitre),

B. de COURTIVRON (Tours),

B. de BILLY (Besançon),

M. CHAPUIS (Rennes),

S. GUILLARD-CHARLES (Nantes)

J. LANGLAIS (Paris)

#### Correspondants :

G. FINIDORI (Paris), R. JAWISH (Beyrouth),

JL. JOUVE (Marseille), C. MORIN (Berck),

P. LASCOMBES (Nancy)

J. SALES DE GAUZY (Toulouse)

#### Editeur

SAURAMPS MEDICAL  
S.a.r.l. D. TORREILLES

11, boul. Henri IV  
34000 Montpellier  
Tél. : 04 67 63 68 80  
Fax : 04 67 52 59 05



# Qui était-il ? Edouard Kirmisson (1848-1927)

## Le père de la Société Française d'Orthopédie

### P. Lascombes (Nancy)



Fig. 1. Le Professeur Edouard Kirmisson.

Edouard Francis Kirmisson est né à Nantes le 18 juillet 1848 tandis qu'une République démocratique prenait difficilement naissance, la II<sup>ème</sup> République.

#### Une carrière universitaire exemplaire.

Son exposé de Titres et Travaux Scientifiques publié en 1899 (*Paris, Rueff et Cie éd., 94 p.*) nous permet de revivre sa carrière professionnelle ; ses études médicales à l'École de Médecine de Nantes le conduisent à y devenir Externe, Interne, prosecteur et lauréat (1868-1871). Poursuivant à Paris, il y est nommé Externe en 1872, Interne en 1873, lauréat, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris en 1877 et prosecteur d'anatomie en 1879, date à laquelle il soutient sa thèse de Docteur en Médecine : "*des opérations préliminaires, Paris, 1879*" dont le contenu rapporte qu'à cette époque, certaines opérations pratiquées sur la face dont le maxillaire supérieur, le nez, la voûte palatine, étaient considérées comme "préliminaires" car elles ouvraient la cavité naso-pharyngienne pour fournir un accès libre sur les tumeurs de cette cavité connues sous le nom de polypes naso-pharyngiens. Kirmisson se proposait d'étendre cette dénomination "d'opération préliminaire" à d'autres situations et à toutes les opérations qui ont ce caractère commun d'être un acte préparatoire à l'intervention principale quelle que soit la région opérée.

Nommé premier au Concours de Chirurgien des Hôpitaux en 1881, puis Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, premier au concours en 1883, il est très tôt chargé d'enseignement, et il se consacre à transmettre l'anatomie, la pathologie, l'ophtalmologie, la chirurgie et la chirurgie infantile dont la majeure partie était consacrée à l'orthopédie pédiatrique. Cette fascination pour la chirurgie pédiatrique peut pleinement s'exprimer dès le 20 juin 1889, jour de sa nomination en tant que Chirurgien de l'Hospice des Enfants-Assistés. Il y assure régulièrement des leçons consacrées à la chirurgie infantile

le orthopédique, leçons qu'il poursuit à l'Hôpital Trousseau à partir de 1897 et qui sont le point de départ de ses livres remarquables sur la discipline. En 1901, la chaire de Clinique Chirurgicale Infantile, créée par la ville de Paris, est attribuée à Kirmisson qui s'installera à l'Hôpital des Enfants Malades où il restera jusqu'à sa retraite en 1919. (\*)

- Avant la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, il a déjà publié 171 travaux scientifiques dont 107 sont consacrés à la chirurgie infantile. Les ouvrages fondamentaux sont :
  - Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, Paris, Masson, 1898, 767 p., 312 fig.
  - Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence, Paris, Masson, 1902, 690 pp. fig.
  - Précis de chirurgie infantile, Paris, Masson, 1906, 802 pp. fig.
  - Précis de chirurgie infantile, 2<sup>ème</sup> éd., Paris, Masson, 1911, 796 pp. fig.

#### Un chef de service particulièrement organisé.

S'il est un enseignant de valeur incontestée, Kirmisson développe ses talents de chirurgien et d'organisateur aux Enfants-Assistés : il y crée le "Service" dont le développement est considérable, ainsi qu'une polyclinique qui comporte une salle de traitement munie de tous les appareillages nécessaires au traitement des "difformités" par la gymnastique orthopédique.

Dans le numéro 1 de la Revue d'Orthopédie qu'il vient de créer en 1897, il rapporte le "compte rendu du Service de Chirurgie et Orthopédie des Enfants Assistés du 1-12-1895 au 1-12-1896". 15003 soins divers ont été donnés en un an à la consultation externe où certains petits gestes opératoires, au nombre de 142, sont détaillés. 998 nouveaux patients ont été enregistrés et leur répartition selon l'âge est : 511 de 0 à 5 ans, 205 de 5 à 10 ans, 204 de 10 à 15,



Fig 2. La signature d'E. Kirmisson..

65 de 15 à 20 ans et 13 au delà de 20 ans. Parmi les pathologies traitées, et dont le décompte est très précis dans cette publication, nous retrouvons :

- 123 scoliozes, 49 cyphoses, 4 torticolis,
- 26 luxations congénitales de hanche,
- 40 genu valgum et genu varum,
- 41 incurvations rachitiques du tibia,
- 50 pieds bots,
- 13 pieds plats valgus
- 152 tuberculoses ostéo-articulaires dont 63 maux de Pott, et 41 coxalgies.

Toujours pendant cette année, 320 opérations sont recensées, une grande majorité au niveau du tronc et des

membres, les autres concernant les yeux et la tête. Parmi ces interventions sont rapportées des manipulations, des redressements et des ostéoclasies, des réductions chirurgicales de luxation de hanche, des ténotomies poplitées et d'Achille, des arthrodèses du pied et surtout des évidements osseux, des évacuations et des drainages d'abcès tuberculeux... Dix décès après intervention osseuse sont à déplorer, c'est-à-dire 3% ; ils sont dus à 8 complications tuberculeuses de type méningite, pleurésie, broncho-pneumonie..., 1 septicémie après surinfection d'une chirurgie de bec de lièvre et 1 ostéosarcome de l'épaule.

Parmi les trucs et astuces, Kirmisson, habile chirurgien, observe que les pièces de monnaies bloquées dans l'œsophage des enfants le sont toujours verticalement, qu'il s'agit toujours de pièce de "un sou" (figure 3). Ceci le pousse à décrire un crochet qui remplace le traditionnel panier agressif de Graefe (figure 4).

Curieux de mieux connaître nos voisins européens, mais aussi soucieux d'exporter l'orthopédie française, Kirmisson voyage beaucoup pour son époque : Londres en 1885, Suisse et les bords du Rhin en 1887, Vienne, Pesth et Munich en 1888. Il rapporte ainsi en France : - l'opération de Phelps pour le pied bot à laquelle est attachée son nom d'opération de Phelps Kirmisson,

- l'arthrodèse talo-naviculaire d'Ogsta dans le traitement du pied plat douloureux, plus logique que l'ostéotomie distale de Trendelenburg,
  - la surélévation congénitale de la scapula décrite par Sprengel (figure 5),
  - la coxa vara non rachitique de l'adolescent fréquemment associée à l'obésité fort connue en Suisse et en Allemagne, décrite par Müller, Kocher, Hofmeister.
- Ses capacités d'organisation alliées à un souci de vouloir transmettre son expérience le font créer un laboratoire de photographie et de radiologie au sein même de son service. Ainsi, dès le début du XX<sup>ème</sup> siècle, ses ouvrages de chirurgie infantile furent illustrés de ces documents Et c'est ainsi que nous pouvons apprécier, au côté des nombreux dessins traditionnels de l'époque, les photographies de mal de Pott ou de maladie exostosante, les radiographies de tuberculose ostéoarticulaire, de luxation congénitale de hanche, de fracture de Monteggia, de coxa vara congénitale...

#### Le fondateur de la Société Française d'Orthopédie.

En véritable rang A hospitalo-universitaire, Kirmisson ne se contente pas de réussir ses tâches d'enseignant, de chirurgien et de chef de service. Sa contribution à la recherche médicale et à la vie scientifique est en effet considérable et d'une grande richesse. Il fonde et dirige en 1890 la Revue d'Orthopédie où il publie régulièrement des articles scientifiques et le bilan de ses activités chi-



Fig. 3. Pièce de 1 sou bloquée dans l'œsophage..

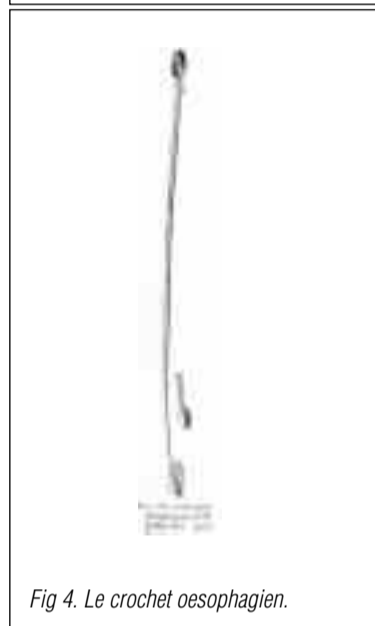


Fig 4. Le crochet œsophagien.

rurgicales comme nous l'avons déjà rappelé. Il est très actif à la Société d'Anatomie, il préside en 1903 la

Société de Chirurgie, future Académie de Chirurgie. Reconnu comme une grande figure de l'orthopédie française par nos confrères américains, il est membre de l'American Orthopaedic Association. Puis il est l'un des fondateurs de l'Association Française de Chirurgie qu'il préside en 1913 : il y fit un plaidoyer chaleureux en faveur de la chirurgie des membres. Et finalement en 1918, après les années de guerre, il crée la Société d'Orthopédie dont il rêvait depuis longtemps et qu'il présidera pendant quatre ans.

Mais osons rapporter le merveilleux texte de J.P Razemon, (Histoire de la Société Française d'Orthopédie, Masson, Paris, 1998, p. 13) : "*le 8 octobre 1918, le congrès de l'Association Française de Chirurgie se tient à la faculté de médecine comme tous les ans. La France est en guerre depuis quatre ans, la fin du conflit est proche, tout le monde le perçoit et chacun se rend compte que la vie va reprendre sur de nouvelles bases. Au milieu du congrès, une vingtaine d'auditeurs entraînés par le professeur Kirmisson, titulaire de la chaire de chirurgie infantile des Enfants Malades\* se retiennent dans un amphithéâtre secondaire et mettent sur pied la Société Française d'Orthopédie...*"

En 1918, Kirmisson est un homme âgé de 70 ans, à l'air distingué, à la belle prestance, portant comme il convient moustache et barbe à l'impériale. Il parle facilement, avec une rare élégance, une grande précision, une clarté parfaite...

## 27<sup>ème</sup> Séminaire du GEOP

27<sup>ème</sup> Séminaire du  
**La pathologie épiphysaire de l'enfant**  
 Paris - Ecole Militaire

Groupes d'Etude en Orthopédie Pédiatrique

ORGANISATION  
 Georges Fournier, Christophe Hannon, Jean Lascombes

INSCRIPTION - RENSEIGNEMENTS  
 Hôpital Necker-Enfants Malades  
 161 rue de Sévres  
 75014 PARIS  
 Tél. 01 44 48 42 83  
 www.geop.fr

29  
 30  
 Avril 2003

(\*) Auguste Broca lui succède mais disparaît en 1924. C'est alors Louis Ombredanne qui en prend la direction jusqu'à sa retraite en 1941. (NDLR)

(\*\*) Le 22 Septembre. (NDLR)

# Qui était-il ? Edouard Kirmisson (1848-1927)

Le père de la Société Française d'Orthopédie

P. Lascombes (Nancy)



Fig. 118. — Surélévation congénitale de l'omoplate (l'omoplate gainée chez un petit garçon)

Fig 5. Surélévation congénitale de l'omoplate.

Son autorité n'est pas discutée et il prononce des paroles historiques qui annoncent son discours au premier congrès de l'année suivante : " *La fondation d'une Société Française d'Orthopédie, en projet depuis longtemps, et devenue par les circonstances actuelles d'une urgente nécessité, est maintenant réalisée*".

Dans son discours d'introduction au premier congrès qui s'est tenu le 10 octobre 1919 à l'amphithéâtre Vulpian, Kirmisson déclare : " *l'orthopédie est bien une spécialité d'origine française, le nom comme le choix sont d'origine française puisqu'ils remontent à Andry en 1741*". Et de poursuivre : " *l'enseignement de l'orthopédie doit être sérieusement organisé. Toutes les facultés l'ont compris et ont associé l'orthopédie aux chaires de chirurgie infantile*".

**Une grande figure chirurgicale disparaît** à Binic en Bretagne, en 1927\*\*. Ainsi conclut Albert Mouchet (Revue d'Orthopédie, 1927, 14, 457-460).

Sur le plan militaire, Kirmisson, avait été attaché en qualité d'aide-major au 1er bataillon des Gardes Mobiles de la Loire Inférieure pendant la guerre de 1870-1871, puis Médecin-Major de l'armée territoriale. Il fut décoré de la légion d'Honneur.

Tous les orthopédistes pédiatres que nous sommes apprécieront, qu'au début du XXème siècle, l'orthopédie était une branche de la chirurgie infantile. Si aujourd'hui la pathologie dégénérative l'emporte de par le nombre des patients de plus en plus âgés, sachons maintenir

l'enthousiasme et la poursuite de nos recherches car toute la pathologie orthopédique débute dès la naissance, voire avant. Sachons aussi, comme Kirmisson, poursuivre notre mission qui n'est ni triple, ni quadruple, mais qui forme un tout indissociable et qui consiste tout simplement à soigner, à enseigner, à chercher, à organiser... dans le seul but d'améliorer la qualité de la vie de nos patients.<sup>1</sup>

## L'embrochage centro-médullaire stable ou ECMES - les 6 mots clés

P. Lascombes (Nancy)



### Fracture diaphysaire du fémur



- 1) réduire de face et de profil ainsi que dans le plan horizontal
- 2) ne pas sous-estimer le diamètre des broches : le plus souvent 4 mm au-delà de l'âge de 11-12 ans
- 3) le cintrage est le garant de la réduction, savoir travailler intelligemment dans l'espace
- 4) pousser les broches au travers du foyer de fracture au moyen d'un marteau
- 5) s'assurer de la qualité de la finition du montage : cintrage et recoupe des broches, protection de la peau
- 6) ne pas enlever le matériel (sauf en cas de nécessité) avant 6 mois

### Fracture diaphysaire des deux os de l'avant-bras



- 1) chaque os fracturé doit être embroché, radius et ulna
- 2) le cintrage des deux broches doit se faire face à face
- 3) l'introduction de la broche ulnaire est toujours sur la face postéro-latérale de l'olécrâne
- 4) le passage du foyer de fracture se fait toujours à l'aide du marteau qui pousse la broche
- 5) toujours assurer des mouvements de pronosupination de l'avant-bras à la fin de l'intervention
- 6) enlever le matériel après 6 mois pour éviter le risque de fracture itérative

### Fracture du col radial



Toujours disponible chez Sauramps Médical



### OSTÉOSYNTHESE DE L'ENFANT

**Métaiveau**  
ISBN : 2 905 0303 99  
120 pages , illus  
**Prix : 42 e**

Les fractures des os longs chez l'enfant  
L'embrochage centro-médullaire élastique stable  
Applications en traumatologie infantile  
Formes particulières de l'embrochage

- 1) réduire orthopédiquement autant que possible et éventuellement à l'aide d'un poinçon
- 2) une broche pointue et béquillée de diamètre 1,8 à 2,5 mm (os épiphysaire dense) est montée jusqu'à la métaphyse proximale
- 3) s'assurer de la position de la pointe de la broche en face de l'épiphyse par un contrôle radioscopique de face et de profil
- 4) pousser la broche métaphysaire dans l'épiphyse à l'aide du marteau (une seule chance)
- 5) réduire la fracture par une rotation douce de la broche, rotation aidée par une manœuvre orthopédique l'immobilisation par écharpe 2-3 semaines est suffisante.



# De la coxa vara essentielle.

## L'apport de Kirmisson

P. Journeau (Le Mans)

Ainsi nommée par Henri Judet en 1913 dans son *Traité des fractures des membres*, la coxa vara essentielle, encore appelée coxa vara statique (fig. 1), avait largement été démembrée entre la fin du 19e et le début du 20e siècle par Edouard Kirmisson. Si la première description peut être probablement attribuée à E. Muller en 1889, on doit à Kirmisson la synthèse de ses propres travaux associés à ceux de plusieurs auteurs comme Whitman, Kocher ou Poland.

cliniques sont très détaillés, et le moindre signe, qu'il soit orthopédique ou d'ordre général est noté. Dans la plupart des cas, les pièces osseuses sont étudiées, et assez rapidement, radiographiées, ce qui permet une description sémiologique plus fine.

Cependant, cette "nouvelle" pathologie touchant le col fémoral reste encore assez floue dans l'esprit des auteurs, car on retrouve diverses publications faisant état de coxa vara congénitale, mais sous cette appellation,

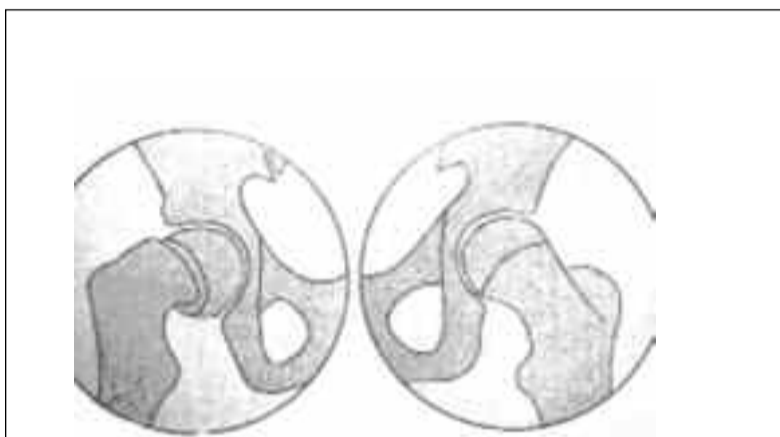


Fig 1. Hanche figurée à gauche : hanche atteinte de coxa vara et secondairement de décollement épiphysaire. Hanche figurée à droite : hanche saine mais donnant lieu quelques mois plus tard aux mêmes lésions qu'à gauche." (in H. Judet, *Traité des fractures des membres*, 1913)

Dès 1894, il rapporte plusieurs observations de ce qu'il appelle coxa vara, parfois bilatérale, dont la cause est rapportée au rachitisme, très fréquent à cette époque. Cependant, la clinique y est abondamment décrite, et les tableaux sont caractéristiques d'épiphysiolyse chronique : "La maladie a commencé entre 14 et 18 ans, sans cause appréciable ou à la suite d'un léger traumatisme, par de la sensibilité, une claudication progressive, et une prompte fatigue pendant la marche... Le membre était en flexion légère, associée à la rotation en dehors..." (fig. 2).

L'étude des pièces osseuses montre des altérations qui ne sont pas à confondre avec des lésions de rachitisme selon Kirmisson lui-même. Les principales questions sont donc déjà posées, dont les réponses ne viendront que bien plus tard. C'est le début des nombreux travaux de Kirmisson sur ce sujet, portant sur des observations personnelles, ou recueillies auprès d'autres collègues. Les tableaux

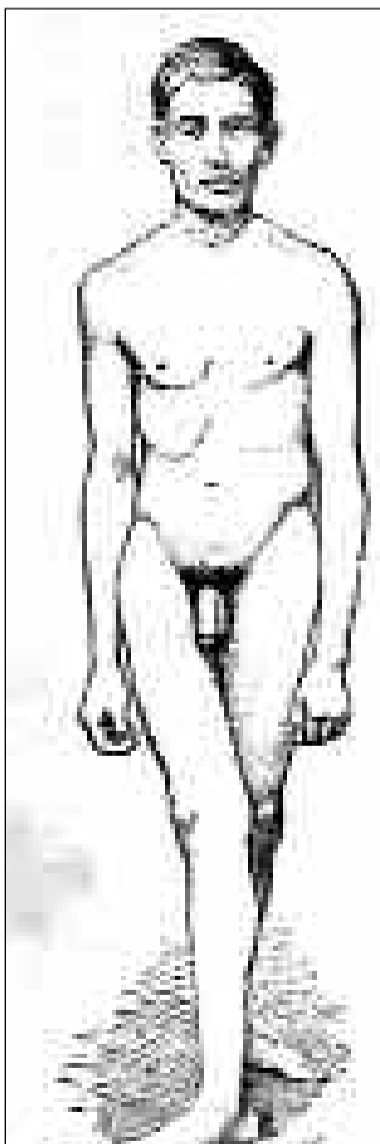


Fig 2. Attitude du membre dans la coxa vara. Adduction associée à la rotation en dehors (Kocher) (in : Kirmisson).



Fig 3. Double coxa vara chez une fillette de 13 ans, chez laquelle les troubles de la marche sont apparus à la suite de la coqueluche (Braun) (in : Kirmisson)

sont mélangées à des déformations diaphysaires d'origine rachitique, d'authentiques coxa vara que nous appelons congénitales de nos jours, voire des dystrophies osseuses étudiées déjà histologiquement à l'époque et touchant le col fémoral.

En 1898, Kirmisson propose une première classification des coxa vara, où il distingue les coxa vara d'origine congénitale, et les pathologies acquises. Il cite 8 types d'étiologies acquises : rachitisme, ostéomalacie, ostéomyélite, ostéite fibreuse, tuberculose, arthrite déformante et traumatique (fig. 3,4). Mais surtout, il jette les bases de l'épiphysiolyse chronique, en retenant parmi ces 8 types, une étiologie qu'il appelle "maladie de la croissance de nature encore indéterminée", touchant en particulier les adolescents.

Les connaissances vont rester en l'état jusqu'à l'utilisation pratiquement systématique de la radiographie dans l'étude des pathologies de l'appareil locomoteur. En 1904, une séance entière du Congrès français de Chirurgie est consacrée aux décollements traumatiques des épiphyses. Le rapport rédigé par Kirmisson décrit avec précision tous les types de décollements épiphysaires, en insistant sur l'apport de la radiographie. Les décollements traumatiques de l'extrémité supérieure du fémur y sont détaillés, mais surtout est évoquée pour la première fois, grâce à la radiographie, la notion de décollement épiphysaire dans le cadre de la coxa vara de l'adolescent. La véritable lésion anatomopathologique de l'épiphysio-

lyse chronique est parfaitement précisée par l'auteur, qui insiste sur les différences cliniques entre le décollement épiphysaire traumatique brutal de l'enfant, et celui de l'adolescent, plus insidieux, qui peut se produire "...par simple contraction musculaire, sans qu'il y ait eu chute...". Il rapporte les séquelles qu'il a observées à distance en pareil cas, avec une attitude vicieuse du membre inférieur, raccourci, figé en rotation externe avec une perte de l'abduction. Le traitement qu'il propose est une ostéotomie intertrochantérienne de réaxation, car dans les hanches qui avaient été opérées, il était retrouvé "...une tête incomplètement consolidée..., en présence d'un cal extrêmement difforme...". Certains signes cliniques, comme une douleur du genou alors que la pathologie a bien été identifiée à la hanche, ou un début très insidieux sont des notions qui commencent à apparaître dans les descriptions ; ils sont clairement rapportés comme appartenant spécifiquement à la coxa vara de l'adolescent. Cependant, la fréquence de certaines pathologies à l'époque comme la coxalgie ou les déformations rachitiques fait errer et peut-être même retarde la compréhension des phénomènes. En effet, on s'aperçoit que l'auteur essaie parfois de rattacher ce qu'il observe à quelque chose de connu, même s'il reconnaît que ce sont des formes tout à fait inhabituelles. On retrouve ainsi associés les noms de coxa vara et de coxalgie frustrée. Dans ces cas décrits, les prodromes, claudication légère, faiblesse du membre, marche pénible, sont la plupart du temps rattachés à une tuberculose arti-

culaire débutante. L'adolescent est souvent examiné lors de l'acutisation, au stade de décollement épiphysaire aigu.

Le rapport du Congrès de Chirurgie de 1912 permet à Kirmisson de faire le point, non seulement clinique et radiologique de la coxa vara essentielle, mais surtout il précise le contexte et le terrain sur lequel cette pathologie survient. Il reprend en effet, à l'occasion de ce congrès, toutes ses observations personnelles, ainsi que celles de Hoffa, Whitman et Froelich et il en tire les conclusions suivantes. A côté des fractures du col fémoral et des décollements épiphysaires traumatiques qui sont rares chez l'enfant, "...il existe une classe de cas mal définis dans lesquels la lésion est près ou au niveau de la ligne épiphysaire.... Le décollement épiphysaire survient généralement de façon progressive. Les malades sont presque toujours d'une taille ou d'un poids exagéré. Le traumatisme est souvent [si] léger [...] qu'il peut passer inaperçu...".

D'autres notions extrêmement importantes sont également évoquées, comme le caractère bilatéral non exceptionnel de la lésion, ou le sex ratio masculin très net. L'origine traumatique de la coxa vara essentielle commence à être largement discutée et Kirmisson pose clairement la question d'une possible altération prédisposante du col fémoral. A ce moment-là, les différents auteurs partisans de la théorie de l'altération du col essaient de trouver des arguments radiographiques en faveur. Sont alors décrits les signes que nous connaissons, qui correspondent à des stades déjà évolués, comme "...l'enroulement du bord inférieur du col [...] se continuant directement avec la tête élargie en forme de champignon."

A cette époque, on peut considérer que la notion de coxa vara essentielle est assez claire dans l'esprit de Kirmisson. Il s'agit d'une pathologie de l'adolescent, touchant plus souvent les garçons que les filles, qui survient sur une altération préexistante, mais encore non identifiée, du col fémoral, et que le traumatisme avec le décollement épiphysaire

# De la coxa vara essentielle.

## L'apport de Kirmisson

P. Journeau (Le Mans)



Fig 4. Coxa vara du côté gauche chez une fillette de 5 ans, liée à un décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur passée inaperçue. (in : Kirmisson)

le raisonnement, en recherchant une cause endocrinienne à ces obésités. A cette époque, l'insuffisance thyroïdienne semble être la plus connue, et Kirmisson recense plusieurs cas de coxa vara chez des adolescents obèses et atteints de myxœdème. Il échauffe ainsi la possibilité d'une insuffisance endocrinienne comme cause possible de la dystrophie osseuse préexistante, et qui favoriserait le glissement épiphysaire. Les moyens diagnostiques ne permettaient pas cependant de confirmer ses hypothèses, mais ses observations cliniques montraient bien qu'il essayait de trouver des arguments pour étayer ses dires. Dans l'examen général des enfants, il insiste particulièrement sur les signes d'insuffisance thyroïdienne, il remarque les caractéristiques du syndrome adipo-génital et va même jusqu'à faire pratiquer des radiographies de la selle turcique "...pour rechercher une hypertrophie du corps pituitaire".

A partir de là, la discussion sur les traitements, qui portait essentiellement sur la réduction à ciel ouvert ou fermée, va s'élargir à l'utilisation de substituts thyroïdiens. Kirmisson en rapporte quelques bons résultats, mais les patients avaient également eu une

immobilisation plâtrée de longue durée, suffisante en elle-même à faire disparaître toute symptomatologie.

Les différents auteurs avaient remarqué que l'immobilisation plâtrée prolongée jusqu'à 8 semaines permettait d'obtenir l'indolence de la hanche, dans les cas de coxa vara de l'adolescent sans attitude vicieuse initiale. Lorsqu'il y a un glissement aigu (une acutisation), ils recommandaient une réduction de la déformation "sous chloroforme", suivie d'une immobilisation plâtrée "...maintenant le membre dans l'abduction jointe à la rotation en dedans". Les réductions et repositions de la tête ne devaient être réservées qu'à des cas d'exception en raison des mauvais résultats observés, et il valait mieux traiter les déformations constituées, à distance, par "...les différents procédés d'ostéotomie, et surtout l'ostéotomie sous-trochantérienne...".

C'est dire si nos prédécesseurs, avec leur sens aigu de l'observation et leur rigueur de la description clinique avait réussi à isoler une pathologie tout à fait particulière et à en jeter les bases physiopathologiques toujours en vigueur de nos jours. L'épiphysiolyse chronique reste

une affection un peu mystérieuse, et qui est loin d'avoir livré tous ses secrets.<sup>1</sup>

### Bibliographie

1. **ANAGNOSTOPOULOS D, PELLERIN D.** "The cradle of pediatric surgery". Prog. Pediatr. Surg, 1986;20:34-38
2. **JUDET H.** Traité des fractures des membres. Maloine éditeur, 1913, Paris, 667p.
3. **KIRMISSON E.** "Coxa vara et obésité". Bull. Acad. Med. 1918; Mars:241-254
4. **KIRMISSON E.** "Décollements traumatiques des épiphyses". Congr. de Chir. 1904; 572-597
5. **KIRMISSON E.** "Documents pour servir à l'étude de l'affaissement du col fémoral (coxa vara)". Revue d'orthop. 1898; 459-46
6. **KIRMISSON E.** "Forme fruste ou anormale de la coxalgie". Bull. Acad. Med. 1910; Juil.:51-55
7. **KIRMISSON E.** "L'affaissement du col du fémur sous l'influence du rachitisme". Revue d'orthop. 1894;5:367-376
8. **KIRMISSON E.** "Nouveaux faits pour servir à l'étude de l'incurvation du col fémoral. Coxa vara d'origine congénitale". Revue d'orthop. 1897;8:302-313
9. **KIRMISSON E.** "De la coxa vara traumatique". Congr. de Chir. 1912; 273-316
10. **PREVOT J.** "The history of pediatric surgery in France". Prog. Pediatr. Surg, 1986;20:9-16

saire aigu qui en résulte est l'aboutissement de la maladie et non la cause initiale. Il conclut la séance en recommandant de ne plus employer l'expression de "coxa vara traumatique" dans de tels cas.

Dans les années qui vont suivre, l'une des préoccupations de Kirmisson va être de comprendre

la pathogénie de la coxa vara de l'adolescent, jusqu'à proposer des hypothèses physiopathologiques. C'est ainsi qu'il introduit sa communication à l'Académie de médecine en 1918. Il avait en effet remarqué que l'obésité était souvent associée à la coxa vara de l'adolescent, et qu'il y avait de plus, assez fréquemment, un facteur familial. Il poursuit plus avant



### LA RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE Christine GRAPIN

ISBN : 284023 281 2 - 2001

720 pages

Prix : 55 €

L'ouvrage rédigé par Madame le Professeur Christine GRAPIN répond parfaitement à cette attente. Il a le mérite d'analyser en détail tous les aspects de la responsabilité centrée sur l'acte chirurgical.

Analysant successivement les causes et les conséquences du dommage corporel, dans leur composantes techniques, l'auteur éclaire ce débat par des réflexions très pertinentes sur l'évolution de la notion de responsabilité dans un cadre plus sociologique. Tenant compte aussi de l'évolution des mentalités, de cette recherche sécuritaire qui devient obsessionnelle, d'une nouvelle approche de la gestion des risques, elle suggère des idées qui sont tout à fait à l'ordre du jour des préoccupations des pouvoirs publics et il faut s'en féliciter.

La protection des patients ne doit pas se faire au détriment des intérêts des chirurgiens et, à ce titre, il importe que ceux-ci soient bien informés et suivent attentivement l'évolution du concept de la gestion des risques. Cet ouvrage devient un document indispensable qui éclairera cette réflexion.

Il faut en remercier l'auteur et contribuer à la diffusion de l'ouvrage pour le plus grand bénéfice des uns et des autres.



### GUIDE ILLUSTRÉ DES FRACTURES DES MEMBRES DE L'ENFANT

Chrestian, de Billy

ISBN : 2 84023 297 9 - 2002

220 pages, 200 illus

Prix : 38 €

Ce petit livre est la réédition de l'ouvrage écrit en 1987 par le premier auteur (P. Chrestian, Maloine Editeur)

Cet ouvrage a été rapidement épuisé (rançon de son succès) tenant à sa concision et à son caractère extrêmement didactique. Une réédition s'imposait et celle-ci a bien sûr fait l'objet d'une refonte importante tenant à deux raisons essentielles, rappelées dans l'avant propos :

- une évolution (révolution) technique : l'apparition de la technique d'enclouage centro-médullaire élastique stable qui a transformé le traitement des fractures du fémur (et à moindre degré celles de l'avant bras),

- L'apparition de nouveaux matériaux que sont les résines

- Une évolution sociologique familiale qui attache plus d'importance aujourd'hui au handicap temporaire de l'enfant justifiant parfois le recours plus large à des méthodes chirurgicales qui permettent de réduire l'incapacité de l'enfant, scolaire en particulier.

L'ouvrage en tout cas, est extrêmement agréable à lire, une très grande place est donnée aux schémas qui « collent » au texte. Les indications sont présentées chaque fois avec concision et rigueur. La qualité de l'ouvrage n'étonne pas quand on connaît le talent pédagogique des auteurs.

Cet ouvrage doit être vivement recommandé à tous les jeunes acteurs de cette traumatologie (service d'urgence, services de chirurgie pédiatrique et autres services d'orthopédie) tant il est vrai que la prise en charge de l'enfant est bien particulière.

Prof. R. Kohler



# Que faire dans cette lésion du cartilage de croissance ?

M. Chappuis (Rennes)



Fig 2a, b et c. L'aspect clinique 6 ans après le traumatisme.



Fig 3. L'aspect radiographique à 6 ans.

Fig 4. Aspect radiographique à 1 an.

(Suite du cas du jour du numéro 6.)

On se souvient que Candice, 10 ans a eu un traumatisme grave de la cheville par écrasement, le 23 Juin 1993. Elle avait une perte de substance ouverte de la malléole externe.

La question posée par l'auteur était : " On se trouve donc devant une jeune fille de onze ans, non réglée, qui débute sa poussée de croissance pubertaire, qui ne se plaint de rien, qui est sportive et qui présente une épiphysiodèse de la malléole fibulaire qui ne peut aller qu'en s'aggravant. (Fig 1)

Quelle solution thérapeutique proposer ?

- 1) se contenter de surveiller
  - 2) tenter une désépiphysiodèse ; mais comment ?
  - 3) compléter l'épiphysiodèse de la fibula :
    - isolément mais la cheville va se déstabiliser,
    - ou avec une épiphysiodèse du tibia et prévoir un allongement ultérieur. "
- (NDLR)

Nous avons proposé une surveillance régulière clinique systématique une fois par an et à la demande si nécessaire.

Au dernier bilan (6 ans post-traumatique) Candice a 16 ans. Elle ne se plaint de rien , elle continue le sport et participe au championnat de Bretagne de tennis.

Cliniquement la morphologie de sa cheville est normale (fig.2 a, b et c), elle est stable

Radiologiquement (fig.3) poursuite de la déformation de la malléole fibulaire.

Pour le moment nous ne regrettons pas l'abstention thérapeutique, mais quel sera l'avenir de cette cheville ? 1

## Revue de littérature

### Les nouveautés 2002



#### LA STABILITE ET LES INSTABILITÉS RADIO ET MEDIO-CARPIENNES

J. Norbert Kulhmann  
ISBN : 2 84023 315 0 - 2002  
186 pages  
Prix : 40 €



#### LES EPICONDYLALGIES DU COUDE

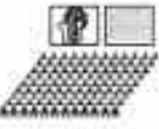
Sous la direction de F. Duparc  
ISBN : 2 84023 327 4 - 2002  
108 pages  
Prix : 30 €

Les épicondylalgies latérales du coude sont une pathologie fréquente, plus souvent d'origine professionnelle que sportive. La pathogénie fait intervenir essentiellement des lésions ostéotendineuses, mais une souffrance articulaire huméroradiale et une compression du nerf interosseux postérieur peuvent être incriminées.

Le traitement est le plus souvent médical, et une approche globale a conduit à réunir dans cet ouvrage les expériences d'un médecin du travail, d'un médecin du sport, d'un rhumatologue, d'un médecin ostéopathe, d'un médecin rééducateur, d'un expert de l'évaluation du dommage corporel, avec les points de vue d'un médecin radiologue et d'un histopathologiste.

Lorsque le chirurgien est sollicité, le choix du geste technique ostéotendineux, articulaire ou d'une neurolyse associée, reste souvent difficile, au risque d'être limité ou incomplet. A partir d'une étude multicentrique, l'analyse des éléments sémiologiques pré-opératoires, des techniques opératoires employées et des résultats observés, a permis de préciser un arbre décisionnel.

Les épicondylalgies médiales, beaucoup plus rares, ont fait l'objet d'une revue de la littérature, et constituent plus volontiers une indication de traitement chirurgical.



## Les points forts C. Karger (Strasbourg)

Le 26e séminaire d'enseignement du GEOP a eu pour thème **la traumatologie pédiatrique et ses séquelles**, sujet passionnant mais difficile à cibler, notamment en raison de l'intérêt probablement très variable qu'il suscite parmi les orthopédistes pédiatres, selon leur degré d'implication dans la prise en charge de l'urgence. Pourtant, il apparaît désormais évident, tant pour les politiques que pour les familles, que la traumatologie représente de plus en plus la vitrine de nos services et que l'époque où nous pouvions dire " place aux jeunes " est très certainement révolue. Par ailleurs ce thème a permis d'élargir l'auditoire habituel des séminaires à tous les praticiens confrontés à la prise en charge des fractures de l'enfant : internes, chefs de clinique, praticiens hospitaliers, urgentistes, chirurgiens généraux ou traumatologues.

Jean-Paul Métaizeau et l'équipe d'organisation ont fait le pari que le sujet de ce séminaire se prêterait bien à une pédagogie originale, interactive plutôt que magistrale, et ils ont donc cherché à privilégier les discussions de dossiers et les présentations vidéo de stratégie et technique opératoire. Les quatorze conférences d'enseignement n'ont intentionnellement retenu que certains thèmes jugés fondamentaux, sans reprendre l'intégralité des différentes fractures développées en extension dans le livre publié à l'occasion du Séminaire \*\*. Trois " matchs ", une nouveauté dans la tradition des séminaires du GEOP, ont opposé de manière très animée et passionnée les partisans de deux approches thérapeutiques différentes pour traiter une même lésion traumatique.

Afin de mesurer l'impact du séminaire sur les participants, en fonction de leur niveau dans la spécialité, nous avons réalisé un petit sondage auprès d'internes, de chefs de clinique, de PH et de PU-PH. Cette enquête, principalement régionale, n'a de ce fait aucune prétention de représentativité globale.

Six **conférences d'enseignement** ont développé des sujets classiques et fondamentaux, préférentiellement destinés aux auditeurs de niveau " junior ". Celle consacrée aux principes de l'ECMES a recueilli le plus de suffrages, pour la qualité et la précision de sa présentation, et pour son contenu qui a eu le mérite d'inclure les bases fondamentales de la consolidation des fractures. Les conférences consacrées au coude, au genou et à la cheville ont été fort appréciées par les jeunes collaborateurs, avec une mention toute particulière pour la cheville dont l'excellence de la présentation a été soulignée.

Huit **conférences d'enseignement** ont traité des thèmes plus originaux, soit par les controverses qu'ils suscitent, soit en raison de la relative rareté de leur présentation dans une activité de traumatologie pédiatrique quotidienne. Les auditeurs de niveau " senior " ont unanimement sélectionné les conférences sur les fractures du rachis et les traumatismes de la main comme les plus riches en matière d'enseignement et de qualité pédagogique. Les complications de l'ECMES ont retenu l'attention de tout l'auditoire, tous niveaux confondus, par l'immensité de l'expérience rapportée par les équipes qui ont été à l'origine de cette méthode qui a révolutionné la prise en charge des fractures de l'enfant. De précieux conseils ont été prodigués dans l'excellente conférence sur l'ablation de matériel.

La **palme d'or** des conférences d'enseignement a été décernée à l'enfant polytraumatisé. Une panne du système audiovisuel a contraint le conférencier à improviser une présentation orale sans support d'image, exercice périlleux dont il a su se tirer avec grand brio, ce qui lui a valu une " standing ovation " qui restera dans les mémoires.

**Trois matchs** ont vu " s'affronter " en toute amitié deux défenseurs de méthodes thérapeutiques différentes pour une même lésion traumatique. L'enthousiasme des jeunes auditeurs s'est manifestement porté vers le match qui a concerné les fractures du poignet, opposant les partisans du brochage systématique à ceux préconisant toujours le traitement orthopédique. La longue discussion qui a suivi a bien démontré que le choix entre l'une ou l'autre voie dépendait essentiellement du type de fracture, de sa stabilité, et de l'implication ou non du cartilage de croissance. Ce choix est également influencé par les conditions locales et les modalités de fonctionnement du service d'urgence et de la qualité de la personne qui entreprend le traitement. Les mêmes remarques s'appliquent également au match sur les *indications de l'embrochage des fractures proximales de l'humérus*, pour lesquelles intervient également le refus de plus en plus affirmé de supporter la contrainte d'un traitement orthopédique prolongé et inconfortable. Enfin, *la question de la rééducation ou non après les lésions traumatiques de l'enfant reste ouverte*, ce traitement étant manifestement peu utile dans une majorité de cas, mais probablement indispensable dans certaines circonstances particulières qu'il ne faut

pas méconnaître, comme l'algodystrophie.

A propos de la méthodologie du match, certains jeunes collaborateurs ont suggéré que si cette formule était réitérée dans le futur, elle devrait se faire selon un mode triangulaire, avec un arbitre ou conciliateur pour départager les deux adversaires et proposer un jugement consensuel, acceptable par les deux parties.

Parmi les **séquences vidéo**, celle qui a soulevé le plus de discussions, de contro-verses et de débats quelquefois passionnés, a été consacrée au *monitorage des loges musculaires par capteur de pression*. La technique de pose ne pose plus guère de problème, un appareillage miniaturisé relié au cathéter pouvant être facilement adapté sur un fixateur externe, voire un plâtre. La pression régnant dans la loge est directement lue sur l'appareil et les auteurs recommandent de " monitorer " la différence calculée entre la diastolique du patient et la pression de la loge. Si ce différentiel devient inférieur à 30 mm de Hg, le risque de constitution d'un syndrome de loge est réel, en particulier si la clinique est concordante. Le débat a surtout porté sur l'indication et la fiabilité de la méthode. Faut-il " monitorer " systématiquement toutes les fractures et interventions à risque: supracondylienne, métaphyse proximale du tibia, allongement de membre, ostéotomie du genou ? Sur quels critères faut-il décider de faire l'aponévrotomie, quelle attitude adopter si le différentiel de pression est en dessous du seuil critique sans signes cliniques associés ? De nombreuses questions restent en suspens et les auteurs se sont engagés à poursuivre l'étude avant de proposer une attitude qui pourrait être consensuelle, avec les conséquences médico-légales que cela implique, compte tenu de la quasi-constance des poursuites en cas de syndrome de loges avec séquelles.

D'autres présentations vidéo ont été plus orientées vers des techniques, traditionnelles ou novatrices. Ainsi ont été montrées la réduction des fractures supracondyliennes selon la technique de Blount, l'embrochage d'une fracture de la tête radiale, l'embrochage d'une fracture du fémur, l'utilisation de l'arthroscopie en traumatologie du genou et de la cheville. Ces supports pédagogiques, dont la réalisation s'est considérablement simplifiée depuis l'usage du numérique, ont permis de repérer de nombreux détails et astuces techniques, plus difficilement visualisées dans les conférences magistrales.

Enfin, les présentations de dossiers ont été riches d'enseignement à propos de situations difficiles, inhabituelles ou de complications sur des lésions initialement banales. La participation de l'auditoire a été particulièrement active et, une fois n'est pas coutume, plus de la part des " juniors " que des " anciens ", ce qui a bien reflété le vécu au quotidien des acteurs de la salle d'urgence. L'humour a là encore été de la partie, notamment lors de la présentation d'un dossier de complications en cascade, effectuée par un collègue Parisien dont les talents d'acteur comique ont été applaudis de tous.

Les locaux dont nous avons disposé pour ce séminaire nous ont placés dans les meilleures conditions pour être les plus réceptifs possibles à l'enseignement : équipement audiovisuel pratiquement sans faille, excellent confort de la station assise, repas de grande qualité. Enfin la soirée de gala nous a fait partager une des très grande passion de notre hôte : le piano, sans oublier la prestation très remarquée de notre ami Nantais. Merci Jean-Paul pour ton merveilleux accueil. 1

\*Le séminaire s'est tenu les 21 et 22 Mars à Amneville les Metz. Il était organisé par Jean-Paul Métaizeau, Jean-Michel Clavert, Pierre Lascombes, Jean-Noël Ligier et Claude Karger. (NDLR)

\*\* Le Livre du Séminaire 2002 faisant partie des Monographies du Groupe en Orthopédie Pédiatrique est publié chez Sauramps Médical. Fractures de l'Enfant par Clavert JM, Karger C, Lascombes P, Ligier J N et Métaizeau J P. (NDLR)

Les locaux dont nous avons disposé pour ce séminaire nous ont placés dans les meilleures conditions pour

### Revue de littérature

#### FRACTURES DE L'ENFANT

Monographie du GEOP

Clavert J.M., Karger C.,

Lascombes P., Ligier J.N., Métaizeau J.P.

ISBN : 2 84023 295 2 - 2002

320 pages - Prix : 72 €



Cet ouvrage a été publié comme chaque année, lors du séminaire d'enseignement 2002 du GEOP. Le thème était «fractures de l'enfant» (réactualisant le séminaire consacré à cette question il y a 12 ans). C'est encore l'équipe de l'Est (Jean Michel Clavert, Claude Karger, Pierre Lascombes, Jean Noël Ligier, Jean Paul Métaizeau) qui a coordonné ce séminaire et la rédaction de l'ouvrage.

Les différentes contributions abordent tous les aspects de la traumatologie de l'enfant et constituent un ouvrage de référence : une centaine de pages de généralités sur des questions d'actualité comme l'analgésie, la prise en charge du polytraumatisé, la maltraitance, l'analyse des complications, les aspects médico-légaux de la traumatologie pédiatrique ainsi qu'une importante mise au point sur les structures de croissance. Ensuite 3 parties abordent successivement toutes les lésions du membre supérieur, du membre inférieur, du crâne et du rachis. Chaque chapitre obéit à un plan strict qui assure à l'ouvrage son homogénéité et s'appuie sur une iconographie de qualité.

... Ce livre sera utile non seulement aux orthopédistes pédiatres mais aux traumatologues des services d'urgence et d'orthopédie adulte. Il reflète «l'état de l'art » de l'école française qui s'exprime ici sur un mode consensuel... **Prof. R. Kohler**



#### LE PIED DE L'ENFANT

Monographie du GEOP

ISBN : 2 84023 261 8 - 2001

352 pages - Prix : 61 €

Cette nouvelle monographie reste dans l'excellente tradition des ouvrages déjà publiés par le GEOP. C'est le travail d'une large équipe d'orthopédistes pédiatriques français qui abordent l'ensemble de la traumatologie de l'enfant et qui dégagent les conduites à tenir acceptées par la majorité des intervenants.

Le premier chapitre aborde les généralités, et notamment la prise en charge des enfants polytraumatisés, la consolidation des fractures, la maltraitance, les aspects médico-légaux.

Les trois chapitres suivants traitent des lésions traumatiques du membre supérieur, du membre inférieur, du crâne et du rachis. Chaque type de fracture est décrit, selon une approche très didactique : épidémiologie, mécanisme, classification, diagnostic clinique, conduite à tenir, piège radiologique éventuel, possibilités thérapeutiques, indications, suivi thérapeutique, complications et séquelles.

Ceci en fait un manuel très complet, simple et accessible qui s'adresse à tous ceux qui ont à prendre en charge une large lésion traumatique de l'enfant, tant en charge une lésion traumatique de l'enfant, tant en urgence que dans le décours de la consolidation de la guérison.

Nous recommandons vivement ce livre clair et très documenté aux chirurgiens orthopédistes, aux assistants en formation et aux urgentistes.



# A propos de la plagiocéphalie

J. N. Ligier (Mulhouse)

## Lettre reçue à la rédaction.

[...] je me permets de vous adresser ces quelques lignes concernant la plagiocéphalie, sujet bien banal qui n'est probablement pas la préoccupation majeure des grands services universitaires ; c'est toutefois un sujet d'actualité dans les consultations d'orthopédie infantile " de base " de ma province éloignée. La " Gazette " pourrait être le support idéal de ce court sujet [...] qui à mon avis nécessite une reconnaissance a minima de la part des membres du GEOP pour éviter certaines dérives mercantiles.

## A propos de la plagiocéphalie.

J. N. Ligier (Mulhouse)

La plagiocéphalie ( " tête oblique " en grec) est, selon le dictionnaire médical, une déformation asymétrique du crâne et de la face, classiquement associée à un torticolis congénital. C'est parfois une malformation causée par une soudure asymétrique des sutures crâniennes.

C'est surtout dans ma pratique un signe physique d'une banalité telle qu'il justifie ces quelques lignes.

Une " étude " prospective sur trois demi-journées de consultation montre l'importance du problème : quinze plagiocéphalies ont été retrouvées sur 51 enfants ; il s'agissait en majorité de nourrissons dont le motif de consultation était une dysplasie plus ou moins réelle de hanche. Cette " série " ne comportait aucun torticolis et encore moins de craniosténose asymétrique.

L'étude de la plagiocéphalie va se faire en suivant la chronologie d'une consultation en cinq phases :

### 1) Le diagnostic.

C'est, le plus souvent, un diagnostic de salle d'attente : vous remarquez tout de suite, avant de connaître le motif de consultation, la pommette saillante de l'enfant.

Vous faites participer les parents au diagnostic en leur demandant quelle est l'oreille la plus antérieure. Une fois la confirmation obtenue, vous faites remarquer l'aplatissement unilatéral de la partie postérieure du crâne.

### 2) L'interrogatoire.

Pour ne pas laisser les parents dans l'incertitude, vous pouvez affirmer, sans crainte de vous tromper, que l'enfant dort (ou a dormi) préférentiellement du côté de la pommette saillante. La confirmation parentale



Fig 1. Aspect de plagiocéphalie. " Vue d'avion " d'un enfant qui dort la tête à gauche.

est généralement immédiate... ou parfois retardée (après mémorisation temporo-spatiale de la position de l'enfant dans son lit).

Ne vous laissez pas influencer par des remarques comme : " mais, il dort sur le dos ". Il dort sur le dos, certes, mais la tête tournée du côté de la pommette saillante.

Si cela commence à vous intéresser et /ou si vous avez le temps, n'hésitez pas à poser les questions de savoir le pourquoi du " comment il dort " :

a) Le cas le plus simple est celui de la fracture de clavicule : l'enfant dort du côté opposé à la fracture de clavicule.

b) Un peu plus fréquent est le cas de la convenance maternelle : pour pouvoir le surveiller, la maman couche l'enfant du côté où elle peut voir son visage.

c) Dans la majorité des cas, c'est l'enfant qui a choisi sa position de sommeil et qui fait part à ses parents de son mécontentement lors des tentatives intempestives de changement de côté.

L'interrogatoire se poursuit par la recherche (difficile) d'un oligoamnios ou (plus facile) d'un gros poids de naissance. L'explication est généralement retrouvée dans la posture fœtale : en fin de grossesse, les pieds du bébé tapaient toujours au même endroit : ceci est particulièrement démonstratif dans le cas où la maman a eu d'autres enfants et qu'elle a pu noter la différence des

côté où l'enfant dort. Vous pouvez remporter un triomphe (modeste) en annonçant aux parents, à l'avance, laquelle des deux " jambes " va paraître plus grande que l'autre et vous expliquez pourquoi. Le reste de l'examen peut montrer, mais pas toujours, une petite rétraction des adducteurs du côté opposé et plus souvent des asymétries de rotation des hanches " à l'égyptienne ". Du côté de la rétraction des abducteurs, la rotation externe est prédominante, alors que c'est l'inverse pour la rotation interne, ce qui vous conforte dans le rapport entre position de sommeil et son retentissement éventuel sur le bassin.

### 4) Le bilan radiographique.

S'il a été fait, il montre de façon presque constante la bascule du bassin du côté des fessiers rétractés. La sémiologie radiographique complète comprend également le " gros trou obturateur ", la " petite aile iliaque " et l'éventuelle " dysplasie " du côté opposé ". Cette dysplasie unilatérale, qui est souvent l'objet de la consultation, est d'importance variable. Sa gravité n'est pas forcément en rapport avec l'importance de la plagiocéphalie, mais plutôt fonction de l'environnement génétique : antécédents familiaux, laxité articulaire ou prédominance féminine. Ne fait pas de dysplasie qui veut : il faut la conjonction de la composante mécanique de la position de sommeil asymétrique et de la génétique pour faire une " bonne " dysplasie de hanche.

### 3) L'examen clinique.

Il est alors sans surprise, avec, sans risque de vous tromper, une rétraction des abducteurs (fessiers) du

### 5) Le traitement.

La plagiocéphalie étant une déformation du crâne, le traitement est d'une redoutable simplicité : il suffit d'éviter la position de sommeil asymétrique. Ceci est souvent plus facile à dire qu'à faire, tant l'enfant peut être habitué à sa position de sommeil. On conseillera aux parents de surélever les pieds du lit du côté de l'aplatissement du crâne et /ou de retourner le lit de 180°.

Il faut éviter d'inverser radicalement la position de sommeil car j'ai pu constater plusieurs fois l'inversion complète de la plagiocéphalie en moins de six semaines.

Ce simple changement de position est d'ailleurs le seul traitement des dysplasies mineures et des pseudo-dysplasies

### 6) Conclusion.

La plagiocéphalie se rencontre à tous les âges de la vie bien qu'elle soit plus fréquente actuellement chez le nourrisson ; il convient donc de la reconnaître et de la traiter afin d'éviter tout un commerce parallèle de manipulations crâniennes pratiquées à des tarifs qui ne sont malheureusement pas les miens. 1



Fig 2. L'aspect radiographique d'un bassin asymétrique. Bascule à gauche, gros trou obturateur et petite aile iliaque à droite, pseudo-dysplasie droite. Plutôt que de dire " Le bassin n'est pas de face ", n'ayez pas peur d'affirmer la rétraction des abducteurs gauches, la position de sommeil préférentielle sur le côté gauche et la plagiocéphalie.