

COLLECTION PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.  
L. OMBRÉDANNE et N. FIESSINGER

QUELQUES  
VÉRITÉS PREMIÈRES  
(OU SOI-DISANT TELLES)  
EN  
CHIRURGIE INFANTILE

PAR  
L. OMBRÉDANNE

MASSON & Cie

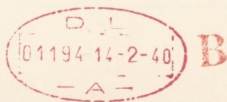
10475  
ÉDITEURS



QUELQUES  
VÉRITÉS PREMIÈRES  
(OU SOI-DISANT TELLES)  
EN  
CHIRURGIE INFANTILE  
(DEUXIÈME TIRAGE)

8° T

5760



DANS LA MÊME COLLECTION

*Volumes parus :*

QUELQUES VÉRITÉS PREMIÈRES (OU SOI-DISANT TELLES) :

EN CHIRURGIE INFANTILE, par L. OMBRÉDANNE, Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie à la Faculté de Médecine de Paris.

SUR LES MALADIES DU FOIE, par NOËL FIESSINGER, Professeur de Pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Médecine de Paris.

EN UROLOGIE, par G. MARION, Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Médecine de Paris.

SUR LES MALADIES INFANTILES, par R. DEBRÉ, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

SUR LES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX, par E. DONZELOT, Professeur agrégé de Pathologie médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

SUR LES MALADIES INFECTIEUSES, par A. LEMIERRE, Professeur de Clinique des maladies infectieuses à la Faculté de Médecine de Paris.

EN CHIRURGIE ABDOMINALE, par H. MONDOR, Professeur agrégé de Pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, par MARCEL OMBRÉDANNE, Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

SUR LES MALADIES DES REINS, par PASTEUR VALLERY-RADOT, Professeur agrégé de Pathologie médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

SUR LES MALADIES DE LA NUTRITION, par FR. RATHERY, Professeur de Clinique thérapeutique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, par F. SERGENT, Professeur de Clinique propédeutique à la Faculté de Médecine de Paris.

L. OMBRÉDANNE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de l'Académie de Médecine  
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

**QUELQUES  
VÉRITÉS PREMIÈRES**

(OU SOI-DISANT TELLES)

EN

**CHIRURGIE INFANTILE**



MASSON ET C<sup>IE</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS VI<sup>e</sup>

==== 1939 ====

*Tous droits de reproduction  
de traduction et d'adaptation  
réservés pour tous pays*

*Copyright by Masson et C<sup>ie</sup> 1936*

(Printed in France)

## PRÉFACE

**P**ARMI LES NOTIONS aujourd'hui admises, toutes ne semblent pas présenter le même degré de quasi-certitude, et bien des vérités d'aujourd'hui seront demain des erreurs.

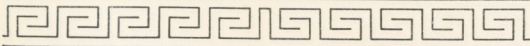
Pourtant, si certaines conceptions présentent *a priori* un caractère discutable, comme les théories pathogéniques par exemple, il semble au contraire qu'un certain nombre de données cliniques, de résultats thérapeutiques et opératoires doivent être maintenant considérés comme définitivement acquis.

Ce sont ces connaissances fondamentales que nous avons voulu résumer et grouper par spécialisations approximatives.

Aux étudiants, elles pourront montrer ce qu'il y a de capital dans les questions dont ils s'efforcent d'approfondir les détails. Elles pourront les inciter à ne point accorder la même valeur à tel symptôme plus ou moins discuté et à une notion clinique essentielle.

Aux praticiens, elles rappelleront des règles qu'ils ne doivent transgresser qu'avec prudence, et seulement s'ils ont accumulé assez de documents probants pour jeter à terre des conclusions jusqu'ici bien assises.

Passer en revue ces soi-disant dogmes, c'est peut-être établir un programme de travail pour ceux qui, dans le labeur

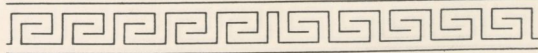


quotidien, gardent la préoccupation de dégager un peu plus de vérité scientifique.

Excusons-nous donc d'employer le vocable de « *Vérités premières* », qui fait image. Il eût été plus sage de dire « *Vérités d'aujourd'hui* », ne fût-ce que pour inciter les chercheurs à les battre en brèche pour créer la « *Vérité de demain* ».

Et pourtant, les notions que nous voulons donner ici comme essentielles sont celles que nous a fait admettre comme vraies une expérience déjà longue.

L. OMBRÉDANNE et N. FIESSINGER.



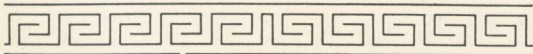
CHAPITRE PREMIER  
GÉNÉRALITÉS

ANESTHÉSIE

**S**AUF PENDANT les quatre premiers jours de la vie, il ne faut pas opérer un enfant sans anesthésie : le choc provoqué par la douleur peut déclencher chez le nourrisson le syndrome si redoutable de pâleur avec hyperthermie.

**L'**ANESTHÉSIE à l'éther n'est pas en soi une cause de congestion pulmonaire. Cette complication s'observe aussi bien après l'administration du chloroforme qu'après l'anesthésie à l'avertine. Elle est d'autant plus rare qu'on évite à l'enfant toutes causes possibles de refroidissement pendant et après l'acte opératoire.

**L'**ANESTHÉSIE à l'éther doit être conduite chez l'enfant beaucoup plus rapidement que chez l'adulte. Il ne faut pas hésiter à employer le chiffre 6 de l'appareil dès le début de la narcose. Par contre, la perte de connaissance est obtenue en quelques inspirations ; on doit immédiatement redescendre à la ration minima d'entretien.





## SOINS POST-OPÉRATOIRES

**L**A TRANSFUSION du sang est un moyen héroïque pour lutter contre le choc post-opératoire. Une transfusion minime, 50 grammes par exemple, sera souvent suffisante. Dans ce cas spécial, la transfusion n'a pas besoin d'être renouvelée.

**C**HEZ LE NOURRISSON, la transfusion se fait dans le sinus longitudinal supérieur, en piquant avec une aiguille fine et courte à l'angle postérieur de la fontanelle antérieure, et en visant en arrière.

**C'**EST AU COURS de la première année qu'on observe trop souvent le syndrome pâleur avec hyperthermie chez les nourrissons opérés. Les six seconds mois sont à ce point de vue moins dangereux que les six premiers.

Ce sont les opérations pour angiomes ou pour becs-de-lièvre qui fournissent le plus lourd tribut à cette grave complication.

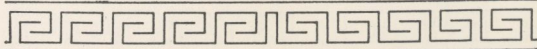
L'issue fatale est à redouter surtout au cours de la première nuit ; elle devient plus rare après 24 heures révolues.

Le traitement le plus efficace consiste à donner de grands lavements froids : avec une poire en caoutchouc, on fait passer par envois successifs un litre, un litre et demi d'eau à la température de la chambre.

L'adrénaline et les toni-cardiaques sont d'utiles adjuvants.

## LUXATIONS TRAUMATIQUES

**S**AUF AU NIVEAU du coude, l'enfant ne présente pas de luxations traumatiques. Les violences qui causent ces lésions chez l'adulte déterminent chez l'enfant des décollements épiphysaires.



## FRACTURES EN GÉNÉRAL

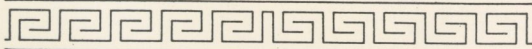
**L'**OS DE L'ENFANT est flexible, et ceci d'autant plus que cet os est plus grêle.

Quand un os s'infléchit, il se rompt souvent à la convexité, et garde sa continuité à la concavité : c'est ce qu'on appelle la fracture en bois vert.

Quand un trait de fracture oblique fissure la diaphyse d'un os long, il ne se propage jamais dans l'épiphyse : il s'arrête net au cartilage de conjugaison qui joue le rôle de rondelle élastique et interrompt l'irradiation du trait : celui-ci se termine alors en décollement épiphysaire partiel.

**L**E PÉRIOSTE adhère peu à l'os de l'enfant et se décolle facilement de lui au niveau des inflexions et des fractures. C'est un phénomène favorable lorsqu'il maintient les fragments au bout à bout. Mais la gaine périostique déshabillée se remplit rapidement d'os nouveau, d'où impossibilité précoce de réduire le fragment déplacé.

**L**ES FRACTURES ne sont rares ni chez le nouveau-né, ni chez le nourrisson. Leur caractéristique commune est que l'incident causal a passé inaperçu : il n'est pas facile de faire dire à une nourrice qu'elle a laissé tomber le bébé dont elle a la charge. Souvent ces fractures se manifestent par l'apparition d'un énorme cal sur la clavicule, l'humérus ou le fémur. Ne pensez pas à un sarcome chez un enfant de trois semaines ou de trois mois. Efforcez-vous de savoir depuis quand le membre intéressé a été inerte. Puis la radiographie tranchera la question.



**L**E MASSAGE DES FOYERS de fracture, la mobilisation des articulations voisines des foyers de fracture, chez les enfants, sont manœuvres déplorables, qui favorisent l'apparition de cals volumineux, exubérants.

**L'**OSTÉOSYNTÈSE chez l'enfant ne doit être employée qu'exceptionnellement. Ce ne sera jamais une synthèse à matériel métallique perdu. L'os de l'enfant tolère très mal les plaques, les cercles, les fils annulaires. Il les enlève rapidement, et ces corps métalliques déterminent alors autour d'eux des phénomènes d'ostéite raréfiante aboutissant souvent à des fractures itératives. A cause de cet enlèvement rapide, l'ablation secondaire du matériel de synthèse perdu est particulièrement difficile.

Aussi, estimons-nous comme acquise la supériorité de l'ostéosynthèse temporaire à connexions externes sur les synthèses à matériel perdu.

Mais encore une fois, les indications de cette synthèse externe elle-même doivent être exceptionnelles.

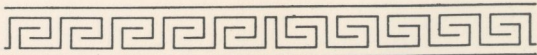
**C**CHEZ L'ENFANT, la croissance se charge de niveler une légère angulation, même un chevauchement peu important.

La question de fonction doit primer la déformation montrée par la radiographie.

#### PSEUDARTHROSES CONGÉNITALES

**I**L NE S'AGIT POINT de l'absence de consolidation d'une fracture, mais bien de l'aplasie localisée d'un os long, qui presque toujours est le tibia.

Seules les greffes osseuses peuvent fournir la consolidation de ces malformations, mais les échecs sont d'une fréquence extrême



à cause de la dystrophie congénitale des extrémités : d'où le principe de donner aux greffons toute la longueur possible, et d'aller encastrer la greffe en tissu osseux supposé sain.

#### DÉCOLLEMENTS ÉPIPHYSAIRES

C'EST UNE FRACTURE qui se produit dans l'os le plus jeune, celui que le cartilage de conjugaison a élaboré en dernier lieu du côté de la diaphyse. Sont frappées surtout les épiphyses dites fertiles des os longs, celles qui fournissent le maximum de longueur à l'accroissement de l'os. Elles sont situées près du genou et loin du coude, c'est-à-dire à l'extrémité inférieure du fémur, supérieure du tibia ; supérieure de l'humérus, inférieure du radius.

Exception : l'extrémité inférieure du tibia est très souvent atteinte par le décollement épiphysaire.

LE DÉCOLLEMENT épiphysaire n'est jamais pur, en ce sens que le trait séparant la diaphyse du cartilage de conjugaison ne s'étend jamais d'une extrémité à l'autre de celui-ci : toujours il s'échappe, à une extrémité de son trajet ou même aux deux extrémités, et se termine en un trait de fracture vraie qui remonte dans la diaphyse.

CHEZ UN NOURRISSON ou un jeune enfant, dont l'épiphysaire est encore entièrement transparente sur la radiographie ou représentée seulement par un petit noyau lenticulaire, le signe radiologique du décollement épiphysaire consiste dans la séparation apparente d'un ou des deux angles du bout diaphysaire immédiatement adjacent au cartilage conjugal.



## BRULURES

**O**N BRULE TRÈS FACILEMENT au premier degré de jeunes enfants quand, à leur arrivée au bord de la mer, on les abandonne, bras et jambes nus, à l'action de l'air marin et du soleil, et la lésion est assez douloureuse pour les priver de sommeil pendant plusieurs nuits.

Dosez donc progressivement l'action du soleil sur les téguments des enfants. Au plus, des manches flottantes à la chemise, des bas gainant les jambes. Au moins, une bonne couche de pomade à l'oxyde de zinc, enduisant bras et jambes.

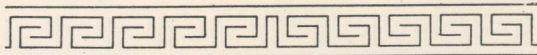
**C**HEZ UN ENFANT, la gravité d'une brûlure, même superficielle, est proportionnelle à l'étendue de tégument intéressé, étendue envisagée non pas du point de vue absolu, mais en relative avec l'étendue totale de la surface du corps.

**L**E « PILOU » est un tissu criminel, dont l'inflammation est immédiate au contact du moindre foyer flambant : tissu à proscrire dans le vêtement d'hiver des enfants.

## MALADIE OSTÉOGÉNIQUE

**D**ANS SA FORME dite unique, elle consiste en une saillie, une épine osseuse, le plus souvent située au-dessus d'un ou des deux condyles internes du fémur.

**D**ÈS QU'IL ne s'agit plus de cette forme unique, les exostoses caractéristiques sont très nombreuses.



Qu'elles soient en forme d'épines ou de massues pédiculées, en forme de champignon, les exostoses ostéogéniques se dirigent toujours vers le niveau moyen de la diaphyse de l'os intéressé. Il suffit qu'une épine osseuse soit dirigée en sens inverse pour qu'on puisse dire qu'il ne s'agit pas de la maladie ostéogénique.

**A**UX EXOSTOSES ostéogéniques s'associent presque toujours des hyperostoses ostéogéniques : la coexistence des exostoses caractéristiques avec les hyperostoses ne permet pas de confondre ces dernières avec des tumeurs plus ou moins malignes des os.

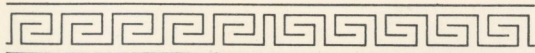
**L'**OS PERD EN longueur ce qu'il élabore sous la forme d'exostoses ou d'hyperostoses : c'est la loi dite de Bessel-Hagen, pratiquement vraie. Si l'un des os d'un segment à deux os tel que l'avant-bras est frappé par la maladie ostéogénique et par conséquent subit une diminution dans son allongement normal, l'autre os s'incurve, se luxé par en bas ou se luxé par en haut. A l'avant-bras pris comme exemple, quand le cubitus est frappé par la maladie exostosique, c'est par en haut que se luxé presque toujours l'extrémité supérieure du radius.

Toute luxation isolée de l'extrémité supérieure du radius fera suspecter d'emblée la maladie ostéogénique.

**N'**ENLEVEZ LES EXOSTOSES ostéogéniques que si elles sont fonctionnellement gênantes.

#### RACHITISME

**L**E TEST RADIOLOGIQUE du rachitisme des jeunes enfants est une image, bien appréciable surtout à l'extrémité inférieure



HENRY et J. BUSSON. — Manuel d'urétroscopie. — Urétroscopie postérieure. 1931. 80 pages, 50 figures dont 36 en couleurs hors texte.

JANET (J.). — Diagnostic et traitement de la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme. 2<sup>e</sup> tirage. 1930. 536 pages, 143 figures.

LANGERON (L.), M. PAGET et G. FRUCHART. — Le fonctionnement rénal chez les Cardiaques. 1936. 144 pages.

LAUWERS (E.-E.). — Introduction à la chirurgie génito-urinaire. 1936. 198 pages.

LEMIERRE (A.) et L. JUSTIN-BESANÇON. — Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du rein et des voies urinaires. 1934. 138 pages, 14 figures.

MACQUET (Pierre). — Les Calculs de l'Uretère. 1939. 190 pages, 22 figures.

MARION (G.). — Traité d'urologie. 3<sup>e</sup> édition. 1935. 2 volumes formant ensemble 1.232 pages avec 572 figures et 34 planches hors texte en couleurs. Cartonnés toile.

MARION (G.). — Quelques vérités premières. (ou soi-disant telles) en urologie. 2<sup>e</sup> édition. 1938. 62 pages.

PALAZZOLI (M.). — L'impuissance sexuelle chez l'homme. *Étiologie, Diagnostic, Traitement*. 1935. 284 pages, 7 figures.

STROMINGER (L.). — La colibacillose. *Étude clinique et thérapeutique*. 1935. 248 pages.

STROMINGER (L.). — Les erreurs et les fautes en Urologie. *Étude critique clinique et thérapeutique*. Préface du Professeur MARION. 1939. 176 pages.

VALLERY-RADOT (PASTEUR). — Pathologie de l'appareil urinaire. *Reins, Vessie*. 1933. 200 pages, 10 figures. (*Collection des Initiations médicales*).

VALLERY-RADOT (PASTEUR). — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies des reins. 1937. 68 pages. (*Collection des Vérités premières.*)

---

Index Generalis. 18<sup>e</sup> année 1939. *Annuaire général des Universités*. 2.830 pages.



Participant d'une démarche de transmission de fictions ou de savoirs rendus difficiles d'accès par le temps, cette édition numérique redonne vie à une œuvre existant jusqu'alors uniquement sur un support imprimé, conformément à la loi n° 2012-287 du 1<sup>er</sup> mars 2012 relative à l'exploitation des Livres Indisponibles du XX<sup>e</sup> siècle.

Cette édition numérique a été réalisée à partir d'un support physique parfois ancien conservé au sein des collections de la Bibliothèque nationale de France, notamment au titre du dépôt légal. Elle peut donc reproduire, au-delà du texte lui-même, des éléments propres à l'exemplaire qui a servi à la numérisation.

Cette édition numérique a été fabriquée par la société FeniXX au format PDF.

La couverture reproduit celle du livre original conservé au sein des collections de la Bibliothèque nationale de France, notamment au titre du dépôt légal.

\*

La société FeniXX diffuse cette édition numérique en vertu d'une licence confiée par la Sofia – Société Française des Intérêts des Auteurs de l'Écrit – dans le cadre de la loi n° 2012-287 du 1<sup>er</sup> mars 2012.

Avec le soutien du

