

voir une fracture de la partie moyenne du fémur se produire lors des changements de position. L'os enfermé pendant plusieurs mois dans le plâtre est devenu friable comme du verre et se brise parfois simplement par les mouvements nécessités par l'enlèvement de l'appareil. D'ailleurs ces fractures, de même que celles des coxalgiques et des ankylosés du genou se consolident avec une remarquable facilité.

Rappelons seulement pour mémoire les fractures spontanées des ostéomyélites et des ostéosarcomes qui siègent souvent au fémur et qui sortent du cadre de notre sujet.

Quel que soit l'âge auquel s'est produit la fracture, son siège habituel est la partie moyenne de l'os, parfois à l'union du tiers moyen. Sur les 41 cas que nous avons observés, 38 occupaient cette région et 3 étaient sus-condyliennes (dont une chez un coxalgique qui s'était déjà brisé le fémur une première fois, une au cours de l'enlèvement d'un appareil dans une luxation congénitale, la troisième traumatique).

On peut observer au fémur, mais bien plus rarement qu'à l'avant-bras par exemple, des fractures incomplètes, en bois vert, le plus souvent par exagération de la courbure de l'os, c'est-à-dire à concavité en arrière et en dedans. Le plus souvent la fracture est complète, mais dans la majorité des cas elle est sous-périostée et il ne se produit pas de déplacement.

Dans beaucoup de cas la fracture est transversale (surtout dans les fractures par choc direct, écrasement par une roue de voiture, etc.) ; dans d'autres, elle est oblique, taillant le fragment supérieur en biseau aux dépens de sa face interne et postérieure. Parfois, en particulier, nous semble-t-il, sur des os rachitiques le biseau est très allongé et le trait de fracture parcourt le tiers de la longueur de la diaphyse.

Dans deux cas nous avons vu, entre le fragment supérieur et inférieur, un petit fragment intermédiaire triangulaire pris seulement aux dépens de la moitié interne de l'os et résultant peut-