

exerça à Londres, jusqu'à sa retraite en 1971. A sept reprises champion britannique de fleuret amateur et membre de l'équipe olympique britannique en 1932 (5e), en 1936, en 1948 (4e) et en 1952. Conseiller juridique honoraire de la BOA et membre du Conseil depuis 1937. Membre du Comité d'organisation des Jeux Olympiques de 1948 à Londres. Vice-président de l'Association amateur d'escrime et président de cette même association en 1972 - 1973. Président de l'Association d'escrime amateur du Pays de Galles, président de la Fédération d'escrime du Commonwealth britannique. Membre de la commission juridique du CIO et de la commission des emblèmes.

Lord Luke of Pavenham

Membre du CIO depuis 1951.

Né le 7 juin 1905 à Londres. Président et directeur de sociétés commerciales. Vice-président de l'Association d'athlétisme amateur, président de l'Association nationale des terrains de jeux et grand défenseur des sports en Grande-Bretagne. Depuis son élection au CIO, il a été très actif dans un grand nombre de commissions: aide olympique (1962-1963), emblèmes olympiques (1967-1971), presse et relations publiques (1967-1972), finances (depuis 1967), amateurisme (1968-1969) et admission (1969-1971).

Lord Rupert Nevill

Président de la BOA depuis 1966.

Né en 1923. Capitaine des « Life Guards » pendant la Deuxième Guerre Mondiale et aide de camp du lieutenant général Sir Brian Horrocks de 1945 à 1947. Membre ou responsable de plusieurs organisations, dont notamment le Conseil des sports, l'Association nationale des terrains de jeux, l'Association britannique de sauts d'obstacles et de l'Association chrétienne des jeunes

gens. Il est aujourd'hui secrétaire honoraire du Prince Philip, duc d'Edimbourg, et chef de la maison du Prince.

Dr. J. Raymond Owen

A étudié la médecine à l'hôpital St-Mary. Entraîneur de l'équipe d'aviron de l'université de Cambridge de 1950 à 1966. Chef d'équipe pour l'aviron aux Jeux du Commonwealth de 1958 à 1962. Chef d'équipe pour l'aviron aux Jeux Olympiques de 1960 et 1964. Conseiller médical honoraire du Conseil des Jeux du Commonwealth pour l'Angleterre en 1966, 1970 et 1974, de la Fédération des Jeux du Commonwealth en 1970 et 1974 et de la BOA depuis 1968. Président de l'Association internationale des médecins olympiques officiels depuis 1968.

Charles Stuart Palmer

Président de la Fédération Internationale de Judo depuis 1965.

Né en 1930. A commencé à pratiquer le judo à l'âge de quinze ans et a obtenu son premier dan trois ans plus tard. Sélectionné dans l'équipe nationale à partir de 1949, il fut capitaine de l'équipe championne d'Europe en 1958 et 1959. Président de l'Association britannique de judo depuis 1962, membre du Conseil de la BOA et membre de la commission tripartite du CIO depuis 1974.

Sir Stanley Rous

Président de la Fédération Internationale de Football Association de 1961 à 1974, président d'honneur à vie depuis lors.

Joueur de valeur puis arbitre international apprécié de tous, bien vite ses qualités de dirigeant l'amènent à de hautes responsabilités. Pendant vingt-huit ans, il assume le secrétariat de l'Association britannique de football. Il

rédige, en 1938, de nouvelles règles du jeu et, dès lors, son influence ne cessera de croître. Il travailla au sein de la commission tripartite du CIO.

Lt-colonel R. H. Russell

Président de l'Association Internationale de Boxe Amateur de 1959 à 1974, président Emeritus depuis lors.

A la création de l'AIBA, en 1946, le colonel Russell, membre de l'exécutif de la Fédération britannique de boxe, avait été choisi comme secrétaire trésorier. Il participa aux travaux de la commission tripartite du CIO.

George Michael Sparkes

Secrétaire général de la BOA depuis 1974.

Né le 26 juillet 1926. Directeur général d'une société de production de thé à Ceylan de 1948 à 1968. Directeur des appels pour la cathédrale de St-Paul de 1970 à 1972. Secrétaire des appels de la BOA de 1972 à 1974. Il fut chef de mission adjoint des équipes de Grande-Bretagne à Munich, en 1972. Il est également secrétaire du Conseil des Jeux du Commonwealth pour l'Angleterre et fut manager général adjoint de l'équipe nationale aux Jeux du Commonwealth à Christchurch en 1974.

Oscar State

Secrétaire général de la Fédération Internationale d'Haltérophilie depuis 1960.

Né en 1911, professeur d'éducation physique. Depuis plus de trente-cinq ans, il consacre toute son énergie à l'éducation physique. Champion de Rhodésie et champion de district en Angleterre en haltérophilie. Membre, secrétaire ou président de plus de cinquante différentes organisations sportives.

Douglas M. Thomson

Secrétaire général de la Fédération Internationale de Tir à l'Arc depuis 1965.

Né en 1919. A découvert le tir à l'arc en 1950 et se consacre depuis lors à ce sport en tant que participant et administrateur. Trésorier de la FITA depuis 1963, avant d'en devenir le secrétaire général.

Colonel Sir Charles Edward Howard Vincent

Membre du CIO de 1901 jusqu'à sa mort en 1907.

Né en 1849. Soldat, avocat, journaliste, écrivain, chef des forces de police de Londres, membre du Parlement, il a beaucoup contribué à la participation de l'Angleterre au mouvement de renaissance olympique. Cofondateur de la BOA, il en devint l'un des membres les plus actifs.



Le système osseux¹

III. Les fractures (notions générales)

par le Dr Andrés Cano Torres

Médecin conseil de la Fédération espagnole de judo

Les fractures complètes: classification

Selon la direction de la ligne de fracture, les fractures complètes se répartissent de la manière suivante:

I. Fractures transversales

Leur direction est perpendiculaire à l'axe longitudinal de l'os. Elles sont produites généralement par une cause directe ou par flexion. La surface de la fracture peut être lisse mais le plus souvent elle est dentelée ou irrégulière. La figure 6 représente ces deux types de fractures: à surface lisse (A) et à surface dentelée (B).

II. Fractures obliques

Leur direction est oblique par rapport à l'axe longitudinal de l'os. Quand l'obliquité dépasse 45°, on parle de fracture « en bec de flûte ». Ces fractures peuvent être observées dans les grandes diaphyses et elles sont produites habituellement par un mécanisme de flexion.

III. Fractures spiroïdales ou hélicoïdales

La ligne de fracture est hélicoïdale. Elles sont produites par un mécanisme de torsion et peuvent survenir dans tous les os longs.

IV. Fractures longitudinales

Leur direction est parallèle à l'axe longitudinal de l'os et elles surviennent dans les os courts et plats.

Sur la figure 6 sont représentées: la fracture transversale (A, B), la fracture oblique (C), la fracture hélicoïdale ou spiroïdale (D) et la fracture longitudinale (E).

Déviations des fragments

Les fragments osseux peuvent demeurer en contact sans qu'apparaisse la moindre déviation, grâce à l'intégrité de l'appareil capsulo-ligamentueux, du manchon, du périoste, etc. Certaines fois, on peut observer des déviations dues à l'action de l'agent traumatisant et aux contractions des muscles dont l'équilibre tonique est perturbé par manque de support osseux.

Divers types de déviations peuvent se produire:

A Déviation angulaire

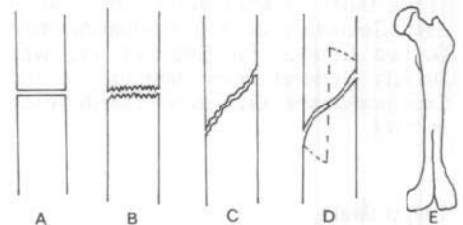
Les axes longitudinaux des fragments forment un angle.

B Déviation latérale

Les axes considérés sont parallèles et non superposés. La déviation latérale peut être incomplète (B') ou complète (B''), comme cela peut s'observer sur la figure 7.

C Déviation longitudinale

La longueur de l'os est altérée; on peut observer un raccourcissement par chevauchement des fragments (figure 7 C) ou bien



- A Fracture transversale lisse
- B Fracture transversale dentelée
- C Fracture oblique
- D Fracture spiroïdale ou hélicoïdale
- E Fracture longitudinale

Figure 6

¹ Voir « Revue Olympique » No 95-96. Publié avec l'aimable autorisation de la revue de la Fédération espagnole de judo.

un allongement par diastase des fragments (figure 7 D). Dans certains cas peut se produire une pénétration ou enfoncement d'un fragment dans un autre (figure 7 E).

F Rotation

Il s'agit d'une déviation périphérique par rotation ou décalage. Le fragment inférieur se trouve en position de rotation interne ou externe par rapport au fragment supérieur (figure 7 F).

Sur la figure 7, nous pouvons observer les divers types de déviations des fragments lors de fractures complètes.

Diagnostic des fractures

Pour diagnostiquer une fracture, nous devons nous fonder sur une série de symptômes divisés de la manière suivante: I. *symptômes subjectifs*, rapportés par le patient; II. *symptômes objectifs*, ceux que le médecin a observés.

Symptômes subjectifs

Antécédents du traumatisme

Les circonstances du traumatisme sont rapportées par l'individu lui-même ou bien, dans certains cas, par des personnes y ayant assisté.

Craquement

Perçu par le sujet au moment du choc, lorsqu'il se produisait la fracture.

Douleur aiguë

Symptôme constant qui s'accroît avec les tentatives de mouvement de la zone où se situe la fracture. L'examen se fera avec les plus grandes précautions, en exerçant une légère pression du bout du doigt à l'endroit supposé de la fracture ou bien, dans le cas des os longs, en percutant l'une des extrémités de l'os dans le sens de la direction longitudinale. Par exemple, si nous suspectons une fracture du tibia, nous percuterons sur le talon.

Symptômes objectifs

Impotence fonctionnelle

C'est aussi un symptôme subjectif, le sujet ne pouvant effectuer de mouvement avec la

partie blessée. Toutefois, il existe un type de fracture où, les fragments osseux étant emboîtés, le mouvement peut se produire, entraînant une erreur de diagnostic. L'impotence fonctionnelle est donc en relation avec la douleur et la rupture de l'os.

Difformité

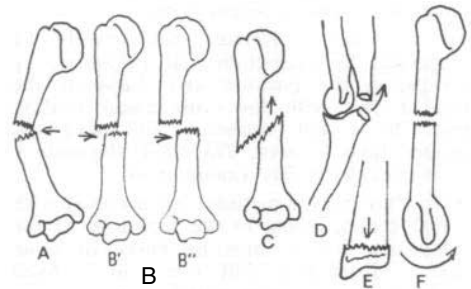
Conditionnée par la tuméfaction des parties molles et par la déviation des fragments, l'examen la montre clairement, surtout comparativement à la partie symétrique du corps. Dans certaines fractures la déformation est typique et elle contribue à un diagnostic spécifique. La difformité est vérifiée par palpation.

Mobilité anormale

Symptôme pathognomonique (c'est-à-dire non équivoque de fracture) quand il existe. Dans les fractures avec emboîtement des fragments, la mobilité anormale peut ne pas exister.

Crépitation

Elle est produite par le frottement des extrémités des fragments osseux, d'une surface de fracture contre une autre. On ne



- A Déviation angulaire
- B Déviation latérale
- B' incomplète
- B'' complète
- C Déviation avec raccourcissement par chevauchement
- D Déviation en diastase
- E Pénétration
- F Rotation

Figure 7

doit pas explorer la crépitation et, dans les cas exceptionnels qui la justifient, seul un médecin pourra le faire car on risque de développer les lésions des parties molles, vaisseaux, nerfs, etc. en effectuant le mouvement d'exploration.

Ecchymoses et hématomes

L'ecchymose, rarement précoce, est un symptôme de faible valeur pour le diagnostic d'une fracture récente. L'hématome, qui n'est pas constant, a, pour les mêmes raisons, aussi peu de valeur.

Manifestations générales

Lors de fracture on observe habituellement une légère hyperthermie et l'examen analytique révèle une leucocytose.

En résumé, le diagnostic d'une fracture peut se faire ordinairement par inspection et palpation, en comparant la position et le contour du côté blessé avec le symétrique sain. Il n'est pas nécessaire de bouger le membre ou la zone blessée. *Le diagnostic définitif est confirmé par l'examen radiographique.*

Quelquefois nous pouvons confondre une fracture avec une luxation, en raison de la similitude des symptômes, mais il faut tenir compte du fait que la luxation conditionne une position fixe de l'articulation qui ne peut être réduite que par une manœuvre adéquate, tandis que la position anormale de la fracture est aisément corrigible.

Rappelons que *dans les luxations il existe une immobilité anormale et dans les fractures une mobilité anormale.*

Complications des fractures

Lorsque se produit une fracture, les tégu-ments et la peau, les vaisseaux, les nerfs, les muscles, les articulations, etc. peuvent être endommagés et il peut y avoir une répercussion notable sur l'état général de l'individu, avec diverses complications, en plus des séquelles qui pourront rester.

Si de nombreux traumatismes ne vont pas jusqu'à provoquer une rupture de l'os, ils entraînent souvent une lésion de la membrane enveloppante, appelée *périoste*, d'où résulte un tableau de « périostite traumatique » très douloureux. Cela se produit surtout dans les os qui ont une faible protection musculaire, comme c'est le cas pour le tibia.

Chez les enfants, le périoste est très épais et ses lésions sont rares. Cela explique que très souvent, malgré une fracture osseuse, il ne se produit pas de déviation des fragments. Il s'agit des *fractures subpériostiques*, intermédiaires entre les fractures complètes et incomplètes.

Lors des *fractures subpériostiques*, l'os est fracturé sur toute sa largeur mais le périoste résiste et demeure intact, gardant, tel un manchon, les fragments en contact, évitant ainsi leur déviation. Ces fractures, propres aux enfants, guérissent rapidement et facilement.

Traitement des fractures

La manière de nous comporter devant une fracture fera l'objet d'un commentaire lorsque nous parlerons des premiers secours. Nous devons pourtant déjà dire que le principal est d'*immobiliser la fracture* au moyen de férules ou, si nous en manquons, en utilisant des attelles, des bandes ou des mouchoirs. N'oublions pas qu'il faut *immobiliser les deux articulations proches de la fracture*, en tâchant de bouger le moins possible le blessé. Ensuite, et immédiatement, le patient restera sous les soins d'un médecin.

A.C.T.

(à suivre)