

3° *Installation de l'extension.*

Alors, enlever la bande, ainsi que le papier huilé ou le linge destiné à isoler la bottine.

Mettre le membre sur l'appareil en bois, de façon que la jambe repose horizontalement.

Installer la traction (2 kilogrammes au début, augmenter de 500 grammes par jour jusqu'à 3 kg. 5 dans les fractures récentes — 4 kg. 5 dans les fractures anciennes, — la nuit, supprimer l'excédent de 3 kg. 5 et le replacer au réveil), en attachant la cordelette au milieu de l'anse, si le fragment inférieur est en bonne direction ; en dedans ou en dedors, si le fragment est dévié en dedans ou en dehors.

Suites.

Supprimer la traction au bout de *quarante jours*, mais alors appliquer un appareil plâtré qu'on enlèvera au bout de six semaines et qu'on remplacera par un autre, si on trouve de la flexibilité ou de la mobilité au niveau du foyer de la fracture.

B. Fracture de l'extrémité supérieure.

Souvent le tibia et le péroné sont brisés tous les deux.

Signes. — Gonflement accusé de la région, impotence fonctionnelle, douleur locale à la pression, mobilité anormale.

Diagnostic. — Parfois difficile : genou et partie supérieure de la jambe gonflés ; la localisation de la douleur sur des points osseux précisera le diagnostic.

Pronostic, à réserver : consolidation lente, raideurs ou même ankylose.

Traitement.

Pendant les premiers jours, mettre le membre dans une gouttière de fil de fer garnie d'ouate ; le recouvrir de compresses humides.

Une fois le gonflement tombé, réduire la fracture — sous l'anesthésie — et placer l'appareil d'Hennequin. (p. 598).

Suites.

Massage précoce, au bout de trois à quatre semaines.

C. Fracture de l'extrémité inférieure.

La plus fréquemment observée est la bi-malléolaire par abduction, dite fracture de Dupuytren.

Signes. — Pied subluxé en dehors et en arrière. Coup de hache à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la malléole externe. Saillie osseuse sous-cutanée et point douloureux net, au-dessus de la pointe de la malléole interne.

Pronostic. — Grave au point de vue fonctionnel. On est exposé à deux sortes de complications pendant la convalescence : amyotrophie avec troubles trophiques variés, déviation secondaire progressive du pied en valgus.

Traitement.**I. Réduction.**

Celle-ci doit être pratiquée le plus tôt possible. On ne recourra à l'anesthésie générale qu'en cas d'impossibilité d'une réduction complète, sans le secours de cette anesthésie.

La jambe fléchie sur la cuisse, un *aide* la maintenant solidement entre ses deux mains (contre-extension), l'*opérateur* placé au bout du membre tire le pied dans l'axe en le ramenant en dedans. Il faut s'attacher à ce que la réduction soit bien complète.

En cas d'*irréductibilité* même sous l'anesthésie générale, et s'il existe une déformation assez forte (enclavement d'un fragment du tibia...), la réduction à ciel ouvert est indiquée.

II. Immobilisation.**Préparatifs.**

De l'appareil plâtré (attelles de Maisonneuve, p. 603).

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Au moins trois (un pour l'anesthésie).

Mise en place de l'appareil.

Les attelles en forme de gouttière seront appliquées sur le membre réduit et le pied maintenu en bonne position (angle droit, talon redressé, la crête du tibia prolongée devant aboutir au premier espace intermétatarsien).

Suites.

Surveiller tous les jours l'appareil. Le changer, si du jeu se produisait par suite du dégonflement.

L'enlèvement définitif de la gouttière plâtrée se fera vers le *quarante-cinquième jour*. S'assurer alors de la solidité du cal et replacer, au besoin, la gouttière pendant encore quelques jours jusqu'au cinquantième ou soixantième jour.

Dès que l'appareil plâtré est supprimé, le pied doit être immédiatement soutenu par un *appareil orthopédique à tuteurs latéraux* (s'opposant à l'affaissement de la voûte plantaire et à la déviation secondaire du pied en valgus). Le convalescent ne devra pas faire un pas sans son appareil. Il marchera ainsi modérément et s'arrêtera dès qu'apparaîtront la fatigue et la douleur. En même temps, tous les jours on provoquera des mouvements passifs peu étendus du membre inférieur malade.

Le massage et l'électrisation faradique sont nuisibles. La fracture de Dupuytren vicieusement consolidée soit primitivement, soit par suite de déviations secondaires (valgus), est justiciable de l'intervention sanglante.

PÉRONÉ

La fracture peut siéger à la partie inférieure, à la partie moyenne ou à la partie supérieure.

A. Fracture à la partie inférieure.

La solution de continuité peut siéger à 1 centimètre de la pointe (décollement du cartilage de conjugaison chez les adolescents) ou un peu plus haut, suivant le prolongement de l'articulation tibio-péronière.

Traitement.

Bandage ouaté compressif de Hennequin (fig. 390).

Préparatifs.**Matériel.**

Ouate ordinaire en lanières de 20 à 25 centimètres de largeur.

Deux bandes de toile neuve de 10 mètres de long chacune sur 5 centimètres de largeur.

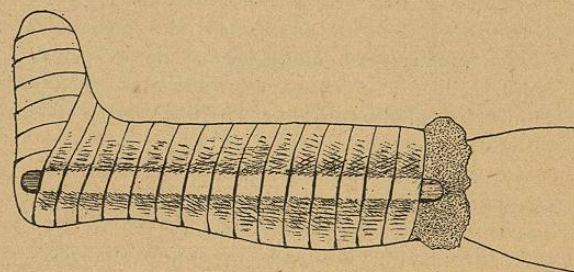


Fig. 390. — Appareil ouaté compressif pour fracture du péroné (d'après Hennequin).

Une bande de tarlatane de 12 à 15 mètres de long sur 12 à 15 centimètres de large.

Deux attelles de bois dépassant de 5 à 6 centimètres la face plantaire et remontant jusqu'à l'articulation du genou.

Aides.

Deux.

Malade.

Nettoyer la jambe au savon et à l'eau chaude, puis la saupoudrer de poudre d'amidon.

Application.**Position.**

Sujet dans le décubitus dorsal.

Il est inutile de chercher la réduction.

Un aide saisit le pied dans ses deux mains, dont l'une

est placée sous le talon, l'autre sur le dos. Le pied étant amené en bonne position (à angle droit sur la jambe), cet aide tire fortement le membre à soi.

L'autre aide empaumant le genou avec ses deux mains résiste aux tractions du premier aide.

Exécution.

Enrouler les *bandes d'ouate* autour du membre, régulièrement, de façon à obtenir partout une épaisseur égale de quatre travers de doigts.

Enrouler ensuite, en les serrant solidement, les *bandes de toile* neuve, en commençant au-dessus des malléoles et en continuant l'enroulement sur le talon et le pied y compris les orteils. Puis, remonter en sens inverse jusqu'au niveau du genou, en laissant l'articulation libre.

La deuxième bande est appliquée sur la première, mais en procédant de haut en bas.

Enrouler ensuite la *bande de tarlatane* (après l'avoir imprégnée d'eau et exprimée) deux fois autour de la jambe et placer sur les faces latérales de la jambe les *deux attelles* débordant de quelques centimètres la plante du pied.

L'enroulement de la bande se continue par-dessus les attelles et leurs extrémités maintenues par l'aide placé au pied : ce qui ne dispense pas cet aide du soin de maintenir rigoureusement le pied à angle droit.

On posera le membre *sur un coussin* formant plan incliné ascendant.

Suites.

Au bout de quatre à cinq jours, commencer des massages doux quotidiens. Replacer l'appareil dans l'intervalle des massages.

La marche dans l'appartement commencera au bout d'une dizaine de jours. On se bornera alors à enrouler autour du membre une bande de crépon ou de flanelle depuis la racine des orteils jusqu'à mi-jambe.

B. Fracture de la partie moyenne.

La plupart du temps, il n'y a que peu d'impotence fonctionnelle. Même traitement que pour la fracture de l'extrémité inférieure.

C. Fracture de l'extrémité supérieure.

Due à un traumatisme direct ou à l'arrachement par le tendon du biceps (très rare).

Pronostic. — Sérieux, en raison de la lésion possible du sciatique poplitée externe qui contourne le col de l'os; douleurs très vives s'accompagnant quelquefois de paralysie immédiate ou éloignée des muscles de la région antéro-externe de la jambe et du dos du pied.

Traitement.

S'il n'y a que très peu de déplacement, laisser simplement le malade au repos pendant quelques jours, après lui avoir appliqué un *bandage ouaté compressif* (p. 611) qui s'étendra du milieu de la jambe au milieu de la cuisse et sera rendu rigide par une attelle coudée postérieure, la jambe étant légèrement fléchie.

Le massage léger et doux sera commencé au bout de quatre à cinq jours, la marche aura lieu vers le dixième jour.

S'il y a un fort déplacement ou des douleurs très vives, intervenir chirurgicalement.

II. — FRACTURES COMPLIQUÉES

Traitement.

Dans ces cas, surtout lorsque la fracture compliquée siège aux extrémités, ne pas omettre les injections de sérum antitétanique (10 c.c. les 1^{er}, 3^e et 10^e jours).

Le traitement proprement dit comprend deux temps.

1^{er} TEMPS. — *Nettoyage et désinfection du foyer de fracture.*

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[Instruments.]

Un bistouri.

Une paire de ciseaux droits.
 Une pince à griffes.
 Quelques pinces à forcipressure.
 Seringue de Roux.
 Aiguille de Mooy.
 Drains assez gros.
 Catgut (n° 1).
 Crins.

Solution.

Eau oxygénée à 6 volumes.
 Sérum antitétanique (10 centimètres cubes).

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Deux].

Opération.

Nettoyage et préparation des environs de la plaie : laver, savonner, brosser énergiquement, surtout les espaces interdigitaux, les ongles, etc., puis laver à l'alcool, à l'éther, au sublimé à 1/1000.

Agrandir la plaie avec les ciseaux.

Laver abondamment et déterger la plaie osseuse avec un jet d'eau bouillie salée tiède (provenant d'un bock) ; chasser les caillots, les petites esquilles libres, les lambeaux musculaires ; ne pas toucher au périoste ni aux muscles.

Nettoyer tous les recoins de la plaie avec des tampons et des compresses montées trempées dans l'eau oxygénée à 6 volumes.

« Insister, laver, relaver, y revenir » (Lejars).

Terminer en touchant toutes les régions atteintes avec des compresses trempées dans l'alcool.

Placer un ou plusieurs gros drains complétés au besoin par quelques mèches de gaze.

Suturer, s'il est possible, une partie de la plaie.

Pansement.

Sec aseptique recouvert de bandes de tarlatane humides.

2° TEMPS. — Réduire et immobiliser dans un appareil plâtré (p. 564).

Suites.

Prendre la température tous les jours, en même temps que le pouls.

Si le lendemain la température monte peu (38, 38°5) et que le pouls soit bon, ne pas s'inquiéter. — Dans le cas où au contraire, le pouls augmente de fréquence (110, 120) si le malade devient nerveux, se plaint de souffrir beaucoup, craindre la septicémie.

Ouvrir le pansement sur le champ, faire sauter les points de suture, mettre à jour toute la plaie et la nettoyer soigneusement avec l'eau oxygénée à 12 vol. Placer de gros drains et ne plus faire de tentative de suture. Pansement aseptique humide à renouveler tous les jours.

Si la température et le pouls sont bons, n'enlever le pansement qu'au bout de quelques jours. Le remplacer par un pansement aseptique, sec si possible.

OSTÉOMYÉLITE AIGUE

Inflammation de l'os, du périoste et de la moelle, due à un microbe particulier (souvent le staphylocoque doré) survenant chez les jeunes sujets et accompagnée de phénomènes généraux graves.

Symptômes. — Début brusque, phénomènes généraux plus ou moins intenses (fièvre, frissons). Douleur très vive avec gonflement des parties molles au niveau de l'union de la diaphyse avec l'épiphyse. Peau œdématisée et sillonnée de réseaux veineux sous-cutanés. Il est généralement difficile de percevoir la fluctuation profonde.

Diagnostic. — Avec le : *rhumatisme articulaire aigu* (la douleur de l'ostéomyélite est osseuse et non articulaire).