

toutefois l'issue n'était pas aussi favorable, et les malades succombaient à la septicémie qui s'était déclarée dans le fond de la plaie.

b) *Broiement* du fémur dans un écrasement par une lourde voiture, un wagon, un tramway. La plupart de ces accidents se terminent par la mort, que l'on ampute ou non. Le choc considérable tue rapidement le malade.

c) *Fractures par armes à feu*. La gravité de ces fractures est connue de tous les chirurgiens d'armée. Sur 2021 cas traités par la conservation, Billroth a calculé la mortalité à 60 0/0. C'est pourquoi on suivait presque toujours le précepte de Ribes et de Larrey, d'amputer immédiatement tous les cas de fractures par armes à feu. Mais lorsque plus tard on fit la statistique des amputations, on vit que la mortalité était encore plus élevée. (On a noté 3721 cas d'amputations dans les différentes guerres). Ces chiffres parleraient donc en faveur du traitement conservateur.

L'examen anatomique des fractures du fémur par armes à feu montre que les lésions osseuses sont en général graves ou étendues. Il existe toutefois des cas où l'os n'a été qu'éraflé par la balle, et on trouve au fond de la plaie une portion d'os simplement mise à nu ou contuse sans solution de continuité; eh bien, même ces cas d'apparence bénigne peuvent se terminer par la mort quand il s'établit une ostéomyélite diffuse. La plupart des plaies du fémur par armes à feu s'accompagnent d'éclatements étendus; du trait de fracture partent de longues crevassees qui remontent le long de la diaphyse dans toutes les directions, et qui de leurs sillons circonscrivent des esquilles. Dans certains cas ces fissures sont considérables.

Mais ce ne sont pas elles seules qui constituent le danger, c'est aussi la blessure des gros vaisseaux. Billroth a décrit ces cas malheureux de coups de feu du fémur dans lesquels on voit survenir une hémorragie secondaire. La profondeur de la plaie, les fragments que l'on rencontre en chemin, la mortification des tissus, tout concourt à rendre l'hémostase très difficile, même lorsque le chirurgien est parfaitement aidé. Enfin le fond de la plaie, autour de laquelle le tissu conjonctif a été déchiré par les esquilles, et où se trouvent le projectile, des morceaux d'équipement et des esquilles mobiles, le fond de la plaie dis-je est facilement le point de départ de suppurations étendues qui fusent dans toutes les directions.

Dans ces plaies on a trop souvent fait un traitement théorique; les uns ont conseillé de ne jamais explorer la plaie avec le doigt, les vieux chirurgiens conseillaient au contraire de faire cet examen. Les uns mettaient toujours et dès l'accident le membre dans l'extension, les autres le mettaient dès le début dans un appareil plâtré. Aucun des deux n'é-

tait satisfaisant. L'extension dès le début paraît ne pas avoir contenté les chirurgiens parce qu'elle était faite mal à propos. L'un condamnait le pansement de diachylon, l'autre l'appareil plâtré; ni l'un ni l'autre de ces appareils n'était cause de cet insuccès, mais l'extension sur une plaie très enflammée. Ce n'est que l'antisepsie qui permit d'instituer un procédé unique.

§ 2. — Lésions inflammatoires de la cuisse.

Parmi les *processus inflammatoires*, nous ne nous occuperons que de ceux qui sont particuliers à la cuisse, ou du moins de ceux qui acquièrent à cet endroit des caractères particuliers.

Adénites de l'aîne. — Notre attention est attirée tout d'abord par les inflammations et suppurations des ganglions lymphatiques qui se trouvent en haut de la cuisse. Une partie de ces ganglions tirent leurs origines des organes génitaux et de la paroi abdominale antérieure; on les reconnaît à ce que leur grand diamètre se rapproche de la direction transversale¹; les autres tirent leurs origines du membre inférieur, et leur grand diamètre est dirigé selon l'axe de la cuisse. Non seulement les ulcérations vénériennes (chancres mous), mais les ulcérations de tout genre, même les excoriations superficielles pourvu qu'elles soient malpropres, peuvent provoquer le gonflement et l'inflammation de ces ganglions.

Ce processus inflammatoire rétrocede souvent par le repos et les applications froides, même quand la mollesse des ganglions aurait fait croire la suppuration inévitable. Si l'inflammation ne rétrocede pas, on peut évacuer le pus par des ponctions successives et éviter l'ouverture de l'abcès. Mais il ne faut plus s'attendre à cette marche quand le tissu cellulaire qui entoure le ganglion est devenu phlegmoneux. Alors le traitement le plus simple consiste à ouvrir le foyer et extirper le ganglion; on économise ainsi du temps et des dangers au malade, car la simple incision du foyer est généralement suivie de fusées purulentes dans différentes directions et de fistules².

(1) On n'oubliera pas non plus que les ganglions les plus externes de la chaîne parallèle au pli de l'aîne reçoivent leurs afférents de la fesse et de l'anus, régions qu'il faut explorer toutes les fois qu'on recherche la cause d'une adénite inguinale. (A. B.)

(2) Il y a dans l'aîne deux ordres d'adénopathies, comme partout: de vrais adénophlegmons et des adénites chroniques pour la plupart tuberculeuses. C'est pour ces dernières seules que l'extirpation du ganglion est de mise. Pour les