

pas même complètement ankylosée, car le malade y conserva assez de mobilité pour pouvoir reprendre ses travaux habituels.

Observation 168. — M. Stewart, fut jeté hors de sa voiture, et se fit une fracture des condyles de l'humérus, avec saillie d'une portion du condyle interne à travers la peau. Les bords de la plaie furent rapprochés immédiatement; de la charpie imbibée de sang fut appliquée dessus; on employa les lotions évaporantes, et le membre fut maintenu dans la flexion jusqu'à consolidation de la fracture. Le membre ne resta pas complètement inutile; mais la mobilité en était beaucoup plus limitée que dans le cas précédent.

Observation 169. — M. L., âgé de 74 ans, tomba, le 20 avril 1818, de la hauteur de quelques marches, et se fit une fracture comminutive du coude. Les condyles de l'humérus et l'olécrâne étaient fracturés; le condyle interne sortait à travers la peau; il y avait une hémorrhagie considérable; et le délabrement était tel qu'on pouvait imprimer à l'avant-bras des mouvemens de rotation dans tous les sens. (Charpie imbibée de sang sur la plaie, bandage à plusieurs chefs, attelle de carton, lotions évaporantes.) Cet appareil ne fut levé que le 15 mai. La plaie extérieure suppura un peu; mais à aucune époque, l'articulation n'offrit de tendance à la suppuration. La pression exercée par l'attelle qui soutenait le bras, relarda un peu la cicatrisation de la plaie. Aussitôt que cette cicatrisation fut obtenue, et que les fragmens osseux furent consolidés, on commença l'usage des mouvemens passifs; et, quoique l'articulation restât très-déformée, le membre recouvra des mouvemens fort étendus.

Le malade, qui était d'un grand âge et d'une constitution débilitée, n'aurait pu supporter un travail de suppuration dans l'articulation, et n'aurait probablement point survécu à l'amputation du bras. Si au lieu du traitement simple qui a été suivi dans ce cas, on applique des cataplasmes, le travail d'agglutination est empêché, la suppuration est produite, ce qui fait naître de graves dangers, et oblige de recourir à l'amputation.

Observation 170. — Une femme de 50 à 60 ans, entra à l'hôpital de Guy, pour une fracture des deux condyles de l'humérus avec plaie de l'articulation du coude. (cataplasme, fomentations deux fois par jour.) Le lendemain, fièvre intense. Le troisième jour, gonflement considérable du bras, suppuration sanieuse, abondante, à la plaie. Le quatrième jour, prostration des forces, cessation presque complète de la suppuration, gonflement du bras; mort le cinquième jour.

Dans tous les cas de ce genre, le bras doit être placé dans la flexion, car l'ankylose à un degré plus ou moins prononcé est la conséquence presque inévitable de cette lésion. Si les fractures sont comminutives, et la plaie large, il faut enlever toutes les portions d'os isolées. Mais chez les vieillards, il arrive souvent que les forces ne peuvent supporter le travail d'agglutination, et alors l'amputation devient nécessaire. Il faut tenir les bords de la plaie rapprochés, les recouvrant avec de la charpie imbibée de sang, que l'on soutient avec des agglutinatifs et un bandage appliqué légèrement et humecté d'un mélange d'eau et d'alcool.

FRACTURES DES OS

L'AVANT-BRAS, AU POIGNET.

FRACTURE DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS SANS LUXATION DU CUBITUS. — Cette fracture a lieu ordinairement à un pouce environ au-dessus de l'apophyse styloïde. La guérison en est difficile, parce que l'extrémité du fragment supérieur est entraînée, par le muscle carré pronateur, dans l'intervalle des tendons fléchisseurs, où l'on peut le sentir distinctement. Là, il devient une cause de gêne considérable pour les mouvemens des doigts, en ce qu'il entrave l'action du muscle fléchisseur profond des doigts. Le professeur Cline établissait de la manière suivante les bases du traitement, dans ses leçons: « Quand une fracture du radius a lieu immédiatement au-dessus de l'articulation du poignet, il faut ne rien négliger pour prévenir la perte complète du mouvement des doigts; car, dès que la fracture est produite, l'extrémité inférieure du radius est attirée par le carré pronateur obliquement à la partie antérieure de l'avant-bras et au milieu des tendons fléchisseurs. Les efforts du chirurgien doivent donc avoir pour objet de contre-balancer l'action de ce muscle; on peut

y parvenir, en plaçant la main de manière à ce que, par son propre poids, elle lutte contre l'action de ce muscle. Dans ce but, aussitôt qu'on a opéré la réduction, en tirant la main suivant l'axe de l'avant-bras, il faut appliquer une bande roulée autour de l'avant-bras jusqu'au poignet; placer à la partie antérieure et à la partie postérieure de l'avant-bras, une attelle qui se prolonge sur la région palmaire et sur la région dorsale de la main, de manière à maintenir celle-ci dans la supination, et fixer ces attelles par une bande roulée qui ne descende pas plus bas que le poignet. Dans cet appareil, la main, restant pendante entre les attelles, attire, par son poids, l'extrémité inférieure du radius sur laquelle elle exerce ainsi une extension permanente, contre-balance l'action du carré pronateur, et conserve l'affrotement des deux fragmens. »

FRACTURE SIMPLE DU RADIUS AVEC LUXATION DU CUBITUS. — Souvent le radius est fracturé, en même temps que le cubitus est luxé. La frac-

ture a ordinairement son siège à un pouce au-dessus de l'articulation. Quand elle est très-oblique, le déplacement du radius peut être tellement considérable, qu'il en résulte une luxation du cubitus en avant.

Il existe, dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, une pièce anatomique qui représente cette double lésion. L'extrémité inférieure du radius est dans sa situation normale, son articulation avec les os du carpe est conservée. A un pouce au-dessus du ligament annulaire du carpe, le fragment supérieur du radius fait une saillie sous les tendons fléchisseurs qu'on a eu soin d'écarter; le cubitus est luxé en avant, et repose sur le grand os du carpe.

Les symptômes de cette lésion sont les suivants : la main est rejetée en arrière sur l'avant-bras, de manière à simuler, au premier aspect, une luxation du poignet; on sent une saillie sous le tendon du cubital antérieur, précisément au-dessus du grand os; enfin, on reconnaît facilement sous les tendons fléchisseurs de la main, l'extrémité du fragment supérieur du radius. J'ai rencontré fréquemment cette lésion; mais dans le principe, je n'en saisissais pas bien le véritable caractère, et je ne l'ai parfaitement comprise qu'après la dissection.

Une extension très-puissante est nécessaire pour réduire cette fracture, et il est très-difficile de maintenir ensuite les fragmens au contact. Tandis que le chirurgien exerce des tractions sur la main, le bras et l'avant-bras doivent être tirés en arrière par un aide; ensuite on fixe solidement, au moyen d'une bande, un coussin à la partie interne du poignet, et à la partie postérieure de la main, afin de maintenir en position le cubitus et les fragmens du radius; on place ensuite une attelle bien rembourrée à la partie postérieure et au côté interne de l'avant-bras; ces attelles doivent s'étendre de la partie supérieure de l'avant-bras jusqu'au poignet et non au-delà. Le bras est placé dans une écharpe. Cette position doit être conservée pendant trois semaines chez les jeunes sujets, et pendant quatre ou cinq chez les sujets âgés, avant de commencer l'emploi des mouvemens passifs. La guérison se fait long-temps attendre; et quelquefois, il s'écoule six mois avant que la mobilité des doigts ne soit complètement recouvrée.

FRACTURE DU RADIUS, AVEC LUXATION COMPLIQUÉE DU CUBITUS. — Cet accident est très-grave, quand la fracture du radius est très-communitive; mais la guérison s'obtient très-facilement, quand cette fracture est simple.

Observation 171. — J'ai observé cette lésion chez un homme qui était tombé sur le dos de la main; le cubitus faisait une saillie d'un pouce et demi à travers la peau. L'os fut réduit immédiatement et entouré d'une bande; la plaie guérit par première intention, et la guérison fut complète.

Observation 172. recueillie par M. Peplow Cartwright. — Susannah Griffith, âgée de 72 ans, entra à l'hôpital de Guy, le 10 avril 1822. Elle avait fait une chute sur le pavé; sa main s'était trouvée placée sous elle, de telle manière, que la face palmaire avait été fléchie avec force contre le côté interne de l'avant-bras; l'extrémité inférieure du cubitus avait été portée avec violence à travers la peau, et celle du radius s'était fracturée obliquement (*réduction; rapprochement aussi exact que possible des bords de la plaie; charpie imbibée de sang sur la plaie, et maintenue par une bande*).

Le troisième jour, le bras s'étant tuméfié et enflammé, on appliqua des cataplasmes.

Le 21 mai, la fracture du radius était consolidée; la malade avait recouvré l'usage du pouce et des deux premiers doigts. La totalité du cartilage articulaire s'était séparée sous forme d'escharres noires, mêlées d'esquilles provenant du radius. Les bourgeons charnus étaient exubérans. On recouvrit la surface de la plaie avec des agglutinatifs. La guérison fut considérablement retardée par le déplacement fréquent de l'extrémité du cubitus, déplacement qui était causé par l'agitation extrême de la malade, et par l'état oedémateux du membre, qui ne permit pas l'application des bandes aussi exactement qu'elle aurait dû être faite.

Le 18 juin, la plaie était presque guérie; il y avait cependant encore une petite portion de l'extrémité du cubitus qui était sur le point de s'exfolier, et sur laquelle, afin d'en hâter l'exfoliation, on faisait des lotions où entraient l'acide nitrique.

Observation 173. — Un homme entra à l'hôpital Saint-Thomas, dans le service de M. Chandler. Le cubitus sortait à travers la peau à la partie postérieure du carpe; il y avait en outre, une fracture compliquée et très-communitive du radius. Le cubitus fut d'abord replacé, mais il reprit aussitôt sa position anormale, sans cependant faire, de nouveau, saillie à travers la peau. La main et l'avant-bras furent placés dans un cataplasme, et des fomentations furent prescrites deux fois par jour. Il en résulta une suppuration abondante, accompagnée de réaction générale violente. Dans le désir de sauver la vie du malade, M. Chandler fut obligé d'amputer le membre au bout de cinq semaines.

Autopsie. — Le cubitus était luxé en arrière; son extrémité inférieure était logée dans la plaie, à travers laquelle elle avait fait saillie au dehors. Le radius était fracturé communitivement; quelques fragmens qui étaient libres, devaient être une cause d'irritation considérable; quelques-uns des tendons et des muscles, notamment le long radial externe, et les extenseurs du pouce, étaient déchirés.

Dans un cas semblable, quand on peut sentir des fragmens complètement détachés, il faut agrandir la plaie pour en faire l'extrac-

tion; et, au lieu de cataplasmes et de fomentations, il faut choisir pour topique la charpie imbibée de sang, mollement fixée par une bande; le bras doit être placé sur une attelle, afin que tout mouvement soit prévenu; il faut recourir en même temps aux lotions évaporantes; et l'on ne doit plus toucher à l'appareil, à moins qu'il ne survienne des symptômes de suppuration; si ces symptômes se manifestent, il faut pratiquer au bandage une petite ouverture pour l'écoulement du pus, mais, même dans ce cas, l'appareil ne doit jamais être dérangé. On doit, si l'inflammation et la fièvre sont intenses, recourir à la saignée et à des applications de sangsues. Il faut entretenir la liberté du ventre; mais proscrire tout purgatif violent.

Observation 174. Fracture du radius, luxation compliquée du poignet. — John Winter, fit une

chute de dessus une échelle, sur la main et le genou: la main était renversée en arrière; le cubitus faisait saillie à travers les tégumens à la partie interne du poignet. L'os fut réduit, on appliqua une bande autour du poignet, et la plaie guérit par première intention. Au bout de sept semaines, le malade était très-bien, à cela près d'un léger engorgement des tendons, qui persista quelques semaines.

FRACTURE DE LA TÊTE DES OS DU MÉTACARPE. — Quelquefois les os métacarpiens sont fracturés à leur extrémité digitale appulée leur tête; le fragment inférieur s'affaisse vers la paume de la main, et donne lieu aux apparences d'une luxation du doigt. Pour opérer la réduction et la consolidation de cette fracture, il faut placer dans la paume de la main, une boule assez volumineuse, et l'y maintenir à l'aide d'une bande.

LA COLONNE VERTÉBRALE
ET LESIONS DE LA MOELLE RACHIDIENNE