

devons mentionner également la décomposition des éléments épithéliaux de la surface du corps, sous l'influence de la malpropreté. Lorsque les parties du corps, qui sont dépouillées de leur épiderme, grâce à la pression à laquelle elles ont été soumises, arrivent en contact avec ces matières en décomposition, elles deviennent le siège d'un **processus inflammatoire septique**, qui s'ajoute à la **gangrène des tissus**, conséquence de leur nutrition insuffisante; ce sont ces deux causes réunies qui impriment au processus le caractère d'une **gangrène progressive**. La nécrose putride des tissus ne reste pas, en effet, limitée à la peau comprimée, mais se propage aux parties profondes, aux muscles et au tissu conjonctif, et, à la périphérie, la destruction s'étend bien au-delà des limites primitives du décubitus.

La région la plus souvent affectée de décubitus est le sacrum, car c'est sur elle que repose le poids du corps, surtout lorsque le malade n'est pas couché tout à fait horizontalement, la partie supérieure du tronc et la tête étant relevées par des coussins. Dans des conditions défavorables, le phlegmon putride peut atteindre ici des dimensions énormes, soit à la périphérie, soit dans la profondeur; on le voit se propager latéralement, en haut et en bas, à la peau et aux parties molles, envahir même l'os sous-jacent, et se continuer à travers ce dernier jusque dans le canal sacré, de façon à provoquer une méningite suppurée.

Après le sacrum, nous avons à signaler les régions suivantes comme étant relativement souvent le siège d'un décubitus: les parties des omoplates recouvertes seulement par la peau, les trochanters, les talons, la région des malléoles et la partie inférieure de la région péronière, le condyle interne de l'humérus, etc. Lorsque l'anesthésie de la peau est complète et le malade tout à fait immobile, la tendance au décubitus est tellement prononcée, surtout dans les premiers jours, qu'on le voit se produire, par exemple, à l'abdomen, lorsque la main paralysée est restée longtemps appuyée sur le même point de la paroi abdominale; on a même observé le sphacèle des téguments dans des points où la peau tendue est simplement comprimée par des saillies osseuses sous-jacentes; c'est ce que j'ai observé plusieurs fois au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le décubitus se produit aussi volontiers le long des apophyses épineuses des vertèbres dorsales, surtout lorsque, dans les cas de fracture, ces apophyses font en arrière une saillie anormale.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les causes qui font du décubitus une complication redoutable. Le danger dépend ici de l'étendue et de l'intensité du phlegmon septique, et se révèle soit par les symptômes d'une fièvre hectico-septique, soit par ceux d'une septicémie à marche plus rapide, ou d'une pyémie avec frissons. Souvent aussi, c'est un érysipèle avec fièvre intense qui emporte le malade déjà affaibli.

Il va sans dire, cependant, que le décubitus n'a pas toujours d'aussi graves conséquences, et comme nous le verrons, d'ailleurs, si nous prenons en considération les causes mentionnées plus haut, il ne nous

manque pas de moyens, soit pour prévenir ces complications, soit, lorsqu'elles sont déjà survenues, pour assurer tout au moins au blessé des chances de guérison. C'est surtout lorsque les phénomènes de paralysie s'améliorent, que l'on voit souvent de grandes pertes de substance guérir après élimination des parties mortifiées.

§ 18. — Un retour complet à l'état normal est relativement rare dans les cas de fracture de la colonne vertébrale avec lésion de la moelle épinière. En effet, à supposer même que le malade n'ait pas à passer par les graves complications décrites dans le paragraphe précédent, et que les symptômes paralytiques tendent à s'améliorer, il n'en reste pas moins, dans la plupart des cas, un certain degré de paralysie. Tantôt ce sont les extrémités inférieures dont les muscles faibles et atrophiés n'agissent que très imparfaitement, tantôt le blessé est voué aux désagrément d'un rétablissement incomplet des fonctions alvines et de la miction. Les troubles de sensibilité circonscrits de la peau, lorsqu'ils occupent une certaine étendue, sont aussi une source d'inconvénients, en ce sens, que les parties devenues insensibles, sont plus exposées aux lésions traumatiques, et que ces dernières guérissent plus difficilement. Rappelons, enfin, que la guérison ou une amélioration survenant dans le cours de la maladie, s'annoncent, en général, tout d'abord, par l'apparition de douleurs plus ou moins intenses dans les membres paralysés.

A tous ces inconvénients s'ajoutent encore ceux qui résultent de l'incurvation du rachis ou gibbosité, ainsi que certains troubles pathologiques se produisant parfois dans la suite. Dans la vessie qui n'a pas recouvré complètement ses fonctions, se forment assez souvent des **concrétions phosphatiques**. D'autre part, nous devons encore attirer l'attention sur les relations qui existent réellement entre les lésions traumatiques de la colonne vertébrale et la **spondylarthrocace** consécutive. Les cas les plus rares sont ceux dans lesquels une inflammation des vertèbres se développe à la suite de véritables fractures de ces os en un certain nombre de fragments. Plus souvent déjà, on entend les auteurs insister sur la relation existant entre cette même affection et la contusion des vertèbres, chez des individus qui avaient semblé jouir jusqu'alors d'une bonne santé. Mais les auteurs en quête de relations de ce genre, en trouveront encore bien plus souvent entre des contusions et distorsions relativement légères de la colonne vertébrale et la spondylarthrocace **chez les enfants scrofuleux**. Les chirurgiens américains surtout sont allés, dans ces derniers temps, jusqu'à ramener à des causes traumatiques la presque totalité des inflammations des vertèbres. Mais à supposer même que ces auteurs n'aient pas accordé trop de confiance aux assertions des parents, qui mettent volontiers en cause un accident, il n'en est pas moins vrai que, dans les conditions normales, on ne peut certainement admettre qu'un léger choc sur la région du dos ou une flexion forcée du rachis en avant ou en arrière, soient capables de provoquer une inflammation et une suppuration des vertèbres; autant vaudrait affirmer qu'un sarcome ou une gomme peuvent se développer sur un point du squelette qui a été soumis à une légère violence

traumatique. Le fait essentiel, au point de vue étiologique, c'est la **prédisposition générale ou locale** à l'inflammation tuberculeuse des os, et non pas la petite lésion traumatique qui n'a aucun rapport avec la gravité des altérations anatomo-pathologiques observées.

§ 19. — Si, d'après notre description, un bien triste sort est réservé aux individus atteints de fractures de la colonne vertébrale, d'autre part, aucune autre lésion traumatique ne réclame à un si haut degré l'attention du chirurgien et du personnel chargé de donner des soins au malade.

Le transport du blessé, aussitôt après l'accident, exige déjà certaines précautions. Un mouvement intempestif peut, nous l'avons vu, entraîner rapidement la mort, dans les cas de fractures des vertèbres cervicales; de même, si la fracture siège dans la région dorsale ou lombaire, on peut voir apparaître une paralysie qui n'existait pas jusque-là, ou une paralysie incomplète devenir complète. Que l'on use donc des plus grandes précautions dans les mouvements nécessaires pour le transport du blessé! Du lieu de l'accident jusqu'à son lit, le blessé doit être transporté, autant que possible, sur un brancard ou une litière, et si l'on ne peut user de ce moyen de transport, on devra, en tout cas, faire coucher le malade horizontalement dans une voiture à ressorts, ou dans un char sans ressorts, sur un matelas ou une couche épaisse de paille.

Les mêmes précautions sont nécessaires pour le transport du blessé sur son lit définitif. Afin d'éviter des mouvements inutiles, on coupera les vêtements pour les enlever. Le lit lui-même doit être pourvu d'un bon matelas de crin; on fera toujours bien de placer immédiatement sous le sacrum un gros coussin à eau, ou de substituer ce dernier à la pièce moyenne d'un matelas divisé en trois parties. Chez les malades de la classe aisée, on peut aussi se servir d'un matelas complet en caoutchouc pouvant être rempli d'eau.

Les coussins à air habituellement employés sont moins recommandables. Comme ils ont une forme annulaire, il se produit très facilement du décubitus au niveau du bord de l'ouverture circulaire, dans laquelle sont saillies les parties molles. Le malade doit être couché tout à fait horizontalement sur le lit préparé comme nous l'avons dit plus haut; on évitera l'emploi d'oreillers, afin que tout le poids du corps ne porte pas d'emblée sur le sacrum. On fera bien de varier quelquefois la position du malade en abaissant encore plus le haut du tronc pendant un certain temps, de façon à diminuer temporairement la pression à laquelle se trouve soumise la région du sacrum. Ce changement de position ne doit pas être maintenu trop longtemps, car il pourrait facilement donner lieu à du décubitus dans la région des omoplates. Des précautions du même genre doivent être prises pour les extrémités. On fera surtout attention à la région des talons, et, à l'aide d'un soutien au niveau du tendon d'Achille, on fera en sorte qu'ils ne s'appuient pas sur le lit. Pour les extrémités, le changement de position est toujours nécessaire, et comme la jambe a une tendance

marquée à la rotation en dehors, on examinera souvent la région du péroné, que l'on garantira de bonne heure du décubitus au moyen de petits coussins en caoutchouc de forme particulière. Au-dessus des pieds, on fera bien, en général, de placer un cerceau, afin d'éviter que les couvertures du lit n'exercent une pression sur le dos du pied et les orteils, et ne viennent ainsi augmenter le poids du membre inférieur et sa tendance au décubitus: d'autre part, sans cette précaution, les pieds paralysés peuvent devenir le siège d'une **contracture latente** et prendre la position du **pied équin** ou **équino-varus**. Ces positions extrêmes des extrémités doivent être empêchées à l'aide de petits coussins, de bandes convenablement appliquées, etc. Il est beaucoup plus facile de les prévenir que de faire reprendre plus tard aux pieds leur position normale si le malade venait à guérir avec une paralysie incomplète. Les extrémités supérieures paralysées exigent des soins du même genre. Elles doivent être placées sur des coussins mous, et les saillies osseuses, telles que l'épitrochlée, etc., seront aussi garanties par de petits coussins en caoutchouc de forme particulière (petits coussins de forme annulaire, vessies à glace remplies d'eau, etc.); on aura soin, en outre, d'éviter une position extrême des doigts, à cause de la contracture qui est à craindre dans ces cas; on changera, si possible, fréquemment leur position. Dans les fractures de la colonne cervicale, la position du cou exige une attention particulière. Nous ne pouvons conseiller de fixer, dans ces cas, le cou et la tête au moyen d'un collier solide de plâtre. On obtient le même résultat, sans gêner autant le malade, en plaçant de chaque côté du cou des coussins de balle d'avoine ou des sachets de sable.

On évitera autant que possible, du moins dans les premiers temps, de retourner complètement le corps du blessé, et cependant, pour divers motifs, on est parfois obligé d'enfreindre cette règle, car lorsque la vessie et le rectum sont paralysés, le malade se salit facilement et les excréments en voie de putréfaction constituent un terrain tout particulièrement favorable au développement d'un décubitus septique. Aussi ne devra-t-on pas se hâter de provoquer des évacuations alvines. Il y a certainement avantage à ce que le malade n'ait une selle que tous les deux jours, et si des évacuations fréquentes venaient à se produire, on essaierait des doses modérées d'opium. Une constipation de longue durée doit être combattue d'abord par des lavements, et si ce moyen ne suffit plus, on aura recours à l'huile de ricin; enfin, en cas d'inefficacité de ce médicament, on s'adressera aux purgatifs drastiques plus énergiques. Au devant de l'anus on place une éponge ou une alèze que l'on change et nettoie avec soin. On pourra se servir aussi avec grand avantage du cadre à suspension de VOLKMANN (voir le dessin dans les fractures compliquées de la cuisse). Si l'on est obligé de retourner le malade, on en profitera pour laver la peau du dos avec des liquides désinfectants, et l'on ne devrait jamais négliger de soumettre à ces lavages les parties facilement accessibles. On fera bien aussi d'appliquer sur les régions particulièrement exposées (sacrum), après les avoir bien désinfectées, de l'onguent à l'acide borique ou à l'oxyde de zinc, ou une compresse recouverte d'une couche épaisse de ce même médicament.

La **rétenion d'urine** exige l'usage de la sonde, et l'on devra prendre ici des précautions particulières. Nous conseillons, en général, l'emploi de sondes métalliques aussi grosses que possible, parce qu'il est plus