

facile de les maintenir propres et exemptes de ferments de putréfaction. On aura soin surtout de faire en sorte que la sonde soit toujours dans un état de propreté absolue. Pour ma part, après chaque séance de cathétérisme, je laisse un moment la sonde dans de l'eau bouillante et je la conserve, jusqu'à nouvel emploi, dans une solution forte d'acide phénique. En moyenne, le cathétérisme doit être pratiqué deux fois par jour, et, dans certains cas, trois fois. Si l'urine devient alcaline et putride, on fera suivre chaque cathétérisme d'un lavage de la vessie avec des solutions désinfectantes. On peut se servir, pour ces lavages, d'une solution d'acide salicylique ou de chlorate de potasse; souvent ce sont les solutions phéniquées faibles (jusqu'à 2 0/0) qui ont le plus d'efficacité.

Nombre de chirurgiens n'ont pas recours au cathétérisme et la miction s'opère par regorgement. La décomposition putride de l'urine ne se produirait pas dans ces conditions. Dans un cas, j'ai aussi obtenu un bon résultat de cette méthode, c'est-à-dire que l'urine resta normale. Quant à l'emploi de l'acide salicylique dans le but de prévenir la décomposition putride de l'urine, nous renvoyons à ce que nous en avons dit à propos des maladies de la vessie.

S'il survient de l'incontinence d'urine, la partie du pénis qui pend dans l'urinoir exige une attention particulière. La verge doit être lavée fréquemment et le vase maintenu très propre; en outre, on changera souvent le point où la peau est en contact avec le vase, à cause du décubitus qui pourrait se produire sans cette précaution. On fera bien également d'entourer d'une compresse recouverte d'onguent à l'acide borique ou à l'oxyde de zinc la partie du pénis qui pend dans l'urinoir, afin d'éviter qu'elle ne devienne le siège d'excoriations.

On fera prendre au malade, dès le début, une nourriture fortifiante, et l'on évitera les aliments qui produisent beaucoup de matières fécales.

Lorsque, grâce à cette méthode de traitement, le malade est arrivé au point où les paralysies commencent à s'améliorer, on favorisera la guérison à l'aide du courant d'induction appliqué aux muscles malades.

§ 20. — Nous n'avons jusqu'ici voué notre attention qu'à la partie du traitement qui a pour but de préserver, autant que possible, le malade des conséquences graves de la fracture, et nous n'avons pas encore abordé une question du plus haut intérêt. On est à se demander, en effet, si l'on ne pourrait pas, par une intervention directe, faire disparaître la déformation de la fracture et éliminer certaines causes capables de provoquer et d'entretenir, par lésion de la moelle, les états graves consécutifs que nous avons décrits plus haut.

Il ne manque pas de tentatives faites dans cette direction. Elles consistent soit en manipulations ayant pour but la réduction de la fracture

par voie non sanglante, soit en opérations pratiquées dans l'idée de retirer le fragment osseux comprimant la moelle épinière, avec ou sans trépanation des lames vertébrales.

En ce qui concerne d'abord les tentatives ayant pour but de mettre fin, par **extension** et **contre-extension**, à la déformation et à ses conséquences (paralysie), les résultats obtenus jusqu'ici ne parlent pas précisément en faveur de ce procédé. Ce fait d'expérience concorde, du reste, d'une manière générale, avec les considérations théoriques. Souvent, en effet, le déplacement des os fracturés a déchiré et broyé la moelle à tel point, qu'il importe fort peu que l'on améliore, au moyen de tractions, la position des fragments relativement à la tige médullaire. Dans d'autres cas, les tractions n'ont aucune action favorable sur la position des fragments, et même elles peuvent avoir pour effet de refouler vers la moelle une portion de vertèbre défavorablement située. Le procédé en question est donc pour le moins absolument incertain; on ne peut jamais en prévoir le résultat. D'ailleurs, en général, le malade ne supporte pas l'extension pratiquée avec des poids un peu lourds, car la pression de l'appareil sur les extrémités paralysées produit facilement du décubitus.

GURLT qui est arrivé à peu près aux mêmes conclusions, a pu rassembler 18 cas traités par l'extension, sur lesquels 12 se sont terminés fatalement et 6 par la guérison. Dans les fractures de la colonne cervicale cette méthode de traitement n'a donné aucun résultat, ce que l'on comprend facilement si l'on songe au mécanisme compliqué de ces fractures, qui s'accompagnent assez souvent de luxation. La marche semble avoir été plus favorable pour les 15 autres fractures intéressant les régions dorsale et lombaire de la colonne vertébrale. Dans 11 de ces cas les manœuvres de réduction auraient donné d'assez bons résultats et même parfois un succès complet, principalement en ce qui concerne la déformation, mais aussi en partie au point de vue des symptômes de paralysie. Toutefois, si l'on analyse les cas rapportés par GURLT en faveur de la méthode d'extension, on constate, il est vrai, que dans quelques uns d'entre eux la sensibilité s'est améliorée bientôt après la tentative de réduction; mais parmi les cas dans lesquels le malade a recouvré en partie la motilité, c'est à peine si l'on en trouve un seul dont la marche ait différé essentiellement de celle que l'on observe lorsqu'une amélioration se produit sans que l'on ait eu recours à cette méthode de traitement. En somme, à notre avis, aucun des faits rassemblés par GURLT n'est venu prouver l'efficacité des essais de réduction; un certain nombre de nouvelles observations ont été publiées plus tard, mais elles ne nous semblent prouver qu'une chose, à savoir que chez les individus soumis à l'extension, on peut observer, outre l'amélioration qui se produit quelquefois dans le déplacement, une diminution des phénomènes de paralysie.

On a cherché aussi, par l'application de **corsets de plâtre** ou de **feutre**, à prévenir les conséquences des fractures des vertèbres et à les faire disparaître lorsqu'elles sont déjà survenues. Mais les tentatives dans cette direction n'ont pas été jusqu'ici bien nombreuses. Pour ma part, j'ai ap-