

était encore possible d'obtenir un allongement notable du membre par l'extension seule, ou bien si la *refracture* préalable n'était pas indiquée. La première question, je crois que j'aurais dû la résoudre dans l'affirmative pour le premier cas, celui qui présentait encore un peu de mouvement anormal, et dans la négative pour le second. Nous avons assez souvent ici à traiter des fractures de cuisse arrivées en mer et admises quelques semaines plus tard à l'hôpital, dans les conditions de celle de notre premier blessé, et généralement, par une extension un peu énergique, surtout les premiers jours, nous obtenons un notable allongement du membre, bien que ce dernier reste toujours sensiblement plus court que lorsque l'extension a été appliquée dès le début. Mais quand le cal a acquis le degré de fermeté que nous remarquons ici, l'extension, même énergique, mais dans tous les cas supportable, ayant à lutter et contre un cal qui s'ossifie et contre des muscles raccourcis, reste habituellement sans résultat. Eh bien, alors, toujours dans la supposition qu'il n'y avait pas de relâchement du genou, aurais-je dû refracturer ce membre? Je ne le crois pas; et sans vouloir trop blâmer la pratique de ceux qui, en pareille circonstance, tenteraient de le faire dans l'espoir de diminuer le raccourcissement, je ne l'adopterais pas, car je sais que cet espoir est le plus souvent trompeur. Après quelques semaines, il devient presque aussi difficile d'allonger cette masse de muscles puisants de la cuisse que si leur longueur nouvelle eût toujours été leur longueur normale. Dans tous les cas, chez un individu adulte et musculueux, je ne vous conseille pas de tenter la refracture après quatre semaines, pour un simple raccourcissement de deux pouces, quand l'union est aussi ferme que celle qu'on constate ici. Il en serait bien autrement si, au lieu d'un simple raccourcissement, sur un membre d'ailleurs droit, vous étiez en présence d'une fracture unie avec un déplacement angulaire notable. Dans ce cas je vous conseillerais de refracturer l'os et de le mettre droit; car vous pouvez toujours obtenir ce résultat, quelle que soit l'ancienneté de la fracture. Je ne crois pas m'éloigner de la saine pratique en disant que la refracture doit être la règle dans les cas de consolidation avec déformation angulaire notable, mais la *très rare exception* dans les cas de simple raccourcissement.

Je viens de faire là, un peu pour avoir occasion de vous dire ce que je pense des refractures, une supposition d'un état qui n'existe pas sur notre blessé, qu'il me faut bien prendre, pour juger la question du traitement à instituer, avec son relâchement du genou, tel qu'il m'est arrivé, il y a trois jours, et, à ce point de vue, il me paraît évident que, même si l'extension seule ou l'extension après la refracture avait eu quelque chance d'allonger le membre, je ne devais pas l'employer, au moins faite de la manière ordinaire, c'est-à-dire, prise sur la jambe, et cela dans la crainte d'augmenter encore cet allongement des ligaments articulaires. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'extension faite sur la jambe n'est transmise au fragment inférieur du fémur que par les ligaments qui unissent celui-ci au tibia. J'irai plus loin, je n'oserais faire aucune traction sur la jambe, même si le cas était récent. Car je considère ici l'affection du genou beaucoup plus grave que la lésion osseuse, et pouvant, bien plus sûrement que cette dernière, rendre l'individu infirme pour la vie, si elle ne s'améliore pas. Rien d'étonnant alors que je ne veuille rien entreprendre qui soit de nature à l'augmenter ou seulement à la rendre permanente. Quant à prendre le genou, ou plutôt les condyles du