

Au bout d'une heure, la malade fut reprise de convulsions et tomba dans un état semblable à celui de son entrée. Durant les huit heures qui suivirent, elle n'eut pas moins de trente-six attaques épileptiformes, en dépit de l'administration continue de chloroforme.

Le lendemain de son admission, la mort paraissant imminente, les convulsions étaient plus graves, le pouls difficilement perceptible, la respiration sifflante : il y avait de l'incontinence de l'urine et des matières, la température était à 39°4, les respirations au nombre de 52 par minute. On pratiqua alors une ponction lombaire entre les deuxième et troisième vertèbres lombaires. Le liquide céphalo-spinal s'écoula apparemment sous une forte pression, on en retira 90 grammes et le résultat fut une amélioration immédiate. Les attaques cessèrent, le pouls devint plus fort et put être compté (110), l'état général s'améliora, mais la conscience ne revint qu'au bout de douze heures. Le liquide céphalo-spinal était absolument clair, il était stérile et normal sous tous les rapports.

Les six jours suivants, la malade resta dans un état léthargique, avec 76 pulsations et 24 respirations. Sept jours après son admission, la malade était revenue à son état normal : l'urine était normale. Les attaques épileptiques remontaient à trois mois.

ST-JACQUES.

Traitemen^t des écrasements du membre inférieur

Les indications thérapeutiques fournies par les écrasements du membre inférieur ont été diversement interprétées, et il y a une époque où on était plutôt porté à une intervention chirurgicale rapide.

Il n'en est plus de même aujourd'hui et presque tous les chirurgiens préconisent, au contraire, la temporisation. M. Reclus a beaucoup contribué à supprimer les amputations traumatiques et à substituer à l'amputation immédiate "le dogme de la conservation sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse suivie d'un véritable embaumement."

M. le Dr Antoine (d'Orchies) a utilisé les ressources chirurgicales du Nord et la fréquence des accidents industriels dans cette région pour étudier cette question qui est d'un grand intérêt pour le praticien : quelle est la conduite à tenir en présence de l'écrasement d'un membre inférieur ?

En somme, c'est la méthode de Reclus, avec quelques modifications, qui a été surtout utilisée à la cli-

nique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, et c'est cette méthode ainsi modifiée que préconise M. le Dr Antoine. En voici les points principaux :

Le blessé est apporté sur le lit d'opération ; il est entouré d'alèzes chaudes, fréquemment renouvelées et on lui fait au besoin des injections de sérum artificiel, de caféïne ou d'éther, quand le collapsus paraît menaçant. Si la sensibilité n'est pas très émoussée, on le soumet à quelques inhalations d'éther, car l'intervention est longue, minutieuse, et les cris du blessé pourraient imprimer au chirurgien "une hâte qui serait regrettable." Le foyer traumatique est alors largement exposé ; le membre est savonné à l'eau chaude et la peau est rasée avec le plus grand soin, puis frottée à la brosse dure, dégraissée à l'éther, passée à l'alcool et au permanganate de potasse. Lorsque les téguments sont bien désinfectés, on s'occupe du foyer profond. Les esquilles dépériostées sont enlevées, les lambeaux des muscles, les tendons flottants ; puis, avec un injecteur à forte pression et rempli d'eau à la température de 60°, on fouille avec un jet énergique tous les clapiers, toutes les anfractuosités de la plaie ; on pénètre jusque dans les moindres recoins, sous tous les décollements ; on en chasse tous les corps étrangers, les caillots, et l'on ne s'arrête que lorsque l'on a longuement et méthodiquement irrigué tout le foyer traumatique.

L'eau, à cette température de 60 à 62°C, a un triple avantage : d'abord, elle est antiseptique. De plus, elle est hémostatique et elle a enfin l'avantage de réchauffer le blessé qui est en hypothermie.

Ensuite avec un tampon d'ouate hydrophile imbiber de permanganate de potasse on essuie tout le foyer traumatique, surtout au niveau des bords qui ont pu être souillés par terre. Puis on procède à l'embaumement, qui se fait au moyen d'une pommade polyantiseptique mise sur des bandes de tarlatane que l'on fait pénétrer dans tous les interstices, sous tous les décollements, dans tous les espaces morts. On met alors sur tout le membre une couche plus ou moins épaisse d'ouate hydrophile et, avec une bande de tarlatane mouillée, on ramasse les tissus et on les comprime de façon à tasser les chairs qui pourront ainsi se prêter un mutuel appui et anastomoser leurs vaisseaux. Et puis, par cette compression, l'excès de substances antiseptiques intercalées dans les interstices et dans les espaces morts sera chassé dans l'ouate hydrophile.

Il arrive quelquefois que, dès le premier jour, le pansement est traversé par la sérosité sanguinolente qui transsude du membre ; on met alors de nouvelles couches d'ouate et l'on ne regarde la plaie qu'au 21e jour, à