

Dans le quatrième, pseudo-méningococcie, alternatives de polynucléose et de lymphocytose rachidienne, suivant les poussées aiguës ou les accalmies intercalaires.

Un autre exemple est communiqué par M. Apert (Soc. méd. hôpit. *ibid.*), Ici, la "maladie a été foudroyante." Un enfant, la veille encore, allait à l'école; double épanchement hémorragique pleural: "mort en quelques heures."

TRAITEMENT : En présence de ces faits, les praticiens devront être prêts à la première éventualité: Aussitôt les vomissements, la céphalée, la raideur de la nuque, le signe de Kernig constatés, ponction lombaire. S'il sort du pus, laisser couler 30 à 45 centimètres cubes de liquide; injecter ensuite 30 centimètres cubes de sérum anti-méningococcique et recommencer les trois ou quatre jours suivants, jusqu'à guérison définitive.

Ludovic VERNER, M. D.

Thérapeutique Chirurgicale

Comment traiter les fractures de la clavicule

PAR LE DR SOUBEYRAN (DE MONTPELLIER)

Agrégé, chargé du cours de médecine opératoire

A lire la liste des innombrables appareils inventés pour le traitement des fractures de la clavicule, dont le long et documenté mémoire de Gratschoff (1) ne donne qu'une idée encore incomplète, on se rend compte des divergences d'opinion des chirurgiens et des difficultés considérables que soulève le traitement de cette fracture si simple en apparence.

L'étude rapide de la position vicieuse, du "déplacement" des fragments osseux, nous montrera quelles conditions doit réaliser le traitement. Nous rappellerons quelques données classiques bien connues.

Le type clinique de ces fractures est réalisé par la fracture complète du corps de la clavicule: dans ce cas le trait de fracture se dirige o- que le déplacement se constitue de la façon suivante: le "fragment interne" est attiré en haut et en avant par le muscle sterno-cléido-mastoidien et par la traction qu'exerce le membre opposé grâce à l'intermédiaire du ligament interclaviculaire.

Le "fragment externe" est attiré en bas par la traction du bras, et en dedans par les muscles sous-clavier et grand pectoral.

Plus rarement le trait de fracture est dirigé en sens inverse (en bas et en dehors); dans ce cas le fragment interne soulève le fragment externe, d'où formation d'un angle saillant. Enfin les fractures dentelées qui s'engrènent ne s'accompagnent pas d'un déplacement très marqué.

Quant aux fractures des extrémités à cause des ligaments voisins elles n'offrent pas un grand déplacement.

Le "traitement" doit remplir quatre indications:

1^{re} Il faut éloigner l'épaule de l'axe du corps, pour reporter le fragment externe en dehors; le coussin d'ouate que l'on met habituellement dans l'aisselle, fournira un excellent point d'appui, quand on rapprochera le coude du tronc.

2^e Il faut remonter le fragment externe qui est abaissé, ce qu'on réalise en élevant le membre supérieur;

3^e Le fragment interne doit être abaissé et refoulé en arrière (pression directe ou position spéciale);

4^e Enfin on doit immobiliser, c'est le point délicat, les fragments dans cette position.

Pour exécuter la "réduction" de cette fracture, la méthode classique consiste à faire asseoir le malade sur un tabouret peu élevé, un aide placé derrière lui empaume les épaules et les porte en arrière, en haut et en dehors, progressivement et avec douceur. Le chirurgien soulève le coude fléchi, portant ainsi l'épaule en haut, et de l'autre main il coapte les fragments. La réduction est complète quand les deux clavicules ont repris la même longueur et l'aide maintient cette attitude pendant que l'on prépare l'appareil. La réduction peut encore se faire, tout naturellement et sans aucune manœuvre spéciale par leur position particulière, comme dans la méthode de Couteaud que nous étudierons plus loin.

La "contention," c'est-à-dire le maintien de la coaptation exacte est fort difficile à réaliser. "Vous n'obtiendrez jamais, dit Lejars (1), la continuité absolue, la réparation morphologique." Aussi de nombreuses méthodes ont-elles vu le jour: nous ne ferons qu'en essayer une classification en nous contentant d'énumérer les plus importantes très rapidement. Nous ne suivrons pas l'obscur classification de Gratschoff qui distingue quatre catégories: le coude élevé, la pelote dans l'aisselle, l'épaule en arrière, et l'attelle extenseuse de Papini; nous classerons ces méthodes suivant leur principe: la position simple, l'écharpe, les bandages, les appareils plâtrés, le traitement sanglant; enfin nous terminerons en exposant les deux méthodes que nous jugeons les meilleures: celle de Couteaud et une méthode mixte (appareil plâtré et position spéciale).

Depuis les temps les plus reculés le décubitus horizontal a été conseillé pendant la durée de la consolidation, avec ou sans coussin placé entre les deux épaules. Citons aussi la curieuse "méthode dorsale" de Péliissière,

(1) Gratschoff: Du traitement des fractures de la clavicule. "Revue de chirurgie," 1900. Tome I, p. 187.