

ment ordinaire des fractures de l'extrémité inférieure du radius fut employé. Au bout de trois semaines, cet appareil fut enlevé. Mais la malade commença à éprouver des douleurs dans la région du poignet. Les parties malades gonflèrent, devinrent rouges et la peau tellement tendre, qu'il fallut faire des incisions qui donnèrent issue à une assez grande quantité de pus. Cet abcès ne guérit pas, les incisions ne se fermèrent point, et il subsista trois fistules qui existent encore aujourd'hui sur la face dorsale du poignet.

Malgré tout, la main a conservé presque tous ses mouvements; il y a peu de différence de hauteur entre les deux apophyses styloïdes du radius et du cubitus. Mais le radius a quadruplé de volume; chez cette petite fille, il devrait avoir environ la grosseur du doigt, tandis qu'il est certainement gros comme l'extrémité inférieure de l'avant-bras; il est considérablement hyperostosé.

En résumé, chute sur le poignet par un temps très froid (décembre), et sans nous prononcer pour le diagnostic à l'époque de l'accident, pour ce qui est de l'état actuel, nous dirons que notre petite malade a une ostéopériostite du radius. Quoique l'on n'ait pas porté la sonde dans les fistules, vraisemblablement elles conduisent à des séquestres.

En cet état de choses, quel est le pronostic? Il est peu grave, mais hâtons-nous de dire que c'est une affection incurable si l'on compte sur les soins seuls de la nature pour la faire disparaître. Les séquestres que nous supposons exister, et qui existent certainement, doivent être jusqu'au centre de l'os. Maintenant ils sont plus ou moins invaginés, plus ou moins mobiles, suivant qu'ils sont plus ou moins adhérents au radius.

Quelle sera donc la conduite opératoire à tenir à l'égard de ce radius hyperostosé? Il faut découvrir l'os, naturellement le débarrasser des séquestres que nous rencontrerons dans son intérieur, mais ce qu'il faut surtout faire, si l'on veut avoir un bon résultat opératoire, c'est de creuser une véritable gouttière, de façon à obtenir avec la guérison une diminution de cet os hyperostosé.

Le bras de la malade a été recouvert dans la salle de compresses de tartinade phéniquée. On va appliquer, pour l'opération, la bande Es-march, non pas pour éviter la perte de sang, car elle va être peu considérable, mais pour que ce sang, en quelque petite quantité qu'il soit, n'obscurcisse pas le travail. Puis, quand la malade sera endormie, on sondera les trajets fistuleux pour rechercher les séquestres, pour savoir s'ils sont gros ou petits, mobiles ou adhérents au radius; ensuite on débridera ces trajets fistuleux pour arriver sur l'os pour trouver les orifices, car il doit y en avoir plusieurs. Ceci fait, il faudra voir quelles sont les dimensions des trous osseux. Si les trous étaient assez grands pour saisir le séquestre en entier, l'enlever, peut-être pourrait-on en rester là en drainant simplement l'os. Mais si au contraire on tombe sur des