

celui-ci était fracturé, se mit en frais d'appliquer les recommandations du *Medical Directory*, petit traité de médecine et de chirurgie d'urgence, à l'usage des marins, que tout vaisseau anglais est tenu d'avoir à son bord. Il commanda donc à un de ses hommes de saisir le pied et la jambe et de faire sur ces parties une traction continue et assez énergique. En même temps lui-même appliquait autour de la cuisse et maintenait, au moyen de bandes de coton à voiles et de cordes de chanvre, trois attelles en bois improvisées par le charpentier. Une quatrième, beaucoup plus longue, était appliquée et maintenue de la même façon sur la face externe du membre et remontait depuis le pied jusqu'à près de l'aisselle, la partie correspondant au tronc étant en outre solidement fixée par une bande de corps. Le blessé portait cet appareil lors de son entrée à l'hôpital.

L'ayant fait mettre sur un de nos lits à fracture, lit composé, comme vous voyez, d'une pailleasse piquée reposant sur un fond de bois et recouverte d'un matelas de crin, avec un seul oreiller, je me mis en devoir d'enlever les attelles provisoires. Je constatai avec plaisir que celles-ci n'avaient pas pénétré dans les chairs, comme je l'ai souvent vu dans des cas analogues, ce qui s'explique par l'inextensibilité presque absolue des bandes de coton à voiles, appliquées trop serrées avant l'apparition du gonflement inflammatoire, et maintenues coûte que coûte par les gens de l'équipage qui ne savent pas mieux. Ce garçon déclare avoir souffert énormément les premiers jours; il a même eu un peu de délire pendant lequel il voulait défaire son appareil; j'avais donc raison de craindre quelques plaies de pression. Heureusement il n'en était rien. La cuisse, parfaitement droite d'ailleurs, paraissait, à simple vue, plus grosse et plus courte, comme ramassée sur elle-même. Ce seul symptôme m'eût absolument suffi pour me faire confirmer le diagnostic du capitaine. Toutefois, pour me renseigner davantage, je procédai à un examen plus complet, et je le fis de la manière suivante que je trouve la moins douloureuse pour les blessés. Déprimant légèrement le matelas, j'insinuai ma main gauche ouverte sous la partie supérieure de la cuisse, en même temps que j'appliquais ma main droite, également ouverte, sur sa face antérieure. Mes deux mains embrassant ainsi le membre, je les promenai lentement, comme en palpant, de haut en bas. Arrivé au milieu du corps du fémur, je constatai comme un épaissement de l'os, et au milieu de cette induration mal limitée, une portion plus franchement résistante et à limites plus nettes en bas. J'étais évidemment au niveau de la fracture, et je pouvais même dire que le fragment supérieur était en avant et un peu en dehors de l'autre. Aussi, sans changer mes mains de leur position, j'essayai de soulever légèrement le membre; mais je remarquai que, pendant que le jarret restait appliqué sur le matelas, je produisais un déplacement angulaire au niveau de la partie soulevée. Il est vrai que ce déplacement était plus obscur que si la fracture eût été récente, mais il était néanmoins suffisamment net pour ne me laisser dans l'esprit aucun doute sur sa nature; c'était bien du *mouvement anormal*, un des signes pathognomoniques des fractures. Je n'avais guère besoin de rechercher la *crépitation*, autre signe physique qui n'eût rien ajouté à ce que m'avaient déjà révélé et le raccourcissement apparent et la mobilité anormale. Au reste, c'est en cherchant ainsi à produire du *mouvement anormal* qu'on détermine le plus souvent la *crépitation*