

fémur, comme point d'appui pour l'extension, je ne pourrais y songer que si le cas était récent, et encore je sais qu'on ne peut guère faire d'extension efficace sur ces points qui deviennent facilement douloureux. On ne peut ici, comme sur la jambe, distribuer la traction sur une grande surface au moyen de bandelettes adhésives; appliquées sur la cuisse ces bandelettes ne feraient évidemment que tirer sur la peau et le bassin, et non sur le fragment inférieur. Cette extension doit être faite alors, pour ne pas être tout à fait illusoire, au moyen d'un collier en cuir, assez large, bien rembourré, et mis un peu serré au-dessus du genou. C'est sur ce collier que l'on fixe, de chaque côté, les liens extenseurs. Vous devez vous rappeler que j'ai essayé ce mode d'extension sur notre premier blessé, le jeune allemand, mais sans autre résultat que de faire souffrir le patient. J'ai dû bientôt y renoncer d'ailleurs, devant des rougeurs qui s'accroissaient de plus en plus au niveau des condyles et qui me faisaient craindre l'ulcération.

Ce que je ferais, probablement, si le cas qui nous occupe actuellement était suffisamment récent, serait de chloroformer le malade et de faire sur le genou une extension énergique dans le but de réduire la fracture le plus complètement qu'il me serait possible, puis d'appliquer de suite un appareil plâtré suivant la méthode de Sayre. Je maintiendrais l'extension, non seulement pendant l'application de l'appareil, mais encore jusqu'à ce que le plâtre fût bien durci. Cela ne prend, au reste, que quelques minutes.

Pour le cas actuel donc, comme pour celui du printemps dernier, vu l'état de relâchement du genou et la consolidation déjà avancée du cal, je me contenterai d'immobiliser les fragments par une longue attelle externe et une attelle postérieure. Mais comme mon premier cas m'a valu quelque expérience, j'ajoute que dès que l'union sera assez ferme, c'est-à-dire dans quinze ou vingt jours au plus, je ferai lever le blessé, afin qu'il puisse donner de l'exercice à son genou. C'est de cet exercice, en effet, que j'attends l'amélioration de son articulation. Le printemps dernier, j'ai dû tâtonner quelque peu dans cette seconde partie du traitement, celle qui s'adressait plus spécialement au relâchement du genou. En me laissant guider par l'analogie que je remarquais entre ce relâchement et celui qui persiste quelquefois après l'hydarthrose, j'ai naturellement essayé des moyens qu'on emploie contre ce dernier; badigeonnage à la teinture d'iode, immobilisation, un peu de compression, etc; mais rien n'y faisait, et le relâchement articulaire persistait toujours au même degré. Ce n'est que lorsque j'ai permis au malade de se lever sur des béquilles que l'amélioration a commencé à se faire. Elle a été rapide; et lorsqu'il nous a quittés, six semaines seulement plus tard, son genou était déjà relativement ferme. J'ai l'espoir qu'il en sera ainsi pour ce second cas. Alors on pourra peut-être tirer cette conclusion, que si le relâchement du genou, qui complique parfois, bien que rarement, une fracture du fémur, a des analogies frappantes avec celui qui persiste quelquefois après l'hydarthrose de cette articulation, il n'en a pas, au même degré, le caractère de permanence.

25 janvier 1884.—L'appareil a été enlevé dans les premiers jours de novembre; le blessé a passé encore une semaine au lit, puis s'est levé. A cette époque, son genou était aussi relâché que lors de son entrée à l'hôpital; mais dès qu'il a commencé à marcher, l'amélioration a été rapide,