

On observe quelquefois (je devrais dire : on observait) à la suite des amputations, et principalement après celle de la cuisse, la nécrose d'une portion circulaire du fémur. La cicatrice marche bien, la guérison est presque complète, mais on sent toujours l'os à nu au fond de la plaie, celle-ci ne se ferme pas : après un temps variable, six semaines, deux mois, une rondelle d'os se détache, et la guérison s'obtient ensuite rapidement. Cet accident peut se produire sans que le périoste ait été décollé du fémur : il reconnaît pour cause une ostéomyélite de l'extrémité osseuse ; la moelle se détache de l'os, et la nécrose s'empare de toute la partie isolée.

La résistance du périoste du fémur a permis à Houzé de l'Aulnoit de décoller circulairement cette membrane et d'en recouvrir la surface de section osseuse, dans le but d'empêcher la cicatrice cutanée d'adhérer à l'os.

Le fémur est très souvent atteint de fractures. Dans le chapitre précédent, j'ai parlé des fractures du col ; celles du corps ont été divisées en fractures de la partie moyenne, fractures sous-trochantériennes et fractures sus-condyliennes. Le traitement de ces fractures présentait jadis les plus sérieuses difficultés : aussi, que d'appareils n'ont-ils pas été inventés pour éviter le raccourcissement ! Ce symptôme varie d'abord singulièrement suivant les sujets : si la fracture est transversale, il est possible, à la rigueur, de tenir les fragments au contact et de l'éviter ; mais, si la fracture est oblique, comment empêcher l'action musculaire de faire chevaucher les fragments ? Lorsque, dans ces conditions, la consolidation se fait en un temps normal, le raccourcissement est modéré ; mais, qu'il survienne un retard de consolidation, le raccourcissement augmentera insensiblement d'une manière impitoyable. Dans le but d'éviter cet accident, j'ai adopté un appareil qui me paraît réaliser les meilleures conditions pour obtenir un bon résultat, et que je ne saurais trop recommander aux praticiens. J'exerce sur toute la portion du membre siégeant au-dessous de la fracture une extension continue à l'aide de bandelettes de diachylon auxquelles est fixé un poids de 3 à 4 kilogrammes. La contre-extension est faite par le poids du corps, le lit étant incliné en bas des pieds à la tête. Le membre reste complètement découvert. On obtient ainsi, sans la moindre peine, le minimum de raccourcissement et une consolidation beaucoup plus rapide qu'avec les autres appareils.

Le déplacement angulaire, c'est-à-dire suivant la direction, est le plus fréquent à la cuisse ; les deux fragments font un angle saillant en dehors, et il en résulte une déformation en forme de crosse. C'est aussi, suivant Malgaigne, le déplacement ordinaire dans les fractures sous-trochantériennes. On disait, d'après Boyer, Blandin, que, dans ce cas, le muscle psoas attirait en avant et en dedans le fragment supérieur, mais ce n'était qu'une vue purement théorique : les os font une saillie anguleuse en dehors sans que ce déplacement se traduise à l'extérieur par une déformation appréciable.

On professait aussi, avant Malgaigne, que, dans les fractures sus-condyliennes, le fragment inférieur, attiré par les jumeaux, éprouvait un mouvement de bascule tel que la surface fracturée regardait directement en arrière ; mais les recherches de cet auteur, confirmées par celles de Trélat, ont démontré qu'il n'en était rien. Malgaigne serait disposé à croire que le renversement du fragment inférieur peut avoir lieu seulement dans les cas où son diamètre vertical ne l'emporte pas sur son diamètre antéro-postérieur, lorsqu'il n'y a qu'une sorte de disjonction épiphysaire.