

de la mâchoire supérieure. Au lieu de comprendre dans un seul et même moule les deux arcades dentaires, il façonna le moule supérieur A de manière à laisser à sa face inférieure deux colonnes de gutta-percha, destinées à s'implanter sur le moule inférieur. Ces deux colonnes, réunies en haut en arc de voûte qui recevait les dents de la mâchoire supérieure, laissaient entre elles une ouverture suffisante pour permettre l'alimentation, la respiration et l'expectation. Le sommet de ces colonnettes n'adhérant point au moule inférieur, on fut obligé, pour les consolider, d'enfoncer une épingle chauffée C dans l'axe des piliers jusqu'au niveau du point B. Chaque épingle, dont la tête avait été enlevée, fut ensuite engagée à la manière

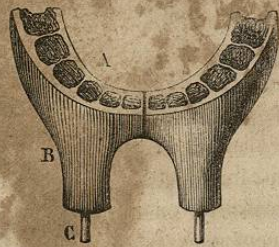


FIG. 169. — Appareil de gutta-percha de Morel-Lavallée pour la fracture des deux maxillaires. — Moule de l'arcade dentaire supérieure.

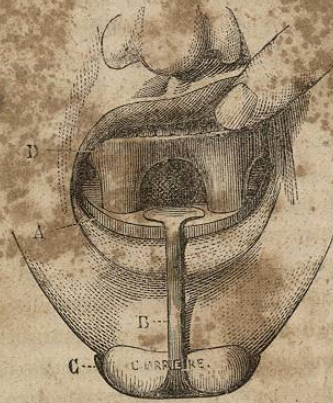


FIG. 170. — Appareil de gutta-percha de Morel-Lavallée pour la fracture des deux maxillaires. — Disposition des deux moules.

d'un clou dans le moule inférieur. La figure 170 représente l'appareil complet en place : A, moule inférieur ; D, moule supérieur. (Le ressort a été reproduit ici inutilement.)

Appareil de A. Robert (1). — Il est spécialement réservé au traitement des fractures limitées au bord alvéolaire du maxillaire inférieur. Trouvant pour ce cas particulier la ligature des dents peu favorable, et l'usage de la gouttière de liège et de la fronde insuffisant, Robert eut recours au procédé suivant, imité de celui de Baudens. — Une lame de plomb d'un millimètre d'épaisseur fut exactement moulée sur la forme et la direction du bord dentaire, dépassant en avant et en arrière le niveau de la fracture. Pour la maintenir en place, une aiguille armée d'un fil

(1) Alph. Robert, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1854, t. II, p. 406.

d'argent fut glissée par la bouche contre la face interne de l'os et entraînée au dehors en traversant les parties molles au-dessous du bord inférieur de la mâchoire. L'autre bout du fil fut à son tour conduit de la même manière sur la face externe du maxillaire, et vint sortir par le même trou. Les deux chefs, ainsi amenés à l'extérieur, embrassant l'os, furent fixés sur un petit rouleau de diachylon et serrés par torsion jusqu'à ce que la plaque se trouvât solidement assujettie. Ce procédé, qui ne met point obstacle à la mastication, amena la guérison en quarante-sept jours, sans déterminer aucun accident.

Une lame de zinc laminé ou d'argent serait préférable au plomb, dont le séjour prolongé dans la bouche pourrait n'être pas toujours inoffensif. Dans tous les cas, un moule de gutta-percha, seul ou soutenu par un ressort analogue à celui employé par Morel-Lavallée, serait bien plus avantageux.

ART. III. — FRACTURES DES VERTÈBRES DANS LA RÉGION DORSO-LOMBAIRE.

Les fractures de cette région sont le plus ordinairement abandonnées à elles-mêmes ; et malgré les exemples d'A. Paré, de Tuson, Dupuytren, Sanson, Malgaigne, J. Roux, etc., la plupart des chirurgiens, s'abstenant de toute tentative de réduction et de contention, se bornent à étendre le blessé sur un plan horizontal un peu résistant, pour ne se préoccuper que de la paraplégie. Ces remarques s'appliquent également aux cas de luxations du rachis. Dans un travail remarquable, A. Bonnet (1) s'élève contre cette abstention chirurgicale. Après avoir cherché à établir que la fracture de la colonne vertébrale est toujours la conséquence d'une flexion forcée en avant, il conclut à la nécessité et à la possibilité de réduire et de contenir les fragments. L'extension et la contre-extension par des tractions exercées en sens inverse sur le bassin et les aisselles, le décubitus horizontal, seul ou aidé de coussins placés sous les lombes, les lits mécaniques, peuvent être employés avec une certaine utilité ; mais ces moyens sont généralement insuffisants. Bonnet leur préfère le décubitus dorsal sur un plan résistant moulé exactement d'après les formes du sujet, dans l'intention d'obtenir une réduction lente et graduelle. Il pense que le poids du corps suffit, dans ces conditions, pour effacer peu à peu l'angle saillant et pour opérer le redressement de la colonne. Ce redressement lent, obtenu par une bonne position longtemps conservée, lui semble préférable à celui que pourraient procurer brusquement des manœuvres violentes, susceptibles d'être fort

(1) Bonnet, *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*, Paris, 1853, p. 643, et *Bull. de thérapeutique*, 1857, t. III, p. 391.

dangereuses si l'écrasement du corps des vertèbres était considérable. A l'aide du traitement par le décubitus dorsal poursuivi avec persévérance, la gibbosité peut disparaître complètement. Quand elle persiste à un certain degré, la déformation n'est pas toujours un obstacle à la guérison définitive. Dans tous les cas, les chances de réussite seront d'autant plus grandes, que la réduction sera tentée de bonne heure, avant l'aggravation des phénomènes de la paraplégie.

Appareils de Bonnet (fig. 171 et 172). — Quelle que soit l'utilité du redressement, l'immobilisation est bien autrement importante. C'est surtout pour remplir cette indication essentielle, que le décubitus sur un lit ordinaire ou sur les divers lits mécaniques est insuffisant, puisqu'il est dépourvu de tout moyen propre à s'opposer aux mouvements de latéralité et de flexion du tronc. L'usage des gouttières vertébrales proposées à cet effet par Bonnet est bien préférable. Ces appareils descendent plus ou moins

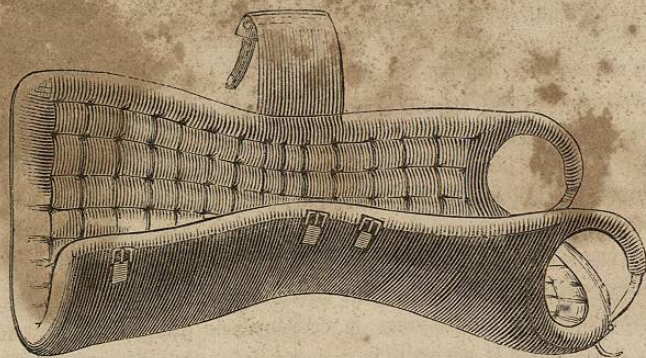


FIG. 171. — Gouttière vertébrale de Bonnet pour les fractures du rachis.

bas sous les cuisses, et remontent jusqu'à la nuque, enlaçant les épaules et embrassant tout le tronc, dont la face antérieure seule reste libre. Leur charpente est de fil de fer fort. Soigneusement matelassée, elle n'expose à aucune pression douloureuse. La gouttière représentée dans la figure 171 peut suffire aux enfants ou aux personnes qu'il est aisé de soulever avec les mains.

Pour les adultes, il est nécessaire d'adapter à l'appareil un système de mouffes qui permet au malade de se soulever lui-même (fig. 172). Dans ce cas, les boucles auxquelles sont attachées les cordes doivent être placées, comme dans le grand appareil, à l'extrémité de deux arcs de fer assez solides pour ne pas fléchir sous le poids du malade, et une large

échancrure est pratiquée au niveau du siège, afin de permettre le passage des excréments et les soins de propreté nécessaires. Si l'on juge la gibbosité trop saillante pour être comprimée immédiatement, on place à droite et à gauche, le long des muscles des gouttières vertébrales, deux coussins allongés, de manière à laisser entre eux un intervalle correspondant aux apophyses épineuses.

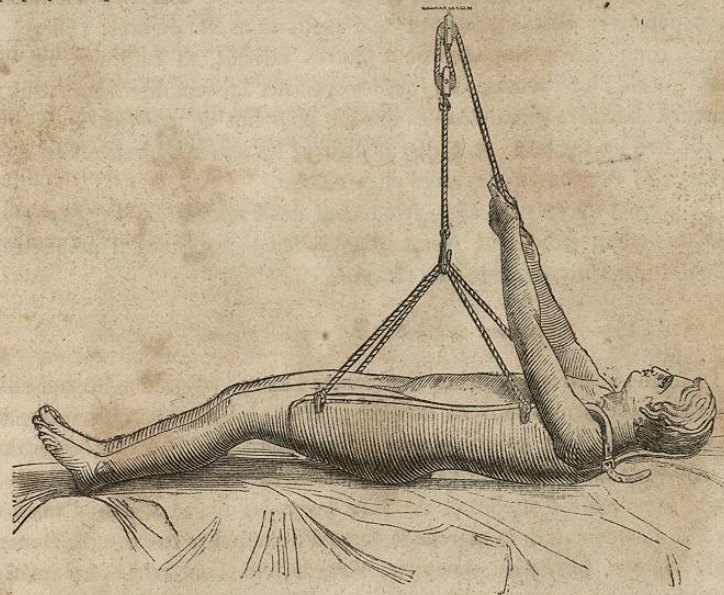


FIG. 172. — Appareil de Bonnet avec système de suspension, pour l'immobilisation du tronc.

L'emploi de ces appareils doit offrir des avantages réels; mais il ne sera utile et bien supporté par les malades qu'à la condition que les gouttières s'adapteront rigoureusement à la taille et à la conformation des individus; ce qui exige à peu près une fabrication spéciale pour chaque cas. La durée de l'application, variable suivant les sujets et les circonstances, a été en moyenne de deux à trois mois dans les observations publiées par Bonnet, Valette, etc.

ART. IV. — APPAREILS EMPLOYÉS POUR LE TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES.

Les moyens nombreux imaginés pour la cure des pseudarthroses ne sont point également applicables à tous les cas. Le choix à faire dans leur emploi