

puissances extensives et contre-extensives sur les surfaces le plus larges possible, afin d'éviter la douleur. 3° Faire agir suivant la direction de l'axe de l'os fracturé les puissances qui servent à l'extension; sans cette condition, les fragments prennent une direction anormale. 4° Opérer l'extension d'une manière lente, graduée et insensible, pour éviter les contractions spasmodiques des muscles. 5° Garantir les parties sur lesquelles on applique les puissances extensives et contre-extensives, en interposant du coton. Rendre égale la compression exercée par les lacs et les autres pièces du bandage ou de la machine à extension.

IV. APPAREILS A PLANS INCLINÉS.

Ils ont pour but de maintenir le membre fracturé dans un état de demi-flexion permanent. Les appareils de ce genre les plus simples sont formés de coussins de grandeur inégale et formant par leur superposition une sorte de pyramide à base inférieure et à sommet supérieur. On peut aussi se servir de plans inclinés plus solides, de planchettes de bois, par exemple, articulées en forme de pupitre et attachées à un encadrement à crémaillère, qui permet d'en faire varier le degré d'inclinaison. Delpech s'est servi d'un plan incliné à double châssis d'une construction assez compliquée, dont le chirurgien de Montpellier lui-même n'a fait qu'un usage très-restreint.

La figure 53 représente l'appareil à double plan incliné à coussins, de

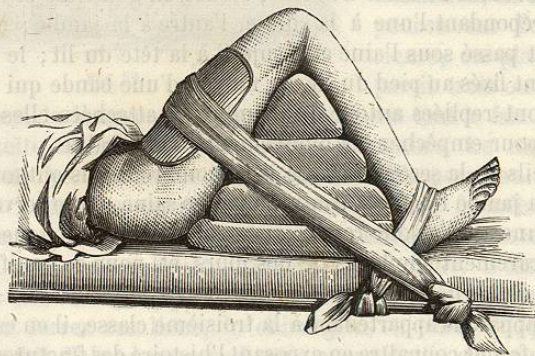


Fig. 53.

Dupuytren, pour la fracture du fémur. Cet appareil est formé d'une pyramide de coussins sur laquelle on maintient le membre à l'aide de deux draps pliés en cravate et placés, l'un sur la cuisse, l'autre sur le cou-de-pied. Les chefs de ces cravates sont fixés aux barreaux du lit.

La figure 54 représente l'appareil à double plan incliné à pupitre pour les fractures du fémur. Cet appareil est formé de deux planchettes articulées en forme de pupitre et attachées à un encadrement à crémaillère. Le membre repose dans la demi-flexion sur ces planchettes et est maintenu

dans cette position au moyen de deux lacs pliés en cravate. L'un des lacs est fixé autour du bassin, l'autre autour du cou-de-pied. Pour remédier au déplacement angulaire des fragments, on place une gouttière de bois ou de

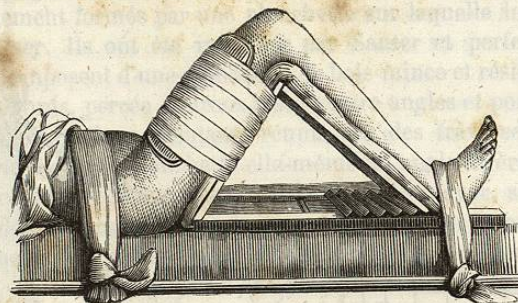


Fig. 54.

carton à la partie antérieure de la cuisse, et on la fixe dans ce point au moyen d'une cravate ou d'un bandage circulaire.

Signalons aussi l'appareil à double plan incliné du professeur M. Duval, pour les fractures de cuisse et de jambe; appareil formé de deux cadres, l'un tibial, l'autre fémoral, articulés ensemble de façon à en varier le degré d'inclinaison. Le cadre tibial a une longueur immuable; le cadre fémoral peut s'allonger en glissant sur un châssis placé au-dessous de lui. Un fond de toile s'étend sur les deux cadres. Chacun de ceux-ci est pourvu de deux volets latéraux qu'on peut rabattre au moyen de taquets tournants. Ces volets sont pourvus de petites mortaises qui laissent passer les lacs nécessaires pour fixer le membre ou pour assujettir des coussins et des attelles propres à exercer une pression sur les fragments. Le membre est posé sur un coussin que l'on étend sur le fond de toile; il est maintenu par d'autres coussins et des attelles placées entre les côtés du membre et les volets. Tout l'appareil est supporté par un plateau horizontal qui porte à l'une des extrémités deux montants propres à exercer une extension continue sur le membre par l'intermédiaire d'un lac fixé sur la partie inférieure de la jambe. Les avantages de cet appareil sont de laisser le membre à découvert dans une grande partie de son étendue, de n'exercer aucune pression douloureuse à l'endroit où les deux cadres s'articulent, de rendre les pansements faciles.

V. GOUTTIÈRES.

Ce sont des appareils en forme de demi-cylindre creux, dont la concavité est destinée à recevoir les deux tiers de la circonférence du membre. On les a construites avec du bois, du cuivre, du fer-blanc, du carton, du cuir, etc.: de nos jours, on préfère le fil de fer rendu très-flexible par la cuisson. Les gouttières formées avec le fil de fer (fig. 55 et 56) ont le double avantage d'être légères et de pouvoir être adaptées facilement aux contours

du membre. On en fabrique, du reste, de différentes formes pour le bras (fig. 55), l'avant-bras, la cuisse et la jambe (fig. 56). La gutta-percha a été précisée aussi pour former des gouttières; la flexibilité de cette substance, lorsqu'elle a été immergée dans de l'eau médiocrement chaude, permet de

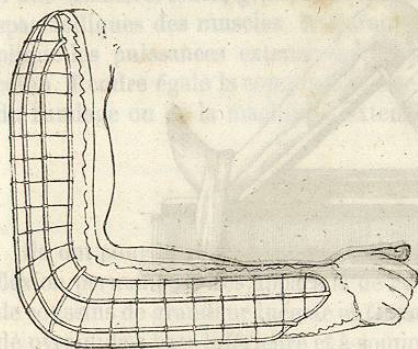


Fig. 55.

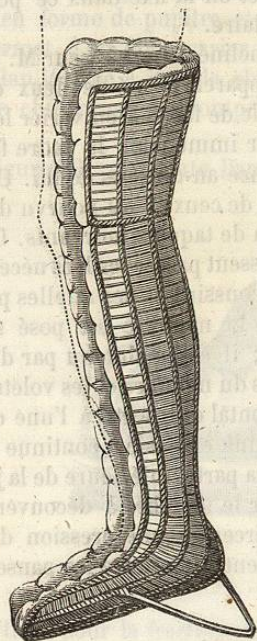


Fig. 56.

lui donner une forme appropriée à celle du membre fracturé. Il convient de rapprocher des gouttières les *boîtes* que Baudens (fig. 57) et Gunther ont employées pour recevoir le membre inférieur lorsqu'on le soumet à une extension continue,

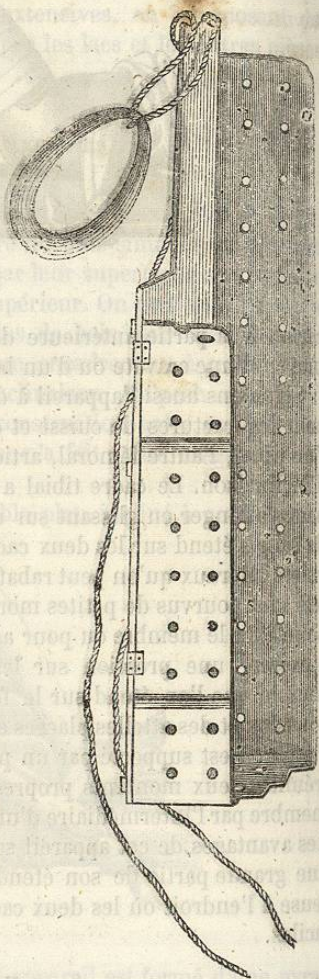


Fig. 57.

VI. APPAREILS HYPONARTHÉTIQUES.

Ils ont été désignés sous ce nom (de ὑπὸ, sous; ἀρθῆξ, attelle), parce qu'ils sont principalement formés par une planchette sur laquelle le membre est destiné à reposer. Ils ont été imaginés par Sauter et perfectionnés par Mayor. Ils se composent d'une planchette de bois mince et résistant, fendue le long de ses bords, percée de trous à ses quatre angles et pourvue à l'une de ses extrémités de deux montants réunis par des traverses et fixés de manière à former avec la planchette elle-même un angle légèrement obtus. Au lieu d'une planchette, on peut, à l'exemple de Mayor, se servir d'un châssis de fil de fer, pourvu à l'une de ses extrémités d'un montant construit de la même façon. Sur la planchette ou sur le châssis, on étend un coussin garni de crin, de laine ou de balle d'avoine. C'est sur ce coussin qu'on place le membre, et, pour fixer ce dernier, on se sert d'une cravate à l'aide de laquelle on embrasse le membre et la planchette. Dans le cas où l'on juge convenable d'exercer une extension continue, on y parvient à l'aide d'une seconde cravate qui, fixée autour de l'extrémité inférieure du membre et du pied, est attachée aux montants de l'appareil. Pour remédier à un déplacement des fragments, on se sert d'une troisième cravate dont le plein est appliqué sur la portion du membre correspondant à la fracture et dont les extrémités sont attachées sur l'un des côtés du châssis de fil de fer de la planchette.

L'hyponarthécie peut être combinée avec la *suspension*. Avec l'appareil de Mayor, elle s'exécute de la manière suivante : on fixe deux cordes aux angles du châssis de fil de fer, et l'on forme ainsi deux anses transversales ou collatérales; le milieu de ces anses est embrassé par un crochet attaché à une chèvre, ou bien encore par une autre corde verticale fixée au plafond ou à tout autre point d'arrêt attaché au lit. Pour hausser et baisser la planchette ou le châssis, on a recours à l'artifice suivant : on pratique à la corde verticale une boucle en la nouant après l'avoir doublée; par cette boucle, on passe l'extrémité de la corde, après avoir, au préalable, embrassé avec elle les anses de l'appareil. De cette manière, on peut faire glisser facilement la corde dans la boucle et agir directement sur l'appareil, qui obéit au mouvement qui lui est transmis.

VII. APPAREILS INAMOVIBLES.

Ce sont des appareils destinés à rester en place pendant tout le temps nécessaire à la consolidation de la fracture. On les construit généralement au moyen de bandes de lingé imbibées d'un mélange rapidement solidifiable. Cette méthode de traitement, qui remonte aux Grecs et aux Arabes, a été abandonnée pendant longtemps, et remise en honneur par Larrey; elle a été perfectionnée par les chirurgiens contemporains. Il existe aujourd'hui plusieurs genres d'appareils inamovibles; il ne sera question ici que des principaux.

a. Larrey se servait d'un mélange solidifiable nommé *étoupage*, et composé de blancs d'œufs battus dans l'eau, d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche. Son appareil était formé de compresses à six chefs séparées les unes des autres, d'un drap-fanon, de fanons, de remplissages et de quelques autres pièces accessoires.

b. Seutin a substitué au mélange solidifiant de Larrey la *colle d'amidon*. Son appareil est appliqué de la manière suivante : un bandage roulé entoure le membre entier depuis l'extrémité jusqu'à la racine, et lorsqu'il est arrivé dans ce dernier point, on le conduit de nouveau jusqu'à l'extrémité, en ayant soin cette fois d'en imprégner fortement de colle d'amidon les divers circulaires. Un ruban de fil ou un *compressimètre* a été posé au préalable au-dessous des premiers tours de bande, entre celle-ci et la peau, dans le but de pouvoir juger facilement du degré de constriction de l'appareil par la facilité plus ou moins grande qu'on éprouve à faire glisser ce ruban, en tirant alternativement sur ses deux extrémités. Des attelles de carton proportionnées à la forme, à la longueur et à la largeur du membre, et rendues flexibles par leur immersion dans l'eau, enduites sur leurs deux faces de colle d'amidon, sont placées sur les côtés du membre et fixées provisoirement par un aide ; après avoir nivelé les saillies et les enfoncements du membre, au moyen de l'interposition d'une couche d'ouate, les attelles sont fixées définitivement avec une bande roulée conduite d'abord de bas en haut, puis de haut en bas, et dont toute la surface est enduite d'une large couche d'amidon.

Lorsqu'on juge convenable de ne pas imprimer un ébranlement au membre fracturé pendant l'application de l'appareil, on se sert d'un bandage de Scultet, dont les bandelettes forment quatre plans superposés (fig. 50, p. 329). Entre le premier et le second, on dispose une attelle postérieure ; entre le deuxième et le troisième, des attelles latérales. Le premier plan de bandelettes est appliqué sans être amidonné ; les autres plans sont, au contraire, enduits de colle d'amidon.

Pour prévenir le déplacement des fragments, Seutin conseille de disposer sur les côtés du membre des attelles de carton sec et dur qu'on assujettit au moyen d'un simple bandage roulé, et qu'on retire quand l'appareil est solidifié, ce qui a lieu le plus ordinairement après trente à quarante heures. A cette époque, on fend la partie antérieure de l'appareil, dans le sens longitudinal, en se servant de forts ciseaux, dont l'une des branches est boutonée et s'écarte, à l'aide d'un ressort intermédiaire, de l'autre branche qui est acérée à sa pointe. Après cette section, on peut écarter les bords l'un de l'autre, et s'assurer du degré de constriction exercée sur le membre. Si la pression est modérée, on referme l'appareil, en rapprochant les valves et en les maintenant par une nouvelle bande roulée enduite d'amidon ; si, au contraire, la pression est trop forte, on relâche l'appareil en écartant les bords de la section et en comblant cet intervalle par une petite plaque de carton bien ramollie. Une nouvelle bande amidonnée entoure alors l'appareil pour l'assujettir définitivement. Lorsque l'appareil se relâche, il est facile d'en augmenter le degré de constriction, soit en faisant une perte de substance

aux deux bords, que l'on rapproche l'un de l'autre après avoir modelé sur la forme du membre le reste de l'appareil que l'on a eu le soin de ramollir en l'imbibant ; soit en interposant, au membre et à la surface interne de l'appareil, du coton cardé. Dans les fractures compliquées de plaie (p. 341), on doit, pendant l'application de l'appareil, ménager dans les bandes et le carton des espèces de fenêtres au niveau des plaies ; on procure ainsi une issue facile au pus, et on peut renouveler le pansement aussi souvent qu'il est nécessaire. On voit que l'appareil de Seutin offre le double avantage de ne pas avoir besoin d'être renouvelé, ce qui le rend inamovible, et de permettre cependant qu'on en modifie la constriction sans l'enlever entièrement, ce qui le rend amovible ; de là le nom d'appareil *amovo-inamovible* que son inventeur lui a donné.

c. Velpeau a substitué à la colle d'amidon un mélange solidifiant préparé de la manière suivante : 2 dextrine, 100 parties ; eau-de-vie camphrée, 60 parties ; eau, 40 parties. On commence par délayer la dextrine dans l'eau-de-vie jusqu'à ce qu'on obtienne un mélange de la consistance du miel ; on ajoute ensuite l'eau chaude peu à peu, en ayant soin d'agiter le mélange. On imbibe de cette solution une bande de longueur convenable que l'on roule ensuite, en exprimant l'excès du liquide. Une bande roulée sèche est appliquée autour du membre ; par-dessus, on place la bande dextrinée que l'on conduit de bas en haut, en prenant la précaution de recouvrir les dolaires les unes par les autres, aux deux tiers, aux trois quarts ou aux quatre cinquièmes, et en évitant les renversés. Une couche de dextrine est ensuite étendue sur la surface tout entière de l'appareil. Celui-ci se sèche dans l'espace de quelques heures, surtout lorsqu'on a le soin de suspendre le membre et de l'exposer à l'action de la vaporisation produite par l'air. On peut entourer le membre d'attelles de bois jusqu'au moment où la dessiccation est complète. Pour enlever cet appareil, on le mouille, en faisant prendre au malade un bain entier.

d. Laugier a remplacé le linge qui sert généralement à la confection des appareils inamovibles par du *papier gris*. Il coupe le papier en bandelettes et les dispose sur trois ou quatre plans superposés à la manière d'un appareil de Scultet (fig. 50, p. 329). Ces bandelettes, enduites de *colle d'amidon* sur les deux faces, sont placées autour du membre comme les bandelettes de linge d'un appareil de Scultet ; on peut, pour en augmenter la solidité, interposer des bandelettes longitudinales entre les diverses couches de bandelettes transversales. Ce bandage est sec dans l'espace de douze à vingt-quatre heures.

e. Richef a proposé, dans ces derniers temps, un mélange solidifiable qu'il a désigné sous le nom de *stuc* ; il le forme avec des proportions déterminées à l'avance de colle-forte et de plâtre. Les chirurgiens militaires emploient un mélange composé d'une partie de gomme arabique pulvérisée et de trois parties de dextrine que l'on dissout dans l'eau. Ces mélanges auraient la propriété de se solidifier plus promptement que les autres substances proposées jusqu'ici.

f. Enfin, on a eu recours au *plâtre* pour la confection des appareils inamo-

vibles. Dieffenbach s'est servi d'une boîte carrée dont les côtés sont réunis au moyen de crochets de fer, de manière à pouvoir être disjoints à volonté. Le membre est placé dans la boîte, après avoir au préalable été graissé d'huile; du plâtre finement pulvérisé et étendu suffisamment d'eau est alors versé doucement et avec précaution, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à peu près au niveau de la face antérieure de la jambe, qu'on laisse à découvert. Lorsque le plâtre est durci, on enlève les diverses portions de la boîte et on laisse le membre dans son moule. Cet appareil a l'inconvénient d'être lourd, fragile et difficile à enlever; il faut en briser la partie supérieure avec la gouge et le maillet; l'usage en est généralement abandonné aujourd'hui.

Les appareils plâtrés, récemment imaginés par deux chirurgiens hollandais, Mathysen et Van de Loo, ont des avantages incontestables sur le précédent. Ils sont de plusieurs sortes: l'appareil à *bandes roulées*, l'appareil à *bandelettes séparées*, l'appareil *bivalve* et l'appareil dit à *cataplasme*. Il ne sera question ici que de l'appareil à bandes roulées. Pour confectionner cet appareil, on étend sur une table un morceau de toile à demi usée, de calicot à larges mailles ou de flanelle, d'un mètre et demi de longueur sur un demi-mètre de largeur; on répand sur ce morceau d'étoffe un demi-kilogramme de plâtre bien sec en poudre que l'on fait pénétrer dans l'épaisseur du tissu au moyen de frictions exercées à pleine main; la même opération est pratiquée sur la face opposée du morceau. On coupe ensuite des bandes de 4 à 5 centimètres de largeur que l'on roule en les serrant médiocrement. Pour appliquer cet appareil, on commence par entourer le membre fracturé d'une bande ordinaire ou d'une couche d'ouate; on mouille l'une des bandes plâtrées avec une éponge imbibée d'eau, et on l'applique comme une bande ordinaire, c'est-à-dire de bas en haut, avec la précaution que chacun des tours recouvre les trois quarts ou les quatre cinquièmes de la surface du tour précédent. On applique de la même manière une seconde et une troisième bande plâtrée, jusqu'à ce que le membre soit recouvert dans toute sa longueur. On peut fenêtrer l'appareil, en laissant des intervalles sans tours de bande au niveau des plaies; on le rend amovible en l'ouvrant avec les ciseaux que nous avons décrits pour l'appareil de Seutin. Pour l'enlever, il suffit de le mouiller.

Parmi les appareils inamovibles qui viennent d'être décrits, il en est quelques-uns qui, en raison de la simplicité de leur confection, de la modicité du prix des substances qui sont nécessaires pour les former, méritent la préférence. Il faut placer en première ligne l'appareil dextriné qui est généralement employé par tous les chirurgiens des hôpitaux de Paris. Les appareils plâtrés de Mathysen et Van de Loo sont aussi appelés à rendre de grands services aux médecins militaires en campagne.

On a adressé aux appareils inamovibles plusieurs reproches qu'il est facile de réfuter: 1° D'empêcher de reconnaître s'il se fait quelque déplacement entre les fragments; s'il se développe un travail morbide du membre; de ne pas permettre de pratiquer les opérations nécessaires, telles que des dé-

bridements, des extractions de corps étrangers, etc. On peut répondre à ces objections qu'en fendant l'appareil suivant sa longueur, à la manière de Seutin, il est facile de surveiller le membre fracturé; qu'en cas de plaies compliquant la fracture, on peut laisser des fenêtres pour faire les pansements. 2° Ces appareils, dit-on, exposent à la gangrène du membre lorsque celui-ci, se tuméfiant par le travail inflammatoire qui s'y développe, subit une constriction très-forte. Il est facile de prévenir un pareil accident, en n'appliquant l'appareil inamovible qu'à l'époque où le gonflement inflammatoire est dissipé, et en ne lui donnant qu'un degré de constriction modéré. 3° Le moule qui entoure le membre fracturé devient trop large au bout de quelques jours par le retrait des parties qu'il enveloppe, et alors les fragments cessant d'être bien contenus peuvent se déplacer. Pour éviter ces inconvénients, on renouvelle l'appareil après un certain temps. 4° Enfin, on prétend que ces appareils retardent la consolidation, en mettant obstacle à la formation du cal provisoire. Cette objection est une des plus plausibles et mérite d'être prise en considération sérieuse. Il faut néanmoins reconnaître que la très-grande majorité des fractures traitées par les appareils dextrinés se consolident après le temps ordinaire.

Quel que soit le genre d'appareil qu'on emploie pour contenir une fracture, il faut laisser cet appareil à demeure pendant tout le temps requis pour la consolidation, le surveiller avec soin dans la crainte qu'il ne se dérange ou qu'il cesse de contenir exactement la fracture. On a conseillé, dans les fractures simples, avec tendance au déplacement, de renouveler l'appareil vers l'époque où le cal, déjà fortement organisé, n'est pas encore passé à l'état osseux, c'est-à-dire vers les deux tiers du temps exigé pour la consolidation. Il est bien entendu que l'appareil doit être enlevé toutes les fois qu'on le trouve trop relâché, ou bien encore qu'il se présente pendant la durée du traitement quelque circonstance qui exige que le membre soit examiné par le chirurgien.

Pour reconnaître qu'une fracture est consolidée, il faut essayer d'imprimer des mouvements aux deux fragments ou chercher à plier le membre au niveau de la fracture. Après avoir enlevé l'appareil, on entoure le membre d'un bandage roulé pour prévenir l'engorgement de la portion déclive.

L'immobilité étant une des conditions indispensables pour obtenir la consolidation d'une fracture, il faut interdire au malade toute espèce de mouvement du membre. Les appareils inamovibles ont l'immense avantage de permettre la déambulation du blessé, lorsque la fracture atteint les membres supérieurs ou le péroné. Les fractures de jambe, celles de la cuisse exigent, au contraire, le repos au lit pendant toute la durée du traitement. Dès que la consolidation est assurée, il faut, pour éviter la raideur articulaire consécutive aux fractures, imprimer au membre des mouvements; on peut y ajouter des frictions sèches ou avec des liquides stimulants, des bains d'eau simple, d'eau grasse, des douches, etc. (Voy. *Ankylose.*)

Le traitement général des fractures simples ne comporte pas d'indications

spéciales. Dans les premiers jours, on soumet le malade à une diète modérée ; quand le gonflement inflammatoire est dissipé, on lui restitue son régime habituel.

DES FRACTURES COMPLIQUÉES.

On dit qu'une fracture est compliquée, lorsqu'elle est accompagnée d'une circonstance qui motive une indication spéciale. Quelques chirurgiens, notamment Malgaigne, ont réservé la dénomination de *compliquées* aux fractures dans lesquelles une plaie des téguments en expose le foyer au contact de l'air, réservant le nom d'*accidents* aux autres circonstances.

Les complications que nous avons à étudier sont : la contraction spasmodique des muscles, la contusion, les plaies, les hémorragies, l'emphyème, les escarres du sacrum, les congestions de divers organes, etc.

a. *Contraction spasmodique des muscles.* Elle est due à l'irritation de ces derniers ou des filets nerveux par les fragments de la fracture ; elle se montre particulièrement chez les malades pusillanimes ; elle est caractérisée par une rigidité des muscles qui augmente lorsqu'on approche du blessé, par la tension des plans musculaires qui sont autour de la fracture, et conséquemment par une exagération dans le déplacement des fragments. Le traitement varie suivant l'intensité du spasme musculaire ; celui-ci est-il léger, on donne au membre une position convenable, et on le recouvre de cataplasmes émollients ; est-il violent, on le calme en saignant le malade, en le mettant à la diète, en lui administrant des préparations narcotiques. On tente la réduction dès que les muscles ont perdu leur rigidité.

b. *Contusion.* Il n'existe, à proprement parler, aucune fracture qui ne soit accompagnée d'une contusion à un degré plus ou moins prononcé. Lorsque celle-ci est médiocre, on se borne à des applications de topiques résolutifs dans les premiers jours qui suivent l'accident. On emploie de préférence des compresses imbibées d'eau blanche ou d'eau-de-vie camphrée. Lorsqu'elle est suivie d'une tuméfaction inflammatoire, on a recours aux antiphlogistiques. Les phlyctènes, qui se montrent quelquefois sur les membres atteints de fracture, sont incisées avec des ciseaux et recouvertes, après l'écoulement de la sérosité qu'elles renferment, de linge troué enduit de cérat. La contusion peut être assez forte pour avoir donné lieu à une désorganisation des parties molles, c'est-à-dire à des *escarres*, qui sont éliminées au bout d'un certain temps ; la fracture rentre alors dans les conditions d'une lésion de ce genre compliquée de *plaie*, cette dernière communiquant ou non avec le foyer de la fracture. Les règles de traitement à suivre en pareilles circonstances seront exposées ultérieurement. Bornons-nous à faire remarquer que, pendant la période d'élimination des escarres, le chirurgien surveillera le travail inflammatoire et le maintiendra dans des limites convenables.

c. *Plaies.* Elles se présentent dans deux conditions : ou bien elles ne communiquent pas, ou bien elles communiquent avec le foyer de la fracture. Dans le premier cas, on soumet le malade au même traitement que

celui d'une plaie simple, c'est-à-dire qu'on en réunit les bords quand ces derniers ne sont pas contus, qu'on la panse simplement quand elle est contuse. Dans le second cas, la plaie se présente dans des conditions diverses qui motivent des indications différentes.

1° *La plaie est produite par un des fragments qui est sorti à travers les parties molles et la peau.* Si le fragment qui a perforé les parties molles et la peau a repris sa place, il faut réunir la plaie extérieure et traiter la fracture comme si elle était simple, en insistant sur les antiphlogistiques pour prévenir une inflammation trop intense. Si le fragment est resté au dehors et qu'il existe une plaie assez large pour permettre de le ramener à sa position normale, il faut réduire et procéder ensuite à la réunion de la plaie. Dans les cas de fractures très-obliques, alors qu'un fragment très-aigu fait issue au dehors et que l'ouverture de la peau, fortement revenue sur elle-même, s'oppose à la réduction, on fera les débridements nécessaires pour exécuter cette réduction. Il se peut que le fragment sorti soit trop long pour être réduit ; dans ce cas, on en pratique la *résection* au moyen d'une scie à lame étroite, ou d'une scie à chaîne. Enfin on voit, dans certaines fractures, un fragment être irréductible, quoiqu'il ne soit ni trop long ni étranglé par les parties molles ; il est préférable alors d'en attendre l'élimination spontanée par un travail de nécrose totale, ou l'exfoliation insensible des couches superficielles. Le membre sera placé dans une gouttière (fig. 55 et 56, p. 334), et la plaie pansée comme nous le dirons ultérieurement.

2° *La plaie est produite par l'action directe du corps vulnérant.* Lorsque la plaie n'est pas très-large, on immobilise le membre dans une position convenable, et on surveille les phénomènes inflammatoires. Les os sont-ils réduits en esquilles, les muscles broyés et le membre menacé d'une gangrène prochaine, il faut avoir recours à l'*amputation*. Pareille règle de conduite est imposée dans les cas où un projectile d'arme à feu a fracassé un membre et dilacéré les parties molles dans une grande étendue. (Voy. *Plaies d'armes à feu*.) En admettant que le désordre soit moins considérable, on peut essayer de conserver le membre. On enlève les esquilles, on procède à la réduction de la fracture avec beaucoup de ménagement, on fait les débridements nécessaires pour évacuer le sang épanché. Dans le but de prévenir une inflammation intense, on panse la plaie avec de la charpie recouverte d'un cataplasme émollient ou de compresses résolutives. Quand la contusion n'est pas assez intense pour faire redouter la gangrène, on peut faire usage des irrigations continues d'eau dégoûrdie (fig. 44, p. 57). Dans tous les cas, il convient d'immobiliser le membre et de le disposer de façon que la plaie puisse être surveillée. Le meilleur appareil est une gouttière en fil de fer (fig. 55 et 56) ; à une époque plus reculée, un appareil inamovible auquel on a le soin de ménager des ouvertures au niveau de la plaie. On combat les symptômes inflammatoires par les antiphlogistiques et les émollients ; on ouvre une issue au pus, s'il se forme des abcès ; en cas de fusées purulentes, on fait des contre-ouvertures en nombre convenable. Une fois la suppuration établie, on soutient les forces du malade par une alimentation convenable.