

comme cela arrive dans une lutte pour renverser le poignet, lorsque les doigts des deux champions sont entrelacés.

Symptômes. Ce sont : la douleur locale, le gonflement, la gêne dans les mouvements des doigts correspondants, la crépitation et la mobilité anormale perçues en attirant fortement le doigt dans la flexion. La consolidation est prompte et s'opère dans l'espace de vingt-cinq à trente jours.

Traitement. Quand il n'existe aucun déplacement, il suffit de maintenir la main dans l'immobilité au moyen de compresses et d'une bande dentrée. Dans les cas où les fragments sont saillies et chevauchent, on a proposé divers appareils : Boyer applique sur l'os fracturé deux petites attelles de la longueur de la main et les maintient en place au moyen d'une bande roulée, qui, après avoir recouvert la main, se continue autour du doigt correspondant à la fracture et des deux doigts voisins. Lisfranc place sur chacun des espaces interosseux correspondant à l'os malade des compresses graduées et des attelles, du côté de la face dorsale et palmaire. Malgaigne, préoccupé non-seulement par la pensée d'agir sur l'angle des deux fragments pour le faire disparaître, mais encore de soutenir et de repousser la tête du métacarpien, place par-dessus les compresses deux larges attelles mises en *travers*, l'une sur le dos de la main, l'autre à la face palmaire. Sabatier exerce une extension permanente sur le fragment inférieur en réunissant avec des bandelettes de diachylon le doigt correspondant à la fracture et le doigt voisin, en plaçant ensuite une attelle à la face palmaire de la main, des compresses graduées sur la face dorsale dans les espaces interosseux et en maintenant le tout par un bandage roulé.

XIII. FRACTURES DES PHALANGES.

Elles sont plus communes chez les hommes que chez les femmes ; le plus souvent limitées à un seul doigt. Elles sont occasionnées presque toujours par des causes directes, par des écrasements ou des chocs violents. La mobilité contre nature et la crépitation les caractérisent suffisamment ; les déplacements des fragments sont rares, quelquefois les tendons fléchisseurs entraînent de leur côté le fragment inférieur ; dans quelques cas, il y a un chevauchement et une inclinaison latérale.

Les fractures sans déplacement des fragments exigent la simple immobilité du doigt pendant trois à quatre semaines. Pour éviter la raideur articulaire, la demi-flexion est préférable à l'extension du doigt : on se sert, en conséquence, d'un appareil formé par une petite compresse languette que l'on couche sur la face palmaire du doigt, et par-dessus laquelle on met une attelle de carton légèrement fléchie et maintenue avec des bandelettes de diachylon qui entourent le doigt. En cas de déplacement des fragments, on exerce sur ces derniers une compression convenable.

Les fractures de phalanges avec plaie contuse réclament quelques indications particulières. Quelques chirurgiens proposent l'amputation immédiate, lorsque le désordre des parties molles et dures est très-étendu ;

d'autres préfèrent attendre l'élimination des parties qui se mortifieront, en combattant tout d'abord les symptômes inflammatoires. Les irrigations continues d'eau dégloutie (fig. 11, p. 57) rendent de grands services dans ces cas ; nous les avons employées souvent avec succès. Cette pratique a en effet l'avantage de prévenir des phlegmasies graves qui s'étendent quelquefois jusqu'à l'avant-bras et même au bras, lorsqu'on se détermine à faire une amputation immédiate. Le seul inconvénient qu'on puisse lui reprocher, c'est de donner lieu à une plaie irrégulière, accompagnée parfois d'une saillie de portion de phalange ; encore est-il facile d'y remédier, soit en pratiquant une résection ultérieure, soit en favorisant le travail d'élimination de la portion d'os mortifiée.

XIV. FRACTURES DU BASSIN.

Elles se divisent en fractures du sacrum, du coccyx, de la crête iliaque, du pubis, de l'ischion, de la cavité cotyloïde ; il faut y ajouter les doubles fractures verticales du bassin.

1^o FRACTURES DU SACRUM.

Elles sont excessivement rares et se présentent sous deux formes. Tantôt la solution de continuité est limitée au sacrum, tantôt elle est accompagnée de fractures multiples du bassin. Dans le premier cas, elle est le plus souvent transversale et située dans la moitié inférieure de l'os ; ou bien elle est à la fois transversale et longitudinale. En général, le fragment inférieur se porte en avant par le sommet, de manière à former avec le supérieur un angle saillant en arrière et rentrant en avant.

Ces fractures sont occasionnées par des chutes, soit sur la face postérieure, soit sur le côté du sacrum. Elles sont caractérisées par de la douleur augmentant par la pression, de la contusion, une saillie du côté de la face postérieure du sacrum résultant de la rencontre des deux fragments, rendue plus apparente quand on appuie sur le sommet de l'os. Le doigt introduit dans le rectum sent d'abord la pointe du coccyx plus saillante en avant ; et plus haut une gouttière transversale résultant de l'angle rentrant en avant des fragments de la fracture. En imprimant des mouvements au fragment inférieur, on perçoit de la crépitation. Le diagnostic est parfois difficile et beaucoup de ces fractures sont méconnues ou confondues avec une contusion.

Le pronostic n'est fâcheux que lorsqu'elles se compliquent de la formation d'abcès. En cas de déplacement des fragments, on réduit ces derniers au moyen du doigt porté dans le rectum. La *contention* n'exige le plus souvent que le décubitus latéral ; si cette position est insuffisante, on peut laisser à demeure dans le rectum un appareil formé soit d'un cylindre de bois, soit d'une canule en argent.

2^o FRACTURES DU COCCYX.

Elles sont extrêmement rares aussi ; elles donnent lieu aux mêmes phénomènes que les fractures du sacrum.

3^o FRACTURES DE LA CRÊTE ILIAQUE.

Ce sont les fractures qui traversent la fosse iliaque, de façon à séparer de l'os une portion ou la totalité de la crête iliaque. Elles sont déterminées par des violences directes.

Elles sont caractérisées par une douleur vive, une forte contusion, la difficulté de la marche, en raison de la lésion des muscles qui se rendent de la crête iliaque au fémur. Elles peuvent n'être accompagnées d'aucun déplacement ; ou bien le fragment est déjeté un peu en dedans ; dans un cas, Sanson a vu ce fragment remonter jusque dans l'épaisseur des parois de l'abdomen, presque vers la base de la poitrine. Ce qui les rend graves, c'est surtout la lésion concomitante des viscères de l'abdomen.

Il est difficile de les reconnaître lorsqu'il existe du gonflement ; il faut essayer de faire mouvoir le fragment détaché de l'os.

Pour ramener le fragment à sa place, il convient de fléchir fortement la cuisse ; pour favoriser la consolidation, on recommandera le décubitus dorsal pendant le temps nécessaire à la guérison.

4^o FRACTURES DU PUBIS.

La solution de continuité occupe la branche descendante du pubis, le corps de cet os ; le pubis est quelquefois séparé entièrement des parties environnantes ; la fracture est simple ou accompagnée d'esquilles. Le fragment détaché de l'os est porté en avant ou bien enfoncé vers la cavité pélvienne, ce qui peut donner lieu à une déchirure de l'urètre ou de la vessie.

Ces fractures sont le résultat d'une forte pression sur le bassin, de la chute d'un poids énorme sur la partie antérieure de cette cavité osseuse ; elles se produisent aussi lorsque le sujet fait, d'une certaine hauteur, une chute sur le sol.

Le pronostic en est bénin quand il n'y a pas de complication ; il est très-grave et la lésion est mortelle quand la fracture est accompagnée d'une déchirure de la vessie, à moins que cette blessure n'ait atteint la portion extrapéritonéale de l'organe, auquel cas le blessé peut survivre.

Remettre les fragments en place si cela est possible, extraire les esquilles en cas de plaie extérieure, telles sont les indications à remplir.

5^o FRACTURES DE L'ISCHION.

L'ischion peut être séparé en entier, ou bien la tubérosité sciatique est seule détachée.

Ces fractures surviennent dans les chutes sur le siège ; par des coups de

feu ; on les a vues se produire pendant les manœuvres de l'accouchement, chez une femme ayant eu antérieurement une double fracture verticale du bassin. Elles ne sont parfois accompagnées d'aucune difformité, ni d'aucun déplacement du fragment détaché du reste de l'os. Dans d'autres cas, ce fragment est mobile et donne une sensation de crépitation. On peut du reste explorer l'ischion par sa face interne, en portant un doigt dans le rectum ou dans le vagin.

Le pronostic n'est pas grave ; en admettant que les mouvements du membre inférieur soient gênés par l'écartement du fragment, ils sont recouverts plus tard. Il suffit de recommander le repos au lit quand il n'existe pas de déplacement ; dans le cas opposé, on conseille le décubitus dorsal, en maintenant le bassin un peu élevé et les jambes légèrement fléchies. Le malade sera contraint de garder une immobilité complète.

6^o DOUBLE FRACTURE VERTICALE DU BASSIN.

Cette variété consiste en deux fractures verticales sur l'une des moitiés du bassin : l'antérieure occupant la branche horizontale et la branche descendante du pubis ; la postérieure ayant son siège en arrière de la cavité cotyloïde. Elle est produite soit par une chute sur la hanche, soit par la pression du bassin entre deux voitures ; soit par un coup de pied de cheval, soit enfin par une chute sur les pieds.

Elle est caractérisée par de la douleur, de la contusion, du gonflement, de la gêne ou l'impossibilité des mouvements du membre inférieur, souvent par le renversement du pied en dehors. On sent quelquefois de la crépitation en imprimant des mouvements au fragment moyen, en pressant sur le grand trochanter, ou en communiquant des mouvements à la cuisse. Le fragment moyen subit un mouvement d'ascension en entraînant avec lui le membre inférieur qui est raccourci, ou bien il est incliné en dedans, c'est-à-dire du côté du bassin, soit par son bord antérieur, soit par sa partie inférieure.

Le diagnostic est difficile, et la double fracture verticale du bassin a été confondue avec la luxation du fémur, avec la fracture du col de cet os, ou avec une double luxation des os iliaques entre lesquels le sacrum était descendu comme un coin que l'on enfonce, pendant que l'os iliaque droit était remonté entraînant tout le membre inférieur dans son mouvement d'ascension, ce qui faisait croire à un raccourcissement.

Le pronostic est fâcheux quand les organes du bassin sont lésés ; en dehors de ce péril, il y a encore à redouter plus tard la claudication et le rétrécissement du bassin.

Pour opérer la réduction, il faut pratiquer l'extension sur la jambe et la contre-extension sous les aisselles ; puis agir directement sur le fragment déplacé, en le saisissant par la crête iliaque et par la tubérosité sciatique. La contention est faite au moyen d'un double plan incliné sur lequel on étend les membres inférieurs réunis ensemble ; une ceinture est placée autour du bassin pour agir directement sur le fragment.

7^o FRACTURES DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.

Elles offrent plusieurs variétés : il peut y avoir une solution de continuité en forme d'étoile, séparant presque exactement à leurs points d'union les trois pièces de l'os iliaque ; ou bien le fond de la cavité cotyloïde est fracturé, ou bien c'est une portion du rebord osseux de la cavité qui est détachée du reste.

Les fractures de la cavité cotyloïde ressemblent à deux autres lésions : à une luxation du fémur quand les fragments du cotyle s'écartent ; à une fracture du col du fémur sans raccourcissement du membre, lorsque ces mêmes fragments conservent leurs rapports.

XV. FRACTURES DU FÉMUR.

Nous les divisons en fractures du corps, du col et des condyles.

§ 1. Fractures du corps du fémur.

Variétés. La fracture occupe le plus souvent le tiers moyen du fémur ; elle est quelquefois située au-dessous du petit trochanter, ce qui a fait donner à cette variété le nom de fracture *sous-trochantérienne* ; elle peut aussi occuper le tiers inférieur du fémur : fracture *sus-condylienne*. Quel qu'en soit le siège, la direction en est transversale ou oblique ; elle est parfois dentelée ; elle est simple, multiple ou comminutive ; elle peut être incomplète ou même se présenter sous la forme d'une fissure (fig. 43, page 316).

Déplacements des fragments. Ils sont subordonnés au siège de la lésion. Dans les fractures du tiers moyen du fémur, le déplacement est parfois nul, lorsque les surfaces opposées des fragments pourvues de dentelures sont engrenées ; le plus souvent il existe un déplacement complexe suivant l'épaisseur, la direction, la longueur et la circonférence. L'extrémité inférieure du fragment supérieur se porte en dehors et en avant, le fragment inférieur se porte en dedans du précédent ; les deux fragments forment un angle à sommet tourné en avant et en dehors. Quand les fragments se sont complètement abandonnés, ils chevauchent l'un sur l'autre. Enfin le fragment inférieur exécute un mouvement de rotation de dedans en dehors, entraîné qu'il est par le pied qui se dirige dans le même sens. Dans les fractures *sous-trochantériennes*, les fragments restent quelquefois engrenés, le supérieur se porte dans une abduction plus ou moins forte et le grand trochanter remonte à un niveau supérieur à celui de la tête du fémur ; dans quelques cas, les fragments s'abandonnent et il y a un chevauchement étendu. Quant au déplacement du fragment supérieur en avant, par la contraction du psoas, admis par Boyer et A. Cooper, Malgaigne en nie l'existence dans le plus grand nombre des cas. Dans les fractures *sus-*

condyliennes, Boyer professe que l'extrémité supérieure du fragment inférieur se renverse en arrière dans le creux du jarret. Malgaigne avance au contraire que le fragment inférieur remonte directement en arrière ou sur les côtés du supérieur, sans jamais se renverser du côté du jarret. Le même chirurgien signale l'enfoncement possible du fragment supérieur dans le tissu spongieux de l'inférieur.

Causes. Elles sont directes ou indirectes. Les fractures du tiers moyen du fémur sont occasionnées par des violences extérieures très-énergiques, telles que l'action de projectiles mus par la poudre à canon, le passage d'une roue de voiture sur la cuisse ; ou bien par des chutes sur le genou, quelquefois encore par la contraction musculaire. Celles qui atteignent la partie supérieure de l'os, ou les sous-trochantériennes, sont en général dues à des causes indirectes, telles qu'un faux pas ou une chute sur les pieds ; les sus-condyliennes sont au contraire la conséquence de causes directes.

Symptômes. Dans les fractures de la partie moyenne de l'os, il existe, indépendamment de la douleur, du gonflement et de l'impuissance du membre, une déformation très-apparente ; l'extrémité inférieure de la cuisse contournée en dehors paraît tordue ; le membre offre à sa partie externe et antérieure une convexité exagérée en rapport avec la direction anguleuse des fragments. Le raccourcissement varie entre deux et six centimètres. Dans les fractures sous-trochantériennes, il y a de la douleur, du gonflement, une impuissance du membre, une mobilité anormale et de la crépitation, quelquefois un raccourcissement très-prononcé. Les auteurs qui ont admis le déplacement du fragment supérieur en avant, ont ajouté aux signes précédents une saillie à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne. Pour les fractures de l'extrémité inférieure du fémur, ils ont aussi avancé qu'il existe une saillie dans le creux poplité, due au déplacement du fragment inférieur en arrière, et une dépression au-dessus de la rotule.

Marche. Terminaisons. Les fractures du tiers moyen sont souvent suivies d'un raccourcissement du membre, lorsque les fragments taillés obliquement chevauchent l'un sur l'autre. Le temps requis pour la consolidation varie de cinquante à soixante jours pour les adultes. Les fractures sous-trochantériennes guérissent aussi rapidement que les précédentes. Les sus-condyliennes se compliquent souvent d'un épanchement dans l'articulation du genou, lorsqu'elles sont rapprochées de cette jointure ; quelquefois la capsule articulaire est perforée par le fragment supérieur taillé en pointe ; ou bien encore la rotule est refoulée en bas par le chevauchement du fragment supérieur sur l'inférieur.

Diagnostic. Il est en général facile, en raison de la déformation du membre et de la mobilité des fragments ; le meilleur moyen de constater ce dernier signe consiste à soulever le membre, après avoir glissé la main à plat au-dessous de la fracture, pour déterminer la courbure de la cuisse à sa partie moyenne. Les mêmes caractères servent à faire reconnaître une fracture sous-trochantérienne ; toutefois, quand la fracture est très-rap-

prochée du petit trochanter, il est possible de la confondre avec une fracture extra-capsulaire du col du fémur. Le diagnostic des fractures sus-condyliennes peut être obscur dans les premiers jours en raison du gonflement; mais une fois ce dernier dissipé, il devient facile.

Complications. Celle de ces complications qui mérite une mention spéciale est l'existence d'une plaie communiquant avec le foyer de la fracture.

Pronostic. Il est toujours grave, en raison des difficultés que présente la contention des fragments et du raccourcissement consécutif. A ces périls il faut encore ajouter, pour les fractures sus-condyliennes, la lésion possible de la capsule articulaire du genou par le fragment supérieur.

Traitement. La réduction s'opère par la triple manœuvre de l'extension, de la contre-extension et de la coaptation. Un aide embrasse solidement la partie postérieure et inférieure du talon d'une main; il saisit la partie antérieure du pied de l'autre, en appliquant la face palmaire des quatre derniers doigts sur la face dorsale du membre et le pouce sur la face plantaire; il opère sur le pied les tractions nécessaires pour rendre au membre inférieur sa longueur et sa direction normales. Pendant ce temps, un autre aide maintient solidement le bassin, en appuyant avec force les deux mains sur les épines iliaques antéro-supérieures. Lorsque ces manœuvres ne suffisent pas pour faire reprendre au membre sa conformation normale, c'est-à-dire pour corriger le déplacement des fragments, le chirurgien lui-même achève d'en produire la coaptation, en exerçant des pressions sur les points où les fragments font saillie.

Pour maintenir la réduction, on a recours à l'un des appareils suivants :

1^o *Appareil de Scultet.* Cet appareil ayant été décrit plus haut (p. 329), il suffit d'indiquer les modifications qu'il est nécessaire de lui faire subir dans les fractures de cuisse. Il faut le garnir d'un nombre de bandelettes suffisant

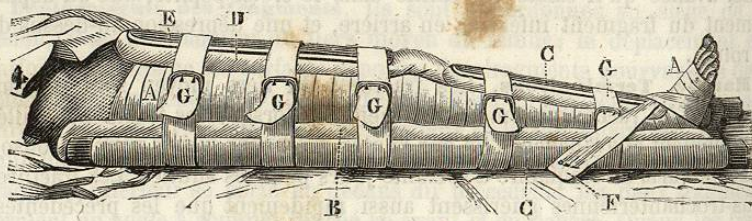


Fig. 72.

pour recouvrir tout le membre, et donner au drap-fanon une longueur telle, qu'il s'étende de la crête iliaque jusqu'à dix centimètres environ au delà du pied. Le mode d'application des bandelettes ne présente rien de particulier; au lieu de les faire porter directement sur le membre, on peut interposer, au niveau de la fracture, quelques compresses trempées dans un liquide résolutif. On roule ensuite sur les deux côtés du drap-fanon, dont l'angle interne et supérieur a été replié en dedans, deux attelles d'inégale longueur, de telle façon que l'une puisse être placée sur le côté externe et

l'autre sur le côté interne du membre, depuis la crête iliaque et la tubérosité sciatique jusqu'au delà du pied.

Deux autres attelles (E, C) proportionnées à la longueur du membre sont placées sur la face antérieure de la jambe et de la cuisse; des coussins de balle d'avoine de longueur convenable (B, D) sont d'ailleurs interposés aux diverses attelles et au membre. Tout l'appareil est fixé en place au moyen de cinq liens, trois sur la cuisse et deux sur la jambe (G G G G). Afin de prévenir une déviation de la pointe du pied, on dispose la partie moyenne d'une compresse languette sur la plante du pied et on entre-croise les deux chefs sur le cou-de-pied pour les attacher avec des épingles sur le drap-fanon (F). Lorsque les fragments forment une saillie à la partie externe du membre, on y remédie en comprimant la cuisse à ce niveau avec une petite attelle dite *immédiate*, appliquée au-dessous des bandelettes.

2^o *Appareils à extension continue.* L'appareil de Scultet ne s'oppose qu'imparfaitement au déplacement des fragments. Pour prévenir ce dernier, surtout dans les fractures obliques, il faut exercer sur le fragment inférieur une traction permanente, en même temps qu'on empêche le supérieur d'obéir à cette traction par l'application d'une force qui agit en sens inverse. Plusieurs appareils ont été imaginés dans le but de remplir cette double indication: ceux de Desault, de Sanson, de Boyer, de Baudens.

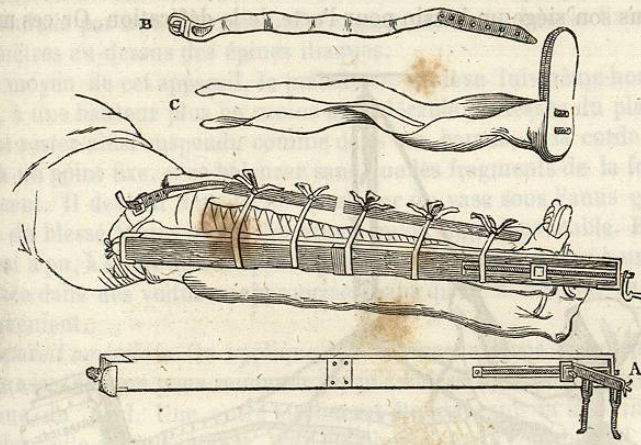


Fig. 73.

L'appareil de Boyer (fig. 73) est formé d'une attelle (A) fendue dans une partie de sa longueur et traversée dans cette partie par une vis sans fin reliée au moyen d'un écrou à un support destiné à porter une semelle (C). L'autre extrémité de l'attelle offre une sorte de crochet qui doit s'emboîter dans un gousset que présente un sous-cuisse solide (B) que l'on applique autour de la racine de la cuisse. Pour appliquer l'appareil, on procède de la manière suivante: la semelle (C) est solidement fixée à la plante du pied au moyen d'un bandage spiral; le membre est entouré dans toute sa longueur par des ban-

delettes d'un bandage de Scultet. On roule une attelle interne dans le drap-fanon ; on roule de même l'attelle de Boyer qui remplace ici l'attelle externe, en interposant au membre et aux attelles des coussins de longueur convenable ; deux autres attelles seront placées avec les mêmes précautions sur la face antérieure du membre, à la cuisse et à la jambe. Le tout est solidement assujéti au moyen de cinq liens qui embrassent l'appareil tout entier. La semelle est alors fixée au support qui se continue avec l'écrin ; il suffit, pour accomplir cette manœuvre, d'imprimer à la vis sans fin, au moyen d'une manivelle, un mouvement de rotation de droite à gauche qui fait remonter l'écrin et le support de la semelle jusqu'à ce que ces dernières parties soient en contact. Le crochet de l'attelle externe est introduit dans le godet du sous-cuisse ; puis on fait tourner de nouveau la vis sans fin, en exécutant ce mouvement de gauche à droite, de façon à faire descendre à la fois l'écrin et la semelle. Il est facile de comprendre le mode d'action de cet appareil : en faisant descendre l'écrin et la semelle, on pratique l'extension ; par la même manœuvre, on communique à la partie supérieure de l'attelle une impulsion qui tend le sous-cuisse, assujéti le bassin et opère la contre-extension.

Appareil de Bonnet (de Lyon). L'appareil de Boyer ne s'oppose pas aux mouvements des fragments de la fracture lorsque le malade soulève le tronc pour l'accomplissement de certaines fonctions, notamment lorsqu'on glisse sous son siège un bassin pour l'acte de la défécation. Or ces mouve-

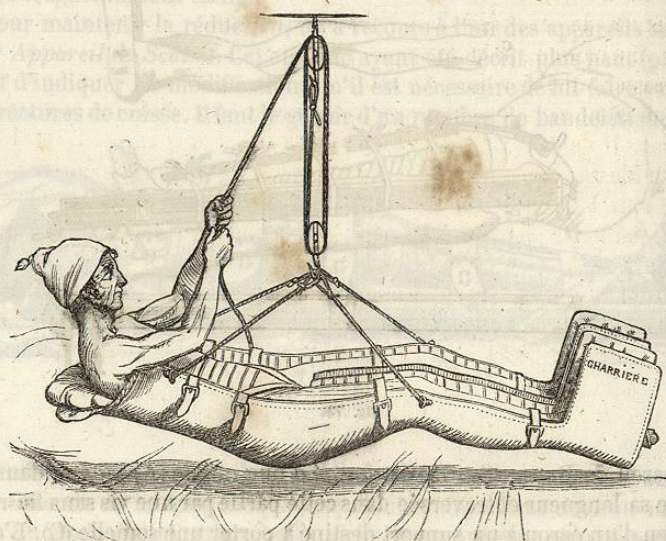


Fig. 74.

ments se répétant souvent pendant la durée nécessaire à la consolidation de la fracture, la guérison est entravée, ou bien encore elle ne s'obtient qu'avec une coaptation imparfaite des fragments. L'appareil de Bonnet (de Lyon)

est destiné à remédier à cet inconvénient. Il est formé (fig. 74) d'une gouttière solide propre à embrasser à la fois les deux tiers postérieurs du membre fracturé et les deux tiers postérieurs du bassin et de l'abdomen, ce qui lui donne la forme d'un pantalon allongé dont le tiers antérieur aurait été enlevé et présenterait en avant une ouverture qu'on peut agrandir ou resserrer à volonté. La charpente de l'appareil est en fil de fer très-solide en arrière, plus mince sur les côtés ; elle est pourvue au niveau de l'anus d'une large échancrure. Elle est recouverte d'une couche épaisse de crin mâtée par un couil solide. Sur les côtés, au-dessus des deux genoux, sont des boucles desquelles partent des cordes qui vont se rendre à une moufle fixée au ciel du lit. Le long de la gouttière se trouvent, de distance en distance, des boucles et des courroies, au moyen desquelles on peut en rapprocher à volonté les bords antérieurs, de façon à soumettre le membre au degré de compression convenable. L'appareil offre à son extrémité inférieure une poulie dont la rainure est dirigée dans le prolongement du membre et qui est supportée par une tige coudée. Sur cette poulie se réfléchit une corde qui supporte un poids et se continue avec deux bandes latérales fixées sur les côtés de la jambe : on peut ainsi exercer une extension continue sur la partie inférieure du membre. La contre-extension s'opère au moyen de sous-cuisses dont la partie postérieure est cousue à l'appareil au niveau des tubérosités de l'ischion, et dont la partie antérieure est terminée par une courroie qui s'engage dans une boucle fixée à vingt centimètres au-dessus des épinés iliaques.

Au moyen de cet appareil, le malade se soulève lui-même horizontalement, à une hauteur plus ou moins considérable au-dessus du plan du lit ; il peut rester ainsi suspendu comme dans un hamac, si la corde est attachée à un point fixe, et se balancer sans que les fragments de la fracture se déplacent. Il devient donc facile de glisser un vase sous l'anus et de faire au lit du blessé toutes les modifications qu'on juge convenable. Bien plus, Bonnet a pu, à l'aide de cet appareil, transporter des malades à une grande distance dans des voitures appropriées sans qu'il en résultât le moindre inconvénient.

Appareil américain. On applique, sur la face externe du membre, une attelle assez longue pour remonter jusqu'à l'aisselle et pour descendre au-dessous du pied. Une autre attelle est étendue sur la face interne du membre ; elle a une longueur, telle qu'elle arrive, du côté du pied, au même niveau que la précédente, tandis que, par son extrémité supérieure, elle ne dépasse pas le milieu de la cuisse. Les deux attelles sont maintenues écartées et assujétiées l'une à l'autre par leur extrémité inférieure, au moyen d'une petite planchette transversale qui entre par glissement dans deux mortaises dont les attelles sont pourvues. A la petite planchette est adaptée une vis de rappel qui la traverse perpendiculairement au centre, de manière à se continuer avec l'axe du membre, et porte un crochet du côté correspondant à la plante du pied.

L'extrémité supérieure de l'attelle externe est fixée sur le côté correspondant de la poitrine par une ceinture. Elle donne attache aux deux extré-