b. *La cautérisation.*

Technique : Chasser, par une injection chaude, les caillots qui encombrent la narine, rechercher la surface saignante (partie antérieure de la cloison, des cornets moyens, du plancher), en soulevant la pointe du nez, ou mieux, à l'aide du spéculum bivalve de Duplay ; éclairer vivement la fosse nasale par le miroir réflecteur ; cautériser au thermo ou au galvano-cautère au rouge sombre.

III. — ÉPISTAXIS REBELLE.

Recourir au tamponnement complet.

Technique : Préparer deux tampons de ouate hydrophile ; faire le tampon postérieur ovoïde, de 3 centimètres de hauteur sur 2 de large ; nouer, au milieu de ce tampon, un double fil long et un fil simple solides.

1° Pousser, dans le méat inférieur, une sonde en gomme élastique ; en saisir, avec deux doigts ou une pince, l'extrémité au fond du pharynx.

2° Ramener cette extrémité hors de la bouche et y attacher solidement le fil double du tampon postérieur.

3° Tirer sur l'extrémité nasale de la sonde et appliquer fortement le tampon sur l'orifice nasal postérieur.

4° Nouer les deux chefs du fil double en avant du tampon antérieur introduit dans la narine.

Ne pas laisser le tamponnement plus de quarante-huit heures : sectionner, avant d'extraire le tampon antérieur, les deux chefs noués du fil double ; extraire le tampon postérieur, à l'aide du fil simple qui sort par la bouche.

Joindre au tamponnement les injections sous-cutanées ou intra-veineuses (cas urgents) de sérum artificiel, et les injections sous-cutanées d'ergotine.

Bien entendu, ne jamais perdre de vue le traitement local (ulcérations, tumeurs, corps étranger) ou général (impaludisme, anémie, pyrexie, foie, cœur, etc...).

EXTRACTION DENTAIRE (1)

Ne doit être pratiquée que lorsque la dent est nuisible, c'est-à-dire provoque et entretient une périostite chronique des fistules gingivales ou cutanées, un abcès du sinus, des névralgies, la constriction de la mâchoire (dents de sagesse), des ostéites...

A la campagne, l'extraction sera souvent demandée pour pulpite ou périostite aiguë.

I. — INSTRUMENTS A AVOIR.

Quels que soient les instruments dont on usera, les stériliser (ébullition) avant de s'en servir.

I. — Daviers.

Instruments de choix, si les bords résistent.

Nombre de daviers nécessaire :

	Maxillaire supérieur.	Maxillaire inférieur.
Pour les incisives.....	1	1
— canines.....		
— prémolaires.....	1	1
— grosses molaires..	2	1
— dents de sagesse..	1	
— racines.....	1 davier baïonnette.	1 davier bec de faucon.

Peut au besoin se réduire à :

Pour les incisives.....	1	1 davier bec de faucon.
— canines.....		
— prémolaires.....	1	
— racines.....		
— grosses molaires..	2	1
— dents de sagesse.	1	

(1) Cette consultation a été rédigée par M. le Dr Waton, auquel nous adressons nos plus vifs remerciements.

II. — Élévateurs.

a. *Pied de biche :* Pour les racines offrant peu de prise ou peu de solidité.

b. *Langue de carpe :* Surtout pour les dents de sagesse du bas; certains opérateurs s'en servent pour toutes les racines.

III. — Clef de Garangeot.

Presque abandonnée : force énorme, mais brutale, amenant souvent des fractures du rebord alvéolaire.

II. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

A. — Daviers.

Attitude du malade : Dents du haut : Patient assez élevé, tête renversée.

Dents du bas : Patient en position assise normale, aussi bas que possible.

En l'absence du fauteuil articulé, faire construire un escabeau de 20 à 25 centimètres de hauteur ; placer sur cet escabeau la chaise sur laquelle est assis le patient pour l'extraction des dents du haut ; pour l'extraction des dents du bas (l'opérateur monte lui-même sur l'escabeau).

Attitude du chirurgien : Dents du haut : Opérateur à droite et légèrement en avant, bras gauche entourant la tête du patient.

Dents du bas : Opérateur à droite et en avant, main gauche soutenant le maxillaire inférieur. S'il se sert du bec de faucon, l'opérateur se place nettement en avant pour les dents du côté gauche et nettement sur le côté pour les dents de droite, le bras gauche entourant la tête du malade.

1° Enfoncer les mors du davier le long de la racine, *aussi profondément que possible*, par poussées successives, se rappelant que *la couronne ne doit jamais servir pour une extraction* sous peine de fractures fréquentes.

2° Luxer la dent en dehors, par un *mouvement lent et soutenu* ; placer le pouce entre les deux branches pour modérer la pression entre les mors.

3° Sortir la dent par traction de haut en bas, ou inversement ; si l'on se sert du davier baïonnette ou en bec de faucon, bien veiller à ce que les mors du davier glissent exactement le long de la racine.

Après l'extraction, prescrire des lavages de la bouche, fréquents (surtout après les repas), avec l'eau boriquée ou mieux avec la solution de thymol à 1 p. 1.000.

B. — Élévateurs.

a. *Pied de biche :*

1° Glisser la pointe le long de la racine.

2° Peser fortement vers le bord opposé.

Instrument dangereux, s'il glisse : avoir donc toujours le soin de mettre à côté un doigt de la main gauche garni de compresses, pour recevoir le choc, s'il se produit.

b. *Langue de carpe :*

1° Glisser la pointe entre la dent saine et la dent à extraire.

2° Peser d'avant en arrière en prenant point d'appui sur la dent voisine, après s'être assuré qu'elle est assez solide pour supporter l'effort.

Si la dent saine voisine n'est pas assez solide pour servir de point d'appui, faire l'extraction au davier.

III. — MANUEL OPÉRATOIRE SPÉCIAL POUR L'EXTRACTION DES DENTS.

I. — Maxillaire supérieur.

1° *Incisives et canines* (dents coniques) : Opérateur à droite et en avant, bras gauche autour de la tête ; patient, tête renversée.

Davier droit : Enfoncer les mors très profondément par fortes poussées ; mouvement de rotation sur l'axe ; dès que la dent est détachée, tirer en bas.

Exagérer la force pour l'extraction de la canine.

2° *Prémolaires* (dents aplaties longitudinalement ; souvent deux racines frêles, faciles à briser) : Même attitude que pour 1° pour l'opérateur et le patient.

Davier légèrement courbe : Enfoncer les mors très haut; à cause de la forme de la racine, tirer fortement de haut en bas, et exécuter un léger mouvement de luxation en dehors, pour détacher la dent du maxillaire; éviter les mouvements de latéralité qui entraînent souvent la production de fractures et provoquent de la douleur.

3° *Grosses molaires* (trois racines) :

Davier dont le mors externe est pointu afin de pouvoir s'insinuer entre les deux racines externes, et le mors interne aplati pour la racine palatine.

Attitudes du patient et de l'opérateur comme pour 1° :

Remonter le davier très haut; luxation en dehors et traction vers le bas (exécuter ces divers mouvements sans brusquerie; mouvements de latéralité inutiles et douloureux).

4° *Dents de sagesse* (racines réunies en un seul tronc) : Attitudes du patient et de l'opérateur comme pour 1°;

Luxation en dehors et traction vers le bas.

II. — Maxillaire inférieur.

1° *Incisives et canines* (racines coniques) Opérateur à droite et assez en avant, patient très bas.

Davier à mors courbés par rapport au manche.

Comme pour les dents supérieures, enfoncer profondément: faciliter ce mouvement par la pression du pouce de la main gauche sur le davier; mouvement de rotation sur l'axe très accusé et traction en haut avec légère luxation en dehors.

2° *Prémolaires* (dents coniques): Attitudes de l'opérateur et du patient comme pour 1°.

Rotation sur l'axe très accusée; mouvement de traction en haut avec légère luxation en dehors.

3° *Grosses molaires* (deux racines): Attitudes de l'opérateur et du patient comme pour 1°.

Davier courbe à mors pointus. Enfoncer les mors en s'aidant de la pression du pouce gauche sur le davier, jusqu'à ce que les pointes de l'instrument arrivent à se loger entre les racines; mouvement de traction en haut, avec tendance à la luxation en dehors.

4° *Dents de sagesse:* Davier comme pour 3°.

Attitudes de l'opérateur et du patient comme pour 1°.

Mouvement de luxation en dehors comme pour 3°; mais, en même temps, faire décrire au davier un arc de cercle de bas en haut (à cause de l'incurvation des racines vers l'angle de la mâchoire).

IV. — EXTRACTION DES RACINES.

I. — Maxillaire supérieur.

Attitudes de l'opérateur et du patient comme pour l'extraction des dents correspondantes. *Si les racines sont solides*, employer le davier baïonnette. Nécessité d'enfoncer le davier très profondément.

1° *Racines externes des grosses molaires :* Mouvement de luxation en dehors et traction en bas.

2° *Racines palatines des grosses molaires:* Mouvement de luxation en dedans et traction en bas.

3° *Racines des petites molaires :* Mouvements de traction en bas et de luxation en dehors.

4° *Racines des incisives et des canines :* Mouvements de rotation et de traction en bas.

Pour les molaires découronnées : Enlever les trois racines séparément.

En cas d'extractions multiples, commencer toujours par les racines du fond pour ne pas être gêné par le sang (même remarque pour les dents).

Si les racines sont peu solides, se servir du pied de biche : Opérateur placé en avant; avoir toujours la précaution de placer au-dessous de l'instrument un doigt garni d'une compresse, en cas de glissement.

II. — Maxillaire inférieur.

Se servir de préférence du davier bec de faucon (*racines solides*). Opérateur très en avant pour le côté gauche, en avant et à droite pour le côté droit; son bras gauche entoure la tête du patient; attitude du patient comme pour l'extraction de dents correspondantes.

Enfoncer le plus possible les mors du davier (augmenter l'effort par la pression du pouce gauche sur le davier); luxation en dehors pour les racines des grosses molaires; rotation pour toutes les autres et traction en haut.

Si les racines sont peu solides: Employer le pied de biche.

V. — ANESTHÉSIE (Voir ce mot).

Chlorure d'éthyle : Bon anesthésique.

Contre-indications : Pulpe exposée, opération de longue durée.

Diriger le jet de 15 à 20 centimètres sur la gencive, le long du trajet de la racine, jusqu'à pâleur des tissus. Opérer vite.

Cocaïne : Solution rigoureusement titrée à 1 p. 100, toujours inoffensive.

Le plus souvent il suffit d'injecter, de chaque côté de la racine à extraire et à la face profonde de la muqueuse, un demi-centimètre cube de la solution.

Attendre pour opérer, quatre à cinq minutes après l'injection.

Nirvanine : Anesthésique excellent : solution à 5 p. 100; même technique que pour la cocaïne.

Chloroforme : N'y recourir qu'en cas de nécessité absolue : accidents de dent de sagesse (trismus) ou extractions multiples.

Protoxyde d'azote : Peu employé aujourd'hui ; presque aussi dangereux que le chloroforme et donne une anesthésie de courte durée.

VI. — ACCIDENTS DE L'EXTRACTION.

Hémorrhagie : Tamponnement de la cavité alvéolaire à la gaze aseptique (très efficace) : laisser le tampon vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Fracture du rebord alvéolaire : Extraire s'il y a lieu les esquilles le plus tôt possible.

Accidents infectieux (*gingivite, ostéo-périostite*, etc.) : désinfection du foyer par de grands lavages à la seringue, avec la solution de thymol à 1 p. 1.000 ; tamponnement de l'alvéole à la gaze salolée, dans l'intervalle des lavages.

VII. — CONTRE-INDICATIONS DE L'EXTRACTION.

Absolues : peu nombreuses : Derniers jours d'une grossesse ; crises d'excitation chez les nerveux.

Relatives : Grossesse chez les femmes très nerveuses; période menstruelle ; diabétiques; hémophiliques (prévoir l'hémorrhagie et se préparer à la combattre : tamponnement, gélatine, thermocautère, etc.).

FISSURE A L'ANUS

Éléments étiologiques : Sexe féminin, nervosisme ; âge adulte. Constipation habituelle ; hémorroïdes, etc.

Signes cliniques : Ulcération au niveau du sphincter (pli radié), presque toujours en arrière ; contracture du sphincter ; douleur après la défécation allant parfois jusqu'à la syncope.

I. — FORME TOLÉRANTE.

1° Laxatifs.

2° Lavages locaux après chaque selle avec de l'eau boriquée ; bains fréquents.

3° Pansements à la vaseline iodoformée ou cocaïnée et mieux encore : suppositoires avec : orthoforme 80 centigrammes, ou bien : badigeonnages avec la solution de nirvanine à 5 p. 100.

II. — FORME INTOLÉRANTE.

1° Dilatation brusque.

Technique : 1° *Préparation du malade :* Purgatif la veille de l'opération ; l'anus est rasé puis lavé.

2° *Chloroformisation :* L'anesthésie sera faite avec beaucoup de soin (accidents assez fréquents) ; elle sera profonde, afin d'éviter la syncope réflexe au moment de la dilatation.

3° *Opération :* Le malade est couché sur le côté droit, la jambe droite allongée, la gauche fléchie. Le chirurgien introduit les deux pouces dos à dos vaselinés dans l'anus et les écarte fortement jusqu'à ce qu'ils soient arrêtés par les ischions.

4° *Pansement :* Mèche de gaze iodoformée dans l'anus.

5° Prévenir la récidive de la fissure en traitant la cause : Constipation, hémorroïdes, déviations utérines (causes de constipation, etc.), état général, etc.

FRACTURES DE LA CLAVICULE A SA PARTIE MOYENNE

Éléments étiologiques : Directe ou indirecte (chûte sur la main, le coude ou l'épaule). Fractures par contraction musculaire.

Signes cliniques : Épaule malade abaissée, tête inclinée du même côté ; la main du côté sain tient le coude du côté malade.

Fragment externe abaissé et porté en dedans.

Fragment interne attiré en haut et en avant.

I. *Réduction de la fracture :* Faire asseoir le malade sur un escabeau ; un aide, placé derrière, empaume le devant des épaules et porte ces dernières en arrière en haut et en dehors, *progressivement* et *doucement*, jusqu'à ce que les deux clavicules aient la même longueur (de l'articulation sterno-claviculaire à l'extrémité externe de l'os).

II. *Application de l'appareil :* 1° Circulaire de ouate (pas trop épais) autour du thorax ; une bande de ouate en sautoir sur l'épaule du côté sain.

2° Un tampon de ouate serré (gros comme le poing au moins) dans l'aisselle malade.

3° Préparer une bande de tarlatane ayant six doubles d'épaisseur, large comme les deux mains et longue de 110 à 120 centimètres et la tremper dans le plâtre.

4° Appliquer un des chefs de cette bande sur l'épaule malade, en empiétant assez largement sur la face dorsale du moignon, et la laisser tomber en avant du thorax.

5° En avant de la bande, appliquer sur la poitrine le bras du côté malade et replier l'avant-bras de façon que l'extrémité des doigts atteigne l'épaule du côté sain.

6° Replier, en avant du membre ainsi fléchi, la partie inférieure de la bande de tarlatane plâtrée, de façon que l'autre chef vienne aboutir au voisinage du point de départ, sur l'épaule malade : elle forme ainsi une anse qui embrasse le bras et l'avant-bras.

7° Trois ou quatre bandes de tarlatane sont trempées dans de l'eau blanchie avec deux ou trois poignées de plâtre ;

avec elles, on décrit autour du thorax un éventail dont le manche rétréci correspond à l'aisselle et à la partie du thorax du côté sain, tandis que la partie large embrasse le membre supérieur du côté malade; serrer un peu vers le coude, pour rapprocher celui-ci du tronc ; tous les trois tours environ, passer la bande en sautoir obliquement sous le coude malade et sur l'épaule saine, de façon à soulever le coude et, par suite, l'épaule.

8° Chemin faisant, avec la gâchée de plâtre qui a servi au début pour la large bande en anse, imbiber les tours de bandes au niveau du moignon de l'épaule malade, jusqu'au milieu du thorax (pas au delà) en avant et en arrière.

Cet appareil soulève le coude et par suite le moignon de l'épaule; de plus, il porte en dehors le fragment externe par le mécanisme du levier du premier genre (puissance : tours inférieurs de l'éventail qui rapprochent le coude de tronc; point d'appui : tampon de ouate axillaire ; résistance : fragment externe).

Laisser l'appareil vingt-cinq jours environ (quinze jours chez les enfants).

S'il survenait des troubles de compression nerveuse après consolidation, *intervention sanglante* pour libérer le nerf pris dans le cal.

FRACTURES DE COTES

Éléments étiologiques : Traumatisme ; fractures directes (partie moyenne), fractures indirectes (partie antérieure, partie postérieure). — Action musculaire : toux, éternuement (côtes inférieures gauches). Fractures spontanées : ataxie, grossesse, etc...

Signes cliniques : Douleur vive, exaspérée par les mouvements du thorax (respiration, toux, éternuement), localisée par la pression digitale ; gêne respiratoire ; crépitation perçue par la main appliquée à plat sur le thorax ou à l'auscultation, pendant la toux. Déformation du thorax, déplacement, mobilité anormale, rares. Complications : hémorragique, pleurales, pulmonaires.

I. — FRACTURES DE COTES SANS DÉPLACEMENT ET SANS COMPLICATIONS ACTUELLES.

Calmer la douleur :

Immobiliser, autant que possible, le thorax par l'application d'un bandage de corps plus ou moins serré (suivant les indications fournies par le malade) ; employer, à cet effet, une large bande de diachylon, entourant une fois et demie la poitrine, mais laissant libre la partie inférieure du thorax, pour ne pas gêner les mouvements du diaphragme, (respiration diaphragmatique).

Fléchir le bras correspondant et l'immobiliser contre le thorax par quelques tours de bande ou une simple écharpe (contre l'action des pectoraux).

Repos au lit pendant quelques jours.

En cas de douleur particulièrement tenace : Piqûres de morphine.

Ausculter chaque jour le malade avec soin (complications possibles).

II. — FRACTURES DE COTES AVEC DOULEUR (POINT DE COTÉ) ET DYSPNÉE CROISSANTES, MALGRÉ L'IMMOBILISATION, AVEC OU SANS FIÈVRE.

Supprimer le bandage de corps.

Dépister, par percussion et auscultation attentives et fréquemment pratiquées, la ou les complications (pneumothorax, hémopneumothorax, pleurésie, pneumonie traumatique).

Traiter les complications (Voir *Contusion profonde de la poitrine*).

III. — FRACTURES DE COTES AVEC EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ (DÉCHIRURE DU POUMON).

Traitement comme pour I.

A la moindre aggravation, traitement comme pour II.

IV. — FRACTURES DE COTES AVEC DÉPLACEMENT FRAGMENTAIRE, SANS MENACES DE COMPLICATIONS.

Essayer de produire l'*engrènement des fragments :*

1° Dire au malade de faire un violent effort.
2° Exercer, à ce moment, une pression sur les deux fragments, ou sur un des fragments (suivant les cas).

Ne pas insister en cas d'insuccès et s'en tenir au bandage en diachylon et au repos au lit.

V. — FRACTURES DE COTES AVEC DÉPLACEMENT FRAGMENTAIRE, ACCIDENTS ACTUELS OU A CRAINDRE.

Résection costale (Voir *Pleurésies purulentes*).

FRACTURES DE CUISSE

I. — FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE.

Éléments étiologiques : Malades âgés, femmes surtout.

Fracture intracapsulaire : Chutes sur les pieds, les genoux, la partie antérieure ou postérieure du grand trochanter. Contraction musculaire.

Fracture extracapsulaire ; Chute directe sur le grand trochanter.

Signes cliniques : a. *Intracapsulaire* : Impotence fonctionnelle du membre, raccourcissement, rotation en dehors ; douleur peu marquée au repos, mais provoquée par les mouvements (surtout adduction et flexion) et la percussion du talon ou du trochanter.

b. *Extracapsulaire* : Mêmes signes et aussi augmentation de volume du grand trochanter et effacement ou saillie du triangle de Scarpa.

1° *Chez le vieillard :* Négliger la fracture par elle-même ; éviter le décubitus prolongé.

Dès les premiers jours, commencer le massage.

Ne pas tenir le malade au lit plus de huit à dix jours.

Au bout de ce temps, le faire lever et marcher avec des béquilles : massages journaliers, très prudents.

2° *Chez l'adulte :* Faire l'extension continue pendant deux mois environ, comme pour II.

En cas de raccourcissement et rotation externe notables : Réduire sous le chloroforme :

Contre-extension sur le bassin ; traction dans l'axe de la cuisse, combinée à la rotation interne ; appliquer ensuite l'extension continue (Appareil de Hennequin, sans gouttière).

II. — FRACTURE DE LA DIAPHYSE DU FÉMUR.

Signes cliniques : Cuisse tassée, raccourcie, volumineuse ; mobilité anormale et crépitation ; hydarthrose du genou (précoce).

Éléments étiologiques : Causes directes ou indirectes. Age adulte et enfance (fractures obstétricales). Fractures spontanées.

A. — Appareil de Tillaux.

Technique : Objets nécessaires : 1° Se procurer un lit de fer, de la bonne corde de 5 millimètres de diamètre environ, un rouleau de diachylon de 1m,50 à 2 mètres, quelques briques ou des morceaux de bois de 10 centimètres d'épaisseur pour soulever les deux pieds antérieurs du lit et, si possible, une poulie.

2° Tailler, dans la pièce de diachylon, sept à huit bandelettes de 3 à 4 centimètres de large.

3° Prendre une première bandelette, la chauffer légèrement, l'appliquer sur la partie inférieure et externe de la cuisse (au-dessous de la fracture), sur la partie externe du genou et de la jambe, jusqu'à la malléole; la faire bien adhérer dans tout ce trajet, la mener à 25 centimètres environ au delà du pied et lui faire décrire une anse pour la ramener sur la malléole interne, la face interne de la jambe, du genou et de la cuisse, jusqu'à la hauteur du point de départ de la partie externe.

4° Glisser transversalement sous le membre (au-dessus du genou, au mollet et au cou-de-pied), trois bandelettes de diachylon et leur faire faire deux circulaires autour du membre en mobilisant celui-ci le moins possible.

5° Prendre une troisième bandelette, la faire chauffer et l'appliquer longitudinalement comme 3°; mais, pour l'imbriquer, partir un peu en avant et venir aboutir exactement sur la première bandelette au niveau de l'anse; la replier alors et la mener en dedans (toujours comme 3°), mais un peu en arrière.

6° Terminer par des circulaires ce qui reste des bandelettes transversales employées à 4°.

7° Appliquer la quatrième bandelette comme 5°, mais partir en dehors, un peu en arrière, décrire l'anse et aboutir en dedans, un peu en avant de la première bandelette.

8° Cinquième bandelette circulaire comme 4° et 6°.

9° Sixième et septième bandelettes longitudinales imbriquées sur 5° et 7° et maintenues par les tours circulaires de ce qui reste de 8°.

10° Si l'on a une huitième bandelette, terminer par des circulaires, ou plutôt des tours de spire, autour du membre, des malléoles à la cuisse.

11° Fixer la poulie aux barreaux du lit, du côté des pieds du malade. *Faute de poulie*, prendre un corps cylindrique rond, tel qu'un morceau de manche à balai en bois.

12° Attacher la corde à l'anse du diachylon, au-dessous du pied du malade, la réfléchir sur la poulie ou le morceau de manche à balai et y attacher un poids de 2 à 3 kilos.

On peut encore faire la traction en attachant un tube de caoutchouc à l'anse de diachylon et à un barreau du lit.

13° Pour éviter que le malade ne soit entraîné par la traction, soulever de 10 centimètres environ les deux pieds antérieurs du lit, de façon à mettre le blessé sur un plan incliné, la tête basse.

L'extension continue fatigue les muscles et met les os bout à bout.

Cependant si, après réduction, l'absence de crépitation faisait supposer qu'il y a des parties molles (muscle) interposées entre les surfaces fracturées, endormir le malade, tirer dans l'axe et désenclaver le fragment par quelques légers mouvements de latéralité, de rotation et de circumduction.

B. — Appareil de Hennequin.

Technique : Objets nécessaires : Un lit de fer, corde, poulie, comme pour A. En plus : une serviette pliée en cravate et une gouttière courte, dite gouttière de Hennequin (ou du plâtre et de la tarlatane).

1° Envelopper le membre inférieur, des orteils jusqu'au quart inférieur de la cuisse, d'une bande de ouate recouverte d'une bande de toile ou de flanelle régulièrement serrée.

2° La serviette, pliée en cravate, est appliquée par son milieu sur la face antérieure de la rotule, ses deux chefs, se croisant dans le creux poplité, puis, passant de chaque côté de la face postérieure de la jambe, sont ramenés en avant et noués à distance : c'est en ce point que sera appliquée la traction.

3° Pendant la durée des préparatifs précédents, le matelas du côté malade a été décousu depuis son angle inférieur jusqu'au niveau du creux poplité ; en faire enlever la laine sur une largeur de 30 centimètres environ ; réunir les deux toiles du matelas à la limite de la laine (qui a été refoulée pour former un rebord), avec des épingles anglaises. Faire porter la jambe du côté malade sur cet espace vide (flexion à 40°).

4° Glisser la gouttière de Hennequin, garnie de ouate, sous la cuisse et la maintenir avec deux courroies en cuir.

Faute de gouttière de Hennequin, faire une gouttière

plâtrée avec de la tarlatane, mesurant en longueur 20 centimètres environ et entourant les deux tiers de la cuisse.

5° Attacher la corde à l'extrémité de la serviette nouée et faire la traction comme pour A.

Il est quelquefois nécessaire de faire un peu de traction manuelle pour obtenir la réduction.

Placer au bout de la corde 2 à 3 kilos et, chez les sujets très musclés, jusqu'à 6 kilos.

Avant de fermer la gouttière (4°), bien matelasser de ouate la région antérieure et mettre, en long, à ce niveau (point correspondant à la saillie ordinaire des fragments) une attelle de bois de 35 centimètres environ ; boucler les courroies par dessus. *Vérifier fréquemment l'appareil.*

Avec l'appareil de Hennequin, le malade peut s'asseoir.

Quel que soit l'appareil employé, ne pas permettre la marche avant trois mois. Pendant ce temps, sans déranger l'appareil, faire un peu de massage en avant sur le point fracturé et imprimer des mouvements à l'articulation du cou-de-pied.

III. — FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR.

Éléments étiologiques : Directes ou indirectes. Adultes.

Signes cliniques : Gonflement énorme ; raccourcissement souvent peu marqué ; la jambe semble luxée en arrière; mouvements anormaux.

Si la fracture est intracondylienne : élargissement du genou et crépitation perçue en appuyant sur un seul condyle.

A. — Cas simples.

1° Réduire le fragment inférieur luxé en arrière ; fléchir la jambe à 40° ;

2° Appliquer l'appareil de Hennequin (II, B).

B. — Fractures avec hémarthrose considérable.

1° Ponctionner le genou sous le chloroforme.

2° Appliquer un appareil plâtré (gouttière postérieure) maintenant le genou légèrement fléchi (compression ouatée du genou).

Dans les deux cas (A-B) : Massage précoce.

FRACTURE DE DUPUYTREN

Éléments étiologiques : Abduction forcée du pied (faux pas).

Signes cliniques : Vives douleurs, gonflement, pied en valgus et souvent porté en arrière; coup de hache à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe. En appuyant avec un instrument mousse (stylet, pointe de crayon), vive douleur à la pointe de la malléole interne et au niveau du coup de hache. Ecchymoses.

Règle très importante : Il est indispensable de réduire d'une façon parfaite et, très souvent, l'anesthésie générale sera nécessaire.

I. — FRACTURE RÉCENTE.

A. — Réduction.

Technique : Fléchir le genou pour relâcher les muscles gastrocnémiens.

Un aide empaume la jambe avec les deux mains (contre-extension).

L'opérateur, au bout du membre, prend à pleines mains le pied, tire fortement et le porte en varus et en avant.

On réussit presque toujours à réduire.

En cas d'insuccès, ne jamais se contenter d'une réduction approximative, mais mettre à nu le foyer de la fracture pour redresser ou extirper l'esquille tibiale externe parfois interposée entre les fragments.

B. — Contention.

Immobiliser le pied à angle droit en léger varus, dans une gouttière plâtrée postérieure et le maintenir en bonne attitude jusqu'à dessiccation complète du plâtre.

Vérifier fréquemment la persistance de la réduction sous

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.