

La méthode *amovo-inamovible* fut alors substituée par Seutin à l'*inamovibilité*. Bien que ces termes d'*amovo-inamovible* s'excluent réciproquement, comme le fait remarquer M. Burgraëve, nous n'en reconnaitrons pas moins, dans ce changement de méthode, un très-notable progrès. L'*inamovibilité* appliquée au traitement de toutes les fractures, simples ou compliquées, expose aux complications les plus déplorables, et a été la cause d'une foule de gangrènes, d'amputations et de terminaisons funestes. Nous ne l'avons jamais adoptée ni employée, et la nouvelle phase dans laquelle entra Seutin dit assez quelles furent les leçons de son expérience.

L'*appareil amovo-inamovible* s'applique ainsi : un ruban de fil de la largeur d'un travers de doigt, et assez long pour dépasser le bandage, est posé *immédiatement* sur la peau, au-dessous des bandes, et sert à juger le degré de compression de l'appareil. C'est le *compressimètre*.

Une bande roulée enveloppe le membre d'une première couche de doloires, et des lames de coton cardé régularisent la forme des parties et évitent la compression des saillies osseuses et tendineuses. Un second plan de doloires recouvre le premier et est légèrement amidonné. On place au-dessus d'elles des attelles de carton mouillé et ramolli, enduites sur leurs deux faces de colle d'amidon, en laissant un intervalle libre dans le point où le bandage sera fendu. Le chirurgien prend alors une bande dont les bords ont été enduits d'amidon, et procède à l'application d'un troisième plan de doloires, destinées à assujettir les attelles et à faire corps avec l'appareil. Puis, au moyen d'un pinceau ou de la main, il revêt toute la surface du bandage d'une couche d'amidon. En cet état de choses, le bandage n'a pas de résistance et ne pourrait empêcher le déplacement des fragments. On remédie à cet inconvénient, que la dessiccation de l'appareil fait cesser au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, en soutenant le membre avec des attelles de bois ou de carton sec et dur, maintenues par une bande roulée non amidonnée. Des attelles brisées, une extension permanente etc. sont des moyens accessoires auxquels on peut recourir selon les indications.

Dès que la solidification du bandage est achevée, on le divise en deux valves (*fig. 33*) avec de forts ciseaux (*fig. 34*) dont la branche tégumentaire est boutonnée. On constate l'état des parties. On remédie aux imperfections de l'appareil, si on en constate, et on le recouvre de quelques tours de bande. Si des plaies existent, on ouvre des fenêtres dans l'épaisseur des valves, pour la facilité des pansements et pour l'écoulement du pus.

Les avantages de cette méthode sont : la solidité et l'exactitude de la contention ; la facilité de faire disparaître le déplacement des fragments, par le changement de la disposition des valves, dont le moule résistant est susceptible de recevoir les modifications convenables de forme, de direction et d'épaisseur, puisqu'on peut les ramollir partiellement avec de l'eau tiède, les garnir de remplissages, et en inciser les bords, si l'amaigrissement du membre exige une plus forte constriction.

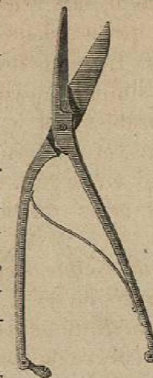


Fig. 34.



Fig. 33.

Les inconvénients des bandages *amovo-inamovibles* sont : le défaut de solidité, pendant le temps nécessaire à leur dessiccation ; les dépressions et les irrégularités produites par les attelles accessoires, qui compriment l'appareil et le déforment ; le danger de la tuméfaction, de l'étranglement et de la gangrène, si le chirurgien n'est pas sur les lieux pour y remédier ; l'inutilité du bandage, si l'on est obligé de le fendre avant sa solidification ; l'impossibilité d'apprécier facilement l'état des parties ; l'imprégnation et le ramollissement par le pus des pièces amidonnées ; l'odeur fétide et la rétention des liquides, en cas de plaies.

Quelques-unes de ces objections ne sont pas particulières à la méthode *amovo-inamovible*, mais elles paraissent démontrer la nécessité de nouveaux progrès.

La méthode de Seutin peut et doit parfaitement réussir entre les mains d'hommes expérimentés et attentifs ; et quelle est la méthode qui ne donnerait de beaux succès dans ces conditions ? Mais nous n'oserions la recommander dans les cas où la réaction inflammatoire et la tuméfaction sont probables. Nous préférons alors l'appareil de Baudens, et nous n'avons recours au bandage amidonné qu'à l'époque où l'inflammation et ses suites ne sont plus à redouter.

L'*appareil hyponarthécique de Sauters et de Mayor, de Lausanne*, préserve les malades de l'immobilité à laquelle on les condamne ordinairement pendant le traitement des fractures des



extrémités inférieures. On place la jambe (seul cas où nous jugions cet appareil applicable) sur une petite planchette horizontale mobile (fig. 35), attachée au ciel du lit par des cordes latérales, et

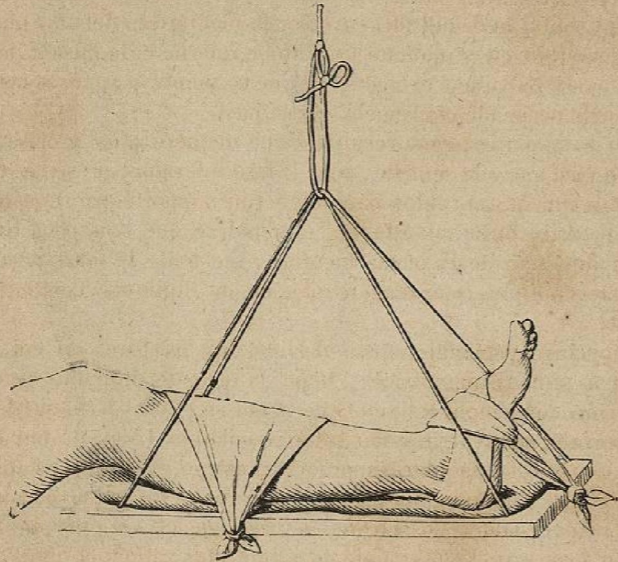


Fig. 35.

permettant des mouvements de totalité du corps, sans secousses pour le membre fracturé, qui est seulement exposé à se refroidir; c'est un inconvénient auquel on remédie en ne plaçant le membre sur la planchette hyponarthécique qu'à des intervalles éloignés, et en l'entourant de laine ou de coton.

Les *appareils à extension continue* servent à prévenir le déplacement des fragments selon leur longueur, et un très-grand nombre de chirurgiens ont proposé des mécanismes particuliers pour atteindre ce résultat; nous ne ferons qu'en signaler quelques-uns, parce qu'il serait beaucoup trop long de les décrire, et qu'un pareil travail trouverait à peine sa place dans un traité spécial des fractures. Les appareils à extension continue ne s'appliquent en général qu'au membre inférieur, où le moindre changement de longueur entraîne une claudication pénible, tandis que rien de semblable n'existe pour le membre supérieur, où un raccourcissement de deux ou trois centimètres se remarque à peine.

Desault pratiquait l'extension continue au moyen d'une longue attelle externe, dont l'extrémité supérieure, échancrée et engagée dans une ceinture passant sous l'ischion, produisait la contre-

extension, pendant que l'extrémité inférieure, percée d'une mortaise et creusée d'une échancrure, dépassait le membre d'un décimètre et servait à l'extension au moyen d'une bande fixée au cou-de-pied.

Cet appareil a le défaut de renverser le membre en dehors: aussi l'a-t-on modifié en y ajoutant une attelle interne et la faisant descendre aussi bas que l'externe; ces deux points d'appui servent alors à agir perpendiculairement sur le pied.

Boyer a obtenu le même résultat d'une manière plus précise en fixant le pied sur une semelle, dont la face inférieure présente une vis mobile qui va s'enrouler dans un écrou supporté par une tige perpendiculaire fixée aux attelles, de manière que l'on peut tirer dans la direction de l'axe du membre avec toute la force nécessaire, moyen qui permet d'augmenter ou de diminuer l'extension à volonté.

Cet appareil, particulièrement destiné aux fractures du col du fémur, a procuré des succès; mais la grande difficulté est de garnir convenablement les points de la cuisse et du bassin sur lesquels porte la contre-extension, et l'on sait que Lafayette eut ces parties mortifiées à la suite d'une forte pression exercée par l'appareil, appliqué par Boyer lui-même. La gravité d'un pareil accident a beaucoup restreint l'usage de ce bandage et l'a presque fait abandonner, ce qui nous semble d'autant plus rationnel que l'extension continue est généralement inutile dans les fractures du col du fémur.

On a essayé d'attacher le pied du membre fracturé au bord inférieur du lit, tandis qu'on soutenait le tronc par des liens placés au-dessous des aisselles; ces moyens d'extension ont le défaut de se desserrer très-vite et de ne pas offrir une action constante; ils ne se prêtent en outre à aucun changement de position du malade, qui, dans un mouvement involontaire, est exposé à se blesser. On peut, dans le cas où l'on veut recourir à une extension continue, l'exercer au moyen d'un poids mobile, capable de suivre les diverses positions du membre, sans cesser un seul instant d'agir avec la même puissance. Ce résultat est obtenu par l'emploi d'un corps d'une pesanteur proportionnée à la force extensive dont on a besoin. On le fixe à un cordon passé dans une petite poulie attachée au lit ou à la muraille, à la hauteur et dans la direction du membre, et l'on assujettit le lien autour du pied par l'intermédiaire d'une bande, d'une semelle, ou mieux d'une guêtre à semelle, qui répartit le point d'appui sur une plus grande surface et incommode moins le malade. On maintient le tronc par un bandage de corps noué autour des barres transversales du lit, un sous-cuisse ou tout