

entre les attelles et le fragment, puis insufflés au degré convenable. La pression est uniforme, régulière, répartie sur des surfaces plus ou moins larges, et la réduction est opérée le plus ordinairement et maintenue sans difficulté et sans douleur.

Ces tentatives sont moins dangereuses qu'on ne l'imaginerait de prime abord; mais il est sage de n'y recourir qu'en cas de nécessité.

Pour donner une idée de quelques-uns des appareils de contention en partie immédiate auxquels on a eu recours, nous dirons encore un mot de ceux de MM. Houzelot et Morel-Lavallée, pour les fractures avec déplacement du maxillaire inférieur.

Le premier se compose d'une tige métallique verticale A (fig. 40), rivée à une plaque supérieure B, garnie, *en haut*, d'une lame de liège C, correspondant aux dents de la mâchoire supérieure, et *en bas* d'une autre lame de liège, creusée en gouttière E, pour recevoir l'arcade dentaire inférieure. Une deuxième plaque F, mobile, joue sur une *fente* de la tige A, où on l'assujettit par un

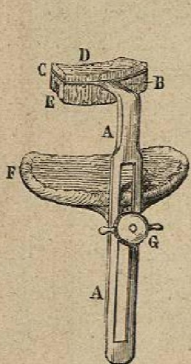


Fig. 40.

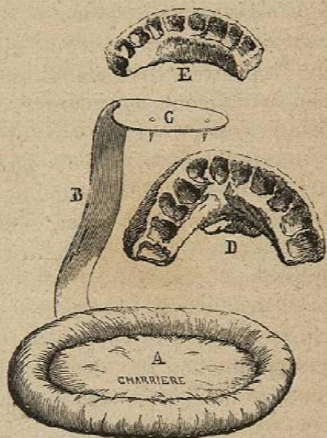


Fig. 41.

écrou G, et soutient le bord libre de la mâchoire inférieure. Les fragments sont ainsi maintenus par les deux plaques rapprochées et serrées à un degré convenable.

Le second appareil est en gutta-percha, moulée sur l'arcade dentaire, après qu'on a opéré la réduction de la fracture avec un fil métallique, placé momentanément sur les dents. On retire le moule refroidi D, E (fig. 41), par un jet d'eau froide ou un peu de glace; on le façonne, on l'amincit, et il devient par sa réapplication un moyen de contention, n'empêchant ni la mastication ni la parole.

On peut encore établir une compression permanente sur le menton et sur les dents, comme dans le procédé de M. Houzelot, par une double plaque A, C (fig. 41), réunie par une tige intermédiaire B.

Le grand défaut de ces appareils est de rester dans la bouche et d'y contracter de l'odeur, d'ébranler parfois les dents et d'exiger des soins répétés. La simple fronde ou celle en lanières en caoutchouc du professeur Bouisson suffisent ordinairement aux indications de ces fractures.

Des *appareils à plans inclinés* ont été proposés dans le traitement des fractures afin de placer les membres dans une demi-flexion propre à prévenir les contractions et l'irritabilité musculaires.

On sait combien Pott a insisté sur cette pratique. Mais que l'on se serve d'oreillers représentant un plan incliné, ou de deux planchettes de bois articulées et disposées de manière que l'une soutienne la cuisse et l'autre la jambe, on n'a pas de moyens contentifs suffisants, et la fracture n'est qu'imparfaitement maintenue; aussi faut-il entourer le membre d'un appareil de Scultet ordinaire, transformé, si l'on veut, en appareil inamovible, et appliqué de manière à laisser les jointures libres. Dans les fractures de la cuisse, on se sert de la jambe pour opérer l'extension. Dupuytren et d'autres chirurgiens plaçaient seulement le membre demi-fléchi sur le côté; mais leurs résultats étaient détestables. Le docteur Martin, dont tout le monde connaît les beaux modèles de membres artificiels, a proposé un appareil fixe, à plan incliné, opérant l'extension par pres-

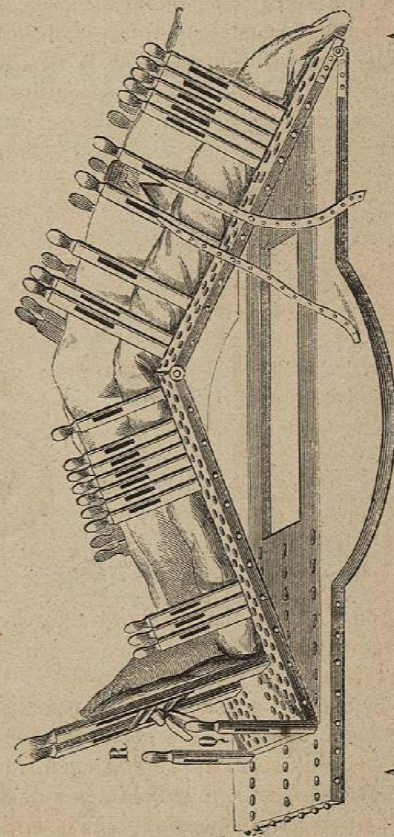


Fig. 42.

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

sion contre la partie postérieure de la jambe, pour le traitement des fractures de la cuisse; l'expérience n'en a pas confirmé les avantages, et des mortifications tégumentaires ont pu avoir lieu.

M. J. Roux, à Toulon, a décrit, sous le nom d'*appareil polydactyle à plan incliné*, un bandage ingénieux et commode qui a déjà donné de très-bons résultats. Cet appareil se compose, sommairement, d'un plateau de bois A, A, de 0^m,30 à ses extrémités, de 0^m,38 dans sa partie moyenne, percé de trois rangées de trous; d'une autre planche de bois brisée en deux planchettes inégales, l'une jambière, l'autre crurale, articulées par charnière, susceptibles de longueurs différentes, selon les malades, et également percée de trous. Des chevilles mobiles se placent dans les trous pour s'accommoder à toutes les inégalités du membre et le soutenir, et la charnière permet de fléchir à volonté la jambe sur la cuisse. Il suffit de regarder la fig. 42 pour comprendre le mécanisme et les usages de cet appareil qui peut être étendu ou fléchi, suspendu ou placé sur un lit, et qui se prête à toutes les indications, telles que coaptation, contre-extension, extension continue etc.

Lits mécaniques. On possède un assez grand nombre de lits mécaniques destinés à soulever les malades (fig. 43), à les panser

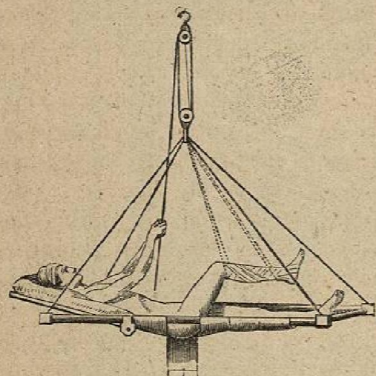


Fig. 43.

et à satisfaire aux nombreuses exigences de leur position. Ceux de Danjon, de Nicole, de Gros, cadre à sangles mobiles soulevé par une moufle (fig. 43), les cadres à suspension, en sont les principaux. Un système de poulies, dont le malade peut avoir la direction, sert à déplacer le corps, le tronc, la tête ou les membres, selon les indications. Presque tous les hôpitaux possèdent des appareils de ce genre, que l'on emploie avec avantage.

On se sert aussi de matelas remplis d'eau (fig. 44), connus sous le nom de *matelas hydrostatiques* de Galante, pour répartir mieux le poids du corps et prévenir les eschares du sacrum et des ischions dans certains cas d'irritabilité et de faiblesse générale. La plupart des malades auxquels nous en avons fait donner, amputés et autres, les ont habituellement mal supportés.

Après avoir passé en revue les principaux bandages et appareils mis en usage pour le traitement des fractures, nous jetterons un

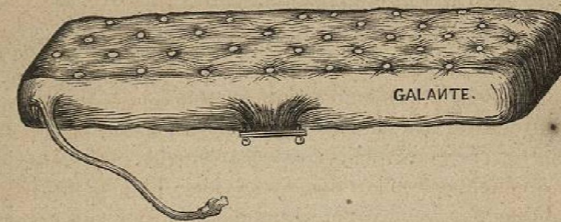


Fig. 44.

coup d'œil sur l'application particulière que l'on en a faite à quelques fractures considérées isolément.

Les *fractures du pied* n'exigent qu'un simple appareil contentif formé d'attelles de carton et d'une bande roulée, rendu, si l'on veut, inamovible.

La *fracture du calcaneum* réclame l'extension du pied sur la jambe, et l'on peut y appliquer tous les moyens mécaniques imaginés pour la rupture du tendon d'Achille, tels que la pantoufle de Petit, la machine de Monro etc. Le bandage amidonné est préférable.

Les *fractures de la jambe* se traitent par les diverses méthodes que nous avons décrites d'une manière générale; c'est principalement pour celles qui sont compliquées de plaie qu'avaient été imaginés les appareils inamovibles coulés en plâtre et percés d'une fenêtre de la largeur de la blessure, au moyen de fils disposés d'avance sur les téguments et servant à diviser le plâtre encore mou dans les directions voulues. Ces fenêtres doivent, autant que possible, être réservées pour des cas de nécessité. L'occlusion des plaies est préférable en principe. Nous avons vu quelles heureuses modifications l'emploi d'épaisses compresses a apportées aux bandages plâtrés, dont l'application est devenue plus facile.

Les *fractures de l'extrémité inférieure du péroné* présentent une indication capitale à remplir: soutenir le pied, pour qu'il ne se renverse pas en dehors sous l'influence des muscles péroniers, et ne devienne pas une cause de claudication incurable; on y parvient par deux sortes d'appareils qui jouissent d'une certaine célébrité en raison de leurs auteurs. Dans l'un, préconisé par Boyer, on repousse directement le pied en dedans, au moyen d'un coussin de balle d'avoine placé en-dehors du membre et replié sur lui-même à son extrémité inférieure, contre laquelle presse l'attelle