réduction ne peut être obtenue l'on fait l'ouverture de la fracture et la réduction de vive force, au moyen d'une instrumentation spéciale. Cette réduction, les fragments en main, est souvent très-difficile à obtenir.

Puisque nous avons entre les mains une instrumentation de précision nous devons l'appliquer; la chirurgie est dotée de moyens d'asepsie qui rendent inoffensive l'incision d'un foyer de fracture, il faut user de ces moyens.

A cause de l'imperfection de la réduction des fractures, telle qu'on la pratique, l'auteur la dénomme *réduction clinique*, par opposition à la réduction radiographique, *anatomique* qui est mathématique. Il trouve à cette *réduction clinique* incomplète de graves inconvénients et, pour faire son procès, il divise classiquement ses griefs en: *accidents primitifs, consécutifs et tardifs*.

Du fait de la coaptation non exacte des fragments découlent des *accidents primitifs*, qui sont la lenteur de la consolidation, les troubles vasculaires et nerveux, et ce sont là les moindres inconvénients de ce mode de réduction. Dans tous les foyers de fracture à grand déplacement qu'il a ouverts, l'auteur a toujours trouvé des interpositions musculaires et fibreuses (prises pour le fameux pont périostique qui joint les surfaces fracturées mais qui n'a rien de providentiel); il le croit au contraire plutôt nuisible qu'utile, car des débris déchirés, écrasés, décollés, gênent la consolidation. Les vaisseaux sanguins, par suite des changements de rapports anatomiques sont la cause de l'œdème du membre pendant les premières semaines de la marche. Les accidents nerveux primitifs témoignent d'un trouble dans l'équilibre anatomique du nerf.

Sous le titre d'*accidents consécutifs*, il envisage ceux qui se manifestent au sortir de l'appareil. Les troubles fonctionnels qui se manifestent tiennent en partie au défaut de coaptation; les fragments non réduits jouent le rôle de corps étrangers inutiles et nuisibles. La réparation de ces lésions est le triomphe des procédés de massage qui facilite une adaptation nouvelle. Cette transformation anatomique n'a qu'un temps: tôt ou tard se développe dans ces articulations de complaisance de l'arthrite sèche.

Ces troubles *tardifs* sont la conséquence des précédents, ce sont des œdèmes persistants, des varices et des névrites avec atrophie du segment du membre atteint et souvent du segment sus-jacent. Ce... atrophie persiste et plusieurs années après, elle peut s'étendre et remonter. Enfin ce sont les arthrites sèches, survenant plusieurs années après l'accident.

L'incision d'un foyer de fracture fermée est absolument inoffensive, dans l'état actuel de la chirurgie. Il faut cependant faire une réserve, car si l'incision d'un foyer récent est inoffensive, il en est autrement d'un foyer déjà ancien, datant de huit à quinze jours. Au niveau d'une pointe osseuse, le sphacèle peut se produire rapidement. La plaie faite à ce niveau est envahie et avance par les agents microbiens et il peut en résulter des accidents septiques. En dehors de ces circonstances spéciales, l'incision du foyer est inoffensive.

L'auteur a déjà décrit sa *technique* et son *instrumentation* pour les réductions de ces fractures. Il insiste sur quelques points très-importants et encore trop méconnus. Dans les soins *préparatoires*, la nécessité d'une asepsie plus rigoureuse que partout ailleurs s'impose d'une façon impérieuse.

Pendant l'opération, les délèvements doivent être réduits au minimum.