

qui consiste à porter l'avant-bras derrière le dos et à l'y fixer par une bande passant sur l'épaule saine.

"L'écharpe de Mayor," très recommandée par Tillaux (2), bien appliquée, peut rendre de très grands services et elle est excellente pour les fractures qui ne s'accompagnent pas d'un grand déplacement, surtout pour celles des extrémités.

Nous ne parlerons pas des "appareils à pelote" qui sont insupportables.

"Les bandages sont tous destinés à assurer une mauvaise contention en glissant ; les plus connus sont les bandages de Desault, de Chassaignac, de Velpeau, de Buengner, de Charlier et Nicholson (3), de Gratschoff, etc...; ce dernier débute au cou et arrive jusqu'à l'aîne.

Beaucoup plus importants sont les "appareils plâtrés" un des meilleurs est l'appareil à claire-voie de Le Dentu, bien décrit dans les classiques (1) et qui comprend l'application d'une bande plâtrée de 6 m. 50 de long sur 0 m. 10 de large avec huit épaisseurs. Elle soutient le coude et l'avant bras fléchi, et elle passe sur l'épaule malade. On peut encore (2) après avoir entouré le thorax avec de l'ouate et après avoir mis un tampon axillaire, placer une large et épaisse bande plâtrée passant sur l'épaule malade et formant une anse qui embrasse l'avant bras fléchi. Ensuite on décrit avec des bandes plâtrées un éventail thoracique dont les branches partent de l'aisselle du côté sain et vont rayonner sur le bras du côté malade en soutenant le coude.

Signalons encore l'appareil de Sayre et le double croisé postérieur rétractant les épaules.

Un excellent appareil plâtré est celui qui est figuré par Lejars (5e édition, No. 1) : après avoir entouré la poitrine et le coude de ouate, on enroule une bande plâtrée autour du thorax de façon à obtenir une véritable ceinture ; puis on la fait passer autour du bras, de dedans en dehors et d'arrière en avant, pour ramener ce bras fortement en arrière ; des circulaires fixent le tout, et l'on refoule le coude en arrière pendant la dessiccation.

Reste le "traitement sanglant," la suture des fragments. Cette méthode qui n'est pas sans périls, est rarement indiquée ; avec la plupart des chirurgiens nous lui reconnaitrons une valeur indiscutable quand il existe un raccourcissement considérable par suite d'un trop grand chevauchement, quand il y a des lésions vasculo-nerveuses, quand la fracture est ouverte.

Le mode de traitement de Couteaud et notre méthode mixte vont maintenant nous occuper.

METHODE DE COUTEAUD.—Cette méthode, renouvelée des anciens, consiste à faire coucher le malade sur le bord du lit, l'épaule du côté blessé portant à faux, le membre supérieur pendant verticalement en dehors et l'avant-bras demi-fléchi supporté par un tabouret garni de

coussins. C'est en somme, la réalisation d'une véritable extension continue ; peu à peu la contracture musculaire se relâche souvent plusieurs jours sont nécessaires, et les fragments se coaptent d'une façon parfaite même quand il existe, nous l'avons plusieurs fois constaté, des déplacements considérables. Au bout de quelques jours, on ajoutera des séances de massage. La position est un peu difficile à garder, le membre s'œdématie, mais la restitution de la forme de l'épaule est parfaite. "La femme, dit Couteaud, que la coquetterie ou les exigences du protocole obligent à paraître en public, les épaules découvertes, sera reconnaissante au chirurgien qui l'aura soignée pour fracture de la clavicule, de ne pas l'avoir déformée."

Berger ajoute que cette méthode lui paraît bonne, mais qu'elle soulève deux objections :

1. Nécessité de garder le lit pendant quinze à dix huit jours.

2. Il existe une gêne fort pénible due à la position du membre, par suite de la tension des ligaments et des muscles de l'épaule, ce qui fait que cette méthode sera difficilement acceptée par les malades, et pour notre part tous ceux à qui nous avons voulu l'imposer, l'ont refusée au bout de deux ou trois jours d'essai.

METHODE MIXTE.—Dans cette méthode on combine l'appareil plâtré avec la position spéciale conservée d'une façon intermittente. On commence par réduire la fracture, soit par le procédé habituel étudié plus haut, soit par la position de Couteaud unie à des pressions appropriées sur les fragments :

La réduction obtenue, on applique un "appareil plâtré" analogue à celui que représente Lejars (p. 920) et que nous avons déjà mentionné. Voici le schéma de cet appareil.

Le malade est allongé au bord du lit, l'épaule en dehors et le bras pendant ; on entoure d'ouate le thorax, le coude et l'avant-bras, et l'on met un assez fort tampon dans l'aisselle. Puis dans cette position on enroule de larges bandes plâtrées, en aidant le malade à se soulever, ou en le faisant asseoir si c'est nécessaire.

1. On décrit dans le sens de la flèche No 1 un circulaire thoracique qui servira de point d'appui à l'appareil.

2. Après plusieurs tours, ramener la bande (qui se trouve au niveau du dos) le long de la face interne du bras (d'arrière en avant, par conséquent), la faire passer sur le bras de dedans en dehors (flèche No 2), de façon à porter le bras vigoureusement en arrière ; répéter plusieurs fois ce trajet.

3. Engainer par des circulaires le thorax, le coude et l'avant-bras fléchi.

Pendant la dessiccation (le malade sera de nouveau allongé dans la position du porte-à-faux, s'il a fallu l'asseoir), on repoussera en arrière avec force l'épaule et le coude qui pend hors du lit.

Cet appareil a l'avantage de permettre au malade de ne pas rester constamment au lit, et de réaliser une certaine extension utile pour le bon maintien des fragments. Voici comment nous procédons : nous laissons le malade, la nuit et une bonne partie de la journée, au lit, le coude

(1) Lejars : "Chirurgie d'urgence," 5e édition, p. 924.

(2) Tillaux : "Chirurgie clinique. Tome I, P. 55r.

(3) "Gazette des hôpitaux, 1901, p. 1,008.

(1) Le Dentu et Delbet : "Traité de chirurgie." T. 2, p. 191.