et demi, il y a dix jours, quand le blessé a été apporté à l'hôpital. En appliquant l'appareil, j'ai fait une extension assez énergique avec mes mains au moment où j'ai attaché les poids. Cette extension est restée sans résultat apparent, et je m'y attendais; les muscles, laissés à eux-mêmes depuis douze jours, s'étaient rétractés considérablement, et je ne pouvais espérer leur rendre en un instant leur longueur première. La réduction, que j'appelle instantanée, étant donc considérée impraticable, j'abandonnai à l'appareil le soin d'en faire une *graduelle*. Je mis un poids de dix livres ce jour là, poids évidemment trop léger pour un adulte, mais le sujet était jeune. Le lendemain le résultat obtenu durant les premières 24 heures n'étant pas satisfaisant, ce poids fut du coup porté à dix-huit livres et put être toléré. La rétraction musculaire commença à céder et le membre acquit bientôt la longueur qu'il a aujourd'hui. Cette longueur peut vous paraître exagérée si vous examinez le niveau des deux pieds; en effet le pied droit dépasse considérablement l'autre; mais rassurez-vous, cette longueur n'est qu'apparente et est dûe à l'abaissement du bassin à droite. Vous n'avez qu'à jeter un coup d'œil sur la région pour voir que l'épine iliaque antérieure et supérieure est beaucoup plus basse de ce côté. Cet abaissement du bassin du côté du membre fracturé, dû surtout à l'extension, est beaucoup plus marqué avec notre appareil actuel qu'il ne l'était avec la longue attelle de Desault alors que la contre-extension sur le périnée s'y opposait dans une grande mesure. Maintenant que le malade est bien droit dans son lit, les membres inférieurs sont bien parallèles et continuent bien la direction générale du tronc; je mesure donc avec ce galon gradué l'espace qui sépare l'épine iliaque de la malléole interne. Je trouve pour le côté blessé un raccourcissement de trois quarts de pouce. J'avais donc raison de dire que la longueur n'était qu'apparente, puisque la mensuration, moyen plus délicat de l'apprécier, nous donne un raccourcissement. Mais je tiens à ajouter que ce raccourcissement, indiqué par la mensuration comme je viens de la prendre, et c'est la manière dont la plupart des chirurgiens la pratiquent, est lui-même exagéré. C'est encore l'abaissement du bassin qui va nous en donner l'explication. Je fais un moment appel a vos connaissances en ostéologie. Vous n'avez d'ailleurs qu'à jeter un coup d'œil sur le squelette articulé qui se trouve dans la salle de nos conférences pour vous convaincre de la vérité de la proposition que je vais développer. Si vous imaginez deux lignes qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de la malléole interne, se rencontrent au centre de la cavité colyloïde, ces deux lignes formeront un angle ouvert en dehors. Si maintenant vous en supposez une troisième réunissant l'extrémité libre des deux premières, c'est-à-dire, réunissant l'épine à la malléole—c'est justement la ligne que je viens de mesurer, —il est évident que cette ligne sera plus longue quand l'angle entre les deux premières sera plus ouvert, et qu'elle sera plus courte quand l'angle sera plus fermé. L'abaissement latéral du bassin à droite tend évidemment à fermer cet angle et à raccourcir proportionnellement la distance de l'épine à la malléole. Son élévation à gauche, au contraire, ouvre l'angle et allonge la même ligne de l'autre côté. Pour conserver le même angle et ne pas rendre illusoires les données de la mensuration, il faudrait, quand un des côtés du bassin est abaissé, porter le membre correspondant dans une adduction proportionnée; au con-