

VIII

PLAIES DES DOIGTS.

Les plaies superficielles des doigts n'offrent d'intérêt que par les complications dont elles sont souvent le point de départ, quand elles sont négligées ou mal soignées, panaris, lymphangite, phlegmon des gaines, infection purulente, tétanos.

Quand les articulations ou les gaines tendineuses sont ouvertes, quand les tendons sont coupés, les indications ne diffèrent pas de ce qu'elles sont dans toute autre région : l'antisepsie et l'immobilisation de la région blessée, la suture immédiate du tendon, doivent être autant que possible immédiatement pratiquées.

Mais il est nécessaire de passer en revue certains accidents en rapport avec la forme et les usages des doigts, tels que les *sections complètes des doigts*, les *plaies par écrasement*, les *plaies par arrachement*.

a. *Sections complètes des doigts*. Les doigts peuvent être détachés en partie ou en totalité par un instrument tranchant ; la partie peut être encore appendue par un lambeau de peau ou par un tendon, ou elle peut être complètement séparée. Ces blessures ont été observées par ordre de fréquence à l'index, au pouce, à l'auriculaire, au médius et à l'annulaire (Béranger-Féraud.)

Un des points les plus curieux de l'histoire de ces plaies est la possibilité d'obtenir, dans bon nombre de cas, la greffe de la portion sectionnée et de rétablir ainsi la continuité du doigt.

Le succès est fréquent quand la pulpe du doigt, sans le squelette sous-jacent, a seule été détachée. Il est encore possible, mais moins fréquent, quand la *phalangette* a été coupée. Il arrive quelquefois que les parties molles reprennent et que plus tard l'os nécrosé soit éliminé.

La réunion est très rare après une section au niveau de la *deuxième* phalange ; elle paraît tout à fait exceptionnelle après la section de la *première*.

La réunion est beaucoup moins incertaine et beaucoup plus facile à obtenir quand les deux tronçons sont encore réunis par un lambeau vasculaire.

Dans tous les cas l'épiderme et l'ongle se détachent et sont remplacés par des tissus de nouvelle formation.

Cette réunion devra donc toujours être tentée dans le cas de section complète ou incomplète du doigt ; les surfaces osseuses seront coaptées, les tendons suturés et la peau réunie circulairement par un fil fin.

Le succès sera d'autant plus assuré que la coaptation sera plus immédiate ; il est cependant possible après une demi-heure, une heure et même une heure et demie de séparation. L'antisepsie, l'immobilisation et la chaleur de la région sont des conditions favorables. Le pansement de Guérin ou l'enveloppement dans des bandes de gaze iodoformée remplissent ces diverses indications.

b. *Plaies par écrasement*. Elles sont beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus importantes que toutes les autres plaies qui affectent les doigts ; elles sont surtout produites par les diverses machines qu'emploie l'industrie ou par la chute ou par le passage de corps pesants.

D'après Polaillon, le médius y est le plus prédisposé.

On peut observer dans ces plaies tous les degrés de la contusion : dans un premier degré, les parties molles seules sont intéressées.

Dans une variété spéciale décrite par Guérmonprez sous le nom de *Plaies par éclatement*, fréquente surtout à la pulpe, la plaie est rectiligne et l'épiderme est brisé net comme un morceau de verre ; les lobules graisseux sous-cutanés font hernie entre les lèvres de la plaie.

A un degré plus avancé, les phalanges sont brisées, les articulations ouvertes et luxées, et à un degré de plus, les os sont broyés. Le doigt est en lambeaux.

L'hémorrhagie et la douleur primaires sont peu prononcées.

Dans les jours qui suivent, les parties mortifiées se détachent, des bourgeons charnus se développent et la cicatrisation peut être longtemps retardée par la présence d'un fragment d'os ou de tendon nécrosé.

Pendant cette période, de nombreuses complications de lymphangite, de panaris, d'érysipèle, de septicémie, de tétanos, sont à redouter si la plaie est abandonnée à elle-même ou mal pansée.

Les règles du *traitement* ne diffèrent pas de celles que nous avons indiquées pour les plaies de la main. *L'abstention opératoire doit*

être la règle de conduite et l'on ne se décidera à retrancher d'emblée que les parties absolument contuses, détachées, réduites en bouillie, et vouées à une mort certaine. Mieux vaut faire une opération tardive de régularisation quand la cicatrisation est achevée que d'enlever des parties dont l'avenir est incertain et dont quelques fonctions peuvent encore être conservées.

Quel que soit le pansement employé, il doit remplir la condition capitale d'un *pansement antiseptique rare*, et à ce titre nous accordons la préférence au pansement ouaté de Guérin ou à l'application de gaze iodoformée au moins pour les premiers jours. Plus tard, quand les parties se détergent, s'éliminent et suppurent abondamment, les lavages antiseptiques et des pansements humides renouvelés seront substitués avec avantage aux pansements rares.

c. *Plaies par arrachement.* Sous l'influence d'une puissante traction, les doigts peuvent céder en un point de leur continuité.

Les morsures de cheval, un brusque mouvement de la tête de l'animal pendant que la bride est enroulée autour d'un doigt, la préhension dans une machine, un engrenage, ou l'accrochement d'un doigt pendant que le corps est suspendu, sont les causes les plus ordinaires de cet accident.

Le pouce est de tous les doigts celui qui est le plus fréquemment arraché; après lui viennent l'index et l'annulaire.

Cet arrachement nécessite une force considérable qui, d'après les expériences de Farabeuf, ne devrait pas être moindre de 150 kilos pour arracher un pouce *en tirant dans son axe*; la torsion et l'obliquité de la force favorisent sans doute beaucoup l'arrachement.

En général, la séparation se fait au niveau des articulations, plus rarement au niveau d'une fracture de la phalange. Le peau et l'os peuvent se séparer au même niveau ou en des points différents; les nerfs se déchirent au-dessus de la plaie et pendent à la surface du segment enlevé.

Le fait le plus curieux est l'arrachement des tendons beaucoup plus haut que les autres tissus; le tendon fléchisseur profond est le plus souvent arraché et sa rupture se produit soit sur le corps même du tendon, soit beaucoup plus souvent *à sa jonction avec les fibres musculaires*; quelquefois le muscle lui-même se déchire.

Ces fragments de tendons peuvent présenter une longueur de 8, 10, 12 centimètres et même plus.

Gosselin a décrit un *arrachement incomplet* dans lequel l'extrémité digitale ne tient plus au reste de la main que par un tendon allongé, mais non rompu: le tendon et son muscle semblent subir une véritable élongation.

Toutes ces plaies par arrachement ne provoquent qu'une douleur si peu vive que beaucoup de blessés ne se sont aperçus de l'accident qu'en regardant leur blessure.

Les suites en sont extrêmement bénignes et les accidents de suppuration et de fusées purulentes signalés dans quelques observations ne se verraient certainement plus avec nos pansements antiseptiques actuels.

La plaie sera régularisée, la phalange fracturée sera désarticulée et toute la région immobilisée dans un pansement remontant jusqu'à moitié de l'avant-bras et légèrement compressif.

On peut rapprocher de ces plaies des doigts par arrachement une lésion curieuse signalée et décrite par Segond en 1879 et par Busch en 1881, à savoir, l'*arrachement sous-cutané du tendon extenseur de la phalangette*. Cette lésion reconnaît pour cause une impulsion brusque de l'extrémité digitale en avant et se traduit par une flexion permanente de la phalangette ou du doigt tout entier, et l'existence d'un point douloureux très limité et situé sur la phalangette immédiatement au-dessous de l'interligne articulaire. Le doigt auriculaire paraît être le plus souvent atteint. Le traitement consiste dans l'immobilisation du doigt en position rectiligne.

Cette rupture du tendon de l'extenseur a été observée à la face dorsale des phalanges et du métacarpe (Duplay); dans ce cas les fonctions entières du doigt sont perdues et ne peuvent être rétablies que par la suture tendineuse.

IX

PANARIS.

Le *panaris* est l'inflammation aiguë des parties qui entrent dans la structure des doigts. Cette affection, étudiée par Boyer, Velpeau, Nélaton, Chassaignac, Bauchet, Dolbeau, etc., a été décrite à divers points de vue dans un grand nombre de thèses; ces divers travaux

ont été réunis dans les articles *Panaris* de nos deux dictionnaires (Polaillon, B. Anger).

Étiologie. — Le panaris succède presque toujours à un léger traumatisme des doigts, froissement, contusion, petite écorchure ou coupure et surtout piqure par un clou, par un os ou un corps quelconque chargé de substance septique, quelquefois morsure de petits animaux, rats, chats, etc. Les hommes y sont deux fois et demie plus exposés que les femmes et la main droite est plus souvent atteinte que la gauche, dans la proportion environ du double (Polaillon). Les doigts sont atteints dans une proportion très inégale et la fréquence décroît d'une manière rapide du pouce et de l'index aux autres doigts.

On a décrit des *épidémies* de panaris qui ne paraissent dues qu'à une même influence professionnelle déterminant l'affection chez des individus soumis aux mêmes causes d'infection locale par la nature de leurs travaux.

Classification. — Dans les formes graves de l'affection, tous les éléments constitutifs du doigt peuvent être simultanément atteints; mais, dans bon nombre de cas, le siège primitif et quelquefois exclusif des lésions permet de distinguer le panaris en plusieurs variétés: 1^o le *panaris superficiel, sous-épidermique*; 2^o le *panaris sous-cutané*; 3^o le *panaris profond*.

Signes et diagnostic. — 1^o *Panaris superficiel*; on lui donne aussi le nom de *panaris sous-épidermique, panaris érysipélateux, tourniole, mal blanc, mal d'aventure*. Il ne paraît être qu'une angioleucite réticulaire diffuse de la surface du doigt (Polaillon).

Ce panaris superficiel, la plus fréquente des variétés, comprend trois sous-variétés: *a.* le panaris *érythémateux* qui succède aux écorchures se traduit par un peu de rougeur et de gonflement et se termine en quelques jours par résolution. C'est l'angioleucite superficielle du doigt. *b.* Le panaris *phlycténoïde* est caractérisé par la formation d'une phlyctène sous laquelle s'accumule la sérosité sécrétée par la surface du derme. Cette phlyctène peut envahir tout le tour du doigt (*tourniole*). La sérosité, d'abord limpide, se trouble et devient purulente; tantôt elle est évacuée en dehors comme le pus d'un abcès, tantôt elle se résorbe sous l'épiderme, qui se flétrit et s'écaille. Dans les deux cas un nouvel épiderme se forme à la surface du derme. Quelquefois une ulcération succède à la rupture de la phlyctène et le

panaris devient sous-cutané ou profond. D'autre fois l'épiderme se décolle de proche en proche sur tout le doigt et l'affection peut se prolonger longtemps. *c.* Le panaris *sous-unguéal* ou *péri-unguéal* n'est autre que la tourniole développée sur un des côtés ou à la base de l'ongle; celui-ci est enchâssé dans un gonflement du derme, soit sur un côté, soit à sa base; dans ce dernier cas, sa nutrition est troublée ou compromise; l'ongle se déforme ou tombe, remplacé par un ongle nouveau formé au-dessous de lui.

Souvent à l'ouverture de la phlyctène succède une végétation fongueuse, saignante et douloureuse, qu'il est utile de réprimer par la cautérisation au nitrate d'argent.

2^o Le panaris *sous-cutané* présente des symptômes beaucoup plus accusés que les formes précédentes. Il débute par une douleur très vive, insupportable, exaspérée par la pression et la position déclive du doigt; par un gonflement dur d'abord circonscrit à la face palmaire du doigt, le plus souvent au niveau de la dernière phalange (*panaris de la pulpe*). Bientôt celui-ci gagne la face dorsale, plus lâche, qui devient rouge et œdémateuse. Au contraire la pulpe se tend, durcit et ne donne plus la sensation de fluctuation normale qui existe sur les doigts sains.

Du malaise général, de la fièvre, de l'insomnie, accompagnent la formation du panaris sous-cutané.

En général, celui-ci se termine par suppuration: le pus, rapidement formé, en trois jours (Desprès), s'accumule sous l'épiderme, et peut former des abcès en *bouton de chemise*; il vient s'évacuer par une petite ouverture sur les parties latérales, quelquefois sur la face dorsale et au niveau des plis articulaires, dans les points où l'épiderme offre le moins de résistance.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation peut devenir profonde et se propager à la gaine du tendon. A la phalange, elle se termine souvent par la nécrose de l'os, si le débridement n'a pas été pratiqué de bonne heure.

Au panaris sous-cutané appartient une variété désignée sous le nom de panaris *anthracôïde*, ayant son point de départ soit dans une glande pilo-sébacée, soit dans une glande sudoripare, et caractérisée par la mortification de la glande envahie et du tissu cellulaire voisin et par l'élimination d'un bourbillon. C'est le furoncle du doigt. Une élévation rouge, violacée, une ou plusieurs petites ulcérations par

lesquelles s'échappe peu à peu le bourbillon, une perte de substance du derme, cratériforme, irrégulière, succédant à l'élimination de celui-ci; une cicatrisation rapide après le départ de tout le corps étranger, tels sont les signes et l'évolution de cette petite affection.

5° Le panaris *profond* comprend : *a.* le *panaris de la gaine*; *b.* l'*ostéomyélite de la phalange*.

a. Le panaris de la gaine succède en général à une piqûre ou à une contusion ayant intéressé la séreuse, ou à un panaris sous-cutané, quelquefois à une ostéomyélite primitive de la phalange. (Lannelongue, Camps, *Thèse de Paris*, 1885.)

Au pouce et au petit doigt, l'inflammation peut se prolonger jusqu'à la main et à l'avant-bras en suivant les prolongements des gaines; elle peut passer d'une gaine à l'autre si celles-ci communiquent. Aux autres doigts, elle ne dépasse pas en général le niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, point où s'arrête la gaine tendineuse.

La douleur est excessive; le doigt se fléchit en crochet et ne peut être ramené dans l'extension. La tuméfaction occupe tout le doigt, si ce n'est à la région de la troisième phalange où la gaine n'existe plus.

Des phénomènes généraux graves, de la fièvre, de l'insomnie, du délire parfois, des frissons, accompagnent le développement de l'affection.

Au bout de quelques jours, le pus rompt la synoviale et se fait jour à la face palmaire ou sur les côtés du doigt, quelquefois il fuse dans la paume de la main et s'étend aux éminences thénar ou hypothénar, ou même au-dessus du poignet, s'il s'agit d'un panaris du pouce ou du petit doigt. Dans le fond de l'ulcération ou de l'incision, par laquelle s'écoule une suppuration fétide, on aperçoit le tendon à nu, grisâtre, dissocié; quelquefois le stylet gratte sur un os dénudé et les mouvements du doigt font percevoir la crépitation caractéristique de l'invasion et de la dénudation articulaires.

A cette période aiguë, inflammatoire, succède une période d'élimination du tendon et des os nécrosés: souvent des fusées purulentes se développent dans la gaine, de nouvelles ouvertures se produisent et le doigt gros, crevé de fistules multiples, raidi dans l'extension, ne se dégonfle et ne se cicatrise, déformé et inutile, qu'après la sortie du dernier lambeau de tendon sphacélé ou de la dernière esquille.

Pour Lannelongue, dans ces cas graves terminés par nécrose, l'affec-

fection primitive est une ostéomyélite des phalanges propagée à la gaine.

Cette ostéomyélite primitive doit être admise pour la phalange où la gaine fait défaut, et que l'on trouve toujours dénudée et souvent nécrosée, malgré une incision aussi précoce que possible.

Complications. — Dans le panaris du pouce et du petit doigt, la suppuration peut distendre et rompre la gaine des fléchisseurs, soit à la main, soit à la partie antérieure de l'avant-bras; des décollements, des fusées purulentes, une fluctuation étendue de l'avant-bras à l'éminence thénar ou hypothénar, le passage facile d'un instrument ou d'une injection sous le ligament annulaire du carpe, indiquent cette propagation et cette marche du pus.

La suppuration peut aussi envahir l'avant-bras en suivant les lymphatiques, comme nous l'avons indiqué à propos de phlegmons de la main (Dolbeau, Chevalet).

Cette théorie de l'angioleucite paraît seule admissible dans les cas où la suppuration antibrachiale succède à un panaris de l'index, du médium ou de l'auriculaire, dont la gaine tendineuse ne présente pas de prolongement carpien.

Chez certains sujets, le plus souvent diabétiques, albuminuriques ou alcooliques, le panaris est *gangréneux* d'emblée; sans grande douleur ni réaction, la peau du doigt devient rouge livide; une eschare se forme, et à sa chute les tendons et les os sont mis à nu. Quelquefois le doigt tout entier se sphacèle.

L'érysipèle et le phlegmon diffus, succédant au panaris, sont des complications rares que l'on ne voit plus se développer aujourd'hui que sur des sujets mal soignés ou entachés d'un vice constitutionnel.

Pronostic. — Sauf dans le panaris superficiel, les fonctions et la forme du doigt risquent toujours d'être altérées dans les autres variétés.

La perte d'une ou de plusieurs phalanges, l'exfoliation d'un tendon, l'ankylose des articulations, sont suivies nécessairement d'une déformation de l'organe et de la perte de ses fonctions; le doigt raccourci, atrophié, immobile, reste souvent une cause de gêne et de douleurs et en tout cas constitue une difformité désagréable.

La mort peut survenir dans les formes graves où les fusées purulentes se font dans la main et l'avant-bras et où l'érysipèle ou le

phlegmon diffus ne peuvent être enrayés par un traitement opportun ou convenable.

Traitement. — Le traitement est simple dans les formes superficielles : les bains de bras antiseptiques, l'enveloppement dans des cataplasmes d'amidon ou dans des compresses phéniquées, l'excision de l'épiderme soulevé, suivie d'un pansement propre et de la cautérisation des bourgeons charnus exubérants, suffisent dans la tumeur.

Le panaris anthracôïde doit être ouvert par une incision comprenant toute l'étendue du gonflement : la durée de l'affection n'en est guère abrégée, mais la douleur est de beaucoup diminuée.

Pour le panaris sous-cutané, on peut écrire hardiment qu'il n'y a qu'un seul mode de traitement, l'*incision précoce* : avant la suppuration, elle en prévient le développement ; dès que le pus est formé, elle sauvegarde la vitalité de la phalange.

Dans le panaris de la pulpe, elle doit être pratiquée d'emblée et profondément dès le deuxième ou le troisième jour. Elle sera suivie d'un bain antiseptique prolongé, répété deux ou trois fois par jour. L'anesthésie locale par la pulvérisation d'éther ou de bromure d'éthyle diminue et même supprime la très violente douleur de l'incision dans les tissus enflammés.

Dès que la suppuration de la gaine est soupçonnée, elle doit être évacuée : une incision en haut et en bas du doigt est généralement nécessaire pour assurer l'évacuation et le drainage de la collection, surtout s'il s'agit du pouce ou du petit doigt.

Les bains antiseptiques prolongés et répétés rendent les plus grands services dans les périodes ultérieures, où l'élimination des tendons et des séquestres s'accompagne d'une suppuration prolongée souvent difficile à désinfecter.

Dans le cas où le doigt tout entier est transformé en une éponge purulente, où les tendons et les os sont nécrosés, les articulations ouvertes, il faut se résoudre à l'amputation de l'organe.

X

DOIGT A RESSORT.

Nélaton (1855) a donné ce nom à une affection particulière des

doigts déjà décrite en 1850, par Notta, sous le titre suivant, qui résume les principaux caractères de la maladie : « Recherches sur une affection particulière des gaines tendineuses de la main, caractérisée par le développement d'une nodosité sur le trajet des tendons fléchisseurs des doigts et par l'empêchement de leur mouvement. » (*Arch. génér. de méd.*, 1850). Plus récemment, Blum l'a étudiée à nouveau (*id.* 1882).

L'affection se traduit par un arrêt dans un mouvement de flexion ou d'extension du doigt, arrêt auquel succède la brusque reprise du mouvement, qui se termine avec la rapidité automatique d'un ressort.

Elle débute quelquefois brusquement quelques jours après un effort ou une douleur ressentie dans le doigt, quelquefois sourdement par une gêne qui s'accroît jusqu'à l'établissement du phénomène de l'arrêt et du ressort.

Blum décrit ainsi ces phénomènes : « Le doigt malade, lorsqu'on le fait passer de l'extension à la flexion, se trouve arrêté lorsqu'il arrive à un certain degré, constant pour le même doigt, variable suivant les cas. Lorsque le malade fait un effort, l'arrêt est surmonté avec un craquement perceptible quelquefois à distance, et la flexion s'accomplit jusqu'à ses limites ordinaires avec une rapidité qui a été comparée avec raison à celle d'un couteau à ressort qu'on ferme. Le même phénomène se produit en sens inverse lorsque le doigt passe de la flexion à l'extension. » La réduction s'accompagne d'une douleur variable pouvant aller jusqu'à la production de sueurs froides et de syncope; cette douleur manque parfois totalement.

L'exploration du doigt malade fait souvent reconnaître sur le trajet des tendons fléchisseurs, dans le voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne, une nodosité dure, roulant sous le doigt qui explore. Dans les mouvements, la nodosité s'arrête brusquement, puis, si l'effort continue, elle exécute un mouvement brusque et rapide, comme si elle venait de franchir un obstacle.

Cette affection, en général disparaît ou s'améliore en quelques semaines ou en quelques mois, d'autres fois, elle persiste indéfiniment.

Étiologie. Pathogénie. — En dehors de l'influence du rhumatisme et du traumatisme, évidente dans quelques observations, on ne sait rien de certain sur les causes du doigt à ressort.

Les femmes sont atteintes plus fréquemment (14 fois sur 19 cas, Blum) et les doigts affectés sont, par ordre de fréquence, le pouce, l'annulaire, le médium, le petit doigt, l'index, avec une grande prédominance pour le pouce et l'annulaire (Blum). Plusieurs doigts sur chaque main peuvent être atteints simultanément.

Quant à la nature de l'obstacle, elle est diversement interprétée : on a invoqué la présence d'un corps étranger articulaire (Pitha), d'un rétrécissement de la synoviale avec épaissement du tendon (Menzel), d'inégalités du tendon fléchisseur profond au niveau de son passage à travers le superficiel (Roser), de la tuméfaction de la synoviale des tendons fléchisseurs au niveau du point où elle se replie en cul-de-sac autour des tendons et de l'accrochement de cette nodosité par l'arcade fibreuse que forme l'aponévrose palmaire au niveau du pli palmaire inférieur (Notta, Nélaton). Blum a conclu de ses dissections et de ses expériences que le doigt à ressort est produit par une nodosité tendineuse développée sur les tendons fléchisseurs, au-dessus du commencement de la gaine fibreuse qui sert de poulie de réflexion à ces tendons au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Au pouce, le ressaut, s'observe quant le point épaissi franchit le détroit formé par les os sésamoïdes. Quand à la nodosité, il est impossible de dire par quel mécanisme elle se produit (Blum); on peut supposer qu'elle est due à une ténosite avec produits inflammatoires (Blum).

Le *traitement*, souvent suivi de succès, consiste en révulsifs cutanés, en massages, bains de vapeur.

Les lésions de la *syphilis* et de la *tuberculose* sur les doigts ont été étudiées dans le premier volume (p. 294 et 587) par Reclus.

Les *tumeurs* qui peuvent affecter la main et les doigts ont été également étudiées dans la même partie de l'ouvrage (t. I, *passim*); elles ne diffèrent pas de celles que l'on peut observer dans tous les points de l'économie, et nous n'avons pas cru devoir revenir ici sur cette étude.

AFFECTIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS.

CHAPITRE PREMIER

FRACTURES.

I

FRACTURES DU BASSIN.

Les fractures du bassin comprennent des fractures *isolées* portant sur les diverses parties dont la réunion constitue la ceinture pelvienne, et les fractures *multiples* atteignant à la fois plusieurs points de la ceinture osseuse. Dans ce dernier cas, la lésion présente une physionomie spéciale assez importante pour être décrite à part.

On doit donc étudier successivement : A. Les fractures *isolées* : 1° du pubis, 2° de l'ischion, 3° de l'ilion, 4° de la cavité cotyloïde, 5° du sacrum, 6° du coccyx ;

B. Les fractures *multiples* du bassin.

Toutes ces fractures sont rares ; elles nécessitent pour leur production des violences considérables, soit des pressions violentes, soit des chutes d'un lieu élevé ; elles appartiennent presque exclusivement à l'âge adulte et au sexe masculin.

Dans les fractures, *dites isolées*, d'une des pièces du bassin, il est très fréquent de constater la fracture d'une partie osseuse voisine, soit en continuité du trait de fracture principal, soit à distance. Mais l'irrégularité et l'inconstance de ces traits de fracture ne permettent pas d'en donner une description d'ensemble, comme pour les fractures *multiples* du bassin proprement dites, dont la physionomie est toujours la même.