

Dans toutes ces opérations qui se pratiquent sur la main et les doigts, il convient de se conformer aux règles de la méthode de Lister, et d'appliquer ensuite un pansement antiseptique. Pour les blessures de la main, le véritable pansement de Lister est celui qui offre les meilleures garanties, tandis que pour les petites plaies des doigts qui sécrètent peu, on est autorisé à modifier ce pansement; on peut, par exemple, se servir, dans ce but, de coton à l'acide salicylique, etc., ou bien appliquer un pansement au lint boriqué, que l'on fixe au moyen de bandelettes de sparadrap.

## AFFECTIONS CHIRURGICALES DU MEMBRE INFÉRIEUR

### I. BASSIN

#### A. LÉSIONS TRAUMATIQUES

##### 1. Lésions traumatiques de la ceinture pelvienne (fractures, diastases, luxations).

§ 1<sup>er</sup>. — A part quelques exceptions, les lésions traumatiques intéressant la ceinture pelvienne sont la conséquence de violences graves agissant directement sur le bassin. Elles offrent quelque analogie

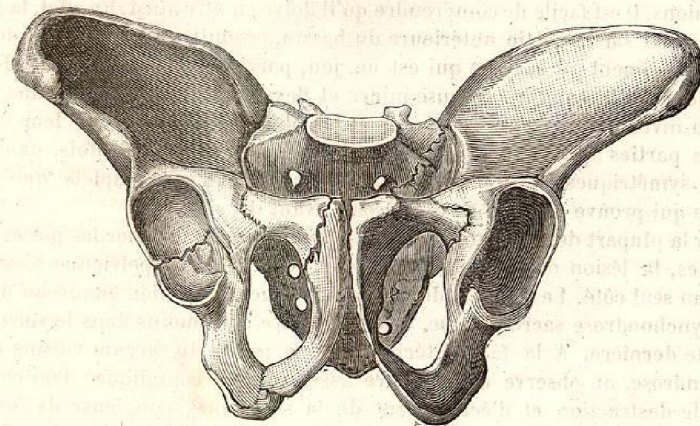


Fig. 26. — Fracture typique de la ceinture pelvienne. Fracture verticale double (MALGAIGNE).

avec les lésions du même genre de la cage thoracique et de la boîte osseuse du crâne. Encore ici, en effet, c'est bien moins la lésion osseuse elle-même qui a de l'importance pour le clinicien, que les désordres con-

comitants, plus ou moins graves, des parties molles contenues dans la cavité pelvienne.

Il importe peu de considérer isolément chacun des os du bassin, au point de vue des fractures dont ils peuvent être le siège. Cependant nous donnerons, sous ce rapport, les indications nécessaires. On observe rarement, au bassin, des **lésions traumatiques localisées** semblables aux fractures par perforation (fractures en forme de trous) de la voûte crânienne. Les lésions vraiment graves sont celles qui reconnaissent pour cause une *compression du bassin, dans sa totalité* (ROSE), et ce qui, précisément, les caractérise, c'est que la fracture n'est point isolée, mais intéresse plusieurs points absolument typiques et situés, souvent, d'une façon tout à fait symétrique<sup>1</sup>.

Me basant sur un nombre assez considérable de fractures graves du bassin que j'ai eu l'occasion d'observer, je crois pouvoir admettre que, dans la plupart des cas, à la suite d'une violence comprimant le bassin d'avant en arrière, et agissant, par conséquent, d'une part sur la région de la symphyse, et, d'autre part, sur le sacrum, il se produit des fractures assez bien caractérisées de la partie antérieure de la ceinture pelvienne, et généralement aussi des fractures tout à fait typiques du segment postérieur de cette dernière. En avant, on observe le plus souvent un enfoncement plus ou moins considérable des parties du pubis qui limitent les trous ovales, du côté de la ligne médiane. Puis on rencontre des fractures à peu près symétriques intéressant les branches horizontales des pubis, le plus souvent assez près de l'éminence iléo-pectinée (voir fig. 26). A ces fractures s'en ajoutent d'autres également symétriques, siégeant à l'union des branches descendantes des pubis avec les branches ascendantes des ischions. Il est facile de comprendre qu'il doive en être ainsi. En effet, la pression exercée sur la partie antérieure du bassin, produit une dépression de l'os jusqu'au moment où la force qui est en jeu, parvient à vaincre le coefficient d'élasticité de la ceinture osseuse mince et flexible. Alors se produit une fracture au niveau des points relativement les plus faibles de l'os, à leur union avec les parties qui offrent une plus grande épaisseur. Quelquefois, dans ces formes symétriques de fracture du bassin, celle-ci n'est complète que d'un côté, ce qui prouve que l'os s'est infléchi, avant de se briser.

Dans la plupart des fractures du bassin dont j'ai pu examiner les pièces anatomiques, la lésion du segment postérieur de la ceinture pelvienne n'existait que d'un seul côté. La solution de continuité siège alors, sinon au niveau même de la synchondrose sacro-iliaque, ce qui est rare, du moins dans le voisinage de cette dernière. A la face antérieure de la partie du sacrum voisine de la synchondrose, on observe une fracture assez souvent compliquée d'un certain degré de destruction et d'écrasement de la substance spongieuse de l'os. Le trait de fracture se propage jusqu'aux trous sacrés où il se termine sous forme de fissure, sans s'accompagner de déplacement. Par suite de la pression exercée d'avant en arrière, la portion de l'os iliaque correspondant à la ligne innominée,

1. MALGAIGNE décrit ces fractures sous le nom de « fractures verticales doubles », mais sa description diffère sensiblement de celle de cet ouvrage.

(Note de l'auteur.)

a évidemment produit un écrasement de la partie voisine du sacrum. Si cette pression est encore plus forte, le sacrum se trouve comprimé transversalement et cède dans sa partie plus faible, c'est-à-dire sur la ligne des trous sacrés; il en résulte alors généralement une fissure. A cette fracture par écrasement de la partie antérieure du sacrum s'ajoute volontiers une fracture par arrachement de l'os iliaque en arrière. En effet, à la compression que subit en avant l'articulation sacro-iliaque, correspond en arrière un écartement; les ligaments fortement tendus arrachent alors de la crête et de l'épine iliaques des fragments osseux de dimensions variables.

Nous avons admis comme règle que la fracture antérieure se produisait au niveau de la partie la plus mince de la branche horizontale du pubis. Mais cette règle a des exceptions que nous ne devons pas passer sous silence. D'abord la fracture siège quelquefois près de la symphyse, d'un seul ou des deux côtés, et, assez souvent, elle est double, c'est-à-dire que tout un fragment de la branche

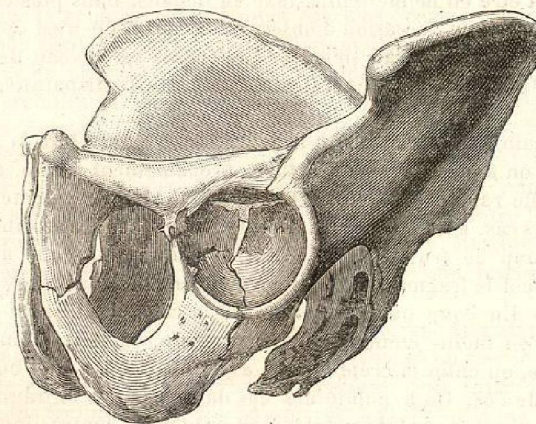


Fig. 27. — Fracture unilatérale de la ceinture pelvienne au niveau de la cavité cotyloïde, en partie guérie avec formation d'un cal.

horizontale du pubis, d'un côté, est arraché du reste de l'os. Une variété très importante et assez fréquente est celle dans laquelle la fracture intéresse la cavité cotyloïde; la portion pubienne de l'articulation se brise plus ou moins près de son union cartilagineuse avec l'os iliaque et l'ischion. J'ai observé un fait semblable chez un individu jeune; les trois os qui contribuent à former la cavité cotyloïde s'étaient complètement séparés, au niveau de la couche cartilagineuse qui les réunit avant leur soudure définitive. Dans ces cas la diastase des os constituant l'acétabulum, s'accompagne volontiers d'une fracture de l'os iliaque s'étendant jusqu'à la grande échancrure sciatique. C'est surtout dans les fractures unilatérales du segment antérieur du bassin que l'on observe souvent cet écartement des os au niveau de la cavité cotyloïde, en même temps qu'une fracture de la branche descendante du pubis, et l'on acquiert l'impression que la cause traumatique agissant sur la tête du fémur, peut-être par l'intermédiaire du grand trochanter, a écarté violemment les parois de la cavité cotyloïde, et a brisé en même temps la branche descendante du pubis qui fait partie de la circonférence inférieure du bassin (voir fig. 27).