

*tématique et l'intervention systématique.* Il n'y a plus aujourd'hui à prendre pour l'une ou pour l'autre. La conduite actuelle doit s'inspirer d'un constant éclectisme, elle doit se modeler sur l'état des lésions et sur l'horaire de l'examen, une seule chose doit être systématique: *l'injection immédiatement de sérum anti-tétanique.* Ceci fait on examine les lésions,

Permettez-moi messieurs d'emprunter à Leriche des exemples qui se graveront beaucoup mieux dans notre mémoire qu'un exposé théorique de la question.

“1er CAS. La plaie tégumentaire est une simple ponction de la peau; la fracture est à deux fragments ou à fragments multiples, peu importe il n'y a pas ici d'os au dehors... Il suffit de mettre sur la plaie un petit pansement aseptique après badi-geonnage iodé, de réduire immédiatement, d'immobiliser en plâtre ou de mettre en extension continue pour que tout se passe bien, tout évolue comme dans une fracture fermée.”

“2ème CAS. La plaie est plus importante et un fragment osseux est saillant au dehors.

L'intervention immédiate doit être la règle. L'arrosage iodé et la réduction immédiate peuvent suffire, mais l'infection est aussi possible. On n'a pas le droit de laisser au blessé courir sa chance. Sous anesthésie générale la plaie tégumentaire sera excisée, agrandie aux dimensions nécessaires pour l'examen du foyer osseux. Si il est évident qu'un point osseux a été exposé, on l'abattra à la pince gouge, puis on réduit sans autre manoeuvre, on pansera à plat et on immobilisera dans un plâtre ou autre appareil. C'est la conduite la plus recommandable.”

“3ème CAS. La plaie ouvre une articulation. Il y a luxation au dehors de la main, du pied, de l'humérus, etc.

Bien que la fracture soit intra articulaire, la situation est peut-être moins dangereuse que dans le cas précédent. Nettoyage mécanique, la réduction et immobilisation peuvent suffire à conjurer les accidents.”

“4ème CAS. La plaie est large, les os sont à nu dans le foyer.