rieur (fig. 90). Les autres déplacements sont généralement moins prononcés, et consistent dans une simple inclinaison ou dans un enfoncement latéral de ce fragment, qui peut aller jusqu'à produire un rétrécissement du détroit supérieur ou une lésion grave des organes internes. Ces fractures s'accompagnent toujours d'un épanchement sanguin considérable.

Symptômes. — Dans certains cas, il est absolument impossible de diagnostiquer la fracture: c'est ce qui arrive lorsque celle-ci ne sépare pas complétement un fragment du reste de l'os. Je citerai pour exemple une fracture unique de la branche horizontale du pubis, de sa branche descendante ou de la base de l'ischion; pour que le fragment fût mobile et pût se déplacer, il faudrait que l'os fût rompu dans deux des points que je viens de citer. Le diagnostic est encore très-obscur lorsque la solution de continuité siége dans un point profondément caché sous les masses musculaires; on peut alors soupçonner la lésion d'après la douleur que ressent le blessé lorsqu'il exécute certains mouvements, lorsque l'on exerce une pression dans certains points. Mais lorsque la fracture occupe la portion iliaque, il est souvent facile de trouver l'ecchymose, de constater la mobilité anormale et la crépitation, en saisissant l'épine antérieure ou la crête de cet os, et en lui imprimant quelques mouvements de latéralité, ce que l'on fait aisément lorsque l'on a eu soin de mettre les parois abdominales dans le relâchement. Dupuytren signale comme un phénomène constant de la fracture de la portion iliaque du côté gauche une constipation opiniâtre, dépendant de la compression de l'S iliaque par les tissus indurés qui avoisinent la solution de continuité.

Pour reconnaître les fractures de la portion pubienne, on peut à l'exploration extérieure joindre, chez les femmes, l'exploration par l'intérieur du vagin, et constater si quelque fragment ne vient point blesser les organes urinaires ou génitaux. Si l'ischion, fracturé à sa base, était entraîné en bas par la contraction des muscles puissants qui s'y insèrent, cette disposition serait facilement reconnue à l'aide de l'exploration, soit par le vagin, soit par le rectum.

Les signes qui caractérisent le mieux la fracture de l'ischion sont: une douleur plus forte dans l'ischion que partout ailleurs, exaspérée par la pression sur cet os; la mobilité anormale, une crépitation très-facile à entendre ou à reproduire, l'immobilité du membre inférieur du côté malade, quelquefois des fourmillements sur le trajet du nerf sciatique; enfin, M. Devalz insiste sur l'impossibilité où se trouve le malade de s'asseoir ou de se tenir assis, et il considère ce symptôme comme pathognomonique (*Union médicale de la Gironde*, 1866).

La double fracture verticale du bassin a été souvent méconnue à cause de sa rareté. — Pour la reconnaître, la recherche des lésions locales, soit à l'extérieur, soit par le vagin et le rectum, est indispensable. Souvent la mobilité anormale et la crépitation se perçoivent par la pression sur le grand trochanter ou par une traction forte exercée sur la cuisse. On a pu quelquefois confondre cette fracture avec celle du col du fémur, à cause du renversement du pied en dehors et du raccourcissement du membre; mais une mensuration méthodique pourra lever tous les doutes, en permettant de déterminer si le raccourcissement porte ou non sur la cuisse. Plus rarement, dans le cas de double fracture, on a cru avoir affaire à une luxation sacro-iliaque.

Dans les fractures du fond de la cavité cotyloïde, si le fémur ne suit point les fragments enfoncés, le membre conserve sa longueur normale; si au contraire la tête du fémur s'enfonce dans le bassin, le membre est raccourci. Un peu d'attention suffira toujours pour empêcher de confondre cette lésion avec une luxation, mais il ne sera pas toujours facile de la distinguer d'avec une fracture comminutive de l'extrémité supérieure du fémur.

Sur les quatre cas de fracture du rebord de la cavité cotyloïde, rapportés par M. Tyer, trois des malades seulement ont été observés après l'accident. Ils présentaient tous les trois, à des degrés différents, un raccourcissement du membre avec légère rotation en dedans et demi-flexion; lorsque l'on imprimait quelques mouvements au fémur, on produisait la crépitation: les deux premiers cas furent pris pour des fractures du col du fémur, et le troisième pour une luxation, à cause de la difficulté que l'on éprouvait pour redonner au membre sa longueur normale par la traction. Suivant le docteur Tyer, on reconnaîtra la fracture du rebord cotyloïdien à la réunion des symptômes suivants:

« Le membre prend la position qu'il affecte dans les luxations sur l'ilium, ou dans l'échancrure sciatique; on sent la crépitation avant de faire l'extension. Il est aisé de ramener le membre à sa position naturelle, mais difficile de l'y maintenir. Si l'on exerce une forte pression sur la fesse quand l'extension est faite, on n'observe plus de crépitation; la fesse est moins aplatie que dans la luxation. Après l'extension, le membre a plus de mobilité qu'auparavant, et, si l'on opère des mouvements de rotation après la réduction, ils causent moins de douleur qu'auparavant. »

Je laisse au jugement du lecteur le soin de discuter la valeur de chacun des symptômes que je viens de reproduire; plusieurs d'entre eux me paraissent plutôt déduits de vues théoriques que de l'observation directe. Pour conclure, je répéterai ici ce que j'ai dit précédemment, que les luxations iliaques ne seront jamais confondues avec une fracture par un chirurgien exercé; mais que nous ne possédons aucun moyen infaillible de distinguer une fracture du rebord cotyloï-

dien d'avec une fracture du col du fémur, ou même un enfoncement du fond de la cavité cotyloïde. L'erreur d'ailleurs est de peu de conséquence, car le traitement est le même.

Traitement. — Dans la plupart de ces fractures, il n'y a aucune manœuvre de réduction à exécuter. A quoi servirait, en effet, d'opérer péniblement une réduction que l'on n'aurait aucun moyen de maintenir? On se borne à coucher le blessé commodément, à lui entourer le bassin avec un bandage de corps, afin d'assurer autant que possible l'immobilité des fragments; s'il arrivait que ceux-ci fussent déplacés, ils se consolideraient, il est vrai, dans cet état de déplacement, mais cela n'aurait aucun inconvénient. Pour éviter de leur imprimer aucun mouvement, on pourrait, dans le cas de fractures multiples, se servir avec avantage des appareils de M. Bonnet (voyez *Fractures du col du fémur*). On pratique une ou deux saignées abondantes pour prévenir le développement des accidents inflammatoires; on prescrit pendant quelques jours un régime sévère. Lorsque la douleur produite par le décubitus dorsal devient très-vive et s'accompagne de fièvre ou d'eschare au sacrum, on retire de grands avantages de l'emploi du matelas hydrostatique, vanté à juste titre par M. Désormeaux depuis plusieurs années.

Si l'un des fragments enfoncé vers l'excavation pelvienne pouvait être senti à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin ou le rectum, il faudrait, avec ce doigt, chercher à le replacer en le repoussant en dehors. Cette manœuvre serait surtout utile s'il s'agissait d'une femme qui pût devenir enceinte, et chez laquelle une déformation du bassin pourrait apporter obstacle à l'accouchement. On lit, dans les *Mémoires de l'Académie de Dijon*, que Maret fit avec succès l'extraction de toute la portion droite du pubis, ainsi que de la branche descendante de cet os, qui comprimait l'urèthre et le vagin, et faisait saillie à travers la lèvre droite de la vulve. Sa conduite serait à imiter dans un cas analogue. Je rappellerai, à ce sujet, que Desault fit également l'extraction d'une esquille qui, fixée depuis quatre ans dans l'urèthre, avait donné lieu à une foule d'accidents dont la cause était ignorée; il guérit son malade en peu de temps.

Lorsque j'étais chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, j'ai moi-même extrait par le vagin un fragment qui avait perforé le canal en même temps que la vessie. Quelques années plus tard, Lenoir, ayant extrait un calcul par l'urèthre de cette femme, trouva au centre un fragment osseux qui lui avait servi de noyau.

Si l'on soupçonnait un enfoncement de la cavité cotyloïde, et s'il n'y avait pas de déplacement, on se bornerait à faire coucher le blessé sur le dos, et on lui recommanderait très-instamment de n'exécuter aucun mouvement. S'il y avait un raccourcissement du membre, on

se conduirait comme s'il existait une fracture du col du fémur, de même que dans le cas où l'on pourrait croire à l'existence d'une fracture du rebord cotyloïdien.

La rétention d'urine, les hématuries, les infiltrations urineuses, seront traitées d'après les règles que nous tracerons dans le chapitre consacré aux maladies des voies urinaires.

Dans le cas de fracture par arme à feu, il conviendra d'extraire de bonne heure les projectiles, en s'aidant au besoin de mon stylet muni d'une boule de porcelaine, pour aller à leur recherche. Grâce à ce moyen, j'ai pu découvrir plusieurs fois des balles qui avaient été longtemps méconnues par plusieurs chirurgiens, et les extraire, bien qu'elles fussent enclavées dans le tissu osseux à une très-grande profondeur.

Fractures du sacrum. — Il est inutile de faire remarquer que ce que je viens de dire sur les causes, sur les déplacements, sur les suites des fractures de l'os iliaque, sur les difficultés que présente quelquefois leur diagnostic, s'applique en partie à celles du sacrum. Le plus souvent la fracture, limitée au sacrum, est transversale et affecte la moitié inférieure de l'os. Je noterai seulement, comme appartenant spécialement à celle-ci, la lésion du rectum par un des fragments poussé vers sa cavité, disposition à peu près constante, quelquefois très-prononcée, dont on s'assure aisément à l'aide d'un doigt introduit dans cet intestin, et la déchirure ou la contusion presque inévitable des nerfs qui parcourent le canal et les trous sacrés, lésion qui aura pour effet de produire une perte plus ou moins complète du sentiment et du mouvement, la paralysie de la vessie ou du rectum ou des membres abdominaux.

Le tamponnement du rectum a quelquefois réussi à maintenir la réduction dans ces fractures; il convient alors de laisser dans le rectum une canule à demeure pour permettre au gaz de s'échapper.

Fractures du coccyx. — Cet os se fracture très-rarement, à cause de sa mobilité sur le sacrum, et de celle des diverses pièces qui le composent; cependant, chez les vieillards, lorsque toutes ces pièces sont soudées, il peut se briser lorsqu'il est soumis à un choc direct.

Les douleurs que le malade éprouve pendant la marche, la mobilité d'un fragment, jointe à la crépitation que l'on peut percevoir en introduisant un doigt dans le rectum, font facilement reconnaître cette lésion.

On a vu quelquefois les douleurs produites par l'enfoncement du fragment coccygien persister avec une extrême intensité; d'autres fois la fracture du coccyx a été suivie d'accidents graves, tels que la formation d'abcès dans le bassin, la nécrose des fragments.

Le repos au lit jusqu'à ce que la consolidation soit complète, telle est la seule règle de traitement auquel le malade sera soumis.