

l'ilion consécutivement à la contraction musculaire. Maydl a aussi publié un cas d'arrachement de la branche horizontale du pubis par contraction musculaire. Ces temps derniers, Riedinger a fait observer que la séparation totale de la crête iliaque ne s'explique pas facilement par l'action directe d'une violence, la surface de contact entre la crête iliaque et le sol, dans le cas de chute, étant très limitée; aussi attribue-t-il cette fracture, chez les adultes, à la contraction des fessiers. Mais si le sol présente des inégalités ?

Les fractures du bassin forment 0,3 0/0 du nombre total des fractures.

Étude clinique. — Il y a peu de généralités à dire sur les fractures du bassin. Il s'agira toujours de déterminer le siège de la fracture et le sens du déplacement par la palpation extérieure et le toucher vaginal chez la femme, le toucher rectal chez l'homme. Dans les fractures doubles verticales, le fragment intermédiaire de la paroi latérale du bassin subit un mouvement de torsion, le plus souvent autour de son axe vertical. Mais comme ce fragment porte la cavité cotyloïde, il s'ensuit que cette torsion exerce une influence sur la position du membre inférieur. Dans la majorité des cas, le fragment est tourné de telle façon que son bord antérieur regarde en dehors; la jambe est par conséquent tournée en dehors¹.

Nous allons étudier à part les lésions des viscères qui s'observent à titre de complication dans ces fractures. Pour ce qui est du traitement, nous pouvons seulement dire que dans les cas de déplacement il faudra tenter la réduction directe et que dans tous les cas le malade restera couché au lit sur le dos, les cuisses fléchies². L'hémorragie sera combattue par le froid.

§ 4. — *Lésions traumatiques simultanées du bassin et des organes qu'il contient. — Plaies par armes à feu.*

Nous terminerons notre étude sur les affections traumatiques du bassin par quelques observations sur les blessures combinées du bas-

(1) Dans la fracture double verticale le fragment moyen subit souvent un mouvement de bascule tel que la crête iliaque se porte en dehors et en bas, tandis que l'ischion se porte en dedans et en haut. De là, après consolidation, si on n'y a remédié, un rétrécissement du détroit inférieur, important chez la femme au point de vue obstétrical. (A. B.)

(2) La gouttière de Bonnet convient fort bien pour cette immobilisation. En cas de fracture double verticale avec déplacement prononcé, il peut être indiqué d'exercer de l'extension continue sur la cuisse correspondante. (A. B.)

sin et des organes pelviens, à l'exception des traumatismes qui peuvent survenir chez la femme pendant l'accouchement.

Variétés. — Ces lésions peuvent être divisées en deux groupes. Si on songe que déjà dans la guerre de Sécession, par exemple, il n'y eut sur 1500 plaies du bassin que 15 plaies par instruments tranchants ou piquants, on conçoit qu'aujourd'hui les plaies de guerre du bassin soient presque toutes produites par armes à feu¹. Les autres formes de traumatismes appartiennent à la pratique civile. Dans une monographie des plus consciencieuses, Bartels a pu réunir 285 plaies de la vessie par armes à feu, 50 par instruments piquants et 169 par déchirure. Les déchirures étaient produites par piétinement, choc, coups, coup de pied de cheval, écrasement par une voiture ou par un éboulement et autres accidents analogues qui peuvent survenir en temps de paix. Sur les 50 plaies par instruments piquants, 26 seulement avaient été faites par de véritables armes piquantes, et parmi ces 26 plaies, 17 avaient des rixes pour origine. La rareté des plaies piquantes et tranchantes du bassin en temps de guerre s'explique quand on songe à la nature des combats modernes; dans la mêlée, l'arme piquante est tenue vers la poitrine et le haut du ventre.

Ruptures de la vessie. — Si nous nous occupons tout d'abord des plaies en temps de paix, nous aurons à décrire en premier lieu les ruptures de la vessie. Elles surviennent comme blessure isolée, et s'observent aussi bien sur la portion recouverte de péritoine que sur celle qui en est dépourvue; elles sont consécutives à l'action d'une violence quelconque exercée contre la région vésicale, ou à une chute du corps sur un objet moussé, elles peuvent être enfin dues à un écrasement direct du bassin. C'est précisément dans ce dernier cas que la rupture est fréquemment compliquée de fracture du bassin (dans 75 0/0 des cas). Nous parlerons, en traitant des blessures de l'abdomen, des éclatements de la vessie qui surviennent au niveau de la portion recouverte de péritoine².

Quand la vessie est rompue dans sa portion dépourvue de péritoine, l'état du malade n'est pas désespéré, car sur 63 malades, 17, soit 27 0/0, guérissent, l'infiltration d'urine étant demeurée circonscrite. Mais

(1) Dans l'Iliade, on parle déjà de plaies pénétrantes du bassin par instruments piquants: « Mais Mériones lui tira une flèche, pendant qu'il fuyait, qui l'atteignit au côté droit du fondement et, traversant la vessie, ressortit par le pubis » 13,650 (Bartels).

(2) Les ruptures intra-péritonéales, qui appartiennent en effet à l'étude des lésions traumatiques de l'abdomen (voy. t. IV), sont les plus fréquentes: 95 pour 37 extra-péritonéales, d'après les relevés de Maltra it. (A. B.)

quand la *rupture est compliquée d'une fracture du bassin*, le pronostic devient beaucoup plus grave, ainsi que le montre la statistique suivante. Sur 31 blessures compliquées de fractures du pubis, 4 seulement survécurent, 22 cas de déchirure de la symphyse furent tous mortels. Sur 13 cas de fracture de l'ischion, une seule guérison. Sur 10 cas de rupture de l'articulation sacro-iliaque, 5 cas de fracture du sacrum, et 5 fractures de la cavité cotyloïde, aucun malade ne survécut ; une seule fracture de l'ilium guérit sur 10. De plus, la mort est survenue toutes les fois qu'il y avait plus d'un os du bassin fracturé.

Le diagnostic de la fracture du bassin dans ces conditions n'a été posé que rarement durant la vie ; seules les ruptures de la symphyse et les fractures du pubis ont été reconnues plusieurs fois, soit que la dépression fût plus marquée, soit que pendant le cathétérisme on se heurtât contre un obstacle dur. Dans la plupart des cas, les malades s'opposent à toute mobilisation et à tout examen.

Certains auteurs prétendent que les individus atteints de fracture du bassin ne peuvent ni se tenir debout, ni se soulever, ni fléchir la cuisse, mais il ne faudrait pas se contenter d'un signe pour affirmer une fracture du bassin, car d'une part, les malades atteints de ruptures vésicales sont tout aussi incapables de faire ces mouvements, et d'autre part on a vu des individus ayant plusieurs fractures du bassin faire encore quelques pas.

Parmi les signes de rupture de la vessie, il faut mentionner tout d'abord l'impossibilité d'évacuer l'urine bien que le blessé éprouve en même temps une violente envie d'uriner¹. Si on sonde le malade, on voit s'écouler ou bien quelques gouttes de sang, ou bien un peu d'urine sanglante. Dans certains cas, il suffit de pousser la sonde pour voir s'écouler subitement une plus grande quantité d'urine ; cela se produit quand la sonde a pénétré par la rupture dans une collection d'urine qui s'est accumulée soit dans la cavité abdominale, soit dans la couche sous-séreuse. Le cathétérisme ne soulage qu'un très petit nombre de malades ; pour la plupart, l'envie d'uriner continue à les tourmenter même lorsqu'on a placé une sonde à demeure.

Très peu de temps après la blessure, quelquefois au moment même de l'accident, l'abdomen se ballonne, le malade est pris de nausées et de vomissements. Les symptômes de choc s'accroissent, le pouls devient plus fréquent, plus petit, et la température s'abaisse. Une sueur froide recouvre le front du malade, le collapsus se produit et la

(1) Mais à la percussion et à la palpation de l'hypogastre on constate la vacuité de la vessie. Cependant quelquefois, en cas de rupture extra-péritonéale, l'infiltration d'urine dans la cavité de Retzius peut ressembler, au premier abord, à la vessie distendue, erreur vite évitée si l'on pratique le cathétérisme. (A. B.)

mort survient dans les premières heures ou après le premier jour. C'est ainsi que les choses se passent toujours dans les ruptures intra-péritonéales.

Dans les ruptures extra-péritonéales accompagnées de fractures étendues, la marche peut être absolument la même. Mais dans la plupart des cas, les malades traversent la période du choc, les forces reviennent, la température se relève, le pouls devient plus rare et plus plein, et le malade peut se trouver bien pendant quelques jours. Malheureusement, il est rare que cette amélioration persiste, et chez la plupart des malades, on voit survenir les symptômes de l'infiltration d'urine ou une péritonite, quelquefois ces deux complications ensemble. L'infiltration d'urine peut prendre des proportions énormes. Elle ne s'étend pas seulement autour de la vessie, du rectum, et dans le tissu cellulaire pelvien, mais elle se propage par le canal inguinal jusque dans le scrotum, et, par le trou obturateur, elle descend jusque dans la cuisse. Le plus souvent, l'urine s'amasse dans une cavité circonscrite, dans le tissu cellulaire péri-vésical, et il se constitue une cavité qui, en raison de l'inflammation et de l'infiltration de ses parois, peut être prise parfois, même sur la table d'autopsie, pour la vessie elle-même.

D'après ce qui vient d'être dit, on voit combien il est difficile de poser le diagnostic de rupture de la vessie ; et cependant la destinée du malade dépend du moment où le diagnostic a pu être fait¹. Dans les ruptures intra-péritonéales, on peut opérer 12 heures après l'accident (Walther en a opéré un cas 10 heures après le traumatisme) ; dans les ruptures extra-péritonéales, on peut quelquefois sauver encore le malade après 24 heures. Quant à l'opération, il ne peut guère y avoir de discussion à ce sujet. B. Bell s'était déjà prononcé en faveur de la suture, Pinel Grandchamp la proposa à la suite d'expériences sur les animaux ; Larrey et Legouest partageaient cette opinion. Dans ces derniers temps, des expériences faites par Vincent sur les animaux l'ont conduit aux mêmes résultats que Grandchamp ; Julliard confirme l'opinion de Vincent. Mis en face d'une rupture du rectum, tout chirurgien ne s'empresserait-il pas d'arriver à la plaie en dilatant l'anus et de la suturer pour éviter une infiltration stercorale ? Quand la vessie est rompue dans sa portion extra-péritonéale, pourquoi ne pas la mettre à découvert et la suturer ? Une taille hypogastrique n'augmente en rien les dangers de la situation, et on peut par

(1) Pour établir nettement le diagnostic on peut, selon le conseil de Ferraton, injecter dans la vessie une solution antiseptique tiède et faible, de façon à constater si l'on peut de la sorte faire remonter à l'hypogastre le globe vésical distendu. (A. B.)