

IMSSH  
RD30  
T.73  
1897  
T.7

CHIRURGIE

Droits de traduction et de reproduction réservés.

# TRAITÉ DE CHIRURGIE

TOME VII

MALADIES DES RÉGIONS  
(SUITE)

BASSIN

Par le D<sup>r</sup> CHARLES WALTHER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Chirurgien des hôpitaux.

CHAPITRE PREMIER

TRAUMATISMES

I

CONTUSIONS



Les contusions du bassin ne présentent rien de spécial à la région. Elles peuvent être limitées aux parties molles qui enveloppent la ceinture osseuse pelvienne; elles accompagnent presque constamment à un degré plus ou moins accentué les diverses variétés de fractures du bassin, et ne sont dans ce cas qu'un accident accessoire, en général de peu d'importance, à moins que l'épanchement sanguin ne soit trop abondant.

Les contusions bornées aux parties molles succèdent à des coups directement portés sur le bassin, à des chutes d'un lieu élevé, au passage d'une roue de voiture, etc. Les lésions consistent en épanchements sanguins plus ou moins volumineux, *superficiels* dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou *profonds* au-dessous de l'aponévrose fessière; les épanchements profonds peuvent infiltrer le muscle grand fessier ou se former au-dessous de lui.

L'ecchymose des contusions superficielles apparaît rapidement et au siège même du foyer traumatique; celle des épanchements profonds ne se montre qu'au bout de quelque temps et révèle, à une certaine distance du point contus, l'infiltration progressive du sang dans les régions voisines.

A côté des épanchements sanguins, il convient de signaler les épanchements traumatiques de sérosité, facilement produits par le glissement des téguments sur le plan aponévrotique résistant qui descend de la crête iliaque sur la fesse et la cuisse.

Ces épanchements sérieux ou sanguins ne présentent en cette région rien de spécial dans leurs symptômes ou dans leur évolution.

Le seul caractère clinique sur lequel il soit nécessaire d'attirer l'attention est la rétention d'urine réflexe qui peut succéder à tous les traumatismes du bassin ou de la hanche; il faut donc toujours songer à cette complication en présence d'une contusion du bassin si légère qu'elle soit. La rétention est du reste le plus souvent passagère et cède après quelques cathétérismes.

Le diagnostic des épanchements superficiels de sang ou de sérosité ne présente aucune difficulté. Lorsque la contusion est profonde, il sera parfois difficile de savoir si elle est bornée aux parties molles ou s'il n'y a pas en même temps une fracture limitée; souvent, en pareil cas, le diagnostic ne peut être établi qu'au bout d'un certain temps, lorsque l'épanchement sanguin commence à se résorber et qu'une douleur limitée et persistante, caractéristique d'une fracture, succède à la douleur plus diffuse et passagère de la contusion. La tumeur dure formée par les vieux hématomes profonds est souvent d'un diagnostic très difficile; elle peut être confondue avec un sarcome, un fibrome, etc.; la notion du traumatisme antérieur a une grande valeur sémiologique.

Le pronostic est en général bénin. Il faut savoir cependant qu'un repos assez long peut être nécessaire; il reste souvent une douleur ou une gêne dans la marche et même dans la station debout qui peuvent durer un certain temps.

La terminaison habituelle est la résolution. Rarement ces épanchements peuvent suppurer, soit à la suite des ponctions septiques, soit spontanément, ce qui est exceptionnel. L'ouverture aseptique du foyer assurera la guérison.

## II

### PLAIES

La pénétration du corps vulnérant dans l'intérieur de l'enceinte osseuse du bassin imprime aux lésions un caractère de gravité particulier, expose à la blessure des viscères pelviens et crée par conséquent des conditions spéciales qui suffisent à légitimer la division des plaies du bassin en *pénétrantes* et en *non pénétrantes*.

#### A. — PLAIES NON PÉNÉTRANTES

Ces plaies peuvent n'intéresser que les parties molles ou bien atteindre les os; dans le premier cas, la blessure d'artères volumineuses, telles que la fessière ou l'ischiatique, des gros nerfs, du sciatique, sont les seuls accidents qui méritent d'être mentionnés d'une façon spéciale; les autres complications sont communes aux plaies des autres régions et tiennent presque toutes à l'infection du foyer traumatique; il convient cependant de signaler les plaies de la fesse avec large perte de substance, entraînant une cicatrice plus ou moins difforme ou vicieuse qui gêne les mouvements de la hanche.

C'est dans les plaies par armes à feu surtout que les os sont atteints. Le projectile peut frapper l'os plus ou moins obliquement et s'arrêter à sa surface ou bien se réfléchir et continuer son trajet pour se perdre dans les parties molles ou sortir plus ou moins loin; dans d'autres cas, il pénètre dans l'épaisseur de l'os et y reste enclavé. Les fractures produites par ces projectiles sont en général étoilées, s'accompagnent de fissures plus ou moins étendues qui parfois détachent entièrement tout un fragment volumineux, la crête iliaque, le coccyx, l'ischion, etc. (Duplay).

L'infection du foyer de fracture par la balle elle-même, ou par les corps étrangers qu'elle a entraînés, morceaux de drap, etc., provoque fréquemment tous les accidents de fractures compliquées infectées, ostéo-myélite, nécrose des fragments, suppuration plus ou moins étendue des parties molles autour du foyer de fracture, etc.

#### B. — PLAIES PÉNÉTRANTES

Elles sont *simples* ou *compliquées* suivant que l'instrument vulnérant a respecté ou intéressé les organes contenus dans la cavité pelvienne (Duplay).

Des instruments piquants, une baïonnette, une tige de fer, peuvent pénétrer dans la cavité pelvienne en traversant le périnée, en passant par le trou obturateur ou par l'échancrure sciatique. Mais, le plus souvent, les plaies pénétrantes sont produites par des projectiles de guerre qui atteignent la cavité pelvienne après avoir traversé l'os iliaque ou le sacrum, ou bien en passant aussi par l'échancrure sciatique.

Les plaies simples doivent seules nous occuper ici. Les plaies compliquées de blessure des organes pelviens doivent leurs caractères particuliers, soit à la lésion du péritoine, soit à la lésion de la vessie ou du rectum, et sont décrites dans les chapitres consacrés aux affections de ces organes. Les projectiles font parfois un assez long trajet dans le bassin sans blesser ni le péritoine, ni les viscères pelviens. Duplay<sup>(1)</sup> rapporte une observation curieuse tirée de l'*histoire chirurgicale de la guerre d'Amérique*: une balle, entrée par le trou obturateur, était sortie par l'échancrure sciatique, brisant seulement l'épine sciatique et coupant l'artère hémorroïdale inférieure; des hémorragies secondaires entraînèrent la mort.

D'ordinaire les désordres sont plus étendus; des fractures multiples, esquilleuses, des épanchements de sang plus ou moins volumineux, le sphacèle du tissu cellulaire intra-pelvien, offrent un foyer tout préparé à l'infection. Les corps étrangers, balles, éclats d'obus, morceaux de vêtements plus ou moins profondément logés dans la cavité du bassin, peuvent entretenir une suppuration prolongée. S'ils ne sont pas extraits, ils s'éliminent parfois spontanément par les trajets suppurants; plus rarement ils s'enkystent dans le tissu cellulaire. Ils peuvent enfin pénétrer dans un des viscères pelviens après avoir lentement ulcéré ses parois.

**Complications.** — 1° *Blessure des artères*<sup>(2)</sup>. — Les hémorragies dues à la blessure des grosses artères du bassin sont le plus souvent primitives. Cepen-

<sup>(1)</sup> FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*, t. VI, p. 541.

<sup>(2)</sup> BOUÏSSON, *Mémoire sur les lésions des artères fessières et ischiatiques et sur les opérations qui leur conviennent*. *Gazette méd.*, 1845, et *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. I, p. 517. — CHAMPENOIS, *Urgence et sécurité pour la ligature de l'artère fessière dans les cas d'hémorragies trauma-*

dant, dans les plaies par armes à feu, l'écoulement sanguin peut manquer au début ou être peu abondant, et une hémorragie secondaire plus ou moins grave se montre au bout de quelques jours, lorsque se détachent les escarres dans le foyer le plus souvent infecté.

Les blessures des artères iliaques externe ou interne entraînent d'ordinaire la mort en quelques minutes; si pourtant la plaie est étroite, le sang s'infiltré dans le tissu cellulaire, forme un anévrysme diffus et une intervention rapide peut sauver le blessé. La ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie, qui s'impose en pareil cas, peut être d'une exécution très difficile par suite de cette infiltration sanguine. La compression de l'aorte abdominale serait d'un grand secours, non seulement comme premier moyen d'hémostase au moment même de l'accident, mais encore pendant tout le temps qu'exigent la recherche et la ligature des deux bouts de l'artère blessée.

Les plaies de la partie postérieure du bassin, les plaies de la fesse, sont toujours accompagnées d'un écoulement sanguin assez considérable dû à l'abondance et au volume des vaisseaux qui se distribuent aux muscles de la région. La blessure du tronc même de l'artère fessière, de l'ischiatique, de la honteuse interne ou de la circonflexe postérieure, donne lieu à des hémorragies de la plus grande gravité.

Si dans une plaie par instrument tranchant, largement ouverte, il est relativement facile, en écartant les deux lèvres et en enlevant les caillots, de reconnaître exactement le siège de l'hémorragie, il n'en est pas de même à la suite de la pénétration d'un corps pointu, à la suite d'un coup de feu. C'est alors le siège de la plaie superficielle, la direction du trajet qui pourront renseigner sur la situation probable de l'artère blessée.

Si la plaie est très petite, l'écoulement de sang au dehors est peu abondant, mais on voit se développer un épanchement sanguin profond qui offre d'ordinaire tous les signes de l'anévrysme diffus traumatique.

Les artères profondes peuvent aussi être déchirées par un fragment osseux dans les fractures du bassin. On comprend facilement la blessure de la fessière dans une fracture aboutissant au sommet de la grande échancrure sciatique, la blessure de l'ischiatique ou de la honteuse interne dans une fracture de l'épine sciatique ou de l'ischion.

Je rapproche ces lésions des plaies proprement dites, résultant de la pénétration d'un corps vulnérant, car elles ont les mêmes signes cliniques et entraînent les mêmes indications thérapeutiques.

Le diagnostic de ces anévrysmes diffus profonds, bridés par toute l'épaisseur de la fesse, est parfois très difficile; les signes ordinaires peuvent manquer et l'on peut être, en l'absence de souffle et de battements, conduit à croire à la formation d'un abcès, à la suppuration d'un simple hématome, alors qu'il existe réellement une plaie ou une rupture d'une artère volumineuse. Il en était ainsi dans un cas de déchirure de l'ischiatique par fracture de l'épine sciatique, traité avec succès par Tillaux (1).

*tiques de ce vaisseau. Recueil de mém. de méd. et de chir. milit.*, 1871, 5<sup>e</sup> série, t. XXVI, p. 24.  
— FISCHER, *Blessures et anévrysmes de la fessière et de l'ischiatique. Arch. für klin. Chir.*, 1869, t. XI. — FARABEUF, *Art. FESSIÈRE du Dict. encycl. des sciences méd.*, 4<sup>e</sup> série, t. I, p. 765.

(1) Je rapporte ici en entier cette remarquable observation, car elle montre bien la marche insidieuse des accidents et la conduite à tenir en pareil cas.

« Un jeune homme, âgé de vingt ans, tomba du quatrième étage et fut amené à Beaujon, le 8 août 1878. Je ne constatai que l'existence d'une fracture de la cuisse gauche à la partie

Le *traitement* des plaies artérielles de la fesse consiste essentiellement dans la ligature du vaisseau blessé. La multiplicité et le volume des anastomoses rendent souvent nécessaire la ligature des deux bouts dans les plaies de l'ischiatique, de la circonflexe postérieure ou de la honteuse interne.

Dans le cas de plaie large, béante, l'hémorragie est très abondante, parfois foudroyante, et, si la compression directe n'est pas faite immédiatement, le blessé succombe en quelques instants, à moins qu'une syncope n'assure pour un moment l'hémostase. Il faut alors, aussi rapidement que possible, pratiquer la ligature, en agrandissant au besoin la plaie pour rechercher plus facilement la source de l'hémorragie. La profondeur de l'artère peut rendre toute ligature impossible; on doit alors laisser à demeure la pince à forcipressure qui a arrêté l'hémorragie. Si le vaisseau est sectionné dans l'intérieur même du bassin et qu'il soit impossible de l'atteindre avec les pinces, la ligature de l'artère hypogastrique s'impose.

Lorsque la plaie est étroite et l'hémorragie abondante, il faut encore agir de la même façon et débrider largement pour aller à la recherche de l'artère blessée. La compression, en effet, ne donne, en pareil cas, qu'une sécurité illusoire; si elle parvient à arrêter l'hémorragie extérieure, c'est au prix de la formation d'un énorme anévrysme diffus.

S'il n'y a pas d'hémorragie extérieure et qu'on constate les signes d'un anévrysme diffus, l'indication est encore la même: large ouverture du foyer et ligature du vaisseau blessé (voy. *Anévrysmes fessiers*).

Enfin l'hémorragie extérieure peut avoir été très abondante et s'être arrêtée spontanément, par syncope, par exemple; de plus, il n'existe pas de signes d'anévrysme diffus. Alors on peut attendre, après avoir soigneusement aseptisé la plaie extérieure et appliqué un pansement antiseptique avec une compression régulière. Mais le blessé doit être rigoureusement et constamment surveillé et le retour d'une seule hémorragie ou l'élévation de la température oblige à l'intervention immédiate; l'infection du foyer entraîne presque fatalement, en effet, des hémorragies secondaires et la septicémie.

moyenne avec une plaie correspondant à la fracture, mais sans communication avec le foyer. Un appareil fut appliqué, et pendant quinze jours le malade n'éprouva que peu de souffrances. A partir de ce moment, il accusa une douleur vive vers la fesse gauche. La douleur augmenta rapidement et prit une intensité extrême, au point d'enlever tout repos au malade. En même temps apparut du gonflement à la région trochantérienne. La tuméfaction s'accrut peu à peu, et je constatai bientôt une vaste tumeur occupant toute la fesse gauche, donnant la sensation d'une fluctuation profonde. La peau présentait une teinte rouge très prononcée. Aucun symptôme ne pouvait faire penser à un anévrysme diffus et je n'y songai même pas. Croyant avoir affaire à un vaste abcès sous-fessier occasionné par la plaie de la cuisse, j'endormis le malade le 22 septembre et pratiquai couche par couche une incision verticale en arrière et au-dessus du grand trochanter. Je m'aperçus seulement alors de mon erreur en tombant dans une poche de caillots mous et noirâtres. Du milieu de l'incision verticale j'en fis aussitôt partir une seconde que je dirigeai horizontalement jusqu'au sacrum en intéressant l'épaisseur et la largeur totales du muscle grand fessier. Cette vaste région était décollée et remplie de caillots. J'enlevai ceux-ci rapidement avec la main et parvins sur l'échancrure sciatique après avoir déblayé la poche. Un jet de sang rutilant s'échappa de l'ischiatique au niveau du bord inférieur de l'échancrure au-dessous du muscle pyramidal. Je saisis l'artère avec une pince, mais elle était si profonde que par trois fois j'échouai dans la tentative d'y mettre un fil. Elle était d'autre part trop peu isolée pour que j'osasse risquer la torsion; je me décidai donc à la forcipressure et laissai à demeure une pince hémostatique. Il existait une fracture de l'épine sciatique et l'artère avait été déchirée par une esquille dont je sentis la pointe avec le doigt. Je remplis la poche de bourdonnets de charpie imbibée d'une forte solution phéniquée et réunis l'incision horizontale par des points de suture, après avoir mis un gros drain sortant par ses deux extrémités. La pince fut retirée après quarante-huit heures. La guérison s'est effectuée lentement, mais aujourd'hui elle est complète. (TILLAUX, *Traité d'anatomie*, 6<sup>e</sup> édit., 1890, p. 969.)

L'antisepsie et les procédés d'hémostase que nous possédons aujourd'hui semblent devoir atténuer le sombre pronostic attribué par les auteurs classiques aux plaies des artères profondes de la fesse.

2° *Blessures des nerfs.* — Les diverses branches du plexus lombaire, celles du plexus sacré peuvent être blessées dans les plaies du bassin. Ces lésions entraînent des troubles de la sensibilité et de la motilité qui ne présentent ici rien de spécial. Si un gros nerf était divisé dans son trajet extra-pelvien, en un point par conséquent accessible, on devrait pratiquer la suture des deux bouts.

3° *Corps étrangers.* — Les corps étrangers situés, soit dans les parties molles péripelviennes, soit dans l'épaisseur même des portions spongieuses des os, soit dans la cavité du bassin, provoquent d'ordinaire des accidents qui réclament une intervention. La recherche et l'extraction de ces corps étrangers peuvent présenter de grandes difficultés, même lorsqu'ils occupent les parties molles extérieures (Duplay). Lorsqu'ils sont implantés dans les os, c'est par la trépanation qu'on peut arriver à les désenclaver. Souvent il est impossible de reconnaître leur existence lorsqu'ils ont pénétré dans le bassin; ils déterminent des suppurations prolongées, intarissables, qui peuvent nécessiter de larges et multiples débridements et la trépanation du bassin; malgré tout, il est souvent très difficile de désinfecter complètement ces foyers profonds intra-pelviens.

Aussi les accidents septiques sont-ils, avec les hémorragies, le principal danger. Dans la statistique chirurgicale de la guerre d'Amérique, c'est à ces complications (infiltration du pus, ostéite avec gangrène des parties molles, septicémie, etc.), ainsi qu'aux blessures moins fréquentes de la vessie et du rectum, qu'est attribuée la gravité des plaies du bassin.

Dans le même travail, la comparaison faite entre les plaies de l'abdomen et les plaies du bassin montre que pour les premières la mortalité brute est de 75 pour 100; dans les secondes, de 25 pour 100. Sur 800 coups de feu des os iliaques, compliqués ou non, plus de 600 ont guéri.

### III

#### FRACTURES DU BASSIN

Les fractures du bassin sont d'ordinaire produites par un traumatisme très violent, chute d'un lieu élevé, écrasement par un corps pesant, passage d'une roue de voiture, etc. Elles se compliquent souvent de lésions graves des viscères contenus dans la cavité pelvienne.

Ces fractures ne sont pas fréquentes; Malgaigne n'en a relevé que 10 cas à l'Hôtel-Dieu dans un espace de onze années.

Le mécanisme et les formes anatomiques sont très variables, souvent fort complexes. Malgaigne, pour en faciliter l'étude, a établi une division, adoptée depuis par tous les auteurs, en : fractures *isolées*, propres à chacune des pièces qui constituent le bassin, et fractures *multiplés*, affectant le bassin tout entier.

J'étudierai ici d'abord les fractures isolées du *sacrum*, du *coccyx*, de l'*ilion*, de l'*ischion*, puis les fractures du *pubis* et enfin les *fractures multiplés du bassin*.

Du VERNEY, Traité des maladies des os. Paris, 1761, t. I, p. 279. — MARET, Observations sur les fractures des os du bassin. *Mém. de l'Acad. de Dijon*, 1774, t. II, p. 85. — A. COOPER,

Œuvres chirurgicales. Trad. Chassaignac et Richelot, 1855, p. 405. — MALGAIGNE, Traité des fractures et des luxations, 1847, t. I, p. 654. — VOILLEMIEU, *Clinique chirurgicale*, 1862, p. 80. — ROSE, Diagnostic des fractures du bassin. *Annalen des Charité Krankenh.*, 1865, t. XIII, fasc. 2, p. 20. — STREUBEL, Pronostic des fractures du bassin. *Schmidt's Jahrb.*, 1865, t. CXXXVIII, p. 515. — COURTY, art. BASSIN du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1<sup>re</sup> série, 1868, t. VIII, p. 528. — FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*, 1874, t. II, p. 885. — GOSSELIN, *Clin. chir.*, 1879, t. I, p. 462. — HERMANN LOSSEN, Blessures du membre inférieur. *Deutsche Chir.*, 1880, fasc. 65, p. 1. — SCHWARTZ, art. PUBIS du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1881, t. XXX, p. 72. — FÉRÉ, Fracture du bassin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 125. — Fractures expérimentales par chute sur le siège. *Ibid.*, 1877, p. 450. — Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin. *Progrès méd.*, 1880, p. 365. — KUSMIN, *Esterr. med. Jahrb.*, 1882, fasc. 1, p. 105. — HAMILTON, Traité des fractures et des luxations. Trad. Poinso, 1884, p. 421. — HOFFA, Traité des fractures et des luxations. Würzburg, 1891, p. 419. — AREILZA, Resultados experimentales y clínicos de las presiones de la pelvis. Madrid, 1891. — RIEFFEL, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 1896, t. II, p. 527.

#### FRACTURES ISOLÉES DES OS DU BASSIN

##### I. — FRACTURES DU SACRUM

Les fractures isolées du sacrum sont très rares (Malgaigne n'en a rencontré qu'une seule sur les 2558 blessés de la statistique de l'Hôtel-Dieu).

Elles succèdent presque toujours à une chute sur le siège ou à un coup porté directement sur le sacrum. Dans la chute, « tantôt l'os porte en plein contre le sol ou le corps résistant, tantôt il est atteint de côté seulement, et de là des différences assez notables dans les symptômes » (Malgaigne).

Le trait de fracture est transversal; il siège au-dessous de la symphyse sacro-iliaque et passe à une hauteur variable, au niveau du second, du troisième, du quatrième trou sacré ou même tout près du coccyx; la hauteur de la fracture dépend de l'inclinaison du bassin au moment de la chute et du point sur lequel a porté le choc.

Gaudier<sup>(1)</sup>, d'après des recherches expérimentales, distingue deux variétés de fractures transversales : les premières siégeant à la partie moyenne et dues à une cause directe; les secondes siégeant à la partie inférieure de l'os et produites par cause indirecte.

Dans les fractures par choc latéral, dont Malgaigne rapporte deux exemples, le trait de fracture peut être oblique et se compliquer de deux fractures transversales incomplètes. Le fragment détaché par cette fracture oblique est alors déjeté de côté.

Le *déplacement*, constant mais plus ou moins accentué, consiste dans un mouvement de bascule du fragment inférieur dont le sommet, l'extrémité coccygienne, est porté en avant, tandis que la base reste en contact avec le fragment supérieur; le déplacement peut être tel que, dans certains cas, les deux fragments soient coudés à angle droit (Sandifort).

Une contusion assez violente de la région sacrée, une douleur ordinairement intense, exaspérée par la pression, par les mouvements, par la station debout, les secousses de toux, les efforts de défécation, etc., tels sont les premiers, et quelquefois les seuls *symptômes* de la fracture. Lorsque le déplacement est peu accentué, en effet, il peut être difficile à apprécier par le toucher rectal qui ne révélerait alors qu'une vive douleur à la pression sur la ligne de fracture;

(1) GAUDIER, *De la fracture isolée du sacrum. Étude clinique et expérimentale*. Lille, 1895.