

Il est une autre variété de fracture de la cavité cotyloïde dont je n'ai pu trouver aucune mention dans les auteurs et qu'il est cependant très facile de produire expérimentalement, toujours avec les mêmes caractères<sup>(1)</sup>.

Elle résulte d'un choc obliquement appliqué de bas en haut et de dehors en dedans sur l'ischion, ou, ce qui revient au même, d'une chute sur l'ischion légèrement incliné en dedans. Parti de la grande échancrure sciatique, le trait de fracture, un peu oblique en bas et en avant, traverse la cavité cotyloïde, et reparaît sur la branche ischio-pubienne. C'est donc une séparation de l'ischion tout entier avec la partie inférieure de la cavité cotyloïde (fig. 10).

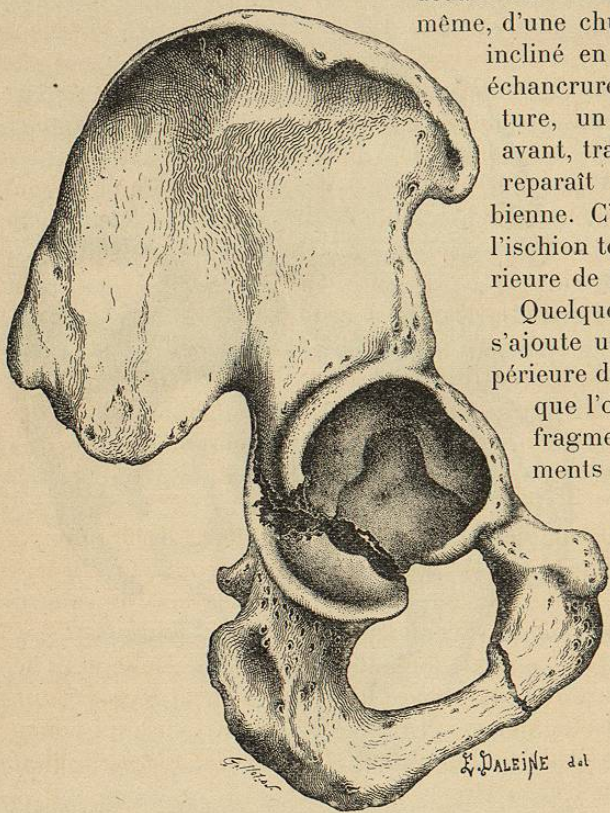


FIG. 10. — Fracture expérimentale de la cavité cotyloïde et de la branche ischio-pubienne par choc sur l'ischion.

Quelquefois à ce trait horizontal s'ajoute un éclatement de la partie supérieure de la cavité cotyloïde, de sorte que l'os iliaque est séparé en trois fragments correspondant à ses segments primitifs. Cooper, Sanson, ont rapporté des exemples de cette sorte de fracture. Hamilton en a vu un dans la collection de Weill; Hoffa en figure un autre très net: éclatement de la cavité cotyloïde suivant ses trois lignes de suture primitives avec fracture de la branche ischio-pubienne. Il est très probable que ces fractures ont été produites de la même façon,

mais l'absence de renseignements ne permet pas de l'affirmer.

Ces fractures doivent être fort difficiles à reconnaître sur le vivant. J'ai pu en observer un cas dans lequel, après avoir constaté l'existence d'une fracture de la branche ischio-pubienne, je n'ai reconnu la fracture cotyloïdienne que par l'ankylose consécutive de la hanche<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> C. WALTHER, *Recherches expérimentales sur certaines fractures de la cavité cotyloïde*. Bull. de la Soc. anat., 1891, p. 561.

<sup>(2)</sup> Si l'on cherche par quels signes peut se révéler une pareille fracture on ne trouve guère que : 1° la constatation d'une fracture de la branche ischio-pubienne; 2° la mobilité de l'ischion; 3° la saillie d'un trait de fracture ou la douleur à la pression, appréciables, par le toucher rectal; 4° la douleur réveillée par la pression sur le grand trochanter par le refoulement de la tête du fémur sur la fissure cotyloïdienne.

Mais, de tous ces signes, le plus important, la mobilité de l'ischion, peut manquer et doit manquer d'ordinaire, puisque, dans les expériences, je ne l'ai trouvé que très rarement, après un traumatisme très violent.

L'exploration par le toucher rectal peut seule fournir les renseignements qui assurent le diagnostic. Mais, dans certains cas, elle reste négative; chez le malade que j'ai observé, en plein délire alcoolique, l'exploration ne pouvait révéler de points douloureux. La fracture de la branche ischio-pubienne me semble avoir une précieuse valeur; elle doit tout au moins

## IV

## LUXATIONS DU BASSIN

Les luxations du bassin<sup>(1)</sup> sont extrêmement rares; le plus souvent elles accompagnent des fractures. Cependant quelques faits montrent que les symphyses du bassin peuvent être rompues et les os déplacés sans fracture concomitante, ou avec des fractures secondaires sans importance.

Le peu de mobilité de ces articulations permet de comprendre qu'une seule d'entre elles ne saurait être luxée sans que l'une des deux autres soit elle-même luxée ou au moins disjointe, si une fracture concomitante ne fournit pas la mobilité nécessaire au déplacement.

Malgaigne<sup>(2)</sup> a divisé en six espèces les luxations du bassin :

- 1° Luxations de la symphyse pubienne;
- 2° Luxations de la symphyse sacro-iliaque;
- 3° Luxations de ces deux symphyses ensemble, ou de l'os iliaque;
- 4° Luxations des deux symphyses sacro-iliaques, ou du sacrum;
- 5° Luxations des trois symphyses, ou des trois os, à la fois;
- 6° Luxations du coccyx.

Cette classification, un peu longue, a l'avantage de faciliter la description.

1° *Luxations de la symphyse pubienne*. — Ces luxations ont été plusieurs fois<sup>(3)</sup> produites chez des cavaliers, par une brusque secousse dans un saut, un écart du cheval, le périnée retombant violemment sur la selle.

D'autres fois la rupture de la symphyse a été le résultat d'une chute d'un lieu élevé sur la partie postérieure du bassin<sup>(4)</sup>. Elle peut encore succéder à une violente contraction musculaire; Gallez<sup>(5)</sup> l'a observée en effet chez un homme vigoureux qui, portant une pièce de fer de 80 kilogrammes, glissa et fit un violent effort pour ne pas tomber, les jambes écartées.

éveiller l'attention et engager à rechercher minutieusement et par des examens répétés la fracture du cotyle. Si, en effet, on peut s'assurer que cette fracture n'est pas directe (absence de lésions de la peau, d'ecchymose rapide, d'épanchement sanguin), que la chute a eu lieu sur l'ischion, qu'il n'existe pas de double fracture verticale du bassin, il me paraît naturel, d'après les résultats constants fournis par l'expérimentation, de croire à une fracture de la cavité cotyloïde. Les signes donnés par le toucher rectal peuvent seuls assurer le diagnostic; mais alors même que, pour certaines raisons, ils resteraient négatifs, je crois qu'il serait prudent de réserver le diagnostic et le pronostic et d'agir comme s'il existait réellement une fracture de la cavité cotyloïde qui, en fait, est alors très probable.

<sup>(1)</sup> MALGAIGNE, *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 774. — FOLLIN et DUPLAY, *Pathologie externe*, t. III, p. 556. — SALLERON, *Luxations traumatiques du bassin*. Arch. gén. de méd., 1871, vol. II, p. 54. — HERMANN LOSSEN, *Deutsche Chir.*, Lief. LXV, S. 11, 1880. — ALBERT HOFFA, *Lehrbuch der Fracturen und Luxationen*. Würzburg, 1891, S. 437.

<sup>(2)</sup> Duplay simplifie cette division en réunissant dans une même espèce les luxations des deux symphyses sacro-iliaques avec ou sans luxation de la symphyse pubienne.

Salleron, dans son remarquable mémoire, observant exactement les règles de la nomenclature adoptée pour les luxations, donne au déplacement de la symphyse sacro-iliaque le nom de luxation de l'os iliaque et réduit à trois le nombre des espèces, « comprenant plusieurs variétés possibles, mais peu nombreuses en raison de la conformation des os » : 1° luxation ou disjonction de la symphyse pubienne seule; 2° luxation de l'os iliaque unilatérale ou bilatérale, avec ou sans disjonction de la symphyse pubienne; 3° luxation du coccyx.

<sup>(3)</sup> Cas de CAMERON et de MURVILLE, cités par Malgaigne. — Cas de WEBER, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1<sup>er</sup> juin 1872, cité par Lossen.

<sup>(4)</sup> MARTIN, cité par Malgaigne.

<sup>(5)</sup> GALLEZ, *Presse méd. belge*, 1876, n° 52.

Enfin Tenon (1) a rapporté l'intéressante observation partout citée d'un jeune homme de dix-huit ans qui se destinait à l'état de danseur; son maître le faisait coucher sur le dos, et lui posait ses pieds sur les genoux, puis se balançait dans cette position pour obtenir un renversement en dehors des genoux et des pieds; il obtint en tout cas un écartement des pubis.

La disjonction semble se faire entre un des pubis et le fibro-cartilage de la symphyse. Baker, Cloquet, Malgaigne, ont constaté à l'autopsie que le fibro-cartilage était arraché du pubis; cet arrachement se produit toujours du côté luxé (Salleron). La disjonction concomitante de la symphyse sacro-iliaque qui doit presque toujours exister n'a pas été anatomiquement vérifiée; elle se révèle par ce fait, noté dans quelques observations: une douleur bien localisée sur la symphyse sacro-iliaque.

Les signes sont en général faciles à percevoir; l'écartement des pubis peut être masqué par un très abondant épanchement sanguin; mais, alors même que le gonflement est considérable, une exploration méthodique permet de se rendre compte du déplacement et de la mobilité des pubis. L'écartement peut aller à deux ou trois travers de doigt; dans le cas de Murville on pouvait enfoncer la main entre les os.

Les complications dues aux lésions des voies urinaires ont été bien étudiées par Salleron. On peut observer des ruptures de l'urèthre ou des ruptures de la vessie par pression directe, indépendantes de la disjonction pubienne. (Il n'est pas seulement question ici des complications des luxations isolées de la symphyse, mais des lésions qui sont dues au déplacement du pubis dans les luxations multiples.) L'accident propre à la luxation du pubis est la déviation de l'urèthre. Richerand avait déjà signalé chez un blessé, un tiraillement de l'urèthre du côté malade; Salleron attribue cette déviation du canal à la traction exercée par le pubis déplacé sur le ligament antérieur de la vessie correspondant: « Lorsque le ligament pubio-prostatique du côté de la luxation n'est pas complètement rompu, qu'il est seulement tirailé, la prostate, et par suite le col de la vessie, est forcément déplacée dans le même sens et du même côté. Mais si la rupture est complète, ce qui doit arriver rarement, le ligament du côté opposé n'ayant plus d'antagoniste doit forcément entraîner la prostate de son côté et dévier l'urèthre dans le même sens. » Il semble que la traction exercée sur l'aponévrose moyenne par la branche ischio-pubienne déplacée doive jouer un rôle bien plus important dans la déviation de l'urèthre. Cette complication se révèle en tout cas par la rétention d'urine et une certaine difficulté dans le cathétérisme.

Les autres lésions, les ruptures de l'urèthre et de la vessie, ici comme pour les fractures, font la gravité du pronostic.

Le traitement des luxations de la symphyse pubienne se réduit à maintenir le blessé au lit, en appliquant autour du bassin un bandage qui rapproche, autant que faire se peut, les pubis écartés.

2° *Luxations de la symphyse sacro-iliaque.* — Malgaigne ne cite qu'un cas de cette luxation sans fracture du bassin (2); encore est-il fort discutable, et s'agit-il probablement de toute autre chose que d'une luxation traumatique, car à l'autopsie on trouva du pus autour de la symphyse et le traumatisme avait été

(1) TENON, *Mémoires de l'Institut*, t. IV, p. 159.

(2) PHILIPPE, *Bull. de l'Acad. de chir.*, 1768, t. III. — *Histoire*, p. 91, cité par Malgaigne, *loc. citato*, p. 771.

assez peu violent pour que le malade pût continuer à marcher et à porter de lourds fardeaux le jour même de l'accident.

Salleron a rapporté un cas de cette variété de luxation, cas fort bien observé et décrit, et dans lequel l'os iliaque était luxé en avant sur le sacrum, sans aucun signe de fracture du bassin, sans aucun déplacement de la symphyse pubienne.

Comme le fait remarquer Salleron, cette luxation simple de la symphyse sacro-iliaque ne peut se maintenir que si le déplacement de l'os iliaque se fait en avant; lorsqu'il s'effectue en arrière, la réduction doit être spontanée et immédiate.

Malgaigne cite quatre autres observations de luxation sacro-iliaque, mais avec fracture concomitante du bassin, et alors avec déplacement variable, le plus souvent en haut et en arrière.

Les signes, outre la douleur et l'impuissance du membre, sont: la mobilité avec craquement du côté de la symphyse, l'écartement qui permet d'y enfoncer les doigts, et le déplacement de l'épine iliaque postérieure et supérieure (Malgaigne). Dans la luxation simple sans fracture il n'y aurait aucune mobilité (Salleron). Nous avons déjà vu comment une fracture du sacrum pouvait simuler une luxation sacro-iliaque et sur quels caractères précis devait s'appuyer le diagnostic différentiel (voy. *Fractures du sacrum*).

Dans le cas de Salleron, le seul connu de luxation simple sans fracture, la réduction se fit spontanément le troisième jour, dans un mouvement du malade pour se retourner sur le côté.

Lorsque la luxation accompagne une fracture, il faut tenter la réduction, à moins de complications tellement graves qu'on ne craigne par le moindre mouvement d'augmenter encore les désordres qui existent. C'est le conseil que donne Malgaigne, et Salleron n'avait retardé de quelques jours la réduction que pour laisser aux accidents graves le temps de s'amender. Cette réduction spontanée est peut-être la cause de la rareté des observations de luxation sacro-iliaque.

5° *Luxations simultanées de la symphyse pubienne et de la symphyse sacro-iliaque.* — C'est la luxation de l'os iliaque séparé de ses deux attaches. Malgaigne en a réuni cinq observations (Enaux, Baker, Gerdy, Tavignot, Parmentier) auxquelles il a ajouté un cas personnel. Salleron en a observé deux autres.

Dans la plupart des cas, il y a en même temps une fracture peu étendue et sans déplacement, ou avec très peu de déplacement, siégeant en un point variable de l'os iliaque, le plus souvent sur la branche horizontale du pubis ou la branche ischio-pubienne.

C'est toujours une violence considérable qui produit la luxation: passage d'une roue de voiture, éboulement, chute d'un lieu élevé, etc. Salleron, de son étude sur le mécanisme du déplacement, conclut que: 1° pour produire la luxation en haut et en arrière, il faut que le traumatisme agisse suivant un axe fictif passant ou par la tubérosité de l'ischion, comme dans les chutes sur le siège, ou par la cavité cotyloïde, comme dans une chute sur les extrémités inférieures en extension, ensuite aboutissant au centre de l'articulation sacro-iliaque; 2° la luxation en avant ne peut être produite que par un traumatisme agissant directement sur l'épine iliaque postérieure et supérieure suivant un axe passant par le milieu de la symphyse sacro-iliaque.

Les *signes* de la luxation de l'os iliaque sont d'ordinaire bien caractéristiques, car ils consistent dans un changement de rapports de l'os tout entier, par conséquent appréciable à chacun des points de repère qui servent toujours à l'exploration. A part les signes de disjonction de la symphyse pubienne et de la symphyse sacro-iliaque, on constate dans la luxation en haut et en arrière un retrait de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une saillie exagérée de l'épine postérieure, une dépression de la gouttière sacrée, parfois un écartement appréciable au toucher de la symphyse sacro-iliaque. L'os iliaque tout entier est remonté, d'où un raccourcissement apparent du membre inférieur; il subit aussi un mouvement de torsion qui porte en dehors et en haut le pubis luxé, en dedans la tubérosité de l'ischion, et qui provoque la rotation du pied en dehors de façon à simuler une fracture du col du fémur.

Dans la luxation en avant, au contraire, la saillie exagérée de l'épine iliaque antérieure, le relief formé par l'os iliaque déplacé, l'enfoncement de l'épine iliaque postérieure, permettent de reconnaître le déplacement. Dans cette variété de luxation, le membre inférieur ne semble pas raccourci, le pied est droit ou légèrement dévié en dedans.

La mensuration du membre inférieur, soigneusement pratiquée, permettra toujours de reconnaître l'intégrité du fémur et de l'articulation de la hanche; le diagnostic ne peut être obscurci que par la difficulté de l'exploration directe du bassin, à cause du gonflement; on peut alors prendre la luxation pour une fracture du bassin, ou inversement (Malgaigne).

Le *pronostic* est grave. Malgaigne compte 4 morts sur 6 observations. Dans les deux cas de Salleron, la guérison se fit sans accident.

Les complications qui aggravent le pronostic sont, comme toujours, les ruptures de l'urèthre ou de la vessie. J'ai déjà signalé la simple déviation de l'urèthre provoquant la rétention d'urine.

La *réduction* doit être tentée et le blessé maintenu dans la position la plus favorable à l'immobilisation de l'os réduit. Dans le cas d'Enaux, les tentatives de réduction ne donnèrent aucun résultat; mais l'os iliaque se réduisait de lui-même dans la simple flexion de la cuisse et de la jambe. Chez un des blessés observés par Salleron (luxation de l'os iliaque en avant), la réduction se fit spontanément pendant qu'on retournait le malade dans son lit pour l'explorer; chez l'autre (luxation en haut et en arrière), les manœuvres de réduction (traction et contre-extension) donnèrent un succès complet.

La réduction obtenue, un bandage de corps maintiendra les os en place et le repos dans le décubitus doit être gardé jusqu'à réparation complète des symphyses.

4° *Luxation des deux symphyses sacro-iliaques.* — *Luxation des deux os iliaques en arrière.* — *Luxation du sacrum.* — Le sacrum ne peut se déplacer qu'en avant; une observation présentée à l'Académie par Murville, comme luxation du sacrum en bas, ne saurait être admise, en l'absence de tout signe caractéristique<sup>(1)</sup>.

La luxation du sacrum en avant, sans disjonction du pubis, a été constatée par Cooper, Gibson, Foucher.

Dans l'observation de Foucher<sup>(2)</sup>, la seule complète, la lésion avait été produite par le passage d'une roue d'une voiture pesamment chargée. Mais la

<sup>(1)</sup> MALGAIGNE, *loco citato*, p. 784.

<sup>(2)</sup> FOUCHER, *Revue médico-chirurgicale*, t. IX, p. 556.

position du sujet n'est pas indiquée et, contrairement à l'opinion de Malgaigne, Salleron pense que la roue avait dû passer sur le sacrum, le blessé étant tombé en avant et le bassin reposant sur le sol par le pubis et les deux épines iliaques. Les expériences de Féré et Perruchet, que j'ai citées plus haut (voy. *Fractures du bassin*), ont montré qu'il est même possible, par un choc appliqué sur le sacrum, sans que le bassin soit appuyé en avant, de produire la luxation du sacrum avec ou sans fracture du pubis. L'observation incomplète de Gibson a

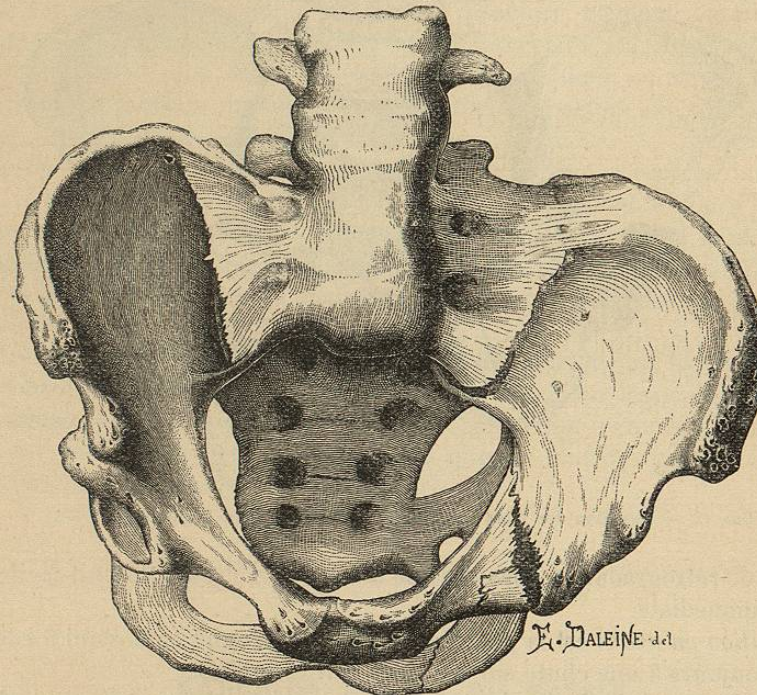


FIG. 11. — Luxation du sacrum en avant avec fracture des branches du pubis. (Foucher, musée Dupuytren, n° 775. — Pièce dessinée dans l'atlas de Malgaigne.)

trait à une femme de trente-cinq ans, de constitution délicate, à qui son mari avait asséné un coup de poing sur le sacrum.

Le blessé de Foucher mourut au bout de cinq jours. Outre la luxation du sacrum en avant, il y avait une fracture de l'os iliaque gauche.

5° *Luxations simultanées des trois symphyses.* — Dans le cas de luxations simultanées des trois symphyses<sup>(1)</sup>, les désordres sont tels que les blessés ont tous succombé. La mort est survenue rapidement, soit à la suite de la rupture de la vessie, soit à la suite de suppurations prolongées, de gangrène par altération des parties molles, etc.

Les signes, les indications du traitement ne présentent ici rien de particulier. Lorsqu'il n'y a pas de complications immédiates par lésion de la vessie ou de l'urèthre, le pronostic doit être moins grave, car on a moins à redouter aujourd'hui l'infection et la suppuration à la suite de plaies contuses des parties molles. Du reste, « si nous ne comptons que des morts, dit Malgaigne, il se

<sup>(1)</sup> Observations de A. COOPER, CLOQUET, THOUVENET, RICHERAND, cités par Malgaigne. — LAUGIER, *Bullet. de la Soc. anatom.*, 1850, p. 55. — DOLBEAU, DUBREUIL, POLLOCK, cités par Lossen.

pourrait qu'il y eût des guérisons restées ignorées, parce que sur le vivant on n'aurait reconnu qu'une ou deux des trois luxations ».

6° *Luxations du coccyx*. — La luxation du coccyx peut se faire en avant ou en arrière.

Un seul cas de *luxation en arrière* a été nettement observé par Lauverjat (1).

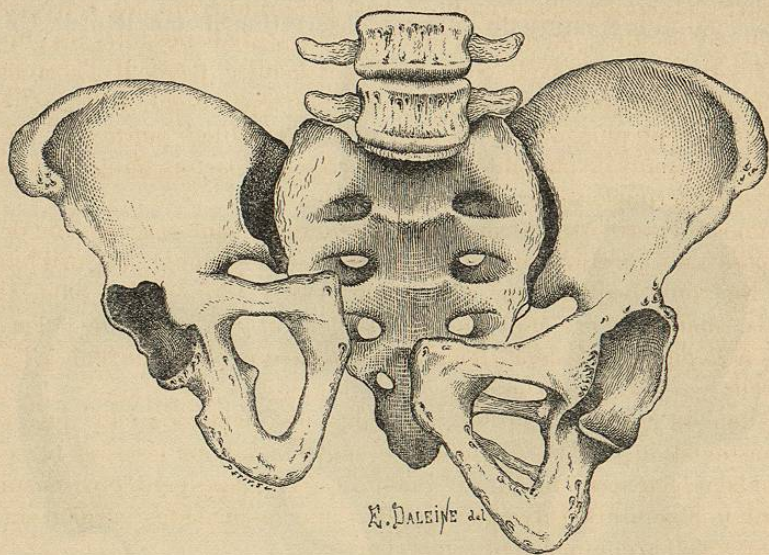


FIG. 12. — Luxation des trois symphyses. (Laugier, musée Dupuytren, n° 772.)

à la suite de rétrogradation considérable de cet os. La réduction fut facile et la guérison immédiate.

La *luxation en avant* est la plus fréquente; Malgaigne en a réuni 6 cas. Elle succède toujours à une chute sur un corps dur et saillant.

Une douleur très violente, du ténesme et en même temps une gêne plus ou moins accentuée de la défécation sont les signes fonctionnels qui attirent l'attention. L'exploration rectale permet de sentir le coccyx luxé, plus ou moins incliné en avant, parfois déplacé en haut, de sorte que le doigt a peine à l'atteindre (Ravatou, Royer).

La régularité de la base de l'os luxé, l'absence de crépitation osseuse, la permanence de la réduction permettent de différencier la luxation de la fracture du coccyx.

La réduction est d'ordinaire facile à obtenir, et elle paraît se maintenir naturellement; dans plusieurs observations, il est dit que les malades ont été immédiatement guéris. Parfois, au contraire, le déplacement se reproduit; peut-être dans ces cas s'agissait-il de fractures. Quoi qu'il en soit, si la tendance au déplacement persiste, il peut être nécessaire de maintenir le coccyx réduit à l'aide d'un tamponnement du rectum, comme on le fait pour les fractures.

**Rupture des symphyses pendant l'accouchement.** — Malgaigne a décrit avec les luxations traumatiques la rupture des symphyses pendant l'accouchement, séparant ainsi nettement cette lésion du relâchement des symphyses

(1) Cité par Malgaigne, p. 786.

observé pendant la grossesse et qu'il range dans la classe des luxations pathologiques.

Des observations de rupture isolée de l'articulation sacro-iliaque ont été rapportées, depuis A. Paré, par Peu, Smellie, Bach (1). Mais le plus souvent c'est la symphyse pubienne qui est rompue avec ou sans disjonction des symphyses postérieures. Malgaigne en a réuni 17 cas. La primiparité, les rétrécissements du bassin par fractures anciennes sont les causes prédisposantes les plus importantes. La rupture des symphyses peut se produire pendant l'accouchement spontané ou bien pendant une application de forceps (Wahl, Adams) (2).

Un craquement plus ou moins fort, une vive douleur au niveau de la symphyse rompue, puis la mobilité et un écartement parfois assez prononcé sont les signes par lesquels se révèle la rupture.

Le pronostic, grave à cause des complications souvent observées de déchirure de la vessie, de l'urèthre, du périnée, etc., est cependant aujourd'hui moins sombre que ne l'avait indiqué Malgaigne; sur 17 femmes, en effet, 8 avaient succombé, mais la mort était due non seulement à la longueur de l'accouchement et à l'épuisement de la femme, mais encore bien souvent à l'infection puerpérale.

Le traitement consiste à garder longtemps les malades au lit, jusqu'à complète consolidation des articulations lésées, et à maintenir les os en place à l'aide d'un bandage bien serré autour du bassin. Ce bandage peut être ensuite remplacé par une ceinture pelvienne spéciale que les malades gardent un certain temps lorsqu'elles commencent à marcher.

## CHAPITRE II

### MALADIES DES OS DU BASSIN

#### I

#### OSTÉITES DU BASSIN

On observe au bassin les diverses variétés d'ostéites: ostéomyélite traumatique, ostéomyélite spontanée, ostéite tuberculeuse, ostéite syphilitique.

L'*ostéomyélite traumatique* ne présente rien dans ses caractères, ni dans son évolution, qui puisse mériter une description spéciale. Elle succède d'ordinaire aux fractures avec plaie, le plus souvent aux fractures par armes à feu, et s'accompagne de tous les accidents habituels de ces sortes de lésions; l'épaisseur des parties molles qui enveloppent le bassin, la difficulté de l'exploration et souvent de l'intervention, rendent le pronostic particulièrement grave. Cependant ce pronostic s'est singulièrement modifié depuis quelques années, car il n'est plus guère de portion de squelette pelvien qui soit inaccessible à l'intervention chirurgicale, grâce à l'emploi de l'antisepsie.

(1) Cités par Malgaigne, *loco citato*, p. 795.

(2) BUDIN, *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*. Thèse d'agrégation de Paris, 1878.