

Dans cette description nous n'avons nullement la prétention d'épuiser toutes les variétés de fractures multiples du bassin. L'os iliaque surtout offre, sous ce rapport, une grande diversité de formes; ses différentes parties peuvent se briser soit dans une direction verticale, soit, au contraire, horizontalement. Les violences traumatiques qui entrent en jeu sont souvent, en effet, de nature fort complexe, et l'on comprend facilement que, dans certains cas, les parties proéminentes des os iliaques soient le siège de fractures, en quelque sorte, indépendantes des autres au point de vue du mécanisme de leur production.

Nous allons maintenant passer en revue les **fractures isolées** des différents os qui constituent le bassin, fractures dont l'importance est beaucoup moindre que celle des formes multiples que nous venons de décrire.

Commençons d'abord par le **sacrum**. A la suite d'une chute sur la partie postérieure et inférieure de la région sacrée, on observe quelquefois une fracture transversale de cet os, avec déviation en avant du fragment inférieur. Le coccyx peut être en même temps luxé en dedans. Dans plusieurs fractures de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer, la guérison s'est opérée avec un cal osseux. La fracture paraît siéger de préférence au niveau des troisièmes trous sacrés. On ne réussit généralement pas à faire disparaître le déplacement.

Dans un certain nombre de cas, à la suite d'une chute sur la **tubérosité de l'ischion**, on a observé une fracture, probablement isolée, de cet os. Un exemple en a été rapporté par DEVALZ, et MALGAIGNE également en a déjà décrit plusieurs cas. Plus souvent la fracture isolée de la tubérosité de l'ischion est due à un coup de feu (ROBERT). BAUM m'a communiqué un fait de ce genre dans lequel le fragment détaché formait une pseudarthrose avec le reste de l'ischion. — Un coup ou une chute sur la *crête iliaque* peut arracher un fragment plus ou moins étendu de cette dernière, ou bien l'épine iliaque antéro-supérieure, ou enfin la crête iliaque avec une portion plus ou moins étendue du corps de l'os. On a publié des cas dans lesquels le fragment arraché s'était déplacé d'une façon très notable par suite de la contraction des muscles qui y prenaient leurs insertions; ce déplacement était surtout gênant pour le malade lorsqu'il se produisait de bas en haut (SANSON).

Nous devons à KUSMIN des expériences approfondies sur les fractures du bassin (Wien. Med. Jahrbücher, 1^{er} fascic., 1883).

§ 2. — Nous décrivons ici, avec les fractures, les soi-disant **luxations du bassin** ou **diastases** des symphyses pubienne et sacro-iliaque; comme elles se produisent dans des points qui ne sont pas le siège de mouvements, à l'état normal, elles se rapprochent, par le fait, davantage des fractures de la ceinture pelvienne que des luxations proprement dites.

On a observé des diastases de toutes les symphyses ou amphiarthroses du bassin; MALGAIGNE décrit les luxations :

1) De la symphyse pubienne, 2) de la symphyse sacro-iliaque, 3) de ces deux symphyses d'un côté (luxation de l'os iliaque), 4) des deux symphyses sacro-iliaques (luxation du sacrum), 5) des trois symphyses à la fois, et 6) du coccyx.

A la rigueur on doit faire une distinction entre la *diastase* ou simple rupture avec écartement plus ou moins considérable des os, au niveau des symphyses, et la *luxation* qui consiste en une séparation complète des os, avec déplacement.

Parlons d'abord des formes simples d'écartement symphysaire, c'est-à-dire des **diastases**. On les a observées, à la suite d'une violence traumatique agissant de l'intérieur à l'extérieur, pour produire une solution de continuité de la ceinture pelvienne soit au niveau de la symphyse du pubis, soit au niveau de la symphyse sacro-iliaque. C'est ce qui arrive dans les accouchements, lorsque la tête de l'enfant est trop volumineuse relativement aux dimensions du bassin, et ne s'avance que sous l'action de contractions puissantes de l'utérus ou de tractions énergiques, à l'aide du forceps. C'est alors, le plus souvent, au niveau du détroit supérieur, quelquefois un peu avant la sortie du bassin, que la tête fœtale produit une diastase des symphyses, lesquelles, à ce moment, présentent assez souvent des altérations pathologiques.

Mais il peut arriver aussi que la diastase de la symphyse pubienne soit le résultat d'une violence traumatique agissant de l'extérieur. Tantôt ce sont des mouvements violents ayant pour effet de porter rapidement en abduction extrême les membres inférieurs (TENON cité par MALGAIGNE); tantôt c'est une chute sur la symphyse, les jambes écartées, comme, par exemple, lorsqu'un cavalier vient se heurter contre le pommeau de la selle à la suite d'un arrêt brusque du cheval. Une diastase considérable de la symphyse pubienne ne peut se produire sans une fracture ou un écartement analogue de l'une des articulations sacro-iliaques, comme le prouvent, du reste, les observations cliniques. D'autre part, il va sans dire qu'une diastase est impossible sans rupture des ligaments correspondants. Dans un certain nombre de cas ces derniers ne se rompent pas sur un point intermédiaire entre leurs insertions, mais ils arrachent au niveau de l'une d'elles une étendue plus ou moins grande de l'os correspondant. Il se produit ainsi une fracture par arrachement.

On a observé, dans un certain nombre de cas, une **luxation de l'os iliaque** avec déplacement de cet os de bas en haut, et en même temps en avant ou en arrière par rapport au sacrum. En général, cette luxation s'accompagne d'autres lésions traumatiques du bassin, et MALGAIGNE ne rapporte qu'un seul cas dans lequel cette complication ait fait défaut (PARMENTIER). Dans ces derniers temps on en a publié un certain nombre de cas, dont les uns ont été démontrés à l'autopsie (DEMME), tandis que d'autres ont guéri une fois la réduction opérée (SALLERON). Au niveau de la symphyse pubienne tout le cartilage reste adhérent d'un côté, tandis que de l'autre côté, on constate d'ordinaire un arrachement de quelques fibres osseuses. D'autre part, la luxation n'est pas possible sans une rupture complète des ligaments de la symphyse sacro-iliaque, à l'exception toutefois du ligament ilio-lombaire qui, dans plusieurs cas, ne présentait qu'une déchirure partielle. Le grand ligament sacro-sciatique est lui-même également déchiré. La plupart des luxations dont on connaît le mode de production, ont été causées par une chute sur une fesse, c'est-à-dire sur l'épine iliaque postérieure et supérieure, peut déterminer un déplacement de l'os iliaque en avant.

Une forme encore plus rare de luxation, c'est celle du **sacrum**. On observe un déplacement de cet os en avant et en haut, à la suite d'une violence traumatique agissant dans cette même direction, de façon à déterminer une rupture des deux symphyses sacro-iliaques. Tous les cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer, se sont terminés par la mort.

On a publié également un certain nombre d'observations de rupture simultanée des trois symphyses du bassin. La plupart de ces cas ont eu une terminaison fatale (DOLBEAU).

§ 3. — Au commencement de ce chapitre, nous avons déjà attiré l'attention du lecteur sur la gravité des lésions concomitantes des parties molles, dans les fractures du bassin et les diastases avec rupture des ligaments. La violence traumatique agissant généralement sur une large surface, on comprend que les fractures du bassin soient rarement compliquées de plaies externes. Cependant on observe quelquefois des blessures de ce genre, en communication avec le foyer de la fracture, et c'est alors, le plus souvent, l'os lui-même qui a perforé les parties molles de dedans en dehors. Bien plus fréquemment on a affaire à des lésions d'organes internes, et le plus souvent, ce sont les **plaies de l'appareil urinaire** qui rendent le pronostic fâcheux. Dans un petit nombre de cas seulement, il s'agit d'une **rupture de la vessie**. La statistique renferme un certain nombre de fractures et luxations du bassin, dans lesquelles cette dernière complication a été la cause de la mort. Mais, bien plus communément, c'est la portion urétrale de l'appareil urinaire qui est atteinte, et, sous ce rapport, on a surtout à redouter les lésions relativement fréquentes de la partie antérieure du bassin. SALLERON a fait observer que, dans les cas de diastase de la symphyse, si le ligament prostatico-pubien reste intact, la portion prostatique de l'urètre peut se trouver déplacée, au point de déterminer une rétention d'urine. Bien plus souvent on observe, en même temps, une déchirure de cette partie du canal. Toutefois, les lésions de l'urètre sont dues, habituellement, à des fractures de la branche ischio-pubienne, et elles siègent le plus souvent au niveau des portions bulbeuse et membraneuse. Tantôt l'urètre subit seulement une déchirure peu étendue, tantôt, au contraire, il s'agit d'une rupture transversale complète ou d'une attrition de ses parois.

Les traumatismes de la partie postérieure de la ceinture pelvienne entraînent assez fréquemment une lésion du plexus sacro-lombaire ou du nerf sciatique. Il est, du reste, très rare d'observer des paralysies persistantes. Les muscles en rapport avec le bassin ou qui s'y insèrent, comme le psoas-iliaque et les muscles de l'abdomen et des extrémités inférieures, sont souvent aussi intéressés dans les traumatismes pelviens.

Les fractures et luxations du bassin étant toujours dues à des violences considérables, on comprend que l'on observe, en même temps, des lésions d'organes divers, tels que le foie ou les reins, ou des fractures graves d'autres parties du squelette, c'est-à-dire du crâne, du tronc ou des extrémités. Dans les cas où l'autopsie peut être faite peu de temps après l'accident, on trouve toujours un épanchement sanguin abondant intra ou rétro-péritonéal. Dans un petit nombre de cas, le blessé a succombé à l'hémorragie, résultant de la rupture de quelque gros vaisseau (veine iliaque commune).

§ 4. — Les fractures du bassin ne sont certainement pas bien fréquentes, puisqu'elles constituent à peine un pour cent de toutes les fractures du squelette. Nous ne pouvons, d'ailleurs, donner des chiffres exacts, parce qu'une bonne statistique est actuellement impossible, vu l'incertitude du diagnostic, dans un grand nombre de cas. La raison de la rareté relative des fractures du bassin, c'est que ces dernières sont, pour ainsi dire, toujours la conséquence de violences traumatiques graves. On cite bien, il est vrai, des cas dans lesquels la fracture a été causée soit par une chute de côté sur le plancher d'une chambre (ROSE), soit par de fortes contractions musculaires. Mais ce sont là de rares exceptions, car, dans la grande majorité des cas, il s'agit de traumatismes graves, comme, par exemple, une chute d'une grande hauteur, un éboulement, le passage d'une roue de char sur le bassin, l'écrasement entre deux tampons de wagons, une chute de cheval dans laquelle ce dernier s'abat et roule sur son cavalier, etc. Dans notre étude du mécanisme des fractures du bassin (ROSE), nous avons déjà expliqué pourquoi une compression énergique de la ceinture pelvienne produit une fracture en des points déterminés, et nous avons vu que le siège de cette dernière dépend de deux circonstances, à savoir : du point d'application de l'agent traumatique et du degré de résistance des différentes parties du bassin. Du reste, les diverses formes de lésions dépendent nécessairement de violences traumatiques bien déterminées. Nous avons déjà dit que les déplacements de l'os iliaque, avec diastase des symphyses, peuvent être dues soit à une chute sur l'une des fesses, c'est-à-dire sur l'un des ischions, soit à un choc dirigé d'arrière en avant, sur la partie postérieure de la crête iliaque. Nous avons mentionné également les luxations du sacrum en avant, par une cause traumatique agissant sur la face postérieure de cet os. Enfin nous laissons au lecteur le soin de se représenter le mode de production de diverses fractures isolées, telles que celles de la crête iliaque ou de l'ischion.

§ 5. — Dans l'étude des **symptômes et du diagnostic** des fractures du bassin nous ferons abstraction des formes isolées intéressant certaines parties saillantes du squelette pelvien comme l'ischion ou la crête iliaque. Le diagnostic de ces dernières est, en général, facile grâce à l'anamnèse et aux signes bien connus des fractures. Par contre, il est d'une importance capitale de reconnaître les solutions de continuité intéressant au moins deux parties distinctes et le plus souvent même un plus grand nombre de points de la ceinture osseuse du bassin. Elles ont été désignées par MALGAIGNE sous le nom de **fractures verticales doubles**, tandis que ROSE les a appelées plus simplement **fractures de la ceinture pelvienne**. Il convient, à notre avis, de comprendre avec ces dernières les diastases des symphyses, les luxations qui constituent également une solution de continuité du bassin, et qui, d'ailleurs, produisent, en général, les mêmes symptômes graves que les fractures. Enfin le diagnostic dif-