

férentiel entre ces deux formes de lésions n'est pas toujours possible, et il arrive souvent qu'elles se combinent entre elles.

Dans la description des symptômes nous devons ici, de même que dans toutes les fractures des os qui entourent une cavité, établir une distinction bien tranchée entre les *phénomènes locaux* de la solution de continuité du bassin, et ceux qui sont produits par quelque *lésion concomitante des organes contenus dans la cavité pelvienne*.

Commençons par les **symptômes objectifs locaux**. En général, ils ne sont pas très prononcés. La **crépitation** fait souvent défaut, et ce serait commettre une faute que de chercher à la provoquer par des mouvements violents imprimés aux parties qui sont le siège de la fracture. Il en est de même du **déplacement**.

Ce dernier signe ne peut être constaté d'une façon bien nette que dans une seule catégorie des lésions dont nous nous occupons en ce moment, à savoir dans les luxations. L'os iliaque d'un côté est plus élevé que celui du côté opposé, ce qui entraîne un raccourcissement du membre correspondant; en outre, il fait une saillie plus ou moins prononcée en avant ou en arrière. Lorsque le sacrum est déplacé en avant, on constate une saillie en arrière des deux os iliaques. Il va sans dire que l'on peut observer également des déplacements considérables dans les fractures de l'os iliaque, de l'ischion et du pubis. MALGAIGNE fait observer que dans les fractures intéressant la cavité cotyloïde, le déplacement de bas en haut se manifeste par un raccourcissement de l'extrémité. Nous ajouterons que le raccourcissement du membre combiné avec la crépitation, peut être également la conséquence d'un écartement des os formant la cavité cotyloïde, et de la pénétration de la tête du fémur dans la cavité pelvienne.

La palpation du bassin, soit de l'intérieur, à travers les parties molles, soit au moyen du toucher vaginal ou rectal, permet assez souvent de constater un léger déplacement, surtout lorsque ce dernier siège en avant, c'est-à-dire au niveau de la branche horizontale du pubis ou de la branche ischio-pubienne. Le doigt rencontre alors des dépressions, des fentes ou des saillies osseuses anormales; dans les fractures transversales du sacrum on constate une déviation en avant du fragment inférieur, etc. Toutefois, dans la majorité des cas, les phénomènes locaux que nous venons de mentionner, ne sont pas bien caractérisés. Si l'on soupçonne alors une fracture du bassin, on fera un examen répété externe et interne, et l'on portera son attention sur les points que nous avons désignés plus haut comme étant le siège de prédilection de ce genre de lésions.

Un symptôme très important c'est la **douleur locale** que l'on provoque toujours au même endroit, par la pression du doigt. On ne tarde pas, du reste, à observer d'autres symptômes et avant tout des **ecchymoses** avec coloration étendue de la peau, que l'on voit apparaître surtout dans le voisinage des branches du pubis et de l'ischion, ainsi qu'au péri-née et au scrotum.

Parmi les symptômes que nous venons de mentionner, la **crépitation**

et le **déplacement** sont évidemment les seuls qui permettent de poser un diagnostic sûr, tandis que la douleur locale et l'ecchymose sont des signes sur lesquels on ne peut baser qu'un diagnostic de probabilité. Lorsque les premiers font défaut ainsi que les complications dont nous aurons encore à parler, on peut être dans le doute sur la nature de la lésion, et dans ce cas, la longue durée des symptômes et l'impuissance fonctionnelle peuvent seules nous autoriser à conclure à l'existence d'une fracture. Mais dans la grande majorité des cas, il ne manque pas de **complications** dont les symptômes peuvent être utilisés pour le diagnostic. En première ligne on devra prendre en considération les **symptômes vésicaux**.

Une rétention d'urine de plus ou moins longue durée, l'émission involontaire d'une urine sanguinolente, l'écoulement de sang par l'urètre, et d'urine mélangée de sang par la sonde introduite dans la vessie, l'infiltration d'urine avec les phénomènes généraux qui l'accompagnent, tels sont les divers symptômes que l'on doit s'attendre à observer dans les fractures du bassin. Dans une partie de ces dernières la rétention d'urine, le plus souvent passagère, n'est qu'un trouble fonctionnel dû à la contusion des muscles de l'abdomen, de la vessie elle-même ou des nerfs de cet organe, contusion qui peut entraîner une paralysie momentanée, rarement persistante, des muscles servant à la miction volontaire. Les cas de déchirure de la vessie sont rares, et le plus souvent mortels. Le diagnostic de cette dernière lésion n'est, du reste, pas toujours sûr. On a rapporté des cas — et j'en ai observé un pour ma part — dans lesquels la sonde introduite dans la vessie pénétrait régulièrement dans la cavité abdominale et donnait issue à une assez grande quantité de liquide sanguinolent. Ce fait mérite d'autant plus d'être signalé, que les *symptômes graves de péritonite sont loin de survenir toujours très rapidement après l'accident*.

Une complication bien plus fréquente des fractures du bassin, ce sont, nous l'avons déjà dit, les lésions de l'urètre. Dans les fractures et diastases de la région de la symphyse, la blessure de l'urètre intéresse la portion prostatique, tandis que dans les fractures de la branche ischio-pubienne, elle siège au niveau des portions bulbeuse et membraneuse de l'urètre. Dans ces cas l'introduction de la sonde est toujours difficile; quelquefois même, surtout lorsqu'il s'agit d'une rupture complète, on ne réussit pas à trouver l'orifice du bout postérieur du canal. On ne tarde pas à voir apparaître alors une tuméfaction du scrotum par infiltration d'urine, puis un phlegmon gangréneux des parties infiltrées, et la mort survient, le plus souvent, précédée de symptômes septico-pyémiqes.

En présence de ces phénomènes se rapportant aux lésions de l'appareil urinaire, les **symptômes du côté du rectum** n'ont, en somme, que peu d'importance. On observe généralement une rétention passagère des

matières fécales. Ce n'est que dans les fractures et les luxations du sacrum et du coccyx que l'on voit parfois se produire des troubles fonctionnels graves, une rétention persistante des matières fécales, des douleurs vives dans la défécation. Ces lésions du sacrum, de même que les luxations de l'os iliaque, se compliquent assez souvent d'une rupture du rectum (EARLE, SONDERHOF).

Un symptôme important c'est la **diminution de la motilité des membres inférieurs**. Il ne s'agit que très rarement d'une paralysie par lésion des nerfs. Dans quelques cas, il est vrai, le nerf sciatique était évidemment blessé; mais, le plus souvent, la paralysie n'est qu'apparente et s'explique parfaitement par la lésion des muscles et de leurs points d'insertion, ainsi que par la douleur dont s'accompagnent les mouvements des membres inférieurs.

Parfois le nerf obturateur est évidemment lésé, comme le prouvent les douleurs siégeant à la face interne de la cuisse et s'irradiant jusqu'au genou. Le muscle psoas-iliaque paraît être atteint avec une fréquence particulière; de même, il n'est pas rare d'observer des lésions des adducteurs au niveau de leurs points d'insertion. C'est sans doute à cette dernière complication qu'il faut attribuer la rotation du pied en dehors observée dans un certain nombre de cas. Il est vrai que, bien souvent, cette rotation dépend du déplacement de tout un côté du bassin fracturé, avec enfoncement des os constituant les parois de la cavité cotyloïde.

§ 6. — Bien que les détails dans lesquels nous venons d'entrer, nous montrent que les fractures du bassin sont des lésions graves par leurs complications, cependant il est bien probable qu'elles guérissent, dans la majorité des cas, sans avoir de sérieuses conséquences pour le malade. Un grand nombre de ces fractures rencontrées par hasard dans les autopsies, nous prouvent la possibilité de leur guérison avec un *cal osseux*. Les observations connues jusqu'ici ne sont pas assez nombreuses pour permettre d'établir la proportion des guérisons et des cas de mort. Cependant nous pensons n'être pas trop loin de la vérité en admettant que la fracture guérit dans les trois quarts des cas. Parmi les individus guéris, un certain nombre conservent des désordres et des troubles fonctionnels divers. La consolidation des fragments entraîne certaines déformations; l'altération de forme du bassin s'accompagne d'un allongement ou d'un raccourcissement de l'une des extrémités inférieures. Dans les cas de diastase d'une symphyse, la réunion peut ne s'opérer que d'une façon incomplète, et les mouvements restent incertains ou sont entravés tout à fait. Toutefois ces cas sont rares. Plus souvent le malade conserve des troubles de la miction; tantôt c'est un fragment osseux détaché ou un cal vicieux qui rétrécit l'urètre, tantôt le rétrécissement est dû à une cicatrisation irrégulière d'une plaie de ce conduit. Enfin dans la vessie peuvent se former des concrétions phosphatiques.

Le **traitement** commence avec le transport du blessé qui exige les mêmes précautions que celles que nous avons fait connaître, à propos des fractures de la colonne vertébrale; aussi renvoyons-nous le lecteur au chapitre consacré à ces dernières lésions. Il en est de même pour ce qui concerne la position à donner au blessé et les soins de propreté destinés à prévenir les décubitus. Lorsqu'on a affaire à une luxation, on cherche à en obtenir la réduction; s'agit-il, par exemple, d'une luxation de l'os iliaque, on exerce une traction sur l'extrémité correspondante et une pression sur la crête de l'os luxé. Les faits publiés par SALLERON prouvent, en effet, la possibilité de la réduction. Lorsque la tête du fémur a pénétré dans le bassin à la suite d'une fracture des os formant la cavité cotyloïde, on cherche à l'en retirer par des tractions sur le membre, et à maintenir la position normale de ce dernier par l'extension permanente. La déviation du coccyx pourra être corrigée à l'aide des doigts introduits dans le rectum, et il en est de même dans les cas de fracture transversale du sacrum avec flexion en avant du fragment inférieur. Quelquefois, dans cette dernière forme de fracture, on peut maintenir la réduction au moyen d'un tampon laissé à demeure dans le rectum. Mais même dans les fractures du pubis avec déplacement considérable des fragments, on peut essayer de réduire ces derniers par la voie rectale ou vaginale, à condition toutefois que l'on ne soit pas obligé de déployer une force trop grande. Quant au traitement proprement dit de la fracture, il ne peut guère consister que dans le repos du blessé. Dans le cas de diastase des symphyses, on a conseillé de maintenir le bassin serré au moyen d'une ceinture ou d'une bande. La guérison, dans les cas favorables, s'opère dans l'espace de 6 semaines à 3 mois, et généralement le blessé est alors en état de marcher.

Un point d'une grande importance, c'est le traitement des symptômes urinaires. Dans les cas légers il suffit d'introduire une sonde dans la vessie. Lorsque, malgré le cathétérisme, on voit survenir une infiltration d'urine, ou bien lorsqu'on ne parvient pas à introduire une sonde et que le périnée commence à se tuméfier, on fait une incision périnéale dans le but d'aller à la recherche du bout postérieur de l'urètre et d'y faire pénétrer une sonde qui permette l'évacuation de l'urine; c'est alors, en effet, le seul moyen dont dispose le chirurgien pour prévenir les symptômes si redoutés de l'infiltration urinaire. En ce qui concerne le traitement de cette dernière complication, nous devons renvoyer le lecteur au second volume de cet ouvrage (page 609).

2. Plaies du bassin, par armes à feu.

§ 7. — Dans la majorité des cas, les plaies du bassin par armes à feu ne pénètrent pas dans la cavité pelvienne. Abstraction faite des lésions des organes génitaux, il s'agit, avant tout, de blessures intéressant les masses musculaires. Elles ne sont point, du reste, sans danger, à cause de l'épaisseur des muscles