

On connaît quelques cas d'*anévrismes artérioso-veineux* de la région, c'est toujours à la suite d'un *traumatisme* ayant blessé simultanément l'artère et la veine, plaie par instrument piquant, contusion violente des vaisseaux contre les saillies osseuses que ces tumeurs vasculaires se développent dans la région *inguinale*. Pour tous les détails de l'évolution de ces anévrysmes et pour les accidents qu'ils entraînent, je renvoie au tome I, page 670.

La ligature des artères et des veines avec ouverture du sac ne paraît pas avoir donné de bons résultats. Larrey guérit un malade atteint d'anévrysme artérioso-veineux après un coup d'épée au moyen d'un traitement très long par la méthode de Valsalva à laquelle il adjoignit des applications de glace en permanence. Aussi longtemps que la tumeur ne fait courir aucun danger immédiat à la vie du blessé, mieux vaut s'en tenir aux palliatifs et à des appareils destinés à empêcher la tumeur d'être comprimée ou contusionnée.

3° LÉSIONS FORMATIVES.

Tuberculose. — Les lésions tuberculeuses des apophyses transverses ou articulaires des vertèbres déterminent des suppurations osseuses qui cheminent dans la gaine du *psaos* et viennent se faire jour vers le petit trochanter en passant par la partie externe de l'arcade crurale; au contraire le pus qui vient des corps vertébraux fuse dans le tissu connectif sous-péritonéal et fait saillie à la partie interne de l'arcade vers l'anneau crural ou même dans le triangle de Scarpa.

Les accidents qui se manifestent sont ceux que nous avons décrits en parlant de la tuberculisation vertébrale en même temps que ceux d'un psosis à marche lente et chronique. Pour le traitement, voyez t. II, p. 93.

Fibromes. — Il existe un certain nombre d'observations de tumeurs de la fosse iliaque développées dans les tissus connectifs de la région. On leur donne généralement le nom de fibromes, bien que leur récurrence sur place ait été observée quelquefois, ce qui tendrait à les faire plutôt considérer comme des sarcomes. Ces tumeurs peuvent acquérir un gros volume et comprimer les organes, les vaisseaux et les nerfs voisins, elles déterminent alors des douleurs vives qui nécessitent quelquefois l'intervention du chirurgien; l'extirpation en est difficile et très laborieuse à cause des adhérences très étendues que ces néoplasmes contractent avec le péritoine.

§ 2. — Lésions des os et des articulations de la ceinture pelvienne.

A. — Lésions traumatiques.

1° FRACTURES.

Les os du bassin peuvent être fracturés soit par des chutes d'un lieu élevé, soit par des compressions violentes, roues de voiture, jamponnement de wagons, soit par des projectiles de guerre, des éclats de mines, des éboulis de carrière, etc. Les fractures du bassin survenues chez les vieillards à la suite d'efforts musculaires, ou chez des femmes pendant des accouchements laborieux me paraissent devoir toujours impliquer un état antérieur anormal de structure, une raréfaction du tissu osseux.

Les fractures produites varient suivant l'intensité de la force et son point d'application, s'agit-il d'une compression antéro-postérieure, les branches pubiennes et ischiatiques céderont, suivant leur moindre résistance; les compressions transversales peuvent porter sur les ailes iliaques qui éclatent d'ordinaire suivant une ligne oblique antéro-postérieure, comme si la crête de l'os avait été repliée vers le dedans. Les forces comprimantes peuvent agir au-dessous des ailes de l'iléon au niveau du rebord cotyloïdien où la ceinture pelvienne, beaucoup plus résistante, représente une voûte ovalaire appuyée en avant, par un pied droit aminci, le pubis, sur la symphise et en arrière sur le sacrum auquel l'unissent des ligaments très résistants. La violence agissant de dehors en dehors tend à enfoncer cette voûte qui résiste et transmet la force à ses deux extrémités, les deux symphyses résistent et le pubis se brise en avant pendant qu'en arrière le sacrum se rompt, s'arrache au niveau de ses points de moindre résistance, déterminés par les trous sacrés. Dans ces cas, assez rares du reste, la fracture est double et verticale sur les deux os; je n'insiste pas sur ce genre spécial de fractures du bassin, qui s'accompagnent toujours de lésions des organes du petit bassin, de la vessie surtout et qui entraînent presque infailliblement la mort par infection urinaire.

Avant de passer rapidement en revue toutes les variétés de fractures des os du bassin, je me bornerai à signaler les attritions complètes, les fractures multiples et esquilleuses que les gros projectiles, les éboulements de roche, etc., peuvent déterminer et que compliquent toujours les déchirures de la vessie, du rectum, de tous les organes du grand et du petit bassin; ces accidents sont au-dessus de nos ressources chirurgicales.

Je serai très bref encore au sujet des fractures par coup de feu, pour lesquelles je renvoie le lecteur au tome I, p. 177 et 440. Toutes les notions que la chirurgie actuelle possède sur les effets des projectiles, sur les

fractures qu'ils déterminent sera à réviser le jour où une triste et meurtrière expérience, prochaine peut-être, nous fera connaître les effets des nouveaux projectiles, balles, obus à mélinite, torpilles explosibles, etc., etc.

A. *Fractures de l'iléon.* — Les fractures de l'aile iliaque sont, ainsi que je viens de l'expliquer presque toujours obliques d'arrière en avant, le déplacement des fragments est peu considérable, la partie mobilisée est portée un peu en dedans par la force vulnérante, le rebord de la crête iliaque est déjeté en dehors et porté un peu en haut par les muscles de l'abdomen dont l'action se neutralise en raison de l'obliquité en sens opposé des fibres du grand et du petit oblique.

Le cal constitue un bourrelet qui persiste longtemps; si la fracture est esquilleuse, si des corps étrangers y sont restés, la suppuration s'établit, les organes abdominaux peuvent être compromis, le pus peut pénétrer dans le petit bassin, des fistules s'établissent au dehors et persistent très longtemps.

B. *Fractures cotyloïdiennes.* — Produites par une compression transversale, elles peuvent n'être qu'un phénomène de l'attrition de l'iléon, comme aussi elles peuvent n'atteindre que le sourcil cotyloïde, qui est alors plus ou moins écrasé, accident qui complique fréquemment les luxations coxo-fémorales.

Les fragments rendent la réduction de ces dernières difficile ou impossible, et dans le cas où l'on arriverait à les réduire, on ne saurait espérer les maintenir réduites. Au surplus toutes ces considérations sont plus théoriques que pratiques, car il n'existe qu'un seul exemple dans la science où la fracture isolée du sourcil cotyloïdien a pu être reconnue par la crépitation des fragments qui coïncidait avec une luxation.

D'autres fois c'est le fond de la cavité cotyloïde qui est brisé ou pour mieux dire ce sont des fractures du bassin dont les fêlures, les fissures arrivent jusqu'à la paroi osseuse qui sépare la cavité cotyloïde d'avec le petit bassin. La proximité des organes pelviens, la plus ou moins grande étendue de la brisure osseuse, rend cette fracture très grave, bien que cependant on en connaisse des cas de guérison. On ne peut guère que soupçonner l'existence de ces fêlures de l'acétabulum; rien ne permet de les reconnaître, d'autant plus que toujours la fracture s'irradie au loin et que les accidents abdominaux peuvent dépendre de toutes ces fractures. Dans des cas plus graves encore, la tête du fémur défonce le fond de la cavité, passe à travers les fragments osseux et pénètre dans le bassin. On comprend combien des accidents de ce genre sont redoutables, la mort en est la terminaison habituelle et cependant on a cité des cas où les blessés ont survécu.

C. *Fractures du pubis.* — Nous avons déjà indiqué le mécanisme de leur production; il faut, à moins que la fracture ne soit déterminée par une action directe, que la symphyse résiste, et que la force détermine

la rupture de l'os; dans le cas contraire, la symphyse cède et ses ligaments rompus laissent les deux moitiés de la ceinture pelvienne s'écarter l'une de l'autre. Les fragments du pubis brisé se déplacent, s'enfoncent dans le petit bassin et viennent blesser plus ou moins gravement la vessie et les canaux urinaires, tous les accidents septiques de l'infiltration urinaire en sont la conséquence; des fragments d'os ont pu même être retirés de la vessie au fond de laquelle ils avaient servi de noyaux autour desquels des calculs s'étaient réunis.

D. *Fractures de l'ischion.* — Une chute à faux sur la tubérosité ischiatique peut déterminer la fracture des branches de cet os; on l'a constatée également pendant des accouchements laborieux et souvent alors la fracture double isolait des fragments plus ou moins considérables de l'ischion qui étaient venus blesser les voies urinaires. La crépitation est quelquefois perceptible par le toucher rectal, la consolidation peut être obtenue et la malade peut guérir malgré les accidents graves d'infiltration urinaire.

E. *Fractures du sacrum.* — Déjà nous avons étudié le mécanisme de fractures verticales liées à des écrasements du bassin par des forces considérables agissant suivant un plan transversal, et nous avons dit combien en raison des lésions viscérales ces fractures sont d'ordinaire incompatibles avec la vie. Le sacrum peut en outre présenter des fractures transversales déterminées par une violence qui agissant d'arrière en avant tend à enfoncer ce coin osseux dans la cavité pelvienne, les ligaments si puissants de la symphyse sacro-iliaque résistent et l'os se brise; ses deux fragments se déplacent angulairement, le fragment inférieur moins solidement maintenu s'infléchit en avant et entraîne le coccyx qui par son extrémité rend la station assise presque impossible en raison des douleurs que provoque l'irritation continue et la compression des filets nerveux. Le rectum est également comprimé par le fragment inférieur et par les vertèbres coccygiennes, aussi la défécation devient-elle souvent très difficile. Le toucher anal permet de constater le déplacement et permet souvent de percevoir la crépitation.

F. *Fractures du coccyx.* — Elles ne sont possibles que lorsque la suture des différentes pièces est complète et que l'articulation sacro-coccygienne est elle-même ossifiée. Ces fractures sont toujours le résultat d'une violence directe.

Traitement. — Les fractures du bassin, surtout quand elles sont à grands éclats, quand elles sont multiples, ne sont guère justiciables que de l'immobilisation dans une gouttière de Bonnet, si cependant on parvient à les atteindre par le toucher rectal ou par une autre voie, on s'efforcera de remettre les fragments en place et d'en obtenir la réduction aussi complète que possible, en combattant les déplacements ultérieurs par la flexion des cuisses et l'inclinaison du tronc en avant dans le but de relâcher les muscles qui s'insèrent sur la ceinture pelvienne.

C'est surtout dans les fractures du pubis et de l'ischion que l'on pourra obtenir ainsi des guérisons. Quand il s'agit de fractures transversales du sacrum, un corps étranger cylindrique introduit dans le rectum pourra repousser le fragment inférieur en arrière et le maintenir réduit.

Ce sont toujours les lésions urinaires qui devront le plus préoccuper le chirurgien, il lui faudra combattre tous les accidents d'infiltration urinaire, de gangrène, de septicémie qui menaceront longtemps le blessé.

Les esquilles, les fragments détachés des os, se nécrosent et déterminent des foyers de suppuration qui restent fistuleux jusqu'à issue de la partie mortifiée. C'est surtout à la suite des coups de feu que ces accidents consécutifs se développent, comme aussi ils donnent naissance à des caries, à des ostéites suppurées d'une durée presque indéfinie et dont la tendance à la guérison diminue de jour en jour à mesure que l'économie s'épuise par la suppuration et l'impotence fonctionnelle du blessé.

2° LUXATIONS DU BASSIN.

Eu parlant des fractures du pubis nous avons déjà indiqué les conditions mécaniques dans lesquelles une *disjonction de la symphyse* peut se produire. L'écartement des deux moitiés de la ceinture pelvienne, et le frottement réciproque des deux surfaces déplacées pendant les mouvements des membres inférieurs font reconnaître la lésion. Facile à réduire, cette luxation est presque impossible à maintenir réduite même après une immobilité aussi parfaite que possible et longtemps prolongée dans une gouttière. Les douleurs déterminées par la pression sont quelquefois très vives et s'irradient le long de la cuisse. Les accidents du côté de la vessie sont fréquents, alors même que la luxation n'est pas compliquée de fracture. Si le malade résiste, la symphyse conserve une mobilité anormale que l'on combattra par une ceinture propre à immobiliser le bassin.

Le *sacrum* forme entre les os iliaques un double coin disposé l'un de haut en bas, l'autre d'arrière en avant. Le sacrum ne peut s'enfoncer de haut en bas, car sa base élargie est en haut, il ne peut non plus s'enfoncer d'avant en arrière, mais il peut se déplacer d'arrière en avant, le sommet du coin antéro-postérieur regardant en arrière.

Une violence agissant d'arrière en avant avec une force capable de déchirer les ligaments disjoindra donc les deux symphyses sacro-iliaques ou l'une d'elles, et repoussera le sacrum en avant. A la suite de cette lésion des plus graves, la région sacrée présentera un profond enfoncement, les deux os iliaques écartés feront saillie en arrière, les surfaces rugueuses des symphyses sacro-iliaques, en frottant contre les faces latérales du sacrum que le doigt introduit dans l'anus pourra repousser, détermineront une certaine crépitation. Les viscères du petit bassin seront compri-

més et déchirés par le sacrum déplacé, des accidents de péritonite, des infiltrations de matières fécales, d'urine surviendront et enlèveront le blessé en peu de jours.

Lorsqu'au lieu de porter sur la totalité du sacrum et de déterminer ainsi une disjonction des symphyses sacro-iliaques, la force agit unilatéralement, le sacrum restant fixé par son articulation sacro-vertébrale, c'est le côté correspondant de toute la ceinture pelvienne, y compris l'arcade pubienne qui paraît se déplacer; il s'élève et le membre inférieur semble raccourci dans sa totalité en même temps que la fesse dont les masses musculaires sont refoulées vers le haut paraît augmentée de volume; les viscères intra-pelviens sont toujours lésés et la mort est la terminaison la plus habituelle de cette grave luxation.

Les *luxations du coccyx* en avant se font toujours dans l'articulation sacro-coccygienne; elles donnent naissance à des douleurs très vives; on les réduit assez facilement par la voie rectale, les douleurs cèdent aussitôt; mais il est toujours difficile de les maintenir réduites autrement que par des corps étrangers cylindriques mis pendant quelque temps dans le rectum. Dans la luxation en avant la défécation est difficile en raison de la compression de l'intestin.

La luxation du coccyx en arrière est très rare; la réduction paraît en ce cas être plus facile à maintenir.

B. — Lésions nutritives et formatives.

1° *Ostéites du bassin.* — On admet généralement qu'indépendamment des fractures, les traumatismes, les contusions profondes peuvent déterminer des ostéites inflammatoires des os du bassin. Dans la plupart des cas ces affections sont de nature tuberculeuse; je suis tenté d'admettre que les ostéites inflammatoires sont elles-mêmes toujours reliées à une infection microbienne latente que le traumatisme réveille et qui prend alors une marche aiguë.

A la suite d'infections générales putrides de l'économie on trouve quelquefois des ostéites phlegmoneuses du bassin.

Le fond de la cavité cotyloïde formée par la réunion en Y des trois pièces osseuses qui constituent le bassin ne s'ossifie qu'au moment de la puberté; jusqu'à ce moment l'activité circulatoire de l'acétabulum sert non seulement à sa nutrition, mais encore à l'accroissement des parties osseuses; elle est donc augmentée et surexcitée et les éléments microbiens trouveront en ce point une plus grande facilité d'évolution. On peut ainsi expliquer combien sont fréquentes les ostéites tuberculeuses de la cavité cotyloïde; je me borne à les mentionner ici, car je consacrerai plus loin un chapitre spécial à la coxalgie.

• Au lieu de se développer dans le fond de la cavité cotyloïde, les tubercules peuvent envahir le bourrelet cotyloïdien.