

tation elle-même qui s'arrache : en même temps, l'aile du sacrum se laisse écraser et pénétrer par sa partie antérieure. Ce mécanisme a été bien indiqué par Voillemier, qui a donné à ce genre de fracture le nom de *fracture de l'aile du sacrum par écrasement*. Dans une observation publiée par cet auteur, la pénétration était de 9 millimètres.

En résumé, quel que soit le point de la circonférence du bassin où porte le choc, il résulte de la disposition anatomique de son squelette que les lésions sont à peu près identiques : il se fait d'abord une fracture du pubis ; si l'effort n'est pas épuisé, le fragment iliaque est porté soit en dehors, soit en dedans, suivant le point d'application de la force, et détermine une distension de la symphyse sacro-iliaque. Il se produit alors un diastasis, ou bien les ligaments arrachent la portion d'os sur laquelle ils s'implantent.

Comment se produit la fracture du bassin à la suite d'une chute d'un lieu élevé ? La chute peut avoir lieu sur les pieds ou sur les ischions. Comme dans le cas de pression directe sur les diamètres transverse et antéro-postérieur du bassin, la pression dans le sens de son diamètre vertical produit d'abord une fracture des branches horizontale et verticale du pubis, de façon que le bassin présente un fragment pubien et un fragment iliaque. Ce dernier tend à être repoussé en haut par le fémur, et la symphyse sacro-iliaque est distendue de bas en haut, mais les ligaments résistent le plus souvent. Si le choc est suffisamment violent, les ligaments arrachent toute la partie latérale du sacrum sur laquelle ils s'implantent, en sorte que le fragment iliaque remonte, en entraînant avec lui une bande verticale du sacrum. Cette fracture ainsi que son mécanisme ont été décrits par Voillemier sous le nom de *fractures verticales du sacrum*.

On conçoit que cette lésion ait pu être confondue avec une luxation sacro-iliaque. Le diagnostic entre ces deux affections présente même de si grandes difficultés qu'il me paraît à peu près impossible de les distinguer l'une de l'autre sans la radiographie : du reste, le traitement serait le même ; tenter la réduction et mettre le malade dans une gouttière de Bonnet. Une précaution importante consiste à maintenir longtemps les malades dans la position horizontale et à ne pas les laisser marcher sans béquilles, longtemps encore après la guérison apparente. La direction de la symphyse sacro-iliaque étant, en effet, sensiblement verticale, on conçoit que la pression exercée dans la marche par le poids du corps puisse vaincre la résistance d'un cal nouveau, fasse glisser les surfaces l'une contre l'autre et reproduise finalement le déplacement.

Dans la luxation sacro-iliaque en haut, avec ou sans fracture verticale du sacrum, le membre inférieur est raccourci, impuissant, quelquefois tourné en dehors ; le grand trochanter remonte : on conçoit donc que d'habiles praticiens aient pu confondre cette affection avec la fracture du col du fémur, mais on constatera, entre autres signes, que dans la luxation les rapports du grand trochanter avec l'épine iliaque antéro-supérieure sont normaux et que la longueur réelle du membre est la même que celle du côté opposé.

La disjonction simple des symphyses pelviennes, en dehors de l'état puerpéral, c'est-à-dire la disjonction sans fracture, est très rare. La symphyse sacro-iliaque ne peut se disjoindre sans fracture que dans une seule circonstance : c'est lorsque le sacrum est luxé en avant. En effet, cet os, taillé en double coin et enclavé solidement entre les deux os iliaques, ne peut, sans fracture, être