

## LIVRE XIII

### AFFECTIONS CHIRURGICALES DU BASSIN

#### CHAPITRE PREMIER

##### AFFECTIONS DE LA RÉGION FESSIÈRE

###### § 1<sup>er</sup>. — Lésions traumatiques

**Bibliographie.** — BOUISSON, *Mém. sur les lésions des art. fessière et ischiatique*, in *Gaz. méd.*, 1845, et *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. 1<sup>er</sup>, p. 317. — CHAMPENOIS, *Recueil de mém. de méd. et de chir. milit.*, 3<sup>e</sup> série, t. XXVI, p. 24, 1871. — FISCHER, *Arch. de Langenbeck*, t. XI, 1869. — NICAISE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 458. — DORVEAUX, Th. de Nancy, 1880.

Articles FESSE et FESSIERS des *Dictionnaires* (FARABEUF).

###### 1<sup>o</sup> CONTUSIONS

Par sa situation la région fessière est exposée aux contusions et la présence d'un plan résistant sous-jacent explique bien leur mécanisme. Tantôt il s'agit de coups, de chutes, tantôt de contusions produites par un projectile volumineux. Suivant les degrés du traumatisme, il y a un épanchement sanguin superficiel peu abondant, une ecchymose ou bien une attrition plus ou moins prononcée des masses musculaires. Il en résulte dans ces derniers cas la formation d'épanchements séreux et surtout d'épanchements sanguins dont la richesse vasculaire de la région rend suffisamment compte. Maintes fois les chutes ont été le point de départ d'anévrysmes traumatiques diffus des vaisseaux fessiers.

Si l'épanchement sanguin s'est fait profondément, l'ecchymose plus lente à apparaître s'étend assez loin et on l'a vue se propager, comme dans un fait de PELLETAN (*Clin.*, t. II, p. 118), dans le sens de la pesanteur. D'ailleurs ces collections offrent toujours une certaine gravité; en dehors du gonflement, des

symptômes fonctionnels très accentués, nous signalerons leur tendance à persister et à former des tumeurs hématisées. GOSSELIN (*Gaz. des Hôp.*, 1864) a extirpé une tumeur de cette nature dont l'origine remontait à un traumatisme reçu seize ans auparavant. NICAISE dut intervenir pour un hématome datant de deux mois qui comprimait le sciatique. Par le fait de leur résorption lente, les épanchements sanguins sont particulièrement exposés à l'inflammation, complication grave parce que les phlegmons consécutifs donnent lieu à des suppurations interminables, à des hémorragies.

Le repos, l'immobilisation, les sangsues, les compresses résolatives, la compression seront employés au début; si la collection vient à suppurer, on l'ouvrira avec précaution après s'être assuré qu'il n'existe pas de battements et de bruit de souffle. NICAISE considère avec raison l'intervention comme indiquée dans les hématomes à répétition qui compriment le sciatique et sans tendance marquée à la résolution.

###### 2<sup>o</sup> PLAIES DE LA FESSE

Elles se divisent naturellement en deux groupes, suivant qu'elles sont ou non pénétrantes.

1<sup>o</sup> *Plaies non pénétrantes.* — Lorsqu'elles intéressent les parties molles, les plaies de la fesse n'offrent un réel intérêt que par leurs dimensions et leurs complications. Il n'est pas très rare de voir de vastes plaies contuses des fesses, de grandes pertes de substance produites par de gros projectiles. Les balles y font des sétons et le projectile a pu traverser les deux fesses en déterminant quatre plaies.

Dans la pratique civile ces blessures semblent un peu moins communes; cependant la fesse peut être entaillée par les bords d'un vase brisé; ailleurs, un couteau, un poignard pénètrent profondément dans la région. Ces dernières plaies sont remarquables par leur tendance à engendrer des anévrysmes artériels ou même artério-veineux. En raison de la grande épaisseur des parties molles et surtout de la graisse, ces plaies sont généralement lentes à se cicatriser; elles exposent à des complications multiples, l'inflammation phlegmoneuse, l'érysipèle, les hémorragies, la pourriture d'hôpital. Enfin, après guérison, les traumatismes de la fesse laissent à leur suite des cicatrices résistantes qui gênent plus ou moins les fonctions du membre. Signalons encore la possibilité du séjour des corps étrangers et les blessures des nerfs qui prédisposent au tétanos. Dans des rixes le sciatique a été intéressé par des couteaux, des stylets. ANNEQUIN (*Rec. de méd. mil.*, 1878) en a publié un exemple qui se termina par la perte de l'usage du membre.

2<sup>o</sup> *Plaies pénétrantes.* — Ces traumatismes se produisent dans les conditions les plus variées et bien souvent la blessure est compliquée de la lésion des viscères intra-pelviens. Tantôt le corps vulnérant a dû traverser le squelette de dehors en dedans ou même de dedans en dehors, tantôt il a pénétré par l'échancrure sciatique ou le périnée. Dans ce dernier cas la plaie résulte fréquemment de la perforation par un corps pointu dans une chute; en tombant



d'un arbre, en glissant d'un tas de foin, des malheureux se sont en quelque sorte empalés sur des pieux, des fourches, le pied d'une chaise (M. PERRIN), et l'on a vu des fragments de vêtements enfoncés dans les viscères. La chirurgie d'armée offre une si grande variété de plaies de cette nature qu'il nous serait impossible de les décrire ici. D'ailleurs les coups de feu tirent leur principale importance de la lésion des viscères, du péritoine et du squelette.

Mentionnons aussi la gravité des hémorragies qui compliquent ces traumatismes; les branches de l'artère fessière, de l'ischiatique presque toujours lésées engendrent des hémorragies difficiles à arrêter en raison de leur profondeur, les débridements n'ont pas une innocuité absolue et les dangers deviennent encore plus grands si la plaie a intéressé une branche intra-pelvienne de l'hypogastrique; cependant les préceptes qui doivent guider le chirurgien sont les mêmes que dans les autres régions; la ligature des deux bouts dans la plaie après débridement, la forcipressure (NICAISE) devront être préférées au tamponnement et aux hémostatiques chimiques.

## § 2. — Inflammations de la région fessière

Nous étudierons dans ce paragraphe, les abcès chauds ou phlegmons; les abcès froids simples ou ossifluents; enfin les hygromas des bourses séreuses.

### 1° PHLEGMONS ET ABCÈS

**Étiologie.** — Les phlegmons se développent dans les conditions les plus diverses; à côté des traumatismes qui constituent la cause occasionnelle la plus commune, et des épanchements sanguins suppurés, il convient de citer la convalescence des grandes pyrexies, l'état puerpéral, les affections osseuses aiguës, les hygromas suppurés. Si la plupart des abcès prennent naissance dans la région elle-même, il en est d'autres qui viennent de l'intérieur en suivant le trajet des vaisseaux ou des nerfs. Signalons en outre les abcès péri-articulaires.

**Anatomie pathologique.** — Selon le siège qu'elles occupent, les inflammations du tissu cellulaire présentent les caractères bien différents. Dans le tissu sous-cutané se forment des furoncles très volumineux et qui entraînent souvent à leur suite l'engorgement du groupe externe des ganglions inguino-cruraux. Les phlegmons situés dans le tissu graisseux feutré, cloisonné de la fesse n'ont pas une grande tendance à la diffusion; aussi, tout en restant circonscrits, amènent-ils facilement l'étranglement et même le sphacèle des téguments.

Bien différente est la marche des collections profondes sous-musculaires; le pus fuse volontiers en dissociant les fibres musculaires, les aponévroses, et se porte de préférence à la partie inférieure de la région au niveau du pli fessier qui disparaît peu à peu. Quelques abcès franchissent cette barrière et fument vers les régions voisines, le creux ischio-rectal, la cuisse et jusqu'aux mal-

léoles. Enfin on conçoit que les abcès très profonds, ceux qui sont sous-périostiques, par exemple, puissent se frayer une voie dans le bassin, pour aller dans la fosse iliaque interne ou le creux ischio-rectal, comme dans un fait de LAMOTTE.

Les inflammations fessières ont parfois des débuts insidieux, une marche lente, et il n'est pas toujours facile de sentir la fluctuation en raison de la douleur, de l'empatement des parties molles et de l'épaisseur des masses musculaires. Les récits des observateurs témoignent de leurs incertitudes sur ce point. Ces abcès ont été confondus avec des coxalgies, des névralgies sciatiques, des tumeurs, des anévrysmes. Un examen attentif, l'origine de l'affection, la fièvre, l'exploration de la région après anesthésie, l'irréductibilité, l'effacement du pli fessier, l'influence de la compression de l'aorte, et au besoin la ponction permettront de préciser le diagnostic; néanmoins il est des cas fort difficiles.

Bien que la résolution soit possible, puisqu'elle a été constatée par ROBERT, le chirurgien devra peu compter sur cette heureuse terminaison. Le lieu d'élection pour l'ouverture des abcès est le pli fessier; l'incision dans cette position déclive favorise l'évacuation de la poche; mais l'incision elle-même, quel que soit le point où on la pratique, n'est pas exempte de dangers en raison des hémorragies, comme dans les observations de J.-L. PETIT, CHAMPENOIS.

### 2° ABCÈS FROIDS ET OSSIFLUENTS

**Bibliographie.** — FOURESTIÉ, Thèse de Paris, 1876.

Les abcès froids de la région fessière appartiennent à l'un des trois groupes suivants. 1° Les uns, indépendants des os se forment dans le tissu cellulaire de la région et sont de nature tuberculeuse; il n'est pas rare de les rencontrer au voisinage de la coxalgie ou de la sacro-coxalgie. 2° D'autres sont liés à une altération du bassin (ostéite tuberculeuse). 3° Des abcès ossifluents venus des vertèbres ou de l'intérieur du bassin pénètrent dans la région fessière par la grande échancrure sciatique; ces derniers passent plus volontiers au-dessous du pyramidal en suivant le nerf sciatique.

Chacune de ces variétés présente une gravité et des caractères différents; les collections indépendantes des os, moins redoutables, se comportent à la façon des abcès tuberculeux; elles sont passibles des mêmes traitements. Les seconds, déjà beaucoup plus difficiles à reconnaître, surtout à leur début, acquièrent parfois des dimensions assez grandes, puis viennent peu à peu faire une saillie au niveau du pli fessier. Quant aux abcès par congestion des vertèbres, ils sont remarquables par leur marche lente et un certain degré de réductibilité. Comme pour les abcès chauds, le pus des abcès froids ne reste pas cantonné dans la région; on l'a vu maintes fois, après une période d'arrêt, fuser dans la cuisse jusqu'au creux poplité.

Les difficultés du diagnostic restent les mêmes que pour les abcès chauds, surtout à la première période; les inconvénients n'ont pas une importance aussi grande, car l'expectation est la conduite la plus sage lorsqu'il s'agit



d'abcès symptomatiques de carie vertébrale. On devra essayer la compression; si la collection volumineuse menace de se rompre, il faudra pratiquer l'aspiration et employer l'aspirateur de HOUZEL. En cas d'ostéite du bassin, le chirurgien traitera la lésion de l'os; l'abcès est-il simple, indépendant de l'os, le mieux sera de pratiquer des injections iodoformées ou d'inciser la collection, puis de la panser par la méthode antiseptique. D'autres préfèrent l'ouverture avec les caustiques.

### 3° AFFECTIONS DES BOURSES SÉREUSES

Nous ne possédons pas encore des notions bien précises sur la pathologie des bourses séreuses de la région fessière. Ainsi personne ne parle de la bourse de l'obturateur interne et cependant elle peut être, comme les bourses sous-fessière et ischiatique, le point de départ des hygromas; l'un de nous, dans une autopsie, a constaté un épaississement de ses parois avec un épanchement assez notable. L'hygroma de ces cavités closes a été noté dans quelques circonstances, spécialement chez les rhumatisants, et on y a rencontré des grains riziformes, parfois des corps étrangers plus volumineux et même des concrétions. Dans un fait mentionné par CHASSAIGNAC, une de ces bourses contenait un litre et demi de sérosité. FOURNIER parle d'un hygroma de nature blennorragique de la bourse ischiatique. Les suppurations de ces cavités closes ne seraient pas très rares; nous y reviendrons en parlant de la coxalgie qui offre quelque analogie avec ces bursites. Signalons la tendance du pus à fuser au loin et à entretenir des fistules fongueuses et des décollements.

Quoi qu'il en soit, les hygromas, d'un diagnostic très difficile, ne manifestent au début leur présence que par des douleurs névralgiques comme dans la sciatique; seule la ponction pourrait alors les distinguer de l'abcès froid. Quelquefois l'hygroma s'enflamme, la poche suppure et l'affection présente tous les caractères du phlegmon.

En présence d'un hygroma des bourses fessière ou ischiatique, l'abstention sera la règle; le chirurgien se bornera à l'application des révulsifs. Si la tumeur volumineuse ne cédait pas, il serait indiqué de pratiquer la ponction et l'injection iodée.

### § 3. — Affections des vaisseaux fessiers

Nous étudierons successivement les plaies et les anévrysmes.

#### 1° PLAIES

Voir la Bibliographie des *Lésions traumatiques* et BECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1875, p. 37.

**Étiologie.** — Les causes de ces traumatismes ne sont pas très variées; il s'agit d'ordinaire de plaies par instruments tranchants (couteau, bistouri), ou de plaies par armes à feu (LANGENBECK). L'ouverture des abcès profonds de la région, le débridement des fistules exposent à la lésion des branches. Telle fut la cause de l'hémorragie dans les observations de THÉDEN, CHAMPENOIS.

Dans la majorité des cas les troncs de la fessière et de l'ischiatique échappent au traumatisme en raison de leur brièveté, de leur situation profonde, de la protection du squelette. Malgré cela la lésion des branches donne naissance à de redoutables hémorragies susceptibles bien souvent de mettre la vie des malades en danger. La mort peut survenir immédiatement par le fait même de la perte de sang considérable, mais il n'est pas rare de voir des hémorragies consécutives affaiblir le blessé, le prédisposer à la septicémie. Enfin la formation d'un anévrysme n'en constitue pas moins une éventualité dangereuse. Ces considérations s'appliquent également aux plaies des veines qui exposent particulièrement à la phlébite et aux anévrysmes artério-veineux.

Une autre circonstance rend compte de la gravité de ces blessures, la tendance des épanchements sanguins à la suppuration. Maintes fois des hémorragies arrêtées peu après l'accident ont reparu lorsque la suppuration s'est établie (BARON).

**Traitement.** — Une seule méthode de traitement mérite d'être recommandée, le débridement et la ligature des deux bouts du vaisseau divisé dans la plaie. BECKEL, BARON sauvèrent leurs malades par ce moyen; MUZZELL lia l'obturatrice dans des conditions analogues. Néanmoins, s'il était impossible de remplir cette indication, on pourrait recourir provisoirement au tamponnement, à la forcipressure, à la ligature en masse sur un ténaculum. Quant à la ligature du tronc, nous la jugeons beaucoup plus difficile en pareil cas que celle des deux bouts du vaisseau. La ligature de l'hypogastrique constituerait une ressource ultime toujours fort grave.

### 2° ANÉVRYSMES DES VAISSEAUX FESSIERS

**Bibliographie.** — UHDE, *Deutsche klin.*, 1853, p. 174. — BOUISSON, *Gaz. méd. de Paris*, 1845, et *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. 1<sup>er</sup>, p. 317. — BAUM, *Diss. Inaug.*, Berlin, 1859. — FISCHER, *Arch. de Langenbeck*, 1869, Bd. XII. — SERVIER, *Gaz. hebd.*, 1868. — TILLAUX, NICAISE, ANGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. Thèse de Paris. — 1869, BOURGEOIS DE MERCEY. Thèses de Bordeaux. — 1879, BOISSERIE, LACROIX. Thèse de Nancy, 1880, DORVEAUX (Bibliogr.).

En raison de l'analogie qui existe entre les artères fessière et ischiatique, nous décrirons ensemble les anévrysmes de ces vaisseaux.

L'anévrysme fessier n'est pas commun, car nous n'avons pu en réunir que cinquante-deux (52) exemples. Aux cinquante (50) faits rassemblés par DORVEAUX dans une monographie importante, nous ajouterons le cas de TURNER (*The Lancet*, 1884 p. 798); le malade mourut du tétanos quinze jours après l'ouverture de la tumeur par la méthode ancienne; l'autre cas concerne un soldat en traite-



ment au Val-de-Grâce pour un anévrysme artério-veineux traumatique. La plupart de ces tumeurs appartiennent à l'anévrysme diffus, mais on rencontre également l'anévrysme circonscrit et artério-veineux.

**Étiologie.** — Plus des deux tiers des anévrysmes fessiers reconnaissent pour cause une blessure, un coup, une chute. Le sexe masculin y est plus prédisposé ainsi que l'âge adulte; cependant des exemples ont été notés chez des enfants. FARABEUF fait remarquer que les anévrysmes fessiers sont bien plus souvent la conséquence de blessures; au contraire les anévrysmes ischiatiques résultent d'une chute sur le siège. Il a signalé en outre la fréquence de l'anévrysme spontané du côté gauche.

**Anatomie pathologique.** — Presque tous les anévrysmes traumatiques appartiennent à la variété diffuse et surviennent peu de temps après l'accident par suite de l'extravasat du sang au-dessous ou dans l'épaisseur du muscle grand fessier; aussi les limites de ces cavités sanguines pulsatiles sont-elles fort mal précisées, quelques-unes acquièrent les dimensions d'une tête d'adulte. Lorsqu'ils sont circonscrits ces anévrysmes présentent un sac globuleux, aplati, de consistance fibreuse et même calcaire. On y retrouve exceptionnellement les traces de poussées successives ou de ruptures. Mentionnons encore l'existence de sacs bilobés faisant à la fois saillie dans le bassin et dans la fesse (TORACCHI, NÉLATON, BIGELOW).

Rien de plus variable que les rapports de la tumeur avec le vaisseau. Habituellement l'orifice de communication siège près du point où l'artère fessière forme un véritable bouquet de branches; ses dimensions varient d'un millimètre à un centimètre. Certains anévrysmes fessiers engendrent des désordres graves, entre autres usent les os du bassin, se rompent dans la fesse ou à l'extérieur à la suite de l'inflammation et de la gangrène. Nous ne possédons pas d'autopsie d'anévrysmes artério-veineux dont l'existence a été bien constatée sur le vivant.

**Symptômes.** — A l'occasion d'une plaie, d'un traumatisme, apparaît dans la région fessière, tantôt plus haut, tantôt plus bas, généralement sur le trajet d'une ligne qui réunit l'épine iliaque postéro-supérieure au trochanter, une tumeur circonscrite ou diffuse, souvent pulsatile et au niveau de laquelle la main perçoit un frémissement spécial et l'oreille un bruit de souffle. En même temps existe une douleur persistante, locale et irradiée dans le membre inférieur comme dans la sciatique. Assez fréquemment ces souffrances constituent pendant des mois et pendant des années les seuls symptômes appréciables. Ajoutons les fourmillements, la gêne de la marche et surtout de la station assise. Plus d'une fois l'anévrysme ne présentait ni bruit de souffle, ni battements.

**Marche.** — Si les anévrysmes circonscrits peuvent rester stationnaires (cas de DUBREUIL) ou se développer lentement, beaucoup procèdent par poussées et se comportent à la façon des anévrysmes diffus. Primitivement gros comme un œuf, ils acquièrent alors des dimensions insolites; le moindre effort, un coup, une chute suffisent pour en amener la rupture ou l'inflammation. Il existe dans la science deux ou trois exemples de guérison spontanée, relatés par BOUISSON, HEYDENREICH.

**Diagnostic.** — Si, dans la majorité des cas, il est facile de reconnaître un anévrysme fessier, il en est d'autres où les caractères de la tumeur sont fort peu appréciables. De graves erreurs commises par des chirurgiens habiles montrent les difficultés de ce diagnostic. On a, en effet, confondu l'anévrysme fessier avec un abcès (TILLAUX), des tumeurs et même une hernie sciatique.

L'origine presque constamment traumatique, l'absence de lésions osseuses ou articulaires voisines, l'intégrité de l'état général sont des considérations qui doivent entrer en ligne de compte pour différencier un anévrysme et un abcès. Au besoin il sera bon d'essayer les effets de la compression de l'aorte sur la tumeur. GUTHRIE, WUTZER, PORTA ont lié l'artère iliaque interne croyant à l'existence d'un anévrysme, alors qu'il s'agissait d'un néoplasme hématoïde; la percussion permettrait de reconnaître la hernie sciatique, affection très rare. Il ne faut pas négliger de pratiquer le toucher rectal pour s'assurer des prolongements de la tumeur.

**Traitement.** — Puisque la plupart des anévrysmes fessiers abandonnés ont une tendance à l'accroissement et qu'ils menacent l'existence, l'intervention est indiquée. Tel est l'avis d'un grand nombre d'auteurs; il est vrai que beaucoup ont agi trop tard, la main forcée, et par suite dans des conditions telles que les résultats devaient être peu satisfaisants.

**Compression.** — Il est rare que la compression directe soit supportée par les malades; aussi a-t-on eu recours à la compression de l'aorte avec ou sans anesthésie; jusqu'à présent cette thérapeutique n'est pas encourageante.

**Les injections coagulantes** de perchlorure de fer auraient fourni quatre succès et deux morts sur six opérés; c'est donc un moyen de traitement recommandable, et qui expose fort peu au sphacèle. BLASIUS a essayé la *galvanopuncture*, mais son malade mourut du choléra.

**Méthode ancienne ou d'Antyllus.** — Tentée par JOHN BELL, CARMICHAEL, l'ouverture du sac et la ligature du tronc ont donné d'assez bons résultats, puisque les deux tiers des opérés ont survécu; aujourd'hui la forcipressure permet de pratiquer avec moins de danger cette formidable opération. La ligature du tronc de la fessière est presque impossible à faire dans ces conditions. Le malade de TURNER mourut du tétanos. La ligature par la méthode d'Anel est pour ainsi dire inapplicable aux anévrysmes fessiers; sur trois opérés il n'y eut qu'une guérison.

**Procédé de Hunter ou ligature de l'hypogastrique.** — Cette opération a été pratiquée pour la première fois par STEWENS pour un anévrysme de l'ischiatique. Depuis cette époque on compte seize (16) autres ligatures; six malades ont guéri (STEWENS, WHITE, V. MOTT, SYME, MORTON, GALOZZI). La mort a été la conséquence dans les autres faits de la péritonite, de la suppuration ou des hémorragies. Essayée cinq fois pour des anévrysmes fessiers, la ligature de l'iliaque primitive a donné cinq morts.

En résumé, c'est à la compression indirecte, aux injections coagulantes et en cas d'échec à la méthode ancienne qu'il faudrait donner la préférence.



## § 4. — Tumeurs de la région fessière

**Bibliographie.** — H. BARREY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1852. — BUCQUOY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1853, p. 226. — LANNELONGUE, Th. de Paris, 1862. — FRUETH, *Schmidl's Jahrb.*, 1862, 4<sup>e</sup> H., p. 202. — GUÉRIN, *Gaz. des Hôp.*, 1864, p. 562. — BARROW, *Med. Times and Gaz.*, 1864, t. II, p. 58. — PAQUET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1864. — BOURDY, Thèse de Paris, 1868. — LE FORT, *Gaz. des Hôp.*, 1875. — DANNIEN, *Arch. de Langenbeck*, t. XXII, 1878, p. 982.

Un grand nombre de néoplasmes ont été rencontrés dans la région fessière. Les lipomes, assez communs, prennent naissance dans la couche sous-cutanée ou dans les plans profonds; quelques-uns atteignent des dimensions considérables. Ainsi BARROW cite le cas d'un lipome qui, en six ans, avait acquis le poids de 30 livres. Assez souvent ils deviennent gros comme une tête d'adulte et contiennent à leur centre des noyaux calcaires rameux (BUCQUOY, SÉDILLOT, LE FORT, DUPUY). On en a vu qui étaient pédiculés, et FANO a opéré un lipome superficiel qui avait la forme d'un pénis.

Ces tumeurs, parfois congénitales (DANNIEN), ont en général une évolution lente et déterminent seulement des accidents lorsqu'elles deviennent très grosses. Le diagnostic des lipomes profonds offre toujours de grandes difficultés. Une périostite chronique de l'os iliaque a pu être confondue avec un lipome; l'évacuation du pus par la ponction permet de lever les doutes.

Il est indiqué d'enlever les lipomes quand ils provoquent de la gêne ou de la douleur; mais le chirurgien doit se rappeler que ces opérations ne sont pas constamment inoffensives; l'opéré de BARROW ne survécut que vingt-quatre heures; un malade de LAUCIER fut emporté par des hémorragies secondaires consécutives à l'extirpation d'un lipome profond.

Quelques exemples de *kystes hydatiques* de la région fessière ont été signalés, et encore ces faits sont-ils contestables. FARABEUF range dans ce groupe les observations de FRUETH, CLEMENS, GOSSELIN; dans aucun de ces cas l'existence des crochets n'a été constatée.

Parmi les tumeurs malignes, la plupart appartiennent au groupe des sarcomes. Quelques-unes à développement lent mais progressif deviennent très volumineuses. La tumeur pesait plus de quatre kilos dans un cas de LANNELONGUE; CLOQUET en a publié un autre exemple curieux (*Acad. de méd.*, 1826).

Les mêmes remarques s'appliquent aux tumeurs cancéreuses, plus graves que les précédentes; BÉRARD extirpa un cancer mélanique de la peau de la fesse. Un enfant de quatre ans et demi, dont parle PAQUET, avait un cancer encéphaloïde de la région fessière qui mesurait un demi-mètre de circonférence (fig. 171). La récurrence, la généralisation et la mort paraissent avoir été la terminaison ordinaire de ces néoplasies dont le diagnostic présente de réelles difficultés. Il faut chercher à séparer les tumeurs libres de celles qui sont développées dans le squelette, en se basant sur leur mobilité relative. Que la masse soit ou non fluctuante, on ne devra pas oublier d'ausculter la région et

de noter les rapports avec les vaisseaux. Il faut se rappeler que certains anévrysmes n'ont ni pulsations, ni souffle. Si les pulsations existent on pourrait prendre un cancer hémalode pour un anévrysme, comme dans un cas de SABATIER relaté par RIBES, mais l'erreur serait peu préjudiciable car

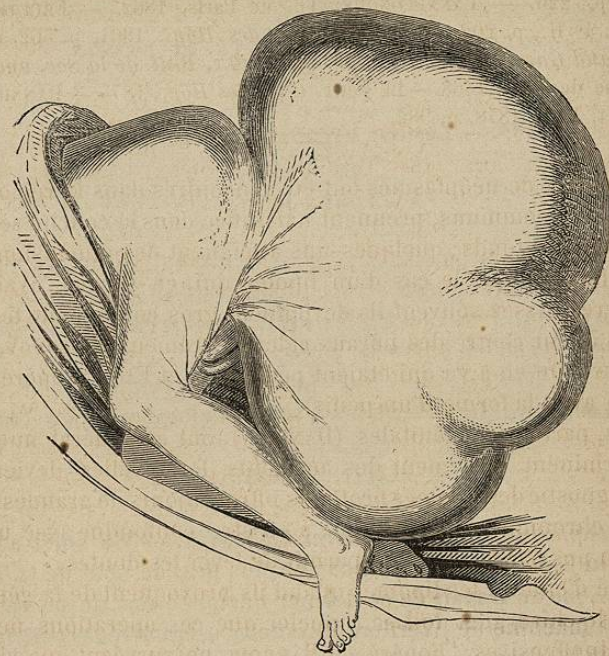


Fig. 171. — Énorme tumeur de la région fessière.

l'abstention est la conduite la plus sage lorsqu'il s'agit de néoplasmes téléangiectasiques.

L'existence d'une tumeur accompagnée de violentes douleurs dues à la compression du sciatique n'est pas un signe absolu des tumeurs fessières; ainsi GOSSELIN a vu un kyste hydatique du sacrum qui, par la compression des branches d'origine du sciatique, déterminait de vives souffrances.