

La forme la plus fréquente est l'inflammation fongueuse ou tuberculeuse. La synoviale et même les masses ligamenteuses si puissantes sont transformées en tissu de granulation qui permet une mobilité anormale de l'articulation, l'os est dénudé et frappé de carie après destruction du cartilage, et on arrive finalement à la formation de fistules et d'abcès par congestion.

La voie que suivent ces abcès est variable. Si la perforation de l'articulation se fait en avant, dans le bassin, le pus suit le rectum et s'ouvre à côté de l'anus après avoir traversé le creux ischio-rectal ; dans d'autres cas, le pus s'ouvre directement dans l'anus. Ou bien le pus passe par la grande échancrure sciatique, pénètre sous le grand fessier et s'ouvre au niveau du bord inférieur de ce muscle, dans la région du pli fessier. Si la perforation de l'articulation se fait en haut, l'abcès se collecte en avant des vertèbres lombaires. Si le pus perfore la gaine du psoas, il se forme un abcès du psoas et ce sont les symptômes de ce dernier qui prédominent dans le tableau clinique. Il est facile de voir après ce que nous venons de dire que la terminaison mortelle n'est pas rare dans la sacro-coxalgie.

Dans le cours de cette affection on voit apparaître certains symptômes qui justifient son nom de sacro-coxalgie.

Comme dans la coxalgie, en effet, on voit au début apparaître une douleur légère, obtuse, et le malade se met à boiter. Bientôt la douleur se localise dans l'articulation sacro-iliaque, pour irradier de là dans le membre inférieur ; la marche devient impossible. La cuisse est légèrement fléchie et plus tard il peut même survenir un raccourcissement apparent du membre quand, notamment, après la destruction de l'appareil ligamenteux l'ilion remonte un peu en haut, en attirant à sa suite le membre inférieur. Quand la migration de l'abcès sous le grand fessier est avancée, il peut même survenir une légère rotation de la cuisse, et l'idée d'une coxalgie s'impose encore d'autant plus facilement qu'il existe en même temps des douleurs, des élancements douloureux dans le genou. Pourtant il n'est pas difficile de distinguer la sacro-coxalgie de la coxalgie : dans la première, les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont libres dans toutes les directions, et le raccourcissement n'est qu'apparent, en ce sens que la distance entre l'épine iliaque et le trochanter est restée normale¹.

(1) Dans l'examen clinique de la sacro-coxalgie, le toucher rectal a une grande importance, pour déterminer la douleur à la pression sur l'interligne, pour diagnostiquer les abcès intra-pelviens. On explore encore l'interligne par pression localisée en arrière, et par pression latérale des deux crêtes iliaques : cette dernière manœuvre, indolente dans la coxalgie, est douloureuse dans la sacro-coxalgie. Il n'est pas rare que pendant un temps variable, faute d'un examen local assez attentif, le malade soit traité pour une simple sciatique. (A. B.)

Ostéites. — Les os même du bassin sont rarement le siège d'abcès et de fistules ultérieures, consécutifs tous les deux à des ostéites circonscrites. Le plus souvent on est en présence d'une ostéomyélite spontanée diffuse qui revêt le tableau d'une affection typhique. Dans quelques cas, le tableau a pu même être pris pour celui de la pyohémie ; dans d'autres cas, les phénomènes sont moins graves et le processus se termine par la guérison. La tuberculose de l'un ou l'autre os du bassin est déjà plus fréquente ; l'ouverture de la caverne provoque le décollement étendu et la suppuration du périoste et la nécrose d'une grande partie de l'os, de tout l'ilion par exemple. Dans d'autres cas, le processus reste limité et aboutit à la formation d'une fistule qui reste longtemps ouverte, mais finit par guérir, surtout quand la partie nécrosée de l'os s'est détachée. Les foyers de cette nature se rencontrent dans le pubis, l'ischion, sur la face externe ou interne de l'ilion, dans la concavité du sacrum.

Les abcès qui résultent de ces foyers sont caractérisés par les difficultés diagnostiques relatives au point de départ de la suppuration et par leur gravité due à leurs dimensions ou à la possibilité de l'ouverture dans les organes du bassin ou dans une articulation.

Pour ce qui est des difficultés diagnostiques, nous aurons à y revenir en parlant des abcès extra-péritonéaux des parois de l'abdomen, et en particulier nous étudierons les *abcès iliaques*. Ces abcès sont en effet le résultat le plus fréquent d'un foyer tuberculeux occupant la concavité de l'ilion. Ces abcès sont caractérisés au début par la tuméfaction aplatie, puis légèrement convexe de l'ilion et l'immobilisation de la cuisse en flexion, et plus tard par la migration typique du pus, qui s'ouvre au dehors dans des endroits bien déterminés. D'après Kœnig, ces endroits sont : dans la région lombaire, le bord du carré lombaire, rarement la face externe du tendon du psoas iliaque, le plus souvent l'interstice de tissu conjonctif entre le muscle droit antérieur de la cuisse et le tenseur du *fascia lata*. Dans certains cas, le pus pénètre aussi dans la gaine du couturier, ou bien il la suit plus ou moins loin et perfore l'aponévrose au niveau du bord externe ou interne du muscle. Quelquefois le pus perfore la bourse muqueuse du psoas iliaque, et l'abcès s'ouvre dans l'articulation de la hanche ; dans quelques cas, le pus sort par la grande échancrure sciatique et pénètre sous les muscles de la fesse.

Les abcès qui proviennent de la concavité du sacrum suivent la même voie que les abcès consécutifs à la sacro-coxalgie : quelquefois on peut les sentir de bonne heure, avec le doigt introduit dans le rectum, comme une tumeur élastique, remplissant la concavité du sacrum et adhérente à l'os ; ordinairement on trouve aussi un léger œdème

de la peau qui recouvre la face postérieure du sacrum, et l'os est en même temps sensible à la pression.

Sur la face postérieure du corps de l'ischion, par conséquent tout près de l'articulation de la hanche, il se forme des inflammations osseuses circonscrites qui peuvent envahir l'articulation de la hanche ou aboutir à la formation d'un abcès qui s'ouvre au niveau du bord inférieur du grand fessier en laissant un trajet fistuleux très long.

Dans la crête iliaque et dans l'extrémité interne de la branche horizontale du pubis peuvent aussi se développer des abcès qui remontent dans les parois abdominales comme abcès inter ou rétro-musculaires.

Les abcès qui proviennent de la face externe du pubis et de l'ischion, se portent vers la cuisse, pénètrent entre les muscles profonds de la hanche et s'ouvrent dans divers points de la cuisse ou de la région fessière.

Le diagnostic est très difficile quand on se trouve en face d'un gros abcès qui occupe à la fois le bassin et les parties molles de la fesse. On trouve alors que la fluctuation, très nette au niveau du bassin et de la fesse, est transmissible d'une région à l'autre, phénomène qui s'explique par la communication qui existe entre les deux collections au niveau de la grande échancrure sciatique. Comme un abcès développé dans le bassin peut pénétrer à travers l'échancrure sciatique sous la fesse, et que d'autre part, un abcès de la fesse peut fort bien par la même voie passer dans le bassin, il s'ensuit que le point de départ de la suppuration est difficile à déterminer, quelquefois même sur le cadavre, car l'ilion peut, par exemple, être dénudé aussi bien sur sa face pelvienne que sur sa face fessière. Nous reviendrons encore sur les abcès qui surviennent dans le bassin, dans le cours d'une coxalgie.

J'ai observé, il y a quelques années, un cas vraiment rare. Chez ce malade, existait dans la fesse, au-dessous de la crête iliaque, une fistule qui conduisait dans un cloaque; dans la cavité de ce dernier se trouvait un séquestre mobile. L'ouverture de ce cloaque, qui se trouvait sur l'ilion au-dessous de la crête iliaque, fut agrandie et un séquestre de plusieurs centimètres carrés extrait. Il s'agissait par conséquent d'une nécrose centrale de l'ilion. Seulement le séquestre comprenait toute l'épaisseur de l'os; une partie de l'os était par conséquent nécrosée dans toute son épaisseur, de sorte qu'en réalité il s'agissait d'une nécrose totale. Ce qui donnait l'apparence d'une nécrose centrale, c'est que le périoste avait formé autour de l'os mort une gaine osseuse. Ce phénomène s'observe aussi de temps en temps sur d'autres os plats, l'omoplate par exemple, ou un des os spongieux, comme le calcaneum. Je dois seulement relever que le processus, comme l'a démontré l'autopsie, était de nature tuberculeuse. Dans ce cas il s'agissait d'un foyer de nécrose autour duquel, malgré la nature tuberculeuse du mal, il s'était développé une périostite ossifiante.

§ 7. — Tumeurs du bassin.

Il faut distinguer deux groupes tout à fait différents. Au premier appartiennent les tumeurs congénitales du sacrum; dans le second se rangent les divers néoplasmes qui se développent sur les os du bassin chez des individus adultes.

Tumeurs congénitales sacro-coecygiennes. — Les tumeurs congénitales de la région sacro-coecygienne, dont nous devons la connaissance exacte à Braune et à Duplay, ont été catégorisées par le premier de la façon suivante :

1. La *formation gémellaire*, plus fréquente dans le sexe féminin, est tantôt complète, de sorte que deux individus de sexe féminin complètement développés, sont réunis l'un à l'autre au niveau de la région coecygienne¹, tantôt incomplète, de sorte que le second individu est à l'état rudimentaire et adhère à la région coecygienne de l'autre individu complètement développé. Ce second cas est désigné sous le nom de formation parasitaire.

Le parasite peut se présenter sous forme d'une partie de corps qui pend librement: tantôt c'est une troisième jambe, tantôt c'est une masse, une tumeur entourée de la peau de l'individu et adhérente aux parties voisines, au sacrum ou au coccyx. Quand on incise une telle tumeur, on trouve un amas de différentes parties du corps informes et rudimentaires, telles que des parties de membranes et de tronc, intestin rudimentaire, etc. Quelquefois on trouve en même temps des productions kystiques, des sarcomes kystiques (formation gémellaire par inclusion).

2. Les *kystes sacrés* sont des kystes simples ou multiples, possédant une paroi fibreuse, un revêtement épithélial et remplis d'un contenu plus ou moins liquide. Ils forment des tumeurs implantées sur une base large à la face postérieure du sacrum. Leur origine est encore très obscure. Quelques-unes proviennent peut-être de l'étranglement de sacs d'hydrorachis; d'autres sont peut-être dus à une hydropisie du tissu cellulaire sous-cutané.

3° Les *tumeurs coecygiennes proprement dites* sont des productions qui proviennent de la face antérieure du sacrum et du coccyx et qui

(1) Paré donne déjà la figure de « *Gemelli dorso conjuncti* » venus au monde près de Heidelberg en 1546. Plusieurs cas de ce genre, mais inexactement décrits, ont été publiés encore avant. Le cas le plus remarquable est celui de Hélène-Judith, d'origine hongroise, arrivée jusqu'à l'âge de 22 ans.