

nage; en cas de nécessité, il faudra employer le grand trocart courbe explorateur de Chassaignac, guide précieux pour pratiquer une utile contre-ouverture, soit à la cuisse, soit aux lombes, soit à la partie supérieure et latérale du vagin.

Lorsqu'on est appelé à une période plus avancée, l'imminence d'une perforation spontanée peut naturellement amener le chirurgien à inciser le phlegmon iliaque en un point différent de la région ilio-inguinale; il n'en est pas moins vrai que c'est là le siège d'élection de l'ouverture.

Le foyer traité antiseptiquement se ferme quelquefois assez vite, mais il persiste souvent de l'induration, contre laquelle on se trouvera bien des vésicatoires répétés et de l'application de cautères *loco dolenti*.

Inutile de dire combien il est nécessaire de soutenir le malade, pour combattre l'affaiblissement résultant d'une suppuration qui était toujours extrêmement longue et abondante avec les anciens pansements.

## CHAPITRE II

### PHLEGMONS ET ABCÈS DU PSOAS

On s'est efforcé depuis longtemps de séparer des phlegmons de la fosse iliaque l'*inflammation du muscle psoas* sous le nom de *psôitis* ou *psôite*. Le muscle iliaque participe le plus souvent à l'inflammation du psoas. Dans l'esprit des auteurs, alors même que cette opinion n'est pas nettement formulée, une différence capitale sépare le psôitis du phlegmon iliaque; le psôitis serait essentiellement une myosite. Il débiterait au sein même du psoas, et ce point de départ semble en effet démontré dans nombre de cas par la physionomie et la marche clinique spéciales de la maladie.

De la Motte est le premier chirurgien qui ait rapporté des observations d'inflammation du psoas et décrit cette affection (1771). Parmi les mémoires publiés sur ce sujet, une mention spéciale doit être faite du travail de Kyll de Wesel, publié en 1854 dans le journal de Rust.

On consultera encore la thèse de Marcano, 1877; les articles clas-

siques, une communication de Polaillon à la Société de chirurgie en 1879 et un travail de Beck, dans le *Medical Times* de 1885.

**Étiologie.** — Toute suppuration suppose une infection. L'infection du muscle psoas peut se faire dans des conditions différentes. Tantôt il y a propagation d'une inflammation de voisinage : phlegmon de la fosse iliaque, péritonite suppurée, périnéphrite, adénite et lymphangites iliaques, ostéomyélites de l'os iliaque, etc.; tantôt l'infection se fait par la voie sanguine au cours d'une maladie infectieuse quelconque : infection purulente, septicémie puerpérale, fièvre typhoïde, variole, suppurations diverses. Le rhumatisme a été incriminé lui-même, mais probablement, comme le fait remarquer Walther, *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, t. VI, p. 426, s'agissait-il, dans les cas visés par les auteurs, de pseudo-rhumatisme infectieux.

Les traumatismes et quelque modification fâcheuse qu'apporteraient à la constitution du muscle des efforts trop violents et trop prolongés jouent un rôle important. C'est ainsi que l'on a pu mettre en cause : les efforts de l'accouchement, les marches forcées, tous les travaux pénibles, l'acte de jouer dans un instrument à vent (Larrey), de porter toute une journée sur la cuisse un orgue de Barbarie (Tillaux). Mais il est certain que les causes de cet ordre restent sans effet dans des conditions ordinaires et qu'il faut admettre, pour expliquer l'apparition de l'abcès, une infection latente qui attendait, pour se manifester, une lésion initiale, celle que le traumatisme a provoquée.

Il faut considérer tout à fait à part l'inoculation directe qui peut se produire dans les plaies du bassin pénétrant jusqu'au psoas. Les plaies par armes à feu, notamment avec leur complication fréquente de corps étrangers : débris divers ou projectiles, produisent des psôites traumatiques que l'on ne saurait rapprocher d'aucune autre.

En s'en tenant aux conditions extérieures et banales dans lesquelles le psôitis se produit, on peut dire encore que les deux variétés les plus communes sont le psôitis puerpéral et le psôitis traumatique. Il est bien entendu que par cette dernière expression on désigne surtout les inflammations qui succèdent aux efforts, aux marches forcées, etc.

**Anatomie pathologique.** — *Myosite interstitielle suppurée*, telle est en trois mots l'anatomie pathologique de la psôite.

Les fibres musculaires sont en effet détruites dans la plupart des cas et forment un foyer putrilagineux, dans lequel baignent, infiltrés d'un sang noir, les débris du tissu musculaire devenu méconnaissable; une zone d'un brun verdâtre, infiltrée de globules sanguins et pigmentaires, entoure directement le foyer.

Des lésions semblables s'observent parfois simultanément du côté du muscle iliaque ou du carré des lombes.

Le foyer purulent est fortement isolé des parties ambiantes par la gaine épaissie. Le pus qu'il renferme est en général grisâtre, mal lié, fétide.

Tantôt la collection fuse vers la région lombaire; tantôt, rejetant l'artère fémorale en dedans, elle vient faire saillie à la partie supérieure et interne de la cuisse; c'est le cas le plus fréquent.

La gaine aponévrotique cède cependant quelquefois et le pus envahit la région périnéphrétique ou la région iliaque, décollant le tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'ouverture, au lieu d'être extérieure, peut, dans ce cas, se faire du côté de l'intestin; elle a dû être précédée naturellement par la formation d'adhérence entre le péritoine pariétal de la fosse iliaque et le feuillet qui revêt l'intestin lui-même. — L'ouverture dans le péritoine et le vagin a été également observée, mais à titre exceptionnel.

**Symptomatologie.** — Sans étudier séparément les symptômes de l'inflammation du psoas dans ses deux types principaux, *psôitïs puerpéral*, *psôitïs traumatique*, on doit cependant faire remarquer tout d'abord que dans le *psôitïs puerpéral* le début est généralement insidieux; quelques jours après l'accouchement, on constate de la fièvre, des frissons irréguliers, de l'inappétence, parfois même des vomissements, de la constipation; les phénomènes locaux n'apparaissent qu'en second lieu.

Dans le *psôitïs traumatique* les signes de l'affection se montrent dès l'abord dans toute leur netteté.

La *douleur* est le premier signe local; elle est généralement très vive. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, limitée à la région lombaire; tantôt siégeant dans la fosse iliaque ou dans l'aîne; parfois, irradiée suivant le trajet des nerfs lombaires, elle présente dans certains faits les caractères de la névralgie crurale. Cette douleur s'accroît par la pression du psoas, par les mouvements de flexion et d'abduction de la cuisse.

La marche d'abord claudicante devient rapidement impossible.

Couché, le malade prend une attitude presque pathognomonique: *déviatio*n, *flexio*n de la cuisse sur le bassin et *rotatio*n en dehors, ce qui met le psoas dans le relâchement (Duplay, Poulet, Heurtaux); on a pourtant observé aussi la rotation *en dedans* (Nélaton, Chassaing).

La formation et la collection du pus s'accompagnent de phénomènes généraux fébriles, et se traduisent bientôt par une saillie fluctuante, siégeant le plus souvent à la partie supérieure et interne de la cuisse. — La palpation de la fosse iliaque permet de reconnaître une tuméfaction profonde répondant bien à la région du psoas, remontant plus ou moins haut dans la région lombaire, et il est facile en général de transmettre la fluctuation de la cuisse à la portion intra-abdominale et réciproquement.

L'ouverture spontanée est lente à se faire; si le chirurgien n'intervient pas à temps, des fusées purulentes graves se produisent, soit dans le bassin, soit dans la cuisse.

La mort est la terminaison habituelle; l'ouverture intestinale même, si favorable dans certains phlegmons profonds sous-péritonéaux, serait presque toujours fatale.

**Diagnostic.** — Au début, le diagnostic différentiel du psôitïs doit être fait avec les névralgies lombaires ou crurales; l'augmentation de la douleur provoquée par l'extension ou la rotation de la cuisse et l'empatement profond permettront de reconnaître, dans la plupart des cas, l'inflammation du psoas.

Nous avons indiqué le moyen de différencier cette même inflammation d'un *phlegmon sous-péritonéal* de la fosse iliaque.

Une *néphrite intense*, une *pyélo-néphrite*, se distingueront encore par le siège de la douleur, par la liberté des mouvements de la cuisse.

Lorsque l'immobilisation du membre inférieur existe, l'affection peut être confondue avec une *coxalgie* et le diagnostic différentiel est parfois délicat; c'est principalement en s'appuyant sur les commémoratifs, la marche, sur le siège précis de la douleur, sur les phénomènes observés dans la fosse iliaque et les lombes, que l'on pourra conclure en faveur du psôitïs.

Lorsque l'abcès est formé, ou bien il occupe les lombes, et doit être distingué de l'abcès périnéphrétique; ou bien il siége à la partie supérieure de la cuisse.

Le phlegmon périnéphrétique sera dévoilé par l'absence de rétraction de la cuisse, par l'étude attentive des commémoratifs, par la limitation de l'inflammation périnéphrétique à la région lombaire, par l'examen des urines.

L'abcès vient-il faire saillie à la partie supérieure de la cuisse, la rapidité de sa formation, les phénomènes aigus, la douleur, la fièvre, feront en général très facilement reconnaître le psôitis aigu d'un abcès par congestion qui s'accompagnera de plus de lésions vertébrales ou iliaques faciles à constater.

C'est surtout dans les psôitis puerpéraux si insidieux parfois que le diagnostic présente de véritables difficultés; tout psôitis à marche lente risquera d'être confondu avec un abcès par congestion, un abcès périnéphrétique, un abcès iliaque. Dans ce cas, plus que dans aucun autre, l'examen complet des organes voisins et une étude approfondie de la marche et des commémoratifs seront absolument nécessaires pour établir le diagnostic.

**Pronostic.** — Nous l'avons vu, la mort est la terminaison habituelle, soit par hecticité, soit par infection générale. — Lorsque la guérison survient, c'est surtout dans le psôitis traumatique; elle est souvent longue et l'inflammation musculaire laisse parfois après elle des altérations définitives. — Il est permis toutefois d'espérer qu'une ouverture préventive, faite de bonne heure avec les procédés antiseptiques, rendra désormais le pronostic moins sévère.

**Traitement.** — Ouvrir largement et tôt, soit aux lombes, soit au pli de l'aîne, soit à la cuisse; nettoyer avec soin le foyer par des lavages antiseptiques; assurer l'écoulement des liquides par un drainage bien compris et au besoin par la trépanation de l'os iliaque (Weiss, Gangolphe, Condamin), telles sont les principales indications opératoires.

### CHAPITRE III

#### ADÉNITES ILIAQUES

Les *adénites iliaques* sont *aiguës* ou *chroniques*. Nous nous sommes suffisamment étendu sur les premières, considérées comme origine du phlegmon iliaque, pour n'avoir plus à y revenir.

*Adénites chroniques.* — Elles ont été bien étudiées par Castex, dans sa thèse inaugurale (1881). On consultera encore avec fruit le mémoire de Van Lair (1869), la thèse de Varailion (1878), les mémoires précédemment indiqués sur les phlegmons iliaques.

Au point de vue clinique, cette affection est remarquable par la *disproportion qui existe entre son développement et les causes qui l'ont amenée*. Sur des sujets de vingt à trente ans, à la suite d'une écorchure, d'une irritation insignifiante, on voit les ganglions de l'aîne augmenter de volume; puis la masse s'unit aux ganglions iliaques qui ne tardent pas à former une tumeur bosselée, volumineuse, dure, *immobilisée* dans une des fosses iliaques. — Cette adénite chronique détermine des douleurs locales, des névralgies crurales, sciatiques même; elle s'accompagne d'un certain embarras des fonctions intestinales; comme les coxalgies, elle peut déterminer la flexion de la cuisse, l'ensellure lombaire; on trouvera sur ce sujet, dans la *France médicale* de 1874, une observation fort intéressante de P. Berger. Dans certains cas, on a même observé un certain degré de cachexie.

La marche de l'affection est lente; elle se fait par petites poussées successives; la suppuration est rare. — Nous ne pouvons qu'indiquer la nécessité d'un diagnostic avec les coxalgies, les tumeurs malignes des os du bassin. — Le diagnostic de la cause est difficile, car l'irritation primitive du réseau lymphatique peut ne pas être retrouvée. C'est là, nous l'avons dit, un des traits les plus remarquables de cette curieuse affection ganglionnaire.

Le traitement doit être surtout général; localement, on se trouvera fort bien de l'application de vésicatoires, de teinture d'iode, suivie d'une compression faite avec grand soin, suivant la méthode préconisée par Verneuil. En cas d'insuccès, on aurait pour dernières ressources les applications de caustiques et l'extirpation.

A côté de cette variété, nous devons dire deux mots des engorgements ganglionnaires secondaires, symptomatiques d'une altération organique profonde tuberculeuse ou cancéreuse des organes voisins. — Varailion a particulièrement insisté dans sa thèse, faite sous l'inspiration du professeur Ollier, sur les adénopathies symptomatiques de la coxalgie. Parmi les ganglions atteints, il signale tout spécialement le premier ganglion de la chaîne iliaque, auquel M. Ollier donne le nom de *ganglion inguino-pariétal*.

## CHAPITRE IV

## TUMEURS DES PARTIES MOLLES DU BASSIN

## 1° ANÉVRYSMES ILIAQUES

Le point capital de l'histoire des anévrismes iliaques, c'est la *dilatation tubulaire presque toujours très étendue* que présentent ces anévrismes; Holmes avait déjà longuement insisté sur ce fait. Aussi la plus grande partie des anévrismes de l'artère iliaque externe coexiste-t-elle avec des dilatations de même nature de l'origine de l'artère fémorale.

Il s'ensuit que, dans presque tous les traités de pathologie, l'histoire des anévrismes de l'iliaque externe est justement confondue dans une même description avec les anévrismes inguinaux.

Cette habitude clinique mérite d'être conservée. Nous renvoyons donc le lecteur au chapitre des *Anévrismes inguinaux*, tome IV.

Quant aux anévrismes de l'iliaque interne dans le bassin, ils doivent être très rares; Broca n'en connaissait pas d'exemple.

## 2° KYSTES HYDATIQUES

Charcot a rassemblé, dans le tome IV des *Mémoires de la Société de biologie*, 12 observations de kystes hydatiques des parties molles du bassin. — 6 malades appartenaient au sexe féminin, 5 étaient des hommes; dans le 12<sup>e</sup> cas, le sexe n'est pas déterminé.

Ces tumeurs offrent les caractères de l'évolution des kystes hydatiques; elles compriment les viscères pelviens, gênent leurs fonctions et comportent à longue échéance un pronostic grave.

Thompson a rapporté cependant 6 observations de guérison après ponction; la méthode antiseptique permet de faire plus. Le diagnostic étant confirmé par une ponction aspiratrice, on devrait sans hésiter, croyons-nous, inciser largement le kyste et le drainer. Deux voies opératoires seraient ouvertes: 1° la voie celluleuse extra-péritonéale, en suivant les règles des ligatures des artères iliaques et en refou-

lant le péritoine, travail que le kyste pourrait avoir favorisé par son développement; 2° la voie péritonéale, plus simple peut-être, surtout si le kyste faisait dans le petit bassin une saillie considérable qui permettrait de le suturer à la paroi et de l'ouvrir comme un kyste hydatique du foie.

Enfin on a signalé, comme s'étant développées dans les parties molles du petit bassin, quelques tumeurs, rares d'ailleurs, fibrolipomes, sarcomes, myxo-sarcomes, tumeurs fort voisines de celles que nous décrirons plus loin au chapitre des fibromes du squelette du bassin. Ces tumeurs se reconnaissent très difficilement; ce sont ordinairement des tumeurs intra-pelviennes, mais elles peuvent aussi venir faire saillie à la région fessière par une des échancrures.

Nous traiterons du diagnostic de toutes ces tumeurs après avoir décrit les tumeurs des os du bassin.

## CHAPITRE V

## TUMEURS DES OS DU BASSIN

Les tumeurs des os du bassin ne sont pas rares; elles ont fait l'objet d'une très bonne étude d'Havage: Thèse, Paris 1882; nous en résumerons les traits principaux.

1° *Ostéo-sarcomes du bassin*. — L'ostéo-sarcome est la plus commune des tumeurs des os du bassin; Havage en rapporte 54 observations.

**Étiologie.** — L'affection, presque aussi fréquente chez la femme que chez l'homme, se rencontre surtout après trente ans. — C'est rarement une affection héréditaire, et rarement aussi une dégénérescence cancéreuse propagée: 7 ou 8 cas seulement.

De toutes les autres causes, une seule mérite de nous arrêter, la *grossesse*. — Dans une même séance de la Société anatomique en 1850, on a rapporté 9 cas où cette influence devait être admise sans conteste.

L'affection se propage très souvent au fémur, c'est un de ses caractères; la propagation inverse est exceptionnelle: 1 seul cas (Havage).

**Anatomie pathologique.** — *Siège* : Aussi souvent observé à droite qu'à gauche, l'ostéo-sarcome occupe presque toujours la partie moyenne de l'os iliaque : 41 fois sur 54.

*Caractères* : — Tumeur volumineuse, bosselée, faisant corps avec l'os, de consistance inégale, n'ulcérant pas la peau, envahissant les muscles, les vaisseaux et les nerfs, souvent propagée au fémur dont elle peut déterminer la fracture spontanée (6 cas), pouvant atteindre aussi l'articulation coxo-fémorale, s'accompagnant rarement d'infection ganglionnaire, mais encore assez souvent, 1 fois sur 5, de généralisation viscérale par embolies sarcomateuses observées surtout dans le poumon, tels sont les principaux caractères anatomo-pathologiques de l'ostéo-sarcome du bassin.

**Symptômes.** — Son évolution clinique présente trois périodes : une première, surtout caractérisée par la *douleur*; une période d'état, dont la *tumeur* est le phénomène dominant; enfin une période cachectique.

*1<sup>re</sup> période : début* : — La *douleur* est presque toujours le phénomène initial, 7 fois sur 10. Cette douleur est souvent très vive, atroce même; elle débute parfois presque subitement; tantôt locale, tantôt irradiée, elle semble affecter dans quelques cas le caractère rhumatisal; plus souvent elle présente toutes les apparences d'une sciatique, avec troubles de sensibilité, de sécrétion cutanée, de motilité.

*2<sup>e</sup> période* : — Bientôt apparaît la *tumeur* avec tous ses caractères. Elle s'accroît rapidement : on a cité un cas dans lequel elle atteignait les dimensions du tronc d'un adulte corpulent; le plus souvent on la compare à une tête de fœtus ou d'adulte.

La surface osseuse amincie distendue qui la recouvre offre parfois le phénomène de la crépitation parcheminée. Un certain nombre de ces tumeurs sont pulsatiles, présentent un souffle synchrone de la diastole artérielle. L'élévation de la température locale est fréquemment notée.

La tumeur produit rapidement des troubles de voisinage : troubles névralgiques, troubles circulaires, œdème unilatéral, constipation, gêne de la miction et finalement cette fièvre des néoplasmes indiquée par Verneuil.

Parfois l'affection se présente avec des caractères différents : elle affecte l'allure d'une coxalgie ou d'une sacro-coxalgie, comme chez une malade de Trélat, dont Berthaud a recueilli l'observation.

*5<sup>e</sup> période* : — Les forces diminuent, l'appétit se perd, l'amaigrissement se prononce; les douleurs, les troubles du voisinage s'accroissent; la cachexie fait des progrès rapides; et le malade succombe, soit dans le marasme, soit par le fait de complications viscérales : embolies sarcomateuses pleuro-pulmonaires, généralisation dans la rate, le foie, le rein, le cœur ou le cerveau.

La *marche* semble être plus rapide chez les jeunes sujets; la durée moyenne, d'après les calculs d'Havage, peut être évaluée à seize mois environ.

*2<sup>o</sup> Enchondromes.* — Après l'ostéosarcome, par ordre de fréquence, il faut ranger l'enchondrome du bassin dont Havage a recueilli 22 observations; ce sont les plus fréquents des enchondromes du tronc.

Dolbeau en avait publié une étude fort intéressante dans le journal *le Progrès* de 1859-1860.

**Étiologie.** — La proportion dans laquelle les deux sexes sont atteints est jusqu'ici de 3 hommes pour 2 femmes; l'âge moyen de l'apparition : quarante ans; l'hérédité et le traumatisme peuvent être invoqués.

**Anatomie pathologique.** — *Siège.* — Ici encore, pas de prédilection marquée pour un côté plus que pour l'autre, mais, par contre, l'affection est plus rare sur l'os iliaque (5 cas seulement); elle se rencontre presque toujours (14 cas) aux deux extrémités du diamètre antéro-postérieur du bassin, surtout à la surface externe du pubis et de l'ischion (dans les 3/4 des cas).

Un autre caractère qui nous semble important, c'est le volume énorme de la tumeur; dans un cas, elle descendait jusqu'aux genoux; dans un autre, elle pesait 27 livres et mesurait 1 mètre de circonférence.

La masse est lobée, dure au début, plus tard de consistance inégale, ce qui s'explique facilement par la dégénérescence kystique, colloïde, dont ces tumeurs sont souvent le siège à un moment de leur évolution. Elles peuvent se propager et même se généraliser.

**Symptômes.** — Dolbeau a justement distingué deux variétés cliniques : *1<sup>o</sup> l'enchondrome de la surface extérieure du bassin*, dont le pubis ou la branche ischio-pubienne est à peu près le siège exclusif et qui se présente avec tous les caractères d'une tumeur inguinale; *2<sup>o</sup> l'enchondrome intrapelvien*, siégeant sur la face antérieure du

sacrum ou dans la région sacro-iliaque et se comportant comme une tumeur *intrapelviennne*. Les troubles de compression sont moins fréquents qu'on ne pourrait le croire et qu'on ne l'a dit. La marche est lente : durée moyenne, *quatre ans*; à la dernière période s'observe la cachexie ordinaire des grosses tumeurs.

3° *Exostoses*. — Les exostoses du bassin sont surtout connues des accoucheurs. — Havage en a relevé 10 observations certaines. — Féré a indiqué une variété intéressante, l'exostose pubienne des vieilles femmes : *exostose sénile*.

Regnoli et Duplay ont rapporté des exemples d'exostoses du bassin chez l'homme.

Ces tumeurs siègent surtout au sacrum et au pubis comme l'enchondrome, se développent quelquefois à l'extérieur (Regnoli, Duplay), plus souvent à l'intérieur. Les exostoses extérieures ne déterminent qu'un peu de gêne dans la flexion de la cuisse, dans l'inclinaison du tronc et quelques douleurs irradiées. Les exostoses intérieures causent des troubles beaucoup plus graves : rétention d'urine, dystocie. Les exostoses séniles du pubis peuvent ulcérer la vessie (Bouilly); on les voit se développer sur le bord supérieur de la symphyse.

L'exostose est en général une tumeur peu volumineuse, arrondie, immobile sur l'os, d'une consistance éburnée; quelquefois on observe à sa surface des sillons, des aspérités.

4° *Kystes hydatiques*. — Le bassin serait le siège le plus fréquent des kystes hydatiques osseux après le tibia.

Sur 9 cas (Havage) l'affection occupait 6 fois la partie moyenne de l'os iliaque.

C'est une tumeur à marche lente, fluctuante, indolente dans la moitié des cas, et déterminant dans sa phase ultime les désordres graves des affections malignes : ouverture de l'articulation de la hanche (5 cas), destruction du fond de la cavité cotyloïde et pénétration du fémur dans le bassin (2 cas), destruction de la tête du fémur, des vertèbres sacrées, etc. Sous des influences inconnues, le contenu du kyste s'altère quelquefois et suppure rapidement, ce qui explique la possibilité de terminaison fatale par septicémie spontanée. — En général l'affection a une durée considérable, jusqu'à treize et dix-neuf ans.

5° *Fibromes*. — Nicaise a mentionné dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* 1878, des tumeurs fibreuses plutôt péri-

tiques qu'osseuses. Depaul a cité un fibrome du sacrum, Smith un fibrome ischio-pubien chez un enfant de dix-neuf mois, Tillaux un fibro-myxome coccygien pédiculé datant de vingt ans (*Bull. Soc. de chir.*, 1875).

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DES TUMEURS DU BASSIN. — Étant donné que l'existence d'un néoplasme est reconnue, la palpation fait distinguer sans peine une tumeur intrapelvienne d'une tumeur extrapelvienne.

Ces dernières étant plus faciles à explorer, on établit assez facilement si leur point de départ est dans les os du bassin ou dans les parties molles extérieures. Les tumeurs du squelette éliminées, restent des tumeurs fessières ou inguinales : adénites chroniques, abcès froids, anévrysmes, etc., dont les caractères sont assez nets.

Le diagnostic différentiel des tumeurs *intrapelviennes* n'est pas toujours aussi facile à faire, surtout chez la femme; il faut s'entourer de tous les commémoratifs, pratiquer toutes les explorations, pour reconnaître qu'une tumeur pelvienne n'appartient pas à l'utérus, à l'ovaire, ou bien encore à la prostate, à la vessie.

On peut d'ailleurs, au début, méconnaître une tumeur du bassin et se laisser tromper par les symptômes qui l'accompagnent : on admettra de la sorte une névralgie sciatique, une coxalgie, une sacro-coxalgie. Cette erreur tient quelquefois à l'insuffisance de l'examen. Il y a cependant des cas où la tumeur étant réellement insaisissable, ce diagnostic n'est pas possible tout d'abord; la marche seule permettra de le poser.

Les antécédents tuberculeux, la localisation à l'interligne sacro-iliaque de la douleur et de la tuméfaction, les troubles de la marche, la claudication, plus tard la fluctuation évidente des abcès, constituent les meilleurs signes de la sacro-coxalgie.

La coxalgie est parfois plus difficile à diagnostiquer; nous avons vu avec quelle fréquence le fémur était envahi dans l'ostéo-sarcome iliaque: il faudrait surtout se baser sur l'augmentation de volume de l'os iliaque pour rejeter l'idée d'une coxalgie; encore ne faut-il pas prendre pour une tuméfaction de l'os iliaque une adénite tuberculeuse qui accompagnerait la tumeur blanche de la hanche.

Étant donné qu'on a bien affaire à une tumeur du bassin, nous savons qu'elle est presque toujours développée aux dépens du squelette. En présence d'une masse volumineuse, mal limitée et s'étendant à la cuisse, s'accompagnant de douleurs à forme sciatique, surtout

chez une femme enceinte, on ne devra guère hésiter à diagnostiquer un ostéo-sarcome; c'est du reste la plus fréquente des tumeurs du bassin. Si le néoplasme siège au niveau du sacrum, du pubis, on songera plutôt à l'exostose ou à l'enchondrome. L'exostose est une tumeur dure, éburnée, à marche lente, dont le volume dépasse rarement celui d'un œuf; l'enchondrome, au contraire, est une tumeur volumineuse à marche plus rapide. La cachexie ne se montre dans cette affection que lorsque la production a pris des proportions énormes, encore diffère-t-elle de la cachexie profonde et des douleurs presque toujours atroces de l'ostéo-sarcome, dont l'évolution d'ailleurs est bien plus rapide.

**PRONOSTIC.** — Les tumeurs du bassin comportent un pronostic bien différent; il n'est bénin que dans l'exostose; encore faut-il faire des réserves relatives à la possibilité de lésions internes, et aux difficultés de l'accouchement, s'il s'agit d'une femme enceinte ou pouvant le devenir. Les enchondromes, surtout les enchondromes intra-pelviens, sont un peu plus graves. Les kystes hydatiques sont surtout sérieux, à cause des accidents de leur dernière période; la possibilité d'une guérison chirurgicale constitue d'autre part un élément favorable qui n'est point à négliger. Quant à l'ostéosarcome, c'est une condamnation à plus ou moins brève échéance qu'il comporte toujours et sans rémission.

**TRAITEMENT.** — Duplay et Regnoli ont enlevé avec succès des exostoses extérieures du bassin; on a fait aussi heureusement plusieurs ablations d'enchondromes; mais les opérations pour ostéo-sarcomes n'ont jamais donné que de tristes résultats, quels que soient la hardiesse, le talent et la persévérance avec lesquels on ait poursuivi le mal; l'observation rapportée par Weiss dans sa thèse du doctorat et empruntée à la pratique de Bœckel en est un exemple aussi évident qu'instructif.

## CHAPITRE VI

### TUMEURS CONGÉNITALES DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE

La région sacro-coccygienne est parfois le siège, chez le fœtus, de tumeurs assez volumineuses pour gêner l'accouchement dans quelques cas; cet accident est plus rare cependant qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Ces tumeurs s'observent assez souvent sur des enfants mort-nés, 29 sur 81 (Molk); d'une manière générale, elles sont peu compatibles avec la vie, puisque 61 fois sur 70 la mort a suivi de près la naissance; cependant la survie est possible, jusqu'à un âge avancé, vingt-cinq et même cinquante ans.

**Historique.** — La connaissance de ces tumeurs ne remonte guère à plus de quarante ans; c'est ce qui en fait une question d'actualité sur laquelle nous devons nous arrêter.

Avant les travaux allemands d'Ammon (1842), Vernher (1845), elles étaient toutes confondues dans la classe des inclusions fœtales ou monstruosité parasitaires.

Depuis cette époque, des travaux nombreux se sont produits en Allemagne, rapidement transmis en France par l'École de Strasbourg.

En 1858, travail anatomo-pathologique important de Lotzbeck; en 1860, découverte de la glande coccygienne de Luschka, et, la même année, application de cette découverte à l'étude des tumeurs sacro-coccygiennes (Périn, *Thèse*, Strasb., 1860).

En 1862, mémoire de Constantin Paul dans les *Archives générales de médecine*.

Six ans plus tard, le travail de Braune (Leipzig), la thèse de Molk (Strasbourg), ont été résumés et exposés très clairement par le professeur Duplay dans les *Archives de médecine*. Depaul a publié dans les *Archives de toxicologie* de 1877 une seconde étude surtout obstétricale. Enfin cette question si difficile a fait un nouveau pas en avant avec le traité des kystes congénitaux de Lannelongue et Achard, 1886.

**Anatomie pathologique.** — On ne saurait se faire une idée de