

## II

## TUMEURS DES OS DU BASSIN

Les tumeurs des os du bassin, primitives ou secondaires, ne sont pas très fréquentes et la littérature médicale n'est pas riche en mémoires sur ce sujet.

En première ligne doivent être placés l'ostéo-sarcome et l'ostéo-carcinome; ensuite les exostoses, les chondromes, les fibromes, les myxomes et les kystes hydatiques. Après avoir décrit les particularités de chacune de ces tumeurs, j'en exposerai, dans un chapitre d'ensemble, le diagnostic, le pronostic et le traitement, comme l'a fait Havage (1), dans une excellente thèse.

## I. — DES TUMEURS DES OS DU BASSIN EN PARTICULIER

## A. — OSTÉO-SARCOMES

Sous le nom d'ostéo-sarcomes du bassin, on comprend toutes les tumeurs malignes des os, capables de récidiver et de se généraliser. Havage, dans sa thèse, en a réuni 54 cas, auxquels il faut ajouter quelques observations plus récentes qu'on trouvera mentionnées au cours de la description.

**Étiologie.** — Contrairement à la plupart des sarcomes osseux qui s'observent de préférence chez l'homme, avant l'âge de trente ans, ceux du bassin affectent les deux sexes avec une fréquence presque égale, et se rencontrent surtout chez l'adulte, de trente à cinquante ans. Ils sont aussi rares dans l'enfance que dans l'âge avancé. Cependant une des observations de Havage se rapporte à une fillette de six mois, traitée par Rendu pour un sarcome fluctuant de la fosse iliaque externe, et après l'âge de soixante ans, on en cite encore quelques cas (5 cas dans la thèse de Havage).

L'hérédité joue, dans l'espèce, un rôle tout à fait accessoire; cependant l'existence d'antécédents est notée dans quelques observations (obs. de Havage; obs. de Courty (2)).

L'ostéo-sarcome peut affecter primitivement ou secondairement les os du bassin. Secondaire, il naît par propagation d'une affection similaire des régions voisines (cancer de l'utérus, des ganglions du petit bassin) (3); mais le fait est rare, et il est remarquable de voir que les néoplasmes de l'os iliaque gagnent fréquemment le fémur, tandis que la propagation inverse est exceptionnelle. En cas de généralisation, la ceinture pelvienne peut être envahie, comme les autres pièces du squelette. Verneuil (4) a vu un cancer de l'os iliaque et du sacrum consécutif à un squirrhe atrophique du sein. Des faits analogues ont été rapportés par Jones, Gross (5) et d'autres auteurs.

(1) HAVAGE, *Étude clinique sur les tumeurs des os du bassin et sur l'ostéo-sarcome en particulier*. Thèse de doct. de Paris, 1882.

(2) COURTY, art. BASSIN du *Dictionnaire encyclopédique*.

(3) Observations 2, 5, 54, 56, 40, de la thèse de Havage.

(4) VERNEUIL, Obs. de BOURDON, *Squirrhe atrophique du sein gauche. Cancer des côtes, os iliaque et sacrum. Paraplégie*. Bull. de la Soc. anat., 1872, p. 205.

(5) JONES, *Sarcome des vertèbres, du sacrum, de l'os iliaque et du sternum*. Saint-Barthol. hosp. Rep., t. XX, p. 225. — GROSS, *Extensi carcinosis of the osteous system and liver consecutive to scirring of the mamma*. Philadelphia med. Times, 1879-1880, t. X, p. 558.

Mais le plus souvent, l'ostéo-sarcome est primitif. Deux ordres de causes occasionnelles paraissent favoriser son développement ou plutôt précipiter sa marche : la grossesse et les traumatismes.

Dans une seule séance de la Société anatomique en 1850, on a rapporté 9 cas dans lesquels l'influence de la grossesse était évidente. Broca a insisté sur la fréquence de ces tumeurs chez des femmes déjà mères. Une observation de Gussenbauer (1) est relative à un sarcome mélanique de l'os iliaque, chez une femme qui avait eu sept enfants. Une autre observation du même auteur concerne un sarcome myéloïde du sacrum chez une femme de trente-trois ans, ayant eu sept grossesses.

Plus important encore paraît être le rôle du traumatisme. Dans la plupart des cas, les malades incriminent une chute sur l'ischion, un coup, une contusion, et il semble que, quelquefois (Th. Anger), une bosse sanguine ait précédé l'apparition du néoplasme. En dehors des faits signalés par Havage, je mentionnerai un fait de Jürgens (2), relatif à un gros sarcome qui apparut un an après une chute, occupait la moitié gauche du bassin et englobait la vessie et le rectum. Dans une observation de Gussenbauer, il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute sur l'ischion, ressentit, dans la partie supérieure de la cuisse, des douleurs très vives. Au bout de trois mois, les douleurs étaient devenues plus aiguës et un sarcome se développa dans la fosse iliaque externe. Les traumatismes légers : fatigues, marches forcées, ont parfois les mêmes effets que les traumatismes graves.

**Anatomie pathologique.** — Les ostéo-sarcomes sont tantôt périostaux, tantôt centraux; on observe toutes les variétés histologiques de sarcomes. Leur siège d'élection est la partie moyenne de l'os iliaque (41/54 Havage), c'est-à-dire la région des fosses iliaques interne et externe. Cependant ils peuvent également débiter dans le pubis, dans le sacrum, dans l'ischion, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, etc. Ils constituent des tumeurs volumineuses et bosselées, atteignant souvent des dimensions énormes. Ils s'étalent à la surface de la fosse coxale sans jamais se pédiculiser, formant, suivant les cas, des tumeurs iliaques ou fessières. Leur consistance est inégale, souvent élastique ou presque fluctuante.

Le sarcome central forme souvent une tuméfaction diffuse de l'os iliaque (fig. 15). Cet épaissement peut en imposer pour une ostéo-périostite, et cela d'autant plus aisément que le sarcome apparaît fréquemment en un point frappé par un traumatisme antérieur. Kœnig (3) cite un cas dans lequel l'ilion tout entier paraissait augmenté de volume, la tumeur semblait de nature inflammatoire, et l'accroissement rapide de celle-ci permit seul de poser le diagnostic exact : sarcome myéloïde. Un ostéo-sarcome de la fosse iliaque, décrit par Havage, fut d'abord pris pour une périostite syphilitique. Dans les carcinomes, souvent secondaires, l'os est rapidement détruit et la tumeur déborde l'os (fig. 15).

Quels que soient l'aspect, le volume, la forme, la consistance du néoplasme, il ne tarde pas à s'étendre et à envahir les parties voisines, englobant les vaisseaux et les nerfs, déterminant l'atrophie simple ou la dégénérescence cancé-

(1) GUSSENBAUER, *Ein Beitrag zur Exstirpation von Beckenknochenschwülsten*. Zeitschrift für Heilkunde, Bd. XI, p. 475.

(2) JÜRGENS, *Berl. klin. Woch.*, 17 décembre 1888.

(3) KÖENIG, *Traité de pathol. chir. spéciale*, trad. franç. t. III, p. 541.

reuse des muscles. Mais il est remarquable de voir combien les téguments sont

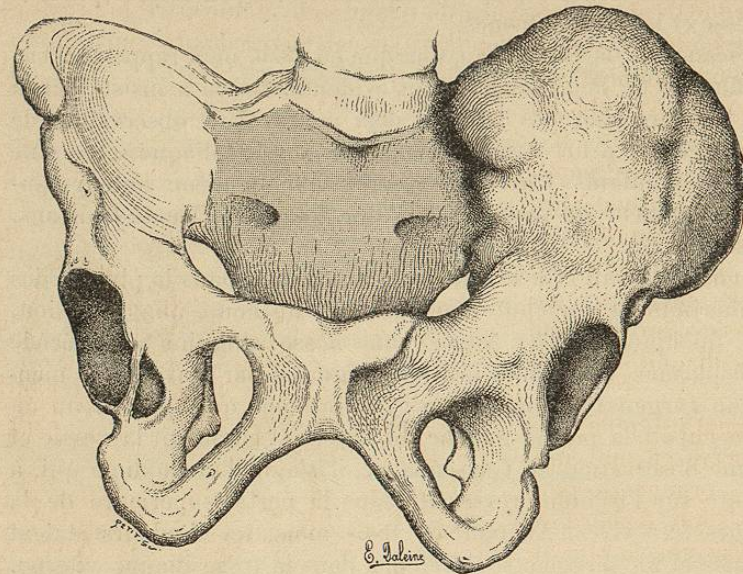


FIG. 13. — Sarcome central de l'os iliaque gauche. — Déformation caractéristique de l'aile iliaque, de la branche ilio-pubienne et du pubis. (Observation personnelle.)

longtemps respectés; simplement refoulés et amincis, parfois sillonnés de grosses veines et de lymphatiques hypertrophiés (Adams)<sup>(1)</sup>, ils adhèrent tardivement à la tumeur et leur ulcération est exceptionnelle.

La tumeur, lorsqu'elle est intra-pelviennne, comprime les viscères de la cavité abdominale. On cite des cas de déplacement du rectum, de rétrécissement de l'intestin grêle, de compression et de déviation de la vessie et de l'urètre. Dans un cas<sup>(2)</sup>, l'urètre gauche était complètement imperméable.

(1) JOHN ADAMS, *Lancet*, 1852, t. I, p. 9.

(2) *Lancet*, 1872, t. II, p. 782.

(3) CHIARI, *Ueber zwei Fälle von Tumor des Beckens und zwar des Os sacrum*. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1878, n° 9.

(4) GILLETTE, Société de chirurgie, séance du 26 janvier 1876.

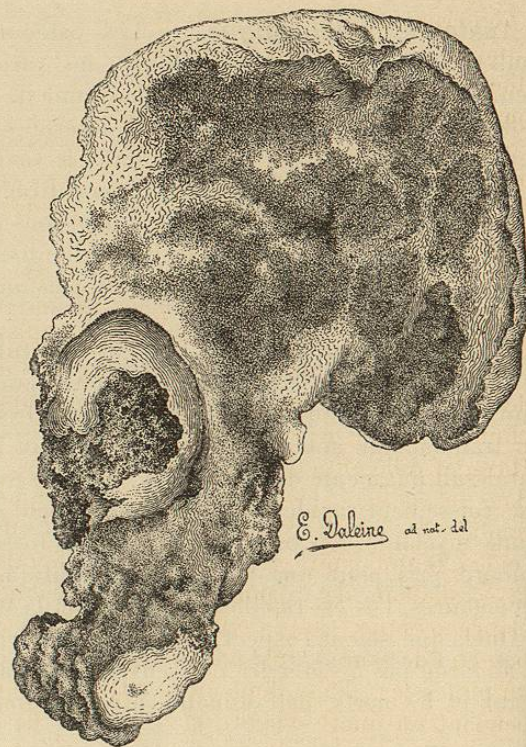


FIG. 14. — Cancer du bassin. (Musée Dupuytren.)

longtemps respectés; simplement refoulés et amincis, parfois sillonnés de grosses veines et de lymphatiques hypertrophiés (Adams)<sup>(1)</sup>, ils adhèrent tardivement à la tumeur et leur ulcération est exceptionnelle.

La tumeur, lorsqu'elle est intra-pelviennne, comprime les viscères de la cavité abdo-

deux conditions anatomiques qui favorisent la propagation du sarcome iliaque à la jointure et à l'extrémité supérieure du fémur sont, d'une part, la présence dans la cavité cotyloïde d'un point dépourvu de cartilage; d'autre part, l'insertion en ce point d'un ligament rattachant l'os iliaque à la tête du fémur.

L'infection ganglionnaire paraît exceptionnelle (6/54 Havage); cependant Gussenbauer signale des lésions dans les ganglions inguinaux, iliaques et lombaires, constatées à l'autopsie d'un sarcome mélanique de l'os iliaque, récidivé sur place.

La généralisation est plus fréquente, elle s'observe en moyenne 1 fois sur 4. Les organes le plus souvent envahis sont, d'abord le poumon<sup>(1)</sup>, puis le rein, la rate, le foie, le cœur. Il n'est pas rare de trouver des noyaux dans le fémur, les corps vertébraux, les côtes, l'humérus, les os du crâne, etc. Ces tumeurs peuvent être réellement dues à la généralisation de la tumeur maligne iliaque ou bien être contemporaines dans un envahissement d'emblée de plusieurs os.

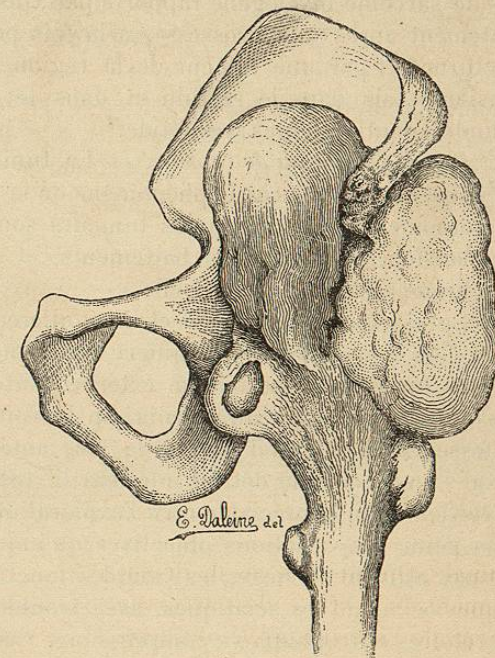


FIG. 15. — Os iliaque envahi dans sa partie moyenne par une tumeur épithéliale secondaire à un épithélioma du pharynx. (Lancereaux, *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, 1<sup>re</sup> partie, p. 121.)

**Symptômes.** — On peut distinguer trois périodes dans l'évolution des ostéo-sarcomes du bassin: une période de douleurs, une période de tumeur, et une période de cachexie (Havage).

1<sup>re</sup> Période de début ou de douleurs. — Bien que l'affection puisse s'annoncer par des troubles fonctionnels des organes du petit bassin, par une déchéance de l'état général; bien que la tumeur puisse être la première manifestation clinique, il est de règle que la douleur soit l'accident initial (7 fois sur 10, Havage). Elle offre des caractères variables. Tantôt purement locale, elle siège dans le point où bientôt apparaîtra la tumeur et irradie vers l'aîne, vers les lombes, et surtout vers la fesse; tantôt elle est diffuse, mal limitée, rhumatoïde; tantôt enfin elle simule une névralgie sciatique. Havage insiste sur la soudaineté de la douleur et lui attribue une grande valeur diagnostique et pronostique. Cette douleur subite, atroce, survient parfois au milieu d'un bon état de santé. Ainsi un homme est pris tout à coup dans la rue, au niveau du pli fessier, d'une douleur si vive qu'il tombe (obs. 41). Une femme s'assied pendant un quart d'heure sur un banc de pierre d'une promenade publique; quand elle se lève, elle sent, sur le côté de la hanche, une vive douleur qui rend la marche impossible. Chez ces deux malades, un ostéo-sarcome devint

(1) KNIGHT, *Med. Times*, 1885, p. 669.

évident, quelques mois après, au niveau du point qui avait été le siège de cette douleur violente.

Ce mode de début existe surtout pour les néoplasmes de l'os iliaque. Dans ceux du sacrum, les douleurs semblent augmenter progressivement. Dans un cas de sarcome myélogène rapporté par Gussenbauer, l'affection débuta immédiatement après une grossesse, à la fois par des douleurs avec exacerbations nocturnes et par une tumeur de la région sacro-fessière gauche, qui s'ouvrit plusieurs fois dans le rectum et dans le vagin, par lesquels s'écoulait une grande quantité de pus très fétide.

2<sup>o</sup> *Période d'état ou de tumeur.* — La tumeur, dure, fluctuante ou élastique, présente en certains cas le phénomène de la crépitation parcheminée, indiquant un sarcome central. Quelques tumeurs sont pulsatiles avec des mouvements d'expansion, de véritables battements, et offrent à l'auscultation un souffle synchrone à la diastole artérielle.

Le plus souvent bosselée et irrégulière, la tumeur fait intimement corps avec l'os sous-jacent et acquiert rapidement un volume considérable. Elle occupe tantôt la fosse iliaque externe, tantôt les deux fosses à la fois. Quand il s'agit d'un sarcome du sacrum, on le voit s'étaler sur la région sacrée et sur la fesse; mais lorsqu'il occupe la face antérieure de l'os, ou la partie de l'os coxal sous-jacente au détroit inférieur, il remplit souvent tout le petit bassin et ne devient bien appréciable qu'à l'exploration rectale ou vaginale. On comprend sans peine les variations objectives qu'impriment à la tumeur son siège et sa nature. Suivant le siège, les troubles fonctionnels diffèrent: accidents névralgiques occupant les sciatiques, avec troubles sensitifs, moteurs, vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques; compressions vasculaires, œdème unilatéral, constipation, même obstruction intestinale; dysurie et rétention d'urine, enfin impotence fonctionnelle et déviation du membre inférieur, pouvant simuler une coxalgie ou une sacro-coxalgie (Trélat) (1), (Alberti) (2). La fièvre des néoplasmes de Verneuil semble fréquente au cours des ostéo-sarcomes du bassin. Souvent aussi on a noté une élévation de la température locale. Comme dans les autres sarcomes, les douleurs vives contribuent puissamment à affaiblir le malade.

3<sup>o</sup> *La période de cachexie* ne présente ici rien de spécial, à part la rapidité avec laquelle elle évolue. Les douleurs, les accidents fonctionnels augmentent encore en intensité, l'amaigrissement se prononce, tandis que les membres inférieurs sont le siège d'un œdème parfois inégalement développé des deux côtés. La tumeur acquiert des dimensions considérables et peut ulcérer la peau.

*Marche.* — La marche des ostéo-sarcomes du bassin est variable; elle peut être lente chez les sujets âgés, et on voit des malades chez lesquels la sciatique constitue pendant plusieurs années le seul phénomène avant-coureur. Chez les jeunes sujets, les accidents se déroulent parfois avec une effrayante rapidité. D'autres conditions telles qu'une grossesse intercurrente, une intervention chirurgicale intempestive, impriment un coup de fouet à l'évolution de ces ostéo-sarcomes. On conçoit combien leur *durée* varie; elle est évaluée, par Havage, à seize mois en moyenne; mais ils peuvent tuer en trois mois, comme

(1) TRÉLAT, Observation 45 de la thèse de Havage.

(2) ALBERTI, *Sarcome du bassin simulant une coxalgie*. Berl. klin. Woch., 4 juin 1885.

en six ans, et la mort survient soit dans le marasme, soit par complications viscérales, dont les plus importantes sont les embolies pleuro-pulmonaires et les embolies cérébrales.

#### B. — EXOSTOSES

Comme ailleurs, il convient de réserver ce nom aux productions anormales et circonscrites de tissu osseux, saillantes à la surface de l'os. Les accoucheurs du commencement de ce siècle les considéraient comme fréquentes et rattachent aux exostoses les cals difformes. En réalité, elles sont rares; cependant on a exagéré leur rareté.

*Étiologie et anatomie pathologique.* — Chez l'adulte, elles reconnaissent pour causes, d'après Havage, la scrofule, la syphilis, le rhumatisme, la goutte. Sur 6 observations qu'il rapporte, 2 seulement se rapportent à des hommes, celles de Duplay (1), de Regnoli et Rognetta (2). Le traumatisme est la cause occasionnelle le plus souvent citée. Dans cette classe, quelques auteurs font rentrer les épines osseuses qu'on trouve sur les bassins rachitiques. Ces épines siègent surtout sur le pourtour du détroit supérieur, c'est-à-dire sur la crête du pubis, sur l'éminence ilio-pectinée et au niveau du promontoire. Généralement petites, acérées, en forme de dard, elles peuvent acquérir une longueur notable. Ainsi Léopold (3) a vu une épine de 8 centimètres implantée sur la fosse iliaque interne. Les épines ne sont pas de vraies exostoses.

Chez les vieillards, et surtout chez les femmes, on rencontre une variété d'exostose dont la cause intime est inconnue. Robert, Poulet et Bousquet, signalent au niveau de l'articulation sacro-iliaque des exostoses liées à l'arthrite déformante sénile.

Quant aux exostoses vraies qui sont les exostoses ostéogéniques, elles existent au bassin comme partout ailleurs; elles sont souvent héréditaires. Braun (4) a vu chez un jeune homme de dix-huit ans, une exostose cartilagineuse qui partait de l'épine iliaque antérieure et supérieure; les autres pièces du squelette étaient indemnes. Legroux (5) signale une hypertrophie considérable de la crête iliaque dans un cas d'exostoses ostéogéniques multiples.

Maclean (6) rapporte une belle observation d'exostoses multiples spongieuses héréditaires. Sur 4 enfants de huit à seize ans, il existait 79, 108, 85 et 101 exostoses. La plupart d'entre elles occupaient les os longs; mais l'os iliaque, particulièrement sa portion marginale, n'était pas épargné. Bessel-Hagen (7), sur une jeune fille de quatorze ans, atteinte d'exostoses cartilagineuses multiples, et d'arrêt de développement des membres thoraciques et abdominaux, a trouvé sur le bassin de petites exostoses au niveau des épines iliaques postérieures. Sur un homme de cinquante ans, existait à côté d'autres lésions, de croissance, une grosse exostose du volume d'une pomme, dans la fosse iliaque

(1) DUPLAY, Thèse de Havage, p. 116.

(2) ROGNETTA, *Gazette médicale de Paris*, 1885, p. 259.

(3) LÉOPOLD, *Arch. für Gynæk.*, 1872, t. IV, p. 556.

(4) BRAUN, *Deutsche Zeit. für Chir.*, t. XXX, p. 199.

(5) LEGROUX, *Soc. méd. des hôp.*, séance du 4 juillet 1890.

(6) MACLEAN, *Multiple cancellous exostoses*. *Bristol med. chir. Journal*, décembre 1890.

(7) BESSEL HAGEN, *Arch. für klin. Chir.* Berlin, 1891, t. XLI, p. 420 et suivantes.

externe, immédiatement au-dessous de la crête iliaque. Sur un jeune homme de quinze ans, porteur d'exostoses cartilagineuses multiples, de scoliose, d'anomalies de développement des côtes, des omoplates et de l'os iliaque, d'arrêt de développement et d'incurvation des membres, Bessel-Hagen a rencontré, en dehors de nombreuses exostoses, disposées le long de la crête iliaque, une grosse exostose de la partie la plus reculée de la fosse iliaque externe, tellement volumineuse, que la saillie fessière correspondante était remplacée par une dépression profonde interposée à l'exostose et à la région trochantérienne. Ces quelques exemples, qu'il serait aisé de multiplier, prouvent que lors d'exostoses multiples de développement, le bassin peut être envahi comme les autres pièces du squelette. Mais les exostoses limitées à l'os iliaque ou au sacrum chez l'adolescent sont rares, elles s'observent un peu plus tardivement que les exostoses des membres, ce qui est en rapport avec l'époque d'accroissement des épiphyses de la crête iliaque et des bords du sacrum.

**Symptômes.** — Les exostoses ostéogéniques occupent les points que nous avons indiqués plus haut. Quant aux exostoses de l'adulte, elles siègent surtout, suivant Havage, au sacrum, au pubis, et sont rares sur les parties latérales du bassin. Ce sont des tumeurs peu douloureuses, de consistance éburnée, généralement peu volumineuses. Cependant Kraus et Moreau en ont cité qui remplissaient toute l'excavation du bassin. On peut les diviser en extra-pelviennes et intra-pelviennes.

Les premières donnent lieu à des phénomènes de compression assez vagues, elles peuvent gêner les mouvements de la cuisse ou d'inclinaison de la colonne vertébrale.

Dans le cas cité plus haut de Braun, le sujet semblait atteint d'une ankylose complète de l'articulation de la hanche. L'opération seule permit de reconnaître une grosse exostose, qui descendait de l'épine iliaque antéro-supérieure dans les muscles de la cuisse, atteignait une longueur de 9 centimètres et s'opposait à la plus légère flexion du fémur. L'ablation de l'exostose permit aussitôt les mouvements de la cuisse dans tous les sens.

Les exostoses intra-pelviennes engendrent des troubles fonctionnels sérieux. En outre de l'obstacle qu'elles apportent à l'accouchement, elles provoquent parfois la rétention d'urine (John Lever, Boyer), l'ulcération de la vessie (Bouilly). Cette dernière complication se rencontre surtout dans les exostoses séniles du pubis chez les vieilles femmes, signalées par Robin et étudiées par Feré<sup>(1)</sup>. Suivant ce dernier auteur, ces exostoses ne sont pas rares (16 pour 100), elles se composent de deux épines développées aux dépens de la face postérieure de chaque pubis et séparées par un vestige du ligament interosseux.

Une complication tout à fait exceptionnelle a été signalée récemment par Manley<sup>(2)</sup> : la fracture des exostoses pubiennes.

<sup>(1)</sup> FERÉ, Note communiquée à Havage. Thèse citée, p. 50.

<sup>(2)</sup> MANLEY, *A unique case of fractured exostosis*. *Lancet*, 28 septembre 1889. Un jeune homme de dix-neuf ans, toujours bien portant, souffrant depuis un an d'une douleur peu vive dans la cuisse gauche, ressentit tout à coup une douleur très violente à la suite d'un effort pour soulever un lourd fardeau. Il dut cesser de travailler, s'alita et, au bout de seize jours, on constata un énorme phlegmon de la cuisse descendant jusqu'au genou et remontant dans l'abdomen. Aucun signe n'indiquait l'origine de cette collection. Après l'avoir incisé, Manley rencontra dans la partie supérieure de la poche, en avant de la branche horizontale du pubis, un corps dur conique, de la longueur de la main, en rapport en dehors avec l'artère fémorale. Ce corps légèrement mobile fut enlevé au bout de quelques

## C. — ENCHONDROMES

Les chondromes ont été bien étudiés par Dolbeau<sup>(1)</sup> en 1860. Ils constituent, après les sarcomes, les néoplasmes les moins rares des os du bassin. Aux 22 observations consignées dans la thèse de Havage, nous pouvons en ajouter quelques autres dues à Hille<sup>(2)</sup>, Israël<sup>(3)</sup>, Bergmann<sup>(4)</sup>, Roux<sup>(5)</sup>, Potter<sup>(6)</sup>, Clark<sup>(7)</sup>, Billroth<sup>(8)</sup>, Gussenbauer<sup>(9)</sup>, etc., pour ne citer que les plus importantes.

**Étiologie.** — On sait peu de chose sur l'étiologie des enchondromes du bassin. Les hommes semblent atteints un peu plus souvent que les femmes. A l'inverse des autres chondromes, ils paraissent surtout fréquents chez les adultes, entre trente-cinq et cinquante ans.

Havage mentionne comme causes prédisposantes l'hérédité et les traumatismes; il n'accorde aucun rôle à la grossesse.

**Anatomie pathologique.** — Des enchondromes, nés du fémur, peuvent envahir secondairement le bassin, soit en s'étalant sur sa face externe, soit en pénétrant par une des échancrures qui font communiquer le pelvis avec la cuisse. Ces tumeurs ne doivent pas nous occuper ici.

Au point de vue pratique, il faut, avec Desault et Dolbeau, diviser les enchondromes primitifs du bassin en deux catégories : 1° ceux qui prennent naissance sur la surface extérieure du pelvis; 2° ceux qui se développent à la face interne du bassin.

Les *enchondromes intra-pelviens* seraient plus fréquents à gauche (Dolbeau); ils s'implantent ordinairement sur le sacrum ou l'os coxal, au voisinage de la symphyse qui les unit; fréquemment aussi, ils partent de la fosse iliaque interne ou de la crête du même os; parfois enfin, ils se développent au-devant du sacrum et des dernières vertèbres lombaires.

A cette classe appartient le cas de Fichte<sup>(10)</sup>, dans lequel la tumeur, née à la partie antérieure de l'interligne sacro-iliaque, s'étendait jusqu'aux côtes inférieures, avait gagné la fosse iliaque externe et entraîné la disparition du tissu osseux. Souvent (Gussenbauer) ces tumeurs semblent plaquées sur la

jours; il semblait constitué par le pubis et sa branche descendante. Le malade mourut et l'autopsie permit de reconnaître que le pubis gauche était à sa place et parfaitement constitué. Mais sur la face antérieure de sa branche horizontale, au voisinage immédiat de la cavité cotyloïde, sous le psoas, existait une saillie dont la face libre présentait les caractères d'une fracture récente. Le corps étranger enlevé était donc une exostose.

<sup>(1)</sup> DOLBEAU, *Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses ou enchondromes du bassin*. *Journal du Progrès*, 1859-1860.

<sup>(2)</sup> HILLE, *Ein Beitrag zur Lehre vom Enchondrom*. Marburg, 1880.

<sup>(3)</sup> ISRAËL, *Extirpation d'un ostéo-chondrome du bassin chez un homme de vingt-trois ans*. *Berl. klin. Woch.*, 12 juillet 1886.

<sup>(4)</sup> BERGMANN, *Extirpation d'un enchondrome du bassin avec ligature de l'artère et de la veine iliaques primitives. Guérison*. *Deutsche med. Woch.*, n° 42, 1885.

<sup>(5)</sup> ROUX (de Lausanne), *Résection complète de l'os iliaque du côté droit pour chondro-sarcome*. *Congrès franç. de chir.* Séance du 8 octobre 1889 (soir).

<sup>(6)</sup> POTTER, *Un cas d'enchondrome du bassin*. *Westminster hosp.* London, 1887, p. 170.

<sup>(7)</sup> CLARK, *Enchondrome du bassin*. *Saint-Thomas hosp. Rep.*, 1887. London, 1889, p. 17.

<sup>(8)</sup> BILLROTH, *Chondrome énorme du pubis*. *Wiener med. Woch.*, 1875, p. 26.

<sup>(9)</sup> GUSSENBAUER, *loco citato*, observ. IV et VII.

<sup>(10)</sup> FICHTE, *Ueber das Enchondrom*. Tübingen 1859, p. 58.