

fosse iliaque interne. Il est rare de les voir s'implanter sur les parois de l'excavation pelvienne.

Les *enchondromes extra-pelviens* ont pour siège d'élection le pubis et la branche ischio-pubienne, d'où ils tendent à gagner la partie antéro-supérieure de la cuisse.

Les enchondromes du bassin ont un volume qui varie entre celui d'une noix et celui des tumeurs les plus considérables de l'abdomen. Ils peuvent acquérir des proportions véritablement énormes. On en a vu qui pesaient 15 kilogrammes et mesuraient 1 mètre de circonférence (Holthaux)⁽¹⁾, d'autres qui descendaient jusqu'aux genoux (Letenneur)⁽²⁾.

Au début, l'enchondrome se présente sous forme d'une masse bosselée de consistance cartilagineuse; parfois il se ramollit, sa consistance devient inégale, souvent même fluctuante, grâce à la dégénérescence kystique ou colloïde qui est le propre de ces tumeurs cartilagineuses.

Le contenu peut même être visqueux, couleur chocolat, et l'on comprend comment ces néoplasmes ont pu être confondus avec des tumeurs fibro-kystiques multiloculaires de l'ovaire (François)⁽³⁾. Dans des cas plus rares, des éléments sarcomateux viennent modifier l'aspect et l'évolution de la tumeur (chondro-sarcomes). On cite aussi quelques faits de chondromes ostéoïdes (Forward)⁽⁴⁾ et d'enchondromes malins accompagnés d'exostoses cartilagineuses multiples (Virchow)⁽⁵⁾.

Enfin les enchondromes ne sont pas toujours limités au bassin, mais peuvent en même temps occuper plusieurs os du squelette, le sternum par exemple (Gussenbauer).

Ces néoplasmes se propagent dans différentes directions; on les voit gagner le fémur, le canal rachidien, les ganglions lymphatiques de l'aîne et de la fosse iliaque (Weber), pousser des prolongements dans les veines iliaques primitive et externe, dans la veine fémorale⁽⁶⁾. En outre, ils peuvent infecter à distance les systèmes lymphatiques et veineux, et se généraliser comme les autres chondromes (Michaloff)⁽⁷⁾ ou récidiver sur place (Vartman)⁽⁸⁾.

Symptômes. — Les enchondromes extra-pelviens se présentent sous forme de tumeurs quelquefois iliaques, plus souvent inguinales. Verneuil⁽⁹⁾ en a donné une bonne description : « On voit, dit-il, que la tumeur, née d'ordinaire sans cause connue, soulève d'abord le pli inguinal au-dessus, au-dessous ou en arrière de l'arcade crurale; que de là elle s'étend vers l'abdomen, la fosse iliaque, la cavité pelvienne, le triangle de Scarpa; que, fixe et fortement adhérente dès l'origine, elle conserve une dureté très grande tant qu'elle est d'un volume médiocre; qu'elle offre, au contraire, des bosselures ramollies quand elle acquiert des dimensions considérables; que, circonscrite ou étendue, sa surface est toujours inégale, mamelonnée, rugueuse; que presque indolente pendant toute

(1) HOLTHAUX, *The Lancet*, 1856, t. II, p. 690.

(2) LETENNEUR, *Mém. de Dolbeau*, observ. XII, p. 53.

(3) FRANÇOIS, *Contribution à l'étude de l'enchondrome du bassin*. Thèse de Paris, 1876.

(4) FORWARD, *Philadelphia med. Times*, 1881-1882, t. XII, p. 538.

(5) VIRCHOW, *Charité Ann.*, 1878. Berlin, 1880, p. 756.

(6) Société anatomique, 1861 et 1866.

(7) MICHALOFF, Thèse de Genève, 1882.

(8) VARTMAN, Thèse de Strasbourg et de Bâle, 1880.

(9) VERNEUIL, art. AINE du *Dictionnaire encyclop.*, t. II, p. 515.

sa durée, elle ne détermine que des troubles mécaniques conséquents avec ses rapports et la direction dans laquelle elle progresse : gêne dans les mouvements de la cuisse, œdème, etc. »

Les enchondromes intra-pelviens ressemblent à toutes les tumeurs du grand et du petit bassin. Ils peuvent rester longtemps méconnus, car, indolents par eux-mêmes, ils ne provoquent que des phénomènes de compression peu accentués, quelques douleurs dans les lombes, les fosses iliaques et une certaine gêne de la marche. L'œdème, la névralgie sciatique, les accidents médullaires, si fréquents au cours de l'ostéo-sarcome, ne sont que très exceptionnellement observés dans le chondrome.

Ces néoplasmes ont une marche lente, une longue durée; quand ils ont acquis un volume considérable, ils s'accompagnent de la cachexie ordinaire des grosses tumeurs abdominales.

D. — FIBROMES

On sépare, assez arbitrairement du reste, du groupe des fibromes des parois abdominales ou tumeurs fibreuses péri-pelviennes, quelques faits isolés de fibromes périostiques⁽¹⁾ qui ne diffèrent des vrais fibromes pariétaux que par des caractères tout à fait secondaires, tirés du siège qu'ils occupent. Ils constituent, si l'on veut, un groupe intermédiaire aux fibromes nettement pariétaux et aux fibromes manifestement développés aux dépens des parties molles du bassin. Leur histoire est encore à l'état d'ébauche.

Nicaise⁽²⁾ en a relaté quelques cas au niveau de la crête iliaque, dans la fosse iliaque, dans les points où les aponévroses se fusionnent avec le périoste. Ils contiennent souvent des foyers ramollis ou de véritables kystes. Nicaise rapporte un cas dans lequel le néoplasme inséré sur la partie interne de la tubérosité sciatique faisait saillie en avant de l'anus.

Chez une femme à laquelle il dut appliquer les forceps, Depaul⁽³⁾ a trouvé une tumeur fibreuse de 1260 grammes, prise pour un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus et implantée dans les trous de conjugaison des deux dernières vertèbres lombaires gauches et dans le deuxième trou sacré gauche.

Sur un enfant de dix-neuf mois, un gros fibrome, parti du périoste de la branche ischio-pubienne, était interposé entre la vessie et le rectum (Smith)⁽⁴⁾. Dans un cas très intéressant de Tillaux⁽⁵⁾, chez un homme de quarante-sept ans, une volumineuse tumeur de la fosse ischio-rectale droite provoquait des troubles de miction et de défécation. L'ablation permit de reconnaître l'existence d'un fibro-myxome relié au coccyx par un pédicule de la grosseur du doigt. Riedinger⁽⁶⁾ a observé un fibrome de la crête iliaque faisant saillie dans la fosse iliaque. Des cas analogues de fibromes sacrés et sacro-coccygiens sont relatés par Dowell⁽⁷⁾ et Gomez Paneo⁽⁸⁾.

(1) SALESSES, Thèse de Paris, 1876.

(2) NICAISE, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1878, p. 752.

(3) DEPAUL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 741.

(4) SMITH, Analyse, in *Arch. gén. de méd.*, 1874, t. XIV, p. 560.

(5) TILLAUX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 884.

(6) RIEDINGER, *Chir. klin. am. Julius hosp. Wurzburg*, 1879, p. 52.

(7) DOWELL, *Med. Press Circ. London*, 1882, p. 291.

(8) GOMEZ PANELO, *Ann. de chir. Madrid*, 1822, p. 179.

Tous ces fibromes partent du périoste et ont les mêmes caractères cliniques, la même marche que les fibromes péri-pelviens supérieurs, que les fibromes pariétaux.

E. — MYXOMES

Les myxomes sont les plus rares des tumeurs du bassin. P. Berger⁽¹⁾ en a rapporté, en 1897, à la Société de chirurgie, un très bel exemple et, à ce propos, a rassemblé les quelques observations éparses dans la littérature dans un mémoire auquel sont empruntés les éléments de ce court chapitre.

Le malade de Berger portait une énorme tumeur occupant toute la fosse iliaque gauche, tout le flanc, plongeant dans l'excavation pelvienne en soulevant les vaisseaux iliaques et le nerf crural et ayant déterminé une paralysie du nerf crural. Au cours de l'opération, très laborieuse, alors qu'il était impossible de mobiliser cette énorme masse, Berger put reconnaître qu'elle s'implantait sur une surface assez limitée de la partie postérieure de la fosse iliaque. La section de ce pédicule permit de faire basculer et d'extirper la tumeur sans léser les vaisseaux iliaques ni le nerf crural. Le malade guérit et la paralysie du nerf crural disparut. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un myxochondrome.

A la suite de cette observation, Berger cite le cas de Tillaux, déjà rapporté plus haut (voy. FIBROMES), de fibro-myxome de la fosse ischio-rectale; un cas de Ciani⁽²⁾, myxome de la grosseur d'un œuf sorti du bassin par l'échancrure sciatique, mais dont on ne put préciser le point de départ; un cas de Tansini⁽³⁾, myxome du triangle de Scarpa rattaché par un pédicule à la branche ascendante de l'ischion; enfin, une observation de myxome, en dégénérescence lipomateuse, occupant la région des adducteurs et s'insérant par un long pédicule à la branche ischio-pubienne, tumeur opérée par Lejars et présentée par Isidor⁽⁴⁾ à la Société anatomique.

Dans toutes ces dernières observations, la tumeur était rattachée au bassin par un assez grêle pédicule. Dans le cas de Berger, au contraire, un très court et large pédicule fixait solidement la tumeur sur la fosse iliaque au voisinage de la symphyse sacro-iliaque et la surface osseuse était, au point d'implantation, hérissée de rugosités ostéophytiques, qui furent enlevées au ciseau et au maillet.

F. — KYSTES HYDATIQUES

Anatomie pathologique. — Le bassin est un des sièges d'élection des kystes hydatiques osseux. D'après Havage, le bassin vient immédiatement après le tibia. Sur 52 cas rassemblés par Gangolphe⁽⁵⁾, le bassin et l'humérus sont pris 11 fois, le tibia et le péroné 8 fois seulement.

(1) P. BERGER, *Des myxomes du bassin*. Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1897, p. 550.
 (2) CIANI, *Su un Caso di mixoma migrante*. Nuovo giorn. internaz. d. sc. med. Naples, t. I, f. 3, et Centralblatt für Chir., 1878, n° 59, p. 660.
 (3) TANSINI, *Fibroma colossale della pelvi esportato cui felice esito*. Giorn. d. r. Acad. d. med. di Torino, 1881, n° 1.
 (4) ISIDOR, *Myxome à implantation sur le pubis*. Bull. de la Société anatom., 29 juin 1894, p. 476.
 (5) GANGOLPHE, *Des kystes hydatiques des os*. Thèse d'agrégation, 1886.

La tumeur occupe surtout l'ilion et le voisinage de la cavité cotyloïde; l'ischion et le pubis plus rarement.

Le kyste acquiert le volume du poing et même au delà, mais jamais il n'atteint les grosses dimensions de certaines poches hydatiques du foie; il renfermait cependant 2 litres 1/2 de liquide chez un malade de Rézey⁽¹⁾. Le contenu paraît s'altérer rapidement, souvent il est purulent, mélangé à des débris d'hydatides. Ces kystes paraissent le plus souvent multiloculaires et envahissent rapidement le tissu osseux voisin. Dans un cas de Fricke⁽²⁾, toute une moitié du bassin était détruite par une tumeur hydatique multiloculaire. Il en était de même dans le cas de Rézey. Les parois kystiques sont formées alors par les tissus ambiants et non plus par une coque osseuse. Les masses

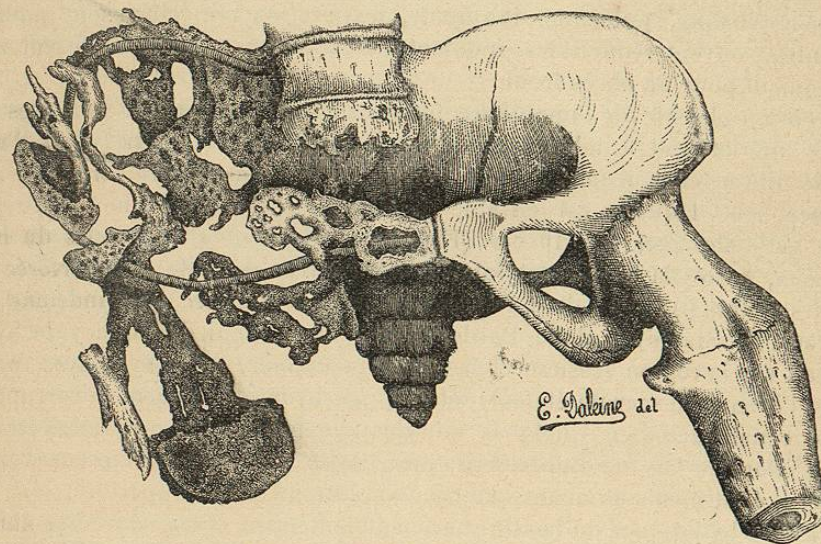


FIG. 16 — Kyste hydatique du bassin.
 (Rézey, Knochen echinococcen, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. VII, pl. XII, fig. 1.)

musculaires sont le plus souvent envahies; dans le cas de Fricke, le psoas était converti en un tissu épais comme du cuir. La bourse synoviale du psoas peut être remplie d'hydatides. Les lésions d'ailleurs ne se bornent pas à l'os primitivement atteint, qui d'abord est boursoufflé, se fragmente et disparaît enfin par résorption. Les échinocoques font irruption dans la hanche, dans l'articulation sacro-iliaque, dans le fémur, dans les vertèbres, dans le canal sacré. On a vu la cavité cotyloïde détruite permettre la pénétration de la tête fémorale dans la cavité pelvienne. Dans le cas de Rézey, on trouva à l'autopsie un kyste hydatique du poumon, peut-être produit par une véritable embolie parasitaire (Gangolphe).

Étiologie. — Ces kystes hydatiques constituent une maladie de l'adulte, aussi fréquente dans les deux sexes. Le traumatisme est fréquemment signalé comme cause occasionnelle (Viertel)⁽³⁾.

(1) RÉZEY, *Ueber Knochen echinococcen*. Deutsche Zeit. für Chir., 1876, t. VII, p. 285.
 (2) FRICKE, *Hamburger Zeit. für die ges. Med.*, 1858, t. VII, p. 585.
 (3) VIERTTEL, *Arch. für klin. Chir.*, 1875, t. XVIII, p. 476.

Symptômes. — Le nombre des kystes hydatiques du bassin osseux est actuellement encore trop faible pour qu'on puisse tracer avec précision la symptomatologie de l'affection.

C'est à la suite d'un accouchement, d'un traumatisme, et quelquefois sans cause appréciable que le kyste débute. Il est rare de constater à la période initiale les douleurs brusques et lancinantes mentionnées dans l'observation de Rézzy. En général, l'indolence est complète. Même à une période ultérieure, les accidents fonctionnels sont rares; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve signalées des douleurs aiguës, de la dysurie, de l'ischurie, des compressions variées.

C'est la collection liquide qui, dans la plupart des cas, révèle les altérations osseuses (Gangolphe). Tantôt uniques, tantôt multiples, les tumeurs occupent les régions iliaque, pubienne, inguinale, fessière, sacrée; elles sont molles, fluctuantes, souvent réductibles, indolentes à la pression et en imposent très fréquemment pour un abcès froid.

Souvent on observe de l'impotence fonctionnelle, des attitudes vicieuses du membre inférieur, et le tableau clinique simule à s'y méprendre celui d'une coxalgie. Et, en effet, il faut insister sur une particularité caractéristique: la fréquence avec laquelle est envahie l'articulation de la hanche. Cette fréquence est telle que, sur 40 cas (Fischer)⁽¹⁾ de kystes hydatiques du bassin osseux, 8 fois la cavité cotyloïde a été trouvée détruite, ou perforée en plusieurs points⁽²⁾. Dans deux faits seulement, la jointure était indemne; ce sont ceux de Stanley⁽³⁾ et de Bardeleben⁽⁴⁾. Dans celui de Stanley, le kyste s'étendait sur la région fessière et la partie postérieure de la symphyse sacro-iliaque; l'ilion et le sacrum étaient détruits, les hydatides avaient fait irruption dans le canal rachidien; quelques muscles du dos et un des ovaires étaient envahis. Dans le cas de Bardeleben, une cavité profonde était creusée dans l'ilion et il était même étonnant que l'acétabulum ne fût point perforé.

Les kystes hydatiques du bassin marchent lentement et leur durée se chiffre ordinairement par années (jusqu'à treize et dix-neuf ans). Quelquefois, cependant, ils prennent les allures des néoplasmes malins et, dans le cas de Rézzy, il avait suffi d'une période de dix-huit mois pour détruire toute la charpente osseuse de la fosse iliaque.

Malgré cette lenteur d'évolution, le pronostic est grave, car l'affection a une marche essentiellement envahissante. Souvent d'ailleurs, le kyste suppure rapidement sous des influences encore mal déterminées; la santé s'altère et la mort survient par septicémie, soit spontanée, soit provoquée par des interventions opératoires (ponctions, cautérisations). Tous les malades atteints de kystes hydatiques du bassin sont morts, à l'exception d'une femme de vingt-trois ans, opérée par Bardeleben.

(1) FISCHER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1891, chap. xxxi, p. 241.

(2) Ces 8 cas, en dehors de ceux de Fricke, Viertel, Rézzy, que j'ai déjà cités, sont dus à Rokitsansky (*Lehrb. d. path. Anat.*, t. II, p. 141), à Gurlt (*Gelenkrankh.*, 1835, p. 450), à Denonvilliers (*Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 119, ce cas est le seul dans lequel le pubis ait été envahi à l'exclusion de l'ilion), à Pihan (*Bull. de la Soc. anat.*, 1860, p. 263) et à Trendelenburg (*Verhandl. de Gesel. für Chir.*, 1881, p. 60).

(3) STANLEY, *Diseases of the Bones*, 1849, p. 180.

(4) BARDELEBEN, *Berl. klin. Woch.*, 1885, p. 825.

II. — DIAGNOSTIC DES TUMEURS OSSEUSES DU BASSIN

Les tumeurs osseuses du bassin sont tantôt extra, tantôt intra-pelviennes; tantôt, enfin, elles font à la fois saillie en dedans et en dehors du bassin.

Les tumeurs extra-pelviennes sont d'un diagnostic relativement facile, car l'exploration est aisée et le problème consiste à les distinguer des autres variétés de tumeurs fessières, inguinales ou pubiennes, des adénites chroniques, des abcès froids, des anévrysmes. Ces différentes affections ont des caractères en général assez nets pour permettre d'établir le diagnostic.

Les tumeurs intra-pelviennes sont beaucoup plus difficiles à reconnaître. En effet, elles peuvent occuper non seulement la fosse iliaque, mais aussi l'excavation pelvienne et la région sacro-coccygienne antérieure. On s'entourera de toutes les précautions, on scrutera minutieusement le passé pathologique du malade et l'on pratiquera toutes les explorations. On devra d'autant moins négliger le toucher vaginal, le toucher rectal, le palper bimanuel, que certaines tumeurs osseuses sont parfois inaccessibles à la seule palpation abdominale.

Au début on a pu penser à une névralgie sciatique, à une sacro-coxalgie ou à une coxalgie. Plus tard des tumeurs utérines, ovariennes, prostatiques, rectales, vésicales, ont pu donner le change; mais c'est encore un examen minutieux qui mettra sur la voie du diagnostic. Il est cependant des cas dans lesquels des chirurgiens tels Lisfranc, Paget, ont dû rester dans le doute. Sans parler des anévrysmes iliaques sur lesquels je reviendrai plus loin, je dirai ici que ce sont des tumeurs ganglionnaires chroniques de la fosse iliaque, des abcès froids de la coxalgie et de la sacro-coxalgie qui sont le plus souvent confondus avec un néoplasme osseux pelvien. Les premières, de forme mamelonnée, de consistance inégale, élastique ou fluctuante, sont ordinairement consécutives à un néoplasme de la vessie, du corps de l'utérus, du testicule (Havage), qui se traduit par des symptômes spéciaux. Mais la confusion avec les abcès froids est d'autant plus facile que certains ostéo-sarcomes ramollis, des kystes hydatiques, forment de grosses masses fluctuantes, et qu'ils envahissent souvent l'articulation de la hanche. Dans ces cas, les antécédents, les commémoratifs, la marche, l'existence de symptômes spéciaux dans quelques cas particuliers renseigneront seuls sur la nature du mal.

Les conditions du diagnostic varient du reste suivant la variété de tumeur et suivant l'époque de son développement.

Les *kystes hydatiques*, disent les auteurs, sont des tumeurs peu douloureuses au début, arrondies, fluctuantes, circonscrites, offrant un rebord osseux périphérique, rugueux et friable, et présentant souvent de la crépitation parcheminée. On ajoute aussi qu'ils ont un développement insidieux, une marche lente, qu'ils atteignent un volume considérable et que la ponction donne issue à un liquide séreux.

Ces caractères n'ont, dans l'espèce, aucune valeur, et jusqu'à présent aucun chirurgien n'a pu diagnostiquer avec précision un kyste hydatique du bassin osseux, lorsque, ce qui est de règle, celui-ci a envahi l'articulation de la hanche. Dans le cas de Fricke, on crut à un abcès par congestion ayant son point de départ dans le bassin. Dans les cas de Pihan, de Trendelenburg, de Viertel, le diagnostic était: coxalgie. Rézzy crut à un abcès froid consécutif à une périostite chronique de l'os iliaque, Bardeleben à une ostéite tuberculeuse.