

COXALGIE. D'après Varailon⁽¹⁾, élève d'Ollier, la coxalgie s'accompagne d'une altération constante et précoce du premier ganglion de la chaîne iliaque, encore appelé *inguino-pariétal*, et la fonte caséuse de cette adénite peut devenir l'origine d'un abcès par congestion apparaissant dans le triangle de Scarpa.

Je ne dirai rien des *adénopathies vénériennes* dont peu d'observations probantes ont été publiées. Cependant Velpeau et Berger ont vu des bubons iliaques suppurés; Belhomme et Martin, dans leur *Traité de la syphilis*, mentionnent les ganglions iliaques au nombre de ceux qui sont atteints dans les périodes tardives de la syphilis.

Les *adénopathies néoplasiques* s'observent au cours des cancers des organes génito-urinaires et du membre inférieur. Parfois elles sont consécutives à une adénopathie secondaire épithéliale des ganglions inguinaux. Belin⁽²⁾ mentionne l'adénopathie de la fosse iliaque à la suite de cancers du rectum, de l'ovaire et du péritoine. Enfin, il ne faut pas oublier que quelques néoplasmes (testicules, utérus, vagin, etc.) récidivent avec une certaine prédilection dans les ganglions pelviens. On peut, en pareil cas, rencontrer dans la fosse iliaque des masses énormes, se continuant avec les ganglions lombaires et sacrés, soulevant la paroi abdominale, comprimant les vaisseaux et les nerfs et s'accompagnant de symptômes fonctionnels variables (névralgies, thromboses, œdèmes).

II

TUMEURS DE L'EXCAVATION PELVIENNE

La plupart des tumeurs qui occupent la cavité du bassin viennent des viscères pelviens ou des os. Les tumeurs indépendantes nées du tissu cellulaire sont très rares. Deplay mentionne quelques exemples de *fibrolipomes*, de *sarcomes*, de *myxosarcomes*, et un cas observé par lui de *lymphosarcome* envahissant tout le tissu cellulaire de l'excavation.

Les *kystes hydatiques* sont moins rares. Charcot⁽³⁾, en 1852, en avait rapporté 12 observations; Nicaise⁽⁴⁾, 35, et enfin Tuffier⁽⁵⁾, dans un récent travail, a pu en réunir 74 cas.

Ces kystes semblent la plupart du temps se développer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal en arrière de la vessie, entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre la vessie et l'utérus chez la femme. J'ai eu, en 1886, l'occasion d'étudier sur un sujet de dissection, à l'amphithéâtre des hôpitaux, un de ces kystes, encore petit, sans adhérences avec les organes voisins et dont le point de départ était par conséquent facile à déterminer. Il siégeait au-dessus de la prostate, dans un dédoublement de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers⁽⁶⁾. Les recherches de Tuffier l'ont conduit à admettre presque toujours le même point d'origine, la couche sous-péritonéale rétro-vésicale.

En se développant, ces kystes adhèrent à la prostate, à la vessie, et il devient parfois fort difficile de reconnaître leur véritable origine. Tuffier a montré qu'en se dé-

(1) VARAILLON, *Adénopathie symptomatique de la coxalgie*. Thèse de Paris, 1878.

(2) BELIN, *Sur les adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral*. Th. de Paris, 1888.

(3) CHARCOT, *Gazette méd. de Paris*, 1852, p. 540.

(4) NICAISE, *Rapport sur une observation de Millet*. Soc. de chir., 25 juin 1884.

(5) TUFFIER, *De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques de la région rétro-vésicale*. Congrès de chirurgie, 1891, p. 569.

(6) C. WALTHER, *Kyste hydatique sus-prostatique*. Bull. de la Soc. anat., 1886, p. 749.

veloppant en haut, ils décollent le péritoine de la face postérieure, puis de la face supérieure de la vessie; ils semblent faire partie de la paroi vésicale elle-même.

Les kystes hydatiques peuvent sans doute naître en d'autres points de la couche sous-péritonéale. Dans un cas fort intéressant observé par Tillaux, un kyste hydatique siégeait en avant et à droite de la vessie, sous son enveloppe séreuse, de sorte qu'il faisait corps avec la paroi de l'organe⁽¹⁾.

Les signes par lesquels se révèlent ces kystes sont au début fort obscurs: accidents de compression sur la vessie et la prostate, un peu sur le rectum; plus tard, constatation d'une tumeur siégeant d'ordinaire entre la vessie et le rectum; cette tumeur est tantôt fort tendue et dure comme une tumeur solide, tantôt fluctuante. Dans le cas déjà cité, Tillaux a pu constater l'existence du frémissement hydatique.

Le cathétérisme, combiné au toucher rectal et à la palpation hypogastrique, permettra en général de localiser exactement le siège de la tumeur. Souvent la sonde métallique ne peut pénétrer dans la vessie déviée; l'exploration avec une bougie à boule pourra alors donner d'utiles renseignements comme dans l'observation de Tuffier.

Abandonnés à eux-mêmes, ces kystes peuvent s'ouvrir dans la vessie, dans le vagin, exceptionnellement dans le péritoine. Le seul cas de rupture intrapéritonéale relevé par Tuffier était dû à une chute. Dans 5 cas, la compression des uretères a déterminé une hydronéphrose qui a entraîné la mort.

Comme pour les autres kystes hydatiques, on peut employer ici la ponction ou l'incision. La ponction a été pratiquée par le rectum (5 cas) ou mieux à travers la paroi abdominale (14 cas). Faite d'abord pour confirmer le diagnostic, elle permet d'évacuer le liquide et constitue la méthode de choix dans les kystes simples à poche unique (Tuffier).

Si le liquide se reproduit, ou si le kyste ne contient que des vésicules sans liquide libre, c'est à l'incision large par la laparotomie qu'il faut avoir recours. Cette méthode a donné d'excellents résultats à Tillaux, puis à Tuffier.

L'incision par le rectum, proposée pour les kystes qui font saillie au-dessus de la prostate, présente des dangers d'infection qui doivent même dans ces cas faire préférer la laparotomie.

CHAPITRE V

ANÉVRYSMES DU BASSIN

Les anévrysmes du bassin peuvent être divisés en deux groupes: 1° *anévrysmes iliaques*; 2° *anévrysmes fessiers ou rétro-pelviens*.

L'étude des anévrysmes iliaques ne saurait être séparée de celle des anévrysmes de la racine de la cuisse, confondus souvent du reste avec eux sous la dénomination commune d'*anévrysmes inguinaux* (voy. *Anévrysmes du membre inférieur*). Les anévrysmes des branches de l'artère iliaque interne nous occuperont seuls ici. Ils comprennent les anévrysmes de l'artère fessière et ceux de l'artère ischiatique.

(1) TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, 2^e édit., 1891, t. II, p. 282, et LEGRAND, Thèse de doct. de Paris, 1889-1890.