

une sonde molle, introduite avec précaution. Les lavements de lait revenant par la fistule pourront également être utiles, si l'on se trouvait avoir quelques doutes sur l'existence de la perforation intestinale.

Les fistules stercoro-purulentes ont peu de tendance à la guérison spontanée, et la cause principale en est dans la présence de cette cavité intermédiaire si spacieuse, dont la disparition est nécessaire pour que la fistule guérisse. Or, pour que cette cavité disparaisse, il faut que la membrane pyogénique se transforme en membrane granuleuse, et que les parois opposées se rétractent et adhèrent entre elles. Mais, si l'on tient compte du mauvais état général des malades atteints de fistules stercoro-purulentes, mauvais état qui s'opposerait à toute réparation et à plus forte raison à la réparation d'une lésion souvent aussi considérable, on comprendra combien la guérison survient rarement par les seules forces de la nature.

Presque toujours on voit le malade s'affaiblir peu à peu, tomber dans l'hecticité, résultat d'une mauvaise nutrition, et surtout d'une suppuration prolongée, et succomber après plusieurs mois de souffrance.

COMPLICATIONS. — La marche de la maladie a pu être précipitée par quelques-unes de ces complications, qui surviennent dans toute suppuration, surtout si le pus, comme c'est souvent le cas dans les fistules stercoro-purulentes, ne trouve pas une issue facile au dehors. Nous n'avons qu'à signaler ces complications sans y insister : ce sont l'infection purulente, l'infection putride, auxquelles peuvent s'ajouter les érysipèles, les érythèmes, survenant par l'irritation de la plaie extérieure due au contact du pus.

PRONOSTIC. — D'après ce qui précède on voit que le pronostic de cette affection est très-grave. Abandonnée à elle-même, elle se termine presque toujours fatalement, le malade ayant peu de chance d'échapper aux complications qu'entraînent, d'une part la suppuration prolongée, d'autre part, la mauvaise nutrition, conséquence de la lésion intestinale. Cependant, ainsi que l'a montré Blin, l'affection est curable. Sur 72 cas, il a pu réunir 49 guérisons, résultats assez satisfaisants et bien faits pour encourager le chirurgien à tenter la cure des fistules stercoro-purulentes. Bien traitée et prise dès le début, la maladie présente donc un pronostic plus favorable ; ce pronostic dépendra surtout de la cause de la lésion, de la dimension de la cavité intermédiaire, de l'état général. Or, si l'on tient compte de tous ces obstacles à la guérison, les fistules stercoro-purulentes, suite de phlegmons de la fosse iliaque, seront, ainsi que le prouvent les faits, celles dans lesquelles une terminaison heureuse sera le moins souvent à espérer.

TRAITEMENT. — Au point de vue thérapeutique on devra se souvenir qu'une fistule stercoro-purulente se compose de deux éléments, la cavité purulente et la perforation intestinale, et que c'est principalement l'existence de la cavité purulente qui, soit par sa disposition, soit par la nature des produits qu'elle contient, entrave la guérison. Si donc on

arrivait à combler cette cavité, la fistule serait réduite à l'état de fistule stercorale simple, qui aurait la tendance la plus grande à se guérir spontanément.

La conduite du chirurgien est ainsi toute tracée ; il lui faut : 1° empêcher la stagnation du pus et des matières stercorales, mélange septique au premier chef ; 2° faciliter la granulation des parois de la cavité ; 3° prévenir ou neutraliser les qualités délétères du pus ; 4° relever ou soutenir la constitution menacée.

En ouvrant largement, soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère, en détergeant la plaie avec des lavages d'eau phéniquée, on satisfait au trois premières indications.

Si, au bout d'un certain temps, on n'avait pas obtenu par ces seuls moyens la fermeture de l'orifice intestinal, on pourrait alors avoir recours, soit à la cautérisation des bords de l'ouverture avec le thermo-cautère, soit à la suture ; en un mot, aux procédés que nous avons exposés plus haut, et qui ont pour but de fermer les anus contre nature.

CHAPITRE XIX

MALADIES DU BASSIN

Les traités classiques de chirurgie ne renferment pas de chapitre consacré à l'étude générale des maladies du bassin. Nous chercherons à combler en partie cette lacune, en présentant quelques considérations d'ensemble sur les lésions traumatiques et sur les lésions vitales et organiques qui peuvent affecter cette partie du tronc. Les maladies propres à chacun des organes intra-pelviens feront plus tard l'objet de chapitres spéciaux.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU BASSIN

1° Contusions.

Les contusions du bassin peuvent borner leurs effets aux parties molles, et ce genre de lésions n'est pas rare à la suite de coups, de chutes d'un lieu élevé, ou chez des individus pris dans un éboulement ou tamponnés entre deux voitures. Ces contusions sont fréquemment suivies d'un épanchement de sang, quelquefois très-considérable, placé soit entre la peau et l'aponévrose, dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit au-dessous de l'aponévrose fessière. Une ecchymose plus ou moins large accompagne généralement ces grandes collections sanguines ; mais lorsque celles-ci occupent un siège profond, l'ecchymose n'apparaît

souvent qu'au bout de plusieurs jours. La résolution est la terminaison habituelle de ces vastes épanchements lorsqu'ils sont convenablement traités. Parfois cependant ils peuvent s'enflammer et devenir l'origine d'abcès hématiques.

Leur traitement consiste dans le repos et l'application de cataplasmes émollients, de compresses imbibées d'eau blanche. Si la collection liquide tardait trop longtemps à disparaître et tendait même à s'accroître, comme dans certains épanchements séro-sanguins, il serait indiqué de la vider par des ponctions faites à l'aide d'un petit trocart.

Les *fractures* et les *luxations* du bassin, qui résultent souvent de contusions violentes, ont été décrites dans une autre partie de cet ouvrage.

2° Plaies.

Comme pour la tête, la poitrine et l'abdomen, on doit distinguer les plaies du bassin en *non pénétrantes* et *pénétrantes*.

A. *Plaies non pénétrantes*.—Qu'elles soient produites par un instrument piquant, tranchant, contondant, ou par un projectile de guerre, ces plaies peuvent se borner aux parties molles ou intéresser le squelette du bassin.

Lorsqu'elles sont limitées aux parties molles et à l'état de simplicité, elles ne diffèrent pas sensiblement des blessures semblables de toute autre région. Il n'est pas rare d'observer des sortes de plaies à lambeau ou de larges pertes de substance résultant de l'action oblique de corps contondants volumineux ou de gros projectiles sur la surface externe du bassin. Dans certains cas même, les os sous-jacents sont mis à nu par suite de l'arrachement des parties molles qui les recouvrent. Ces pertes de substance étendues sont lentes à se cicatriser, entraînent quelquefois l'exfoliation des os dénudés, et donnent lieu à des cicatrices difformes, adhérentes, et qui gênent considérablement les mouvements.

Lorsque l'instrument vulnérant atteint le squelette du bassin, il peut déterminer des lésions variées, en rapport avec la forme, les dimensions, la force d'impulsion dont il est animé. Tantôt la surface extérieure de l'os est entamée, tantôt il se produit une fracture au niveau du point atteint par l'instrument, tantôt enfin celui-ci pénètre plus ou moins profondément dans l'épaisseur de l'os.

Ces diverses lésions s'observent surtout dans les plaies par armes à feu. Il n'est pas rare de voir des balles se réfléchir sur la ceinture pelvienne et, après avoir parcouru un trajet plus ou moins long, s'arrêter dans les parties molles ou ressortir par une autre ouverture plus ou moins éloignée de l'ouverture d'entrée. Dans d'autres cas la balle s'aplatit sur les os, déterminant une simple contusion ou une fracture.

Les fractures du bassin produites par les projectiles de guerre de moyen calibre s'accompagnent souvent de fissures plus ou moins éten-

dues, disposées en rayons; parfois une portion osseuse est entièrement détachée par le projectile, par exemple un fragment de la crête iliaque, le coccyx, l'ischion, etc.

Dans d'autres circonstances, une balle pénètre dans l'épaisseur de l'os et s'y enclave plus ou moins profondément; ce dernier accident s'observe surtout dans les portions spongieuses, le voisinage de la crête iliaque, la tubérosité de l'ischion, le sacrum. Enfin on a vu le projectile se fragmenter sur les os, et une portion s'implanter dans son épaisseur, tandis que l'autre portion, continuant sa course, ressortait par une seconde ouverture ou pénétrait plus profondément.

Indépendamment des corps étrangers arrêtés dans les parties molles ou dans l'épaisseur des os, les plaies non pénétrantes du bassin peuvent se compliquer d'hémorragies et de paralysies résultant de la blessure des vaisseaux et des nerfs qui sortent du bassin. Nous reviendrons plus tard sur ces divers accidents.

Signalons aussi pour le moment les complications inflammatoires qui viennent souvent entraver la guérison de ces plaies: l'érysipèle, le phlegmon, les abcès superficiels ou profonds, qui acquièrent parfois un haut degré de gravité, et qui peuvent se terminer par l'établissement de fistules intarissables, dépendant de la présence de corps étrangers ou d'une lésion osseuse.

B. Les *plaies pénétrantes du bassin* sont *simples* ou *compliquées*, suivant que l'instrument vulnérant a respecté ou intéressé les organes contenus dans la cavité pelvienne. Si l'on excepte les cas où la pénétration se fait à travers le périnée, l'échancrure sciatique ou le trou obturateur, l'instrument vulnérant doit d'abord traverser la charpente osseuse du bassin, et par conséquent doit présenter une force d'impulsion considérable. Quoique l'on possède quelques rares exemples de plaies pénétrantes du bassin par un instrument piquant, tel qu'une baïonnette, une tige métallique, le plus souvent ces plaies sont produites par des projectiles de guerre, qui, après avoir perforé les os, pénètrent dans la cavité pelvienne.

L'*Histoire chirurgicale de la guerre d'Amérique* renferme l'observation curieuse d'une plaie produite par une balle qui, après être entrée par le trou obturateur, était sortie par l'échancrure sciatique en brisant seulement l'épine sciatique. L'artère hémorroïdale inférieure avait été ouverte et le blessé succomba à des hémorragies secondaires.

Dans un grand nombre de cas, le péritoine étant ouvert, ces plaies rentrent dans la classe des plaies pénétrantes de l'abdomen dont l'étude a été faite précédemment. Mais il arrive aussi que le projectile, épargnant le péritoine, pénètre dans la cavité du bassin à une profondeur variable ou même la traverse de part en part, soit en glissant dans le tissu cellulaire sans atteindre aucun organe important, soit en blessant un ou plusieurs des organes pelviens. Nous laisserons momentanément de côté les plaies de ces divers organes, qui seront l'objet d'une étude

particulière dans les chapitres affectés aux maladies du rectum, de la vessie, de l'utérus, du vagin, etc.

Alors même que les viscères pelviens n'ont pas été intéressés, il est fréquent de voir les plaies pénétrantes du bassin se compliquer de la présence de corps étrangers, soit que le projectile arrivé au bout de sa course s'arrête dans le tissu cellulaire ou dans la paroi opposée du bassin, soit qu'il ait entraîné et poussé devant lui des fragments d'os qui constituent autant de corps étrangers ou peuvent même jouer à leur tour le rôle d'agents vulnérants pour les organes du bassin. Aussi les plaies pénétrantes du bassin, en apparence les plus simples, sont-elles généralement longues à guérir et s'accompagnent-elles d'accidents inflammatoires, de suppurations étendues du côté de la cavité pelvienne, de fistules intarissables.

DIAGNOSTIC. — Il est souvent fort difficile, surtout dans les plaies par armes à feu, de décider immédiatement si le projectile a pénétré dans le bassin. Lorsqu'il existe deux ouvertures placées en deux points diamétralement opposés, le diagnostic de la pénétration ne saurait être douteux, et se trouve d'ailleurs presque toujours confirmé par les signes indiquant la blessure d'un ou de plusieurs organes pelviens. La constatation de ces mêmes signes permettrait d'établir le diagnostic dans les cas plus obscurs où il n'existe qu'une seule ouverture.

L'exploration directe pratiquée avec douceur, soit à l'aide d'un instrument moussé, soit, mieux encore, à l'aide du doigt introduit dans la plaie, fournira le plus souvent des renseignements précieux sur la direction et la profondeur de la blessure. Pour faciliter cette exploration, surtout lorsque l'on soupçonne une lésion osseuse, un corps étranger, il sera souvent utile de débrider légèrement la plaie.

COMPLICATIONS. — 1° *Corps étrangers.* — Nous avons déjà signalé, parmi les complications des plaies du bassin, la présence fréquente de corps étrangers, soit dans l'épaisseur des parties molles extérieures, soit dans l'épaisseur des os, soit dans la cavité même du bassin. Ces corps étrangers, le plus souvent constitués par l'instrument vulnérant lui-même ou par des esquilles provenant d'un des os du bassin, sont parfois très-difficiles à reconnaître, et le chirurgien sera fréquemment réduit à soupçonner leur présence dans la profondeur du bassin, sans pouvoir déterminer leur situation exacte.

Lorsqu'ils occupent les parties molles extérieures, ils finissent presque toujours par être éliminés au bout d'un temps variable. Enclavés dans l'épaisseur des os du bassin, ils peuvent conserver indéfiniment cette situation en donnant lieu à une fistule intarissable, ou bien ils s'éliminent à la longue après avoir déterminé la nécrose de l'os. Enfin lorsqu'ils occupent la cavité pelvienne, tantôt ils s'enkystent dans le tissu cellulaire, tantôt et le plus souvent ils deviennent le point de départ de suppurations diffuses qui peuvent entraîner la mort des blessés.

Parfois, cependant, on les a vus pénétrer dans un des viscères pelviens, dont les parois ont été peu à peu ulcérées. C'est ainsi que certains corps étrangers du bassin ont pu être éliminés par le rectum, au bout d'un temps plus ou moins long.

2° *Hémorrhagies.* — Les plaies du bassin se compliquent fréquemment d'hémorrhagies provenant de la blessure des nombreux troncs vasculaires que renferme la cavité pelvienne, et dont les branches viennent se ramifier dans les parties molles extérieures.

Les plaies des vaisseaux iliaques (artères et veines iliaques primitives, iliaques internes et externes) donnent généralement lieu à des hémorrhagies promptement mortelles.

Il n'en est pas de même des blessures des artères fessière, ischiatique, honteuse interne, qui, malgré leur gravité, peuvent néanmoins guérir, soit complètement, soit en donnant lieu à la formation d'anévrysmes.

Lorsqu'une plaie du bassin se complique d'hémorrhagie, il est souvent fort difficile de savoir exactement quelle en est la source. On doit avoir égard au siège, à la profondeur de la blessure et à l'abondance de l'écoulement sanguin. La plaie siège-t-elle à la partie supérieure du muscle grand fessier, au niveau du bord supérieur de l'échancrure sciatique : on peut supposer que l'artère fessière est intéressée. Ce sera plutôt l'artère ischiatique si la plaie occupe le tiers inférieur du muscle grand fessier. Enfin on pensera à la blessure de l'artère honteuse interne lorsque la plaie est située en bas et en dedans.

Pour que le tronc même d'une de ces artères soit atteint, il est nécessaire que la plaie soit profonde et se rapproche du squelette. Dans les plaies non pénétrantes, l'hémorrhagie provient habituellement d'une des branches de ces vaisseaux.

L'écoulement sanguin extérieur est, on le conçoit, plus ou moins abondant suivant le vaisseau blessé, et suivant que la plaie est plus ou moins directe. La blessure de l'artère fessière peut être rapidement mortelle, lorsque le sang trouve une issue facile à l'extérieur. Dans le cas contraire, les blessures de cette artère et des autres vaisseaux de médiocre calibre donnent lieu à des thrombus, à des infiltrations sanguines plus ou moins étendues.

Il n'est pas rare, surtout dans les plaies par armes à feu, que l'hémorrhagie ayant été d'abord arrêtée, soit spontanément, soit par la compression, se reproduise secondairement. Ces hémorrhagies secondaires présentent le plus souvent une extrême gravité et sont devenues fréquemment la cause de la mort des blessés.

Les blessures de l'artère ischiatique paraissent plus graves que celles de la fessière; tous les blessés de la guerre d'Amérique qui ont présenté cette complication ont succombé.

3° *Blessures des nerfs.* — Les plaies du bassin se compliquent assez fréquemment de la blessure des plexus lombaire et sacré ou des branches nerveuses qui en émanent. *L'Histoire chirurgicale de la guerre d'Amé-*

rique en rapporte vingt-neuf exemples. Les paralysies directes ou réflexes, les névralgies, l'atrophie musculaire et les divers troubles trophiques consécutifs à la lésion des nerfs sont les phénomènes que l'on observe à la suite de cette complication, qui d'ailleurs n'a pas été le sujet d'une étude spéciale. Dans un cas de plaie du nerf crural, le blessé a été enlevé par le tétanos.

PRONOSTIC. — Si l'on excepte les plaies non pénétrantes simples, on doit considérer toute plaie du bassin comme grave. Cette gravité s'accroît encore par l'existence fréquente de complications, telles que : fractures esquilleuses, blessures des vaisseaux et des nerfs, lésions des viscères pelviens, corps étrangers.

TRAITEMENT. — Les seules particularités qui méritent d'être signalées sont relatives au traitement des complications, les plaies simples devant être traitées suivant les règles ordinaires.

L'hémorrhagie sera arrêtée le plus promptement possible par la compression ou mieux la ligature. Celle-ci n'est malheureusement pas toujours praticable, en raison surtout de l'incertitude où l'on se trouve fréquemment sur la source de l'hémorrhagie. Dans quelques cas on a pu lier avec succès l'artère fessière. Baroni (1), Bouisson (2), ont réussi à arrêter, le premier une hémorrhagie secondaire, le second une hémorrhagie primitive, en liant l'artère dans la plaie. L'*Histoire chirurgicale de la guerre d'Amérique* (3) renferme cinq exemples de ligatures de la fessière, dont deux suivies de succès et trois de mort. Dans le même recueil on trouve deux cas où la compression réussit à arrêter le sang, et onze cas dans lesquels la compression fut inefficace.

Enfin, lorsque la ligature est impossible et que la compression reste sans effet, on pourrait être conduit à lier l'hypogastrique ou l'iliaque primitive; mais cette pratique n'a pas encore, à ma connaissance, été suivie de succès. Langenbeck a lié, au trentième jour, l'artère iliaque primitive pour arrêter des hémorrhagies consécutives à une plaie du bassin ayant intéressé l'artère fessière droite. Le blessé succomba dix heures après.

La présence d'un corps étranger dans une plaie du bassin réclame souvent une intervention chirurgicale particulière. Même lorsque le corps étranger occupe les parties molles extérieures, sa recherche et son extraction peuvent offrir de grandes difficultés et exiger des débridements étendus ou des contre-ouvertures. Dans les cas où le corps étranger est implanté dans l'épaisseur des os, il est parfois nécessaire, pour en faire l'extraction, d'appliquer une ou plusieurs couronnes de trépan. Enfin, les corps étrangers perdus dans le bassin

(1) Cité par Georg Fischer, *Die Wunden und Aneurismen der Arterien glutea* (*Archiv für klinische Chirurgie*).

(2) *Tribut à la chirurgie*, t. I, p. 317-390.

(3) *Surgical History of the War*, vol. II.

devront être le plus souvent abandonnés, dans l'impossibilité où l'on se trouve de déterminer le siège qu'ils occupent.

Quant aux suppurations qui succèdent si fréquemment aux plaies du bassin, elles réclament une grande attention de la part du chirurgien, qui doit favoriser par tous les moyens possibles le libre écoulement du pus et assurer son évacuation facile par des débridements, des contre-ouvertures, et dans certains cas même par la trépanation des os du bassin.

ARTICLE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU BASSIN

Nous laisserons de côté les lésions vitales et organiques des parties molles extérieures, pour nous occuper exclusivement des lésions du squelette et des parties contenues dans l'intérieur du bassin.

§ I. — Lésions vitales et organiques du squelette.

I. On peut observer sur les os du bassin les diverses affections que l'on rencontre sur les autres parties du squelette.

1° L'*atrophie*, l'*hypertrophie*, le *rachitisme*, l'*ostéomalacie*, atteignent tantôt une partie des os du bassin, tantôt la totalité de celui-ci. Ces lésions offrent surtout un grand intérêt au point de vue obstétrical, en raison des *déformations* de l'excavation pelvienne qui en résultent et dont l'étude spéciale ne saurait nous arrêter.

2° L'*ostéite*, la *carie*, la *nécrose*, l'*affection tuberculeuse*, peuvent attaquer le squelette du bassin. Le sacrum en est le siège le plus fréquent, et c'est tantôt la face antérieure, tantôt la face postérieure, tantôt la totalité de l'os qui est atteinte. Dans d'autres cas la maladie occupe le coccyx ou se localise à une portion de l'os iliaque, telle que l'ischion, le pubis, la fosse iliaque.

Souvent consécutive à des traumatismes, l'ostéite du bassin se développe surtout chez des sujets scrofuleux ou syphilitiques.

Le début est marqué par une douleur en un point fixe, par un empâtement plus ou moins appréciable, selon que la partie malade du squelette est plus ou moins superficiellement située.

Mais, dans bien des cas, la première manifestation extérieure de la maladie consiste dans l'apparition d'une collection purulente, dont les caractères permettront souvent de soupçonner le point de départ. Les abcès ayant leur origine à la face postérieure du sacrum, à la face externe et aux bords de l'os iliaque, présentent généralement un trajet peu étendu, restent sessiles et appliqués sur la portion d'os malade. Mais lorsque le pus provient de la face antérieure du sacrum, du coccyx ou de la face interne de l'os iliaque, il envahit la cavité du bassin