

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

et se fraye une voie vers l'extérieur à travers le tissu cellulaire abondant qui entoure les organes pelviens; c'est ainsi qu'il peut sortir par les échancrures du détroit inférieur du bassin, mais le plus souvent il vient apparaître au périnée, au pourtour de l'anus, et il est arrivé fréquemment que la véritable nature de ces abcès ait été méconnue. Le toucher vaginal et rectal pourrait fournir quelques renseignements utiles sur le siège et le trajet de la collection purulente, et par suite sur son point de départ; mais c'est principalement par l'exploration avec la sonde et le stylet, lorsque l'abcès est ouvert, que l'on parviendra le plus sûrement à reconnaître sa véritable origine.

Le pronostic de l'ostéite du bassin est presque toujours très-grave, surtout lorsqu'elle atteint une portion étendue du squelette et principalement la face interne. Les abcès ossifluents intrapelviens peuvent s'ouvrir dans un des viscères du bassin et plus particulièrement dans le rectum. P. Bérard a rapporté l'observation d'un malade atteint de carie de la totalité du sacrum, et qui présentait à la fois des fistules à la région sacrée et une communication anormale avec le rectum: le pus était rendu par l'anus avec les matières fécales, et celles-ci sortaient avec le pus par les fistules de la face postérieure du bassin. A l'occasion de la carie du sacrum, signalons en passant ce fait singulier, rapporté par Lisfranc (1), d'un abcès ayant envahi le canal sacré et ayant fusé jusque dans les ventricules cérébraux. On comprend d'ailleurs la gravité et même la presque incurabilité de l'ostéite, de la carie ou de la nécrose, lorsqu'elle a atteint une portion très-étendue du squelette du bassin. La mort en est la terminaison habituelle, et les malades succombent épuisés par l'abondance de la suppuration ou sont emportés par quelque complication.

Il n'en est pas de même dans les cas où la maladie est très-exactement localisée; la guérison peut survenir spontanément ou grâce à une intervention chirurgicale, après l'élimination d'une portion d'os nécrosé. Gooch a vu, chez une petite fille, le coccyx nécrosé rendu par l'anus.

Le traitement de l'ostéite du bassin ne donne lieu à aucune considération particulière. L'usage des moyens thérapeutiques généraux, lorsque la maladie est d'origine diathésique, l'ouverture des abcès en ayant le soin d'assurer le libre écoulement du pus et de prévenir son altération à l'aide du drainage et des injections détersives et antiseptiques, tels sont les moyens ordinaires. Dans les cas où l'on pourrait s'assurer qu'il existe une nécrose bien circonscrite, et à plus forte raison lorsque la partie nécrosée est devenue mobile, il pourrait être indiqué d'intervenir par une opération destinée à enlever un ou plusieurs séquestres ou à réséquer un fragment d'os malade. Ainsi, dans un cas d'abcès ossifluent de la marge de l'anus, demeuré fistuleux depuis plusieurs années, j'ai pu m'assurer qu'il existait une nécrose limitée à

(1) Académie de médecine, 10 mai 1827.

une portion de la face postérieure du pubis, et, à l'aide d'une incision pratiquée au niveau de la branche horizontale de cet os, j'ai extrait deux séquestres mobiles, dont l'ablation a été suivie de la guérison complète du malade.

3° Les os du bassin peuvent être le siège de *tumeurs* de diverse nature, qui tantôt se développent à l'extérieur et tantôt proéminent dans l'excavation pelvienne, d'où résultent des troubles fonctionnels variables.

a. Les *exostoses* du bassin ne sont pas très-rares. Sans parler des *calcs difformes* à la suite de fractures, qui ont pu déterminer un rétrécissement des détroits et de l'excavation, on peut observer de véritables exostoses prenant leur origine au sacrum, au coccyx, ou sur un point de l'os iliaque, et reconnaissant pour cause soit un vice de développement (exostoses épiphysaires), soit un état diathésique, tel que la syphilis ou la scrofule.

Ces exostoses, quelquefois très-volumineuses, globuleuses, mamelonées, inégales, font saillie dans la cavité pelvienne, compriment les organes qui y sont contenus et doivent être comptées au nombre des causes de dystocie.

Dans d'autres cas, la tumeur plus ou moins proéminente forme une saillie, quelquefois très-aiguë, qui revêt l'apparence d'une apophyse styloïde. On a vu de telles exostoses déterminer la déchirure de la vessie et du col utérin pendant le travail de l'accouchement.

On conçoit combien le diagnostic de certaines exostoses du bassin doit présenter d'incertitude, et il existe de nombreux exemples dans lesquels elles ont été confondues avec d'autres tumeurs ayant leur point de départ dans l'un des viscères de l'excavation pelvienne. Nous reviendrons plus tard sur ces causes d'erreur, en traitant du diagnostic des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Bornons-nous à signaler pour le moment, comme signes propres aux exostoses du bassin, la dureté osseuse et l'immobilité complète de ces tumeurs.

b. L'*ostéosarcome* peut affecter primitivement les os du bassin ou les envahir dans les cas de généralisation. D'autres fois, une tumeur maligne ayant pris naissance aux dépens des parties molles de l'intérieur de la cavité pelvienne vient adhérer aux os du bassin, en sorte qu'il est difficile à un certain moment de déterminer le point d'origine du néoplasme.

La plupart des faits d'ostéosarcomes du bassin que l'on trouve dans la littérature médicale se rapportent à des jeunes sujets; il en était ainsi dans les rares exemples qu'il m'a été donné d'observer.

Le nombre des observations connues est trop restreint pour permettre de donner la symptomatologie de ces tumeurs, dont le diagnostic présentera souvent de sérieuses difficultés. Une tuméfaction plus ou moins considérable, formée aux dépens d'une portion quelquefois étendue du squelette du bassin, de consistance élastique, faisant corps avec la por-

tion d'os à laquelle elle répond; une sensibilité plus ou moins vive à la pression, et souvent des douleurs spontanées très-intenses avec irradiations sur le trajet des nerfs des plexus lombaire et sacré; enfin, dans quelques cas, la dégénérescence des ganglions voisins, l'existence de tumeurs analogues sur d'autres points du squelette, et l'altération profonde de la santé générale: tels sont les signes qui permettront le plus souvent de soupçonner l'ostéosarcome du bassin.

Nous n'avons rien à dire du pronostic, dont on devine la gravité, ni du traitement, qui reste toujours palliatif.

II. Les articulations du bassin peuvent être le siège d'inflammations aiguës et chroniques. Nous avons décrit dans une autre partie de cet ouvrage la *sacro-coxalgie*, ou arthrite fongueuse de l'articulation sacro-iliaque; nous dirons seulement quelques mots de cet état particulier qui a été désigné sous le nom de *relâchement des symphyses* et qui se manifeste quelquefois dans le cours de la grossesse.

Les femmes qui en sont atteintes accusent des douleurs dans les lombes pendant la marche, la station debout, au point d'être obligées parfois de garder le lit jusqu'au terme de leur grossesse. Après l'accouchement les symptômes persistent ou même s'aggravent; les malades ne peuvent marcher sans l'aide de béquilles, ou parviennent seulement à le faire en se courbant en avant, en appuyant les mains sur les genoux ou en serrant fortement l'une contre l'autre les deux moitiés du bassin. Dans certains cas même, les malades sentent les articulations se mouvoir et les surfaces articulaires frotter l'une contre l'autre, et le chirurgien peut constater par le toucher l'écartement et la mobilité anormale des symphyses.

Cet état morbide, loin de faciliter l'accouchement, peut déterminer pendant le travail des douleurs très-vives et provoquer, au moment de l'accouchement, des accidents tels que la rupture des ligaments, l'inflammation et la suppuration des jointures déjà malades.

La guérison spontanée survient le plus souvent au bout de quelques semaines; mais elle peut se faire attendre pendant plusieurs mois, et dans certains cas même le diastasis articulaire persiste indéfiniment; d'où une certaine réserve dans le pronostic.

Le traitement consiste dans le repos et dans l'emploi d'une ceinture pelvienne assurant l'immobilité des articulations. L'hydrothérapie pourrait aussi, en pareil cas, être conseillée avec avantage.

§ II. — Lésions vitales et organiques des parties contenues dans l'intérieur du bassin.

Il ne sera question ici que des lésions ayant leur siège dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne; quant aux maladies des viscères, tels que le rectum, les organes génito-urinaires, elles seront étudiées ultérieurement dans des chapitres spéciaux.

1° Lésions inflammatoires.

Les phlegmasies du tissu cellulaire intrapelvien, qui reconnaissent parfois une origine traumatique, résultent le plus ordinairement de la propagation de l'inflammation des organes contenus dans l'excavation; tels sont les phlegmons et abcès consécutifs aux maladies du rectum et des organes génito-urinaires.

Ces phlegmons et abcès secondaires ont généralement un siège particulier et une symptomatologie spéciale, suivant leur point de départ dans tel ou tel organe. Aussi devons-nous les décrire plus tard à l'occasion des maladies propres à chaque viscère pelvien.

Il importe, cependant, de signaler une forme rare de phlegmasie du tissu cellulaire pelvien qui succède parfois à un traumatisme, ou se montre à titre de complication dans le cours d'une maladie d'un des organes du bassin, et qui diffère des phlegmons et abcès dont il vient d'être question par l'absence de toute localisation. La phlegmasie envahit rapidement et de proche en proche tout le tissu cellulaire intrapelvien, à la manière du phlegmon diffus, d'où le nom de *cellulite pelvienne diffuse*, qui lui a été donné.

Dans un mémoire récent, Bouilly (1) a étudié la cellulite pelvienne diffuse qui succède parfois aux opérations même légères pratiquées sur le rectum, et il attribue une grande part dans le développement de cette redoutable complication à l'existence antérieure d'un phlegmon chronique du tissu cellulaire périnéal et à l'introduction des gaz et des matières fécales dans ce tissu cellulaire à la suite de l'opération.

Quoi qu'il en soit, la cellulite pelvienne débute par un violent frisson, suivi de fièvre intense, de vomissements, de dyspnée, d'altération rapide des traits. Du côté du bassin, on constate de la douleur, du météorisme, de la rétention d'urine. Parfois on a vu l'invasion de la cellulite pelvienne diffuse coïncider avec l'apparition d'un érysipèle extérieur, ce qui semble indiquer que les deux affections ont une même origine et une même nature, et consistent en une lymphangite intra et extra-pelvienne.

La mort est la terminaison constante de la cellulite pelvienne diffuse; elle survient, en général, rapidement, au milieu des symptômes de la septicémie aiguë, et elle est quelquefois rendue plus prompte par la propagation de la phlegmasie au péritoine.

2° Tumeurs.

Les tumeurs de l'excavation pelvienne (abstraction faite bien entendu de celles qui se développent aux dépens des viscères) ne sont pas communes.

(1) *Archiv. génér. de méd.*, janvier et février 1879.