

sens, l'existence d'abcès du psoas développés, secondairement, il est vrai, dans la substance même du muscle. L'inflammation, née au niveau d'une vertèbre, se propage aux insertions supérieures du psoas, puis se répand le long du tissu conjonctif intermusculaire, et provoque ici d'abord, de même qu'au milieu des fibres musculaires, la formation d'un grand nombre de foyers purulents circonscrits qui deviennent de plus en plus confluents, au point que le muscle se trouve finalement transformé en un sac ayant la forme d'un cornet, dont le sommet correspond à l'insertion de son tendon au petit trochanter. Dans la majorité des cas, cependant, le pus descend le long de l'enveloppe de tissu conjonctif du muscle.

En ce qui concerne les **symptômes** de ces abcès, rappelons tout d'abord que la tuméfaction siège toujours plus profondément que dans les suppurations sous-séreuses, et qu'elle est d'autant plus difficile à reconnaître, que la palpation doit être pratiquée à travers les parois abdominales, alors souvent tendues, et les intestins qui recouvrent le foyer purulent. Dans la majorité des cas, on observe, déjà de bonne heure, un phénomène connu et utilisé depuis longtemps pour le diagnostic, à savoir l'attitude de la cuisse en flexion, position adoptée par le malade pour maintenir dans le relâchement le muscle psoas-iliaque. La flexion, qui augmente de plus en plus, est accompagnée d'une rotation de la jambe en dehors. Dans la marche et la station debout, lorsqu'elles sont encore possibles, l'attitude du malade frappe à première vue l'observateur. Il fléchit en avant le bassin et la partie supérieure du corps et, en marchant, il appuie la main sur la face externe de la cuisse fléchie, et évite anxieusement tout mouvement qui aurait pour effet de tendre le muscle psoas-iliaque. Plus souvent que dans les autres formes d'abcès, il arrive que le pus perfore la bourse séreuse du psoas, pour pénétrer dans l'articulation coxo-fémorale. La situation des points de perforation à l'extérieur (voir plus haut) fournit un autre élément de diagnostic. Enfin, on constate le plus souvent des altérations pathologiques le long de la colonne vertébrale (cyphose). Un état très prononcé de contracture pourrait faire confondre les abcès du psoas avec ceux de l'articulation de la hanche; mais lorsqu'il s'agit des premiers, si l'on fait abstraction de la diminution de mobilité résultant de l'attitude fléchie de la cuisse, on constate que tous les mouvements actifs et passifs sont possibles au-delà des limites de la flexion déjà existante.

J'ai désigné sous le nom d'**abcès du muscle iliaque** le troisième groupe des collections purulentes du bassin. Ils méritent cette dénomination au même titre que les abcès du psoas que nous venons de décrire. Il ne s'agit pas, en effet, d'une inflammation indépendante, primitive, du muscle iliaque, car les cas de cette catégorie sont, sans doute, encore plus rares ici que dans la région du psoas; mais le muscle ou sa gaine sert seulement de lieu de passage aux abcès nés des parties voisines.

Une partie de ces abcès, et précisément ceux qui, en général, offrent les caractères les plus typiques, naissent de la face interne de l'ilion. C'est l'os lui-même qui est ici l'origine de l'abcès iliaque; ce dernier se développe rapidement dans les formes aiguës de périosto-ostéomyélite — lesquelles, il est vrai, ne sont pas fréquentes (voir § 44) — lorsque l'inflammation et la nécrose consécutive intéressent la face interne de l'ilion ou même toute l'épaisseur de l'os. Mais dans la majorité des cas, ces suppurations se présentent sous la forme chronique; une partie d'entre elles proviennent des foyers granulo-tuberculeux décrits plus haut, foyers qui se développent dans le voisinage de l'articulation de la hanche ou de la symphyse sacro-iliaque pour s'ouvrir à la face interne de l'ilion. Toutefois ces collections purulentes d'origine locale ne constituent que la minorité des cas. Bien plus souvent, il s'agit d'abcès par congestion, dont le pus provient ordinairement du tronc, ou est remonté de la cuisse dans le bassin, ce qui est plus rare.

Une partie de ces suppurations chroniques envahissent la région iliaque, après avoir déjà rempli la gaine du psoas. Par contre, il arrive assez souvent, dans la carie de la dernière vertèbre lombaire, que le pus provenant d'un os sans relation directe de continuité avec le psoas, passe au-dessous de ce muscle, peut-être le long de l'artère ilio-lombaire, pour arriver directement sous l'aponévrose iliaque. Cette voie directe est celle que suit également parfois le pus provenant d'une carie ilio-sacrée (voir plus haut). Les abcès qui pénètrent de bas en haut dans le bassin, sont, dans la plupart des cas, de nature chronique, et proviennent de l'articulation de la hanche après perforation de la paroi de la cavité cotyloïde.

Ces collections purulentes se manifestent à la vue et au toucher sous la forme de tumeurs de la fosse iliaque. Si l'on saisit avec la main la crête de l'ilion dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, et que, par une pression progressive, on enfonce peu à peu les doigts dans la fosse iliaque, on sent une tumeur occupant cette dernière, et on la voit même distinctement si l'on a soin d'examiner en même temps comparativement le côté sain. Elle est surtout nettement accusée dans les cas où l'abcès provient d'une périostite aiguë. Lorsque la tuméfaction est très évidente, on constate que la ligne respiratoire se trouve reportée plus haut, surtout dans la région de l'épine iliaque, bien que ce symptôme ne soit pas aussi nettement caractérisé que dans les abcès sous-séreux.

Le mode de migration de ces abcès vers la cuisse est ordinairement tout à fait typique, et il en est de même des fistules, comme nous l'avons dit plus haut. Ce sont surtout les fistules situées entre le droit antérieur et le tenseur du fascia lata, ainsi que le long des bords du muscle couturier, qui fournissent des points de repère très sûrs pour le diagnostic de l'origine des abcès de la fosse iliaque.

Nous ne pouvons insister ici longuement sur la marche, le pronostic et le traitement de ces différents abcès, car nous avons déjà donné les indications nécessaires sur la plupart d'entre eux, tels que les abcès sous-

séreux (2^e vol., I, § 28) et les abcès par congestion, qui se produisent chez les individus affectés de carie de la colonne vertébrale (2^e vol., VI, § 63).

Nous avons dit que les abcès sous-séreux pouvaient être ouverts par la voie du canal crural ou, au-dessus du ligament de Poupart, à l'endroit où le péritoine est refoulé en haut par l'épanchement, ce qui permet de pratiquer l'incision, sans courir le danger de blesser la séreuse. De même les abcès iliaques peuvent souvent être ouverts au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, sans que l'on ait à craindre une blessure du péritoine; toutefois, nous conseillons, dans ces cas, de se tenir près de l'os iliaque. Les incisions à ce niveau sont à conseiller surtout dans les cas de nécrose de la face interne de l'os iliaque, et assez souvent aussi dans les suppurations chroniques; le pus s'écoule alors plus facilement que lorsque l'incision a été pratiquée au-dessous du ligament de Poupart. Le trajet de communication au-dessous de l'arcade fémorale est, en effet, souvent très étroit.

Nous avons également insisté, en temps et lieu, sur l'importance de l'ouverture des abcès à la face postérieure du tronc (à travers l'os iliaque ou dans la région ilio-lombaire), et nous renvoyons pour le procédé opératoire à la description que nous en avons donnée dans une autre partie de cet ouvrage (2^e vol., VI, § 64).

§ 16. — On observe aussi assez souvent des abcès dans la région postérieure du bassin et à la fesse. Une partie de ces abcès proviennent, par migration, des foyers purulents dont nous venons de parler, tandis que d'autres ont pour point de départ la face interne du sacrum. Ce sont en partie les processus inflammatoires chroniques de la symphyse sacro-iliaque, ainsi que les abcès aigus de la face interne du sacrum qui, habituellement, sont l'origine des fusées purulentes qui franchissent la grande échancrure sciatique, le long du nerf de même nom, pour arriver sous les muscles fessiers. J'ai, pour ma part, observé un abcès chaud de ce genre qui était sorti du bassin des deux côtés à la fois, et avait envahi les deux régions fessières. Dans nombre de cas, le pus se répand à la face externe du releveur de l'anus pour arriver à la surface sous les muscles de la fesse. Outre ces abcès, nous avons à mentionner encore ceux qui naissent de la face externe de l'os iliaque ou de l'articulation de la hanche. D'autre part, il existe évidemment aussi des abcès développés primitivement dans le tissu intermusculaire de la fesse ou dans la couche de tissu conjonctif située en arrière des muscles fessiers, abcès qui peuvent succéder à une chute sur le siège ou à un épanchement sanguin. Nous étudierons, à propos de l'articulation de la hanche, les suppurations de la bourse séreuse du grand trochanter. Une partie des abcès de la fesse atteignent la surface au niveau du bord postérieur des muscles fessiers, tandis que d'autres arrivent sous la peau vers le bord antérieur du moyen fessier, entre ce dernier et le tenseur du fascia lata.

Assez souvent, le pus se répand le long du nerf sciatique et descend dans la région postérieure de la cuisse. BILLROTH mentionne le cas d'un abcès de ce genre s'étendant de la tubérosité de l'ischion jusqu'au genou; le malade n'ayant pas cessé de marcher, la collection purulente avait fini par former au côté externe du genou une poche pendante du volume d'une tête d'enfant.

C. TUMEURS DU BASSIN

§ 17. — Parmi les tumeurs développées dans l'intérieur du bassin, nous ne décrirons brièvement que celles qui occupent la cavité de Douglas. La plupart d'entre elles, en effet, ont été l'objet d'une étude détaillée dans une autre partie de cet ouvrage (2^e vol., III, § 36 et suivants).

Nous avons déjà, dans plus d'une occasion, signalé l'existence de pseudoplasmes dus à une accumulation de matières fécales dans l'intestin. Parfois la tumeur stercorale se forme dans les anses intestinales qui descendent dans le petit bassin, et particulièrement dans des portions de l'S iliaque du côlon. C'est surtout dans les changements de volume et de situation de certaines parties de l'intestin, ainsi que dans les anomalies survenant à la suite de processus inflammatoires, et consistant dans des adhérences, des plissements ou des rétrécissements partiels, que se produisent volontiers des tumeurs stercorales, dont le volume augmente peu à peu. En général, on les reconnaît facilement à l'exploration bimanuelle; elles se présentent sous la forme de nodosités molles, pâteuses, qui sont sujettes à des changements de forme, de volume et de situation; ces signes joints à la constipation qui existe presque toujours dans ces cas, permettent de reconnaître la nature de la tumeur. On devra prendre aussi en considération pour le diagnostic les différents abcès intra et extra-péritonéaux (vol. II, *Maladies de l'abdomen*, § 27 et suivants), ainsi que ceux que nous avons étudiés dans les pages précédentes; enfin, également, les épanchements sanguins (vol. II, § 32). On devra, en outre, éviter les causes d'erreur dues à une situation anormale des organes du bassin, et avant tout à des altérations de forme et à des déviations de l'utérus. On songera aussi à la possibilité d'une augmentation de volume des organes pelviens, tels que l'utérus, la prostate, la vessie distendue par l'urine. Parmi les néoplasmes des organes du bassin, on prendra surtout en considération ceux de l'utérus, et particulièrement les polypes, ainsi que les fibromyomes sous-muqueux, intra-pariétaux et sous-séreux, puis l'augmentation de volume de la partie vaginale du col par les divers néoplasmes dont elle peut être le siège. Nous avons déjà attiré l'attention sur ces tumeurs (*Maladies de l'abdomen*, § 52), tout en renvoyant, pour leur étude approfondie, et pour celle des déviations de la matrice, aux traités et manuels de gynéco-