

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-

logie. Outre les néoplasmes de l'utérus et du vagin, on devra avoir présentes à l'esprit les diverses formes de tumeurs du rectum (vol. II, § 189 et suivants), ainsi que de l'ovaire. Les tumeurs de ce dernier organe, comme nous l'avons fait remarquer ailleurs, ne tardent pas, en général, à s'élever de l'espace de Douglas dans la cavité abdominale. Il s'agit habituellement de tumeurs kystiques, dont le diagnostic présente de grandes difficultés au point de vue de la distinction entre les kystes développés dans le voisinage de l'ovaire, et ceux qui se sont formés aux dépens de ce dernier. Mentionnons tout d'abord les kystes du ligament large, lesquels, en général, ainsi que le prouve l'expérience, ne peuvent guère être distingués sûrement des kystes de l'ovaire lui-même. D'autre part, nous devons rappeler que les kystes dermoïdes (§ 41) développés dans le bassin, ne proviennent pas nécessairement des ovaires. On possède des observations de kystes athéromateux et dermoïdes ayant pris naissance dans le tissu conjonctif du petit bassin. MANNEL mentionne deux tumeurs de ce genre qui siégeaient dans le tissu conjonctif lâche qui sépare le péritoine du muscle releveur de l'anus. Chez une jeune fille, j'ai vu un kyste dermoïde suppurer et s'ouvrir à côté du rectum ; je parvins à en extraire de nombreux fragments d'os, ainsi que des dents et des poils.

Parmi les tumeurs offrant un intérêt particulier, nous citerons encore les **kystes séreux** qui se développent dans différents points du tissu conjonctif du bassin. Le plus souvent, sans doute, dans les cas observés jusqu'ici, il s'agissait de **kystes à échinocoques**. Tout médecin qui a vécu dans un pays où cette maladie est fréquente, peut confirmer le fait que le parasite élit domicile, relativement souvent, dans la cavité pelvienne. Sur 33 tumeurs à échinocoques observées dans les hôpitaux anglais (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 343), neuf fois le parasite siégeait dans la glande hépatique et neuf fois également dans le tissu conjonctif du bassin. Le reste des cas se partage, avec des chiffres plus faibles, les autres régions du corps. Leur siège habituel est dans le tissu conjonctif qui entoure le vagin, ou entre le vagin et le rectum, ou en arrière de ce dernier chez la femme, et entre la vessie et le rectum chez l'homme. Dans ce dernier cas surtout, les troubles de la miction et de la défécation sont parfois très prononcés, car la tumeur peut prendre alors de très grandes dimensions et s'élever dans la cavité abdominale (SPENCE, MAUNDER, BRYANT, etc.). On peut, dans la plupart des cas, poser le diagnostic probable de kyste à échinocoques lorsque, chez un homme, on constate la présence d'une tumeur fluctuante s'accroissant lentement pour s'élever hors du bassin, et reconnaissable à la palpation dans le rectum et au périnée ; il en est de même lorsque, chez une femme, on voit un kyste rempli de liquide venir faire saillie au périnée, latéralement au niveau de l'une des grandes lèvres, ainsi que dans le rectum et le vagin. Mais le diagnostic ne devient sûr que par la ponction et l'examen du

liquide ainsi retiré (*Maladies de l'abdomen*, § 57). Chez l'homme, la ponction est d'autant plus indiquée que, sans elle, dans bien des cas, l'on ne parvient pas à introduire une sonde dans la vessie. Elle peut être pratiquée soit par le périnée, soit par le rectum.

Autant que faire se peut, on ouvrira le kyste par une incision pratiquée au niveau des grandes lèvres ou au périnée, suivant qu'il fait saillie dans l'une ou l'autre de ces régions ; aussitôt l'incision faite, à l'aide d'une pince à pansements, on enlèvera le plus possible les vésicules d'échinocoques, puis on introduira un gros tube à drainage dans la cavité kystique. On fera ensuite des lavages de la poche avec des solutions désinfectantes, lavages que l'on répétera souvent les jours suivants. Au périnée, la méthode de Lister peut être parfois appliquée. Lorsque la tumeur fait saillie du côté du rectum ou du vagin, la ponction ou l'incision peuvent être pratiquées à travers les parois de l'une ou l'autre de ces cavités. La fonte putride du kyste survient plus facilement lorsqu'on opère par le rectum.

§ 18. — Les tumeurs qui ont pour point de départ **les os du bassin** sont relativement rares. L'os iliaque et la symphyse sacro-iliaque sont cependant assez fréquemment le siège de **sarcomes**. Ces derniers peuvent être facilement pris au début pour des processus inflammatoires, d'autant plus qu'ils apparaissent assez souvent à la suite d'une chute sur le siège. On observe des **sarcomes périostaux** et **endostaux**, et assez souvent aussi des **sarcomes myéloïdes pulsatiles**. BILLROTH décrit deux tumeurs de ce genre, toutes deux pulsatiles, dont l'une provenait de l'ilion et l'autre de la symphyse sacro-iliaque. Pour ma part, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des tumeurs de ce genre. Un sarcome périostal à marche rapide, né du périoste de l'os iliaque au-dessous du muscle de même nom, simulait un kyste à échinocoques du bassin ; dans un second cas, la tumeur semblait être de nature inflammatoire, et l'ilion tout entier paraissait augmenté de volume comme par le fait d'une tuméfaction du périoste avec production de nouvelles couches osseuses ; mais, plus tard, je pus me convaincre qu'il s'agissait d'un sarcome myéloïde s'accroissant rapidement. Cette tumeur s'était développée à la suite d'une chute sur l'os iliaque.

Nous avons déjà parlé des tumeurs provenant du **sacrum** dans notre étude des maladies de la colonne vertébrale. Nous avons fait connaître alors les tumeurs congénitales du coccyx. Cependant le sacrum est aussi parfois le siège de néoplasmes.

VOLKMANN a publié dernièrement un cas de ce genre remarquable à cause de l'heureux résultat obtenu par l'extirpation de la tumeur. Un sarcome myéloïde occupait principalement le côté gauche du sacrum au-dessous du second trou sacré. L'exploration par le rectum permettait également de constater la présence de la tumeur, laquelle, par consé-