

pénètre par l'orifice externe pour ressortir ensuite par l'anus; on serre le fil et on fait un nœud; petit à petit le fil coupe les tissus en même temps que la cicatrisation s'opère d'une façon insensible au-dessous du lien, qui finit par tomber. Souvent, après cette chute du fil, on voit la fistule résister encore pendant longtemps, ce qui tient à ce que les tissus malades ne sont pas détruits et continuent leur évolution morbide.

L'incision au thermo-cautère est une méthode bien plus efficace. — Une sonde cannelée est introduite dans le trajet; d'autre part, on fait pénétrer le doigt dans le rectum, on suit le chemin que parcourt la sonde; avec quelques tâtonnements on arrive à trouver l'orifice interne par lequel on fait ressortir alors la sonde cannelée. On incise les masses molles chargées sur la sonde, on cautérise le fond du trajet avec le thermo-cautère, on saupoudre la plaie avec de l'iodoforme et on la recouvre avec de la gaze iodoformée.

Une autre méthode consiste à inciser le trajet au bistouri, à le nettoyer avec une curette, à le laver avec une solution antiseptique, puis à suturer les bords de la plaie; récemment enfin on a obtenu de bons résultats en réséquant avec le bistouri le trajet fistuleux, ainsi que les tissus qui le séparent de la superficie, et en fermant la brèche ainsi produite par des sutures, qui permettent la réunion par première intention.

Il importe, en même temps qu'on traite la plaie, d'agir sur l'état général de la malade et de lui faire administrer de l'huile de foie de morue, de la créosote, du phosphate de chaux, de l'iodure de potassium, des toniques.

14. — DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA FACE INTERNE DU BASSIN

Lorsqu'on voudra procéder à l'étude de la nature et du siège d'implantation des tumeurs de la face interne du bassin, il sera indispensable de voir tout d'abord quels sont les antécédents héréditaires ou personnels de la malade, car si les premiers ne fournissent souvent que peu de données, les seconds peuvent être d'une importance capitale.

On connaît le rôle que jouent la syphilis et la grossesse dans l'évolution des tumeurs en général et de celles du bassin en particulier.

Il faut, en outre, interroger la malade pour savoir s'il n'y a jamais eu de traumatisme violent : fractures, luxations, etc.; quand il y a eu des douleurs, il faut s'appliquer à bien en élucider la nature.

Une fois qu'on aura consigné ces divers points, on emploiera les moyens d'investigation courants.

La *palpation* va nous renseigner sur la forme de la tumeur, ses rapports, sa mobilité, sa consistance, et sur deux signes importants, à savoir les battements et la crépitation.

La *ponction* pourra, dans certaines circonstances, éclairer sur la nature de la tumeur.

Mais c'est sur le *toucher* qu'il faudra reporter toute son attention, car c'est surtout lui qui nous permettra de reconnaître s'il s'agit d'une tumeur du bassin ou d'une affection de l'un des organes (utérus, rectum, vessie, etc.), contenus dans l'excavation.

Lorsqu'on aura établi que la tumeur est bien une tumeur du bassin, le *toucher* nous permettra de reconnaître et le point d'implantation et la consistance, de même qu'il pourra nous fournir certaines données sur les rapports et les conséquences de cette tumeur.

Enfin il est un moyen d'exploration qui, tout exceptionnel qu'il soit, n'en est pas moins important : les néoplasmes de la partie postérieure du pubis et de la branche ischio-pubienne peuvent se compliquer de rétention d'urine ou de dysurie. Dans ce cas, le *cathétérisme*, dirigé contre le premier de ces accidents, pourra donner incidemment des renseignements précieux sur la direction et le calibre de l'urètre.

Si l'on a affaire à une tumeur dure, de consistance osseuse et partout égale, la question à débattre sera :

Y a-t-il *exostose* ou *enchondrome* ?

Ces deux néoplasmes ont quelques points de contact, quelques propriétés communes.

C'est ainsi que tous les deux siègent de préférence à la région *ischio-pubienne*, à la région *sacrée* ou *sacro-iliaque*; ils se développent avec lenteur, sont peu douloureux et n'amènent des phénomènes de compression que quand la tumeur est déjà constituée depuis longtemps.

L'*exostose* reste longtemps semblable à elle-même; elle est uniformément dure dans tous ses points; l'*enchondrome*, au contraire, se couvre de *bosselles* plus ou moins larges, plus ou moins saillantes, et qui présentent de grandes variétés de consistance; les unes restent dures, d'autres sont élastiques et quelquefois même fluctuantes.

Le diagnostic entre la *saillie du promontoire* dans un bassin rachitique et l'*exostose* provenant du *sacrum* est quelquefois difficile; ce sont surtout les antécédents et la présence de quelques déformations caractéristiques du rachitisme, qui aideront à différencier ces deux états.

On sera peut-être bien moins embarrassé de différencier un cal difforme d'avec une *exostose*; dans ce dernier cas, il est presque constant de trouver en même temps qu'une tumeur intra-pelvienne, dure, inégale, adhérente par sa base à la face antérieure du sacrum, une ou plusieurs dépressions de la surface externe du bassin répondant exactement aux saillies intérieures; les commémoratifs auront ici beaucoup de valeur, car il suffira de savoir qu'il y a eu traumatisme grave (passage d'une roue de voiture, chute sur le siège, etc.), pour rendre le diagnostic de fracture et de cal difforme probable.

L'*enchondrome*, arrivé à sa période de développement complet, pourra faire penser à l'*ostéosarcome*.

Voici les signes qui permettent de différencier ces deux néoplasmes :

L'*enchondrome* siège au pubis, à l'ischion, au sacrum et enfin sur l'os iliaque, au voisinage de l'articulation sacro-iliaque.

Tout au contraire, l'*ostéosarcome* a son siège de prédilection aux extrémités du diamètre transverse, au voisinage de la cavité cotyloïde.

L'*enchondrome* ne donne lieu que tardivement à des phénomènes de compression; pendant longtemps, il reste à l'état latent.

L'ostéosarcome cause, dès le début, des douleurs d'une ténacité extrême.

L'enchondrome présente une grande inégalité; il n'y a que lui pour montrer ces bosselures alternativement grosses et petites, dures et fluctuantes; de plus, il atteint des dimensions parfois énormes, auxquelles l'ostéosarcome n'arrive jamais. En outre, il faut dire que l'enchondrome n'est pas envahissant et ne laisse jamais percevoir cette crépitation parcheminée si nette dans les ostéosarcomes.

L'ostéosarcome est une néoformation qui donne lieu à des erreurs fréquentes.

C'est ainsi qu'on l'a confondu au début avec une *névralgie sciatique*: mais, là encore, l'acuité, la persistance des douleurs, l'inefficacité de tous les agents thérapeutiques éveilleront l'attention des cliniciens.

On peut encore penser à une *hypérostose syphilitique*, d'autant plus que les douleurs sont surtout nocturnes; mais l'inefficacité du traitement spécifique devra bientôt faire penser à l'ostéosarcome.

L'anévrysme peut aussi quelquefois donner le change; mais ici la tumeur est pulsatile dès le début et surtout très dépressible, à moins qu'il ne s'agisse d'un anévrysme ancien où les caillots accumulés dans la poche rendent les signes caractéristiques obscurs.

Les *fibromes* prennent naissance à l'union des aponévroses avec le périoste; on les rencontre au niveau des fosses iliaques.

Depaul en a rencontré un, implanté dans les liens de conjugaison des deux dernières vertèbres lombaires du côté gauche et dans le trou sacré de la troisième vertèbre sacrée.

Smith rappelle un cas où une tumeur fibreuse, après avoir pris naissance sur le périoste du pubis, s'était insinuée sous l'arcade pubienne.

Nicaise en observa un situé en dedans de la tubérosité de l'ischion.

Les *kystes hydatiques* sont arrondis, bien circonscrits, plus ou moins nettement fluctuants.

On est exposé à les confondre avec des abcès par congestion, mais il y a un signe qui peut parfois éclairer le diagnostic, c'est la présence d'un rebord osseux, rugueux, friable, qui indique que l'os est très modifié, altéré dans sa structure.

Etant donné que le liquide, contenu dans les poches du kyste hydatique, a été trouvé ordinairement très altéré, la ponction exploratrice ne donnera souvent que des résultats peu précis.

Ces tumeurs ont été trouvées surtout au voisinage de l'articulation coxo-fémorale, rarement au niveau du sacrum et du pubis.

La *sacro-coxalgie* peut donner lieu à la formation de collections purulentes qui, en vertu de la moindre résistance des ligaments antérieurs, s'amassent à la partie antérieure de l'articulation sacro-iliaque.

Le diagnostic est difficile; en exerçant une pression au niveau précis de l'épine iliaque postérieure et supérieure, en pratiquant le toucher rectal, et surtout en tentant de rapprocher les deux os iliaques, ce qui détermine une

douleur très vive à l'endroit même de l'articulation malade, on arrivera le plus souvent au diagnostic.

15. — COCCYODYNIE

On désigne sous ce nom une affection, caractérisée par une douleur le plus souvent assez intense, siégeant dans la région coccygienne.

ÉTIOLOGIE. — La coccygodynie frappe de préférence les femmes qui ont eu un ou plusieurs accouchements.

En dehors de la puerpéralité, on a pu rattacher la maladie à un refroidissement, à une chute ou à un autre traumatisme de la région périnéale; mais la parturition et les affections utérines sont les causes les plus fréquentes de la coccygodynie.

Voici comment Scanzoni cherche à expliquer la filiation des symptômes.

Le refoulement forcé du coccyx en arrière amène l'extension ou la déchirure des ligaments sacro-coccygiens latéraux, la contusion et l'écrasement des parties constituant de la région, causes suffisantes pour provoquer un travail morbide du coccyx et de son articulation avec la dernière vertèbre sacrée.

Les nerfs coccygiens, tirillés et comprimés, restent le siège d'une névralgie plus ou moins tenace.

Le SYMPTÔME, par lequel se manifeste la coccygodynie, est la douleur, avec impossibilité de s'asseoir, de se coucher et parfois même de marcher.

La douleur siège le plus souvent au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu latéralement; elle est très pénible, parfois obtuse, d'autres fois très aiguë.

Les changements brusques de position, la constipation et l'expulsion de matières dures peuvent la provoquer.

La palpation et le toucher de la face antérieure du coccyx, de même que les essais de rétropulsion, provoquent de véritables crises; il en est de même de la marche.

Jencks a signalé la contracture des faisceaux musculaires, qui s'insèrent sur le coccyx.

La MARCHÉ peut être aiguë et la maladie disparaître complètement au bout de quelques jours.

Dans le cas où la coccygodynie affecte une allure chronique, il faut en chercher la cause dans une maladie des organes du petit bassin.

Le PRONOSTIC est variable suivant que l'on a affaire à une coccygodynie de nature rhumatismale ou autre.

Dans le premier cas, l'affection est bénigne: il n'en est plus de même de ces affections rebelles qui résistent à tout traitement, ce qui a surtout lieu dans le cas d'une maladie de l'articulation sacro-coccygienne.

Le TRAITEMENT sera symptomatique, dans la plupart des cas.

On combattra la douleur par des révulsifs, les compresses chaudes, les vésicatoires, etc.

Les injections de chlorhydrate de morphine ont amené des guérisons définitives entre les mains de *Courty* et *Scanzoni*.

En désespoir de cause, on aura recours à la section des insertions musculaires et tendineuses aboutissant au coccyx, et si cela était insuffisant, on ferait l'ablation de cet os.

Cette méthode est très en faveur auprès des chirurgiens anglais et américains.

46. — PRURIT ANAL

Le prurit anal est constitué par une démangeaison intermittente ou continue siégeant à l'orifice externe de l'anus.

Cette démangeaison peut être tellement vive, qu'elle est cause d'insomnie prolongée, et constitue un état des plus pénibles pour la malade.

Le prurit anal n'est intéressant que par ses causes, dont la connaissance conduit au traitement.

Trois catégories étiologiques :

- 1° Parasitaire ;
- 2° Secondaire ;
- 3° Essentiel.

1° Le prurit parasitaire est d'habitude causé par l'*oxyure vermiculaire*, helminthe, ressemblant à un gros fil blanc d'un centimètre de longueur environ (fig. 641).

L'oxyure est en général facilement constaté à l'œil nu, alors qu'on examine l'anus.

Une exploration n'est pas toujours suffisante; il est bon, en cas de résultat négatif, d'en faire deux ou trois successives, et même d'examiner les matières fécales après leur expulsion, car les oxyures peuvent se cacher dans le canal de l'anus où ils sont soustraits à la vue.

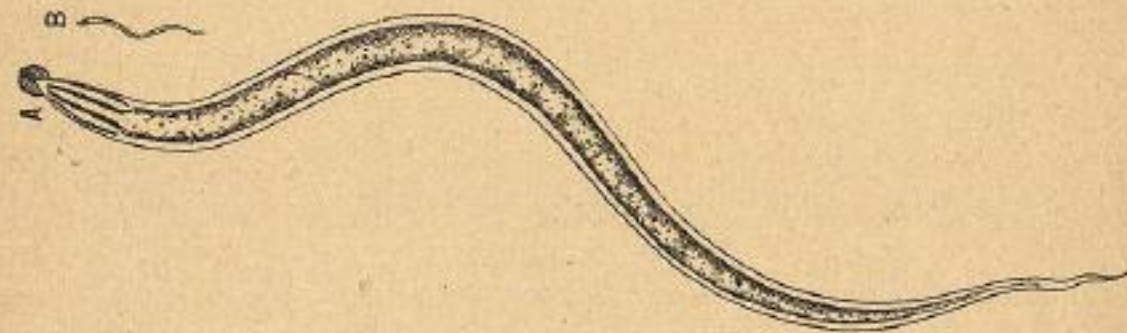


Fig. 641. — Oxyure vermiculaire.
B. Grandeur naturelle. — A. Grossissement.

2° Le prurit secondaire s'observe comme symptôme des hémorroïdes, de l'érythème, de l'eczéma, de l'herpès, à la suite en un mot de toute affection pouvant irriter la région anale. L'examen direct permet la constatation facile de la cause.

3° Le prurit existe enfin sans trace de parasite, ni d'affection pathologique; il est alors essentiel, constitué par une simple névralgie ou dermalgie. C'est en l'absence de toute cause appréciable qu'on admettra cette variété.

Le TRAITEMENT dépend de la cause.

Contre les oxyures, lavages fréquents de la marge de l'anus avec une solution de sublimé à $\frac{1}{1000}$, au besoin donner un lavement avec parties égales d'eau et de vinaigre ordinaire, ou le lavement suivant :

Acide phénique	0 gr. 20
Glycérine	10 —
Infusion d'absinthe	125 —

Dans le prurit secondaire, traiter la maladie causale par une thérapeutique appropriée.

Quand le prurit est essentiel, lotions chaudes (50°), à répéter plusieurs fois dans le courant de la journée; application d'une pommade cocaïnée à $\frac{1}{10}$; pointes de feu en cercle à 4 ou 5 centimètres de l'orifice anal; application de suppositoires morphinés; calmants généraux; au besoin, recourir à la dilatation de l'anus avec anesthésie chloroformique.