

puerpéral. La fréquence de la psoïte est si grande dans ces conditions que NÉLATON en avait fait une classe à part (psoïte suite de couches), puis vient l'infection purulente et dans quelques rares observations (DE LA MOTTE, GENDRIN, WITHMORE) le rhumatisme a exercé une influence incontestable. La plupart des psoïtes de cause traumatique ont été rencontrées sur des individus du sexe masculin, de vingt à vingt-cinq ans environ. Les travaux, le genre de vie des adultes hommes à cet âge nous expliquent suffisamment cette fréquence.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie des sujets morts à la suite de psoïte, on constate habituellement des altérations parfaitement limitées à la gaine du muscle; parfois le muscle lui-même semble intact et il faut l'inciser pour tomber sur un foyer purulent collecté dans ses parties profondes; plus ordinairement les lésions sont diffuses, le muscle a presque totalement disparu; on voit dans sa gaine un pus fétide, mal lié, souvent elle renferme une matière d'un gris noirâtre qui provient de détritrus du muscle, ou une bouillie noire, putrilagineuse, infecte, que l'on a comparée à la boue splénique. « Le foyer purulent, ajoutent CORNIL et RANVIER, est entouré d'une zone brun verdâtre, dans laquelle on trouve le tissu conjonctif intra-fasciculaire infiltré de globules purulents et de globules rouges et où les faisceaux musculaires contiennent des granulations protéiques, graisseuses, pigmentaires. »

Si l'aponévrose résiste, cas le plus fréquent, le pus demeure ainsi collecté pendant un certain temps, puis, obéissant aux lois des abcès par congestion, il passe sous l'arcade crurale ou dans la région postérieure de la cuisse pour y former autant d'abcès migrants. Lorsqu'au contraire l'aponévrose a cédé en un ou plusieurs points, le pus se répand sous le péritoine. On a vu la rate, les reins, le foie baigner dans une nappe purulente, mais, chose digne de remarque, dit MARCANO, ces organes sont presque toujours sains. Dans quelques observations le pus a pénétré dans le péritoine ou l'abcès est allé s'ouvrir dans l'intestin (MULLER FERRAND), dans le vagin (GARNIER).

Les vaisseaux et les nerfs de la région restent parfaitement intacts au milieu de cette bouillie, les os sont rarement altérés; cependant si la maladie se prolonge, le contact du pus finit par les dénuder dans la fosse iliaque interne, au niveau du petit trochanter.

Symptômes. — Les symptômes du mal se montrent surtout avec netteté dans la psoïte traumatique que nous prendrons pour type clinique.

L'inflammation du muscle est annoncée par une douleur excessivement vive d'ordinaire, mais parfois sourde et continue. Tantôt cette douleur a franchement pour siège la région lombaire et l'aîne, tantôt elle suit très exactement le trajet du muscle ou bien elle gagne les régions environnantes et s'irradie dans le membre inférieur. La pression dans les régions iliaque ou lombaire, les moindres mouvements de la cuisse provoquent des crises aiguës. La contraction involontaire du psoas et les efforts que fait le patient pour trouver une position dans laquelle les douleurs soient supportables déterminent rapidement une attitude caractéristique. Si le malade est debout, le tronc se penche en avant, s'incline du côté de la lésion; en même temps on constate une claudication manifeste, la cuisse étant fléchie sur le bassin. Lorsque le patient est couché, le membre inférieur reste ployé sur le bassin et placé dans

la rotation en dehors. Les moindres tentatives dans le sens de l'extension sont intolérables, la flexion au contraire peut être exagérée sans inconvénient.

Assez peu accusés au début, les phénomènes généraux prennent après un certain temps un caractère plus accentué; le chirurgien doit alors redoubler d'attention, car cette recrudescence annonce la formation du pus. Dès qu'il est collecté une détente se produit: à ce moment, si l'on explore la région du psoas, on la trouve empâtée et bientôt se forme une saillie très dure, allongée de haut en bas, de dedans en dehors, que l'on a comparée à la forme d'un œuf; il faut déprimer fortement les parois abdominales pour sentir cette masse qui siège au-dessus du ligament de Fallope.

Marche. Terminaison. — La psoïte peut se terminer par résolution ou suppuration; la résolution est très rare, d'habitude la tumeur dont nous venons de parler augmente de volume, devient molle, fluctuante. Le pus tendant à se créer une voie d'écoulement vient faire saillie à la région inguinale au-dessus du ligament de Fallope, exceptionnellement on le voit apparaître à la partie supérieure de la cuisse ou de la région lombaire. L'ouverture de la cavité, qu'elle soit spontanée ou chirurgicale, amène toujours une détente. Dans les cas heureux la suppuration diminue peu à peu, les phénomènes généraux s'amendent, et après un laps de temps qui ne saurait être inférieur à un mois, le malade entre en convalescence; malheureusement ce mode de terminaison est de beaucoup le moins ordinaire, car fréquemment la psoïte se termine par la mort.

Diagnostic. — Parmi les affections susceptibles d'être confondues avec la psoïte nous devons signaler la coxalgie, le phlegmon périnéphrétique et les tumeurs stercorales.

Les douleurs dans la coxalgie sont exactement limitées à la hanche, la maladie se développe très lentement; le phlegmon périnéphrétique a bien souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic, cependant on se rappellera que dans la psoïte la douleur occupe surtout le bas de la fosse iliaque, tandis qu'elle a son maximum à la région rénale s'il s'agit d'un abcès périnéphrétique. L'existence d'une masse dure, bosselée, fera penser à un amas de matières stercorales sur la formation duquel les antécédents du malade fourniront d'utiles renseignements.

Pronostic. — La psoïte est presque toujours mortelle: la psoïte traumatique semble moins grave que la psoïte consécutive. Lorsque la guérison survient, il persiste pendant un temps assez long de la gêne et de la raideur dans les mouvements du membre inférieur.

Traitement. — Les antiphlogistiques, les révulsifs doivent être largement employés au début, mais, ainsi que le fait observer MARCANO, ces moyens sont inutiles si on ne prend la précaution d'immobiliser absolument le membre inférieur et le bassin. Après s'être assuré de la présence du pus le chirurgien pratiquera des ouvertures et contre-ouvertures, puis placera des drains de façon à assurer le libre écoulement des liquides. Lavages et pansements antiseptiques seront faits avec un soin minutieux, car la méthode antiseptique nous semble appelée à modifier un peu la gravité du pronostic.

§ 2. — Affections des ganglions iliaques

Bibliographie. — VAN LAIR, *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1869. Thèses de Paris. — 1876, PAQUY. — 1878, VARAILLON.

Les ganglions iliaques, reliés au groupe inguinal profond par le ganglion de Cloquet, méritent de fixer l'attention du chirurgien; en effet ils jouent dans la pathologie de cette région un rôle qui tend à devenir chaque jour plus important.

1° *Lésions inflammatoires. Adéno-phlegmon iliaque.* — Il est admis aujourd'hui qu'un grand nombre de phlegmons de la fosse iliaque ne sont autre chose que des adéno-phlegmons; un principe virulent transporté dans les ganglions par les lymphatiques afférents (membre inférieur, organes génito-urinaires) s'arrête dans le parenchyme et y détermine une inflammation dont le mécanisme a été décrit ailleurs; l'atmosphère celluleuse se prend à son tour. Ainsi se forme une tumeur chaude, douloureuse, située au-dessus de l'arcade de Fallope, à trois ou quatre travers de doigt de la ligne blanche (PAQUY), grosse comme une pomme d'api. C'est le bubon iliaque qui s'accompagne de fièvre lorsqu'il suppure, ce qui arrive vers le douzième jour, c'est-à-dire huit jours plus tôt que les autres phlegmons de la région. Peu à peu la paroi abdominale devient pâteuse, rouge, et l'incision du phlegmon donne issue à un pus albumineux, jaune grisâtre, filant, inodore. Au bout d'un mois la cicatrisation est achevée.

Tous les bubons iliaques ne suppurent pas; l'adénite est, en effet, susceptible de se terminer par résolution ou induration. Le traitement de l'adéno-phlegmon suppuré est le même que celui des abcès de la fosse iliaque.

2° *Lésions diathésiques.* — Nous n'aurons en vue ici que les adénopathies tuberculeuses qui accompagnent les affections de même nature du membre inférieur, et en particulier la coxalgie. VARAILLON, dans une thèse intéressante sur ce sujet, a rapporté bon nombre d'observations d'adénopathies inguino-iliaques dans la coxalgie de l'enfance; il insiste sur l'altération précoce et fréquente du premier ganglion de la chaîne iliaque, auquel il donne le nom de ganglion inguino-pariétal. OLLIER a également signalé cette particularité à diverses reprises, et nous avons vu sur un jeune enfant qui avait succombé à la tuberculose pulmonaire, la fosse iliaque remplie par de grosses masses ganglionnaires caséuses au voisinage d'une coxalgie guérie. Quant à considérer ces ganglions tuberculeux comme l'origine possible d'abcès par congestion, c'est une opinion que nous ne saurions partager avec VARAILLON.

3° *Adénopathies néoplasiques.* — La richesse lymphatique des organes génito-urinaires, de l'aîne, de la racine de la cuisse explique la possibilité de la propagation des néoplasmes malins aux ganglions iliaques; de là aussi la fréquence des récidives après les opérations. A tous égards le carcinome occupe le premier rang; les ganglions altérés forment des masses volumineuses communiquant avec les ganglions lombaires et qui ne tardent pas à com-

primer les vaisseaux et les nerfs; telle est l'origine des œdèmes à la période cachectique, des douleurs irradiées dans le bassin et le membre inférieur. A peine est-il besoin de dire que l'existence de pareilles tumeurs contre-indique toute opération.

4° *Adéno-lymphocèle.* — Enfin il convient de mentionner les varices lymphatiques et les adéno-lymphocèles des ganglions qui affectent presque toujours la région iliaque. Il en a été question ailleurs (Voy. t. 1^{er}, p. 518).

§ 3. — Tumeurs de la fosse iliaque

1° ANÉVRYSMES INGUINAUX

Bibliographie. — MACILVAIN, *On Inguinal Tumours*, 1830. — PANIS, Th. de Paris, 1830. — MALGAIGNE, *Journ. de chir.*, 1846. t. IV, p. 2 et 42. — NORRIS, *Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1847, t. XIII, p. 20. — STEPHEN SMITH, *Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1860. — FISCHER, *Prager Vierteljahr.*, 1869. — HOLMES, *Leçons sur les anévrysmes*, trad. Caussidou, *Gaz. des Hôp.*, 1877. — BERGER, *Soc. de chir.*, 1882, p. 717. — KIRMISSON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 478. — STETTER, *Centr. f. Chir.*, 1884, p. 168 et *Revue de Hayem*, 1885. Consulter les articles AINE et CRURALE des *Dictionnaires*.

Les auteurs confondent dans une même description les anévrysmes inguinaux et iliaques; nous conserverons cette dénomination, en ayant principalement en vue les anévrysmes iliaques.

Étiologie. — De toutes les causes signalées, les efforts violents, surtout chez les personnes prédisposées, sont les plus communes. Dès lors on conçoit la fréquence plus grande de l'affection dans le sexe masculin et à l'âge moyen de la vie. Quelques malades ont invoqué un coup, une chute, et dans un cas l'anévrysme succéda à la contusion de l'artère fémorale à sa naissance par la tête du fémur luxé. (MIDDLETON GOLDSMITH). Un malade de BERGER eut un anévrysme à la suite de la compression digitale. KIRMISSON insiste sur l'action prédisposante des bubons antérieurs; il existe dans la science une dizaine de cas de ce genre. Le rhumatisme, l'arthritisme, la syphilis exercent une influence incontestable.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs présentent quelques particularités dignes d'être mentionnées; d'après HOLMES, il s'agirait le plus souvent de dilatations tubulaires assez étendues. De plus, l'affection, quel que soit son point de départ, se propage très facilement le long du vaisseau. Voilà pourquoi, malgré la barrière apparente créée par le ligament de Fallope, il est impossible de décrire isolément les anévrysmes de la fémorale commune et de l'iliaque. Après un certain temps, ces tumeurs acquièrent un développement parfois considérable.

Symptômes. — Il est rare que le malade éprouve une vive douleur au moment du traumatisme; c'est seulement plus tard qu'il s'aperçoit de l'existence dans la région de l'aîne, d'une tumeur qui grossit rapidement. En devenant plus volumineux, l'anévrysme prend une forme bilobée et paraît divisé

en deux parties par l'arcade de Fallope; il est animé de battements d'autant moins appréciables qu'il y a plus de caillots; l'oreille y entend des bruits de souffle, le pouls derrière la malléole est à peine perceptible. Parmi les signes rationnels notons : les douleurs dans l'aîne et la cuisse, la claudication, la gêne des mouvements, l'œdème du membre.

En raison de leur siège, de leur accroissement rapide, les anévrysmes inguinaux sont exposés à de graves complications telles que la rupture, l'inflammation, la gangrène. Si dans un petit nombre d'exceptions les malades ont survécu à ces accidents ou même guéri de leur anévrysme (M.-A. SEVERIN, ABERNETHY, HODGSON), presque toujours ils succombent emportés par des hémorragies successives, la septicémie ou la cachexie. JAMES a noté l'usure de l'os iliaque, SYME la destruction de la capsule de l'articulation coxo-fémorale.

Diagnostic. — Au premier abord il semble difficile de confondre un anévrysme inguinal avec une autre affection : cependant on a commis cette erreur plusieurs fois, soit que l'observateur n'ait pas pensé à ausculter la tumeur, soit que les symptômes ordinaires aient été masqués par l'abondance des caillots. GUATTANI, CASAMAYOR rapportent des exemples de confusion avec des abcès, CULLERIER prit un anévrysme pour un bubon et l'ouvrit. Ailleurs un chirurgien applique un bandage sur un anévrysme confondu avec une hernie. En sens inverse il faut se rappeler que des tumeurs ou des altérations de l'articulation coxo-fémorale, en soulevant l'artère, simulent un anévrysme. (MACILVAIN, VERNEUIL). Enfin l'expérience a appris qu'il était fort malaisé de déterminer avec quelque précision le siège exact de l'altération.

Traitement. — L'expectation ne saurait être recommandée pour des anévrysmes aussi disposés à l'extension et à l'accroissement. Deux moyens de traitement se sont surtout partagé la faveur des chirurgiens : la compression sous ses diverses formes et la ligature. Cependant il faut signaler quelques tentatives isolées par d'autres procédés : EVERARD HOME échoua par les applications répétées de calorique; REYNAUD guérit un anévrysme iliaque par l'immobilité et les applications continues de glace pendant deux ans; BRANDIS (1873) obtient un succès par l'électro-puncture.

Compression. — Bien que GRANT, PEMBERTON lui aient dû des guérisons, nous ne saurions recommander la compression directe, continue ou intermittente. La compression indirecte, au-dessous de la tumeur, encore appelée méthode de VERNET, n'a d'autre effet que d'activer l'évolution de l'anévrysme. BABINGTON guérit un malade par la flexion forcée, jointe au repos et à la diète, et BURK dut un succès plus probant à cette méthode employée pendant trois semaines (*Amer. Journ. of. Med. Sc.*, 1870). KIRMISSON, sur cinquante-trois (53) faits, trouve que dix-sept (17) fois la compression mécanique a échoué, et huit (8) fois la compression digitale est restée inutile.

La compression indirecte au-dessus de l'anévrysme, malgré ses difficultés, compte assez de succès à son actif pour mériter d'être prise en considération. VERDIER réussit au moyen d'un bandage spécial qu'il avait imaginé; la compression digitale, l'emploi des pelotes à cachet rendraient également des services; mais à ces moyens toujours longs, d'une application difficile, on préfère la compression rapide de l'aorte après anesthésie. HOLMES compte sept (7) gué-

risons sur dix (10) cas où cette méthode a été mise en usage. A cet effet on se sert des compresseurs de CARTE, de NÉLATON, de préférence au levier rectal de DAVIES. Cependant si l'anesthésie permet de supprimer les douleurs et de prolonger les séances, elle ne saurait empêcher la compression éventuelle de l'intestin et du péritoine, toujours dangereuse. La méthode de REID, fort rarement utilisable, n'a donné que des échecs.

Ligatures. — Tous les procédés de ligature ont été employés pour la cure des anévrysmes inguinaux. SYME eut recours avec succès, comme pour l'anévrysme carotidien, à la méthode ancienne (1862). Après avoir comprimé l'aorte il fendit le sac, retira 6 livres de sang et de caillots; puis il lia l'iliaque externe en bas, l'iliaque primitive et l'iliaque interne en haut.

La méthode de Brasdor (ligature au-dessous du sac), la plus facile, est aussi la plus mauvaise. A. COOPER posa une ligature sur la fémorale au-dessous de l'arcade, mais après une amélioration passagère la tumeur se rompit dans le ventre. Un opéré de WHITE mourut d'érysipèle; JAMES échoua également.

Dans le traitement des anévrysmes inguinaux, la méthode d'Anel donne une mortalité d'environ un quart. Sur quatre-vingt-douze (92) malades, NORRIS relève soixante-dix (70) guérisons et vingt-deux (22) morts (dont huit par gangrène, quatre d'hémorragie secondaire, trois de ramollissement du sac, quatre de causes générales). La suppuration du sac survenue treize (13) fois sur les quatre-vingt-douze (92) opérés amena la mort dans trois (3) cas seulement. Les hémorragies secondaires se terminèrent quatre fois par la mort. Les résultats récents obtenus par BERGER, COMBALAT, etc., grâce à la méthode antiseptique, semblent plus favorables.

Ainsi KIRMISSON, sur soixante-neuf (69) observations d'anévrysmes inguinaux traités par la ligature de l'iliaque depuis 1864, trouve cinquante-six (56) guérisons et treize (13) morts, soit une mortalité de 18,84 p. 100. Avec la méthode antiseptique la léthalité s'abaisserait à 12,5 p. 100; 8 p. 100 des opérés ont été frappés de gangrène du membre.

Sur quatre-vingt-dix (90) opérations de ligature de l'iliaque externe, de 1865 à 1883, KIRMISSON compte soixante-quinze (75) ligatures pour anévrysmes qui donnent cinquante-quatre (54) guérisons, douze (12) morts, trois (3) récidives, six (6) résultats inconnus. Parmi les causes de mort, nous voyons mentionnées la pyohémie (12), la péritonite (2), l'hémorragie (3). Sept fois des hémorragies survinrent; cinq fois la gangrène et deux fois l'inflammation du sac.

Lorsque l'anévrysme remonte très haut, ou encore si l'iliaque externe paraît trop altérée, on aura recours au procédé de Hunter, ligature de l'iliaque primitive. En additionnant les statistiques de KUMMEL, STETTER, RICHTER, BARWELL, on arrive à un total de quarante-trois (43) ligatures de l'iliaque primitive pour anévrysmes, avec trente-trois (33) morts, soit une mortalité de 76 p. 100. (*Centr. f. Chir.*, 1884, p. 160). Cependant nous devons ajouter que les résultats pour anévrysmes sont encore meilleurs que pour les hémorragies (trois (3) guérisons, dix-neuf (19) morts sur vingt-deux (22) cas) ou pour des tumeurs simulant des anévrysmes (cinq (5) cas, quatre (4) morts). La première guérison est due à VALENTINE MOTT (15 mars 1827). Aux faits classiques il faut joindre le succès récent de CHIAPPINI (*The Lancet*, 1878, t. II); dans ce dernier cas le fil ne tomba

que le vingt-neuvième jour. Sauf l'opéré de MOTT, les autres ont succombé au bout de peu de temps. Les principales causes de la mort sont la gangrène du membre, la suppuration du sac, les hémorragies, la péritonite, l'épuisement.

Ligature de l'aorte. — La ligature de l'aorte a été également pratiquée; jusqu'à présent le succès n'a pas couronné ces hardies tentatives et le tableau ci-joint donne une idée des tristes résultats obtenus.

A. COOPER (1817) lia l'aorte pour un anévrysme iliaque rompu...	Mort après 40 heures	—	3	—
JAMES (d'Exeter) (1829)	—	—	22	—
MURRAY (1834)	—	—	10	jours.
MONTEIRO (1842) lia l'aorte pour un anévrysme femoral rompu...	—	—	—	—
SOUTH (1856) lia l'aorte pour un anévrysme des iliaques externe et primitive..	—	—	43	heures

STOKES ayant, dans un cas d'anévrysme inguinal, échoué par la compression abdominale, plaça une ligature d'attente sur l'aorte; son malade mourut.

2° ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX ILIAQUES

Bibliographie. — LARREY, *Clin. chir.*, t. III, p. 156. — ADAMS, *Dublin Med. Journ. of Med. Sciences*, 1840. — LEFLAIVRE, *Revue méd. chir.*, oct. 1855, t. XVIII, p. 232. — BERGER, *Soc. de chir.*, 1878, p. 605.

Il existe dans la science plusieurs exemples d'anévrysmes artério-veineux de la région inguinale; la communication s'était établie spontanément dans l'observation d'ADAMS; un coup d'épée détermina l'affection dans le fait un peu obscur de D.-J. LARREY. Les malades de LEFLAIVRE, BERGER, avaient reçu un coup de couteau. Enfin O. PEMBERTON a vu un anévrysme artério-veineux consécutif à la compression digitale prolongée de la fémorale sur la branche pubienne. Dans les cas de LEFLAIVRE et d'ADAMS, la communication entre l'artère et la veine portait sur les vaisseaux iliaques primitifs.

En dehors des caractères classiques de cette variété de tumeurs, on a noté le développement éléphantiasique du membre, des ulcères. Le patient de LEFLAIVRE, soumis à la compression suivant le conseil de GOSSELIN, mourut d'hémorragie deux ans après; celui de LARREY, traité par la méthode de Valsalva et la glace, guérit en un an.

Que convient-il de faire en présence d'une de ces tumeurs? DUPLAY semble pencher pour l'intervention; de son côté, HOLMES dit qu'il faut chercher à oblitérer l'orifice de communication entre les deux vaisseaux: 1° en ouvrant le sac et liant l'artère au-dessus et au-dessous; 2° en pratiquant la même opération sans ouvrir le sac; on exercerait ensuite une compression sur l'orifice veineux. Néanmoins, si l'on met en balance la certitude d'une survie assez longue et les risques d'une opération qui en dehors de ses propres dangers paraît encore théorique, il vaudra mieux donner la préférence aux moyens palliatifs. Dans le fait de BERGER la guérison eut lieu sans intervention.

3° TUMEURS FIBREUSES DE LA FOSSE ILIAQUE INTERNE

Bibliographie. — HUGUIER, VERNEUIL, GUYON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875. Thèses de Paris, — 1861, BODIN. — 1876, SALESSES. — 1883, CHERBETIAN.

Divers auteurs ont signalé dans la fosse iliaque l'existence de tumeurs fibreuses indépendantes du bassin; CHERBETIAN en a publié un cas opéré par VERNEUIL chez l'homme; toutes les autres observations concernaient des femmes. On ne sait pas exactement quelle est l'origine de ces productions néoplasiques; BODIN les fait provenir des muscles, SALESSES du périoste des os; pour d'autres le point de départ serait dans les aponévroses. D'abord extra-péritonéales, les tumeurs fibreuses, à mesure qu'elles se développent, adhèrent aux parties voisines et en particulier au péritoine. Leur structure est encore assez mal connue; si dans la plupart des cas il s'agissait réellement de fibromes purs, il nous semble bien difficile d'admettre le fait lorsque la tumeur récidivée acquiert un caractère malin, comme dans l'observation de VERNEUIL. D'ailleurs la différence très grande dans la marche semble appuyer cette manière de voir; tandis que les fibromes ont une évolution fort lente, le fibrome malin de l'homme opéré par VERNEUIL évoluait rapidement.

Ces tumeurs fibreuses, d'abord indolentes, déterminent, lorsqu'elles ont acquis un volume plus considérable, des douleurs locales et irradiantes. Le pronostic de ces néoplasmes n'est grave que s'ils continuent à croître ou subissent une transformation de mauvaise nature. Aussi faut-il les respecter toutes les fois qu'ils n'occasionnent pas une grande gêne. VERNEUIL, en raison de l'étendue et de la solidité des adhérences péritonéales, dut laisser l'opération inachevée.