

Les adénites iliaques sont fréquentes chez la femme à la suite de métrite avec lymphangite du ligament large. Il est parfois possible en pareil cas de suivre les lésions à partir de l'utérus ou de la trompe et de sentir nettement au-dessus de la plaque indurée de lymphangite, une tumeur arrondie constituée par les ganglions; toute la chaîne iliaque peut se prendre alors, comme j'ai pu en observer deux cas, dans le service de mon regretté maître le professeur Trélat.

Le diagnostic de ces adénites est en général facile, cependant elles peuvent en imposer pour une appendicite. Mais la tumeur ganglionnaire siège au début plus bas et plus en dedans, et, à moins de s'ouvrir dans l'intestin ou de renfermer des gaz, n'est jamais sonore. Il est parfois plus malaisé de reconnaître une adénite des ganglions hypogastriques. Dans un cas de Terrier⁽¹⁾, une tuméfaction de la fosse iliaque gauche apparut subitement au cours d'une période menstruelle. Intimement adhérente à l'utérus, elle simulait un pyosalpinx. La laparotomie permit de reconnaître le siège rétro-péritonéal de la tumeur et l'existence d'une adénite pelvienne suppurée; l'extirpation de cette tumeur ganglionnaire amena la guérison.

2° *Adénites chroniques.* — Les adénites chroniques de la fosse iliaque ont été particulièrement étudiées par Van Lair⁽²⁾ et Castex⁽³⁾. Ces auteurs ont surtout attiré l'attention sur une forme d'adénite chronique « remarquable par la disproportion qui existe entre son développement parfois considérable et le peu d'importance des causes occasionnelles qui peuvent passer inaperçues » (Castex). Cette affection n'est pas sans analogie avec quelques adénopathies de la région cervicale. Elle se développe de préférence chez les adultes vers l'âge de trente ans et dans le sexe masculin. Les causes locales antérieures, capables de favoriser le développement de cette adénite iliaque, sont très variables. Les observations mentionnent un érythème du pied, une poussée hémorroïdaire, un herpès du prépuce, des lésions osseuses du membre inférieur. Mais la plupart des sujets étaient des lymphatiques, et plusieurs observations doivent sans doute être rapportées à l'adénite strumeuse ou tuberculeuse.

Des irritations même légères peuvent à coup sûr entraîner l'engorgement de la chaîne lymphatique iliaque et déterminer une adénite chronique simple. Lorsque celle-ci est peu marquée, elle passera facilement inaperçue, d'autant plus qu'elle coexiste avec une inflammation chronique des ganglions de l'aîne, qui détourne à son profit toute l'attention. On sait, d'autre part, que l'adénite inguinale chronique simple n'est pas rare et Janselme⁽⁴⁾ a montré que son existence, à un degré plus ou moins prononcé, est presque constante chez les individus atteints d'ulcères et d'eczémas variqueux.

Les adénites chroniques de la fosse iliaque débutent d'une façon très insidieuse; le plus souvent les ganglions du triangle de Scarpa deviennent d'abord le siège d'un engorgement qui gagne les ganglions iliaques. Ceux-ci forment une masse volumineuse, dure, irrégulièrement bosselée, composée de petits corps ovoïdes dont le volume est rarement inférieur à celui d'une amande et ne dépasse pas les dimensions d'un œuf de poule (Castex). Cette tumeur est à peine mobile sur les parties sous-jacentes, souvent elle est immobilisée dans

(1) TERRIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1889, t. XV, p. 551.

(2) VAN LAIR, *Contribution à l'histoire clinique des lymphadénites viscérales*. *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1869, t. III, 5^e série, n° 2.

(3) CASTEX, *Étude sur les adénites iliaques*. Thèse de Paris, 1881.

(4) JANSELME, *Dermites et éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux*. Thèse de Paris, 1885.

la fosse iliaque. Elle détermine des douleurs locales, plus intenses la nuit, parfois de véritables névralgies. On note aussi des troubles digestifs légers (coliques, constipation) et, dans quelques cas, de l'ensellure, un degré plus ou moins prononcé de flexion de la cuisse.

Les phénomènes généraux (fièvre, amaigrissement, état semi-cachectique) sont rares, mais lorsqu'ils existent, ils peuvent rendre le diagnostic difficile.

La marche des adénites iliaques est lente et se fait souvent par poussées successives. Les ganglions inguinaux peuvent diminuer, tandis que les ganglions iliaques continuent à augmenter de volume. Le plus ordinairement, ces adénites se compliquent de périadénite, les bosselures de la tumeur disparaissent et l'on ne trouve plus dans la fosse iliaque qu'une masse dure, adhérente aux plans profonds et à la paroi abdominale. Ces adénites se terminent ordinairement par résolution; la suppuration est rare, car les « ganglions sont à l'abri des variations de la température et des violences extérieures » (Van Lair). Mais lorsqu'elle se produit, elle donne lieu à des fistules intarissables. Dans un cas observé par Lereboullet⁽¹⁾, une inflammation polyganglionnaire chronique caséuse de la région inguinale fut suivie de péritonite suraiguë.

Le diagnostic est loin d'être toujours facile, surtout quand les ganglions forment des masses volumineuses, immobiles, ou provoquent une attitude vicieuse du membre inférieur. Dans le premier cas, on peut penser à un ostéosarcome, dans le second à une coxalgie. L'ostéosarcome, toutefois, a des caractères spéciaux qui ne laissent pas longtemps place au doute. Il n'en est pas toujours de même pour la coxalgie, et Berger⁽²⁾ a publié un beau cas de bubon strumeux inguinal et pelvien, s'accompagnant des signes physiques et fonctionnels de la coxalgie au début. On se fondera, pour établir le diagnostic, sur l'absence de douleurs spontanées ou provoquées dans l'articulation de la hanche, sur l'absence de gonalgie, sur l'âge des malades, etc. Néanmoins, le diagnostic reste parfois obscur, d'autant plus que la coxalgie s'accompagne souvent d'adénites tuberculeuses iliaques.

Le pronostic des adénites iliaques n'est pas grave, s'il faut en croire Castex, et le traitement les combat avec efficacité. Celui-ci sera surtout général (iodure de fer, huile de foie de morue, séjour au bord de la mer, etc.); on se trouvera bien des vésicatoires et des badigeonnages iodés, de la compression soit avec de la ouate, soit avec des rondelles d'amadou (Bouilly). Les applications de caustiques (Gosselin, Demarquay) sont aujourd'hui remplacées par l'extirpation directe qui a donné de bons résultats lors de masses ganglionnaires énormes, occupant depuis longtemps la fosse iliaque et ayant déterminé des adhérences péritonéales. A côté de ces adénites chroniques qu'on pourrait dire primitives parce que la porte d'entrée de l'agent pathogène est minime ou nous échappe totalement, il convient de faire une large place aux engorgements ganglionnaires secondaires symptomatiques d'une tuberculose avérée, de la syphilis ou d'un néoplasme des organes voisins.

Les *adénites tuberculeuses* s'observent surtout dans les affections bacillaires du membre inférieur (abcès froids, lymphangite tuberculeuse, tumeur blanche). Leur histoire n'offre rien de spécial, exception faite pour celles qui accompagnent l'arthrite tuberculeuse de la hanche, dont il sera question à l'article

(1) LEREBoulLET, *Gazette hebdom.*, 1870, p. 54.

(2) BERGER, *France méd.*, 9 sept. 1874.

COXALGIE. D'après Varailon⁽¹⁾, élève d'Ollier, la coxalgie s'accompagne d'une altération constante et précoce du premier ganglion de la chaîne iliaque, encore appelé *inguino-pariétal*, et la fonte caséuse de cette adénite peut devenir l'origine d'un abcès par congestion apparaissant dans le triangle de Scarpa.

Je ne dirai rien des *adénopathies vénériennes* dont peu d'observations probantes ont été publiées. Cependant Velpeau et Berger ont vu des bubons iliaques suppurés; Belhomme et Martin, dans leur *Traité de la syphilis*, mentionnent les ganglions iliaques au nombre de ceux qui sont atteints dans les périodes tardives de la syphilis.

Les *adénopathies néoplasiques* s'observent au cours des cancers des organes génito-urinaires et du membre inférieur. Parfois elles sont consécutives à une adénopathie secondaire épithéliale des ganglions inguinaux. Belin⁽²⁾ mentionne l'adénopathie de la fosse iliaque à la suite de cancers du rectum, de l'ovaire et du péritoine. Enfin, il ne faut pas oublier que quelques néoplasmes (testicules, utérus, vagin, etc.) récidivent avec une certaine prédilection dans les ganglions pelviens. On peut, en pareil cas, rencontrer dans la fosse iliaque des masses énormes, se continuant avec les ganglions lombaires et sacrés, soulevant la paroi abdominale, comprimant les vaisseaux et les nerfs et s'accompagnant de symptômes fonctionnels variables (névralgies, thromboses, œdèmes).

II

TUMEURS DE L'EXCAVATION PELVIENNE

La plupart des tumeurs qui occupent la cavité du bassin viennent des viscères pelviens ou des os. Les tumeurs indépendantes nées du tissu cellulaire sont très rares. Deplay mentionne quelques exemples de *fibrolipomes*, de *sarcomes*, de *myxosarcomes*, et un cas observé par lui de *lymphosarcome* envahissant tout le tissu cellulaire de l'excavation.

Les *kystes hydatiques* sont moins rares. Charcot⁽³⁾, en 1852, en avait rapporté 12 observations; Nicaise⁽⁴⁾, 35, et enfin Tuffier⁽⁵⁾, dans un récent travail, a pu en réunir 74 cas.

Ces kystes semblent la plupart du temps se développer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal en arrière de la vessie, entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre la vessie et l'utérus chez la femme. J'ai eu, en 1886, l'occasion d'étudier sur un sujet de dissection, à l'amphithéâtre des hôpitaux, un de ces kystes, encore petit, sans adhérences avec les organes voisins et dont le point de départ était par conséquent facile à déterminer. Il siégeait au-dessus de la prostate, dans un dédoublement de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers⁽⁶⁾. Les recherches de Tuffier l'ont conduit à admettre presque toujours le même point d'origine, la couche sous-péritonéale rétro-vésicale.

En se développant, ces kystes adhèrent à la prostate, à la vessie, et il devient parfois fort difficile de reconnaître leur véritable origine. Tuffier a montré qu'en se dé-

(1) VARAILLON, *Adénopathie symptomatique de la coxalgie*. Thèse de Paris, 1878.

(2) BELIN, *Sur les adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral*. Th. de Paris, 1888.

(3) CHARCOT, *Gazette méd. de Paris*, 1852, p. 540.

(4) NICAISE, *Rapport sur une observation de Millet*. Soc. de chir., 25 juin 1884.

(5) TUFFIER, *De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques de la région rétro-vésicale*. Congrès de chirurgie, 1891, p. 569.

(6) C. WALTHER, *Kyste hydatique sus-prostatique*. Bull. de la Soc. anat., 1886, p. 749.

veloppant en haut, ils décollent le péritoine de la face postérieure, puis de la face supérieure de la vessie; ils semblent faire partie de la paroi vésicale elle-même.

Les kystes hydatiques peuvent sans doute naître en d'autres points de la couche sous-péritonéale. Dans un cas fort intéressant observé par Tillaux, un kyste hydatique siégeait en avant et à droite de la vessie, sous son enveloppe séreuse, de sorte qu'il faisait corps avec la paroi de l'organe⁽¹⁾.

Les signes par lesquels se révèlent ces kystes sont au début fort obscurs: accidents de compression sur la vessie et la prostate, un peu sur le rectum; plus tard, constatation d'une tumeur siégeant d'ordinaire entre la vessie et le rectum; cette tumeur est tantôt fort tendue et dure comme une tumeur solide, tantôt fluctuante. Dans le cas déjà cité, Tillaux a pu constater l'existence du frémissement hydatique.

Le cathétérisme, combiné au toucher rectal et à la palpation hypogastrique, permettra en général de localiser exactement le siège de la tumeur. Souvent la sonde métallique ne peut pénétrer dans la vessie déviée; l'exploration avec une bougie à boule pourra alors donner d'utiles renseignements comme dans l'observation de Tuffier.

Abandonnés à eux-mêmes, ces kystes peuvent s'ouvrir dans la vessie, dans le vagin, exceptionnellement dans le péritoine. Le seul cas de rupture intrapéritonéale relevé par Tuffier était dû à une chute. Dans 5 cas, la compression des uretères a déterminé une hydronéphrose qui a entraîné la mort.

Comme pour les autres kystes hydatiques, on peut employer ici la ponction ou l'incision. La ponction a été pratiquée par le rectum (5 cas) ou mieux à travers la paroi abdominale (14 cas). Faite d'abord pour confirmer le diagnostic, elle permet d'évacuer le liquide et constitue la méthode de choix dans les kystes simples à poche unique (Tuffier).

Si le liquide se reproduit, ou si le kyste ne contient que des vésicules sans liquide libre, c'est à l'incision large par la laparotomie qu'il faut avoir recours. Cette méthode a donné d'excellents résultats à Tillaux, puis à Tuffier.

L'incision par le rectum, proposée pour les kystes qui font saillie au-dessus de la prostate, présente des dangers d'infection qui doivent même dans ces cas faire préférer la laparotomie.

CHAPITRE V

ANÉVRYSMES DU BASSIN

Les anévrysmes du bassin peuvent être divisés en deux groupes: 1° *anévrysmes iliaques*; 2° *anévrysmes fessiers ou rétro-pelviens*.

L'étude des anévrysmes iliaques ne saurait être séparée de celle des anévrysmes de la racine de la cuisse, confondus souvent du reste avec eux sous la dénomination commune d'*anévrysmes inguinaux* (voy. *Anévrysmes du membre inférieur*). Les anévrysmes des branches de l'artère iliaque interne nous occuperont seuls ici. Ils comprennent les anévrysmes de l'artère fessière et ceux de l'artère ischiatique.

(1) TILLAUX, *Traité de chirurgie clinique*, 2^e édit., 1891, t. II, p. 282, et LEGRAND, Thèse de doct. de Paris, 1889-1890.