

indurée gênent toujours les mouvements et entravent les fonctions.

Le pus que l'on trouve dans ces phlegmons est toujours fétide et contient souvent des gaz. Quand il s'agit de pérityphlite le pus renferme moins souvent qu'on ne pourrait le croire des matières fécales, une ouverture étroite du cæcum peut seule en effet donner naissance à un phlegmon iliaque, car lorsque l'ouverture est plus grande le phlegmon est presque fatalement diffus et les accidents rapidement mortels. Quand le phlegmon reste circonscrit, les matières fécales éminemment septiques entraînent la gangrène des parois de l'abcès et de la peau.

La poche qui renferme le pus est épaissie par le tassement du tissu connectif ambiant, le phlegmon tend à s'ouvrir à l'arcade crurale en perforant les parois abdominales, mais il importe de rappeler que cette ouverture se fait toujours en dehors ou en dedans de la gaine du psoas qui, comme nous allons le voir, ne saurait livrer passage qu'au pus développé dans le tissu connectif périphérique ou interfibrillaire de ce muscle.

Le pus peut encore se faire jour dans les organes voisins, cæcum, rectum, vessie, etc. ; il peut passer par la grande échancrure sciatique et se faire jour à la fesse, au périnée. Quand la rupture des phlegmons se fait dans le péritoine la mort est presque fatale.

Bon nombre de phlegmons iliaques ne guérissent pas complètement après l'ouverture du foyer, des fistules persistent, elles peuvent être simples et ne communiquent qu'avec la poche épaissie, indurée dont les parois ne s'accolent pas et dont la suppuration persiste ; les fistules peuvent encore communiquer par l'intermédiaire du foyer phlegmoneux avec le cæcum ouvert. La fistule est alors pyo-stercorale et la poche primitive du foyer devient une sorte de réservoir où s'accumulent le pus et les matières fécales. Aussi n'est-ce que par intervalles que l'écoulement ou l'expulsion des gaz se fait par la fistule. Le son hydroaérique que donne la percussion de la tumeur située au-dessus du ligament de Poupart fait reconnaître dans la poche le mélange des gaz et des liquides. La persistance de la suppuration finit quelquefois par épuiser le malade et le fait succomber.

Traitement. — Je n'insisterai pas sur le traitement *médical* du phlegmon iliaque, d'autant plus qu'au début le chirurgien est rarement consulté, ce n'est que lorsque la suppuration est manifeste que ce dernier est appelé à intervenir, à moins toutefois que le phlegmon iliaque ne soit déterminé par une blessure ou un corps étranger. La tumeur fluctuante sera ouverte soit au moyen des caustiques, soit par le thermo-cautère, soit même au bistouri en opérant couche par couche avec la plus grande attention pour éviter les vaisseaux et le péritoine. On emploiera les injections antiseptiques et l'on mettra un drain à demeure jusqu'à guérison complète. La condition absolue du succès est

de donner un libre écoulement absolu des liquides purulents ou stercoraux.

Les fistules seront traitées par les procédés que nous avons indiqués dans les différents chapitres précédents.

B. *Psoïtis.* — Lorsque les corps étrangers, les infections microbiennes de toute nature, éléments septiques ou pyogènes transportés par les lymphatiques à la suite de couches par exemple, au lieu d'agir sur le tissu connectif sous-péritonéal, portent leur action sur celui qui double la gaine fibreuse du psoas iliaque et qui se continue entre et au-dessous des fibres musculaires, ce n'est plus un phlegmon iliaque qui se produit, mais un phlegmon de la gaine du psoas, un psoïtis. Je n'insisterai que sur quelques détails de cette affection qui ressortit à la pathologie interne jusqu'au moment où la fluctuation indique nettement la présence d'un foyer purulent et exige une intervention chirurgicale.

Le psoas et l'iliaque sont des muscles qui appartiennent au plan antérieur, plan de flexion du tronc ; pour des raisons d'ordre embryologique la circulation est normalement facilitée dans tous les organes annexés à ce plan et dans tous les muscles qui en dépendent, aussi la structure de ces derniers est-elle plus délicate, le tissu connectif interfibrillaire plus lâche, la fibre musculaire elle-même de structure moins grossière que celle des muscles extenseurs.

Un corps étranger, une rupture de fibres par un effort subit ou même l'altération, cireuse peut-être, des fibres surmenées par un travail lent et soutenu (frotteurs de parquets), l'extension d'une inflammation des organes ou des parois du voisinage peuvent entraîner la production d'un phlegmon. Il surviendra d'autant plus aisément que l'altération de la nutrition générale rendra le terrain de l'économie plus propice à l'évolution des germes pyogènes. Les lésions des tissus ou des organes voisins peuvent à leur tour s'étendre au psoas. On voit alors les éléments connectifs du muscle passer à la suppuration ; tantôt le foyer réside entre la gaine aponévrotique et les fibres musculaires, tantôt à la face profonde de ces dernières et tantôt entre elles. Les petits vaisseaux qui se rendent au muscle et qui le nourrissent finissent par se rompre, les éléments protoplasmiques qui constituent les fibres musculaires se mortifient et disparaissent dans le magma purulent qui remplit la gaine du psoas. Au milieu de toute cette poche purulente passent les nerfs du plexus lombaires qui résistent plus ou moins à la destruction mais dont la compression par le pus, par le névrilème gonflé détermine des douleurs irradiées.

Si la gaine du psoas se rompt sous la poussée du pus, le phlegmon peut s'ouvrir dans le péritoine ou dans l'intestin, comme encore son contenu peut se répandre dans le tissu connectif sous-péritonéal et devenir un phlegmon diffus. Mais dans la plus grande partie des cas la gaine aponévrotique du psoas résiste, le pus chemine dans la poche

que lui constitue cette gaine fibreuse et vient gagner les insertions du muscle sur le petit trochanter. C'est toujours vers la partie externe de l'espace limité par l'arcade crurale, partie externe dont la bandelette iléo-pectinée forme la paroi interne que le pus se manifeste au pli de l'aîne.

Toute contraction du psoas devient impossible par suite de la douleur que chaque mouvement de la cuisse fait ressentir au malade, aussi le membre inférieur se fléchit-il sur le tronc en même temps que ce dernier s'incline en avant sur la cuisse, les parois abdominales sont ainsi relâchées et le malade sent ses douleurs calmées. Le membre est toujours aussi porté en rotation en dedans et en adduction, mouvement en rapport avec le mode d'insection du psoas au petit trochanter.

La suppuration est le résultat auquel aboutit habituellement le psoïtis, il est quelques cas cependant où la tumeur dont les parois étaient épaissies s'est terminée par induration; toujours alors, comme dans les cas de guérison du phlegmon iliaque, il reste des adhérences, des brides fibreuses rétractées qui gênent les mouvements. Je n'insisterai pas davantage sur le psoïtis, le peu que je viens d'en dire suffit pour un traité de pathologie externe.

Traitement. — Il me semble inutile de parler des antiphlogistiques locaux, des vésicatoires, des cautérisations, etc.; quand le chirurgien interviendra, quand il aura constaté la présence d'un psoïtis, il l'ouvrira avec précaution en assurant au moyen de drains, de contre-ouvertures, un facile écoulement des liquides. Les lavages, les injections antiseptiques longtemps continués sont de rigueur absolue.

Rupture du psoas. — On connaît quelques exemples de rupture du psoas avec ou sans arrachement du petit trochanter. C'est pendant les accouchements laborieux, à la suite d'efforts violents ou de contractions tétaniques que ces accidents sont survenus. Le sang épanché remplit la gaine musculaire et bientôt apparaît la suppuration avec tout le danger du psoïtis.

L'immobilisation absolue serait indiquée au début, et quand la suppuration serait manifeste, l'ouverture du foyer avec toutes les précautions que nous venons d'indiquer.

C. Adéno-phlegmon iliaque. — Il me semble inutile d'insister beaucoup sur cette variété de phlegmons iliaques. Toute inflammation, et surtout toute inflammation septique des lymphatiques qui se rendent aux ganglions iliaques (membre inférieur, organes génitaux) peut se propager aux ganglions et en déterminer le phlegmon.

Il peut arriver que ces ganglions ne suppurent pas, qu'ils restent hyperplasiés et durcis, c'est par compression qu'ils agissent alors sur les organes voisins et surtout sur les vaisseaux et les nerfs. Lorsqu'au contraire ils suppurent, le pus filant, sans odeur caractéristique, peut se frayer une voie vers l'arcade crurale ou pénétrer dans le tissu

connectif sous-péritonéal en déterminant ainsi un phlegmon iliaque.

D. Anévrysmes de la région iliaque. — C'est surtout vers le pli inguinal que l'on rencontre les anévrysmes de la région; leurs causes déterminantes sont celles de toutes les tumeurs artérielles de même nature, on a insisté sur l'influence que peuvent avoir les bubons inguinaux sur la production des anévrysmes, cette influence est indéniable quand il s'agit de bubons suppurés, anfractueux, décollés ou envahis par le phagédénisme. Mais ces adénites ne sont pas syphilitiques, elles sont inflammatoires, à tendance nécrosique par infiltration microbienne, et conclure de là à l'influence de la syphilis elle-même sur le développement des anévrysmes me semble tout au moins fort hasardé.

L'anévrysme s'étend d'ordinaire tout aussi bien à l'iliaque externe qu'à la fémorale en passant sous l'arcade crurale, aussi sa forme est-elle généralement en bissac. Ces tumeurs, exposées par leur siège à toutes les violences extérieures, sont toujours comprimées par les contractions musculaires pendant la station debout, ou pendant les efforts que le malade évite par tous les moyens, de crainte des douleurs provoquées. Soumis à toutes ces causes de compression, les anévrysmes se rompent, s'enflamment et même se gangrènent souvent; les hémorragies primitives ou secondaires, l'épuisement cachectique, l'intoxication septicémique enlèvent rapidement les malades. Aussi ne voit-on que rarement les anévrysmes de la région éroder et perforer les os de la ceinture pelvienne, la cavité cotyloïde par exemple, car la mort survient avant que ces altérations osseuses n'aient eu le temps de se produire.

Pour tous les symptômes qui caractérisent les anévrysmes en général je renvoie au tome I, page 655.

Traitement. — Toutes les méthodes de compression, mécaniques ou digitales, n'ont donné que des insuccès, la compression intermittente de l'aorte seule a fourni quelques bons résultats, mais toujours les accidents de péritonite sont à redouter. La flexion forcée de la cuisse sur le tronc jointe à la méthode de Valsalva a, paraît-il, procuré quelques bien rares guérisons.

Mieux vaut en arriver à la ligature. La méthode ancienne, ouverture du sac, ligature au-dessus et au-dessous, mérite quelque confiance si la poche anévrysmale n'est pas trop dilatée et si les parois du vaisseau ne sont pas malades elles-mêmes au-dessus de l'anévrysme. La méthode de Brasdor, au delà du sac, ne compte guère que des insuccès. La méthode d'Anel, au contraire, a donné des résultats satisfaisants lorsque l'altération des parois artérielles ne force pas à remonter trop haut pour appliquer la ligature. Les hémorragies secondaires sont toujours à redouter et enlèvent les malades soit immédiatement, soit par anémie consécutive. Je ne dirai rien de la ligature de l'aorte, qui n'a donné et ne donnera jamais à mon avis que des insuccès.

On connaît quelques cas d'*anévrismes artérioso-veineux* de la région, c'est toujours à la suite d'un *traumatisme* ayant blessé simultanément l'artère et la veine, plaie par instrument piquant, contusion violente des vaisseaux contre les saillies osseuses que ces tumeurs vasculaires se développent dans la région *inguinale*. Pour tous les détails de l'évolution de ces anévrismes et pour les accidents qu'ils entraînent, je renvoie au tome I, page 670.

La ligature des artères et des veines avec ouverture du sac ne paraît pas avoir donné de bons résultats. Larrey guérit un malade atteint d'anévrisme artérioso-veineux après un coup d'épée au moyen d'un traitement très long par la méthode de Valsalva à laquelle il adjoignit des applications de glace en permanence. Aussi longtemps que la tumeur ne fait courir aucun danger immédiat à la vie du blessé, mieux vaut s'en tenir aux palliatifs et à des appareils destinés à empêcher la tumeur d'être comprimée ou contusionnée.

3° LÉSIONS FORMATIVES.

Tuberculose. — Les lésions tuberculeuses des apophyses transverses ou articulaires des vertèbres déterminent des suppurations osseuses qui cheminent dans la gaine du *psaos* et viennent se faire jour vers le petit trochanter en passant par la partie externe de l'arcade crurale; au contraire le pus qui vient des corps vertébraux fuse dans le tissu connectif sous-péritonéal et fait saillie à la partie interne de l'arcade vers l'anneau crural ou même dans le triangle de Scarpa.

Les accidents qui se manifestent sont ceux que nous avons décrits en parlant de la tuberculisation vertébrale en même temps que ceux d'un psosis à marche lente et chronique. Pour le traitement, voyez t. II, p. 93.

Fibromes. — Il existe un certain nombre d'observations de tumeurs de la fosse iliaque développées dans les tissus connectifs de la région. On leur donne généralement le nom de fibromes, bien que leur récurrence sur place ait été observée quelquefois, ce qui tendrait à les faire plutôt considérer comme des sarcomes. Ces tumeurs peuvent acquérir un gros volume et comprimer les organes, les vaisseaux et les nerfs voisins, elles déterminent alors des douleurs vives qui nécessitent quelquefois l'intervention du chirurgien; l'extirpation en est difficile et très laborieuse à cause des adhérences très étendues que ces néoplasmes contractent avec le péritoine.

§ 2. — Lésions des os et des articulations de la ceinture pelvienne.

A. — Lésions traumatiques.

1° FRACTURES.

Les os du bassin peuvent être fracturés soit par des chutes d'un lieu élevé, soit par des compressions violentes, roues de voiture, tamponnement de wagons, soit par des projectiles de guerre, des éclats de mines, des éboulis de carrière, etc. Les fractures du bassin survenues chez les vieillards à la suite d'efforts musculaires, ou chez des femmes pendant des accouchements laborieux me paraissent devoir toujours impliquer un état antérieur anormal de structure, une raréfaction du tissu osseux.

Les fractures produites varient suivant l'intensité de la force et son point d'application, s'agit-il d'une compression antéro-postérieure, les branches pubiennes et ischiatiques céderont, suivant leur moindre résistance; les compressions transversales peuvent porter sur les ailes iliaques qui éclatent d'ordinaire suivant une ligne oblique antéro-postérieure, comme si la crête de l'os avait été repliée vers le dedans. Les forces comprimantes peuvent agir au-dessous des ailes de l'iléon au niveau du rebord cotyloïdien où la ceinture pelvienne, beaucoup plus résistante, représente une voûte ovalaire appuyée en avant, par un pied droit aminci, le pubis, sur la symphise et en arrière sur le sacrum auquel l'unissent des ligaments très résistants. La violence agissant de dehors en dehors tend à enfoncer cette voûte qui résiste et transmet la force à ses deux extrémités, les deux symphyses résistent et le pubis se brise en avant pendant qu'en arrière le sacrum se rompt, s'arrache au niveau de ses points de moindre résistance, déterminés par les trous sacrés. Dans ces cas, assez rares du reste, la fracture est double et verticale sur les deux os; je n'insiste pas sur ce genre spécial de fractures du bassin, qui s'accompagnent toujours de lésions des organes du petit bassin, de la vessie surtout et qui entraînent presque infailliblement la mort par infection urinaire.

Avant de passer rapidement en revue toutes les variétés de fractures des os du bassin, je me bornerai à signaler les attritions complètes, les fractures multiples et esquilleuses que les gros projectiles, les éboulements de roche, etc., peuvent déterminer et que compliquent toujours les déchirures de la vessie, du rectum, de tous les organes du grand et du petit bassin; ces accidents sont au-dessus de nos ressources chirurgicales.

Je serai très bref encore au sujet des fractures par coup de feu, pour lesquelles je renvoie le lecteur au tome I, p. 177 et 440. Toutes les notions que la chirurgie actuelle possède sur les effets des projectiles, sur les