

constipation, des nausées, des vomissements. Quand le pus est formé, ce liquide fuse dans la gaine du psoas et vient former une tumeur au pli de l'aîne, dans la région du petit trochanter; quelquefois la collection fait saillie dans la région lombaire; on a vu encore le pus s'ouvrir une issue dans l'articulation coxo-fémorale, dans le rectum, ou fuser entre les masses musculaires de la cuisse.

Si la collection est abandonnée à elle-même, la peau qui la recouvre s'amincit, puis s'ulcère au bout d'un certain temps. Alors seulement le liquide s'échappe au dehors; les malades sont pris de fièvre hectique, suite de l'abondance de la suppuration, et ne tardent pas à succomber.

A l'examen cadavérique, on trouve le muscle psoas plus ou moins complètement détruit; à la place de ce muscle, un foyer renfermant un putrilage noirâtre analogue à la boue splénique, avec des filaments blancs nacrés, vestiges des parties tendineuses. Les fibres musculaires qui ont échappé à la destruction sont ramollies, de couleur lie de vin, infiltrées de sang noir et quelquefois de pus. Les surfaces osseuses voisines sont quelquefois altérées.

On distingue le psôitis du *phlegmon iliaque* par les signes suivants: dans le phlegmon iliaque, la *douleur* occupe la région iliaque; elle est augmentée par la pression; il existe une tumeur appréciable dans la région affectée, l'abcès a une tendance à devenir superficiel. Dans le *psôitis*, la *douleur* occupe les lombes, elle est augmentée par les mouvements du tronc; il n'y a pas de tumeur; on constate seulement une rénitence allongée sur le côté le plus interne de la région iliaque; l'abcès ne tend pas à devenir superficiel.

Le pronostic est grave; la terminaison par la mort est fréquente.

On combat le psôitis, au début, par un traitement antiphlogistique général et local. Dès que la collection purulente se montre sur un des points que nous avons précédemment indiqués, il faut se hâter de donner issue au pus. Si la suppuration continue longtemps, on soutient les forces du malade par un régime approprié; on prévient les phénomènes de résorption putride, en empêchant la stagnation du pus et en pratiquant dans le foyer des injections de teinture d'iode affaiblie par l'addition d'une certaine quantité d'eau.

ARTICLE III.

Phlegmons et abcès de la fosse iliaque.

C'est aux travaux de Dupuytren, Dance, Ménière, Piotay, Lebatard, Grisolle, que nous devons la connaissance de cette affection. Antérieurement à ces observateurs, la maladie avait été signalée par Delamotte, Ledran, Levret, Bourienne, Puzos, Deleurye.

Anatomie pathologique. Les altérations diffèrent suivant que l'abcès s'est formé entre le péritoine et le *fascia iliaca* ou dans la gaine du psoas iliaque.

En cas d'abcès *sous-péritonéal*, le pus est rarement réuni en foyer; il est

plutôt disséminé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et se porte d'une part vers la région du rein, de l'autre vers le bassin. Les caractères de ce liquide sont variables: tantôt il est franchement phlegmoneux, tantôt il exhale une odeur fétide; quelquefois il est séreux, grisâtre, mélangé de tissus mortifiés et de matières stercorales. Le foyer purulent est tapissé d'une membrane pyogénique; le péritoine qui le limite en avant est noirâtre. Le contact prolongé du pus avec la paroi postérieure du cœcum amène la perforation de l'intestin, dont les membranes sont ramollies, grisâtres, parfois décollées dans une certaine étendue. Le cœcum présente tantôt une seule ouverture large, tantôt plusieurs pertuis. Les perforations du rectum, du vagin, de la vessie, dans lesquels la collection s'ouvre parfois, sont généralement petites.

Lorsque l'abcès est *sous-aponévrotique*, les fibres du muscle iliaque sont dissociées, quelquefois détruites, au point que le pus se met en contact direct avec le périoste de la fosse iliaque interne. Les muscles psoas et carré lombaire sont parfois altérés aussi; le *fascia iliaca* est détruit ou percé d'ouvertures, fortement adhérent au péritoine. Les nerfs et les vaisseaux iliaques sont souvent ramollis, friables. Les lésions du cœcum sont moins fréquentes.

Causes. Les phlegmons de la fosse iliaque sont plus communs à droite qu'à gauche, ce qu'on attribue à la présence du cœcum, dont l'inflammation, plus fréquente que celle des autres parties du tube digestif, se propagerait au tissu cellulaire sous-péritonéal ambiant. Les phlegmons de la fosse iliaque qui se développent sous l'influence de l'état puerpéral sont, au contraire, plus communs à gauche.

En faisant abstraction des phlegmons qui surviennent après l'accouchement, la maladie affecte plus fréquemment les hommes que les femmes. Chez cette dernière, la cause ordinaire est l'état puerpéral; le défaut d'allaitement est considéré par Grisolle comme cause prédisposante; l'âge de la vie où l'on rencontre de préférence les abcès non puerpéraux est de vingt à trente ans.

Dance, Ménière, Lebatard, Téallier, admettent que le phlegmon iliaque est souvent le résultat de la propagation d'une inflammation de la muqueuse iléo-cœcale au tissu cellulaire subjacent; Grisolle considère ce mode de production comme rare. Il pense aussi que la constipation est une cause peu commune de la maladie. Quelquefois celle-ci se développe à la suite de perforations du cœcum et de son appendice, perforations qui s'établissent spontanément ou par gangrène, et qui peuvent résulter de la présence dans l'intestin de corps étrangers ou de fèces endurcies; ou bien encore à la suite du passage dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de corps étrangers avalés et qui ont perforé le gros intestin. Il n'est pas démontré que le phlegmon iliaque puisse être la conséquence de la propagation à la fosse iliaque d'une inflammation de la synoviale du pubis qui sert au glissement du psoas iliaque, ainsi que l'avance Velpeau. Il est possible que la maladie résulte d'une propagation soit d'une métrite, soit d'une inflammation des annexes de l'utérus. Il importe aussi de tenir compte des causes traumatiques, coups, pressions fortes, plaies de la région iliaque.

Symptômes. Le frisson initial est rare. Les malades accusent tout d'abord une douleur plus ou moins vive limitée dans l'une des fosses iliaques, ou s'irradiant plus ou moins loin; cette douleur est tantôt vive et lancinante, tantôt sourde, obscure et profonde; elle augmente par la pression, la toux, les mouvements d'extension du tronc; quelquefois elle se propage vers les membres inférieurs. Il y a en même temps des troubles digestifs, de l'inappétence, des vomituritions; tantôt du dévoiement, tantôt de la constipation; quelquefois un ténésme dysentérique sans évacuations intestinales.

Bientôt il se développe, dans la région iliaque, une tumeur dure, un peu rénitente, sans bosselure ni battements, accompagnée de douleurs lancinantes; légèrement mobile, si elle occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal; immobile, si elle réside dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Le volume de la tumeur est en général celui d'un œuf de poule. Les malades accusent souvent une sensation d'engourdissement dans le membre inférieur correspondant, ce qui peut être attribué à une compression des nerfs et des vaisseaux. On observe quelquefois un œdème des malléoles. Si la tumeur occupe la fosse iliaque droite, elle peut exercer sur le cœcum une compression assez forte pour déterminer une constipation opiniâtre et du météorisme. Si la tumeur est sous-aponévrotique, il y a parfois rétraction du membre inférieur et claudication. Tantôt il existe de la fièvre; tantôt le malade est apyrétique.

Marche. Terminaisons. La résolution est rare, la suppuration fréquente.

D'après les observations de Grisolle, le pus se forme lentement, ce qu'il attribue à la structure du tissu cellulaire des fosses iliaques, qui est lamelleux et pourvu d'un petit nombre de vésicules graisseuses. La suppuration est annoncée par l'exaspération des phénomènes locaux et généraux: frissons irréguliers, fièvre avec redoublements le soir; sueurs générales, principalement la nuit. Lorsque la tumeur est superficielle, on perçoit une sensation de fluctuation franche; est-elle au contraire profonde ou sous-aponévrotique, il y a plutôt une sensation de mollesse accompagnée d'œdème.

Une fois réuni en collection, le pus est évacué de diverses manières:

(a) Le liquide se fraye un passage à l'extérieur par des voies variables: tantôt il fuse jusque dans la partie supérieure de la cuisse et occupe dans cette région un plan variable et subordonné à son point de départ, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Le plus souvent, le pus, décollant le péritoine, vient former une tumeur au-dessus du ligament de Fallope; ou bien encore ce liquide fuse dans la région lombaire, où il constitue une tumeur. D'autres fois, il franchit la crête iliaque, traverse la gaine du carré des lombes, pour gagner la fesse et la région du grand trochanter; ou même arrive dans le petit bassin, jusque près du rectum. On voit aussi, dans quelques cas, la suppuration se porter d'une fosse iliaque à l'autre à travers la région hypogastrique. Lorsque le pus est contenu dans la gaine du psoas iliaque, il arrive au voisinage du petit trochanter.

(b) Le pus s'ouvre un passage et s'écoule par un des organes de l'abdo-

men: le gros intestin, le rectum, le vagin, l'utérus (Dance), la vessie (Dance, Mérière, Johnson).

Après que la collection purulente a été évacuée par l'une des voies que nous venons d'indiquer, la tumeur s'affaisse, les phénomènes de compression, c'est-à-dire la constipation, le météorisme et l'œdème des malléoles, cessent. Il reste souvent des noyaux d'induration ou un léger engorgement. D'autres fois, la suppuration continue avec abondance et les malades meurent d'épuisement. Une terminaison fatale peut encore être la conséquence d'une *péritonite* développée soit par le fait de l'extension au péritoine de la phlegmasie du tissu cellulaire iliaque, soit par la rupture de l'abcès dans la cavité péritonéale. Grisolle professe que certains malades meurent d'épuisement, avant que le pus se soit frayé un passage à l'extérieur, et par cela seul que la suppuration a envahi de grandes surfaces. Lorsque le cœcum a été perforé, l'ouverture extérieure de l'abcès peut dégénérer en *fistule stercorale*.

Le phlegmon iliaque peut encore se terminer par *gangrène*, lorsque cette phlegmasie résulte d'une mortification du cœcum ou de son appendice et de l'épanchement de matières stercorales. La mort en est la conséquence fréquente; il est possible néanmoins que les malades guérissent.

Accidents consécutifs aux phlegmons iliaques. On a noté la hernie du cœcum à travers le trajet fistuleux, qui succède au phlegmon suppuré; des éventrations à travers les cicatrices de la paroi abdominale; l'œdème persistant du membre inférieur correspondant à la fosse iliaque enflammée.

Diagnostic. Il est facile dans quelques cas: on ne confondra pas avec un abcès de la fosse iliaque une tumeur formée par le foie, un rein déplacé ou hypertrophié. En cas de *néphrite suppurée* avec ouverture de l'abcès dans le côlon, on tiendra compte du siège précis du mal et des troubles de la sécrétion urinaire. Une tumeur de l'*ovaire* est douée d'une mobilité que ne possède pas le phlegmon iliaque. La *péritonite* circonscrite diffère du phlegmon iliaque, en ce que la première débute par un frisson, ce qui est rare dans le second. La douleur de la péritonite est vive, pongitive et beaucoup plus marquée que pour le phlegmon iliaque. Ce dernier s'accompagne rarement de vomissements, de nausées et de hoquet. Dans deux cas de *péritonite chronique* cités par Grisolle, des anses intestinales agglomérées entre elles et unies par de fausses membranes épaisses formaient vers les fosses iliaques des tumeurs assez volumineuses qui auraient pu en imposer pour un abcès de la région; mais les tumeurs étaient inégales à la surface, d'une sonorité variable, sans matité complète, au moins comme cela arrive pour les abcès iliaques. Les *tumeurs stercorales*, produites par l'accumulation de matières dans le cœcum ou l'S iliaque, peuvent être confondues avec le phlegmon iliaque. Ce qui caractérise ces tumeurs, c'est qu'elles forment des masses plus ou moins volumineuses, *inégales à la surface*, peu ou point douloureuses à la pression, *diminuant* ou *disparaissant spontanément* sous l'influence des contractions péristaltiques des intestins et surtout après l'administration d'un purgatif. Quelquefois il est possible de faire cheminer la tumeur stercorale, en exerçant une pression sur elle à tra-