

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-