

MALADIES CHIRURGICALES DU BASSIN

Laissant de côté les affections traumatiques, qui gagneront à être rapprochées des traumatismes portant sur la racine du membre inférieur et sur les voies urinaires, nous nous bornerons dans ce volume à l'étude des inflammations et des tumeurs du bassin.

CHAPITRE PREMIER

PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE.

S'il est une question chirurgicale pour laquelle l'importance des notions anatomiques soit clairement démontrée, c'est assurément celle qui nous occupe.

Comment comprendre la division des phlegmons iliaques, si l'on ne se rappelle la superposition des plans : 1° péritoine enveloppant à droite l'origine, et à gauche la terminaison du gros intestin ; 2° tissu cellulaire sous-péritonéal remarquable par sa laxité ; 3° fascia iliaca, enveloppe aponévrotique du muscle iliaque qui s'étale au-dessous ; 4° squelette osseux de la fosse iliaque interne, tapissé de son périoste.

Comment comprendre l'importance des altérations du cæcum, si l'on n'en connaît pas les rapports ; comment se faire une idée de la marche des phlegmons iliaques, si l'on n'a pas présentes à l'esprit les communications du tissu cellulaire sous-péritonéal avec le tissu cellulaire périnéphrétique, avec celui du petit bassin, pour ne parler

que des plus importantes, et la prolongation jusqu'au petit trochanter de la gaine aponévrotique du muscle ?

Comment enfin apprécier la valeur pathogénique des lymphatiques et des ganglions iliaques, si on ne les a pas étudiés avec soin ? Les ganglions iliaques forment deux groupes assez distincts : l'un, *interne*, aboutissant des lymphatiques viscéraux si nombreux du petit bassin, répond aux vaisseaux hypogastriques ; l'autre, *externe*, est accolé aux vaisseaux iliaques externes, et comprend, dit Sappey, des ganglions au nombre de trois en général, dont un est situé en avant des vaisseaux derrière l'arcade crurale, un autre en dedans de la veine, le dernier en dehors de l'artère.

Les lymphatiques si volumineux qui se rendent au groupe interne ne nous intéressent que secondairement par les propagations qui peuvent se faire par leur intermédiaire, soit dans les ganglions, soit dans le tissu cellulaire voisin. Ils sont fournis en partie par ces lymphatiques utérins, dont Lucas Championnière a montré toute l'importance pathologique.

Les lymphatiques du groupe externe, au contraire, continuent les lymphatiques du membre inférieur, qui viennent de traverser les ganglions de l'aîne ; un peu plus haut, ils communiquent avec les lymphatiques internes pour accompagner l'artère iliaque primitive, et reçoivent les lymphatiques épigastriques et circonflexes iliaques ; enfin dans l'angle du cæcum et de l'iléon on trouve encore un ou plusieurs ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques du cæcum.

Historique. — Le phlegmon iliaque était déjà connu des chirurgiens et accoucheurs du siècle dernier : de la Motte, Ledran, Levet, qui le considéraient comme consécutif à des couches pathologiques. Dupuytren appela ensuite l'attention sur les inflammations succédant aux lésions du cæcum.

Enfin Grisolle a publié dans les *Archives de médecine* de 1859 un mémoire très complet, auquel on n'a que fort peu ajouté depuis. Signalons cependant l'article du dictionnaire de Jaccoud dû à Desprès, et la thèse de Paquy (1876), qui nous semblent placer la question sur son véritable terrain pathogénique.

Division. — Chassaignac distinguait quatre variétés de phlegmons iliaques : 1° des phlegmons intrapéritonéaux ; 2° des phlegmons sous-péritonéaux ; 3° des phlegmons sous-aponévrotiques ; 4° des phlegmons sous-périostiques. — Mais les phlegmons intra-

péritonéaux ne sont autre chose que des péritonites localisées à la fosse iliaque, et les phlegmons sous-périostiques, fort difficiles d'ailleurs à distinguer des phlegmons sous-aponévrotiques, rentrent plutôt dans l'étude encore fort incomplète des ostéites de l'os iliaque. Nous en parlerons à propos du diagnostic.

Il n'y a donc à proprement parler que deux variétés anatomiques de phlegmons iliaques :

- 1° *Le phlegmon sous-péritonéal;*
- 2° *Le phlegmon sous-aponévrotique.* Ce dernier ne peut être séparé du psôitis. Nous le décrirons au chapitre suivant.

Dans tout phlegmon sous-péritonéal se pose la question de savoir si l'inflammation s'est développée *primitivement* dans la fosse iliaque, ou si elle n'est que la *propagation*, ou mieux la *fusée purulente d'un phlegmon de voisinage* périnéphrétique, péri-utérin ou autre. Cette distinction n'est pas toujours facile à faire.

Étiologie. — Deux catégories de causes dominent toute l'étiologie des phlegmons iliaques. Ce sont : 1° des affections intestinales; 2° des affections génitales et surtout puerpérales.

Parmi les *maladies du tube digestif* qui peuvent se compliquer d'inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque, la première place revient sans contredit aux *altérations du cæcum*. — Grisolles nous en a fourni la démonstration la plus éloquente, par la statistique des faits qu'il a pu rassembler : 55 fois sur 75, le phlegmon iliaque siégeait à droite. Les inflammations du cæcum, surtout les perforations du cæcum ou de son appendice, avec issue d'un corps étranger ou de matières fécales, ont été bien indiquées dans les travaux de John Burne, d'Albers de Bonn, de Louyer-Villermay, les thèses de Paulier (1875), de Dautel (1884).

Grisolle croyait peu à la propagation de l'inflammation simple de la muqueuse intestinale; les perforations du cæcum et surtout de son appendice étaient pour lui les causes les plus fréquentes des phlegmons. La rareté de la suppuration dans la pérityphlite primitive tend à prouver la justesse de cette appréciation.

Une diarrhée antérieure, de la constipation, sont quelquefois signalées dans les observations, et on a pensé que ces troubles correspondaient à quelque lésion intestinale préexistante; mais ce sont peut-être, au contraire, les premiers symptômes de l'affection, comme le fait justement remarquer Grisolles; ces influences ont donc été admises

un peu théoriquement. Il faut considérer comme erronée l'opinion de Ménière, qui croyait l'affection plus fréquente dans certaines professions exposant à la constipation : broyeurs de couleurs, peintres en bâtiment.

L'influence des *affections puerpérales et génitales* réclamerait encore de nouvelles recherches. Grisolles a rencontré 27 fois le phlegmon iliaque chez des femmes, et 17 fois à la suite de couches.

Nous ne serions pas éloigné de croire que ces chiffres sont à peine suffisants; le phlegmon iliaque figure rarement dans les statistiques des maternités : les malades en sortent trop tôt; par contre, on en voit davantage dans les services de crèches et de chirurgie. — Les primipares y sont plus sujettes que d'autres; enfin l'influence des accidents septiques est incontestable; depuis l'emploi de la méthode antiseptique en obstétrique, les phlegmons iliaques sont devenus plus rares, comme les autres accidents puerpéraux.

Velpeau, Piotay ont rapporté quelques cas, très rares d'ailleurs, d'inflammations utérines et péri-utérines non puerpérales, qui sont devenues l'origine de phlegmons iliaques; ces faits, malgré leur rareté, nous ont paru intéressants à rapprocher des phlegmons post-puerpéraux.

Ces derniers, fait intéressant, siègent plus souvent à gauche qu'à droite, ce qui est le contraire des phlegmons non puerpéraux. Sur 17, Grisolles en a trouvé 11 à gauche et 6 seulement à droite.

Sur 14 phlegmons puerpéraux l'affection se serait montrée 11 fois du troisième au dixième jour après l'accouchement, 2 fois avant le quinzième; — depuis que les accidents septiques ont diminué de fréquence et de gravité après les accouchements, il semble en outre qu'ils se développent moins rapidement.

Parmi les causes de moindre importance, on doit citer les traumatismes : présence de projectiles, contusions, pressions fortes au niveau de la fosse iliaque; les efforts, les marches pénibles, et à ce propos nous ferons remarquer que, dans la plupart des cas, la distinction des deux affections étant possible, il ne faut pas confondre le phlegmon iliaque développé dans ces conditions avec le psôitis.

Quelques phlegmons iliaques ont succédé à des maladies du rectum, de l'S iliaque (Desprès), à des inflammations périnéphrétiques, et plus exceptionnellement à des phlegmons périprostatiques, ainsi que Segond en rapporte un exemple dans sa thèse (1880).

Enfin une dernière catégorie qui n'est pas la moins importante, renferme les phlegmons consécutifs à l'inflammation des ganglions iliaques et des ganglions inguinaux (Velpeau, Van Lair, Paquy), consécutive elle-même à des lymphangites et à des ulcérations du membre inférieur.

Le phlegmon iliaque est une maladie de la jeunesse; il est plus fréquent de vingt à trente ans; on l'observerait particulièrement, au dire de Grisolle, chez des sujets robustes.

Pathogénie. — Ces faits nous amènent par une transition toute naturelle à l'étude de la pathogénie du phlegmon iliaque. Dans l'état actuel de la science, il nous paraît incontestable que la plupart des phlegmons iliaques sont des phlegmons adénitiques ou angioleucitiques. C'est l'opinion de Dolbeau et de Desprès que Paquy résume ainsi : « Les neuf dixièmes de ces inflammations naissent autour des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. »

Angioleucites septiques ou non, la plupart des phlegmasies post-puerpérales; adénites suppurées, ces inflammations succédant à des irritations lymphatiques du membre inférieur ou des ganglions inguinaux; lymphangites peut-être encore, bon nombre de ces inflammations péricæcales si importantes, bien que le fait soit plus délicat et plus difficile à démontrer.

De telle sorte qu'il ne reste plus en dehors de cette catégorie que les phlegmons développés à la suite de l'épanchement de matières stercorales consécutif à l'ulcération du cæcum ou de son appendice.

Symptomatologie. — Ainsi que Grisolle l'a démontré, les symptômes du phlegmon iliaque varient peu, quelle que soit la variété clinique à laquelle on a affaire.

Deux symptômes locaux attirent l'attention. Ce sont : 1^o la douleur; 2^o la tuméfaction.

Autour d'eux se déploient des troubles généraux de deux ordres : symptômes fébriles et troubles digestifs.

La douleur marque presque constamment le début de l'affection : 49 fois sur 57 (Grisolle). Ordinairement vive, lancinante, exacerbante, elle consiste parfois dans un engourdissement mal limité. — Son siège le plus fréquent est la région iliaque (plus de la moitié des cas); assez souvent elle est plus vague, occupe tout le ventre; elle présente plus rarement des sièges un peu insolites, ou bien encore s'irradie vers les membres inférieurs, vers les organes génitaux.

Elle détermine parfois la flexion de la cuisse sur le bassin; nous disons flexion plutôt que véritable rétraction.

La tumeur iliaque est quelquefois le premier signe observé, particulièrement dans les cas bien nets d'adéno-phlegmon. Grisolle avait noté ce début dans quelques faits, et il ajoute qu'il en a été probablement de même dans beaucoup d'autres cas. — Cette tumeur est dure, un peu résistante au toucher, d'autant plus immobile qu'elle est plus étalée et plus profonde; elle est en général facile à circonscrire; son volume varie de celui d'un œuf à celui d'une orange. — Lorsque les phénomènes sont plus avancés, la tumeur est moins nettement circonscrite, mais elle proémine davantage à la peau de la région inguinale, dont l'invasion et la rougeur révèlent la suppuration sous-jacente.

Les phénomènes fébriles ne sont pas toujours précoces; le frisson est rare au début; plus tard la fièvre ne fait presque jamais défaut; elle reste en général modérée, mais continue. — La suppuration se traduit par des frissons irréguliers, des ascensions vespérales, des sueurs nocturnes.

On observe des troubles digestifs très variés, surtout accusés et précoces lorsqu'ils se lient à la cause même du phlegmon iliaque. Tantôt c'est de la diarrhée, tantôt de la constipation, quelquefois des alternatives de l'une et de l'autre, enfin des vomissements qui peuvent être d'origine péritonitique ou dépendre simplement d'une inflammation péricæcale, d'une adénite (Desprès).

L'inflammation intestinale ou péri-intestinale détermine souvent du météorisme.

Enfin les phénomènes dus à la compression des parties voisines par la tuméfaction phlegmoneuse ne sont pas rares : douleurs par compression nerveuse, œdème, troubles circulatoires; Grisolle a même vu la diminution des battements artériels dans la fémorale.

Marche. Durée. Terminaisons. — Le phlegmon iliaque se termine quelquefois par résolution; celle-ci, lorsqu'elle survient, est souvent lente, demandant de 1 à 3 mois.

La suppuration est la terminaison la plus fréquente, mais elle est loin d'apparaître toujours à la même époque; suivant Desprès, elle se produit plus vite dans les abcès adénitiques; les phlegmons angioleucitiques suppureraient également de bonne heure, mais nous n'avons aucune donnée certaine. Elle arrive en général vers le

12^e jour; elle met dans certains cas plus longtemps (20, 25 jours) à se faire; enfin on ne l'a constatée ailleurs qu'au bout d'un mois et demi ou deux mois.

Les abcès iliaques donnent assez souvent, au dire de Chassaignac, l'exemple de ce qu'on a appelé le *faux avortement des abcès*; il est bon d'en être prévenu.

La fluctuation apparaît d'abord circonscrite, puis plus étendue. L'*ouverture abdominale* est la règle deux fois sur trois; elle se fait près de l'arcade crurale ou vers l'épine iliaque antérieure et supérieure; elle peut encore aboutir à la partie supérieure de la cuisse, soit en avant des vaisseaux (phlegmon sous-péritonéal), soit dans la gaine du psoas au-dessus du petit trochanter; ce phénomène se produit surtout lorsque le phlegmon a perforé l'aponévrose iliaque et s'est propagé au tissu cellulaire sous-aponévrotique; plus rarement on a vu la fusée purulente se diriger vers la région lombaire, vers le petit bassin, et gagner l'échancrure sciatique.

Au lieu de marcher vers la peau, ou simultanément, le pus peut se diriger vers l'intestin, surtout vers le gros intestin: on a noté des ouvertures dans le rectum, le vagin et le plus rarement la vessie, l'utérus (Dance, Husson); il faut citer comme heureusement fort rare l'ulcération de la veine cave inférieure (un cas de Demaux).

Ces diverses ouvertures livrent passage à une quantité variable de pus, quelquefois fétide soit par voisinage, soit après perforation de l'intestin, soit enfin dans le cas de phlegmon gangréneux; en dehors de ces circonstances, le pus est bien lié, blanc et inodore.

Une fois l'évacuation faite, les phénomènes de compression disparaissent rapidement, la fièvre tombe, et la guérison survient, tantôt très rapide, principalement à la suite d'ouverture intestinale, d'autres fois plus lente, à la suite d'ouverture cutanée chirurgicale ou spontanée; elle met alors de 15 jours à 2 mois à se faire. Encore tout n'est-il pas terminé, il reste souvent une *induration* qui nécessite des précautions.

Enfin il n'est pas rare, surtout lorsque le phlegmon méconnu n'est ouvert que tardivement, de voir le malade succomber, soit à la péritonite, soit à l'hecticité, au marasme que provoque une longue suppuration. Les inflammations gangréneuses sont particulièrement graves.

On a vu persister l'engorgement œdémateux du membre inférieur

avec induration, et la cicatrice de l'abcès a été dans quelques circonstances la cause prédisposante d'une éventration, d'une hernie du cæcum.

Anatomie pathologique. — Les lésions observées à l'autopsie se rapportent soit au foyer, soit à son contenu.

Le *foyer purulent* est extrêmement variable dans ses dimensions; parfois limité autour d'un ganglion, autour du cœcum, il est dans d'autres cas étendu au loin, remontant jusqu'aux reins, jusqu'au foie, jusqu'aux fausses côtes, descendant dans le petit bassin ou encore à la partie supérieure de la cuisse. Les parois sont en général épaissies, noirâtres, tomenteuses, tantôt constituées par le tissu cellulaire et le péritoine épaissis et sclérosés (phlegmon sous-péritonéal), tantôt par la surface noircie et altérée du muscle iliaque et du psoas qui ont été atteints secondairement et par le fascia iliaca perforé. Les lésions du muscle iliaque se voient surtout à sa partie moyenne et supérieure; celles du psoas sont plus marquées vers son bord externe; les branches collatérales du plexus lombaire traversent le foyer; elles sont souvent altérées; quant aux vaisseaux iliaques, situés sur le bord interne du foyer, on les trouve quelquefois plus friables et quelquefois aussi enveloppés d'une coque indurée. On manque encore de renseignements précis et de faits récents sur l'état des vaisseaux lymphatiques et des ganglions; ce serait là une lacune fort intéressante à combler.

Le *pus* est ordinairement franc, bien lié, mais il peut être gangréneux, mélangé à des gaz par imbibition ou par perforation intestinale.

La présence de matières intestinales ne s'observe guère qu'à la suite de perforation de l'appendice iléo-cæcal; ce n'est pas une conséquence obligée de l'ouverture intestinale. — Enfin on peut encore dans le foyer rencontrer des corps étrangers, ou venus du dehors, projectiles de guerre, ou venus de l'intestin.

Ayant déjà traité longuement des fistules stercoro-purulentes, nous ne reviendrons pas ici sur leurs caractères spéciaux; qu'il nous suffise de rappeler que sur 72 de ces fistules, 51 étaient consécutives à des phlegmons iliaques et 18 à des abcès résultant de pérityphlites suppurées (Blin).

Diagnostic. — Le diagnostic du phlegmon iliaque n'est point toujours facile; on a cité des cas où il avait été confondu avec des

tumeurs du foie, des reins, des inflammations et des tumeurs de l'ovaire; l'exploration attentive de ces organes permettra cependant en général de faire ce diagnostic différentiel.

Avant que l'on ne constate la fluctuation, la confusion est possible avec des tumeurs stercorales siégeant dans les fosses iliaques; on devra se rappeler que ces dernières sont moins résistantes à la palpation, et qu'elles présentent des modifications importantes par l'administration de purgatifs. — Le melæna, la cachexie feront de même reconnaître le cancer intestinal; quant à l'ostéo-sarcome du bassin, il est rarement limité à cet os et s'étend presque toujours à la partie supérieure de la cuisse; de plus les irradiations sciatiques, si fréquentes et si douloureuses, devront éveiller l'attention.

Les phénomènes inflammatoires étant bien localisés dans la fosse iliaque, on doit se demander si l'on n'a point affaire à une péritonite circonscrite, c'est-à-dire à ce que Chassaignac appelait l'abcès intra-péritonéal, ou à une ostéite du bassin (abcès sous-périostique du même auteur), ou enfin au psoïtis.

Dans l'*abcès intra-péritonéal*, ce sont les phénomènes péritoniques qui dominent. Le frisson serait fréquent, la fièvre intense, la douleur vive, pongitive, la tumeur plus molle, plus fluctuante dès le début, enfin les vomissements, les nausées, le hoquet, le météorisme, la sensibilité du ventre, seraient particulièrement fréquents.

Dans l'*abcès sous-périostique*, fort difficile à distinguer du phlegmon sous-aponévrotique ou du psoïtis, on constaterait des douleurs vives et profondes, le peu de relief de la tumeur, la marche progressive du pus vers la grande circonférence de l'os et enfin une putridité remarquable du pus; il faudrait ajouter un état général, un aspect particulier d'anxiété, qui n'existent jamais au même degré dans les autres formes (Chassaignac).

Nous ne croyons pas que les symptômes fébriles du phlegmon iliaque permettent de le confondre avec un *abcès par congestion* de la région; la recherche de la lésion osseuse permettrait en tous cas de rétablir la filiation des phénomènes.

Dans le *psoïtis*, la douleur est plus vive et plus irradiée; le gonflement est moins appréciable; la rétraction du membre se produit dès les premiers moments et d'une façon très marquée; l'ouverture de la collection tend à se faire à la racine de la cuisse ou vers la région lombaire.

Enfin quelques données permettront, si on est appelé assez tôt, de reconnaître la cause et la variété du phlegmon: 1° l'existence d'une lésion quelconque des membres inférieurs ou des organes génitaux, l'inflammation du réseau lymphatique, la constatation primitive d'une tuméfaction franchement ganglionnaire, l'état puerpéral, plaignent pour une péri-adénite suppurée ou un phlegmon angioleucitique.

2° Lorsque ces caractères feront défaut et que les troubles digestifs auront ouvert la scène du côté droit, on inclinera de préférence vers une inflammation péricæcale; de plus Paquy fait remarquer que dans ce cas la tuméfaction siège primitivement plus haut et plus en dehors; l'ouverture intestinale serait plus fréquente.

Ce ne sont cependant là que des signes de probabilité qui supposent un examen attentif et fait de bonne heure, car à une période avancée la distinction devient impossible, en raison de l'extension de l'inflammation aux tissus voisins et des difficultés de la palpation.

Pronostic. — Grisolles nous a laissé des indications précieuses sur la gravité du phlegmon iliaque: sa statistique comporte 20 morts et 11 cas très inquiétants sur 75 observations. Les phlegmons postpuerpéraux ont été particulièrement graves, ils ont donné 7 morts sur 17. Avant eux pourtant il convient de placer les abcès stercoraux, 5 morts sur 7, en raison des altérations gangreneuses et péritonéales qu'ils provoquent. — Le phlegmon propagé au tissu cellulaire sous-aponévrotique est plus grave que le phlegmon sous-péritonéal simple; et parmi les variétés de ce dernier, les phlegmons adénitiques comporteraient le pronostic le moins sévère.

Les diverses ouvertures ne sont pas également avantageuses: l'ouverture intestinale, au dire de Grisolles, ne serait pas toujours aussi favorable qu'on l'a prétendu; il en serait de même de l'ouverture vaginale que l'on pourrait croire meilleure en raison de sa situation déclive.

Ajoutons encore les dangers de l'épuisement des longues suppurations, les indurations si longtemps persistantes, et on comprendra toutes les sévérités du pronostic, que tempèrent à peine quelques cas de résolution franche.

Traitement. — Il faut donc intervenir au plus tôt, et avec énergie. Au début on devra tenter d'obtenir la résolution à l'aide des résicatoires et des émissions sanguines; les applications de sangsues faites de très bonne heure ont donné d'excellents résultats dans un

quart des cas où on les a employées. — Leur action sera favorisée par l'usage des émollients, des laxatifs et même des purgatifs légers, pour peu qu'il y ait d'embaras intestinal.

Aussitôt qu'il soupçonne la formation d'une collection purulente, le chirurgien doit s'armer du bistouri et se diriger vers la fosse iliaque. En procédant lentement couche par couche comme dans une opération de ligature de l'artère iliaque, en faisant à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale une incision parallèle à la moitié externe de cette arcade, on évitera la lésion du péritoine, qui d'ailleurs est souvent refoulé par le gonflement inflammatoire.

L'exploration du foyer sera faite attentivement avec le doigt pour connaître les prolongements où devront être dirigés les tubes à drainage; en cas de nécessité, il faudra employer le grand trocart courbe explorateur de Chassaignac, guide précieux pour pratiquer une utile contre-ouverture, soit à la cuisse, soit aux lombes, soit à la partie supérieure et latérale du vagin.

Lorsqu'on est appelé à une période plus avancée, l'imminence d'une perforation spontanée peut naturellement amener le chirurgien à inciser le phlegmon iliaque en un point différent de la région ilio-inguinale; il n'en est pas moins vrai que c'est là le siège d'élection de l'ouverture.

Le foyer traité antiseptiquement se ferme quelquefois assez vite, mais il persiste souvent de l'induration, contre laquelle on se trouvera bien de vésicatoires répétés et de l'application de cautères *loco dolenti*.

Inutile de dire combien il est nécessaire de soutenir le malade, pour combattre l'affaiblissement résultant d'une suppuration qui était toujours extrêmement longue et abondante avec les anciens pansements.

CHAPITRE II

PHLEGMONS ET ABCÈS DU PSOAS.

On s'est efforcé depuis longtemps de séparer des phlegmons de la fosse iliaque l'inflammation du muscle *psaos* sous le nom de *psôitis*

ou *psôite*. Le muscle iliaque participe le plus souvent à l'inflammation du *psaos*. Dans l'esprit des auteurs, alors même que cette opinion n'est pas nettement formulée, une différence capitale sépare le *psôitis* du phlegmon iliaque; le *psôitis* serait essentiellement une myosite. Il débiterait au sein même du *psaos*, et ce point de départ semble en effet démontré dans nombre de cas par la physionomie et la marche clinique spéciales de la maladie.

De la Motte est le premier chirurgien qui ait rapporté des observations d'inflammation du *psaos* et décrit cette affection (1771). Parmi les mémoires publiés sur ce sujet, une mention spéciale doit être faite du travail de Kyll de Wesel, publié en 1854 dans le journal de Rust.

On consultera encore la thèse de Marcano, 1877; les articles classiques, une communication de Polaillon à la Société de chirurgie en 1879 et un travail de Beck, dans le *Medical Times* de 1885.

Étiologie. — Une des causes les plus importantes de la *psôite* est sans contredit l'accouchement, l'état *puerpéral*. — La structure délicate de ce muscle, les efforts de l'accouchement dont Kyll avait exagéré l'influence, le voisinage des lymphatiques utérins, constituent un ensemble de raisons suffisantes pour appeler en ce point particulier l'influence pyogénique incontestée de l'état *puerpéral*. — Il semble aussi que dans quelques cas on puisse invoquer le *rhumatisme*, et surtout la *fièvre typhoïde*, l'infection purulente.

Sur le même plan, il faut encore étudier le *psôitis d'origine traumatique*: contusion lombaire abdominale ou inguinale, plaie par arme à feu compliquée de la présence du projectile, efforts, et surtout les efforts prolongés, les travaux pénibles, les fatigues d'une marche forcée qui paraissent agir plus encore que les efforts brusques. Larrey a rapporté un cas curieux de *psôite* consécutive à une rupture survenue en jouant d'un instrument de cuivre.

Anatomie pathologique. — *Myosite interstitielle suppurée*, telle est en trois mots l'anatomie pathologique de la *psôite*.

Les fibres musculaires sont en effet détruites dans la plupart des cas et forment un foyer putrilagineux, dans lequel baignent, infiltrés d'un sang noir, les débris du tissu musculaire devenu méconnaissable; une zone d'un brun verdâtre, infiltrée de globules sanguins et pigmentaires, entoure directement le foyer.

Des lésions semblables s'observent parfois simultanément du côté du muscle iliaque ou du carré des lombes.