

rein doit encore jeter une grande obscurité sur le début d'un phlegmon périnéphrétique. L'aggravation des symptômes habituels de la maladie rénale, la répétition des frissons, l'augmentation de la fièvre permettront de soupçonner l'imminence du phlegmon. Mais c'est seulement lorsque l'on aura pu découvrir, par un examen attentif, l'empatement et la tuméfaction de la région lombaire, que le diagnostic commence à se préciser. Cependant cette tuméfaction peut être encore due à la présence de lésions diverses, soit de la paroi, soit des organes abdominaux.

Je signalerai seulement les phlegmons et abcès superficiels ou profonds de la région postérieure des lombes qui se distinguent par leur situation plus superficielle, l'absence de tuméfaction perceptible à travers la paroi antérieure de l'abdomen, la bénignité relative des symptômes généraux. Enfin, la non-réductibilité de la tumeur lombaire, jointe à l'absence de toute impulsion dans les efforts de la toux, permettra d'affirmer que la collection purulente ne vient pas de la fosse lombaire et n'est pas en rapport immédiat avec l'intérieur de la cavité abdominale.

La pyélo-néphrite suppurée, l'hydronéphrose, le cancer, les hydatides du rein, peuvent également simuler un phlegmon périnéphrétique. Si celui-ci ne complique pas réellement l'affection primitive, le diagnostic offrira en réalité de grandes difficultés, jusqu'au moment où l'empatement, l'œdème et la fluctuation seront devenus manifestes. Avant cette époque, on devra naturellement insister sur la recherche des symptômes propres à ces diverses affections dont il sera question plus tard.

Nous signalerons seulement parmi les affections considérées comme susceptibles de simuler l'abcès périnéphrétique : 1° Les tumeurs du foie (abcès, kystes) et de la vésicule biliaire, qui se distingueront par leur siège, par leur déplacement dans les mouvements respiratoires, enfin par les troubles hépatiques qu'éveille leur présence; 2° les intumescences de la rate, qui se reconnaîtront plus particulièrement à leur siège; 3° les tumeurs stercorales dans le côlon; 4° les anévrysmes de l'aorte abdominale développés au niveau de la région rénale; 5° enfin la hernie lombaire qui, au dire de Trousseau, a failli être prise pour un abcès périnéphrétique et incisée comme telle.

L'existence d'une collection purulente de la région lombaire étant reconnue, il importe encore de déterminer son origine. Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic de la cause du phlegmon périnéphrétique, qui s'établira, ainsi que nous l'avons dit, d'après les commémoratifs et surtout d'après la marche de la maladie.

Le seul point sur lequel il nous reste à attirer l'attention est relatif à la distinction à établir entre les abcès idiopathiques ou symptomatiques développés primitivement dans la fosse lombaire, et certaines collections purulentes qui viennent d'un point plus ou moins éloigné envahir la région lombaire.

Ces abcès migrants ont le plus souvent leur origine dans le squelette de la colonne vertébrale ou du bassin, ce sont des abcès *ossifluents* ou *par congestion*. Mais, dans quelques cas, le pus de ces abcès lombaires migrants est fourni par le poumon et la plèvre. Corbon cite trois observations, dont une personnelle, dans lesquelles la suppuration du poumon et de la plèvre fusant à travers le diaphragme est venue se montrer dans la fosse lombaire.

Dans ces diverses observations, le diagnostic devra surtout s'éclairer par les commémoratifs et l'examen des symptômes concomitants, soit du côté du squelette, soit du côté des organes thoraciques. On se rappellera cependant qu'il existe une forme chronique d'abcès idiopathique de la région lombaire, qu'il sera le plus souvent impossible de distinguer tout d'abord d'un abcès par congestion. Cette erreur a été commise par Dupuytren et par Rayet, et la guérison rapide de l'abcès après son ouverture a seule permis d'admettre qu'il s'agissait d'un abcès idiopathique.

PRONOSTIC. — La rareté exceptionnelle de la terminaison par résolution est une première condition de nature à rendre le pronostic du phlegmon périnéphrétique assez grave. Lorsque l'abcès est reconnu de bonne heure et que l'ouverture est pratiquée à temps, le pronostic est généralement bénin, et la guérison complète a lieu dans un espace de temps qui varie en général d'un mois à six semaines. Dans le cas contraire, si le diagnostic est resté longtemps douteux et si l'on a trop tardé à faire l'ouverture de l'abcès, les malades sont exposés à succomber par suite d'une suppuration interminable résultant de décollements étendus. La mort peut encore être due, tantôt à des complications diverses du côté des organes thoraciques (pleurésie, pneumonie) développées par simple voisinage, tantôt à la perforation du péritoine ou d'autres organes.

D'une manière générale, le pronostic des abcès idiopathiques est moins grave que celui des abcès symptomatiques, et relativement à ces derniers on conçoit qu'il est entièrement subordonné à la gravité de la maladie primitive. Nous verrons plus tard, à l'occasion des affections rénales et surtout à l'occasion de la pyélo-néphrite calculeuse, que les abcès symptomatiques peuvent encore dans ce cas guérir, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention chirurgicale. De même, les abcès stercoraux consécutifs à une perforation du côlon, quoique plus graves que les abcès idiopathiques, sont cependant susceptibles de guérison.

TRAITEMENT. — Au début et lorsque le diagnostic est encore incertain, on devra, dans l'espoir de circonscrire l'inflammation et d'obtenir la résolution, recourir au traitement antiphlogistique et aux divers moyens propres à calmer la douleur. Le repos, les émissions sanguines locales, les cataplasmes, les bains généraux, les vésicatoires, les narcotiques seront mis en usage. Mais dès que l'existence de l'abcès est reconnue,

on doit se hâter de l'ouvrir, alors même qu'il siège encore profondément. C'est seulement grâce à cette intervention hardie que l'on peut espérer prévenir les complications auxquelles expose une temporisation trop longtemps prolongée.

La ponction simple ou aspiratrice n'est guère applicable, si ce n'est pour assurer le diagnostic. Bowditch, qui s'en déclare partisan, n'a eu qu'un seul succès sur trois cas. Nous proscrivons également, comme un procédé long et douloureux, l'ouverture avec les caustiques préconisée par quelques auteurs. Le drainage, que conseille Chassaignac et qu'il pratique avec un long trocart courbe, est dangereux et insuffisant pour ces abcès qui renferment parfois des corps étrangers, des calculs, dont l'expulsion à l'extérieur est une condition essentielle pour la guérison.

Nous donnons la préférence à l'incision avec le bistouri. On doit procéder à cette opération avec quelques précautions : l'incision sera pratiquée en dehors de la masse sacro-lombaire, là où la paroi abdominale postérieure présente une épaisseur moindre. Demarquay conseille de faire cette incision transversalement à deux ou trois centimètres au-dessous de la dernière côte, dans le but d'éviter la lésion des artères dont il a observé un cas suivi de mort. Mais, suivant la remarque de Corbon, si cette incision permet d'éviter la blessure des dernières artères lombaires, elle expose à atteindre presque inévitablement la première de ces artères qui, parvenue à un ou deux centimètres de l'extrémité de la dernière côte, se porte obliquement en bas et en dehors pour traverser en diagonale la fosse lombaire. Cette artère étant la plus volumineuse, il importe avant tout de la ménager et nous adoptons volontiers l'incision proposée par Corbon et dirigée de haut en bas et de dedans en dehors en partant de deux à trois centimètres en dedans du sommet de la dernière côte. Après l'incision de la peau, on procédera couche par couche, et lorsqu'on sera parvenu profondément au voisinage de l'abcès, on achèvera le débridement avec la sonde cannelée afin d'éviter la blessure des organes situés dans la profondeur de la région. L'ouverture doit être assez large pour permettre le libre écoulement du pus et au besoin l'extraction de corps étrangers. Enfin, l'introduction d'une anse de tube à drainage prévient l'occlusion trop prompte de la plaie et facilitera l'écoulement du pus et les lavages de la poche à l'aide d'injections détersives et antiseptiques.

Le traitement ultérieur varie d'ailleurs suivant qu'il s'agit d'un abcès idiopathique ou symptomatique. Dans ce dernier cas, la persistance d'une fistule peut être due à la présence d'un calcul ou d'un corps étranger dont il faudra pratiquer l'extraction. De toutes façons, on devra insister sur le traitement général destiné à soutenir les forces du malade et à lui permettre de supporter une longue suppuration.

b. Psoïtis.

On comprend sous le nom de *psôitis* ou de *psôite* les phlegmons et abcès développés dans la gaine du psoas et résultant de l'inflammation suppurative de ce muscle. On doit donc distraire de l'histoire du *psôitis* proprement dit les faits assez nombreux dans lesquels la gaine du psoas est envahie consécutivement par le pus provenant des régions voisines (abcès périnéphrétique, abcès par congestion).

Le *psôitis* paraît avoir été mentionné pour la première fois dans le *Traité de chirurgie* de De La Motte qui en publia deux observations. Depuis cette époque les faits se sont multipliés, et le *psôitis*, décrit par Kyll de Wesel et par Ferrus, a fourni le sujet de thèses nombreuses soutenues à la Faculté de Paris.

DE LA MOTTE, *Traité de chirurgie*, 1771, t. I, p. 278. — KYLL, *Mém. sur la psôite et les abcès du psoas* (*Archives génér. de méd.*, 1832, 2^e série, t. VI). — FERRUS, *Diction. en 30 vol.*, t. XXVI, art. PSÔITE. — FERRAND, *Du Psôitis*, thèse de Paris, 1851. — COURVOISIN, *Id.*, thèse de Paris, 1853. — MAUJOL, thèse de Paris, 1860. — ROY, *Étude sur le psôitis traumatique*, thèse de Paris, 1873.

ÉTIOLOGIE. — Si nous laissons de côté les cas où une inflammation voisine s'est propagée à la gaine du psoas, on doit distinguer au point de vue étiologique un *psôitis primitif* et un *psôitis secondaire* ou *symptomatique*.

Bien que, selon Grisolle, le psoas soit de tous les muscles celui dont l'inflammation se rencontre le plus souvent, le *psôitis primitif* est encore assez rare. Ses causes sont locales ou traumatiques et peuvent être rapportées à des contusions de la région lombaire ou de la région abdominale antérieure, ainsi que Roy en cite des exemples, à des efforts, des marches forcées, des travaux pénibles. Larrey a rapporté un cas dans lequel la maladie s'est développée d'une façon singulière chez un homme qui, jouant d'un instrument de cuivre, éprouva tout à coup une sensation de rupture dans l'aîne et fut pris d'un *psôitis*.

Le *psôitis secondaire* s'observe surtout à la suite de l'accouchement et, d'après Kyll, le développement de la maladie reconnaît encore une cause traumatique et devrait être attribué à la rupture des fibres musculaires dans l'écartement des cuisses de l'accouchée ou à l'attrition du muscle au moment du passage de l'enfant dans l'excavation pelvienne. Mais la première des causes invoquées par Kyll ne saurait soutenir un examen sérieux, car dans l'écartement des cuisses avec flexion du membre sur le bassin, les fibres musculaires du psoas sont mises dans le relâchement. Il est plus rationnel, pour expliquer le développement du *psôitis* suite de couches, d'admettre une influence générale en rapport avec l'état puerpéral, et peut-être une altération particulière de la fibre musculaire qui favorise sa rupture. On a signalé encore comme

cause de psôitis le rhumatisme. Gendrin paraît l'avoir observé à la suite du rhumatisme articulaire aigu.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il est vraisemblable, quoique le fait ne soit pas absolument démontré, que dans le psôitis primitif l'inflammation débute dans le tissu cellulaire interposé entre les fibres musculaires et qu'il s'agit d'une *myosite interstitielle*. Nous renvoyons le lecteur, pour ce qui concerne les lésions anatomiques de l'inflammation du tissu musculaire et des muscles, au chapitre de ce livre consacré à l'étude de la *myosite*.

Quoique pouvant atteindre à la fois les deux muscles psoas, l'inflammation est généralement bornée à un seul côté. Dans le degré le plus simple, le muscle psoas, seul atteint, est ramolli, d'une couleur lie de vin, infiltré de sang noir et facile à déchirer. Mais le plus souvent les lésions sont beaucoup plus avancées et comprennent fréquemment, en même temps que le psoas, les muscles iliaque et carré lombaire. Ces muscles ont presque complètement disparu, ou du moins ils sont réduits en un putrilage noirâtre, semblable à la boue splénique, et dans lequel on retrouve quelques lambeaux flottants de tissu musculaire et tendineux. Le foyer est traversé par les branches du plexus lombaire isolées mais peu altérées. Grisolle a fait remarquer que les lésions, au début du moins, ne frappent pas uniformément toutes les parties du muscle. Le psoas serait d'autant plus altéré qu'on se rapproche davantage de son bord externe, tandis que l'iliaque serait surtout atteint dans sa partie moyenne et supérieure.

Lorsque la gaine du psoas résiste, le pus peut se frayer un chemin dans la région lombaire après avoir détruit les fibres du muscle carré des lombes ou contourné son bord externe. Le psôitis dans ce cas devient un abcès lombaire, Roy en rapporte une observation très-complète. Dans d'autres cas, le pus suivant la gaine du psoas iliaque se collecte sous l'arcade crurale et proémine dans la partie externe de la région inguinale, ou bien descend jusqu'au petit trochanter et peut alors pénétrer dans l'articulation coxo-fémorale ou se répandre entre les masses musculaires de la cuisse, ainsi que Gendrin en cite un exemple.

Si la gaine du psoas iliaque, au lieu de résister, se laisse détruire par le pus, on peut observer des fusées étendues dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et il devient souvent alors difficile de déterminer quel a été le véritable point de départ de la maladie. Il faut encore noter l'ouverture de l'abcès du psoas dans l'intestin, après destruction de la gaine du muscle.

SYMPTOMATOLOGIE. — Lorsque l'inflammation du psoas se développe dans le cours d'une affection générale ou par propagation d'une affection inflammatoire voisine, les symptômes qui lui sont propres peuvent être rendus plus ou moins obscurs par les phénomènes généraux ou locaux qui ont précédé son développement.

C'est dans le psôitis traumatique que les symptômes s'accusent très-

nettement. La douleur, généralement très-vive, siège à la région lombaire, dans la fosse iliaque et le pli de l'aîne, et présente du côté de la cuisse de fréquentes irradiations qui suivent le trajet des nerfs du plexus lombaire compris dans le foyer inflammatoire. Cette douleur est accrue par la pression exercée à travers la paroi abdominale antérieure sur la région lombaire et la fosse iliaque; elle augmente surtout dans les mouvements de la cuisse.

Celle-ci tend à prendre dès le début une attitude vicieuse et se place dans la flexion sur le bassin et dans la rotation en dehors. Cette attitude, qui a pour conséquence de relâcher les fibres musculaires du psoas, a été considérée comme pathognomonique du psôitis, bien qu'elle se rencontre dans d'autres affections et en particulier dans la coxalgie, et qu'elle ait pu manquer, ainsi que les douleurs lombaires, dans certains cas où le muscle psoas était complètement détruit. Néanmoins ce symptôme, lorsqu'il existe, offre une grande valeur pour le diagnostic.

Le psôitis traumatique s'accompagne généralement de fièvre, de malaise, de lassitude, mais parfois les phénomènes généraux sont à peu près nuls; ils peuvent même passer inaperçus dans le psôitis secondaire. Le début et la marche de la maladie sont alors insidieux et lents et les symptômes généraux ne se manifestent qu'au moment où la suppuration s'établit. Les malades sont pris de fièvre, de frissons irréguliers; les fonctions digestives s'altèrent, il y a des vomissements, de l'inappétence, de la constipation.

Lorsque le pus est collecté, les symptômes généraux et locaux éprouvent souvent une détente manifeste, et l'on voit se dessiner, soit à la région lombaire, soit à la région inguinale, une tumeur fluctuante, quelquefois réductible, subissant un mouvement d'expansion dans les efforts de la toux. Si l'on tarde à fournir une issue à la suppuration, ou si l'abcès ne s'ouvre pas spontanément, il peut se produire des fusées dans diverses directions que j'ai précédemment indiquées.

L'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès du psoas est loin de mettre un terme aux accidents. La mort est, en effet, la terminaison la plus habituelle du psôitis, soit que les malades succombent à une complication résultant de l'étendue des désordres causés par la suppuration, soit qu'ils meurent épuisés par la fièvre hectique ou l'intoxication putride. On a noté plusieurs fois la pyohémie comme terminaison du psôitis.

Lorsque la guérison survient, les malades conservent pendant longtemps une grande gêne de la marche, mais les observations fournissent des renseignements insuffisants relativement au retour plus ou moins complet des fonctions du membre.

DIAGNOSTIC. — Une douleur lombaire se prolongeant sur le trajet du psoas et irradiant au membre inférieur, une flexion permanente de la cuisse avec rotation en dehors, tels sont les deux symptômes propres à caractériser au début le psôitis. Mais il importe de faire remarquer que

ces symptômes peuvent se montrer réunis dans d'autres affections et en particulier dans la coxalgie. Il sera dès lors nécessaire d'explorer avec le plus grand soin l'articulation coxo-fémorale pour s'assurer de son intégrité. Le siège de la douleur qui, dans le psoïtis, occupe primitivement la région lombaire, constituera un précieux élément de diagnostic.

A une période plus avancée, lorsqu'une tumeur fluctuante vient apparaître à la région lombaire, à l'aîne, à la partie supérieure de la cuisse, et que son développement a été précédé des symptômes nettement observés du psoïtis, le diagnostic se trouve confirmé.

Mais dans les cas où le début a été insidieux, lorsque la douleur, la flexion et la rotation de la cuisse ont été peu accusées, le diagnostic présente parfois les plus grandes difficultés et l'on doit songer à un abcès par congestion provenant d'une affection des vertèbres ou des os du bassin, à un abcès périnéphrétique ou iliaque. C'est par l'analyse minutieuse des symptômes et de la marche de la maladie que l'on parviendra à reconnaître son véritable point de départ.

PRONOSTIC. — Contrairement à l'opinion de Kyll, le psoïtis se termine presque toujours par la mort. Cependant la gravité du pronostic paraît moindre dans les cas de psoïtis traumatique, et Roy a publié dans sa thèse trois exemples de guérisons.

TRAITEMENT. — Le traitement antiphlogistique et résolutif ne présente guère de chances de succès dans le psoïtis qui se termine presque fatalement par la suppuration. Le repos au lit, l'immobilisation du membre, l'emploi des narcotiques, doivent être prescrits au début. On surveillera avec soin l'apparition d'une tuméfaction dans la région lombaire ou inguinale, afin de donner issue le plus vite possible à la suppuration. L'ouverture pratiquée par le chirurgien devra être large, pour permettre le libre écoulement du pus, et les lavages faciles du foyer. Enfin, on insistera sur l'usage des toniques et sur une alimentation réparatrice.

B. Phlegmons et abcès de la fosse iliaque.

La description du phlegmon de la fosse iliaque n'est devenue classique que depuis les travaux de Dupuytren, de Dance, de Ménière et de Bricheteau. Dans un compendieux mémoire, publié en 1839, le professeur Grisolle a fait de la maladie une étude très-complète, à laquelle les auteurs plus modernes ont ajouté quelques notions intéressantes relatives surtout à l'étiologie.

DANCE, *Mém. sur quelques engorgements inflam. qui se développent dans la fosse iliaque droite* (Répert. d'anat., de physiol., etc., t. IV, p. 74, et Diction. en 30 vol., t. I, *Abcès de l'abdomen*). — MÉNIÈRE, *Sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite* (Archives gén. de méd., 1827, 1^{re} série, t. XVII, p. 188). — GRISOLLE, *Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques* (Archives gén. de méd. 1839, 2^e série, t. IV). — BRICHETEAU, *Des abcès dans*

le tissu cellulaire sous-péritonéal (Archives gén. de méd., 1839, 2^e série, t. VI). — BLATIN, *Recherch. sur la typhlite et la pertyphlite*, thèse de Paris, 1858. — VAN LAIR, *Contrib. à l'histoire clinique des lymphadénites viscérales* (Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique, t. III, 3^e série, n^o 2, 1869). — BENECH, *Phlegmons de la fosse iliaque consécutifs à des plaies par armes à feu*. Thèse de Paris, 1872. — PAQUY, *Adénite inguinale considérée comme une cause des phlegmons et abcès de la fosse iliaque*, thèse de Paris, 1876.

ÉTIOLOGIE. — Tous les auteurs s'accordent à admettre la plus grande fréquence des phlegmons iliaques dans le sexe masculin, et d'après les relevés statistiques de Grisolle, ce serait entre vingt et trente ans que la maladie s'observerait le plus souvent.

Relativement aux causes déterminantes, le phlegmon de la fosse iliaque peut se développer primitivement et sous l'influence de causes extérieures ou consécutivement à une affection locale ou générale.

Les contusions violentes de la région iliaque, les pressions fortes et prolongées, les efforts énergiques, les fatigues, les marches forcées, ont pu être l'origine de phlegmons iliaques. On doit encore mentionner les blessures par armes à feu de l'abdomen et du bassin, qui se compliquent souvent de fractures de l'os des îles ou du séjour du projectile dans l'épaisseur du muscle psoas iliaque. Percy, J. Bell, et plus récemment Benech, ont insisté sur cette complication des plaies pénétrantes de l'abdomen et du bassin.

Le phlegmon iliaque est souvent le résultat de la propagation d'une inflammation voisine. Sans parler de l'envahissement secondaire de la fosse iliaque à la suite du psoïtis ou des abcès périnéphrétiques dont il a été question précédemment, on doit signaler comme point de départ très-fréquent du phlegmon iliaque les affections du tube digestif et celles de l'utérus et de ses annexes.

Les rapports intimes du cæcum à droite, et de l'S iliaque du côlon à gauche avec la fosse iliaque externe, expliquent la transmission facile au tissu cellulaire sous-péritonéal d'une irritation ayant pour point de départ l'une des deux portions précitées du gros intestin.

La plus grande fréquence du phlegmon iliaque du côté droit, admise par tous les auteurs, serait en rapport avec l'existence d'affections diverses du cæcum, telles sont : l'inflammation du cæcum ou *typhlite* simple, la typhlite ulcéreuse que l'on observe chez les sujets tuberculeux, dans le cours des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, dans la dysenterie. Quoique Grisolle n'admette pas l'influence de ces affections sur le développement du phlegmon iliaque, on conçoit cependant que la phlegmasie puisse se communiquer du cæcum au tissu cellulaire qui l'entoure et que cette *pertyphlite*, comme on l'appelle, puisse devenir l'origine d'un phlegmon iliaque. Tous les auteurs, en revanche, reconnaissent que celui-ci est la suite fréquente des perforations du cæcum ou de son appendice, succédant aux affections précédentes ou résultant de la présence de corps étrangers (matières fécales durcies, pépins

ou noyaux de fruits, fragments d'os, épingles, etc.). Dans ces cas, le phlegmon iliaque revêt le caractère d'un véritable *abcès stercoral*.

Du côté gauche, on a vu l'inflammation de la fosse iliaque succéder au cancer, au rétrécissement du rectum et de l'S du côlon.

Les affections de l'utérus et de ses annexes sont fréquemment l'origine des phlegmons iliaques. Velpeau, Piotay en ont observé des exemples à la suite de métrites non puerpérales, et on conçoit que les phlegmasies des ovaires, des ligaments larges, puissent se propager à la fosse iliaque interne. Mais, ainsi que nous le dirons plus tard, l'immense majorité des phlegmons de la fosse iliaque que l'on observe chez la femme sont consécutifs à l'accouchement.

Enfin, dans ces dernières années, l'adénite inguinale et l'inflammation des ganglions iliaques ont été considérées comme pouvant devenir la cause de phlegmons de la fosse iliaque. Dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine de Belgique, Van Lair rapporte quatre observations qu'il regarde comme des exemples de lymphadénite iliaque et qu'il s'efforce de différencier du véritable phlegmon de cette région. Cette affection siègeait à droite et s'est terminée dans les quatre cas par la résolution. Il se peut, en effet, que la phlegmasie se soit limitée aux ganglions lymphatiques, mais on admettra sans peine qu'elle puisse se propager au tissu cellulaire de la fosse iliaque et devenir ainsi l'origine d'un phlegmon étendu.

De son côté, Chassaignac (1) admet l'existence d'abcès iliaques sous-péritonéaux de cause *angioleucitique*, dépendant de l'inflammation suppurative du faisceau lymphatique placé au bord interne de la fosse iliaque.

Quelques faits rapportés par Després (2) et par Paquy semblent, en effet, démontrer l'origine lymphatique de certains phlegmons de la fosse iliaque. Dans trois cas publiés par Després, l'abcès était consécutif à un ulcère de jambe et à une écorchure du pied. Parfois même on observe simultanément une adénite inguinale et un phlegmon iliaque.

Parmi les influences générales qui agissent le plus souvent sur le développement des abcès de la fosse iliaque, l'état puerpéral a été surtout mentionné. Suivant Grisolle, les abcès puerpéraux, plus fréquents chez les primipares, se développent généralement du troisième au dixième jour après l'accouchement. Ils siègent deux fois plus souvent à gauche qu'à droite. La pathogénie de ces abcès est aussi mal expliquée que leur prédilection pour le côté gauche.

Ne pourrait-on pas admettre, dans ces cas, une origine lymphatique? Lucas-Championnière (3) a montré l'importance de la lymphangite et de l'adénite dans la pathogénie des inflammations péri-utérines post-

(1) *Traité de la suppuration*, t. II, p. 388.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 16 juin 1876.

(3) *Sur les lymphatiques utérins*, etc. (*Archives de tocologie*, 1875).

puerpérales, et l'on serait parfaitement autorisé, d'après les résultats de ses recherches, à expliquer par le même mécanisme le développement des phlegmons iliaques post-puerpéraux, par la propagation de la lymphangite utérine et péri-utérine au réseau lymphatique qui entoure les vaisseaux iliaques externes et va gagner les ganglions lombaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On distingue, d'après le siège primitif de l'inflammation, deux variétés de phlegmons de la fosse iliaque; les uns, *sous-péritonéaux*, se développent dans le tissu cellulaire placé entre le péritoine et le *fascia iliaca*; les autres, *sous-aponévrotiques*, prennent naissance dans la gaine du muscle iliaque. Cette distinction est quelquefois difficile à établir sur le cadavre, la suppuration ayant détruit le fascia, dont toute trace peut avoir disparu, et occupant à la fois le tissu sous-péritonéal et l'épaisseur du muscle iliaque.

Nous ne reviendrons pas ici sur les altérations qui caractérisent plus particulièrement les abcès développés dans la gaine du *fascia iliaca* et qui se confondent avec celles du psoitis. Dans ces cas, le muscle iliaque, d'après Grisolle, est plus souvent atteint à sa partie moyenne et supérieure.

Lorsque le pus occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal, le foyer est très-rarement circonscrit; le plus souvent il présente des dimensions considérables, remonte à la partie supérieure et atteint parfois la région lombaire, ou descend vers la partie inférieure pour gagner la région inguinale, la partie supérieure de la cuisse. Du côté gauche, le pus, suivant le mésorectum, glisse jusque dans la cavité du petit bassin et peut se faire jour à travers le rectum, la vessie, l'utérus, le vagin.

Les parois du foyer de l'abcès sont irrégulières, tomenteuses, formées d'un côté par le *fascia iliaca* et de l'autre côté par le péritoine épaissi et souvent doublé de fausses membranes épaisses. Le pus est tantôt franchement phlegmoneux et de bonne nature, tantôt mal lié, sanieux, grisâtre, fétide, mêlé à des matières stercorales, dans les cas où il existe une perforation du cæcum ou de l'appendice vermiculaire. La fétidité des abcès de la fosse iliaque peut cependant s'observer en l'absence de toute communication avec l'intestin, comme dans tous les abcès de l'abdomen.

Lorsque la maladie dure depuis longtemps, le *fascia iliaca* se perfore en un ou plusieurs points ou est complètement détruit, et la suppuration envahit le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Le muscle psoas iliaque participe alors à l'inflammation; ses fibres sont ramollies, noirâtres, disséquées, infiltrées de pus et plus ou moins complètement détruites. L'os des iles est parfois mis à nu en plusieurs points. Dans ces cas, le pus suivant la gaine du psoas iliaque apparaît à la partie supérieure et interne de la cuisse, ou, remontant vers la partie supérieure, traverse le carré des lombes et envahit la région fessière.

Les vaisseaux baignés par le pus sont le plus souvent intacts et de-

meurent perméables; les nerfs généralement ramollis, friables, paraissent parfois exempts de toute altération.

Le contact prolongé du pus avec les viscères creux du bassin détermine souvent leur perforation. Celle de l'intestin s'observe le plus communément; on observe alors une ou plusieurs ouvertures, tantôt larges, tantôt et le plus souvent très-étroites et présentant un trajet oblique. Dans ces cas, les tuniques intestinales décollées forment une sorte de valvule analogue à celle que présente l'ouverture des uretères dans la vessie. Cette disposition, qui met obstacle au libre écoulement du pus, a l'avantage de prévenir la pénétration des matières stercorales dans le foyer.

Enfin, on constate souvent, à l'autopsie des sujets qui ont succombé à un phlegmon suppuré de la fosse iliaque, des ouvertures multiples à la surface de la peau, et plus particulièrement au voisinage de l'arcade crurale, et qui parfois n'ont pas empêché la perforation des organes pelviens. C'est dans ces circonstances que l'on observe des *fistules stercorales* persistantes.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'invasion du phlegmon iliaque présente une physionomie différente selon son point de départ et la cause qui lui a donné naissance.

Les symptômes initiaux du *phlegmon sous-aponévrotique*, que l'on observe rarement d'une façon primitive, sont absolument semblables à ceux du psôitis.

Le *phlegmon sous-péritonéal* qui reconnaît pour cause une affection du gros intestin et qui siège, ainsi que nous l'avons dit, presque toujours à droite, est précédé des symptômes de la *typhlite* et de la *pérityphlite*, symptômes caractérisés par de la fièvre, par des vomissements, par une constipation opiniâtre, avec coliques, douleur vive dans la fosse iliaque droite, exaspérée par la pression, les mouvements, enfin par l'apparition d'un empâtement diffus à la partie externe de la fosse iliaque, et à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne. Cet empâtement peut se localiser et se résoudre après un temps variable ou s'étendre au contraire et devenir le point de départ d'un phlegmon et d'un abcès de la fosse iliaque. Dans ce cas, il est souvent difficile à l'observateur le plus attentif de déterminer le moment où le tissu cellulaire de la fosse iliaque est envahi.

Le *phlegmon iliaque puerpéral*, consécutif le plus souvent au phlegmon du ligament large, doit être redouté lorsqu'après l'accouchement une douleur persiste au bas-ventre, assez vive et localisée après un certain temps dans une des fosses iliaques, la gauche le plus souvent, avec ou sans mouvement fébrile. Lorsqu'à ces symptômes encore vagues se joignent un certain degré d'empâtement dans la fosse iliaque, l'œdème du membre correspondant, il n'y a plus de doute à conserver sur le développement du phlegmon.

Le siège de la douleur varie beaucoup au début de la maladie : souvent

les malades la rapportent à l'hypogastre ou à la région inguinale. Dans le cas même où elle se localise nettement dans une des fosses iliaques où la pression et les mouvements l'exaspèrent, il n'est pas rare de la voir irradier vers les organes génitaux et le membre inférieur, selon le trajet des nerfs qui traversent la région malade : d'autres fois il n'existe qu'un engourdissement passager.

Il est difficile de préciser l'époque où l'on commence à sentir la tumeur, et l'acuité des douleurs ne permet souvent qu'un examen incomplet. Toutefois, dans les premiers jours, on peut distinguer une résistance diffuse, puis une tuméfaction dure, égale à sa surface, au-devant de laquelle la peau de l'abdomen glisse facilement. On constate à son niveau de la matité, mais ce renseignement a peu de valeur.

La forme et le siège de cette tumeur varient un peu selon qu'elle est bridée simplement par le péritoine épaissi ou par le *fascia iliaca*. Lorsque l'engorgement phlegmoneux occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal, la tumeur est plus ou moins rapprochée de l'arcade crurale, quelquefois saillante et légèrement mobile sur les parties profondes. Si par contre le phlegmon a son siège primitif au-dessous de l'aponévrose iliaque, celle-ci bridera la tumeur, l'empêchera de saillir en avant et la rendra tout à fait immobile en lui donnant une forme aplatie qui lui permet d'échapper à l'exploration des doigts quand on cherche à la circonscrire. Les douleurs névralgiques, l'engourdissement du membre, sont propres à la seconde variété; l'œdème par compression de la veine iliaque primitive appartient aux deux variétés, mais il est rare.

Le cæcum est l'organe que la tumeur comprime le plus souvent, mais la constipation qui en résulte résiste rarement aux laxatifs : la constipation opiniâtre doit donc faire songer à un obstacle intra-intestinal au cours des matières (engouement).

Enfin la tumeur peut être cause de flexion du membre sur le bassin lorsque la gaine du muscle iliaque est occupée par le phlegmon. D'après Grisolles, on observe ce symptôme à un degré variable chez un dixième environ des malades.

La fièvre peut manquer complètement dans certains cas, lorsque le mal débute sourdement, mais elle accompagne le phlegmon iliaque dans les trois quarts des cas au moins. Elle est vive surtout lorsque le phlegmon est consécutif à la perforation du cæcum ou de son appendice, parce qu'il y a toujours dans ces cas complication de péritonite. Celle-ci s'annonce par l'acuité particulière des douleurs; en outre les malades sont tourmentés par des vomissements bilieux qui, en général, persistent pendant toute la durée de la maladie, dont la marche est plus rapide et qui se termine nécessairement par suppuration et par gangrène.

Le phlegmon iliaque puerpéral suppure toujours, ce qui tient peut-être à ce qu'il n'est que la propagation d'une suppuration voisine. Le phlegmon stercoral est suivi, nous venons de le voir, de suppuration et de gangrène. Seul le phlegmon primitif, qui paraît bien rare et qui semble