

l'autre, convertissent en canaux les gouttières latérales du corps des vertèbres, et à la base des apophyses transverses. Au-dessous des arcades passent les artères lombaires et des filets nerveux anastomotiques entre la moelle et le grand sympathique.

Le psoas longe le détroit supérieur du bassin, passe dans la gouttière limitée par l'épine iliaque antéro-inférieure en dehors, et l'éminence ilio-pectinée en dedans, se réfléchit à ce niveau (c'est cette réflexion qui exige la présence en ce point d'une forte aponévrose destinée à empêcher le muscle de sortir de sa gouttière) en bas, en dedans et en arrière, passe en avant de la capsule coxo-fémorale, sur laquelle il glisse à l'aide d'une large bourse séreuse, et s'attache au petit trochanter.

Le muscle iliaque s'insère à la lèvre interne de la crête et à toute la surface de la fosse iliaque interne; c'est un muscle rayonné dont les fibres se condensent en bas et en dedans pour se fixer sur le tendon du psoas et se confondre avec lui.

Le psoas renferme dans son épaisseur le plexus lombaire et l'origine des branches qui en naissent. Il faut, en quelque sorte, sculpter le muscle pour découvrir les nerfs. Les fibres présentent une finesse et une délicatesse spéciales chez le bœuf, le psoas constitue le *filet*. C'est sans doute à cette texture qu'il doit de s'enflammer plus souvent que les autres muscles. On désigne cette inflammation sous le nom de *psôitis*.

Les sujets atteints de psôitis prennent une attitude particulière, caractéristique. Le membre inférieur est dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors; tout mouvement qui a pour but de corriger cette attitude est extrêmement douloureux. La psôitis se termine, en général, par suppuration, et l'on trouve alors la gaine des muscles remplie d'une sorte de bouillie gris noirâtre résultant de la fonte des fibres musculaires; au milieu cheminent les nerfs dénudés et isolés.

Les inflammations de la fosse iliaque proprement dite occupent donc deux sièges bien distincts: le tissu cellulaire sous-péritonéal et la gaine des muscles psoas et iliaque. Je ne parle pas ici de l'abcès développé dans la cavité péritonéale elle-même à la suite d'une appendicite. Dans le premier cas, c'est le phlegmon de la fosse iliaque; dans le second, c'est la psôitis. La pathogénie, les symptômes, la marche et le pronostic de ces deux affections sont différents, et je dois dire qu'un examen attentif du malade permet, le plus souvent, d'établir le diagnostic, surtout si on observe le début de l'affection.

Le pus ne respecte certes pas toujours les barrières aponévrotiques, même dans la région qui nous occupe; cependant, il faut reconnaître que le fascia iliaca forme généralement une limite très nette entre les grandes variétés d'abcès de la fosse iliaque interne.

Les abcès froids démontrent encore cette vérité mieux peut-être que les abcès chauds. Nous verrons plus loin, en étudiant les lombes, que les abcès froids provenant de la lésion des vertèbres (et ils sont très fréquents) se divisent en antérieurs et postérieurs, suivant qu'ils naissent en avant ou en arrière du feuillet moyen de l'aponévrose du transverse (Voy. fig. 228). Il résulte de la situation et des insertions du muscle psoas sur les côtés de la colonne vertébrale que les abcès provenant d'une lésion des apophyses transverses, des par-