

musculaires et sous-cutanés. Une large mèche de charpie sera introduite à travers la plaie jusque dans le foyer, et si les lèvres de la plaie fournissent une hémorrhagie veineuse ou capillaire, vous en auriez facilement raison par l'application de quelques lamelles d'agaric. Lorsque l'état général du malade est satisfaisant, et que l'abcès périnéphrique est primitif, bientôt les parois du foyer purulent reviendront sur elles-mêmes, et quinze jours à trois semaines après l'ouverture, vous pourrez obtenir la cicatrisation complète du foyer et de la plaie superficielle. Quelquefois cependant la suppuration persiste plus longtemps, ce qui peut tenir à la difficulté de l'écoulement du pus ou à un état spécial des parois du foyer; dans le premier cas, il ne faudra pas hésiter à débrider l'ouverture profonde, et dans le second cas, à pratiquer des injections détersives dans le foyer : injections qui pourront être répétées matin et soir à chaque pansement, et qui seront composées avec de la teinture d'iode étendue de deux ou trois fois son poids d'eau tiède. L'incision a l'avantage de donner immédiatement issue à une grande quantité de pus, on peut alors aussi reconnaître avec le doigt la position du rein et constater s'il est malade. Il va sans dire que dans les cas où le doigt aurait reconnu la présence de calculs enchâtonnés dans le rein, il faudra bien se garder de favoriser la cicatrisation de la plaie chirurgicale; au contraire, on devra entretenir en ce point une fistule qui permettra aux liquides urinaires et purulents de s'écouler au dehors.

La méthode du drainage, à laquelle M. Chassaignac a eu plusieurs fois recours avec succès pour donner issue au pus des abcès lombaires profonds, permet tout à la fois l'écoulement continu du pus et le retrait lent et progressif des parois du foyer; il diminue aussi les chances d'hémorrhagie et semble ne pas favoriser l'infection putride, mais il ne permet guère une exploration complète du foyer et du rein, et devient souvent l'occasion, par la présence des tubes, d'une suppuration qui met un long temps à se tarir.

XCVIII. — DES ABCÈS PÉRI-HYSTÉRIQUES.

Abcès péri-hystériques comprenant les phlegmons du ligament large et la pelvi-péritonite ou orchite de la femme. — Étiologie. — Symptômes et durée de la pelvi-péritonite. — Tumeurs péri-hystériques. — Ouverture spontanée des abcès dans l'intestin, la vessie, le vagin. — Complications. — Diagnostic des abcès péri-hystériques. — Traitement préventif des abcès péri-hystériques. — Intervention active seulement dans les abcès iliaques.

MESSIEURS,

Vous savez combien peu j'aime les néologismes et combien surtout il m'est pénible d'être l'auteur de mots nouveaux. J'ai le respect des dénominations anciennes, je dois avouer cependant qu'il m'en coûte de faire usage de mots barbares, tels que ceux qui résultent de l'alliance d'une préposition grecque avec un substantif latin. C'est le reproche que j'adresse au mot *péri-utérin*, employé pour désigner les affections de diverse nature qui ont leur siège autour ou dans le voisinage de l'utérus. C'est là un mot mal forgé, hybride, et je vous propose de lui substituer celui de *péri-hystérique* de (*περι* et *ὑστερα*). Ce mot a l'avantage d'être formé de deux mots grecs. Je me hâte d'ajouter toutefois que je n'ai pour cette dénomination aucune faiblesse d'auteur, et que si vous lui préférez le mot de *circum-utérin* que l'on a récemment introduit dans le langage médical, j'accepterai volontiers la dénomination de votre choix.

Cela dit, entrons immédiatement dans notre sujet. En étudiant avec vous, dans cette conférence, les abcès péri-hystériques, nous ne nous occuperons pas seulement des abcès qui ont leur siège autour de l'utérus, mais encore de ceux qui secondairement ont envahi les fosses iliaques et les symphyses sacro-iliaques. Nous devons ainsi étendre les limites de notre étude par suite de l'impossibilité où nous sommes de toujours déterminer d'une façon précise le point de départ, le siège primitif des affections péri-hystériques.

Je suppose, messieurs, que vous avez présents à la mémoire les principaux détails d'anatomie topographique du bassin de la femme. Permettez-moi cependant de vous rappeler à grands traits des particularités anatomiques sur lesquelles nous devons bien nous entendre, sinon il me serait impossible de me faire comprendre facilement, lorsque nous parlerons de la marche des abcès péri-hystériques.

L'excavation pelvienne, qui renferme et protège l'utérus et ses annexes, peut être divisée en deux régions, l'une antérieure, l'autre postérieure.

La limite de ces deux régions est formée par l'utérus lui-même et les ligaments larges. L'utérus, dont l'axe normal est l'axe même du petit bassin, est suspendu dans l'excavation pelvienne et maintenu dans ses rapports normaux par les ligaments larges et les ligaments *rétro-* et *anté-utérins*. Ces derniers, vous le savez, sont formés par des replis du péritoine qui, du rectum et de la vessie, vont s'insérer sur la partie inférieure et latérale du corps de l'utérus. En ces points, la membrane séreuse est renforcée par des fibres de tissu fibreux et musculaire. Quant aux ligaments larges, ils ont la même structure fibro-musculaire que les ligaments anté- et rétro-utérins, mais ce sont des ligaments beaucoup plus étendus, de forme quadrilatère, et dont les deux feuillets adossés l'un à l'autre renferment dans leur bord supérieur la trompe, le ligament rond et le ligament ovarien. C'est là surtout que sont nombreuses les fibres du tissu conjonctif et musculaire; c'est encore en ce même point que viennent converger les vaisseaux utéro-ovariens. Le bord inférieur du ligament large prend insertion sur le plancher du bassin. Le bord interne ou utérin est la continuation des feuillets du péritoine qui recouvrent les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ces derniers feuillets laissent entre eux, au point de leur insertion utérine, un espace qui varie avec l'état de vacuité ou de plénitude de l'organe, mais ils sont toujours adhérents aux faces antérieure et postérieure de l'utérus par un tissu cellulaire tellement serré, que la dissection la plus patiente ne peut en ces points détacher le péritoine sans le rompre. Ce fait anatomique a une grande importance, puisqu'il établit l'impossibilité du décollement du péritoine par le fait d'une inflammation suppurative autour de l'utérus. Le bord externe du ligament large est le plus étendu, il a pour limites extrêmes la fosse iliaque et le plancher du bassin, et il se trouve ainsi en rapport immédiat, par le tissu cellulaire qui réunit ces deux feuillets, avec le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque et l'excavation pelvienne. Ces insertions, tout en conservant à l'utérus sa position et ses rapports normaux dans l'état de vacuité de l'organe, ne sont pas tellement rigides qu'elles ne puissent céder dans les cas d'augmentation de volume de l'utérus, ainsi que cela s'observe dans les conditions pathologiques, ou dans les cas de tumeurs du ligament large. Ces rapports anatomiques une fois établis, vous me comprendrez facilement quand je vous décrirai des tumeurs situées en avant ou en arrière du ligament large, ou dans l'épaisseur de ce ligament; de plus, vous rappelant les rapports de la trompe, du ligament rond et de l'ovaire avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque et de l'excavation pelvienne, vous saisirez facilement la marche des collections purulentes en ces diverses parties.

Déjà, dans une précédente conférence, en traitant des abcès périnéphriques, je vous ai dit comment les abcès qui avaient leur origine dans le tissu cellulaire qui enveloppe le rein pouvaient fuser par l'intermédiaire

du tissu cellulaire jusque dans le petit bassin, et s'ouvrir dans la vessie ou le vagin. Lorsque l'écoulement du pus a lieu par le vagin, il est quelquefois possible, à l'aide du spéculum, de voir la fistule qui livre passage au pus, mais avant l'ouverture spontanée de l'abcès, il était facile par le toucher vaginal de reconnaître sur les parties latérales de l'utérus, une tumeur de volume variable, faisant saillie du côté du vagin. Je vous rappelle ces faits, parce qu'ils démontrent d'une façon péremptoire que le tissu cellulaire du bassin peut être le siège de collections purulentes, sans que le péritoine paraisse intéressé dans le travail inflammatoire. A ce sujet, je vous disais encore combien est rare l'ouverture de semblables abcès dans la cavité péritonéale. Vous voyez ainsi par avance que de véritables abcès peuvent se produire dans le tissu cellulaire péri-hystérique, et qu'on ne doit pas toujours rapporter ceux-ci à une pelvi-péritonite.

Toutefois, pour être convaincu de l'existence des abcès dans le tissu cellulaire du bassin, il convient de se rappeler certains faits d'anatomie pathologique, que l'on a rarement lieu de constater, parce que les malades ne succombent le plus souvent qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois, lorsque le travail inflammatoire s'est étendu au péritoine et rend la démonstration anatomique absolument impossible.

Beaucoup d'entre vous, assurément, n'ont point oublié l'autopsie de cette jeune femme de la salle Saint-Bernard qui succombait à une infection purulente puerpérale, deux semaines après être accouchée. Il fallait retrouver la source de cette infection purulente, les veines utérines ne nous présentant point d'altération, mais les parois du vagin étaient couvertes de pustules purulentes qui reposaient sur un lacis vasculaire. De plus, le tissu cellulaire qui double le vagin présentait tous les caractères de l'inflammation, c'est-à-dire que les mailles de ce tissu étaient gorgées d'une sérosité jaunâtre, d'aspect purulent par places, en même temps que ce tissu avait acquis une dureté spéciale. Ce phlegmon s'étendait jusque sur les parties latérales du bassin. Dans les accouchements laborieux il n'est pas rare d'observer des contusions des parties molles du bassin, contusions qui ont pour conséquence l'engorgement du tissu cellulaire des parties contuses. Les engorgements pourront se terminer par résolution, mais quelquefois aussi ils sont l'origine d'abcès pelviens qui viendront faire saillie autour de l'utérus, sans que, nécessairement, le péritoine participe au travail inflammatoire. Dans la thèse inaugurale de M. Dumontpallier, vous trouverez l'observation d'une jeune femme qui succombait le sixième jour de l'accouchement à une péritonite suraiguë traumatique, non purulente. Le tissu cellulaire de la fosse iliaque gauche contenait du pus, mais c'était surtout dans le petit bassin que se rencontraient les altérations les plus graves. Tout le tissu cellulaire qui relie les différents organes aux parois osseuses était infiltré d'une sérosité purulente et présentait par

places, surtout du côté gauche, des traces manifestes de violentes contusions (dépôts sanguins en nappe, etc.). Il est probable que, si cette malade n'eût pas succombé à la gravité de sa péritonite, elle eût présenté ultérieurement tous les signes des abcès de la fosse iliaque et du petit bassin.

La contusion pendant le travail de l'accouchement peut donc provoquer le phlegmon pelvien, qui en se développant et passant à suppuration, deviendra un abcès péri-hystérique. Mais cette cause de phlegmon pelvien est beaucoup moins commune que celle qui dérive de l'inflammation de l'utérus et des annexes. Lorsqu'il y a inflammation suppurative de la surface placentaire, vous savez combien il est fréquent d'observer la phlébite et la lymphangite utérines. Si à l'autopsie vous recherchez la présence du pus dans les vaisseaux, vous savez encore que, pour les veines surtout, il existe un lieu d'élection, les bords de l'utérus; une incision faite en ces régions, véritables confluent des veines utérines, vous permet presque toujours de reconnaître de petits abcès qui ont pour siège le tissu veineux lui-même; de plus, autour de ces veines le tissu cellulaire des ligaments larges est œdématié, et si les malades ne succombent point à l'infection purulente, parce qu'il y a eu phlébite adhésive en aval de la collection purulente, les abcès intra-veineux seront souvent l'origine des abcès du ligament large. Même remarque peut être faite pour la lymphangite suppurative. Dans ces cas, le péritoine ne participera pas au travail inflammatoire, et l'abcès, s'il n'est point résorbé, aura de la tendance à se porter vers les parties déclives, ou bien le travail inflammatoire, faisant des progrès, pourra s'étendre vers la fosse iliaque correspondante.

Dans le premier cas, l'abcès siègera sous forme de tumeur sur les parties latérales de l'utérus, et tôt ou tard fera saillie dans le vagin. Vous aurez alors un abcès du ligament large, c'est-à-dire une inflammation suppurée du tissu cellulaire qui réunit l'un à l'autre des feuillets du péritoine, au milieu desquels se trouvent les vaisseaux enflammés veineux ou lymphatiques qui ont été le point de départ du phlegmon.

Non-seulement l'accouchement, mais tout traumatisme de la muqueuse utérine pourra être la cause des abcès péri-hystériques; c'est ainsi qu'ils ont été constatés après l'avortement, à la suite de manœuvres chirurgicales, telles que le curage de l'utérus avec l'instrument de Récamier. Les cautérisations au fer rouge et même au nitrate d'argent ont été quelquefois l'occasion de semblables phlegmons. Peut-être les excès du coït ont-ils eu la même conséquence, je suis cependant disposé à croire que les excès de cette nature doivent produire plus souvent la pelvi-péritonite. En effet, si l'inflammation primitive des veines ou des vaisseaux lymphatiques est la cause la plus fréquente d'un abcès, il faut, pour qu'il se forme, une inflammation de la membrane muqueuse utérine avec lésion de con-

tinuité. Ces lésions ont lieu à la suite de l'accouchement, de l'avortement, des cautérisations; mais nous ne comprenons guère comment elles pourraient être produites par le fait des excès du coït, à moins cependant qu'il n'existe primitivement un catarrhe utérin ou quelques ulcérations du col de l'organe.

Quoi qu'il en soit, l'abcès étant formé dans l'épaisseur du ligament large, quelle en est la marche habituelle? Le plus souvent, avons-nous dit, il fera saillie sur les parties latérales de l'utérus et s'ouvrira dans le vagin ou la vessie. Ces abcès sont ordinairement limités à l'un des côtés de l'utérus, et ils ne font point saillie en arrière ni en avant de l'organe. Quand ils siègent en avant ou en arrière, nous pensons que la collection purulente s'est faite dans la cavité péritonéale, ou, en d'autres termes, qu'ils sont dus à une pelvi-péritonite. Nous ne saurions comprendre, en effet, comment l'abcès pourrait envahir un tissu cellulaire anté- ou rétro-utérin qui n'existe pas.

Au contraire, quand il y a véritablement abcès péri-hystérique, c'est-à-dire quand la collection purulente s'est faite autour de l'utérus, dans le tissu cellulaire *sous-péritonéal*, et non dans la cavité du péritoine, le pus gagne quelquefois la fosse iliaque et donne lieu aux signes des abcès de cette fosse, signes qui varient suivant que l'abcès est profond ou superficiel; le plus souvent il est superficiel et n'est point compliqué de psoitisme. Il est évident d'ailleurs que l'inflammation suppurative, pour remonter dans la fosse iliaque, a suivi le tissu cellulaire.

L'abcès iliaque une fois formé, qu'il ait été la conséquence de la propagation du travail inflammatoire du ligament large, ou que le travail inflammatoire ait eu pour siège primitif la fosse iliaque, les malades éprouvent en ce point de la douleur; une palpation modérée parvient à découvrir de l'empatement de la région, et quelquefois il existe un peu d'œdème de la paroi abdominale. Si l'abcès est situé dans la fosse iliaque droite, il pourra s'ouvrir dans le cæcum, mais le plus souvent il vient faire saillie immédiatement au-dessus du ligament de Fallope. D'autres fois, si l'on ne se hâte de donner issue au pus, il pourra fuser jusque dans le triangle de Scarpa en suivant les vaisseaux, ou pénétrer jusqu'au petit trochanter et dans l'articulation coxo-fémorale.

Dans le cas où l'abcès suit la marche que nous venons d'indiquer en dernier lieu, le plus souvent l'abcès iliaque est profond, sous-aponévrotique et compliqué de psoitisme. Presque toujours, messieurs, la mort est la conséquence de ces phlegmons iliaques profonds, les malades succombent épuisées par la suppuration. Je pourrais vous citer plusieurs observations pour vous démontrer cette gravité. Je me contenterai de vous en rapporter une qui présente plusieurs complications d'un grand intérêt clinique et montre tous les ravages que peuvent produire de semblables collections purulentes: Une femme âgée de trente-cinq ans, accouchée le 30 août 1861,

était restée à l'hôpital des Cliniques jusqu'au 18 septembre, éprouvant de la douleur dans la région de l'hypogastre. Elle quitta cet hôpital et fut obligée, chez elle, de garder le lit jusqu'au 5 octobre, époque à laquelle elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 5. Nous constatons alors l'existence d'un phlegmon du ligament large du côté droit : bientôt il y eut abcès, et le travail inflammatoire envahit la fosse iliaque du côté droit. Vers les premiers jours de novembre, les urines laissèrent déposer une grande quantité de pus; il était très-probable qu'une fistule avait établi une communication entre l'abcès du ligament large et la cavité de la vessie.

Cependant l'inflammation de la fosse iliaque marchait toujours, et vers le milieu de novembre on put reconnaître une tumeur très-manifeste tendant à descendre vers le ligament de Fallope. En même temps surviennent des douleurs très-vives dans la région iliaque et dans tout le membre inférieur; la moindre pression sur la tumeur, le plus petit mouvement imprimé au membre inférieur, déterminent des douleurs extrêmes. La douleur était continue avec paroxysmes qui arrachaient des cris à la malade.

La tumeur iliaque faisait saillie immédiatement au-dessus du ligament de Fallope; la fluctuation était évidente en ce point; mais comme les urines continuaient par intervalles à présenter un dépôt purulent, on pensait que peu à peu le foyer iliaque se viderait par la vessie. Il n'en devait point être ainsi, les douleurs étaient toujours extrêmes, paroxystiques; le membre inférieur, depuis plusieurs semaines, avait pris la position décrite dans le psoriasis, c'est-à-dire que la cuisse était légèrement fléchie sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse, et tout le membre, soutenu par des coussins, était dans une légère rotation en dehors. La fièvre était continue, le pouls petit, fréquent, avec redoublement de fréquence chaque soir; il y avait des sueurs profuses nocturnes, et comme la malade s'affaiblissait de jour en jour, je priai M. Alph. Robert d'ouvrir l'abcès iliaque. L'incision fut faite au-dessus du ligament de Fallope, au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, à 4 ou 5 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure : à peine avait-on incisé la peau, qu'un flot de pus verdâtre non fétide, bien lié, sortit en abondance, puis le pus devint sanglant. Le lendemain de l'incision, 10 décembre, il y avait un mieux relatif, la malade avait un peu dormi. Le pus mêlé de sang qui continuait à s'écouler de la plaie, n'avait aucune fétidité. On veut relever les forces de la malade par un régime convenable, mais le 12 décembre la fièvre redouble, la muqueuse buccale se recouvre de plaques de muguet, la déglutition devient difficile, très-douloureuse, puis impossible. En même temps la voix est nasillarde, d'une faiblesse extrême, la respiration s'embarrasse, les bronches s'engouent, et la malade succombe le 13 décembre, c'est-à-dire quatre jours

après l'ouverture de l'abcès iliaque. La malade, dans les derniers jours, n'avait point présenté les symptômes de l'infection purulente.

L'autopsie est faite le 15 décembre. La masse intestinale est enlevée avec soin, afin de pouvoir bien étudier les rapports de l'abcès iliaque. Nous constatons alors un vaste abcès de la fosse iliaque, abcès sous-aponévrotique, au milieu duquel baigne le muscle psoas-iliaque, les vaisseaux iliaques et le nerf crural. Une assez grande quantité de pus occupe la cavité de l'abcès, cavité circonscrite par du tissu cellulaire induré et l'aponévrose iliaca. Cet abcès a pour limite supérieure le bord de l'os iliaque, puis inférieurement il présente une ouverture qui est celle faite par le chirurgien au-dessus du ligament de Fallope. Mais au-dessous de l'arcade crurale l'abcès avait deux prolongements, l'un qui suivait le muscle psoas jusqu'à son insertion sur le petit trochanter, l'autre qui suivait le nerf crural. La fusée purulente qui suivait le tendon du psoas, avait envahi l'articulation coxo-fémorale, laquelle était ouverte et remplie de pus; la tête du fémur était dénudée de son cartilage. La fusée qui avait suivi le trajet du nerf crural, s'arrêtait à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'arcade fémorale. Le nerf crural baignait dans le pus, son névrilème était d'une couleur noirâtre. Les vaisseaux fémoraux étaient libres au milieu de l'abcès; ils étaient entourés d'une gaine de tissu cellulaire induré, l'artère ne présentait point d'altération notable, la veine renfermait des caillots cruoriques de nouvelle formation, non adhérents, et qui n'avaient en aucun temps apporté de gêne à la circulation veineuse. La veine cave inférieure ne présentait aucune altération.

Nous avons fait remarquer que l'articulation coxo-fémorale était profondément altérée par le travail de suppuration; il en était de même de la symphyse sacro-iliaque droite qui était ouverte, pleine de pus, et dont les surfaces articulaires étaient le siège d'un travail inflammatoire manifeste. L'abcès du ligament large, qui avait été très-probablement le point de départ de toutes ces altérations pathologiques, n'offrait plus de communications directes avec l'abcès iliaque; les feuillets du ligament large étaient très-épais et l'utérus était presque accolé à la paroi droite du petit bassin par le fait de la rétraction que les tissus malades avaient subie après l'évacuation du pus par la fistule vésicale.

Nous avons été conduits pendant la vie à supposer l'existence d'une fistule vésicale, et nous retrouvâmes à l'autopsie l'ouverture de communication entre l'abcès du ligament large et la cavité de la vessie; en effet, celle-ci ayant été ouverte par sa partie supérieure et antérieure, il nous fut permis de constater l'existence d'une fistule vésicale, communiquant encore avec l'ancien foyer du ligament large. Cette fistule occupait la partie latérale droite du bas-fond de la vessie, à 3 ou 4 centimètres en arrière de l'orifice de l'uretère droit.

L'utérus, le vagin et le rectum examinés avec soin ne communiquaient

pas avec l'abcès et n'offraient aucune altération. Le muscle psoas-iliaque était en contact immédiat avec le pus, mais ses fibres n'étaient point altérées; seules, les fibres musculaires superficielles avaient une coloration verdâtre due au contact du liquide purulent.

Les poumons étaient engoués, sans trace de phlegmasie. Les sommets renfermaient quelques petits amas tuberculeux ramollis. Dans le foie, de même que dans les poumons, il n'existait point traces d'abcès métastatiques. A la surface, il y avait par places de petites taches jaunâtres de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, à contours irréguliers, dues à la présence d'abondants globules graisseux dans les cellules du foie. La rate était petite, non ramollie; les reins avaient la coloration, la forme et la texture normales.

La physiologie pathologique de ce cas nous semble des plus intéressantes; en effet, nous voyons chez une femme récemment accouchée affectée d'un abcès du ligament large, le travail inflammatoire s'étendre par voie de continuité au tissu cellulaire du petit bassin et de la fosse iliaque. L'abcès du ligament large se vide dans la vessie, tandis que l'abcès iliaque sous-aponévrotique fait de profonds ravages, il pénètre dans la symphyse sacro-iliaque, puis dissèque le nerf crural, fait saillie au-dessus du ligament de Fallope après avoir décollé le *fascia superficialis* de la paroi abdominale antérieure; c'est là que le chirurgien porta son bistouri. Mais déjà l'abcès avait fusé au-dessous de l'arcade crurale, en suivant, d'une part, le nerf crural, et, d'autre part, le muscle psoas jusqu'à son insertion trochantérienne. Chemin faisant, il gagne l'articulation coxo-fémorale et dénude le cartilage de la tête du fémur.

Les connexions de l'utérus, du ligament large et du bas-fond de la vessie, par l'intermédiaire du tissu cellulaire qui les unit, expliquent l'ouverture de l'abcès du petit bassin dans la vessie. Quant à l'abcès iliaque, sa marche, sa tendance à fuser vers les régions indiquées est si fréquente, qu'elle pouvait être prévue; mais il n'en est pas moins remarquable de voir le travail inflammatoire étendre ses ravages vers les articulations sacro-iliaque et coxo-fémorale.

Les graves altérations articulaires suffiraient à elles seules pour nous expliquer les douleurs éprouvées par la malade: tout mouvement était devenu un affreux supplice; et si l'on n'a point oublié que le nerf crural avait été disséqué par le pus, que plusieurs de ses filés, détachés par le travail inflammatoire du faisceau nerveux, nageaient dans ce liquide, on trouvera là encore l'explication des douleurs aiguës qui irradiaient dans le membre inférieur avec le caractère paroxystique si remarquable des lésions nerveuses.

A ce sujet, messieurs, permettez-moi une courte digression sur la valeur de la lésion du nerf crural pour expliquer les symptômes du psöitis.

Cette lésion me semble expliquer les symptômes que nous avons observés et que l'on attribue ordinairement au psöitis. Ainsi, chez notre malade, le muscle psoas-iliaque n'était point altéré; n'est-on point, par suite, autorisé à penser que les symptômes attribués au psöitis n'appartiennent point à la lésion du muscle psoas, mais bien à celle du nerf crural?

Pour démontrer la valeur de cette remarque, il suffisait, d'une part, de trouver des observations d'inflammation du muscle psoas sans les symptômes du psöitis, et au contraire de rencontrer ces symptômes dans des cas où le nerf crural était gravement compromis par le travail inflammatoire. Or, par un singulier hasard, nous réalisons, dès le lendemain, ces dernières conditions. C'était chez un jeune homme qui venait de succomber à la fièvre typhoïde dans le service de M. Horteloup. M. le docteur Lefevre, alors interne du service, nous invita à constater l'existence d'un énorme abcès situé dans l'épaisseur du muscle psoas. Le pus était épais, mélangé à du sang, et la fibre musculaire était en partie désorganisée; quelques portions examinées au microscope, n'offraient plus que de pâles stries longitudinales, et les stries transversales n'étaient plus apparentes que par places, de plus la gaine de la fibre renfermait une notable quantité de globules graisseux fins et brillants. Le faisceau nerveux, qui constitue le nerf crural, avait été épargné par le travail inflammatoire. Le membre inférieur était allongé et parallèle dans sa direction au membre de l'autre côté.

De plus, M. Lefevre ajoutait que ce malade n'avait jamais accusé de douleur ni aucun symptôme qui pussent faire penser à l'existence d'un psöitis. Ainsi, il y avait eu dans ce cas lésion profonde du psoas sans aucun des symptômes qu'on attribue au psöitis.

Je pensai que l'abcès du psoas n'était probablement qu'un abcès métastatique consécutif à une infection purulente, laquelle probablement avait eu sa raison anatomique dans les ulcérations des glandes de Peyer. L'infection purulente est rare après la fièvre typhoïde; c'en était cependant là un cas, ainsi que le démontraient de nombreux abcès métastatiques dans les deux poumons. Ceci dit pour que cette observation trouve sa place à côté d'autres cas d'infection purulente par ulcération des plaques de Peyer, revenons au fait principal, à savoir, l'absence des symptômes du psöitis dans un cas de suppuration bien réelle du muscle psoas.

Dans ce fait donc, il y avait psöitis proprement dit, c'est-à-dire inflammation du tissu cellulaire interfibrillaire et désorganisation de la fibre musculaire; or, il n'y avait eu aucun des symptômes attribués au psöitis et, j'insiste sur ce point, le nerf crural n'était point lésé.

Il suffit, ce me semble, de rapprocher ces deux observations pour être autorisé à faire remarquer :