

alors qu'en dehors, une barrière infranchissable, la crête iliaque, ne lui permet pas de s'étendre vers elle.

Quelle différence avec le phlegmon sous-aponévrotique, bridé par une aponévrose et un plan osseux, maintenu à l'étroit dans une loge exigüe, obligé de se faire petit à mesure qu'il s'étend ! Aussi ce dernier ne fait-il que très peu de saillie, et bien souvent, est-il très difficile de retrouver la fluctuation, quand le pus s'est collecté dans une loge étroite qui, par sa résistance, augmente à un haut degré la tension.

Ces considérations nous permettent encore d'affirmer avec plus de certitude que le phlegmon s'est développé sous l'aponévrose.

Quelles sont, maintenant, et son influence sur les parties voisines, et ses tendances, son mode d'extension ?

Pensez-vous d'abord que l'attitude vicieuse du membre inférieur gauche tienne uniquement à la contraction spasmodique des muscles psoas et iliaque ? Au début, je crois qu'il en a été ainsi, mais aujourd'hui cette cause ne saurait être invoquée. Il existe autre chose. Je vous ai fait pressentir que l'articulation elle-même était, depuis un certain temps, atteinte par l'inflammation ; il me reste à déterminer suivant quel mode elle a été envahie.

Assurément, la suppuration qui s'est collectée dans son voisinage, à la partie supérieure de la cuisse, ne vient pas de la jointure. Il n'y a pas d'arthrite sup-

purée, car, si le pus s'était formé sur les ligaments et les extrémités articulaires, il existerait des désordres considérables, on percevrait des craquements, et rien de tout cela n'existe, vous le savez très bien. Il ne s'agit plus, au contraire, que d'une lésion secondaire, consécutive. Quel est donc le processus ?

Nous n'avons, pour le saisir, qu'à faire appel à nos connaissances anatomiques. Le tendon du psoas iliaque se trouve doublé par une bourse séreuse très souvent en communication directe avec l'articulation coxo-fémorale. Dès lors, une inflammation qui arrivera dans le voisinage de cette bourse séreuse, pourra l'irriter, l'enflammer à son tour, et l'articulation se trouvera sérieusement atteinte.

Chez notre malade, les choses se sont passées ainsi et l'arthrite coxo-fémorale existe ; elle existe à l'état d'arthrite simple, non suppurée ; mais pouvons-nous préjuger de l'avenir, et le pus ne se formera-t-il pas un jour dans la cavité articulaire ? Les plus grandes réserves doivent être faites à cet égard. Actuellement, je reste convaincu que le peu d'intensité de l'arthrite nous permet d'espérer une solution moins grave : la résolution, en un mot, à mesure que la maladie perdra du terrain.

Observez maintenant ce qui se passe vers la fosse iliaque. Généralement, les phlegmons de cette région ont de la tendance à s'étendre dans le tissu cellulaire voisin ; ils montent aussi quelquefois dans la région



lomulaire pour gagner la nappe cellulaire qui enveloppe le rein, et ils affectent cette marche ascendante, surtout dans les cas anciens à évolution plus lente qu'on peut voir ainsi s'élever peu à peu de la fosse iliaque jusqu'au diaphragme... Dans une circonstance, je dus inciser en arrière, en dehors de la masse commune, un de ces volumineux abcès qui occupait tout l'espace compris entre l'os iliaque et les dernières côtes.

Chez le malade que vous étudiez, le phlegmon n'a pas suivi cette marche; il n'y a rien à la région lomulaire: l'inflammation, retenue par ses limites supérieures, résistantes, fibreuses, a suivi un autre chemin. Elle s'est avancée sous l'arcade crurale et a formé, à la partie supérieure de la cuisse, un foyer assez important. Glissant sous l'aponévrose, elle a franchi l'arcade, et deux foyers se sont trouvés en communication directe, comme l'a témoigné la fluctuation qu'on pouvait renvoyer de l'un à l'autre.

Ordinairement, Messieurs, la suppuration des abcès iliaques vient directement en avant, au-dessus ou au-dessous du ligament de Fallope, perforant la peau plus ou moins haut, suivant que ces deux trajets ont été choisis par elle, et c'est en général la partie interne du pli inguinal, plus ou moins près de la racine du membre, qui devient le siège de ces perforations. Mais ici la propagation, la fusée s'est faite en dehors, entre les deux épines iliaques, en décollant le fascia

lata. Mon bistouri, pour pénétrer dans le foyer a dû, en effet, inciser cette aponévrose.

Cette marche spéciale n'est pas une étrangeté, une rareté, Messieurs, et bien d'autres ont signalé des cas analogues. Velpeau a rapporté l'observation d'un abcès qui avait franchi l'échancrure sciatique.

Quand j'ai, pour la première fois, examiné cette femme, un instant j'ai cru que ce trajet exceptionnel par l'échancrure sciatique allait encore être observé chez elle; elle présentait, à la partie profonde de la fesse, près de l'échancrure, une douleur assez vive; mais bientôt j'ai compris que ces manifestations de la douleur étant excessives et que sur divers points on pouvait les obtenir alors que rien de suspect ne se passait à leur niveau.

La marche des collections purulentes n'est pas toujours celle que je viens de vous dire, Messieurs. Elles ne tendent pas toujours à perforer la peau, bien au contraire. On les voit perforer le vagin, l'utérus lui-même, la vessie, l'intestin surtout, et puisque je vous parle de la tendance spéciale qu'elles ont à se vider au travers d'une perforation du tube digestif, laissez-moi vous signaler une particularité bien utile à connaître si vous ne voulez pas être un jour surpris dans votre pratique:

*Ces abcès iliaques, contiennent souvent beaucoup de gaz.* Plusieurs fois il m'est arrivé de retrouver, en les percutant, de la sonorité qui tenait bien à la présence



de gaz qui cependant ne venaient point d'un intestin perforé. Cette sonorité n'est pas l'indice certain d'une ouverture de l'intestin, bien qu'elle puisse encore être expliquée par elle. Les gaz ainsi répandus dans l'abcès sont-ils le résultat d'un phénomène d'exosmose ou viennent-ils de la putridité du foyer? On ne le sait, et les interprétations s'effacent devant la réalité.

Résumons-nous maintenant. Une vue d'ensemble portée sur l'observation qui vient de servir de base à cette leçon vous indique assez, Messieurs, la gravité des abcès de la fosse iliaque.

Décollements nombreux, qui laissent, même quand ils guérissent, les malades très faibles tant le travail de réparation a été long et pénible.

Trajets fistuleux persistants quelquefois, surtout quand l'intestin a été ouvert; fistules intestinales et cutanées.

Complications diverses, liées toujours à la suppuration trop longtemps maintenue et aux trajets fistuleux eux-mêmes.

Tout cela est à retenir si l'on veut porter un pronostic sérieux qui ne se trouve pas démenti plus tard. Mais je ne veux pas m'appesantir sur ce sujet qui s'éloigne de mon observation. Je termine en vous parlant de l'intervention.

En vous disant que ces abcès iliaques s'étendent assez rapidement et souvent trop loin, je vous ai fait comprendre que le devoir du chirurgien était avant

tout de s'opposer à cette marche. Je suis loin de partager l'optimisme de ceux qui prescrivent au contraire d'attendre beaucoup des ressources de la nature et disent que fatalement le pus se fera jour vers l'intestin et que dans tous les cas, un genre quelconque de perforation est préférable à l'incision prématurée. Cette pratique ne tient aucun compte des désordres considérables qu'elle peut préparer et des complications graves, telles, par exemple, que l'introduction de gaz et de matières septiques dans le foyer purulent.

Retenez comme nécessaire l'obligation où vous êtes toujours de prévenir les graves lésions qui se préparent et proposez-vous d'intervenir avant elles par une bonne incision faite sur le point qui vous semblera le mieux préparé.

Il n'y a pas de règle absolue. Vous porterez le bistouri au-dessus de l'arcade si l'abcès fait saillie sur elle; au-dessous, s'il a suivi un trajet analogue à celui que vous avez vu chez votre malade; en arrière, près du pli fessier si la fluctuation apparaît à ce niveau.

Quel que soit le siège de votre incision, faites-la toujours large pour qu'elle se prête à l'écoulement facile du pus, et n'oubliez pas d'introduire ensuite un gros drain qui vous permettra de faire de fréquents lavages antiseptiques.

Par le drainage et les injections vous préviendrez le croupissement du pus, vous favoriserez le retrait



du foyer et évitez les fistules qui pourraient s'établir.

Vous n'oubliez pas davantage de maintenir jusqu'à guérison complète un pansement antiseptique sans lequel la septicémie pourrait se produire peut-être et vous joindrez à ce pansement une compression douce et uniforme destinée à aider l'accolement du foyer et la sortie des liquides secrétés par lui.



## QUINZIÈME LEÇON

### Mal perforant.

Histoire du malade. Autres exemples de sujets traités dans le service. Théories diverses sur la pathogénie de cette affection.

Influence d'une attitude vicieuse du pied sur le siège de la lésion : pressions mécaniques.

Traitement : Opérations graves auxquelles peut conduire le mal perforant.

MESSIEURS,

Dans cette leçon, je vous parlerai d'un malade de la salle 17 qui porte sur la face inférieure du gros orteil une ulcération ancienne et rebelle, et j'aurai soin de rapprocher mon observation de celles d'autres sujets qui me serviront à retracer devant vous l'histoire complète d'une maladie à évolution bizarre et dont la pathogénie mérite une étude attentive : je veux dire *le mal perforant*.

Cet homme a quarante-deux ans, mais il est déjà vieux par ses artères toutes plus ou moins ossifiées.