

Diagnostic. — La péritonite chronique est d'un diagnostic difficile au début : on ne peut, en effet, que la *souçonner* lorsque les malades ne se plaignent encore que de douleurs sourdes, de coliques passagères, de diarrhée, de quelques vomissements verdâtres et d'une diminution dans l'embonpoint et dans les forces. Ce n'est que lorsque le ventre se déforme, qu'il devient le siège d'un épanchement, et lorsque les parois abdominales offrent la rénitence et la dureté dont j'ai parlé, que le diagnostic peut être sûrement établi.

En traitant plus loin de l'ascite, j'exposerai les signes qui permettent de reconnaître les lésions dont elle est habituellement le symptôme. Disons seulement ici qu'une ascite qui se développe lentement chez des enfants ou chez des jeunes gens, et qui a été précédée de douleurs abdominales, de vomissements verdâtres, de diarrhée, est généralement l'effet d'une péritonite chronique; l'exploration du ventre viendra presque toujours confirmer cette présomption. Dans aucune affection connue, en effet, on ne trouve cette rénitence tout à fait caractéristique. Le ventre même, lorsqu'il est le siège d'un épanchement, n'a pas la forme qu'il a dans une ascite; il est ovale, saillant, peu développé à la partie inférieure, il n'a pas la forme semi-hémisphérique, la forme d'outre qu'il affecte dans les ascites qui sont symptomatiques de toute autre affection. Dans ces épanchements nous verrons qu'il y a communément une matité complète en bas, une ligne de niveau très-marquée, et un son tympanique considérable là où les intestins surnagent. On comprend qu'il n'en est pas toujours ainsi dans la péritonite chronique. Les intestins étant adhérents entre eux, étant bridés de toutes parts, formant plancher, on voit le liquide ascitique, même lorsqu'il est peu abondant, se répandre en quelque sorte uniformément de bas en haut jusqu'à l'épigastre; mais, si avec le doigt ou le plessimètre on déprime alors fortement la paroi abdominale, de manière à déplacer la couche liquide, et si l'on percute, on sent manifestement la présence des intestins en ce point. Ce signe non signalé a une grande valeur et il m'a permis d'arriver au diagnostic exact dans des cas où le doute était permis.

Il importe de rappeler que la péritonite chronique, ayant pour effet de réunir les anses intestinales entre elles et d'accumuler parfois les fausses membranes en masses considérables dans quelques points, on pourrait croire aisément à l'existence d'un cancer, d'une induration viscérale : car la tumeur est parfois dure, bosselée et plus ou moins mate à la percussion. Cependant on arrivera à un diagnostic précis en ayant égard à la rénitence générale des parois; on remarquera, en outre, que s'il existait une tumeur solide, la matité serait complète et uniforme partout, tandis qu'il ne saurait en être ainsi pour les tumeurs dues à la péritonite chronique, car elles sont formées surtout par les anses intestinales, c'est-à-dire par des organes qui résonnent toujours plus ou moins, quelque peu de gaz qu'ils renferment, et quelque épaisseur que puissent avoir les fausses membranes qui les tapissent. C'est surtout lorsque la péritonite est partielle qu'elle peut simuler les tumeurs dont je parle. Nous verrons plus tard que celle qui siège dans l'excavation pelvienne peut être confondue avec les phlegmasies si communes, dans cette région, chez la femme. D'ailleurs, ce qui ajoute souvent à la difficulté du diagnostic, c'est que la péritonite

et l'exploration attentive de la poitrine ne fait constater sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse correspondante qu'une expiration légèrement prolongée et un retentissement un peu exagéré de la voix, mais on n'y entend aucun râle, même pendant la toux. A la percussion, la sonorité est sensiblement la même que du côté opposé; peut-être a-t-on à droite une sensation d'élasticité un peu moindre. En somme, la guérison nous a paru complète, à M. le docteur Millard, alors mon interne, et à moi.

est presque toujours alors consécutive à une altération des viscères ou du tissu cellulaire contenu dans le bassin.

(Pour le diagnostic avec le *carreau*, voyez cette maladie dans le tome II.)

Pronostic. — Il est inutile d'insister pour prouver combien la péritonite chronique est une affection grave; son issue est le plus communément fatale.

Étiologie. — La péritonite chronique est une maladie qui affecte presque exclusivement les enfants au delà de six à dix ans et les jeunes gens. Elle n'est pas rare pourtant chez les adultes. Toutes les causes débilitantes capables d'engendrer les tubercules peuvent être considérées comme cause de la péritonite chronique.

Traitement. — Le rôle du médecin se borne presque toujours à faire une médecine palliative. C'est ainsi qu'on entretiendra les forces par une alimentation appropriée, on combattra le dévoisement par le bismuth, par les mucilagineux et par les opiacés. Si au début les douleurs sont vives, et s'il existe un état un peu aigu, quelques sangsues sur le ventre seront utiles, mais on ne peut insister beaucoup sur les antiphlogistiques. On appliquera des cataplasmes émollients et sédatifs; on donnera des bains simples ou alcalins. Aux vomissements opiniâtres on oppose les boissons gazeuses et la glace, et si l'épanchement ascitique devient trop abondant, on le vide par une ponction. Après l'hygiène on peut dire que les agents les plus utiles dans le traitement de la péritonite chronique ce sont les révulsifs. On promènera sur les diverses parties du ventre, surtout à la région sous-ombilicale, de larges vésicatoires, qu'on multipliera plus ou moins, et dans l'intervalle on donnera quelques bains sulfuro-alcalins.

Ces moyens doivent inspirer plus de confiance que les pommades iodées et mercurielles et surtout que les cataplasmes de ciguë, qu'on a beaucoup trop pronés, car je les crois absolument impuissants.

J'ai dit qu'il fallait alimenter les malades; dans les cas où les voies digestives seraient à peu près intactes, on devrait prescrire les toniques, une alimentation aussi substantielle que possible; on lui associerait l'huile de foie de morue, les préparations ferrugineuses et iodées, dans le but de favoriser l'assimilation et de combattre la diathèse dont la péritonite chronique n'est trop souvent qu'une manifestation. (Voyez, en outre, ce que j'ai écrit dans le traitement de l'*entérite chronique*.)

INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE

DU PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE.

Sous le nom de *phlegmon périnéphrétique*, on doit comprendre l'inflammation du tissu cellulo-adipeux, qui existe en si grande abondance autour des reins et en avant des muscles carrés des lombes.

Étiologie. Anatomie pathologique. — Cette inflammation est rarement spontanée; si elle ne succède pas à quelque violence extérieure, comme une plaie ou une contusion de la région lombaire, à la présence d'un corps étranger venu du dehors ou de l'intestin, elle est presque toujours consécutive à quelque grave altération du tissu rénal. C'est ainsi que, dans une violente néphrite, on voit quelquefois le tissu cellulaire extérieur s'enflammer, tantôt

par l'extension de l'inflammation, d'autres fois par suite de la rupture d'un abcès des reins. Les plaies pénétrantes des calices et des bassinets, ou bien leur perforation ou leur rupture, ordinairement produite par des calculs, sont encore une cause très-active du phlegmon périnéphrétique, qui arrive ici consécutivement à l'infiltration de l'urine; enfin, les abcès lombaires peuvent survenir après une perforation du côlon.

On conçoit, d'après cette énumération, combien sont variées les lésions que l'on trouve à l'ouverture des cadavres du côté de quelques-uns des viscères abdominaux. Quant aux altérations dépendantes de l'abcès lui-même, on rencontre le tissu cellulaire sous-péritonéal et celui compris entre le muscle carré des lombes et ses aponévroses, gonflés, ramollis, injectés, infiltrés de pus et quelquefois gangrenés. Les fibres musculaires sont elles-mêmes bleuâtres, décolorées, ramollies et détruites par la suppuration. Enfin, les altérations peuvent s'étendre jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané des lombes, qui souvent est infiltré de pus ou tout au moins de sérosité citrine.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — Lorsque le phlegmon périnéphrétique est primitif, les malades accusent dans la région lombaire correspondante une douleur plus profonde que dans le lumbago, et qui s'exaspère par la pression et par les mouvements du tronc. Bientôt cette région se déforme, se bombe; la sécrétion urinaire continue néanmoins à se faire comme de coutume; il y a une fièvre vive, de la constipation, et souvent aussi des nausées et des vomissements. Au bout de quelques jours, ces accidents s'aggravent, les douleurs sont plus lancinantes, la tumeur lombaire s'accroît encore; puis la douleur devient simplement obtuse, la tuméfaction est œdémateuse, enfin la fluctuation s'y fait sentir. Le pus accumulé dans les lombes peut se frayer une issue à travers un des points de la paroi abdominale postérieure, ou bien il s'échappe par le côlon ou par l'uretère; quelquefois, fasant dans la fosse iliaque, il s'ouvre à l'extérieur dans le flanc ou dans l'aîne; enfin, on a vu ces abcès, prenant une direction contraire, perforer à gauche le diaphragme et le poumon, et être rendus par expectoration.

Les accidents sont, en général, plus graves, et la marche de la maladie est plus rapide, lorsque la phlegmasie est produite par une infiltration d'urine ou de matière fécale. Dans ces cas, des signes de maladie des reins ou du côlon précèdent de quelque temps le phlegmon lombaire; celui-ci s'étend alors rapidement sur une grande surface; la gangrène ne tarde pas à s'y développer et l'on distingue plus ou moins profondément, en pressant sur la tumeur, une crépitation nombreuse qui est produite par l'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire; la mortification gagne bientôt la peau, si l'on n'arrête les progrès de l'infiltration septique par de larges et profondes incisions. La plupart de ces malades succombent au milieu d'un cortège de symptômes adynamiques et ataxiques des plus graves. Lorsque la guérison a lieu, elle ne survient guère qu'après un temps fort long; en raison de l'étendue des lésions et des décollements qui ont lieu, la plaie reste souvent fistuleuse. Cela se remarque spécialement lorsque l'abcès a été symptomatique d'une perforation des intestins ou d'un des conduits urinaires: dans le premier cas, on voit les gaz et les matières intestinales s'échapper; dans le second, le pus, d'aspect séreux, exhale une odeur urineuse et entraîne souvent avec lui des fragments de calculs.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de distinguer un abcès extra-rénal d'une collection purulente encore renfermée dans le rein sans communication avec l'uretère. Cependant, si l'on remarque que, dans ce dernier cas, il a existé antérieurement des signes de maladies des reins, notamment des accès de colique

néphrétique, on sera déjà porté à soupçonner l'existence d'un abcès rénal. Ajoutons, en outre, que la tumeur formée par celui-ci proémine beaucoup en avant, ce qui est le contraire des abcès périnéphrétiques; en outre, dans les premiers, la fluctuation est plus obscure et plus profonde. Il est des cas pourtant dans lesquels le manque de renseignements précis et l'époque déjà avancée de la maladie empêcheront de localiser très-exactement l'affection. On conçoit, enfin, combien le diagnostic offre d'incertitude lorsqu'il y a à la fois collection de pus dans le rein et dans le tissu cellulaire extérieur. Cependant l'étude des antécédents pourra quelquefois permettre d'établir l'existence de cette double altération: ainsi, lorsque, chez un sujet qui offre des signes rationnels ou positifs d'une suppuration des reins, on voit survenir tout à coup autour de la tumeur rénale des accidents aigus, tels que douleur vive, induration plus étendue, bientôt remplacée par de l'œdème et par de la fluctuation, on ne pourrait conserver aucun doute sur l'existence d'un foyer consécutif à une pyélite.

Lorsque l'abcès est ouvert à l'extérieur, on ne peut pas toujours juger, d'après la nature du pus, des altérations viscérales qui existent: c'est ainsi que le liquide exhale souvent une odeur stercorale, bien qu'il n'existe aucune communication entre le foyer et le côlon. Souvent aussi l'abcès communique avec le bassinnet ou avec les calices, sans que le pus répande une odeur urineuse: c'est ce qui a lieu surtout lorsque le rein, entièrement détruit, ne remplit plus ses fonctions.

Pronostic. — Les abcès périnéphrétiques constituent toujours une affection grave, excepté peut-être lorsqu'ils sont primitifs et très-circonscrits.

Traitement. — Tout le traitement consiste, dans la période phlegmoneuse, à employer les antiphlogistiques, surtout les émissions sanguines locales; puis, dès que la suppuration est certaine et qu'on perçoit de la fluctuation, il faut se hâter de lui livrer une issue par une incision, afin de prévenir les larges décollements. On se hâtera surtout dans les abcès consécutifs à une perforation du côlon et du bassinnet, à cause de la gangrène et des désordres que produisent l'urine et les matières fécales épanchées dans le tissu cellulaire; dans ces cas, on ne doit pas même attendre la manifestation de la fluctuation pour opérer de larges incisions, afin de donner issue au plus tôt aux matières septiques qui infiltrèrent les parties molles et qui les mortifient par leur contact.

DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DES FOSSES ILIAQUES

Les fosses iliaques internes sont fréquemment le siège de tumeurs phlegmoneuses. Celles-ci méritent toute l'attention du médecin, en raison de leur gravité et par certaines difficultés que leur diagnostic présente dans quelques cas.

Historique. — Cette maladie a fixé, dès le siècle dernier, l'attention de quelques chirurgiens, et surtout de plusieurs accoucheurs. Delamotte (1), Ledran (2), Leuret (3), Bourienne (4), Puzos (5), Deleurye (6) et plusieurs autres avaient publié sur ce sujet des observations utiles; mais l'affection pourtant n'était encore que très-imparfaitement connue. Signalée à la clinique de Du-

(1) *Chirurg.*, t. I.(2) *Obs. de chir.*, t. II. Paris, 1731.(3) *Art des accouchements*, p. 165. Paris, 1766.(4) *Journal de médecine*, t. XLIII, année 1775.(5) *Mémoire sur les dépôts laitieux*, p. 72.(6) *Accouchements*, 2^e édit., 1777, p. 509.

puytren, Dance (1) et Ménière (2) en firent chacun l'objet d'un travail excellent. M. le professeur Velpeau dans ses leçons orales, MM. Piotay et Lebatard dans leurs thèses (3), ajoutèrent de nouveaux faits aux descriptions que l'on avait déjà. Enfin, réunissant ces observations éparses à celles que j'avais moi-même recueillies, j'ai composé en 1839 une monographie de cette affection (4).

On doit confondre dans une description commune les abcès iliaques survenant dans les conditions ordinaires et ceux qui naissent dans le cours de l'état puerpéral, car ils ont les mêmes symptômes, la même marche, les mêmes modes de terminaison, ils exigent à peu près le même traitement. Il n'existe entre eux que des nuances déterminées par les conditions spéciales au milieu desquelles la maladie se déclare. S'autoriser de cela pour décrire à part les abcès des femmes en couches et ceux qui se déclarent hors de l'état puerpéral, c'est faire une chose aussi irrationnelle que si, ayant décrit la bronchite, la pneumonie, l'érysipèle, les fièvres éruptives, etc., on faisait de chacune de ces affections une individualité morbide par la raison qu'elles atteignent plus fréquemment les femmes en couches, et qu'elles reçoivent de l'état puerpéral des modifications dont il faut tenir compte sans doute, pour le pronostic et le traitement, mais qui sont insuffisantes cependant pour constituer une nouvelle maladie.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on trouve à l'autopsie des sujets qui succombent aux suites des abcès iliaques varient suivant le mode de terminaison de la maladie, ses complications et l'époque à laquelle la mort a eu lieu. Lorsque celle-ci arrive par épuisement, l'abcès alors occupe un grand espace. Le péritoine qui l'entoure présente communément une couleur noirâtre, résultant de l'imbibition du fluide que contient le foyer. Celui-ci, commençant inférieurement plus ou moins près de l'arcade crurale, se prolonge en haut jusqu'au voisinage des reins ou des dernières fausses côtes; ses parois sont noirâtres, irrégulières, tomenteuses dans quelques points, lisses et polies dans d'autres; on y constate aisément l'existence d'une pseudo-muqueuse.

Lorsque la suppuration a duré longtemps, il est rare de voir le pus accumulé seulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; cependant on en cite des exemples. Dans ce dernier cas, les muscles psoas, iliaque et carré lombaires, exempts d'altération, conservent leur couleur et leur consistance; toutefois le plus ordinairement ces organes sont plus ou moins altérés, leurs fibres sont noirâtres, ramollies, en partie détruites, disséquées, infiltrées de pus. La lésion frappe surtout le muscle iliaque dans sa partie moyenne et supérieure; le psoas est d'autant plus altéré qu'on se rapproche davantage de son bord externe. Il est difficile de dire en quelle proportion exacte on observe ces graves lésions des muscles, car les auteurs ont souvent négligé de les décrire. Néanmoins, sur 12 autopsies, les seules qui puissent entrer dans mon relevé, je trouve que 10 fois on a rencontré une altération plus ou moins profonde des muscles. Les psoas ont été trouvés malades 8 fois, le muscle carré 5 fois et le muscle iliaque 10. La désorganisation était généralement plus profonde dans celui-ci que dans les muscles psoas et carré lombaire, circonstance qui doit éclairer sur le siège primitif du mal. Toutefois il serait impossible le plus souvent de déterminer par l'examen seul des parties si le phlegmon a d'abord envahi le tissu cellulaire

(1) Répertoire d'anatomie et de physiologie, t. IV.

(2) Archives générales de médecine, t. XVII, p. 188.

(3) Thèses de Paris, année 1837, nos 462 et 397.

(4) Archives générales de médecine, 3^e série, t. IV, p. 31, 137, 393.

sous-péritonéal ou le sous-aponévrotique. L'ordre dans lequel les symptômes se sont succédé peut plutôt fournir quelques données utiles pour la solution du problème. Au milieu de ce désordre des parties molles, il est quelquefois difficile de trouver, même çà et là, quelques vestiges du *fascia iliaca*; cependant, dans la plupart des cas, ce feuillet fibreux existe, mais adhérent plus intimement que d'ordinaire au péritoine et percé d'une ou de plusieurs ouvertures qui ont depuis quelques lignes jusqu'à plusieurs centimètres d'étendue. Dans plus de la moitié des cas on trouve que les troncs ou les filets nerveux qui sont destinés au membre inférieur traversent le foyer purulent; ces cordons sont généralement d'un blanc mat, ramollis ou friables; mais, dans un tiers des cas, ils paraissent exempts de toute altération. Il en est de même des vaisseaux iliaques.

Ceux-ci ont été vus deux fois seulement au centre du foyer; leurs parois, baignées par le pus de toutes parts, étaient ramollies et friables sans aucune lésion à l'intérieur; ils n'avaient point cessé d'être perméables au sang. Les rapports des vaisseaux avec l'abcès expliquent les phénomènes de compression que nous signalerons bientôt. Quoique la veine soit placée dans une position plus excentrique que l'artère, elle est néanmoins plus souvent comprimée que celle-ci, ce qui tient, sans doute, à la résistance différente des parois dans l'un et dans l'autre vaisseau. Pour terminer, je dirai que, comme Dupuytren l'avait déjà vu, j'ai constaté que, lorsque ces foyers communiquent avec le gros intestin, on ne voit pas généralement les matières fécales pénétrer dans leur cavité. Cet épanchement ne se remarque guère que dans les abcès succédant à la gangrène du cæcum ou de son appendice. Dupuytren invoquait trois raisons pour expliquer cette particularité: la première, c'est que ces abcès se vident graduellement; la seconde tiendrait à l'obliquité de l'ouverture, et la troisième enfin au décollement de l'intestin, qui fait office de soupape.

Symptômes. — L'invasion du phlegmon iliaque se fait ordinairement sans frisson préalable; les malades accusent tout d'abord, dans une des fosses iliaques, une douleur plus ou moins vive, parfois aussi aiguë que dans la péritonite et s'irradie plus ou moins loin; il survient, en même temps que la fièvre, divers troubles digestifs et quelques symptômes pouvant éclairer sur le siège qu'occupe l'engorgement iliaque. Dans quelques cas rares, j'ai vu le phlegmon débiter sourdement et se démasquer plus ou moins loin de son début par des accidents aigus.

De tous les symptômes de la maladie, la douleur est, sans contredit, l'un des plus constants. C'est ainsi que sur 57 observations que j'ai analysées et dans lesquelles les phénomènes du début sont indiqués avec quelque soin, on trouve que dans 49 la douleur a paru marquer l'invasion de la maladie: elle en a du moins été le premier phénomène appréciable. Dans les 8 autres, la douleur a été précédée, pendant un ou plusieurs jours, de constipation, d'engourdissement dans un des membres pelviens, et de malaise. Enfin, chez quatre individus une tumeur indolente dans la fosse iliaque a été constatée par le médecin ou par le malade lui-même avant que cette région eût été le siège d'aucune sensibilité morbide. Il est probable qu'il en a été de même dans beaucoup d'autres cas; de sorte que la douleur indique moins peut-être le début de la maladie que le commencement de son état aigu. Mais, à quelque époque de l'affection que la douleur se déclare, elle n'a pas toujours présenté les mêmes caractères. Tantôt vive et lancinante, comme elle l'est dans la péritonite, d'autres fois sourde, obscure et profonde; comparée par quelques malades à de simples coliques, elle s'exaspère toujours par la pression; elle augmente aussi par les

secousses de la toux, et dans quelques cas par les mouvements du tronc, qu'elle force à incliner en avant.

Le siège de la douleur varie beaucoup au début de la maladie : il est assez commun, en effet, de voir les malades rapporter leur souffrance dans des points plus ou moins éloignés de la fosse iliaque, comme l'hypogastre, la région inguinale. Mais, quel que soit le point du ventre que la douleur occupe primitivement, elle ne tarde pas à se faire sentir dans l'une des fosses iliaques en s'irradiant de là vers d'autres régions de l'abdomen, ou du côté des membres inférieurs. Ces irradiations de la douleur ne sont pas toujours un effet purement sympathique; elles dépendent quelquefois de l'influence qu'exerce la tumeur sur les nerfs qui vont se distribuer dans les parties souffrantes. C'est ainsi que, lorsque l'engorgement cellulaire comprime ou embrasse les nerfs qui vont se distribuer au membre inférieur et aux organes génitaux, la douleur peut être ressentie plus ou moins vivement dans ces diverses parties. Elle est communément alors vive, lancinante, continue et exacerbante; ou bien elle ne consiste qu'en un engourdissement ou dans un fourmillement incommode. Dans tous les cas, les parties douloureuses ne présentent aucun changement de volume ou de coloration, et la pression tantôt exaspère et tantôt calme les souffrances.

Indépendamment de la douleur, l'invasion de la maladie est quelquefois marquée par divers troubles des organes digestifs, tels que, inappétence complète, envies de vomir, et spécialement par du dévoiement, qu'on a noté surtout comme phénomène précurseur dans un douzième des cas, et par la constipation, qui a existé chez un dixième des sujets.

Il est difficile de préciser l'époque où l'on commence à sentir la tumeur; cela varie, d'ailleurs, suivant l'acuité de la douleur, qui ne permet pas toujours une exploration convenable, suivant que la phlegmasie est sus- ou sous-aponévrotique, suivant l'épaisseur des parois abdominales. J'ai pu la constater une fois après quarante-huit heures. Dance l'a reconnue au quatrième et au troisième jour. Souvent, à cette époque, on ne distingue qu'une rénitence un peu diffuse; mais bientôt on peut circonscrire une tumeur dure, parfois rénitente, égale à sa surface, sans aucun battement et qui est le siège de douleurs plus ou moins vives, offrant en général le caractère lancinant. La paroi abdominale qui la recouvre glisse facilement au devant d'elle, à moins que ces parties n'aient contracté des adhérences. Si, la tumeur n'étant pas très-douloureuse, on l'embrasse avec l'extrémité des doigts, on trouve qu'en général elle est immobile; cependant, si elle proémine beaucoup, il est assez souvent possible de lui imprimer quelques petits mouvements de latéralité. Il n'en est plus de même si la tumeur est aplatie : car alors elle est toujours immobile. Ces différences sont en rapport avec le siège différent de l'engorgement phlegmoneux. Celui-ci se développe-t-il immédiatement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il pourra être un peu déplacé, car le tissu cellulaire qui l'entoure est lâche, lamelleux, et le péritoine qui le recouvre ne l'empêche pas de se porter en avant. 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; elle la rendra tout à fait immobile, et lui donnera cette forme aplatie dont j'ai parlé précédemment. Il est presque oiseux de dire que la tumeur phlegmoneuse est mate à la percussion, mais il importe de prévenir le lecteur qu'une anse intestinale qui lui serait accolée ou qui serait placée très-près d'elle pourrait en modifier le son. Somme toute, on comprend aisément qu'on ne doit pas avoir, en percutant une tumeur solide ou liquide de la fosse iliaque, une matité aussi absolue que partout ailleurs. Cela dépend du voisinage, et plus souvent même

du contact du cæcum, et parfois aussi d'une ou plusieurs anses intestinales avec la tumeur inflammatoire.

La tumeur phlegmoneuse a un volume variable : il est rare qu'elle soit plus petite qu'une noix et plus grosse qu'une orange; son volume moyen est celui d'un œuf de poule. Lorsqu'elle envahit toute la fosse iliaque, il devient difficile d'en préciser les limites; on ne trouve alors qu'une rénitence diffuse, se prolongeant plus ou moins haut du côté de la région lombaire, sans pouvoir circonscrire exactement une tumeur.

J'ai parlé précédemment de douleurs vives, lancinantes, névralgiques, s'irradiant vers les organes génitaux et surtout dans le membre inférieur, lorsque la tumeur comprime ou enveloppe les cordons nerveux qui se distribuent dans ces parties. Chez un dixième des sujets environ, au lieu de ces douleurs vives, on n'observe qu'un engourdissement ou des fourmillements incommodes, qui, dans quelques cas, peuvent aussi bien dépendre de la compression des nerfs, mais qui me semblent devoir se rattacher en outre à une gêne de la circulation dans les vaisseaux qui vont se distribuer au membre inférieur correspondant. Dans les cas rares où la compression porte spécialement sur la veine iliaque, on remarquera un œdème qui tantôt sera borné aux malléoles, qui quelquefois pourra gagner tout le membre inférieur, et persister même longtemps après la guérison apparente de la maladie. Cette suffusion séreuse a existé chez quatre sujets, et il est impossible de l'attribuer à autre chose qu'à une gêne dans la circulation veineuse du membre. Ces symptômes de compression du système circulatoire, peu ou point notés par les auteurs, sont, comme on le voit, assez rares : car, pour qu'ils aient lieu, il faut que l'inflammation envahisse le tissu cellulaire des psoas; mais, même dans ce cas, les vaisseaux protégés par une gaine assez forte et placés dans un tissu cellulaire peu serré, peuvent fuir devant une compression qui en diminuerait le calibre si elle s'exerçait sur eux. Les nerfs, au contraire, perdus au milieu des fibres du muscle, doivent être plus souvent influencés par le voisinage de l'engorgement inflammatoire. Il serait néanmoins impossible de préciser quelle est la fréquence des douleurs névralgiques, car les auteurs en parlent à peine, et il est évident, d'après la lecture de leurs observations, que ce phénomène n'a presque pas fixé leur attention. Dans les faits que j'ai moi-même recueillis, je l'ai noté chez un quart des malades, et je l'ai vu manquer tout à fait chez une femme qui mourut des suites d'un phlegmon, quoiqu'on ait trouvé plusieurs branches nerveuses friables, ramollies, au centre même du foyer purulent. Le cæcum est l'organe que la tumeur comprime le plus souvent; une constipation ordinairement assez opiniâtre, la difficulté dans l'excrétion gazeuse et le météorisme, sont l'effet naturel de cette compression. Celle-ci agit surtout efficacement lorsque le phlegmon, en rapport avec la face postérieure du cæcum, la repousse en avant et fait effort pour l'appliquer contre la paroi antérieure; mais presque jamais on ne voit l'interruption, dans le cours des matières intestinales, être telle, qu'elle amène les symptômes de l'iléus. Je n'ai vu encore qu'une seule fois une interruption assez complète dans le cours des matières intestinales (féces et gaz) pour préoccuper. Cependant, bien qu'il existât du météorisme et des vomissements aqueux, on n'observa ni les accidents aigus, ni la marche rapide, propres à l'étranglement interne; il y avait plutôt engouement qu'étranglement véritable; la compression diminuant, on vit tout à coup se produire une débâcle intestinale. Presque toujours la constipation qu'on remarque au début du phlegmon iliaque ne résiste pas à un laxatif. La tumeur phlegmoneuse peut produire la constipation, non-seulement par compression, mais encore parce que le cæcum retenu fixement,