

ladie est une des variétés de celles que les auteurs ont désignées sous le nom de psoïtis.

OBS. VI. — *Abcès dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque. — Rétraction de la cuisse sur le bassin. — Mort à la suite d'une colite ulcéreuse. — Autopsie.* — Une femme, âgée de quarante-huit ans, épuisée par une diarrhée ancienne, fut apportée à l'Hôtel-Dieu le 15 octobre 1825. Nous la trouvâmes dans un état déplorable; elle était réduite au dernier degré de marasme. En l'examinant, nous découvrîmes dans la fosse iliaque gauche une tumeur assez volumineuse, douloureuse à la pression, et s'étendant du pli de l'aîne jusque dans la région lombaire; la cuisse du même côté était dans la demi-flexion, et ne pouvait être allongée sans produire beaucoup de douleur; le dévoïement était abondant et se composait de selles liquides d'une grande fétidité. Il y avait du reste quatre mois que cette malheureuse ne quittait point le lit; des escarres s'étaient développées sur le sacrum. Elle ne tarda pas à succomber. Nous aperçûmes à l'ouverture du cadavre, outre un grand nombre d'ulcérations qui existaient dans le colon, un foyer purulent à parois grisâtres, et doublé par un tissu cellulaire condensé, situé dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque du côté gauche, longeant la colonne lombaire et le détroit supérieur du bassin, et s'enfonçant jusqu'à la partie interne et supérieure de la cuisse, en suivant la direction des tendons des muscles précédents.

Ces muscles étaient ramollis et comme disséqués par la suppuration; il n'y avait du reste aucune altération dans les os ou les fibro-cartilages qui composent la colonne vertébrale, et le pus s'était formé dans le lieu même où existait le foyer purulent.

Après l'accouchement, on voit se montrer assez fréquemment des engorgements dans l'une et l'autre fosse iliaque, mais ils apparaissent dans l'épaisseur des ligaments ronds dont ils suivent la direction, ou bien ils prennent naissance dans le tissu cellulaire interposé entre les ligaments larges de l'utérus, peuvent s'étendre de là à tout le tissu cellulaire du voisinage, et venir faire saillie dans les fosses ilia-

ques. Quelquefois ces abcès s'ouvrent dans la matrice; dans d'autres cas, ils se font jour à travers les parois du vagin. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs faits de ce genre; plus d'une fois nous avons pu prévoir cette terminaison, et, dans quelques circonstances, nous avons été assez heureux pour la devancer par une opération pratiquée dans cette partie.

Enfin, mais plus rarement, la vessie a été le réservoir par lequel la suppuration s'est écoulée au-dehors.

OBS. VII. — *Vaste collection purulente survenue après l'accouchement, occupant à la fois le bassin, la fosse iliaque gauche et la partie supérieure de la cuisse, ouvert spontanément dans la vessie, en donnant lieu pendant douze jours à une abondante évacuation de pus mêlé aux urines. — Guérison parfaite.* — Une jeune fille âgée de vingt-trois ans, domestique, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1819, et placée d'abord dans une salle de médecine pour y recevoir les soins qu'exigeait sa situation. Elle venait d'accoucher naturellement de son premier enfant. Jusqu'alors elle avait joui d'une bonne santé et sa grossesse n'avait été troublée par aucune indisposition; mais peu de jours après son accouchement, elle eut un frisson général suivi de chaleur et de fièvre, et se plaignit d'engourdissement dans la cuisse et la jambe gauches. Bientôt des douleurs se firent sentir dans la profondeur du bassin, elles devinrent continuelles et tellement violentes, que la malade fut entièrement privée de sommeil. A ces douleurs se joignirent des frissons irréguliers entremêlés de fièvre, une soif vive, une constipation opiniâtre et une dysurie portée jusqu'à la rétention complète des urines. Le toucher fit reconnaître un empâtement dans la fosse iliaque gauche et une tumeur dure, non fluctuante, que l'on supposa développée dans l'ovaire du même côté.

Une saignée, des bains, des cataplasmes, des boissons émollientes, furent employés sans succès, la fièvre et les douleurs persistèrent, et à la constipation succéda un dévoïement qui jeta la malade dans une faiblesse extrême.

C'est alors qu'elle fut transférée dans les salles de chirur-

gie (14 octobre); elle était dans cet état de dépérissement qui annonce ordinairement une mort prochaine : face amaigrie, pâle et jaunâtre, offrant l'expression de longues souffrances, yeux ternes et caves, peau sèche et terreuse, voix faible et languissante, fièvre continue avec redoublements le soir, diarrhée abondante. De plus, dans la fosse iliaque gauche, existait une large tuméfaction fluctuante, paraissant soulever l'arcade crurale, accompagnée d'œdème et de rétraction de la cuisse, dont les mouvements étaient douloureux et l'extension impossible. (Cataplasmes émollients, eau de riz-cachou.)

Au cinquième jour, la malade rend avec les urines une matière purulente tellement abondante, qu'elle surpasse la quantité des urines excrétées en même temps. Cette évacuation se prolonge pendant une douzaine de jours, et, à mesure qu'elle s'opère, la tuméfaction de la fosse iliaque diminue et finit par disparaître, les douleurs et la diarrhée cessent, la fièvre se modère, l'appétit reparait. Plus tard, un point de fluctuation se montre en haut et en avant de la cuisse gauche, M. Dupuytren en fait l'ouverture; une suppuration abondante s'en écoule, et fait bientôt place à un fluide séreux, qui annonce ordinairement l'adhésion prochaine des parois d'un foyer; enfin la plaie se cicatrise, et la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie, au quarante-cinquième jour de son entrée dans les salles de chirurgie.

Il est rare d'observer des foyers de suppuration aussi vastes, et plus rare encore de les voir se terminer d'une manière aussi favorable. Le tissu cellulaire qui avoisine la vessie et le rectum paraît avoir été le siège principal de cette collection purulente; de là, la constipation et la dysurie qui ont existé dans les premiers temps.

Le tissu cellulaire de la fosse iliaque gauche est aussi entré en suppuration, et de proche en proche cette suppuration s'est étendue par derrière l'arcade crurale jusqu'à la partie supérieure de la cuisse; c'est à cette extension de la maladie qu'il faut rapporter le soulèvement de la fosse iliaque par une tumeur d'abord dure, puis fluctuante, la rétraction perma-

nente de la cuisse sur le bassin, et l'œdème de cette partie du membre inférieur.

Enfin le séjour prolongé du pus dans ce vaste foyer a été suivi d'une fièvre hectique qui a conduit la malade jusqu'aux portes du tombeau, lorsque tout-à-coup les urines sont devenues purulentes; cette évacuation abondante a coïncidé avec l'affaissement de la tumeur, la diminution de la fièvre et la cessation des autres accidents. Ainsi les parois de la vessie ont été perforées, et c'est par ce réservoir que la matière purulente a pris son écoulement avec les urines. Fait d'autant plus curieux, qu'il nous montre les ressources de la nature dans les cas les plus désespérés (1).

Dans quelques circonstances, les fosses iliaques sont encore le siège de collections purulentes, mais dont la source peut être fort distante de ces régions; tels sont les abcès symptomatiques d'une carie des os ou de l'inflammation des ligaments placés dans leur voisinage. Le pus fuse alors le long des muscles psoas et iliaque; il est déposé à l'état liquide dans la fosse iliaque, et la tumeur à laquelle il donne lieu est molle et fluctuante dès son apparition. Cette remarque suffit pour distinguer ces collections purulentes de toutes celles que nous avons décrites précédemment.

Des erreurs de diagnostic peuvent encore être commises dans ce cas. C'est ainsi, ajoute M. Dupuytren, que j'ai vu cette inflammation faire croire à l'existence d'un étranglement interne, d'une hépatite, comme cela eut lieu chez le jeune B..., fils du comte de B..., auprès duquel j'avais été appelé par feu Jean Roy neveu; ou bien à une métrite, à une péritonite, comme je l'ai observé chez madame B..., bouchère à Pontoise. Dans ces deux cas, l'exacte circonscription du mal dans la fosse iliaque droite, la rétention des matières stercorales, l'appréciation comparative des autres symptômes, ont servi à redresser l'erreur; et l'évacuation du pus par le fondement, prédite presque à jour fixe, a confirmé la justesse de ce diagnostic.

(1) Observation recueillie par M. Marx.

Le pronostic n'est pas en général très grave, puisque, sur seize cas observés dans des circonstances très différentes, un seul individu a succombé. Quand les symptômes cèdent promptement à l'emploi des moyens curatifs, que les selles se rétablissent, que la fièvre disparaît, et que le volume de la tumeur diminue, on peut espérer une prompte guérison. Quand, au contraire, les accidents persistent, lorsque la tumeur qui s'est accrue plus ou moins rapidement, malgré les moyens mis en usage, devient le siège d'une fluctuation obscure d'abord, ensuite plus apparente, et de pulsations avec des élancements, alors on doit s'attendre à voir le pus rejeté par l'anus; et dans ce cas encore le pronostic n'est pas fâcheux, parce que l'expérience a démontré un grand nombre de fois que la guérison n'est ni moins solide ni moins complète que quand la maladie se termine par résolution. Il se forme probablement dans ce cas un conduit muqueux qui, par son organisation, sa marche et sa terminaison, se rapproche des conduits muqueux accidentels dont nous avons donné la description en parlant des abcès symptomatiques qui viennent compliquer les caries de la colonne vertébrale. S'il survient une péritonite générale, on doit redouter une terminaison fatale, parce que le développement de cette maladie est le signal de l'accroissement rapide de l'affection primitive, et que la réunion de ces deux lésions est au-dessus des ressources de l'art.

Le traitement doit d'abord être préservatif, et l'on peut presque toujours, lorsqu'on est appelé à temps, sinon prévenir la formation de la tumeur, du moins entraver sa marche et la faire avorter. Lorsqu'une douleur occupant la région iliaque est accompagnée de diarrhée et de constipations alternatives, lorsque le toucher fait déjà reconnaître un empâtement profond et mal circonscrit, les saignées locales, les émollients sous toutes les formes, et de légers laxatifs en boissons ou en lavements, feront cesser les symptômes. Le repos absolu, des bains nombreux et prolongés seront très efficaces; un régime sévère est également indispensable. Si la tumeur a déjà pris un certain volume, il faut se hâter de

mettre un terme à son accroissement, et, pour y parvenir, les saignées locales et générales sont nécessaires. Si le sujet est robuste et le mouvement fébrile assez vif, une saignée du bras sera pratiquée de suite; on appliquera un grand nombre de sangsues au-devant de la tumeur, que l'on couvrira plus tard d'un large cataplasme; des lavements émollients seront administrés matin et soir, et le malade boira plusieurs pots de bouillon de veau, dans lequel on aura dissous du sulfate de soude ou de magnésie. Les juleps huileux seront surtout employés pendant la nuit. On répètera les applications de sangsues aussi souvent que l'état du pouls, la vigueur du sujet, et le degré d'inflammation de la tumeur sembleront l'exiger.

La diminution de la douleur, le retour de la tumeur à un moindre volume, annonçant le commencement de la résolution, on se contentera de la favoriser par les applications émollientes, le repos et le régime. Si, au contraire, la tumeur conserve son volume et sa sensibilité, malgré les moyens mis en usage, la fluctuation ne tarde pas à se manifester, d'abord obscure, puis plus évidente. Le médecin doit alors favoriser la résorption, en continuant les antiphlogistiques, si l'état du malade ne s'y oppose pas, ou se borner aux topiques émollients, jusqu'à ce que l'ouverture de l'abcès ait lieu. Dans ce cas, quelques malades se sont bien trouvés de l'usage des laxatifs, qui stimulent doucement les contractions de l'intestin, et provoquent l'évacuation du pus. Enfin, si la phlegmasie du péritoine paraît devoir se développer, on connaît les moyens à opposer à cette grave complication.