

ratif, et donner lieu à des perforations secondaires de la paroi abdominale, de l'intestin grêle ou de quelque organe voisin, notamment de la vessie. Dans toutes ces circonstances, c'est une maladie nouvelle qui est constituée, dont la typhlite n'est plus que la cause.

L'appendice vermiforme (1) peut être isolément enflammé par des corps étrangers, ou des débris alimentaires (petits os, pepins de fruits) qui pénètrent et demeurent dans sa cavité; cette inflammation produit parfois les mêmes symptômes que la typhlite, à l'exception de la tuméfaction, mais souvent elle marche silencieuse et latente jusqu'à la perforation. Comme l'appendice a d'ordinaire un revêtement séreux complet, la perforation, sauf le cas d'adhérences préalables, provoque une péritonite généralisée.

Le PHLEGMON ILIAQUE primitif indépendant de l'inflammation du cæcum ou de son appendice diffère de la typhlite par la vivacité de la fièvre dès le début, par l'absence de coliques et de catarrhe intestinal, par l'acuité de la douleur locale et les irradiations qu'elle présente dans le membre inférieur droit; ultérieurement, par la gêne ou l'impossibilité des mouve-

(1) MERLING, *Dissert. sistens processus vermiformis anat. pathologiam*. Heidelberg, 1836. — ALBERS, *Beobachtungen aus dem Gebiete der Pathologie*, 1838. — VOLZ, *Die durch Kothsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes*. Carlsruhe, 1846. — GERLACH, *Zur Anat. und Entwicklungsgeschichte des Wurmfortsatzes*. Erlangen, 1858. — BAMBERGER, *loc. cit.* — KELLNER, *De perforatione processus vermiformis*. Berolini, 1861. — LARRET-LAMALIGNIE, *Des perforations de l'appendice iléo-cæcal*, thèse de Strasbourg, 1862. — BUCHNER, *Ein Fall von Entzündung des wurmförmigen Fortsatzes* (*Würzb. med. Journal*, 1862). — CROUZET, *Des perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal*, thèse de Paris, 1866. — PETIT, *Revue médicale*, 1866. — HALL, *Fatal peritonitis from perforation of the appendix vermiformis* (*Americ. Journ. of med. sc.*, 1866). — EISENSCHITZ, *Peritonitis hervorgerufen durch Perforation des Proc. vermiformis* (*Wiener med. Presse*, 1866). — WILLARD PARKER, *An operation for abscess of the appendix vermiformis cæci* (*New-York med. Record*, 1867). — HALLETTE, *De l'appendice cæcal*, thèse de Paris, 1868. — FARQUAHRSON, *Case of pericæcal abscess caused by perforation of the vermiform appendix* (*Edinb. med. Journal*, 1868). — WYNKOOP, *New-York med. Record*, 1868. — MOERS, *Pylephlebitis in Folge von Verschwärung des Processus vermiformis* (*Arch. f. klin. Med.*, 1868). — PEACOCK, *Transact. of the path. Society*, XVIII, 1868. — LANGDON DAWN, *Ulceration of the appendix vermiformis* (*Eodem loco*, 1868).

BOSSARD, *Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes*. Zurich, 1869. — BEHM, *Vereiterung des wurmförmigen Fortsatzes* (*Deutsche Klinik*, 1869). — AUFRECHT, *Entzündung des Processus vermiformis; Perityphlitis; Phlebitis und Thrombose der Vena mesenterica magna; Pylephlebitis* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1869). — FERGUS, PEACOCK, MURCHISON, *Trans. path. Soc.*, 1871. — WEBER, *Abscess of appendix vermiformis cæci* (*New-York med. Record*, 1871).

HERGOTT, *Ulcération de l'appendice iléo-cæcal, etc.* (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1872). — WILLIAMS, *Ulceration of the vermiform appendix giving rise to limited peritonitis* (*Trans. of the path. Soc.*, 1872).

ments d'extension de la cuisse, enfin par les caractères de la tumeur, qui est plus profonde, moins nettement circonscrite, et qui, très-dure au moment de son apparition, devient ensuite molle et fluctuante. — La simple accumulation de fèces (*tumeur stercorale*), qui est si souvent le point de départ de la typhlite, diffère de l'inflammation confirmée par l'absence de douleurs locales spontanées ou à la pression, par l'absence de tout phénomène général, et par les effets des purgatifs, qui font disparaître la tuméfaction de la région cæcale.

Le traitement de la typhlite doit être énergique; les purgatifs répétés, s'il y a rétention fécale, en tout cas le repos, la diète, les émissions sanguines locales et les applications de glace, constituent la médication la plus efficace. Après guérison, les fonctions intestinales doivent être attentivement surveillées, parce que la maladie est très-sujette aux récurrences.

### CHAPITRE III.

#### PHLEGMON ILIAQUE.

Le domaine du phlegmon iliaque (1) est indiqué et limité par son nom même; ce nom désigne en tout cas un processus phlegmasique du tissu

(1) LUDWIG, *Diss. de abscessu latente*. Lipsiæ, 1758. — LE DRAN, *Consult. sur la plupart des maladies qui sont du ressort de la chirurgie*. Paris, 1765. — SCHOENMEZEL, *Obs. de musc. Psoa et Iliaci suppuratione*. Heidelb., 1776. — MECKEL, *Diss. de psöitide*. Halle, 1796. — ABERNETHY, *Surgical obs. on chronic and lumbar abscessus in Surgical Works*. London, 1815. — REINDL, *De psöitide*. Landshuti, 1820. — SIMEONS, *Beobachtungen über die Entzündung und Vereiterung des Psoas und Iliac intern.* (Heidelb. klin. Annalen, VIII).

HUSSON et DANCE, *Mém. sur quelques engorgements inflamm. qui se développent dans la fosse iliaque droite* (*Répert. gén. d'anat. et de physiol.* IV; 1827). — DANCE, *Dict. en 30 vol.* — MÉNIÈRE, *Mém. sur des tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite* (*Arch. gén. de méd.*, 1828). — PONCEAU, *Thèse de Paris*, 1827. — TÉALLIER, *Journ. gén. de méd.*, 1829. — PAILLARD, *Des abcès développés dans la fosse iliaque à la suite des couches* (*Journ. gén. de méd.*, t. CVII). — CORBIN, *Des abcès profonds de la fosse iliaque et du bassin* (*Gaz. méd.*, 1830). — DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. III. Paris, 1833. — RIGAUD, *Dict. des sc. méd.*, t. I. — BÉRARD, *Abcès de la fosse iliaque ayant passé d'une fosse iliaque à l'autre* (*Bullet. Soc. anat.*, 1834). — BLANDIN, *Anat. chir.* 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1834. — C. PFEUFER, *Obs. d'abcès bilobé passant au-dessus et au-dessous de l'arcade de Fallope* (*Græfe und Walther's Journal et Gaz. méd. Paris*, 1834). — KYLL, *Beobacht. über die Psöitis chronica und Psoasabscess* (*Rust's Magazin*, XLI; 1834). — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*, IV. Berlin, 1835. — VIGLA, *Abcès de la fosse iliaque ouvert à côté de l'échancrure sciatique* (*Bullet. Soc. anat.*, 1836). — PER-

cellulaire, conséquemment on ne doit décrire sous la dénomination de phlegmon de la fosse iliaque que les inflammations des couches conjonctives de cette région, à savoir : d'une part, les PHLEGMONS RÉTRO-PÉRITONÉAUX superficiels qui occupent le tissu cellulaire situé entre le péritoine

ROCHAUD, *Abcès ouvert dans le péritoine* (Eodem loco, 1836). — BRICHETEAU, *Abcès de la fosse iliaque ouvert dans l'S iliaque* (Arch. gén. de méd., 5<sup>e</sup> série, t. II). — JOHNSON, *Abcès de la fosse iliaque ouvert dans la vessie* (Med. chir. Review, 1836). — LEBATARD, *Des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque interne*, thèse de Paris, 1837. — PIOTAY, *Essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque*, thèse de Paris, 1837. — TRANOY, *Abcès de la fosse iliaque*, thèse de Paris, 1838. — ALBERS, *Beobachtungen auf dem Gebiete der Pathologie und path. Anatomie*. Bonn, 1838. — BURNE, *Mém. sur l'inflammation chronique et les ulcères perforants du cæcum* (Gaz. méd. Paris, 1838).

GRISOLLE, *Hist. des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques* (Arch. gén. de méd., 1839). — VELPEAU, *Leçons orales*, t. III. Paris, 1841. — BARTHÉLEMY, *Abcès de la fosse iliaque* (Ann. de la chir. franç. et étrangère, 1841). — GARNIER, *Cas de mort à la suite de l'ouverture spontanée d'un abcès de la fosse iliaque dans le vagin* (Bullet. Soc. anat., 2<sup>e</sup> série, t. III). — MOREL LAVALLÉE, *Abcès fétide de la fosse iliaque* (Bullet. Soc. chir. 2<sup>e</sup> série, t. II). — MARCHAL DE CALVI, *Des abcès phlegmoneux intra-pelviens*, thèse de concours, Paris, 1844. — MONNOT, *Des abcès de la fosse iliaque interne*, thèse de Paris, 1846. — MONNERET et FLEURY, *Compend. de médec.*, t. VIII. Paris, 1846. — JACOTOT, *Abcès de la fosse iliaque*, thèse de Paris, 1846. — HERMENT, *Thèse de Paris*, 1847. — SIMON, *Des abcès qui siègent dans la fosse iliaque*, thèse de Paris, 1848. — PROTICH, *Abcès de la fosse iliaque interne*, thèse de Paris, 1850.

BAMBERGER, *Die Entzündung in der rechten Fossa iliaca* (Wiener med. Wochen., 1853). — ABEILLE, *Du phlegmon rétro-péritonéal* (Gaz. hóp., 1854). — BAERNHOFF, *Perityphlitis mit secundärer suppurativer Pfortaderentzündung* (Beiträge zur Heilkunde, Riga, 1855). — SALZER und REULING, *Perityphlitis* (Deutsche Klinik, 1855). — JÄNGER, *Abcès de la fosse iliaque; efficacité des cautères* (Gaz. méd. Strasbourg, 1857). — DUPUY, *Abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque* (Gaz. hóp., 1857). — CHASSAIGNAC, *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*. Paris, 1859. — VAN HOLSBECK, *Abcès de la fosse iliaque droite; évacuation du pus par le cæcum et l'anus; guérison* (Ann. de la Soc. méd. chir. de Bruges, 1860). — LANG, *Perityphlitis mit glücklichem Ausgange* (Württemberg. Corresp. Blatt, 1860). — MÜNCHMEYER, *Untersuchungen über Typhlitis und Perityphlitis und deren Folgezustände* (Deutsche Klinik, 1860). — RÜTTEN, *De perityphlitide*. Berolini, 1860. — REBER, *Ueber Entzündung und Perforation des Wurmfortsatzes in Folge von Kothconcrementen*. Bern, 1859. — PHILIP, *De processus vermicularis perforatione*. Berolini, 1860. — KELLNER, *De perforatione processus vermiformis*. Berolini, 1861.

COLLINEAU, BAUCHET, *Sur les abcès de la fosse iliaque* (Gaz. hebdom., 1862). — GUARINI, *Osservazioni sui tumori che si sviluppano nella regione iliaca* (Ann. univ. di med., 1862). — OPPOLZER, *Pathologie und Therapie des subperitonealen Bindegewebes* (Wiener med. Wochen., 1864). — MATZAL, *Typhlitis suppurativa* (Oest. Zeits. f. prakt. Heilk., 1864). — PUTÉGNAT, *Quelques considérations sur les abcès iliaques puerpéraux* (Journ. de méd. de Bruxelles, 1865). — PRUDHOMME, *Péritonite de la fosse iliaque droite, etc.* (Rec. de mém. de méd. milit., 1866). — BARTHOLOW, *On typhlitis and peri-*

et le fascia iliaca; d'autre part, les PHLEGMONS SOUS-APONÉVROTQUES OU profonds qui siègent au-dessous de la gaine du psoas (*psoitis*). — J'élimine donc les inflammations intra-péritonéales, qui sont si communes surtout à droite et qui ont été englobées par plusieurs auteurs dans le

*typhlitis; on diseases of the cæcum and appendix resulting in abscess in the right fossa iliaca* (American Journ. of med. Sc., 1866). — FRILLEY, *Obs. de phlegmons de la fosse iliaque* (Rec. de mém. de méd. milit., 1867). — CABASSE, *Abcès de la fosse iliaque gauche; psoitis* (Gaz. hóp., 1867). — BLATIN, *Recherches sur la typhlite et la pérityphlite consécutive*, thèse de Paris, 1868. — HALLETTE, *De l'appendice cæcal*, thèse de Paris, 1867. — FARQUHARSON, *Case of pericæcal abscess caused by perforation of the vermiform appendix and proving fatal by rupture into the peritoneal cavity* (Edinb. med. Journ., 1868). — ADLER, *Typhlitis stercoralis. Peritonitis circumscripta. Zellgewebsabscess. Perforation des Mastdarms. Heilung* (Allg. Wiener med. Zeit., 1868). — PEACOCK, *Ulceration of the appendix vermiformis and abscess in the cellular tissue* (Transact. of the path. Soc., 1868). — MAEUNER, *Psoas abscess. Heilung* (Allg. Wien. med. Zeit., 1868). — BACHELET, *Des abcès stercoraux*, thèse de Paris, 1868. — POUZET, *De la pérityphlite*, thèse de Paris, 1869. — BOSSARD, *Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes*. Zurich, 1869. — AUFRECHT, *Entzündung des Processus vermiformis, Perityphlitis; Phlebitis und Thrombose der Vena mesenterica magna; Pylephlebitis* (Berlin. klin. Wochen., 1869). — CUSHMAN, *Disease of the ileo-cæcal region* (Philadelphia med. and surg. Reporter, 1869).

DUGUET, *Note sur un cas de typhlite phlegmoneuse survenue dans le cours d'une entérite tuberculeuse* (Gaz. méd. Paris, 1870). — CAMPBELL, *Cases of perityphlitis abscess* (Brit. med. Journ., 1871). — KÖNIG, *Bemerkungen zur differentiellen Diagnose der Beckenabscesse* (Arch. der Heilkunde, 1870). — ATCHLEY, *A case of psoas-abscess* (The Lancet, 1870). — EDWIN, *Psoas abscess with recovery* (Philadelphia med. and surg. Reporter, 1870). — CLARK, *The treatment of perityphlitis* (Brit. med. Journ., 1871). — JACKSON, *Case of perityphlitis* (Eodem loco, 1871). — PEACOCK, *Perforation of appendix vermiformis* (Trans. of the path. Soc., 1871). — KRAKOWIZER, *Abdominal abscess* (New-York med. Record, 1871). — HERVIEUX, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*. Paris, 1871. — FROMME, *Ueber perityphlitische Abscesse*. Göttingen, 1872. — PATSCHKOWSKI, *Sechs Fälle von Perityphlitis*. Berlin, 1872. — WILLIAMS, *Transact. of the path. Soc.*, 1872. — THOMPSON, *Two cases of perityphlitis in which recovery took place* (The Lancet, 1873). — CHANDELUX, *Note sur un cas de pérityphlite avec épanchement stercoral consécutif* (Lyon méd., 1873). — BOURDEAUX, *Obs. d'un cas de phlegmon de la région iliaque droite* (Arch. méd. belges, 1873). — COURBON, *Mém. sur les abcès de la fosse lombaire*. Paris, 1873. — CUSHING, *Case of pelvic cellulitis complicated with psoas abscess* (Philadelphia med. and surg. Reporter, 1873). — DESPRÉS, *Art. ILIAQUE* in Nouv. Dict. de méd. et chir. prat., t. XVIII. Paris, 1874. — BERNHEIM, *Obs. d'abcès rétro-péritonéal ouvert à travers le diaphragme dans une bronche* (Revue méd. de l'Est, 1874). — PANTHEL, *Ein ohne jedes Symptom entstandener Beckenabscess* (Berlin. klin. Wochen., 1874). — VERNEUIL, *Enorme abcès de la fosse iliaque gauche* (Gaz. hóp., 1874). — WHITALL, KELSEY, WARD, *New-York med. Record*, 1874.

A. PAULIER, *Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite*, thèse de Paris, 1875.

groupe des phlegmons iliaques; ce sont des PÉRITONITES CIRCONSCRITES et pas autre chose. — Quant à l'expression PÉRITYPHLITE, la précision du langage exige qu'on la laisse de côté, elle n'a aucun sens net, car elle embrasse par son sens étymologique toutes les inflammations qui siègent autour du cæcum. On pourrait réserver le nom de *pérityphlite* aux processus intra-péritonéaux et donner celui de *paratyphlite* aux processus phlegmoneux rétro-cæcaux; mais cette terminologie proposée par Oppolzer et adoptée par Boussard dans son travail sur les perforations de l'appendice vermiforme n'a pas été vulgarisée.

#### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Les connexions anatomiques du tissu cellulaire de la fosse iliaque font pressentir, en l'éclairant, la pathogénie des phlegmons de cette région.

Les rapports avec les deux portions du gros intestin qui sont le siège de la stase stercorale et de ses suites, expliquent et l'influence étiologique des ALTÉRATIONS DU CÆCUM, de son *appendice*, de l'S ILIAQUE, et le siège de prédilection à droite, vu la fréquence des lésions du cæcum. L'influence de ces causes, en particulier celle de la *typhlite* et de la *pérityphlite* dans le sens précisé plus haut, contestée par Grisolle, est mise hors de doute par plusieurs observations, notamment par celles de Bartholow, de Farquharson, d'Adler.

L'*ulcération* et la *perforation de l'appendice iléo-cæcal* donnent lieu à la formation d'abcès stercoraux dans la fosse iliaque (*Voy.* plus haut). A cet ordre de causes se rapporte l'observation d'A. Dubois: une lame de fer blanc étant venue s'arrêter dans le cæcum produisit des abcès de la fosse iliaque qui se terminèrent par des fistules, et l'on put extraire le corps étranger par l'un des trajets fistuleux.

La *stase stercorale* dans le cæcum ou dans l'S iliaque a été justement incriminée; Albers assure que dans la typhlite stercorale sans perforation, on voit souvent le tissu cellulaire qui environne le cæcum s'enflammer, mais il ne justifie son opinion par aucun fait. De son côté, le professeur Béhier ne croit pas à l'influence exclusive de l'accumulation des matières fécales sur le développement de la typhlite; il pense au contraire que la stagnation des fèces ne joue qu'un rôle secondaire, et que pour agir, elle doit être favorisée par la présence d'un corps étranger qui vient s'implanter dans le cæcum. — Les faits rapportés par Lebert, Louyer-Villermay et plus récemment par Bachelet sont trop concluants, pour que l'influence de la stase stercorale sur la production du phlegmon iliaque puisse être encore aujourd'hui mise en doute.

Les *concrétions intestinales* agissent de la même manière, soit en produisant l'ulcération de la muqueuse avec laquelle elles sont en contact, soit en déterminant la formation d'une eschare dont la chute entraînera les accidents les plus formidables. Schützenberger a présenté à la société anatomique une pièce qui montre l'étendue des désordres que peuvent causer les entérolithes; il s'agissait dans ce cas d'une perforation gangréneuse de l'appendice iléo-cæcal, consécutive à la présence de concrétions intestinales. De cet accident résulta une pérityphlite des plus intenses qui produisit à son tour un abcès très-considérable de la fosse iliaque droite et une compression de la dernière portion de l'intestin grêle. Il s'ensuivit des symptômes d'étranglement intense qui firent tenter une intervention chirurgicale à la dernière période de la maladie. — Dans le fait rapporté par Leudet, on trouva dans le cæcum 513 calculs formés de phosphate de chaux et de magnésie, lesquels avaient déterminé la perforation de son appendice et consécutivement une pérityphlite supprimée. Petit a récemment publié un exemple analogue.

Au même ordre de causes appartiennent les *lésions de la partie supérieure du rectum* dont Desprès a relaté une intéressante observation: il s'agissait dans ce cas d'une malade atteinte d'un rétrécissement du rectum remontant très-haut; elle fut prise subitement de frissons avec fièvre, et le trente-cinquième jour, le chirurgien ouvrit un abcès qui faisait une saillie apparente au niveau du ligament de Poupert, en dehors des vaisseaux fémoraux. L'abcès fut drainé et la malade guérit. Dans ce fait, l'inflammation de l'intestin avait été la cause réelle de l'abcès de la fosse iliaque.

Les rapports anatomiques du tissu conjonctif iliaque avec le tissu cellulaire des ligaments larges expliquent la fréquence de ces phlegmons chez la femme, dans l'ÉTAT PUERPÉRAL (*plaie, phlébite, angioleucite utérine*) et EN DEHORS DE CET ÉTAT (*métrite, périmétrite, phlegmons des ligaments larges*); on a vu aussi le phlegmon iliaque causé par un *corps fibreux de l'utérus* (chez une femme de 63 ans, Desprès).

Le phlegmon puerpéral débute en général du troisième au dixième jour après l'accouchement (Grisolle); il est rare qu'il se produise après le quinzième jour. La théorie de Levret sur la métastase laiteuse est assurément fautive; mais il est bien remarquable que dans tous les cas observés par Grisolle, les femmes n'avaient point allaité leur enfant. Le phlegmon puerpéral est plus fréquent chez les primipares.

En raison des rapports anatomiques, toutes les causes précédentes donnent lieu à des **phlegmons sous-péritonéaux**; ceux d'origine intestinale sont plus fréquents à droite qu'à gauche, en raison de la plus grande fréquence des lésions du cæcum et de son appendice, comparée à celle des lésions de l'S iliaque et de la partie supérieure du rectum.

Les phlegmons d'origine utérine ou péri-utérine, puerpéraux ou non puerpéraux, sont au contraire plus fréquents à gauche qu'à droite; la rai-

son de ce fait n'est point élucidée, mais on peut en déduire cette conséquence pratique : chez l'homme le phlegmon est plus fréquent à droite; chez la femme il siège au contraire de préférence à gauche.

A la même catégorie, comme mécanisme pathogénique et comme siège (phlegmon sous-péritonéal) appartiennent les phlegmons iliaques consécutifs aux ADÉNITES INGUINALES suppurées et aux PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES; ces derniers faits sont très-rares; Téallier en a rapporté un, j'en ai vu moi-même un exemple très-net; l'abcès dans ce dernier cas fut ouvert au dessous du ligament de Fallope; les symptômes de périnéphrite droite avaient précédé de plusieurs mois l'apparition des symptômes du phlegmon iliaque. L'évacuation de l'abcès se fit heureusement, mais l'ouverture avait été trop différée, et le malade, un homme de 55 ans environ, succomba à l'infection putride.

Les **phlegmons sous-aponévrotiques**, plus rares que les précédents, sont observés dans l'état puerpéral et en dehors de cet état; *puerpéraux*, ils peuvent être consécutifs au phlegmon sous-péritonéal; quand ils sont *primitifs*, ils reconnaissent pour cause le tiraillement du psoas pendant l'accouchement, les contusions, les déchirures de ce muscle (Kyll). — En dehors de l'état puerpéral, ces phlegmons sont très-rares chez la femme; les causes qui leur donnent le plus habituellement naissance sont les contusions, les fractures et les efforts exagérés du muscle psoas. Je ne veux pas tirer de conclusion de deux faits isolés, mais sur trois cas que j'ai observés, deux concernaient des frotteurs de profession. — Dans un cas de Velpeau l'abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque avait succédé à une inflammation de la bourse séreuse, située entre le pubis et le tendon du psoas.

Indépendamment de ces causes spéciales, le phlegmon, tant sous-péritonéal que profond, peut être produit par les CAUSES COMMUNES des inflammations, telles que les plaies (Bell), les coups (Bourienne), les corps étrangers (Dubois), une marche excessive, un effort pour ramener le tronc porté en arrière, ou bien encore l'action du froid (Naumann).

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le foyer phlegmoneux présente des différences de grandeur suivant sa cause et son mode de terminaison. Lorsqu'il a été occasionné par un corps étranger ou par une inflammation de l'intestin, l'abcès est ordinairement étendu; s'il succède à une adénite suppurée, il est circonscrit autour des vaisseaux, et dans ce cas le pus a plus de tendance à remonter vers la paroi abdominale qu'à s'étendre dans la fosse iliaque. Au contraire dans les phlegmons puerpéraux, le pus tend à gagner assez rapidement en étendue, et Bérard a vu un de ces abcès s'étendre d'une fosse iliaque à l'autre.

Les phlegmons iliaques, quel que soit leur siège anatomique primitif, sont assez souvent accompagnés de péritonite plus ou moins circonscrite; un sixième des malades atteints d'abcès de la fosse iliaque seraient, suivant Grisolle, enlevés par cette complication phlegmasique, surtout fréquente dans l'état puerpéral. Cette péritonite n'est cependant pas toujours mortelle, et Perrochaud a rapporté un cas dans lequel le pus s'était enkysté dans la séreuse abdominale, sans provoquer d'accidents funestes.

La poche purulente commençant inférieurement plus ou moins près de l'arcade crurale, se prolonge le plus souvent 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 (Grisolle); la quantité de pus contenu dans le foyer est très-variable: tantôt elle n'est que de 30 à 60 grammes; tantôt elle s'élève à 1 kilogramme et même davantage. Le liquide peut être blanc, crémeux, inodore, louable enfin; mais souvent il est grisâtre, mal lié, fétide, mélangé de gaz.

Il n'est pas rare de trouver les parois du foyer formées par du tissu cellulaire plus ou moins épaissi dont les lambeaux sont gangrenés, et le liquide qu'elles contiennent est brunâtre et ichoreux.

Les parties voisines participent le plus souvent à l'altération et si la suppuration a duré longtemps, on trouve les muscles psoas iliaque et carré lombaire mis à nu dans le foyer. Grisolle, sur 12 autopsies, a rencontré 10 fois une désorganisation plus ou moins complète des muscles: les psoas ont été trouvés 8 fois altérés, le muscle carré des lombes 5 fois et le muscle iliaque 10. La désorganisation est généralement plus profonde dans celui-ci que dans les muscles psoas et carré lombaire. Ses fibres sont noirâtres, ramollies, en partie détruites, disséquées et infiltrées de pus. 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 il adhère plus intimement que d'ordinaire au péritoine, et il est percé d'une ou de plusieurs ouvertures, qui mesurent quelques millimètres ou même plusieurs centimètres d'étendue (Grisolle). Les nerfs et les vaisseaux sont parfois exempts de toute altération; mais d'autres fois ils présentent des lésions plus ou moins profondes; dans un cas rapporté par Trousseau, le nerf crural était disséqué par le pus dans lequel nageaient plusieurs de ses filets, détachés eux-mêmes du faisceau principal, par le travail inflammatoire. Dans quelques faits, les nerfs ont été trouvés tantôt rougeâtres et ramollis (Corbin), tantôt mis à nu et isolés au milieu des détritus musculaires. Quant aux vaisseaux iliaques, ils forment quelquefois un cordon induré; ailleurs ils sont comme disséqués par le pus. Leurs parois peuvent même être amincies et ramollies et leur cavité oblitérée par des caillots. Dans l'exemple observé par Corbin, le foyer occupait la fosse iliaque droite, et s'étendait d'une part, jusqu'à la colonne verté-

brale, de l'autre jusqu'au petit trochanter; la masse des vaisseaux iliaques était indurée et dans quelques points, environnée de petits noyaux de pus concret. Demaux a cité un cas dans lequel le pus s'était fait jour dans la veine cave. Les désordres peuvent être encore plus étendus et l'on a vu dans certains cas, plus rares, il est vrai, les vertèbres lombaires, l'os coxal, la tête du fémur dénudés, rugueux et cariés (Monnot).

Lorsque l'abcès est en même temps sous-péritonéal et sous-aponévrotique, il est souvent difficile et parfois même impossible de déterminer à l'autopsie le véritable point de départ; ce problème est plus aisé à résoudre par l'examen des symptômes. Lorsque l'intestin est le point de départ du phlegmon il y a souvent épanchement des matières fécales dans le foyer, par suite de l'ulcération des tuniques; contrairement à toute prévision, cet accident est beaucoup plus rare quand l'abcès s'est fait jour secondairement dans l'intestin. Dupuytren a invoqué trois raisons pour expliquer cette particularité : en premier lieu la lenteur de l'évacuation qui est graduelle et la pression abdominale qui par son action continue empêche qu'il se fasse un vide dans l'intérieur du foyer purulent; en second lieu, l'obliquité de l'ouverture de communication; enfin le décollement de l'intestin qui fait office de soupape.

Les diverses communications de l'abcès iliaque avec les organes voisins trouveront leur place à propos des terminaisons.

#### SYMPTOMES ET MARCHE.

Le phlegmon iliaque présente divers modes de début : il éclate par un *frisson*, de la fièvre et de la douleur, cette forme est rare; il s'annonce sans frisson par la *fièvre* et la douleur, forme plus fréquente; ou bien il se manifeste seulement par la *douleur*. Ce dernier mode d'invasion est assurément le plus commun; le début par la fièvre vient ensuite. — Enfin, dans quelques cas qui sont exceptionnels, mais dont il importe d'être prévenu, le début est *latent et insidieux*, il n'existe même pas de douleur jusqu'au moment où la tumeur iliaque apparaît.

Le phlegmon, qui succède à la perforation du cæcum ou de son appendice, offre habituellement un début spécial, fréquemment marqué par des symptômes de péritonite; il est ordinairement précédé d'un mouvement fébrile intense, d'une constipation opiniâtre, de douleurs vives, de vomissements bilieux, tous phénomènes qui paraissent se rattacher bien moins, je le répète, au phlegmon iliaque lui-même qu'à la phlegmasie antécédente de l'intestin et du péritoine.

Le *FRISSON* ne se montre guère que dans les phlegmons puerpéraux et encore n'est-il pas constant dans ce dernier cas. Sur 56 observations analysées par Grisolle, le frisson n'a été noté que cinq fois, et sur ce nombre,

trois fois chez des femmes nouvellement accouchées; si le frisson initial est rare et peut même être considéré comme exceptionnel, il n'en est plus de même de ces frissons erratiques qui se montrent dans le cours de la phlegmasie et trahissent la formation de l'abcès iliaque; ces frissonnements peuvent quelquefois être remplacés par des frissons violents et prolongés qui indiquent également que le pus est réuni en foyer.

La *FIÈVRE* accompagne le phlegmon iliaque dans les trois quarts des cas au moins. Elle est habituellement intense lorsque le phlegmon iliaque succède à une perforation cæcale ou se développe à la suite de l'inflammation d'un organe pelvien; elle est au contraire faible ou nulle, quand l'abcès commence sourdement, et sans réveiller de phénomènes douloureux.

La fièvre n'a pas une marche cyclique, régulière, à stades définis. C'est à l'étendue, à la gravité et à la marche de l'inflammation qu'elle est étroitement subordonnée. La température se maintient d'ordinaire entre 38° et 39° et atteint ou dépasse très-rarement 40°, si ce n'est dans les cas de péritonite concomitante. Le pouls est augmenté de fréquence, et varie chez l'adulte de 90 à 120 pulsations; il est en général un peu dur et serré, et ne subit de modifications profondes que dans les cas graves; il peut prendre alors tous les caractères du pouls de la péritonite : petit, fréquent, filiforme, il fuit sous le doigt et ne se laisse compter que difficilement.

La *DOULEUR* présente des caractères et une intensité variables, mais elle est constante. Le plus ordinairement vive, elle se montre dès le début; il est très-rare qu'elle ne se manifeste qu'au bout de quelques jours. Plutôt brûlante que poignante, continue sans exacerbations spontanées, cette douleur est augmentée par la pression qui lui donne un caractère incisif, aussi bien que par les mouvements du tronc et par les efforts de toux, et par l'extension brusque de la cuisse. D'autres fois, la douleur spontanée est sourde, gravative, obscure, profonde et accompagnée d'un engourdissement du membre correspondant. Dans certains cas elle est vive, aiguë, lancinante, pulsative, avec irradiations névralgiques vers les organes génitaux et le membre inférieur, dans l'aîne, le périnée, plus rarement dans le flanc et l'hypochondre droits et jusque vers l'épaule.

Le siège de la douleur à la pression est le plus souvent limité à la fosse iliaque, quoique certains malades rapportent leur souffrance à des points plus ou moins éloignés, comme l'hypogastre ou la région inguinale. Parfois à ces phénomènes douloureux s'ajoute un sentiment de lourdeur et de fatigue dans les lombes, ou dans la région rénale (Kyll).

Les *VOMISSEMENTS* et les nausées font partie des symptômes du début; ils peuvent persister pendant plusieurs jours et reparaitre à la suite d'un écart de régime; mais lorsqu'ils se montrent à une période avancée de la maladie, ils ont parfois une extrême gravité, car ils indiquent l'imminence d'une péritonite aiguë généralisée; alimentaires d'abord, puis bilieux, ils