

deviennent bientôt porracés, et sont accompagnés de hoquet, présage certain d'une terminaison fatale. — Suivant Desprès, les vomissements bilieux qui surviennent dans le cours du phlegmon iliaque, seraient un indice de la formation du pus.

La CONSTIPATION est très-fréquente et persiste opiniâtrement jusqu'à la fin, dans le cas où le phlegmon occupe la fosse iliaque gauche. Sur 34 observations dans lesquelles l'état des voies digestives a été précisé, Grisolles a trouvé 25 fois ce symptôme prédominant.

La constipation précède et accompagne l'abcès consécutif aux lésions du cæcum; mais dans certains cas plus rares, on peut observer de la diarrhée et même un flux dysentérique avec ténésme rectal et vésical. Dans le cours des inflammations du cæcum et de son enveloppe cellulaire, les matières fécales doivent toujours être examinées. Quand il y a des signes rationnels de suppuration, on peut trouver dans les selles des quantités plus ou moins abondantes de pus, dont aucune douleur, aucun accident capable d'éveiller l'attention, n'a fait soupçonner l'évacuation par l'intestin. Une fois reconnue, l'existence du pus dans les fèces doit être constatée tous les jours, et si l'on voit sa proportion diminuer graduellement, en même temps que la tumeur revient sur elle-même, on est autorisé à penser que la maladie marche vers sa terminaison (Paulier). La TUMÉFACTION de la région iliaque est avec la douleur le meilleur signe du phlegmon; son apparition est d'autant plus tardive que l'abcès est plus profond; elle présente en outre des différences notables d'étendue, de siège et de forme suivant que le phlegmon est *sous-péritonéal* ou *sous-aponévrotique*. Dans le premier cas, la tumeur est ovoïde, proéminente, arrondie, sans bosselures, dure, légèrement rénitente, assez nettement circonscrite, et elle présente parfois une mobilité très-restreinte. Son volume varie en général de la grosseur d'une noix à celle d'une orange; les dimensions habituelles sont celles d'un œuf de poule; mais lorsqu'elle envahit toute la fosse iliaque, il est difficile d'en préciser exactement les limites, qui peuvent d'ailleurs être très-étendues.

Si le phlegmon est *sous-aponévrotique*, la tuméfaction est plus profonde, moins volumineuse, mal circonscrite, complètement immobile et aplatie.

Le phlegmon d'*origine ganglionnaire* offre une situation et une forme spéciales qui méritent d'être notées: l'abcès est de suite apparent, et le malade lui-même constate la présence d'une tumeur dans la partie de la paroi abdominale qui appartient à la région du pli de l'aîne. La gêne de la marche est dans ce cas le premier symptôme qui éveille l'attention (Desprès).

Les troubles dans les *mouvements du membre inférieur* sont très-accusés lorsque le phlegmon envahit les muscles iliaques et psoas; dans ce cas, non-seulement les mouvements d'extension de la cuisse sont extrêmement douloureux, mais encore la marche est devenue à peu près im-

possible. — La COMPRESSION exercée par la tumeur iliaque sur les muscles pelviens peut être suffisante pour produire la claudication et la gêne des mouvements, en l'absence de toute altération des fibres musculaires elles-mêmes. — Cette même compression peut porter sur les *vaisseaux* et sur les *nerfs* de la région iliaque ainsi que sur l'*intestin*. Elle se traduit par de l'engourdissement et un abaissement de température du membre pelvien correspondant (compression des artères iliaques); par un œdème borné aux malléoles ou étendu à tout le membre (compression veineuse); par des douleurs vives, aiguës, lancinantes, névralgiques, irradiant vers les organes génitaux, dans l'aîne, la cuisse ou la jambe du côté affecté, suivant le trajet du nerf iléo-scrotal, crural ou sciatique; d'autres fois par des fourmillements incommodes à l'extrémité du membre inférieur (compression nerveuse); enfin par une constipation opiniâtre, par la difficulté de l'excrétion gazeuse et par le météorisme (compression du cæcum ou de l'S iliaque). C'est également à la compression exercée par la tumeur phlegmonneuse sur la *vessie* qu'il faut attribuer la difficulté et la douleur qui accompagnent l'excrétion de l'urine; mais ces symptômes vésicaux sont rares.

Terminaisons. — La RÉSOLUTION est la terminaison la plus heureuse mais aussi la plus rare du phlegmon iliaque. Grisolles ne l'a vue s'opérer que 2 fois dans les douze observations qu'il a recueillies; Menière l'aurait constatée 11 fois sur 16 cas; mais les recherches ultérieures de Grisolles n'ont pas modifié la proportion qu'il avait établie dans son premier travail, car il n'a trouvé que 9 fois sur 73 la résolution complète. Elle s'opère en général avec lenteur, et ce n'est qu'après un à trois mois qu'elle est définitive; 2 fois seulement elle a paru s'effectuer en quinze et vingt jours. Cette heureuse terminaison n'est pas démontrée pour le phlegmon puerpéral.

La SUPPURATION est la terminaison la plus commune du phlegmon iliaque; elle est constante dans le phlegmon puerpéral, et dans celui qui est consécutif aux perforations de l'intestin et de l'appendice iléo-cæcal. — La formation du pus est ordinairement assez tardive; les faits de Grisolles la montrent débutant au plus tôt au douzième jour et retardée souvent jusqu'au soixantième. Il trouve la cause de cette particularité dans l'organisation du tissu cellulaire des fosses iliaques, dont les lamelles assez denses et serrées renferment peu d'éléments graisseux. La suppuration est annoncée par des signes généraux et locaux qu'il importe de bien connaître: la fièvre, le plus souvent précédée de frissons erratiques, s'éveille ou s'exaspère, et présente des redoublements vespéraux; la température s'élève, la peau devient moite ou se couvre de sueurs abondantes. La douleur locale, au lieu de diminuer, devient lancinante ou pulsatile; la tumeur élargie, empâtée, immobile et dure ne tarde pas à se ramollir; bientôt la palpation y fait découvrir un point fluctuant, et peu

de temps après, la FLUCTUATION est perceptible sur toute la surface qui devient plus ou moins proéminente, suivant la direction que tend à prendre le contenu du foyer purulent. — La fluctuation est parfois difficile à percevoir et pour la rendre plus manifeste, Récamier recommande de combiner la palpation abdominale avec le toucher vaginal ou rectal.

En même temps que se développent les précédents phénomènes, les signes de compression intestinale, nerveuse et vasculaire, aussi bien que les troubles de mouvement dans le membre correspondant s'aggravent, ou apparaissent pour la première fois. — La constipation est plus opiniâtre, les élancements douloureux plus intenses, la rétraction du membre et la difficulté de ses mouvements plus accentuées, enfin l'œdème péri-malléolaire se montre, s'accroît ou s'étend à l'extrémité inférieure.

La fluctuation peut présenter des variations d'un jour à l'autre, par suite du déplacement du pus, soit vers le bassin, soit vers les lombes avec décollement du côlon.

Le pus une fois formé peut-il se résorber? Grisolles croit ce mode de terminaison possible et dit même en avoir observé un exemple. Ce fait serait en tout cas le seul exemple de résorption spontanée d'un abcès iliaque et, partant, il montre la rareté de cette issue favorable.

L'ÉVACUATION DU FOYER se fait par diverses voies que je vais successivement examiner par ordre de fréquence décroissante. Le pus peut se vider à l'extérieur à travers la *paroi abdominale*; telle est la voie qu'il suit après une intervention chirurgicale opportune; souvent aussi sans incision préalable, on voit au-dessus de l'aîne, vers la partie externe de l'arcade fémorale, la peau s'œdématiser, puis rougir, s'amincir, tandis que la fluctuation devient superficielle, et enfin les téguments se perforent, donnant issue au contenu du foyer. — Dupuytren pensait que l'évacuation à travers la paroi postérieure de l'abdomen était préférable; aussi dans un cas a-t-il tenté avec succès une ouverture profonde de l'abcès iliaque, à travers le muscle carré des lombes; mais il est rare que le pus suive spontanément cette voie.

Quelquefois la migration du pus se fait *au-dessous de l'arcade de Fallope* et les désordres qui l'accompagnent diffèrent suivant que l'abcès primitif est sous-péritonéal ou sous-aponévrotique. Dans le premier cas, le pus fuse dans la cuisse, se place en dedans et en avant des vaisseaux fémoraux, sans altérer la structure des muscles psoas et iliaques. Mais si l'abcès est sous-aponévrotique, le pus contenu dans la gaine fibreuse du fascia iliaca, arrive jusqu'au petit trochanter, et vient faire saillie à la partie supérieure et interne de la cuisse (Grisolle). — Lorsque le pus a suivi cette dernière direction et présente cette origine, il peut envahir la bourse synoviale du psoas iliaque qui communique souvent avec l'articulation coxo-fémorale, et dans ce dernier cas s'épancher par cette voie indirecte dans la cavité articulaire elle-même.

Le pus peut suivre une voie diamétralement opposée, et la migration se fait alors de *bas en haut* jusqu'aux reins et au foie, en cheminant au-dessous du gros intestin; elle peut même être encore plus étendue comme dans le fait rapporté par A. Bérard, où un abcès développé à gauche entre le côlon et la paroi abdominale s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite, en remontant sur le côté de la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic. — La migration du pus *vers le bassin* est très-rare, sauf à gauche où elle est facilitée par le tissu conjonctif contenu dans les lames du repli mésentérique de l'S iliaque. Tel était sans doute le cas de Velpeau qui vit un abcès iliaque se faire jour par la grande échancrure sacrosciatique en arrière du grand trochanter.

Les abcès des fosses iliaques s'ouvrent fréquemment dans les *organes voisins*, en particulier dans le gros intestin (surtout quand ils siègent à droite, et les dispositions anatomiques des parties rendent aisément compte de cette différence); tantôt il n'existe qu'une seule ouverture de communication (Vigla, A. Bérard), tantôt la perforation est multiple (Ménière, Grisolles); quelquefois l'orifice accidentel est garni, en dedans ou en dehors d'un bourrelet saillant qui, suivant sa disposition, gêne ou favorise la pénétration du pus dans la cavité intestinale.

Dans certains cas la communication entre le foyer purulent et l'intestin est opérée au moyen de l'appendice iléo-cæcal, ordinairement alors frappé de gangrène, mais il est à présumer que dans ces cas, l'altération profonde de l'appendice vermiforme est la cause première de tous les accidents.

L'abcès peut se faire jour non-seulement dans le cæcum mais aussi, plus rarement il est vrai, dans le côlon descendant et dans le rectum. La perforation de ce dernier, plus fréquente dans les abcès iliaques gauches, peut cependant succéder à un phlegmon siégeant à droite, ainsi que Rigaud l'a observé; plus récemment Adler en a publié, en 1868, un exemple intéressant: chez une jeune femme atteinte de typhlite stercorale compliquée de péritonite circonscrite, d'abcès phlegmoneux iliaque et de rétention d'urine, quatre semaines après l'apparition de ce dernier phénomène, l'examen par l'anus démontra l'existence d'une tumeur fluctuante sur la paroi antérieure du rectum; après de violentes douleurs, la malade évacua par l'anus trois chopines de pus; l'orifice de perforation accessible au toucher était de la grandeur de l'extrémité du doigt; malgré la durée, l'abondance de la suppuration et l'affaiblissement extrême que celle-ci avait entraîné, la malade finit par se rétablir complètement.

L'époque de la perforation intestinale varie en général de 15 jours à trois mois, mais il n'est pas toujours facile de préciser le moment où l'abcès iliaque s'est ouvert dans l'intestin. Quelquefois une douleur vive, suivie de coliques et de l'apparition de selles purulentes, annonce l'ouverture du

foyer de suppuration; mais le plus souvent le malade n'éprouve qu'un simple besoin de défécation et rend des matières liquides où l'on trouve du pus mélangé de sang. Lors de l'évacuation, la tumeur diminue, quelquefois même s'affaisse brusquement; mais si la perforation intestinale est petite, étroite ou sinueuse, l'évacuation du foyer est lente et difficile et la tumeur change alors peu de volume; souvent même dans ce cas, l'examen le plus attentif des garde-robes ne permet pas de découvrir la matière purulente.

Lorsque la paroi abdominale est perforée en même temps que l'intestin, on peut observer l'issue des matières fécales et l'établissement d'une fistule stercorale en général curable; aux signes précédents se joignent la fétidité du pus, sa coloration brunâtre, son aspect mal lié et la présence de gaz sous forme de bulles qui viennent éclater à l'orifice cutané. Si l'ouverture artificielle de la peau a précédé la perforation de l'intestin, on doit s'attendre à l'issue possible des matières stercorales à travers la plaie (Dupuytren).

Chez la femme, les abcès des fosses iliaques s'ouvrent assez fréquemment dans le *vagin*, et cette terminaison est observée de préférence dans les phlegmons du côté gauche. Grisolle explique cette sorte de prédilection par la tendance plus grande des abcès de la fosse iliaque gauche à envahir le bassin; il est probable, que c'est en fûsant le long du rectum que le pus finit le plus souvent par aboutir au vagin; on conçoit aussi qu'il puisse y arriver en suivant les parties latérales de la vessie. L'affaissement de la tumeur iliaque, un écoulement vaginal de matière épaisse, survenant rapidement, sont les signes auxquels on reconnaît d'ordinaire ce mode de terminaison. Dans certains cas, le toucher vaginal en faisant percevoir une saillie fluctuante a permis d'annoncer l'imminence de la perforation; d'autres fois la simple introduction du speculum, en provoquant la rupture de la paroi vaginale, a donné lieu à l'écoulement du pus contenu dans la tumeur (Piotay, Perrochaud). Bourdon a rapporté plusieurs faits dans lesquels l'abcès a été vidé par cette voie, à l'aide de l'instrument tranchant.

Plus rarement l'abcès iliaque se fait jour par une perforation de l'*utérus*; dans les deux faits où ce mode d'évacuation a été mentionné, il s'agissait de phlegmons puerpéraux (Dance, Béhier).

Dans quatre cas, la collection purulente s'est ouverte dans la *vessie* (Dance, Ménière, Johnson, Debout) et, dans les trois derniers le pus s'était frayé en même temps une issue dans l'intestin ou à travers la peau. Une envie subite d'uriner, suivie de l'expulsion d'une quantité plus ou moins considérable de pus, indique cette terminaison. Les jours suivants la miction est fréquente, la vessie quelquefois un peu sensible et les urines restent purulentes. D'autrefois les malades n'éprouvent aucun phénomène insolite du côté des voies urinaires, et l'affaissement de la tumeur iliaque est avec

la purulence de l'urine le seul indice de la perforation. J'en ai vu moi-même un exemple à répétition.

Un mode de terminaison à la fois aussi rare que fâcheux est la pénétration du pus dans la *veine cave* inférieure. Dans le seul fait rapporté par Demaux, la mort fut instantanée.

Je citerai enfin comme exemples de migration lointaine et peu commune les cas où l'on a vu le pus remonter le long de la paroi postérieure de l'abdomen, perforer le diaphragme pour aller s'ouvrir dans la *plèvre*, dans le *poumon* ou dans le *péricarde*; ces faits sont heureusement exceptionnels et ne méritent de figurer ici qu'à titre de singularités pathologiques.

Lorsque l'abcès iliaque s'est fait jour à travers la peau ou à travers la paroi d'un organe creux (intestin, vagin, vessie) les phénomènes qui suivent l'évacuation du foyer sont à peu près les mêmes dans les cas heureux: la suppuration diminue peu à peu, les parois du foyer se rapprochent et la guérison a lieu. Mais cette marche vers une solution favorable n'est pas toujours aussi régulière ni aussi prompte; la persistance plus ou moins longue d'une suppuration abondante, en jetant les malades dans le marasme entrave souvent la guérison, et parfois même précipite l'issue fatale. La voie par laquelle le pus s'échappe au dehors n'est pas sans influence sur la rapidité de la convalescence. Les abcès qui s'ouvrent dans le gros intestin sont en général ceux qui guérissent le plus promptement; par contre, les malades chez lesquels on ouvre le foyer à l'aide de l'instrument tranchant ont une suppuration qui persiste parfois durant deux ou trois mois, en moyenne 27 jours (Grisolle). Cette persistance de la suppuration n'est pas le seul danger que l'on doive redouter; on peut craindre encore après l'ouverture artificielle du foyer, des accidents de fistule et même de hernie intestinale à travers l'orifice fistuleux de la paroi abdominale (Blandin).

Dans trois observations rapportées par Paulier, la guérison de la perityphlite a été suivie à un mois de distance de l'apparition d'une hernie crurale (2 fois) et inguinale (1 fois). La suppuration laisse après elle, dans le tiers des cas, un léger engorgement ou des noyaux d'induration qui peuvent finir par être résorbés; ces engorgements consécutifs occupent tantôt exclusivement le tissu cellulaire, et tantôt aussi le chapelet des ganglions qui accompagnent l'artère iliaque externe.

La terminaison par GANGRÈNE est rare, sauf dans les phlegmons consécutifs aux perforations du cæcum et de son appendice. Cette complication redoutable est parfois annoncée par la fétidité du pus, par la prostration et par des phénomènes adynamiques; d'autres fois elle n'est reconnue qu'à l'autopsie ou bien au moment où l'on incise le foyer. Son ouverture artificielle donne alors issue à un liquide ichoreux, sanieux et fétide, mêlé de gaz, parfois de matières fécaloïdes et de lambeaux sphacelés de tissu cellulaire, de fibres musculaires ou tendineuses. La mort est la consé-

quence presque inévitable de tels désordres; toutefois il existe quelques rares exemples de guérison (2 cas sur 7). — Dans les phlegmons non gangréneux la mort est amenée par l'épuisement qui succède à l'abondance de la suppuration, ou par un érysipèle; enfin les malades peuvent être brusquement enlevés en douze ou vingt-quatre heures, à la suite de l'épanchement du pus dans le péritoine. Dans un cas rapporté par Perrochaud la péritonite fut foudroyante. Quelquefois la séreuse abdominale s'enflamme sans perforation, et par simple extension de la phlegmasie au péritoine voisin du foyer purulent; cette complication ne tarde pas à emporter le malade.

Une terminaison peu fréquente mais importante à connaître est la PYLÉ-PHLEBITE avec PYÉMIE consécutive avec ou sans abcès du foie, de la rate ou des poumons; cette terminaison n'a été vue que dans les abcès consécutifs à la typhlite et à la pérityphlite; elle a été très-nettement établie par les observations de Baernhoff, de Briess, d'Aufrecht et de Fräntzel (1).

DIAGNOSTIC.

Par son caractère d'acuité fébrile, le phlegmon iliaque est nettement différencié des TUMÉFACTIONS INDOLENTES qu'on peut observer dans la même région; même quand elle devient douloureuse, la tumeur stercorale en est facilement distinguée. — La PÉRITONITE ILIAQUE pourrait plus aisément induire en erreur; mais les phénomènes généraux qui l'accompagnent sont plus violents, et les résultats fournis par la palpation diffèrent essentiellement dans les deux cas, du moins au début. La tumeur péritonitique n'offre jamais cette élasticité, cette résistance, cette dureté qui caractérisent les phlegmons; elle présente au contraire une mollesse remarquable et parfois même une fluctuation manifeste dès son apparition.

Le diagnostic différentiel de la TYPHLITE et des phlegmons iliaques est d'autant plus difficile à établir que le tissu cellulaire péri-cæcal participe fréquemment à l'inflammation du cæcum. Presque toujours en effet ces deux affections se confondent, et quand sur le cadavre on se trouve en présence d'un foyer purulent occupant toute la région de la fosse iliaque et s'ouvrant à la fois dans le cæcum et dans la vessie, il est impossible de dire, surtout quand on ignore la marche des accidents, si le point de dé-

(1) BAERNHOFF, *Perityphlitis mit secundärer suppurativer Pfortaderentzündung* (Beiträge zur Heilkunde; Riga, 1855). — BRIESS, *Leberabscess unter dem Krankheitsbilde einer acuten Leberatrophie verlaufend* (Wiener med. Presse, 1869). — AUFRECHT, *Entzündung des Processus vermiformis, Perityphlitis; Phlebitis und Thrombose der Vena mesenterica magna; Pylephlebitis* (Berlin. klin. Wochen., 1869). — FRÄNTZEL, *Ein Fall von Pylephlebitis nebst diagnostischen Bemerkungen* (Eodem loco, 1869).

part a été le cæcum ou le tissu cellulaire de la fosse iliaque (Paulier). Le diagnostic n'est possible qu'au début de la maladie et encore seulement dans les cas où la tumeur est molle, dépressible, indolente, et présente une certaine mobilité. L'engouement simple du cæcum est en outre susceptible de diminuer d'un jour à l'autre, surtout à la suite d'évacuations alvines abondantes. Blatin a proposé un ingénieux moyen de diagnostic dans les cas douteux: c'est de remplir d'eau le cæcum à l'aide d'un lavement abondant. L'intestin devient alors un tube plein, mat et facile à limiter par la palpation.

Un ABCÈS FROID symptomatique d'une lésion du rachis ou de l'os iliaque serait difficilement confondu avec le phlegmon; mais Bérard a cité deux faits d'abcès par congestion enflammés secondairement, et accompagnés de fièvre avec œdème, rougeur et empatement des parois abdominales, qui rendaient la méprise possible; en pareils cas le diagnostic devra se fonder principalement sur les antécédents du sujet et sur les phénomènes précurseurs de l'abcès.

Nélaton a rapporté un exemple de REIN DROIT DÉPLACÉ et suppuré qui fut pris pour un phlegmon iliaque; le diagnostic est impossible si l'on n'a pas eu connaissance du déplacement du rein avant son inflammation, car la tumeur à laquelle il donne lieu est douloureuse, fluctuante et accompagnée de phénomènes fébriles; on a même noté dans un cas des selles purulentes par ouverture de la collection néphrétique dans l'intestin (cas de Cruveilhier). L'examen des urines et l'absence des troubles digestifs prémonitoires ne suffisent pas en général pour établir une diagnose aussi délicate. — La PÉRINÉPHRITE SUPPURÉE se distingue aisément par son siège du phlegmon iliaque; mais dans certains cas, très-rare à la vérité, l'inflammation se propageant de la fosse iliaque à la région lombaire peut simuler tardivement les signes d'un abcès périnéphrique. Mais l'ouverture de la collection purulente et les caractères de son contenu différent dans les deux cas, ne tarderont pas à lever tous les doutes.

Le diagnostic de la LYMPHADENITE ILIAQUE décrite par Van Lair présente de sérieuses difficultés; dans ce cas en effet, aussi bien que dans le phlegmon, on trouve une tumeur profonde dans la fosse iliaque, la douleur est également très-vive à ce niveau, enfin on peut observer aussi une constipation rebelle et une rétraction plus ou moins marquée du membre inférieur correspondant; mais ces derniers symptômes sont la règle dans le phlegmon et l'exception dans l'adénite. Dans l'abcès iliaque, quand il est sous aponévrotique, la tuméfaction est diffuse, aplatie, sans bosselures, et détermine des douleurs lancinantes, irradiant vers le membre inférieur et les parties génitales, avec engourdissement des extrémités pelviennes. Les éléments sémiologiques qui caractérisent essentiellement l'adénite aiguë protopathique des ganglions iliaques externes sont les suivants: Développement rapide et spontané d'une tumeur occupant le trajet