

et suivant la direction des vaisseaux iliaques externes, affectant une forme oblongue et produisant une tuméfaction sensible de la paroi abdominale antérieure dans le point qui lui correspond. La surface de cette tumeur est légèrement bosselée, son extrémité supérieure se perd à quelque distance de l'ombilic, l'extrémité inférieure se continue insensiblement avec les ganglions cruraux que l'on trouve parfois engorgés. La douleur, sourde au début et généralement circonscrite, va en s'accroissant au fur et à mesure que la tumeur se développe; elle est tensile et s'exaspère par la pression. On observe parfois une rétraction non douloureuse du membre pelvien correspondant, et exceptionnellement des phénomènes d'étranglement intestinal. — Réaction fébrile nulle ou presque nulle, marche aiguë régulière, terminaison par résolution. Prédilection marquée pour le côté droit. — Tels sont les caractères assignés par Van Lair à la lymphadénite aiguë des ganglions iliaques externes.

Je ne signale ici que pour mémoire certaines affections qui pourraient être confondues avec les phlegmons iliaques, telles que : le *cancer du cæcum*, de la fosse iliaque, les *kystes ovariens* et les *fibromes utérins enflammés*, les *phlegmons et abcès de la paroi abdominale*; il suffit que l'attention soit appelée sur la possibilité de semblables accidents pour éviter en général toute méprise.

Quant au diagnostic différentiel du *phlegmon sous-péritonéal* et du *phlegmon sous-aponévrotique*, il est habituellement assez facile; le premier occupe exactement la fosse iliaque, a une marche plus rapide; la palpation fait percevoir d'abord un empatement profond mais circonscrit, puis de la fluctuation au-dessus de l'arcade fémorale; le phlegmon sous-aponévrotique donne lieu à une tumeur très-profonde, mal limitée, à une douleur sourde, dilacérante, plus marquée dans la région lombaire que dans la fosse iliaque, et accompagnée d'une rétraction douloureuse du membre pelvien dont les mouvements réveillent et exaspèrent les souffrances. Enfin le pus une fois formé tend à se faire jour sous l'arcade de Fallope en dehors des vaisseaux fémoraux et peut aller même jusque sur le petit trochanter. Plus rarement l'accumulation du pus a lieu au-dessus de l'arcade crurale et dans ce cas, le diagnostic peut présenter quelques incertitudes, comme dans le fait rapporté par Pfeufer où un abcès sous-aponévrotique de forme bilobée faisait saillie à la fois au-dessus et au-dessous du ligament de Poupert.

#### PRONOSTIC.

Le pronostic des phlegmons iliaques est grave, puisque dans les 73 cas réunis par Grisolle, la mort est notée 20 fois, et dans onze autres cas, les symptômes devinrent assez redoutables pour inspirer les plus vives inquiétudes sur l'issue de la maladie. Le pronostic présente des différences

selon la cause et le siège, suivant le mode de terminaison et suivant l'état du sujet affecté.

Les phlegmons puerpéraux sont, à bon droit, considérés comme les plus dangereux (7 morts sur 17). Viennent ensuite les phlegmons qui succèdent aux perforations intestinales (phlegmons stercoraux); ceux-ci tiendraient même le premier rang au point de vue de la gravité d'après certains auteurs.

Les abcès iliaques les moins redoutables sont ceux qui succèdent à une inflammation des ligaments larges ou à une adénite profonde.

Le phlegmon sous-péritonéal semble plus fâcheux que l'abcès sous-aponévrotique; car on peut redouter dans le premier cas l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale; mais l'étendue et la gravité des désordres qu'entraîne le second, compensent amplement les dangers de cette brusque terminaison qui du reste se rencontre assez rarement. Ainsi donc, sauf l'imminence de cette complication péritonitique, l'abcès sous-péritonéal autorise à porter un pronostic relativement plus rassurant que celui du phlegmon sous-aponévrotique. La voie suivie par le pus et le lieu où il vient se frayer une issue ne sont pas sans influence sur la marche de la maladie, et méritent d'être pris en considération dans le pronostic.

L'évacuation du pus à travers la paroi abdominale s'est montrée favorable dans la plupart des cas (12 fois sur 14), mais il n'en a pas été de même lorsque l'ouverture cutanée coïncidait avec des perforations secondaires des intestins. L'ouverture double à l'extérieur et dans le tube digestif est en effet infiniment plus grave que l'ouverture intestinale isolée, ou que l'ouverture cutanée seule (4 morts sur 7). Sur 6 malades, chez lesquelles l'abcès s'est ouvert dans le vagin, 1 seule a succombé; et sans doute dans ce cas, le pus s'était frayé plusieurs voies. L'ouverture du foyer dans la vessie peut également être regardée comme une terminaison favorable.

La terminaison par gangrène n'implique pas toujours une inévitable léthalité, puisque deux faits de guérison ont été observés après l'expulsion de lambeaux sphacelés.

On ne doit pas oublier enfin que dans les cas peu fréquents où la résolution spontanée s'opère, les rechutes sont imminentes et peuvent entraîner de nouveaux accidents; cette fâcheuse prédisposition impose donc certaines réserves au pronostic.

#### TRAITEMENT.

Les saignées locales, les sangsues dont on faisait autrefois un si grand usage, ne sont applicables que tout à fait au début, et encore est-il nécessaire de tenir compte de la constitution du sujet.

C'est ainsi que chez les nouvelles accouchées menacées de phlegmon iliaque, les émissions sanguines sont bien rarement indiquées. Les bains

tièdes, les fomentations émollientes, les cataplasmes laudanisés constituent les moyens les plus fréquemment mis en usage. J'ai recours habituellement aux vésicatoires volants appliqués loco dolenti et pansés avec l'onguent napolitain simple ou belladonné. Cette méthode m'a rendu déjà de nombreux services et je ne saurais trop en recommander l'emploi. Les laxatifs doux sont utiles pour combattre la constipation. Si la fièvre de suppuration est vive, on pourra administrer le sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigrammes à un gramme par jour.

Quand l'abcès est formé, s'il est superficiel, il faut intervenir activement; des vésicatoires coup sur coup ont réussi plusieurs fois à donner issue au pus; ce n'est pas une résorption qui s'opère en pareil cas, c'est une simple filtration à travers la peau amincie; il y a en un mot quelque chose de comparable à ce qui s'est passé dans l'observation rapportée par Dupuy où l'abcès s'est vidé par une piqûre de sangsue.

Mais cette heureuse terminaison est rarement obtenue et le plus souvent, en dépit de tous les moyens, la collection purulente se développe, la fluctuation devient manifeste et l'abcès fait saillie sous la paroi abdominale œdémateuse et soulevée, son ouverture est imminente. Que faire en pareil cas? Cette question a été diversement résolue par les auteurs. Les uns avec Baglivi et Dance sont d'avis d'attendre patiemment l'évacuation spontanée de l'abcès; les autres et à leur tête les chirurgiens du dernier siècle penchent pour l'incision immédiate; d'autres enfin blâmant une expectation coupable autant qu'une intervention trop hâtive, ne conseillent d'ouvrir le foyer que s'il adhère intimement à la paroi abdominale. « En principe, suivant Desprès, les abcès de la fosse iliaque, passé le quinzième jour, ne sont jamais ouverts trop tôt; s'il y a eu tant d'accidents jusqu'ici, à la suite de l'ouverture des abcès de la fosse iliaque, c'est qu'ils ont été ouverts trop tard. » La collection purulente peut être ouverte soit par le bistouri, soit par les caustiques. Le premier procédé est surtout applicable aux cas où la tumeur fait corps avec la paroi abdominale, et présente un point mou, fluctuant, entouré d'une zone rouge et indurée. L'incision est généralement pratiquée au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle; c'est ordinairement à ce niveau que l'abcès vient faire saillie. Les abcès sous-péritonéaux datant de plus de douze jours, et qui n'adhèrent pas à la paroi abdominale devront être plutôt ouverts par les caustiques; on appliquera la pâte de Vienne qu'on laissera en place pendant une demi-journée; puis le lendemain l'eschare sera incisée par le procédé de Récamier.

Enfin on peut recourir encore à la ponction faite soit à l'aide d'un gros trocart courbe muni d'un tube à drainage, suivant la méthode de Chassaignac, soit à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy. Cet ingénieux appareil pourrait encore permettre de pratiquer une ponction exploratrice dans les cas où le foyer est profondément situé et la fluctuation obscure et douteuse.

Tout récemment, Gauley de New-York a insisté sur les avantages de l'incision prématurée des abcès iliaques, proposée en 1856 par Lewis et vulgarisée en Amérique par Pasker. L'auteur croit qu'il n'est même pas nécessaire que la fluctuation soit manifeste, et que l'incision peut être pratiquée avant le septième ou le huitième jour; il rapporte à l'appui de son opinion 17 guérisons sur 25 cas d'abcès iliaques consécutifs à la pérityphlite. Cette méthode nouvelle pleine de hardiesse paraît avoir donné de bons résultats entre les mains des praticiens de l'Angleterre et de l'Amérique, mais elle n'a pas encore été assez souvent mise en pratique en France, pour que l'on puisse juger définitivement de sa valeur ou de ses dangers.

Quel que soit le procédé mis en usage pour ouvrir le foyer purulent, il est urgent quand la suppuration se prolonge, de soutenir les forces du malade par un traitement tonique et par une alimentation réparatrice, et d'éviter la stagnation et la décomposition du pus par le drainage et les injections détersives.

#### CHAPITRE IV.

##### DYSENTÉRIE.

La dysentérie (1) est une COLITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE TRANSMISSIBLE, caractérisée par du ténesme, des épreintes, l'excrétion répétée de mucosités sanguinolentes, et un état général plus ou moins grave. La maladie est *sporadique, endémique* ou *épidémique*.

##### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La *dysentérie sporadique* atteint indistinctement les deux sexes à tous les âges; elle présente son maximum de fréquence dans les saisons de transition, et notamment à la fin de l'été, alors que des soirées et des

(1) STRACK, *Tract. med. de dysenteria*. Mainz, 1760. — C. RAHN, *Anleitung zur richtigen Erkenntniss und Heilung der Ruhr*. Zurich, 1765. — TISSOT, *Lettre à Zimmermann sur l'épidémie courante*. Lausanne, 1765. — MARTENS, *Epidemiæ Viennæ observatæ, etc.* Viennæ, 1766. — ZIMMERMANN, *Von der Ruhr unter dem Volke im J. 1765 und den mit derselben eingedrungenen Vorurtheilen*. Zurich, 1767. — PRINGLE, *Edinb. med. Essays*, V. — *On Diseases of the army in camp, etc.* London, 1772. — BALDINGER, *Von den Krankheiten einer Armee*. Langensalza, 1774. — STOLL, *De natura et indole dysenteriae, commentatio*, in *Ratio medendi*, p. III. Viennæ, 1780. — MURSINNA, *Beobacht. über* JACCOUD. — *Path. int.*, 6<sup>e</sup> édit. II. — 16