

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 processum vermiformis anat. pathologiam*. Heidelberg, 1836. — ALBERS, *Beobachtungen aus dem Gebiete der Pathologie*, 1838. — VOLZ, *Die durch Kothsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes*. Karlsruhe, 1846. — GERLACH, *Zur Anat. und Entwicklungsgeschichte des Wurmfortsatzes*. Erlangen, 1858. — BAMBERGER, *loc. cit.* — KELLNER, *De perforatione processus vermiformis*. Berolini, 1861. — LABRET-LAMALIGNE, *Des perforations de l'appendice iléo-cæcal*, thèse de Strasbourg, 1862. — BUCHNER, *Ein Fall von Entzündung des wurmförmigen Fortsatzes* (*Wüzb. 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. — FARQUHARSON, *Case of pericæcal abscess caused by perforation of the vermiform appendix* (*Edinb. med. Journal*, 1868). — WYKHOFF, *New-York med. Record*, 1868. — MOERS, *Pylephlebitis in Folge von Verschwürung des Processus vermiformis* (*Arch. f. klin. Med.*, 1868). — PEACOCK, *Transact. of the path. Society*, XVIII, 1868. — LANGDON DAWKINS, *Ulceration of the appendix vermiformis* (*Eodem loco*, 1868).

BOSSARD, *Ueber die Verschwürung 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, MURKISON, *Trans. path. Soc.*, 1871. — WEBER, *Abscess of appendix vermiformis cæci* (*New-York med. Record*, 1871).

HERCOTT, *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 récives.

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 psoitide*. Halle, 1796. — ABERNETHY, *Surgical obs. on chronic and lumbar abscessus in Surgical Works*. London, 1815. — REINDL, *De psoitide*. 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 inflammat. qui se développent dans la fosse iliaque droite* (*Répert. gén. d'anat. et de physiol.* IV; 1827). — DANCE, *Dict. en 30 vol.* — MÈNIÈRE, *Mém. sur des tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite* (*Arch. gén. de méd.*, 1828). — PONCEAU, *Thèse de Paris*, 1827. — TÉALIER, *Journ. gén. de méd.*, 1829. — PAILLARD, *Des abcès développés dans la fosse iliaque à la suite des couches* (*Journ. gén. de méd.*, t. CVII). — COBBIN, *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^e 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 Psoitis chronica und Psoasabscess* (*Rust's Magazin*, XXI; 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^e 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 cœcum* (Gaz. méd. Paris, 1838).

GRISOLLE, *Hist. des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques* (Arch. gén. de méd., 1839). — VELLEAU, *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* (Bulet. Soc. anat., 2^e série, t. III). — MOREL LAVALLÉE, *Abcès fétide de la fosse iliaque* (Bulet. Soc. chir., 2^e 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). — ABELLE, *Du phlegmon rétro-péritonéal* (Gaz. hôp., 1854). — BAERNHOFF, *Perityphlitis mit secundärer suppurativer Pfortalerentzündung* (Beiträge zur Heilkunde, Riga, 1855). — SALZER und REULING, *Perityphlitis* (Deutsche Klinik, 1855). — JÄNGER, *Abcès de la fosse iliaque; efficacité des caustères* (Gaz. méd. Strasbourg, 1857). — DUPUY, *Abcès sous-aponévrotique de la fosse iliaque* (Gaz. hôp., 1857). — CRASSAIGNAC, *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*. Paris, 1859. — VAN HOLSBECK, *Abcès de la fosse iliaque droite; évacuation du pus par le cœcum 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 perityphlitis*. 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). — PUTIGNAT, *Quelques considérations sur les abcès iliaques puerpéraux* (Journ. de méd. de Bruxelles, 1865). — PRUD'HOME, *Péritonite de la fosse iliaque droite, etc.* (Rec. de mém. de méd. milit., 1866). — BARTHLOW, *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 (*psaitis*). — 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 cœcum 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; psaitis* (Gaz. hôp., 1867). — BLATIN, *Recherches sur la typhlite et la pérityphlite consécutive*, thèse de Paris, 1868. — HALLETTE, *De l'appendice cœcal*, thèse de Paris, 1867. — FARQUHARSON, *Case of pericœcal 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. — POULET, *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-cœcal region* (Philadelphia med. and surg. Reporter, 1869).

DOUET, *Note sur un cas de typhlite phlegmoneuse survenue dans le cours d'une entérite tuberculeuse* (Gaz. méd. Paris, 1870). — CAMPELL, *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). — BOURDENUX, *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). — DESPÈRES, *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, *Eine ohne jedes Symptom entstandener Beckenabscess* (Berlin. klin. Wochen., 1874). — VERNEUIL, *Enorme abcès de la fosse iliaque gauche* (Gaz. hôp., 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 Poupard, 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, angioloécite 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 (Du Bois), 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 gangrénés, 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 rougâtres 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 Grisolles, 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

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 opiniâtrément 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, Grisolle 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 celluleuse, 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. Grisolle 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 Grisolle 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 Grisolle 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 gras. 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 (Grisolles). — 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 fusant 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 doit 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 fécales 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 Fränzel (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) BAERNOFF, *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). — FRÄNZEL, *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 diffèrent dans les deux cas, ne tarderont pas à lever tous les doutes.

Le diagnostic de la LYMPHADÉNITE 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

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 tensive 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 ovariques 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 qu'à tout 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 péritiphylite. 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 Erkenntnis 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 dysentericæ, commentatio*, in *Ratio medendi*, p. III. Viennæ, 1780. — MURSIANA, *Beobacht. über* JACQUET. — Path. int., 3^e édit. II. — 16