

par l'extension de l'inflammation, d'autres fois par suite de la rupture d'un abcès des reins. Les plaies pénétrantes des calices et des bassinets, ou bien leur perforation ou leur rupture, ordinairement produite par des calculs, sont encore une cause très-active du phlegmon périnéphrétique, qui arrive ici consécutivement à l'infiltration de l'urine; enfin, les abcès lombaires peuvent survenir après une perforation du côlon.

On conçoit, d'après cette énumération, combien sont variées les lésions que l'on trouve à l'ouverture des cadavres du côté de quelques-uns des viscères abdominaux. Quant aux altérations dépendantes de l'abcès lui-même, on rencontre le tissu cellulaire sous-péritonéal et celui compris entre le muscle carré des lombes et ses aponévroses, gonflés, ramollis, injectés, infiltrés de pus et quelquefois gangrenés. Les fibres musculaires sont elles-mêmes bleuâtres, décolorées, ramollies et détruites par la suppuration. Enfin, les altérations peuvent s'étendre jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané des lombes, qui souvent est infiltré de pus ou tout au moins de sérosité citrine.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — Lorsque le phlegmon périnéphrétique est primitif, les malades accusent dans la région lombaire correspondante une douleur plus profonde que dans le lumbago, et qui s'exaspère par la pression et par les mouvements du tronc. Bientôt cette région se déforme, se bombe; la sécrétion urinaire continue néanmoins à se faire comme de coutume; il y a une fièvre vive, de la constipation, et souvent aussi des nausées et des vomissements. Au bout de quelques jours, ces accidents s'aggravent, les douleurs sont plus lancinantes, la tumeur lombaire s'accroît encore; puis la douleur devient simplement obtuse, la tuméfaction est œdémateuse, enfin la fluctuation s'y fait sentir. Le pus accumulé dans les lombes peut se frayer une issue à travers un des points de la paroi abdominale postérieure, ou bien il s'échappe par le côlon ou par l'uretère; quelquefois, fusant dans la fosse iliaque, il s'ouvre à l'extérieur dans le flanc ou dans l'aîne; enfin, on a vu ces abcès, prenant une direction contraire, perforer à gauche le diaphragme et le poumon, et être rendus par expectoration.

Les accidents sont, en général, plus graves, et la marche de la maladie est plus rapide, lorsque la phlegmasie est produite par une infiltration d'urine ou de matière fécale. Dans ces cas, des signes de maladie des reins ou du côlon précèdent de quelque temps le phlegmon lombaire; celui-ci s'étend alors rapidement sur une grande surface; la gangrène ne tarde pas à s'y développer et l'on distingue plus ou moins profondément, en pressant sur la tumeur, une crépitation nombreuse qui est produite par l'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire; la mortification gagne bientôt la peau, si l'on n'arrête les progrès de l'infiltration septique par de larges et profondes incisions. La plupart de ces malades succombent au milieu d'un cortège de symptômes adynamiques et ataxiques des plus graves. Lorsque la guérison a lieu, elle ne survient guère qu'après un temps fort long; en raison de l'étendue des lésions et des décollements qui ont lieu, la plaie reste souvent fistuleuse. Cela se remarque spécialement lorsque l'abcès a été symptomatique d'une perforation des intestins ou d'un des conduits urinaires: dans le premier cas, on voit les gaz et les matières intestinales s'échapper; dans le second, le pus, d'aspect séreux, exhale une odeur urineuse et entraîne souvent avec lui des fragments de calculs.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de distinguer un abcès extra-rénal d'une collection purulente encore renfermée dans le rein sans communication avec l'uretère. Cependant, si l'on remarque que, dans ce dernier cas, il a existé antérieurement des signes de maladies des reins, notamment des accès de colique

néphrétique, on sera déjà porté à soupçonner l'existence d'un abcès rénal. Ajoutons, en outre, que la tumeur formée par celui-ci proémine beaucoup en avant, ce qui est le contraire des abcès périnéphrétiques; en outre, dans les premiers, la fluctuation est plus obscure et plus profonde. Il est des cas pourtant dans lesquels le manque de renseignements précis et l'époque, déjà avancée de la maladie empêcheront de localiser très-exactement l'affection. On conçoit, enfin, combien le diagnostic offre d'incertitude lorsqu'il y a à la fois collection de pus dans le rein et dans le tissu cellulaire extérieur. Cependant l'étude des antécédents pourra quelquefois permettre d'établir l'existence de cette double altération: ainsi, lorsque, chez un sujet qui offre des signes rationnels ou positifs d'une suppuration des reins, on voit survenir tout à coup autour de la tumeur rénale des accidents aigus, tels que douleur vive, induration plus étendue, bientôt remplacée par de l'œdème et par de la fluctuation, on ne pourrait conserver aucun doute sur l'existence d'un foyer consécutif à une pyélite.

Lorsque l'abcès est ouvert à l'extérieur, on ne peut pas toujours juger, d'après la nature du pus, des altérations viscérales qui existent: c'est ainsi que le liquide exhale souvent une odeur stercorale, bien qu'il n'existe aucune communication entre le foyer et le côlon. Souvent aussi l'abcès communique avec le bassinnet ou avec les calices, sans que le pus répande une odeur urineuse: c'est ce qui a lieu surtout lorsque le rein, entièrement détruit, ne remplit plus ses fonctions.

Pronostic. — Les abcès périnéphrétiques constituent toujours une affection grave, excepté peut-être lorsqu'ils sont primitifs et très-circonscrits.

Traitement. — Tout le traitement consiste, dans la période phlegmoneuse, à employer les antiphlogistiques, surtout les émissions sanguines locales; puis, dès que la suppuration est certaine et qu'on perçoit de la fluctuation, il faut se hâter de lui livrer une issue par une incision, afin de prévenir les larges décollements. On se hâtera surtout dans les abcès consécutifs à une perforation du côlon et du bassinnet, à cause de la gangrène et des désordres que produisent l'urine et les matières fécales épanchées dans le tissu cellulaire; dans ces cas, on ne doit pas même attendre la manifestation de la fluctuation pour opérer de larges incisions, afin de donner issue au plus tôt aux matières septiques qui infiltrent les parties molles et qui les mortifient par leur contact.

DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DES FOSSES ILIAQUES

Les fosses iliaques internes sont fréquemment le siège de tumeurs phlegmoneuses. Celles-ci méritent toute l'attention du médecin, en raison de leur gravité et par certaines difficultés que leur diagnostic présente dans quelques cas.

Historique. — Cette maladie a fixé, dès le siècle dernier, l'attention de quelques chirurgiens, et surtout de plusieurs accoucheurs. Delamotte (1), Ledran (2), Levret (3), Bourienne (4), Puzos (5), Deleurye (6) et plusieurs autres avaient publié sur ce sujet des observations utiles; mais l'affection pourtant n'était encore que très-imparfaitement connue. Signalée à la clinique de Du-

(1) *Chirur.*, t. I.(2) *Obs. de chir.*, t. II. Paris, 1731.(3) *Art des accouchements*, p. 165. Paris, 1766.(4) *Journal de médecine*, t. XLIII, année 1775.(5) *Mémoire sur les dépôts lacteux*, p. 72.(6) *Accouchements*, 2^e édit., 1777, p. 509.

puytren, Dance (1) et Ménière (2) en firent chacun l'objet d'un travail excellent. M. le professeur Velpeau dans ses leçons orales, MM. Piotay et Lebatard dans leurs thèses (3), ajoutèrent de nouveaux faits aux descriptions que l'on avait déjà. Enfin, réunissant ces observations éparses à celles que j'avais moi-même recueillies, j'ai composé en 1839 une monographie de cette affection (4).

On doit confondre dans une description commune les abcès iliaques survenant dans les conditions ordinaires et ceux qui naissent dans le cours de l'état puerpéral, car ils ont les mêmes symptômes, la même marche, les mêmes modes de terminaison, ils exigent à peu près le même traitement. Il n'existe entre eux que des nuances déterminées par les conditions spéciales au milieu desquelles la maladie se déclare. S'autoriser de cela pour décrire à part les abcès des femmes en couches et ceux qui se déclarent hors de l'état puerpéral, c'est faire une chose aussi irrationnelle que si, ayant décrit la bronchite, la pneumonie, l'érysipèle, les fièvres éruptives, etc., on faisait de chacune de ces affections une individualité morbide par la raison qu'elles atteignent plus fréquemment les femmes en couches, et qu'elles reçoivent de l'état puerpéral des modifications dont il faut tenir compte sans doute, pour le pronostic et le traitement, mais qui sont insuffisantes cependant pour constituer une nouvelle maladie.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on trouve à l'autopsie des sujets qui succombent aux suites des abcès iliaques varient suivant le mode de terminaison de la maladie, ses complications et l'époque à laquelle la mort a eu lieu. Lorsque celle-ci arrive par épuisement, l'abcès alors occupe un grand espace. Le péritoine qui l'entoure présente communément une couleur noirâtre, résultant de l'imbibition du fluide que contient le foyer. Celui-ci, commençant inférieurement plus ou moins près de l'arcade crurale, se prolonge 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; on y constate aisément l'existence d'une pseudo-muqueuse.

Lorsque la suppuration a duré longtemps, il est rare de voir le pus accumulé seulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; cependant on en cite des exemples. Dans ce dernier cas, les muscles psoas, iliaque et carré lombaires, exempts d'altération, conservent leur couleur et leur consistance; toutefois le plus ordinairement ces organes sont plus ou moins altérés, leurs fibres sont noirâtres, ramollies, en partie détruites, disséquées, infiltrées de pus. La lésion frappe surtout le muscle iliaque dans sa partie moyenne et supérieure; le psoas est d'autant plus altéré qu'on se rapproche davantage de son bord externe. Il est difficile de dire en quelle proportion exacte on observe ces graves lésions des muscles, car les auteurs ont souvent négligé de les décrire. Néanmoins, sur 12 autopsies, les seules qui puissent entrer dans mon relevé, je trouve que 10 fois on a rencontré une altération plus ou moins profonde des muscles. Les psoas ont été trouvés malades 8 fois, le muscle carré 5 fois et le muscle iliaque 10. La désorganisation était généralement plus profonde dans celui-ci que dans les muscles psoas et carré lombaire, circonstance qui doit éclairer sur le siège primitif du mal. Toutefois il serait impossible le plus souvent de déterminer par l'examen seul des parties si le phlegmon a d'abord envahi le tissu cellulaire

(1) Répertoire d'anatomie et de physiologie, t. IV.

(2) Archives générales de médecine, t. XVII, p. 188.

(3) Thèses de Paris, année 1837, nos 462 et 397.

(4) Archives générales de médecine, 3^e série, t. IV, p. 31, 137, 393.

sous-péritonéal ou le sous-aponévrotique. L'ordre dans lequel les symptômes se sont succédés peut plutôt fournir quelques données utiles pour la solution du problème. 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 adhérent plus intimement que d'ordinaire au péritoine et percé d'une ou de plusieurs ouvertures qui ont depuis quelques lignes jusqu'à plusieurs centimètres d'étendue. Dans plus de la moitié des cas on trouve que les troncs ou les filets nerveux qui sont destinés au membre inférieur traversent le foyer purulent; ces cordons sont généralement d'un blanc mat, ramollis ou friables; mais, dans un tiers des cas, ils paraissent exempts de toute altération. Il en est de même des vaisseaux iliaques.

Ceux-ci ont été vus deux fois seulement au centre du foyer; leurs parois, baignées par le pus de toutes parts, étaient ramollies et friables sans aucune lésion à l'intérieur; ils n'avaient point cessé d'être perméables au sang. Les rapports des vaisseaux avec l'abcès expliquent les phénomènes de compression que nous signalerons bientôt. Quoique la veine soit placée dans une position plus excentrique que l'artère, elle est néanmoins plus souvent comprimée que celle-ci, ce qui tient, sans doute, à la résistance différente des parois dans l'un et dans l'autre vaisseau. Pour terminer, je dirai que, comme Dupuytren l'avait déjà vu, j'ai constaté que, lorsque ces foyers communiquent avec le gros intestin, on ne voit pas généralement les matières fécales pénétrer dans leur cavité. Cet épanchement ne se remarque guère que dans les abcès succédant à la gangrène du cæcum ou de son appendice. Dupuytren invoquait trois raisons pour expliquer cette particularité: la première, c'est que ces abcès se vident graduellement; la seconde tiendrait à l'obliquité de l'ouverture, et la troisième enfin au décollement de l'intestin, qui fait office de soupape.

Symptômes. — L'invasion du phlegmon iliaque se fait ordinairement sans frisson préalable; les malades accusent tout d'abord, dans une des fosses iliaques, une douleur plus ou moins vive, parfois aussi aiguë que dans la péritonite et s'irradie plus ou moins loin; il survient, en même temps que la fièvre, divers troubles digestifs et quelques symptômes pouvant éclairer sur le siège qu'occupe l'engorgement iliaque. Dans quelques cas rares, j'ai vu le phlegmon débiter sourdement et se démasquer plus ou moins loin de son début par des accidents aigus.

De tous les symptômes de la maladie, la douleur est, sans contredit, l'un des plus constants. C'est ainsi que sur 57 observations que j'ai analysées et dans lesquelles les phénomènes du début sont indiqués avec quelque soin, on trouve que dans 49 la douleur a paru marquer l'invasion de la maladie: elle en a du moins été le premier phénomène appréciable. Dans les 8 autres, la douleur a été précédée, pendant un ou plusieurs jours, de constipation, d'engourdissement dans un des membres pelviens, et de malaise. Enfin, chez quatre individus une tumeur indolente dans la fosse iliaque a été constatée par le médecin ou par le malade lui-même avant que cette région eût été le siège d'aucune sensibilité morbide. Il est probable qu'il en a été de même dans beaucoup d'autres cas; de sorte que la douleur indique moins peut-être le début de la maladie que le commencement de son état aigu. Mais, à quelque époque de l'affection que la douleur se déclare, elle n'a pas toujours présenté les mêmes caractères. Tantôt vive et lancinante, comme elle l'est dans la péritonite, d'autres fois sourde, obscure et profonde; comparée par quelques malades à de simples coliques, elle s'exaspère toujours par la pression; elle augmente aussi par les

secousses de la toux, et dans quelques cas par les mouvements du tronc, qu'elle force à incliner en avant.

Le siège de la douleur varie beaucoup au début de la maladie : il est assez commun, en effet, de voir les malades rapporter leur souffrance dans des points plus ou moins éloignés de la fosse iliaque, comme l'hypogastre, la région inguinale. Mais, quel que soit le point du ventre que la douleur occupe primitivement, elle ne tarde pas à se faire sentir dans l'une des fosses iliaques en s'irradiant de là vers d'autres régions de l'abdomen, ou du côté des membres inférieurs. Ces irradiations de la douleur ne sont pas toujours un effet purement sympathique; elles dépendent quelquefois de l'influence qu'exerce la tumeur sur les nerfs qui vont se distribuer dans les parties souffrantes. C'est ainsi que, lorsque l'engorgement cellulaire comprime ou embrasse les nerfs qui vont se distribuer au membre inférieur et aux organes génitaux, la douleur peut être ressentie plus ou moins vivement dans ces diverses parties. Elle est communément alors vive, lancinante, continue et exacerbante; ou bien elle ne consiste qu'en un engourdissement ou dans un fourmillement incommode. Dans tous les cas, les parties douloureuses ne présentent aucun changement de volume ou de coloration, et la pression tantôt exaspère et tantôt calme les souffrances.

Indépendamment de la douleur, l'invasion de la maladie est quelquefois marquée par divers troubles des organes digestifs, tels que, inappétence complète, envies de vomir, et spécialement par du dévoïement, qu'on a noté surtout comme phénomène précurseur dans un douzième des cas, et par la constipation, qui a existé chez un dixième des sujets.

Il est difficile de préciser l'époque où l'on commence à sentir la tumeur; cela varie, d'ailleurs, suivant l'acuité de la douleur, qui ne permet pas toujours une exploration convenable, suivant que la phlegmasie est sus- ou sous-aponévrotique, suivant l'épaisseur des parois abdominales. J'ai pu la constater une fois après quarante-huit heures. Dance l'a reconnue au quatrième et au troisième jour. Souvent, à cette époque, on ne distingue qu'une rénitence un peu diffuse; mais bientôt on peut circonscrire une tumeur dure, parfois rénitente, égale à sa surface, sans aucun battement et qui est le siège de douleurs plus ou moins vives, offrant en général le caractère lancinant. La paroi abdominale qui la recouvre glisse facilement au devant d'elle, à moins que ces parties n'aient contracté des adhérences. Si, la tumeur n'étant pas très-douloureuse, on l'embrasse avec l'extrémité des doigts, on trouve qu'en général elle est immobile; cependant, si elle proémine beaucoup, il est assez souvent possible de lui imprimer quelques petits mouvements de latéralité. Il n'en est plus de même si la tumeur est aplatie : car alors elle est toujours immobile. Ces différences sont en rapport avec le siège différent de l'engorgement phlegmoneux. Celui-ci se développe-t-il immédiatement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il pourra être un peu déplacé, car le tissu cellulaire qui l'entoure est lâche, lamelleux, et le péritoine qui le recouvre ne l'empêche pas de se porter en avant. Si, par contre, le phlegmon a son siège primitif au-dessous de l'aponévrose iliaque, celle-ci bridera la tumeur, l'empêchera de saillir en avant; elle la rendra tout à fait immobile, et lui donnera cette forme aplatie dont j'ai parlé précédemment. Il est presque oiseux de dire que la tumeur phlegmoneuse est mate à la percussion, mais il importe de prévenir le lecteur qu'une anse intestinale qui lui serait accolée ou qui serait placée très-près d'elle pourrait en modifier le son. Somme toute, on comprend aisément qu'on ne doit pas avoir, en percutant une tumeur solide ou liquide de la fosse iliaque, une matité aussi absolue que partout ailleurs. Cela dépend du voisinage, et plus souvent même

du contact du cæcum, et parfois aussi d'une ou plusieurs anses intestinales avec la tumeur inflammatoire.

La tumeur phlegmoneuse a un volume variable : il est rare qu'elle soit plus petite qu'une noix et plus grosse qu'une orange; son volume moyen est celui d'un œuf de poule. Lorsqu'elle envahit toute la fosse iliaque, il devient difficile d'en préciser les limites; on ne trouve alors qu'une rénitence diffuse, se prolongeant plus ou moins haut du côté de la région lombaire, sans pouvoir circonscrire exactement une tumeur.

J'ai parlé précédemment de douleurs vives, lancinantes, névralgiques, s'irradiant vers les organes génitaux et surtout dans le membre inférieur, lorsque la tumeur comprime ou enveloppe les cordons nerveux qui se distribuent dans ces parties. Chez un dixième des sujets environ, au lieu de ces douleurs vives, on n'observe qu'un engourdissement ou des fourmillements incommodes, qui, dans quelques cas, peuvent aussi bien dépendre de la compression des nerfs, mais qui me semblent devoir se rattacher en outre à une gêne de la circulation dans les vaisseaux qui vont se distribuer au membre inférieur correspondant. Dans les cas rares où la compression porte spécialement sur la veine iliaque, on remarquera un œdème qui tantôt sera borné aux malléoles, qui quelquefois pourra gagner tout le membre inférieur, et persister même longtemps après la guérison apparente de la maladie. Cette suffusion séreuse a existé chez quatre sujets, et il est impossible de l'attribuer à autre chose qu'à une gêne dans la circulation veineuse du membre. Ces symptômes de compression du système circulatoire, peu ou point notés par les auteurs, sont, comme on le voit, assez rares : car, pour qu'ils aient lieu, il faut que l'inflammation envahisse le tissu cellulaire des psoas; mais, même dans ce cas, les vaisseaux protégés par une gaine assez forte et placés dans un tissu cellulaire peu serré, peuvent fuir devant une compression qui en diminuerait le calibre si elle s'exerçait sur eux. Les nerfs, au contraire, perdus au milieu des fibres du muscle, doivent être plus souvent influencés par le voisinage de l'engorgement inflammatoire. Il serait néanmoins impossible de préciser quelle est la fréquence des douleurs névralgiques, car les auteurs en parlent à peine, et il est évident, d'après la lecture de leurs observations, que ce phénomène n'a presque pas fixé leur attention. Dans les faits que j'ai moi-même recueillis, je l'ai noté chez un quart des malades, et je l'ai vu manquer tout à fait chez une femme qui mourut des suites d'un phlegmon, quoiqu'on ait trouvé plusieurs branches nerveuses friables, ramollies, au centre même du foyer purulent. Le cæcum est l'organe que la tumeur comprime le plus souvent; une constipation ordinairement assez opiniâtre, la difficulté dans l'excrétion gazeuse et le météorisme, sont l'effet naturel de cette compression. Celle-ci agit surtout efficacement lorsque le phlegmon, en rapport avec la face postérieure du cæcum, la repousse en avant et fait effort pour l'appliquer contre la paroi antérieure; mais presque jamais on ne voit l'interruption, dans le cours des matières intestinales, être telle, qu'elle amène les symptômes de l'iléus. Je n'ai vu encore qu'une seule fois une interruption assez complète dans le cours des matières intestinales (féces et gaz) pour préoccuper. Cependant, bien qu'il existât du météorisme et des vomissements aqueux, on n'observa ni les accidents aigus, ni la marche rapide, propres à l'étranglement interne; il y avait plutôt engouement qu'étranglement véritable; la compression diminuant, on vit tout à coup se produire une débâcle intestinale. Presque toujours la constipation qu'on remarque au début du phlegmon iliaque ne résiste pas à un laxatif. La tumeur phlegmoneuse peut produire la constipation, non-seulement par compression, mais encore parce que le cæcum retenu fixement,

et en quelque sorte béant, par un tissu cellulaire phlogosé, et induré, ne peut se contracter que faiblement sur les matières fécales qui, en s'accumulant dans son intérieur, finissent par le distendre. Sur 34 observations dans lesquelles l'état des fonctions digestives a été précisé, on trouve que chez 25 malades la constipation a été un symptôme prédominant, lorsque la maladie était une fois déclarée; et dans les 9 cas qui restent, on en a noté un où il y eut diarrhée continue, ou des alternatives de constipation et de dévoisement.

Enfin la tumeur peut être cause de rétraction du membre et de claudication, lorsque, située au-dessous du *fascia iliaca*, elle envahit le muscle iliaque. Ce symptôme a existé à un degré variable chez un dixième des malades.

La fièvre accompagne le phlegmon iliaque dans les trois quarts des cas au moins. Elle est communément peu forte, continue, sans paroxysmes; rarement elle s'accompagne de troubles sympathiques graves. La fièvre a manqué complètement dans les cas où la tumeur commençait sourdement, et lorsqu'elle était peu douloureuse.

Le phlegmon a-t-il été consécutif à la gangrène du cæcum ou de son appendice, la douleur est en général plus vive, sans avoir néanmoins, à beaucoup près, l'instantanéité et l'acuité qu'elle a dans la péritonite suraiguë qui succède à un épanchement irritant; la fièvre est également plus intense, la constipation plus opiniâtre; les malades sont tourmentés par des vomissements bilieux qui, en général, persistent pendant toute la durée de la maladie, dont la marche est plus rapide et qui se termine nécessairement par suppuration et souvent aussi par gangrène. Observons pourtant ici qu'il faut faire la part dans les symptômes de ce qui peut revenir à la péritonite, qui presque toujours s'ajoute aux désordres déjà si graves qu'on trouve dans la fosse iliaque.

Marche. Terminaisons. — Les phlegmons des fosses iliaques peuvent offrir presque toutes les formes de terminaison que l'on observe pour les tumeurs phlegmoneuses des autres régions du corps. C'est ainsi qu'ils peuvent se terminer par résolution, suppuration, gangrène et induration. Je ne parle pas de la délitescence, dont personne n'a jusqu'à présent, je pense, cité d'observation bien authentique; je ne crois pas d'ailleurs que ce soit là un mode de terminaison possible dans les phlegmons, quel que soit leur siège; car l'engorgement qui les constitue est trop considérable pour pouvoir jamais disparaître brusquement.

La résolution est la terminaison la plus heureuse, mais la plus rare, du phlegmon iliaque. Je ne l'ai vue s'opérer que deux fois dans les douze observations que j'avais recueillies lorsque je rédigeai mon travail, et les faits que j'ai vus depuis cette époque n'ont pas modifié la proportion. Je ne parle pas des phlegmons survenus dans l'état puerpéral, car ici la suppuration est à peu près constante. Cette rareté de la résolution des engorgements inflammatoires dont je parle, est un fait qui mérite d'autant plus d'être signalé, que, à priori, on aurait pu supposer le contraire, en considérant que le tissu cellulaire des fosses iliaques est peu chargé de graisse, et, partant, dans une condition anatomique favorable pour la résolution des phlegmons qui s'y développent.

La résolution des phlegmons iliaques est généralement lente à se faire: chez deux sujets elle a pu s'effectuer en quinze ou vingt jours; mais chez tous les autres elle n'a été complète qu'au bout de deux ou trois mois. Cette inertie dépend probablement du peu de vascularité du tissu cellulaire qui remplit les fosses iliaques. Quoi qu'il en soit, lorsque la résolution s'opère du côté malade, on ne voit pas le côté sain se prendre à son tour. J'ignore encore sur quel fait s'appuyait Levret pour admettre qu'il arrivait communément, pendant

que l'on travaille à dissiper l'engorgement qui s'est annoncé d'un côté, de le voir gagner le côté opposé et s'y révéler par les mêmes symptômes. L'extension de la phlegmasie du tissu cellulaire d'un côté à l'autre est, d'après moi, excessivement rare: jusqu'à présent elle n'a peut-être été observée que deux ou trois fois. Cette propagation d'ailleurs se fit d'une manière occulte et ne fut révélée que par l'autopsie.

La suppuration est donc la terminaison la plus fréquente des phlegmons iliaques. Elle est presque inévitable pour les engorgements consécutifs aux couches, puisque sur dix-sept femmes elle a eu lieu chez seize d'entre elles.

Le temps nécessaire à la formation du pus a beaucoup varié chez les divers individus. On peut, je crois, admettre comme règle générale que, dans les phlegmons non gangréneux des fosses iliaques, le pus se forme plus lentement que dans les tumeurs de même nature qui se développent dans les autres parties du corps. Dans celle-ci, en effet, lorsque l'inflammation est vive, le pus commence à se former du cinquième au huitième jour. Dans la fosse iliaque, au contraire, le même phénomène n'apparaît guère, terme moyen, que du vingtième au vingt-sixième jour. Dans un cas exceptionnel, on vit la suppuration se former et s'échapper au dehors le septième jour; mais, chez tous les autres malades, les premiers indices rationnels de la présence du pus n'apparurent que les dixième, douzième, dix-neuvième, vingt-quatrième, trentième, trente-huitième, quarante-deuxième et soixantième jours, à dater des premiers accidents.

Comment expliquer une pareille lenteur! Serait-ce parce que l'inflammation est moins intense? Cette cause est réelle dans quelques cas; mais j'ai vu des phlegmons iliaques accompagnés d'une réaction fébrile forte, et dans lesquels néanmoins la suppuration n'était appréciable qu'au trentième jour. Je crois que la cause principale réside dans l'organisation du tissu cellulaire des fosses iliaques, qui, étant lamelleux et comptant infiniment peu de vésicules graisseuses, entre en suppuration plus lentement que le tissu cellulaire des membres, des fesses ou du pourtour de l'anus, qui offre une disposition contraire.

Les symptômes qui indiquent la formation du pus sont locaux ou généraux; ceux-ci ont une grande valeur: ils peuvent souvent, à eux seuls, faire établir un diagnostic certain, car il n'est pas rare de voir des abcès phlegmoneux, profondément cachés dans les fosses iliaques, ne se révéler par aucun phénomène extérieur local.

Les symptômes qui marquent la présence du pus varient d'ailleurs suivant que l'affection est plus ou moins aiguë. Le phlegmon a-t-il une marche rapide, on observe une exaspération momentanée dans les symptômes généraux, et surtout dans les phénomènes locaux: les élancements dont la partie était déjà le siège redoublent, la fièvre se réveille, la tumeur semble devenir plus volumineuse, et les phénomènes de compression sur quelques organes que j'ai énumérés précédemment augmentent ou apparaissent pour la première fois. C'est ainsi que j'ai vu dans la moitié des cas la constipation être plus opiniâtre à l'époque où l'inflammation devient *suppurative*, et chez six malades, la douleur, la rétraction du membre, la difficulté du mouvement, et enfin l'œdème autour des malléoles, sont survenus pour la première fois ou ont augmenté lors de la formation du pus dans la tumeur. Lorsque la maladie suit au contraire une marche lente, lorsque le phlegmon est survenu presque sans douleur et sans éveiller nulle part de sympathie, on n'observe pas alors cette période d'exacerbation que je viens de décrire. Mais avec quelque rapidité que le pus se soit formé, dès qu'il est réuni en foyer, il donne lieu à divers acci-

dents qu'il est important de connaître. Chez un bon tiers des malades, j'ai noté des frissons irréguliers, de la fièvre, offrant des redoublements le soir, et des sueurs générales, quelquefois considérables, ayant surtout lieu la nuit pendant le sommeil. Ces divers phénomènes morbides n'indiquent pas, comme quelques personnes le pensent, que la suppuration va s'établir; mais ils sont le signe certain que du pus est déjà formé dans la tumeur, car ces troubles coïncident ordinairement avec des phénomènes locaux qui mettent le diagnostic hors de doute. Quelquefois, en effet, on sent la fluctuation dans un point circonscrit d'abord, et devenant bientôt sensible sur toute la surface de la tumeur. Mais pour que ce phénomène existe, il ne suffit pas qu'il y ait beaucoup de pus amassé, il faut encore que ce liquide ne soit pas trop profondément placé; la tumeur deviendra en même temps plus ou moins proéminente, suivant la direction que le pus prendra. Si le foyer se porte vers la peau, la tumeur proéminera de plus en plus, elle fera corps avec la paroi abdominale, qui peu à peu s'use et se perfore. Si, par contre, le pus prend une direction opposée, la tumeur s'affaisse et disparaît même du jour au lendemain, soit parce que le liquide a fusé vers le bassin, soit plutôt parce qu'il a gagné la région lombaire en décollant souvent, dans toute son étendue, la portion correspondante du colon. On l'a vu même se répandre plus loin. C'est ainsi que M. Vigla a cité l'observation d'une jeune femme affectée d'un phlegmon iliaque, chez laquelle M. Velpeau crut sentir une fluctuation profonde, mais trop obscure encore pour qu'il y eût indication d'agir; six jours se passèrent sans changement notable, et après cette époque l'illustre chirurgien ne trouva plus l'engorgement: aucune fluctuation ne l'avait remplacé, mais un examen attentif des parties voisines fit découvrir de l'œdème au niveau du grand trochanter; des incisions furent faites à ce niveau et donnèrent issue à un pus fétide (1).

Une fois la suppuration établie, il faut, pour que la guérison survienne, que le liquide soit expulsé au dehors par les seules forces de la nature ou par les secours de l'art; car on ne peut guère espérer la résorption. Cependant, quelque rare que soit cette terminaison, elle ne me paraît pas tout à fait impossible, je crois moi-même en avoir observé au moins un exemple.

Le pus emprisonné au milieu des fosses iliaques peut se frayer une route à l'extérieur, soit à travers les parois abdominales, soit en s'épanchant dans un des réservoirs excrémentitiels qui sont dans son voisinage, c'est-à-dire l'intestin et la vessie. Enfin, chez la femme, il peut se faire jour par le vagin et même par l'utérus.

Chez quatorze malades, l'abcès s'est vidé à la surface de la peau exclusivement, tantôt à la suite d'une ouverture spontanée, le plus souvent à l'aide d'une incision faite par le médecin. Dans quatorze autres cas, le pus est arrivé à l'extérieur en même temps ou peu après qu'il s'était déjà frayé une première issue à travers la vessie, le vagin ou le gros intestin.

L'anatomie nous démontre *à priori* que lorsque le pus est exactement contenu dans la fosse iliaque, il ne peut arriver au dehors de la partie postérieure du bassin, à cause de la résistance que les os lui opposent en ce point. Il faut donc qu'il se porte en avant, qu'il use la paroi abdominale antérieure, ou qu'il se fraye une route par l'une des ouvertures naturelles qui existent à la partie inférieure du ventre.

Le premier cas est de beaucoup le plus commun. Chez les deux tiers des individus, en effet, c'est par un point voisin du ligament de Fallope ou de l'épine

(1) *Société anatomique*, 12^e année, 7^e bulletin.

iliaque antérieure et supérieure que la tumeur tend à se faire jour. Dans quelques cas fort rares, le pus fuse dans l'épaisseur de la cuisse en passant sous l'arcade crurale; il y produit des désordres plus ou moins graves, suivant que le phlegmon était exclusivement sous-péritonéal ou qu'il siégeait sous l'aponévrose iliaque. Dans le premier cas, le pus fusant dans la cuisse se place en dedans et en avant des vaisseaux fémoraux sans altérer la structure des muscles psoas et iliaque. Mais si l'abcès est sous-aponévrotique, le pus est contenu dans la gaine fibreuse du *fascia iliaca* et arrive jusqu'au petit trochanter; il forme souvent un vaste foyer après avoir altéré, ramolli, détruit les fibres des muscles psoas et iliaque.

Lorsque le pus a suivi la direction dont nous venons de parler en dernier lieu, il peut sur sa route envahir l'articulation coxo-fémorale, qu'il enflamme au milieu des douleurs les plus vives; la capsule fibreuse est détruite, et la tête du fémur sort plus ou moins complètement de sa cavité; le membre abdominal est porté alors dans la rotation en dehors, et tout mouvement qu'on lui imprime réveille des douleurs atroces. J'ai, en 1847; recueilli deux faits de ce genre; M. Aubry en avait déjà publié un autre dans les *Archives* de 1843. Cet accident est à redouter lorsque l'abcès sous-aponévrotique intéresse le muscle iliaque et lorsqu'il pénètre dans la gaine synoviale commune à ce muscle et au psoas, qui, comme on le sait, communique elle-même souvent avec l'articulation de la hanche.

Le pus, au lieu de fuser intérieurement, suit parfois une direction opposée. C'est ainsi que souvent on le voit cheminer au-dessous du gros intestin presque jusqu'au voisinage du rein et du foie. La position horizontale que la plupart des malades gardent habituellement, et la laxité du tissu cellulaire de ces parties, expliquent suffisamment pourquoi le pus fuse de préférence vers la région supérieure de l'abdomen. Au contraire, la saillie considérable produite par les muscles psoas s'oppose énergiquement à ce que l'abcès parvienne jusque dans la cavité pelvienne. Cependant la chose peut arriver, et elle doit être moins commune à droite qu'à gauche: dans ce dernier côté, en effet, on trouve l'S iliaque du colon, ou plutôt son repli mésentérique, qui, croisant la direction des psoas pour plonger dans le bassin, peut permettre assez facilement au pus accumulé dans la fosse iliaque gauche de fuser entre ses deux lames et d'aller se mettre en contact avec les parois du rectum.

D'autres fois, la suppuration chemine plus loin encore; elle passe, par exemple, d'une fosse iliaque à l'autre sans qu'on puisse expliquer ces migrations par la position des malades ou par aucune disposition particulière. Un des faits les plus curieux en ce genre est celui qu'Auguste Bérard a rapporté dans une des séances de la Société anatomique (1).

La quantité de pus renfermé dans les abcès iliaques varie depuis quelques grammes jusqu'à plusieurs livres. Les propriétés physiques du produit morbide ne sont pas non plus toujours les mêmes. On sait que la suppuration fournie par les abcès profonds des parois abdominales répand assez souvent une odeur extrêmement fétide, analogue quelquefois à celles des matières fécales, de manière à faire croire à une perforation intestinale. On pourrait penser qu'il en est toujours ainsi pour les abcès des fosses iliaques; il semble même que le pus devrait contracter d'autant plus facilement l'odeur stercorale, qu'il est toujours assez rapproché de l'intestin, et le plus souvent même en contact immédiat avec ses parois; mais l'examen des faits ne confirme nullement cette opinion. C'est

(1) *Société anatomique*, 1834, 7^e bulletin.