

ainsi que sur 9 malades dont l'abcès s'est ouvert à l'extérieur seulement, et chez lesquels aussi les qualités de la suppuration ont été exactement décrites, j'en trouve 7 qui ont fourni un pus blanc, assez consistant, en général bien lié et tout à fait inodore. Dans deux cas le fluide morbide a présenté une odeur fétide, stercorale, sans qu'il y ait aucune raison de croire que le foyer communiquait avec l'intestin. Le pus présente d'autres caractères lorsque l'abcès, avant de s'être ouvert à la surface de la peau, s'est préalablement vidé dans le tube digestif. En effet, sur quatre malades qui offraient des exemples de cette double perforation, le pus a été noté trois fois plus ou moins séreux, grisâtre, mêlé à des gaz et extrêmement fétide. En est-il aussi de même pour les abcès qui s'ouvrent à la peau après avoir communiqué avec le vagin ou bien avec la vessie? Je l'ignore, parce que je n'ai encore observé aucun fait de ce genre, et que dans ceux qui sont rapportés par les auteurs on a oublié de décrire les qualités du pus. Enfin, lorsque les abcès stercoraux et gangréneux du pourtour du cæcum se font jour à l'extérieur, le pus qui s'en échappe, d'une odeur fétide, est mêlé à des gaz, à des matières fécales, à des corps étrangers venant de l'intestin, tels que des noyaux ou des pepins de fruits; enfin la suppuration entraîne quelquefois avec elle des lambeaux de muscles ou de tissu cellulaire mortifiés.

Les abcès des fosses iliaques s'ouvrent fréquemment dans le gros intestin, et il est utile de noter que cette voie d'élimination se fait plus souvent pour les abcès du côté droit que pour ceux du côté gauche. L'anatomie nous explique cette différence : à droite, en effet, le pus est généralement en contact avec la face postérieure du cæcum et du colon ascendant, parties qui, étant dépourvues de péritoine, n'opposent qu'une faible résistance; la même disposition n'existant point communément à gauche pour l'S iliaque, il s'ensuit que les abcès de cette région ont plus de difficulté pour pénétrer dans l'intestin; néanmoins il serait inexact de dire qu'ils ne peuvent affecter cette terminaison, car la science possède au moins trois exemples d'abcès iliaques gauches qui se sont ouverts dans le colon ascendant ou dans l'S iliaque (1). Dans les cas rares où le pus fuse dans la cavité pelvienne, l'évacuation peut s'effectuer aussi par suite de la perforation du rectum. M. le professeur Rigaud dit, en effet, avoir observé chez une femme de quarante ans un abcès iliaque droit, non lié à l'état puerpéral, qu'on ouvrit dans le rectum en se servant du *speculum ani* (2).

Lorsque l'abcès se vide dans un point quelconque du gros intestin, tantôt on n'observe qu'une seule perforation assez exactement arrondie, dont le diamètre varie de 3 à 15 millimètres; d'autres fois il y a plusieurs ouvertures rapprochées les unes des autres (observation XVII<sup>e</sup> de Ménière), ou bien disséminées comme dans un fait que j'ai rapporté dans mon mémoire. Ces perforations sont quelquefois garnies à leur pourtour, soit en dedans (Ménière), soit en dehors de l'intestin (Bérard), de bourrelets saillants qui peuvent, suivant leur disposition, gêner ou favoriser l'écoulement du pus dans l'intérieur du tube digestif. Quelquefois la communication entre le foyer purulent et l'intestin s'opère au moyen de l'appendice vermiforme du cæcum, ordinairement alors frappé de gangrène. Il est à présumer que, dans ces cas, l'altération profonde de l'appendice a été la cause de tous les accidents.

L'époque à laquelle la perforation intestinale s'opère varie beaucoup : c'est ainsi qu'on l'a vue s'effectuer les treizième, quizième, seizième, vingtième et vingt-

(1) Bricheteau, *Archives*, 3<sup>e</sup> série, t. II, p. 409. — Bérard, *Société anatomique*, loc. cit., e dans l'observation IV de mon mémoire.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. I, p. 61.

septième jours, et même deux ou trois mois à dater du début de la maladie. Il n'est pas toujours également facile de diagnostiquer le moment où l'abcès communique avec l'intestin. Si, en effet, l'ouverture est petite, si le pus ne s'écoule que lentement et en petite quantité à la fois, alors la tumeur change peu de volume, et l'examen attentif des matières fécales ne peut faire reconnaître aucun globule purulent. Il n'en est plus de même lorsque le pus fait tout à coup irruption dans le tube digestif. Dans ce cas, la tumeur s'affaisse et disparaît même tout à fait, comme si elle se fût vidée à l'extérieur. Bientôt le malade, qui avait été jusqu'alors constipé, éprouve un violent besoin d'aller à la selle, et rend un ou plusieurs verres d'un pus blanchâtre et souvent inodore. Mais si la perforation intestinale ne se fait que lorsque l'abcès s'était déjà vidé à travers les téguments, on la reconnaît par l'issue des matières intestinales à travers la fistule cutanée : c'est ce qu'on voit dans la cinquième observation rapportée dans les leçons cliniques de Dupuytren (1).

Chez la femme, les abcès des fosses iliaques s'ouvrent assez souvent dans le vagin. Il est à remarquer que ce sont peut-être ceux du côté gauche qui affectent surtout ce mode de terminaison. C'est ainsi que sur six cas d'abcès iliaques communiquant avec le vagin seulement, ou en même temps à la surface de la peau, il y en a quatre qui occupaient le côté gauche, et deux seulement le côté droit. Cette sorte de prédilection s'explique assez naturellement, si l'on se rappelle que les abcès de la fosse iliaque gauche pénètrent dans le bassin bien plus facilement que ceux qui se développent au voisinage du cæcum. 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. Lorsque le pus est évacué par cette voie, les parties génitales sont subitement baignées par ce liquide, dont la quantité varie beaucoup. Tantôt il n'y a qu'un suintement; d'autres fois, au contraire, les femmes rendent en peu d'instant un ou deux verres d'un pus en général blanchâtre, consistant, fétide ou inodore. Ici le doute n'est pas permis, mais on comprend que lorsque le pus s'échappe peu à peu en petite quantité et que la femme est habituellement leucorrhéique, ce mode d'évacuation du foyer peut passer aisément inaperçu. Il sera souvent possible, à l'aide du spéculum, de découvrir le point précis du vagin où la perforation s'est faite; mais cependant on peut fort bien ne pas la voir, soit parce qu'il n'existe qu'un pertuis qui se cache facilement au fond de ces rides nombreuses que le vagin présente à sa surface, soit parce que la perforation s'est opérée à travers l'utérus, dans un point que l'instrument ne permet pas d'apercevoir. Quelque résistance qu'oppose le tissu de l'utérus, il est certain qu'il peut être attaqué par le travail morbide et que le pus peut être évacué à travers les parois de cet organe. Dance en a cité un fait remarquable; on a encore vu le foyer se faire jour dans la vessie. Dance, Ménière et le docteur Henri James Johnson (2) en rapportent chacun une observation. Dans aucun de ces cas la perforation n'a été simple, car l'abcès s'ouvrait en même temps dans le gros intestin ou à la surface de la peau. Dans les deux cas qui ont été recueillis par Dance et par Ménière, il ne paraît pas que la présence du pus dans la vessie ait déterminé des symptômes particuliers; il n'en fut pas de même pour le malade du docteur Johnson, qui, obligé d'uriner toutes les demi-heures, éprouvait en même temps de vives douleurs

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 344.

(2) *The Medico-chir. Review*, dernier cahier trimestriel de 1856; et *Gazette méd.*, t. V, p. 123.

au périnée, dans la vessie et au bout du pénis, douleurs qui se prolongeaient quelques instants après l'émission de la dernière goutte d'urine. Ce liquide était parfois sanguinolent, et la pression sur le pubis était douloureuse; la muqueuse vésicale n'était ni enflammée ni épaissie; mais on voyait à la partie moyenne de la paroi antérieure du viscère une petite ouverture ronde, ayant à peine le diamètre d'un pois, communiquant avec un trajet sinueux formé entre l'insertion des muscles au pubis; ce trajet s'avancait vers le côté droit entre les muscles et le péritoine, arrivait dans la fosse iliaque, où il s'ouvrait dans un abcès qui communiquait aussi avec l'intérieur du cæcum.

Enfin nous citerons, comme terminaison plus insolite encore des abcès iliaques, le fait recueilli par M. Demaux, qui vit le pus s'ouvrir une issue dans la veine cave inférieure. On comprend qu'en pareil cas il y aurait tous les accidents de l'infection purulente; et même si la quantité du pus qui pénètre ainsi brusquement dans les voies circulatoires était très-considérable, la mort pourrait survenir promptement, comme elle arrive chez les animaux auxquels on injecte à la fois beaucoup de pus dans les veines. L'ulcération de la veine ayant été précédée de la compression du vaisseau par le foyer, il est probable qu'on devrait observer en pareils cas un œdème plus ou moins considérable des deux membres pelviens.

Que l'abcès s'ouvre à la surface de la peau ou bien que le pus soit versé dans la vessie, dans le vagin ou dans le gros intestin, les phénomènes qui se passeront du côté de la tumeur seront à peu près les mêmes dans tous les cas. L'abcès s'affaîssera d'autant plus que l'écoulement du pus sera plus rapide et plus abondant, et l'on verra cesser quelquefois en peu d'instants certains symptômes dus à la compression qu'exerçait la tumeur sur les parties voisines, spécialement sur le cæcum, sur les muscles et sur les vaisseaux.

L'ouverture du foyer est toujours suivie de soulagement, même lorsque la maladie doit avoir une issue fatale. Il est des individus chez lesquels on voit la maladie marcher régulièrement vers une heureuse solution aussitôt après l'évacuation du foyer; mais souvent aussi la maladie est entravée par quelques-uns des accidents qu'on trouve à la suite de tous les abcès un peu vastes, comme rétention du pus, infection putride, érysipèles.

Les malades qui, après l'évacuation du pus, n'éprouvent aucun accident nouveau, ne guérissent pas à la même époque. La voie par laquelle le pus s'est échappé au dehors influe beaucoup sur la rapidité plus ou moins grande de la guérison. En général, les abcès qui s'ouvrent dans le gros intestin sont ceux qui guérissent le plus vite, car j'ai vu alors le pus cesser de couler, terme moyen, vers le neuvième jour. L'observation de M. le professeur Rigaud (de Strasbourg), que j'ai citée plus haut et dans laquelle la guérison se fit attendre pendant plusieurs mois, est un fait exceptionnel. La longueur de la suppuration dans ce cas dépendait probablement de la grande étendue occupée par le trajet fistuleux, qui de la fosse iliaque droite aboutissait à un point assez rapproché de l'anus. 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 vingt-sept jours. On peut l'expliquer par la déclivité du foyer et la peine que le pus éprouve à s'écouler au dehors lorsque l'incision est faite au-dessus du ligament de Fallope et que le malade conserve habituellement la position horizontale. Cette persistance de la suppuration n'a pas seulement pour effet d'affaiblir les malades, mais il est à craindre de voir quelquefois une hernie s'opérer à travers le trajet fistuleux. Blandin a cité l'observation d'un individu qui mourut à l'hôpital Beaujon,

affecté d'une hernie du cæcum formée à travers une fistule des parois abdominales (1).

La suppuration laisse après elle, chez le tiers des malades, un léger engorgement ou de petits noyaux d'induration qui se résolvent à la longue, mais ils peuvent persister pendant plusieurs mois sans occasionner la moindre douleur ni la plus petite incommodité. Ces engorgements consécutifs occupent tantôt exclusivement le tissu cellulaire, et tantôt aussi ce chapelet de ganglions qui accompagne l'artère iliaque externe.

Quelle que soit la voie par laquelle la suppuration s'est frayée une issue au dehors, si elle continue à se faire au delà de certaines limites, les malades sont bientôt épuisés; on les voit maigrir, perdre de leurs forces; la fièvre s'allume, elle a des redoublements nocturnes, la langue se dessèche, l'appétit se perd; enfin des sueurs abondantes, un dévoiement que rien ne peut arrêter, viennent encore ajouter à la faiblesse et accélérer le moment de la mort. La moitié des malades qui succombent aux suites d'un abcès iliaque meurent épuisés par l'abondance, la persistance et la viciation de la suppuration. La mort par consommation a lieu de deux à six mois à dater du début de la maladie, et d'un à trois mois après l'ouverture de l'abcès. Cette terminaison est observée quel que soit le point par lequel le pus s'est évacué. Il se fait dans ces cas de très-larges décollements, des clapiers multiples où le pus stagne et croupit comme à la suite de tous les abcès étendus, car, quoi qu'en ait dit John Bell, il n'y a sous ce rapport nulle différence à établir entre les abcès iliaques et ceux qui siègent dans toute autre région.

Parmi les malades qui meurent à la suite des abcès iliaques, il y en a un sixième au moins qui est emporté par la péritonite. Cette terrible maladie peut survenir à une époque rapprochée du début, comme on le voit dans la quatrième observation du mémoire de Dance et dans la troisième du travail de Bourienne. La péritonite survient d'autres fois à une époque plus éloignée; elle succède généralement alors à la rupture de l'abcès et à l'épanchement consécutif du pus dans la cavité de la membrane séreuse. J'ai observé un cas de ce genre en 1831; la perforation fut marquée par l'affaîssement brusque de la tumeur et par tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Un épanchement du pus se faisant subitement et abondamment dans la cavité péritonéale peut produire chez un sujet déjà épuisé un ébranlement tel, qu'une mort subite peut en être la conséquence, sans qu'il y ait dans ces cas trace de péritonite; c'est ce que prouve un fait remarquable publié par le docteur Perrochaud (2).

Il y a enfin des malades qui succombent à une époque rapprochée du début sans qu'il y ait complication de péritonite, et victimes de l'étendue et de la gravité des désordres: c'est ce qu'on a vu en particulier dans les cas d'abcès stercoraux.

La gangrène, complication toujours fâcheuse, ne se remarque guère que dans les phlegmons consécutifs à la mortification du cæcum ou de son appendice, et à l'épanchement des matières stercorales dans le tissu cellulaire voisin. Je ne crois pas qu'on ait jamais observé la gangrène dans les phlegmons d'origine spontanée qui se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Si, au contraire, l'engorgement inflammatoire, quoique spontané, est subjacent au *fascia iliaca*, celui-ci pourra produire alors un véritable étranglement des parties phlogosées, et il sera assez commun de voir dans ces abcès sous-aponévrotiques les fibres

(1) *Anatomie chirurgicale*, 2<sup>e</sup> édit., p. 323.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 12<sup>e</sup> année, 7<sup>e</sup> bulletin, p. 205.

du muscle iliaque devenues noirâtres, ramollies et exhalant une odeur fétide. Aucun symptôme ne peut faire diagnostiquer sûrement cette fâcheuse terminaison; mais lorsqu'on donne issue à la matière épanchée, celle-ci exhale une odeur fétide, et entraîne avec elle des gaz, parfois des fèces et des lambeaux de tissu cellulaire, de muscles et de tendons mortifiés. On conçoit que la mort doit être la suite la plus ordinaire de pareils désordres.

Les efforts de la nature et de l'art peuvent quelquefois enrayer les accidents. Sur sept cas d'abcès stercoraux et gangréneux que je connais, la guérison a été observée deux fois. Il y a environ vingt-cinq ans, on traita à la clinique de Heidelberg un jeune homme affecté de carie vertébrale, chez lequel se développa graduellement une inflammation, puis un vaste abcès dans la fosse iliaque droite; cet abcès s'ouvrant au dehors, laissa écouler un pus mêlé à des matières fécales et à des pepins de melon. Le foyer se ferma après quelques semaines; mais le malade ayant succombé au bout de plusieurs mois au progrès du mal vertébral, on reconnut à l'autopsie que l'appendice avait été le siège d'une perforation; il adhérait intimement à la cicatrice de l'abcès, et présentait des traces évidentes d'une inflammation antérieure. Le huitième fait du mémoire de Burne est encore plus remarquable, à cause des graves lésions qu'on observa, puisque le malade rendit, par les incisions que l'on pratiqua, plusieurs lambeaux gangrenés de muscles et de tendons, dont quelques-uns avaient plus de 5 à 6 centimètres de longueur. Il eût été intéressant de savoir si une perte de substance aussi considérable avait, par la suite, rendu difficiles les mouvements de flexion et d'adduction du membre inférieur correspondant.

Les auteurs ont, en effet, généralement négligé de décrire l'état des malades après la guérison; cependant il n'est pas très-rare d'observer consécutivement aux abcès divers accidents qui persistent quelquefois indéfiniment. J'ai cité précédemment un fait de Blandin, qui prouve qu'une hernie du cæcum peut s'effectuer à travers le trajet fistuleux qui aboutit à la peau. Des éventrations pourront aussi se faire à travers les cicatrices, parce que la paroi abdominale se trouve beaucoup affaiblie dans ce point. Enfin, le membre inférieur correspondant peut être le siège d'un œdème permanent lorsque la veine iliaque comprise dans le foyer a eu son calibre diminué, soit par un caillot qui s'est formé dans sa cavité, soit peut-être par la cicatrice qui a succédé à l'abcès.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque n'est pas toujours facile, car cette région est souvent le siège d'affections fort diverses, dont les symptômes se rapprochent plus ou moins de ceux de la maladie que j'ai décrite. C'est ce qui a souvent donné lieu à des méprises fâcheuses. Mais il y a de ces erreurs tellement grossières, qu'on a de la peine à croire qu'elles aient jamais pu être commises: telle est, par exemple, celle qui consisterait à prendre pour un phlegmon de la fosse iliaque une tumeur formée par le foie (1); comme si la percussion et surtout la palpation, indépendamment des troubles fonctionnels, ne devaient pas toujours permettre de distinguer aisément une intumescence générale ou partielle de l'organe hépatique. Les reins simplement déplacés ou devenus plus volumineux par suite d'une phlegmasie qui a frappé leur parenchyme, pourraient mieux en imposer pour des abcès iliaques; j'ai rapporté dans mon mémoire une erreur de ce genre. Si le rein n'était que déplacé, mais sans altération dans son tissu, il serait possible de le reconnaître en ayant égard à la forme et au volume de la tumeur, dont on pourra exactement dessiner les contours par la percussion et

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 349.

par la palpation (1); mais si ce rein, dans une situation aussi insolite, devient malade, si son tissu s'enflamme et suppure, on pourra croire aisément à l'existence d'un abcès dans le tissu cellulaire: car alors il y a tumeur douloureuse, fluctuation et selles purulentes dans le cas où le foyer s'ouvre dans le côlon ou le rectum, comme M. Cruveilhier en cite un exemple (2). L'ovaire malade est encore un organe qui, en se déplaçant, peut venir former une tumeur douloureuse et plus ou moins volumineuse dans la fosse iliaque, et simuler un phlegmon de cette région. Le diagnostic pourra être précisé, si l'on se rappelle que la tumeur dépendant de l'ovaire, de forme en général globuleuse, est parfois bosselée et très-souvent mobile; elle semble même fuir sous la main, et dans certains moments son déplacement est tel, qu'on ne la retrouve plus dans la fosse iliaque; il est possible enfin, en portant le doigt dans le vagin, de lui imprimer des mouvements en agissant sur l'utérus.

Il y a des péritonites circonscrites aiguës ou chroniques qui, produisant des tumeurs appréciables à la vue et au toucher, pourraient aussi faire croire à la présence du phlegmon. Cependant, si l'on a égard aux symptômes et à leur ordre de succession, on pourra reconnaître aisément la nature de l'affection. C'est ainsi que, dans la péritonite, un frisson plus ou moins violent marque le début; ce symptôme, au contraire, est rare dans le phlegmon. La douleur de la péritonite est vive, pongitive, et diffère beaucoup, quant à son intensité et à sa nature, de celle que produit le phlegmon; la première d'ailleurs s'accompagne, en général, de vomissements ou tout au moins de nausées, de hoquets et de fièvre intense. Enfin, dans les cas où une tumeur se dessine, elle n'offre jamais cette élasticité, cette résistance, cette dureté qu'on rencontre dans le phlegmon; mais la tuméfaction présente, dès les premiers moments de son apparition, une mollesse remarquable, et parfois même une véritable fluctuation. Cependant assez souvent, et sans que le péritoine soit envahi d'emblée, en raison même de l'acuité du phlegmon, la douleur est exceptionnellement vive, et elle l'est à un point tel, que l'exploration, même la plus circonspecte, ne peut faire sentir la tumeur; c'est tout au plus si l'on peut saisir profondément une rénitence obscure et diffuse. Cependant, si l'on réfléchit combien rare est une péritonite spontanée, idiopathique, circonscrite à l'une des fosses iliaques, combien, par contre, le phlegmon iliaque est commun; c'est lui surtout qu'on devra soupçonner et même diagnostiquer dans les cas où la sensibilité péritonique ne permettrait pas de reconnaître la tumeur formée par l'induration du tissu cellulaire.

Chez plusieurs malades atteints de péritonite chronique, j'ai vu des anses intestinales agglomérées entre elles, et unies par des fausses membranes épaisses, former vers les fosses iliaques des tumeurs assez volumineuses et douloureuses qui ont été attribuées plusieurs fois par des hommes instruits à un phlegmon iliaque. On ne commettra pas une pareille méprise, si l'on sait que la tumeur formée par des anses intestinales agglomérées et par des fausses membranes est inégale à sa surface, d'une sonorité variable, que jamais elle n'est mate; enfin la déformation du ventre, la dureté particulière qu'il présente, les troubles digestifs et les accidents généraux éclaireront suffisamment le mé-

(1) Le déplacement du rein s'accompagnerait, dit-on, de dépression dans la région lombaire correspondante; ce signe n'est pas constant; je n'ai pu le vérifier sur plusieurs individus qui offraient l'anomalie dont je parle: cependant l'an dernier je l'ai constaté de la manière la plus nette sur un homme.

(2) Cruveilhier, *Anatomie*, t. II, 1<sup>re</sup> édit., p. 634.

decin et ne permettront pas de méconnaître une péritonite chronique. (Voyez plus haut, page 594.)

De toutes les maladies dont les fosses iliaques sont le siège, les tumeurs stercorales sont celles que l'on confond le plus souvent avec les inflammations phlegmoneuses. Dans le tome XX des *Archives*, page 581, on trouve la relation d'un cas de tumeur stercorale prise d'abord pour une néphrite, et plus tard pour un abcès. On crut même reconnaître un point fluctuant : on regardait l'ouverture comme *indispensable*, lorsque l'un des médecins eut l'idée, avant de la pratiquer, d'administrer un laxatif, qui fit aussitôt disparaître la tumeur. Cependant, avec un peu d'attention, il est facile de ne pas tomber dans une pareille erreur, qui pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Les tumeurs stercorales se présentent, en effet, sous forme de masses plus ou moins volumineuses, *inégales à leur surface*, peu ou point douloureuses à la pression, à moins pourtant que l'intestin ne soit très-distendu, car alors la douleur peut être assez vive. Ces tumeurs se déplacent d'un instant à l'autre; elles diminuent ou disparaissent sous l'influence des contractions péristaltiques des intestins, et surtout après l'administration d'un purgatif. Il n'est même pas rare de pouvoir faire cheminer la tumeur produite par les fèces à l'aide de pressions exercées sur elle.

Je fus appelé un jour par Auguste Bérard, pour voir un ostéosarcome de la fosse iliaque interne, pouvant simuler une tumeur phlegmoneuse. Il est facile cependant de n'être pas induit en erreur si l'on observe que l'ostéosarcome s'annonce communément par des douleurs vives et profondes qui se déclarent quelquefois longtemps avant qu'il se manifeste aucune tuméfaction. Lorsque celle-ci apparaît, elle est dure, immobile et bosselée, et la compression a rarement pour effet d'augmenter les douleurs dont elle est le siège. La tumeur est-elle devenue fluctuante par le ramollissement du produit hétéromorphe, on trouvera dans la marche de la maladie et dans les signes de la cachexie des éléments suffisants pour assigner à la tumeur sa nature véritable.

Lorsque le phlegmon s'est terminé par suppuration et que le pus a fusé à travers les anneaux inguinal et crural ou à travers le trou obturateur, il sera impossible, en ayant égard à la marche que les symptômes ont suivie, de confondre l'abcès avec une hernie ou avec un anévrysme. Un abcès par congestion, par cela seul qu'il est indolent et fluctuant dès le principe, ne saurait être pris non plus pour un abcès phlegmoneux, qui nécessairement a dû être précédé par une induration plus ou moins considérable. Cependant, on a vu, dans quelques cas rares, un abcès symptomatique se prononcer avec les symptômes d'un phlegmon aigu. Bérard a rapporté des faits de ce genre (1) observés chez deux malades qui avaient subi antérieurement plusieurs ponctions pour un abcès lombaire demeuré fistuleux. Il suppose que, dans ces deux cas, les ponctions répétées et l'introduction de l'air ayant enflammé le foyer lombaire, la phlegmasie s'était ensuite propagée de là dans le trajet qui descendait vers l'aîne avant que la tumeur de ce côté fût apparente. Dans les faits de ce genre, le diagnostic ne peut guère être établi que d'après des présomptions : c'est ainsi que, si un abcès se développe avec des symptômes aigus dans la fosse iliaque ou à la partie supérieure de la cuisse, chez un sujet qui depuis longtemps souffre de douleurs lombaires ou qui porte une incurvation du rachis, il serait rationnel de le rattacher plutôt à une carie vertébrale qu'à une inflammation idiopathique du tissu cellulaire.

(1) Dictionnaire en 30 volumes, t. I, p. 66.

Il faudra aussi bien prendre garde de croire à une terminaison de l'engorgement par résolution, tandis qu'un abcès se viderait peu à peu dans le vagin, dans la vessie, et surtout dans le gros intestin. On voit, en effet, quelquefois le phlegmon s'abcéder partiellement et la suppuration ne frapper que le point de la tumeur qui touche à l'intestin. Dans ces cas, le pus, profondément placé et recouvert par une couche indurée plus ou moins épaisse, ne peut fournir le phénomène de la fluctuation. Ajoutez à cela que le fluide morbide, étant peu abondant, ne détermine pas de phénomènes généraux ou n'en produit que de très-obscurs. Pour éviter l'erreur que je signale, il n'y a pas d'autre moyen que d'examiner *tous les jours* l'urine et les matières fécales, et de s'enquérir auprès des femmes de l'abondance et de la couleur des écoulements qui peuvent se faire par les parties sexuelles.

Est-il possible de distinguer, pendant la vie, un abcès borné à la fosse iliaque interne d'une suppuration occupant le muscle psoas, maladie que nous décrivons plus tard sous le nom de *psôitis*? Le diagnostic différentiel des deux affections serait à peu près impossible, si l'on acceptait comme des exemples de psôitis la plupart des observations auxquelles on a donné ce titre, et qui sont consignées dans les divers recueils scientifiques. En effet, dans le plus grand nombre de ces cas, on voit la suppuration frapper à la fois le tissu cellulaire du psoas, du muscle iliaque, quelquefois du carré lombaire, et enfin le tissu cellulaire sous-péritonéal; si l'on étudie les symptômes observés pendant la vie, on nous parle bien de douleur, de tuméfaction, de rétraction du membre, mais sans qu'il soit possible cependant de connaître quel a été l'ordre suivant lequel les divers symptômes se sont succédé et le point précis que la tumeur occupait pendant la vie. Néanmoins je crois qu'il y a certains symptômes à l'aide desquels on pourra souvent distinguer un phlegmon iliaque d'un abcès n'occupant que le muscle psoas. Pour établir ce diagnostic différentiel, on aura surtout égard au siège de la douleur et aux caractères de tuméfaction. C'est ainsi que, dans le phlegmon des fosses iliaques, c'est en général dans cette région que réside la douleur; elle est assez souvent vive et lancinante, la pression l'exaspère toujours. Dans le psôitis, au contraire, les malades rapportent leur souffrance dans les lombes; la douleur sourde et profonde n'occupe guère qu'un des côtés de cette région, ou du moins elle y est plus marquée que du côté opposé. Communément on ne la voit pas s'exaspérer sous la pression, mais elle augmente dans la marche et par les divers mouvements du tronc. Celui-ci n'est presque jamais dans l'attitude verticale, et se trouve plus ou moins fléchi sur les membres inférieurs. Si l'on explore l'abdomen, on ne distingue aucune tumeur circonscrite dans la fosse iliaque, mais sur le côté le plus interne de cette région on sent une rénitence allongée dont on ne peut pas toujours bien préciser le siège. Cette tuméfaction reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long; bientôt elle s'accompagne de frissons irréguliers, de fièvre le soir, de sueurs abondantes, d'amaigrissement; enfin la tumeur, se prolongeant inférieurement, est mieux appréciable au toucher. Il est commun alors d'y percevoir de la fluctuation; il peut arriver même que le pus, s'engageant sous le *fascia iliaca*, arrive en dehors du canal *crural*, jusqu'au petit trochanter, comme dans un fait rapporté par le docteur Christ Pfenfer, qui a vu dans un psôitis la suppuration former tumeur au-dessus et au-dessous du ligament de Poupert, qui la partageait en deux parties (1). Ces

(1) Cahier iv du XX<sup>e</sup> volume du *Journal de chir. et d'ophthalm.* de Græfe et Walther. Extrait de la *Gazette médicale*, 1834, n<sup>o</sup> 21.

abcès du psoas offrent encore ceci de particulier, que, contrairement à ceux qui se développent dans la fosse iliaque, ils n'ont presque aucune tendance à devenir superficiels. La rétraction du membre abdominal correspondant, l'impossibilité de l'étendre complètement, les douleurs éprouvées dans l'abdomen et dans les lombes, quand on essaye de lui imprimer ce mouvement, ne sont pas, quoi qu'on en ait dit, un symptôme constant de la suppuration du muscle psoas. C'est ainsi que, dans une observation que j'ai rapportée en détail dans mon mémoire, on voit une suppuration qui avait détruit en grande partie le muscle psoas du côté droit, ne s'accompagner néanmoins, à aucune époque de la maladie, de rétraction dans le membre inférieur correspondant, tandis que j'ai vu la suppuration bornée aux muscles iliaques produire de la douleur et de la rétraction dans la cuisse. Ainsi ce symptôme isolé indiquera, suivant moi, indifféremment une souffrance dans le muscle psoas ou dans le muscle iliaque; mais, pour déterminer si l'altération occupe l'un de ces muscles plutôt que l'autre, il faudra avoir égard au siège de la tumeur, circonstance sur laquelle j'ai insisté précédemment.

**Pronostic.** — Les phlegmons des fosses iliaques doivent être regardés comme une maladie grave et traités comme tels : car sur 73 malades ils ont amené la mort 20 fois, et dans 11 autres cas les symptômes devinrent assez fâcheux pour inspirer les plus vives inquiétudes sur l'issue de la maladie. Les phlegmons qui sont consécutifs à un accouchement sont plus graves que ceux qui surviennent en dehors de la puerpéralité : car, dans le dernier cas, la mortalité a été d'un peu moins que le quart, tandis que dans le premier elle s'est élevée presque à la moitié (7 sur 17). La gravité plus grande de la maladie, après les couches, dépend probablement de ce que, en général, le phlegmon occupe un plus grand espace, de ce qu'il se termine à peu près inévitablement par la suppuration, et que celle-ci est plus abondante et plus opiniâtre. Disons, en outre, que l'état puerpéral est par lui-même une circonstance qui ajoute à la gravité d'une maladie, de quelque nature qu'elle soit. Chez l'homme, les phlegmons des fosses iliaques sembleraient être un peu moins graves que ceux qui se déclarent chez la femme, même à la suite de couches, puisque la mortalité, qui chez le premier a été un peu moindre que le quart, s'est élevée jusqu'au tiers chez les femmes.

Les abcès stercoraux sont incomparablement plus fâcheux que les autres, car sur sept individus qui en furent affectés, cinq ont succombé. Cette gravité s'explique par la gangrène qui les complique toujours, par les pertes de substance et par la suppuration abondante qui en sont la suite inévitable, et enfin par la péritonite qui les accompagne plus souvent.

En général, le pronostic n'acquiert de la gravité que lorsque le phlegmon a passé à l'état de suppuration. Il faut néanmoins se rappeler ces cas, rares il est vrai, où l'on voit la phlegmasie du tissu cellulaire s'étendre rapidement au péritoine, avant que le pus soit formé ou lorsqu'il n'est encore qu'infiltré. Un phlegmon iliaque qui, dès le début, s'accompagnera de douleur vive, de fièvre intense, devra tout d'abord inspirer des craintes. D'ailleurs, quelque marche que la maladie ait suivie, du moment que l'on constate la présence du pus dans la fosse iliaque, on doit être inquiet sur l'issue de l'affection. Car, quelque peu abondant qu'il soit, le liquide peut se faire jour dans le péritoine et déterminer une péritonite très-promptement mortelle. La voie par laquelle le pus arrive à l'extérieur, influant sur la marche de la maladie, sera une circonstance dont on devra tenir compte pour le pronostic. On pense assez généralement que les abcès qui s'ouvrent à la surface de la peau se trouvent dans les

conditions les plus défavorables, parce que le pus placé dans un lieu déclive doit s'écouler avec difficulté. On a, au contraire, signalé comme une circonstance favorable l'ouverture de l'abcès dans le gros intestin, opinion émise depuis longtemps par Baglivi (1). Cependant l'examen des faits contenus dans les archives de la science ne confirme pas pleinement cette assertion. C'est ainsi que, sur 14 individus chez lesquels le pus s'est frayé une issue à travers les parois abdominales, deux ont succombé; tandis que sur 10 sujets chez lesquels l'abcès s'est vidé exclusivement dans le gros intestin, deux également sont morts. La mortalité a été bien plus considérable pour les abcès qui se sont ouverts à la fois à l'extérieur et dans le tube digestif, puisque, sur sept cas de ce genre, il y en a quatre qui ont eu une issue funeste.

Tous ces faits me porteraient donc à penser, contrairement à l'opinion reçue jusqu'à ce jour, que l'ouverture des abcès iliaques dans le gros intestin doit être une circonstance fâcheuse et qui ajoute à la gravité de l'affection. Ceci, d'ailleurs, s'explique très-bien par la disposition anatomique des parties. Lorsque, en effet, le pus veut se frayer une issue à travers la paroi abdominale antérieure, le foyer tend alors à se circonscire sur un petit espace, et tous les efforts de la nature se portent de ce côté; l'art venant bientôt lui-même au secours du malade, une large incision est faite, qui donne issue à la matière purulente, et prévient aussi les désordres que celle-ci aurait pu occasionner en se portant au loin. Mais si le pus se vide dans le cæcum ou dans le côlon, l'ouverture qui le fait communiquer avec l'intestin est presque toujours petite, l'écoulement se fait donc lentement; placé d'ailleurs dans un tissu cellulaire lamelleux et très-lâche, il fuse au loin avec facilité, finit ordinairement par décoller largement le côlon ascendant ou descendant dans toute sa longueur, et il est ordinaire de voir alors à l'autopsie le pus arriver jusqu'au niveau des reins et du foie. L'étendue du foyer, l'abondance de la suppuration, expliquent donc pourquoi l'abcès qui s'ouvre du côté de l'intestin semble plus grave que lorsqu'il se porte à la surface de la peau. Il est à remarquer cependant que si l'abcès qui pénètre dans le cæcum et dans le côlon est peu volumineux, s'il est bien circonscrit et s'il ne décolle pas les parties voisines, il se trouvera dans des conditions plus favorables pour l'évacuation de la matière morbide que lorsqu'il aboutit à la paroi abdominale antérieure. Aussi ai-je dit plus haut que, dans les cas où l'abcès marchait rapidement vers la guérison, celle-ci arrivait communément plus vite quand l'évacuation du pus avait eu lieu par l'intestin, que lorsqu'elle s'était faite à travers les parois abdominales.

De tous les modes d'évacuation du pus, le plus utile devait être celui dans lequel ce liquide se fraye une issue à travers le vagin, parce que dans ce cas l'ouverture est toujours placée au-dessous du niveau du foyer. Cependant, sur six malades qui ont présenté ce mode de terminaison, une d'elles a succombé.

**Étiologie.** — Les causes qui président au développement des phlegmons iliaques sont en général obscures; les auteurs en ont invoqué un grand nombre, mais l'examen attentif des faits que la science possède ne confirme pas toujours les assertions qui ont été émises à cet égard.

On est généralement d'accord que les tumeurs phlegmoneuses sont plus fréquentes dans la fosse iliaque droite que dans la gauche : la différence est même assez grande, puisqu'en réunissant les observations connues à l'époque où je publiai mon travail, j'ai trouvé que les abcès ont occupé le côté droit cinquante-trois fois, et le gauche vingt fois seulement. On a cru trouver la rai-

(1) *Præc. med.*, lib. I, p. 64.