

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 infiltrèrent 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, 303.

sous-péritonéal ou le sous-aponévrotique. L'ordre dans lequel les symptômes se sont succédé 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 dévoisement, 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. D'ance 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.

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^e 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) Bricheau, *Archives*, 3^e série, t. II, p. 409. — Bérard, *Société anatomique*, loc. cit., 6 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'instants 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'affaissement 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^e édit., p. 323.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 12^e année, 7^e 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 pépins 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 phlémasie 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^{re} édit., p. 694.

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, *inégaies 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 *psôitisme*? Le diagnostic différentiel des deux affections serait à peu près impossible, si l'on acceptait comme des exemples de psôitisme 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 succédés 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 psôitisme, 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 Pfenser, qui a vu dans un psôitisme la suppuration former tumeur au-dessus et au-dessous du ligament de Poupart, qui la partageait en deux parties (1). Ces

(1) Cahier IV du XX^e volume du *Journal de chir. et d'ophthalm.* de Græfe et Walther. Extrait de la *Gazette médicale*, 1834, n^o 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) *Prax. med.*, lib. I, p. 64.

son de cette fréquence plus grande à droite dans la disposition qu'affecte dans ce point le tube digestif, qui fait que les matières alimentaires, obligées de circuler contre les lois de la pesanteur, s'y accumulent en plus grande quantité. La fréquence et la diversité des lésions organiques du cæcum deviennent quelquefois aussi une cause efficiente de phlegmasie pour le tissu cellulaire ambiant. Enfin, s'il est vrai que l'inflammation de la muqueuse intestinale puisse s'étendre à travers les membranes jusqu'au tissu cellulaire des fosses iliaques, cette transmission serait plus facile à droite qu'à gauche, parce que, dans le premier point, l'intestin est dépourvu de mésentère; sa face postérieure, n'étant point protégée par le péritoine, offre par conséquent moins de résistance à l'envahissement du travail inflammatoire. Cependant je n'oserais affirmer que la prédilection des abcès pour la fosse iliaque dépendit uniquement de la circonstance que je viens d'énoncer. Je pense que le lecteur partagera mes doutes à cet égard lorsque, plus tard, j'aurai examiné quelle est l'influence qu'exerce l'inflammation du gros intestin dans la production des phlegmons iliaques.

Lorsque les abcès surviennent dans le cours de l'état puerpéral, quelques médecins ont prétendu qu'on les observait presque toujours à gauche; d'autres, avec Dance, les regardent au contraire comme plus communs à droite; et, chose remarquable, les uns et les autres expliquent cette fréquence plus grande dans un côté, par l'inclinaison que l'utérus présente ordinairement à droite pendant le cours de la grossesse. L'analyse des faits démontre que, contrairement à ce que nous avons vu tantôt, les abcès iliaques survenant après les couches sont deux fois plus communs à gauche. Pour expliquer ce fait, je n'invoquerai pas, à l'exemple des auteurs, l'inclinaison habituelle de l'utérus à droite, disposition qui doit, à ce qu'on assure, tirailler le ligament large du côté gauche: car je nie d'abord que, dans l'inclinaison latérale, le ligament large du côté opposé soit tirillé. Pour qu'il le fût, il faudrait que l'utérus éprouvât un déplacement considérable, et que ne lui permet pas la résistance des muscles abdominaux. Supposons même que ce tiraillement soit possible, il me semble alors que le phlegmon devrait se déclarer dans les derniers temps de la grossesse, et nullement après la délivrance. J'ajouterai enfin que l'inflammation devrait dans tous les cas, ou tout au moins le plus souvent, avoir son point de départ dans le ligament large. Or, c'est ce qui n'a presque jamais lieu, comme je le dirai plus tard. Je pense donc que nous ne connaissons nullement encore la raison qui rend les abcès iliaques puerpéraux plus fréquents à gauche.

Le sexe masculin doit être considéré comme une des causes prédisposantes les plus puissantes. En effet, sur 56 observations d'abcès iliaques survenus hors de l'état puerpéral, on en trouve 46 chez l'homme et 10 seulement chez la femme. Dupuytren, Dance, Ménière, ont également constaté que le sexe masculin était une cause réelle pour le développement de la maladie. Il est d'ailleurs impossible d'expliquer cette fréquence plus grande chez l'homme par aucune disposition anatomique spéciale. Les deux tiers des abcès iliaques observés chez les femmes sont consécutifs à un accouchement.

On n'a pas observé que les femmes qui avaient eu une grossesse pénible en fussent plus souvent atteintes que celles qui n'avaient éprouvé aucune incommodité pendant toute leur gestation. On ignore l'influence qu'exerce la longueur du travail; il est à présumer cependant qu'un accouchement long et pénible doit prédisposer à la maladie; c'est là peut-être ce qui explique pourquoi le phlegmon iliaque est plus fréquent chez les primipares. Les accouchements qui pour être terminés nécessitent l'introduction de la main ou des

instruments, ne sont pas une cause efficiente bien certaine des phlegmons iliaques; tandis que le phlegmon diffus, les vastes suppurations de la cavité pelvienne, succèdent assez fréquemment aux manœuvres répétées et surtout aux applications de forceps faites peu méthodiquement. Le docteur Kyll (1) attribue plusieurs des abcès consécutifs aux couches, à la déchirure, au tiraillement du psoas produit par un trop fort écartement des cuisses pendant le travail de la parturition. Le médecin allemand ne cite aucun fait concluant en faveur de sa doctrine; mais, si l'étiologie qu'il indique était réelle, on verrait les symptômes du phlegmon se déclarer immédiatement après la délivrance: or c'est ce qui n'a pas lieu le plus communément.

Les phlegmons iliaques ne surviennent pas avec une fréquence égale à tous les âges de la vie. Dance et Ménière ont vu que, sur 46 malades, 11 avaient moins de trente ans; et j'ai constaté moi-même sur 51 cas que la période de vingt à trente ans était celle qui prédisposait le plus à l'affection dont je parle (2). La maladie est observée aussi plus chez les sujets bien constitués que chez les individus débiles et malades, puisque, sur un total de 34 malades, il y en avait 23 dont la constitution était robuste, tandis que 11 seulement avaient une santé délicate ou étaient atteints de quelque maladie organique, spécialement de tubercules pulmonaires. La saison est sans influence sur le développement et la fréquence plus ou moins grande des abcès iliaques, car, d'après mes relevés, ils se seraient montrés en nombre égal pendant l'été et durant l'hiver. On a accusé certaines professions de prédisposer à la maladie. C'est ainsi que Ménière signale les peintres en bâtiments, les broyeurs de couleurs, ceux qui respirent certaines poussières métalliques, comme étant plus sujets que d'autres aux tumeurs phlegmoneuses. Je ne saurais, à ce sujet, partager l'opinion de ce médecin distingué: car, en faisant le relevé des faits que je puis analyser, je ne trouve que 2 individus appartenant aux professions de peintres ou de broyeurs; les autres malades exerçaient des états les plus divers, en sorte que je suis autorisé à conclure qu'aucune profession ne prédispose au développement des phlegmons iliaques. Jusqu'à présent il est impossible de déterminer la part qu'a l'alimentation dans la production de la maladie. Mais une importante question se présente actuellement: il s'agit de déterminer l'influence que peuvent exercer sur le développement du phlegmon, les affections du tube digestif.

On pense assez généralement que les abcès des fosses iliaques, spécialement ceux du côté droit, sont souvent consécutifs à une phlegmasie aiguë ou chronique de la muqueuse iléo-cæcale. Cette opinion émise par Dance, défendue avec talent par Ménière, a été adoptée depuis par M. Lebatard et Téallier (3), et cependant elle me semble contredite par les faits. Rien n'est plus rare, en effet, que de voir le tissu cellulaire des fosses iliaques et des lombes s'enflammer consécutivement aux phlegmasies intestinales. Je citerai à cet égard la fièvre typhoïde et la dysenterie, dans laquelle, nonobstant des ulcérations profondes et nombreuses, on ne voit pas néanmoins le travail morbide se propager au tissu cellulaire ambiant. Ceci n'a rien d'extraordinaire, il faut considérer ce fait comme étant une application de cette idée développée par Bordeu

(1) *Russ's Magazine*, t. XLI, part. II, p. 311, trad. dans les *Archives*, t. VI, 2^e série, p. 98.

(2) Sur 51 malades: 7 avaient de 11 à 20 ans.

27 — 20 à 30 ans.

12 — 30 à 40 ans.

5 — 40 à 60 ans.

(3) *Journal général*, t. CVIII, p. 7.

et par Bichat, qui consiste à regarder le tissu cellulaire périphérique des organes comme formant à ceux-ci une atmosphère qui isole leurs actions morbides.

Les médecins qui ont fait jouer un grand rôle à l'entérite comme cause des tumeurs phlegmoneuses ont cité, à l'appui de leur opinion, l'histoire de plusieurs individus chez lesquels la maladie avait été précédée pendant quelque temps de coliques et de dévoisement. Mais on ne peut rien conclure de cette circonstance, car il faudrait préalablement déterminer quel est le point précis de l'intestin qu'occupait la phlegmasie; d'ailleurs ce dévoisement précurseur n'est pas ordinaire. Je l'ai noté à peine dans un douzième des cas, tandis que la constipation existe dans une proportion un peu plus considérable (un dixième environ). Ajoutons que, lorsque la diarrhée survient dans les prodromes, elle n'est généralement pas très-abondante; et les coliques qui la précèdent ne sont pas communément non plus assez intenses pour faire soupçonner une entérite de quelque gravité. Pourquoi donc en pareil cas admettre que la phlegmasie peut s'étendre en profondeur jusqu'au tissu cellulaire périphérique, tandis que précédemment nous avons vu que les inflammations graves, avec destruction du tissu, restaient bornées dans l'organe atteint primitivement?

On a encore objecté que le phlegmon se développait plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal que dans celui qui est subjacent au *fascia iliaca*, et l'on a pensé que cette prédilection tenait au voisinage de l'intestin. Mais cette interprétation n'est pas exacte: si l'on voit le tissu cellulaire superficiel de la fosse iliaque plus souvent phlogosé que le tissu cellulaire profond, ce ne serait là qu'une application de cette loi générale si bien développée par Hunter, qui veut que les abcès, quelle que soit la région du corps où on les observe, soient infiniment plus rares dans les couches profondes que dans les couches superficielles du tissu cellulaire.

Qu'on ne croie pas néanmoins que je nie absolument la possibilité de transmission de la phlegmasie iléo-cæcale au tissu cellulaire des fosses iliaques; mais je prétends seulement que cette propagation est rare, je dirai même que jusqu'à ce jour on ne l'a point démontrée. Toutefois l'analogie me la fait regarder comme possible, car nous verrons bientôt l'inflammation de quelques organes gagner par continuité ou contiguïté le tissu cellulaire des fosses iliaques.

On a dit aussi que la constipation était une cause puissante des phlegmons iliaques; mais je crois que les auteurs ont émis cette opinion moins d'après les faits que guidés par la théorie: car ils ont supposé que la muqueuse cæcale devait être irritée par le séjour des fèces, et que cette irritation se transmettait au tissu cellulaire environnant, deux circonstances capitales qu'il fallait se mettre en devoir de prouver avant tout. Les faits que j'ai recueillis moi-même sont d'ailleurs tout à fait contraires à une pareille opinion.

Les perforations du cæcum et de son appendice arrivant spontanément ou par gangrène, résultant souvent aussi de la présence de corps étrangers ou de fèces endurcies, déterminent parfois des abcès phlegmoneux et gangréneux, qui sont, pour la fosse iliaque, semblables à ceux qu'on rencontre si souvent à la marge de l'anus, et qui sont ordinairement consécutifs à quelque crevasse de l'intestin ayant permis l'infiltration de matières fécales dans le tissu cellulaire voisin. On peut lire plusieurs exemples d'abcès stercoraux de la fosse iliaque droite dans un mémoire du docteur John Burne (1), et dans une thèse

(1) *Westminster's Hospital Reports*, 1837. — *Gazette médicale*, 1838, nos 25 et 26.

soutenue en 1836, à Heidelberg, par M. Fréd. Merling, sur l'anatomie pathologique de l'appendice vermiforme (1).

J'ai dit précédemment que les phlegmons iliaques succédaient quelquefois à l'inflammation de quelque organe voisin. Je les ai vus succéder à l'inflammation des ganglions inguinaux profonds. M. Lebatard dit que M. Velpeau a vu un phlegmon de la fosse iliaque gauche survenir consécutivement à l'inflammation de la capsule synoviale qui tapisse la branche horizontale du pubis pour faciliter le glissement des muscles psoas et iliaque. On a prétendu que l'inflammation des reins pouvait aussi s'étendre facilement au tissu cellulaire du grand bassin. C'est là une supposition qu'aucun fait ne justifie encore et qui ne s'appuie peut-être que sur une observation incomplète publiée par Téallier (2).

On a avancé aussi que la métrite, que l'inflammation des annexes de l'utérus et spécialement des ligaments larges était une cause puissante des abcès iliaques qui surviennent chez la femme en dehors de l'état puerpéral et surtout pendant cet état. M. Velpeau dit, en effet, avoir vu deux fois la maladie se déclarer chez des femmes qui souffraient de l'utérus (3); mais il n'indique pas l'espèce de lésion dont cet organe était le siège. M. Piotay cite également deux cas où le phlegmon iliaque se déclara dans le cours d'une métrite aiguë. Cependant les faits de ce genre sont infiniment rares, et rien ne saurait autoriser les auteurs à dire, comme ils le font, que les annexes de l'utérus et que les ligaments larges, en particulier, sont le point de départ des phlegmons iliaques consécutifs aux couches.

Les abcès que j'étudie peuvent se développer sous l'influence de causes traumatiques. Il peut arriver, en effet, qu'un projectile s'enfonçant au voisinage de l'anneau inguinal, au lieu de pénétrer dans le péritoine, reste en dehors de cette cavité, en remontant plus ou moins haut, suivant la direction de la crête iliaque. John Bell (4) rapporte à ce sujet l'observation d'un jeune homme qui fut blessé en duel; les premiers accidents se calmèrent, mais il survint bientôt une fièvre hectique qui emporta le malade un an après l'accident. A l'autopsie, on reconnut que la balle s'était logée au-dessous du muscle psoas et sur la fosse iliaque interne, où elle se trouvait environnée de plusieurs kystes purulents. Des corps étrangers introduits dans l'estomac, arrivant dans le gros intestin, peuvent aussi se frayer une issue dans le tissu cellulaire ambiant, où leur présence peut déterminer quelquefois une inflammation plus ou moins vive.

Des coups, des pressions fortes sur la région iliaque, ont été quelquefois la cause déterminante du phlegmon de cette partie, comme on en voit deux observations dans le mémoire de Bourienne (5). Enfin, les fatigues résultant d'une marche longue et pénible, et surtout les efforts violents pour ramener dans sa rectitude le tronc fortement porté en arrière, peuvent agir de la même manière, ou bien provoquer des accidents inflammatoires dans une tumeur iliaque jusqu'alors indolente.

On a invoqué encore bien d'autres causes pour expliquer le développement des abcès iliaques. C'est ainsi que ceux qui surviennent chez les nouvelles accouchées ont été regardés comme un effet de la métastase laiteuse par Levret, par Puzos et par d'autres accoucheurs. Les progrès de la science ont depuis longtemps fait justice de ces idées humorales telles que les professaient les

(1) *L'Expérience* du 28 février 1838.

(2) *Journal général*, t. CVIII, obs. 3.

(3) *Anat. chir.*, t. II.

(4) *Traité des plaies*, trad. d'Estor, p. 410.

(5) *Loc. cit.*, obs. 1 et 2.

auteurs anciens. Cependant je dois rechercher s'il y a quelque coïncidence entre la suppression ou le non-établissement de la sécrétion lactée et le développement des abcès iliaques.

Levret a observé (1) que les accouchées chez lesquelles la sécrétion du lait s'établissait convenablement n'étaient affectées d'engorgements iliaques que le douzième ou quinzième jour après l'accouchement. Dans les cas, au contraire, où la fièvre de lait n'avait pas lieu, lorsque les mamelles restaient flasques, Levret voyait quelquefois alors la maladie se déclarer beaucoup plus tôt. Enfin, ce célèbre accoucheur dit avoir observé l'engorgement des fosses iliaques chez les femmes une année après leur délivrance, mais alors c'était douze ou quinze jours après avoir perdu l'enfant qu'elles allaitaient.

Si j'analyse mes observations d'abcès iliaques puerpéraux, je vois que, sur 14 cas, il y en a 11 qui se sont déclarés du troisième au dixième jour après l'accouchement ; 2 sont survenus avant le quinzième jour, et un seul au bout d'un mois : d'où il résulte que la maladie s'est déclarée spécialement à l'époque de la révolution laiteuse. Mais on ne peut rien conclure de l'activité plus ou moins grande de la sécrétion : celle-ci, en effet, n'offrira rien d'anormal lorsque les symptômes du début seront peu intenses ; dans le cas contraire, on voit les mamelles rester plus ou moins flasques, ce qui d'ailleurs ne prouve pas une métastase, mais s'explique très-bien par la révulsion qu'opère la phlegmasie du tissu cellulaire du bassin. Une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que toutes les malades que j'ai observées n'avaient point allaité leur enfant, et qu'il paraît en avoir été de même pour presque toutes les femmes dont les auteurs nous ont transmis l'histoire. Je suis donc autorisé à croire que le défaut d'excrétion du lait favorise le développement des engorgements inflammatoires des fosses iliaques ; non que j'admets avec les anciens une résorption du lait en nature et son transport direct sur les tissus, mais je pense que les éléments de ce liquide, portés nécessairement par les voies de l'absorption dans le torrent circulatoire, impriment un certain trouble dans l'organisme, et peuvent devenir ainsi la cause d'un phlegmon iliaque, maladie à laquelle la femme est déjà prédisposée par le fait seul qu'elle est récemment accouchée.

Traitement. — Tous les auteurs sont à peu près unanimes pour conseiller l'usage des émissions sanguines dans le traitement des phlegmons iliaques, quelle que soit la cause qui les ait déterminés. Les uns préconisent les saignées générales faites abondamment et à peu d'intervalle ; les autres ont reconnu plus d'efficacité dans l'application des sangsues et des ventouses sur le siège même du mal ; la plupart, enfin, combinent ces deux modes d'évacuation.

J'ai prouvé dans mon mémoire que, quoi qu'on en ait dit, les saignées générales et locales ont une action très-bornée sur la marche et sur la terminaison des phlegmons iliaques ; on peut même avouer que, lorsque la maladie se montre avec une certaine intensité, on ne doit guère espérer la résolution de l'engorgement, quelle que soit d'ailleurs l'énergie avec laquelle on emploie les émissions sanguines. On échouera d'ailleurs presque fatalement, si l'on ne commence le traitement qu'après le cinquième ou sixième jour à dater du début des premiers accidents.

Si les émissions sanguines, largement employées, empêchent rarement la suppuration de s'établir, elles peuvent néanmoins, si on les pratique à une époque rapprochée du début, rendre celle-ci moins abondante, et abrégé de beaucoup la durée totale de la maladie. C'est ainsi qu'en analysant mes observations, j'ai

(1) *L'Art des accouchements*, sect. VII, p. 175.

trouvé que lorsque le traitement antiphlogistique fut commencé du deuxième au sixième jour, la guérison était complète, terme moyen, vers le quarante-cinquième jour ; tandis que, lorsque la première saignée générale ou locale a été faite du neuvième au vingt et unième jour, la guérison n'a eu lieu que vers le soixante-dix-neuvième.

Les saignées générales n'ont guère eu d'influence que sur l'état fébrile, qu'elles ont fait diminuer, mais elles ont peu modifié l'état local ; tandis que les sangsues calmaient mieux la douleur, diminuaient davantage la tension de la tumeur.

En résumé, les émissions sanguines générales et locales sont utiles dans les phlegmons iliaques ; car, bien qu'elles aient rarement pour effet de produire la résolution de l'engorgement, elles le circonscrivent néanmoins et en rendent la suppuration moins abondante et moins prolongée.

Il est presque inutile de dire que les bains, les cataplasmes émollients, les boissons douces et une diète plus ou moins sévère devront être employés concurremment avec les émissions sanguines. Enfin, les laxatifs doux seront conseillés avec avantage dès qu'il y aura constipation.

Si, malgré ces moyens, un abcès vient à se former, Dance croyait qu'il ne fallait point chercher à l'attirer au dehors, mais attendre patiemment l'évacuation de la matière purulente par l'intestin (1). Cette pratique est fondée sur l'opinion qu'avait Dance, que l'ouverture de l'abcès dans le gros intestin est une terminaison favorable. Cependant, si l'on se rappelle les nombreux accidents qui peuvent résulter d'une accumulation plus ou moins considérable du pus au milieu d'un tissu cellulaire lâche, accidents que j'ai énumérés précédemment, on conviendra qu'il ne serait pas prudent de demeurer simple spectateur des efforts de la nature. C'est ce qu'avaient très-bien compris les chirurgiens du dernier siècle, qui, dès qu'ils avaient soupçonné la présence du pus, étaient vivement préoccupés jusqu'à ce qu'ils eussent évacué ce produit morbide. Mais il faut avouer cependant que la crainte de voir le pus séjourner dans le ventre leur faisait parfois pratiquer des incisions avant qu'ils fussent bien certains du siège et de la profondeur de la collection purulente. Je sais que souvent un succès complet a couronné leur hardiesse, mais leur précipitation a dû parfois aussi devenir la source de nombreux accidents. On ne fera donc une incision qu'après s'être assuré qu'il y a fluctuation : il faut aussi qu'on sache si le foyer adhère à la paroi abdominale, afin de prévenir tout épanchement dans la cavité du péritoine. Pour cela, on recherchera si la paroi du ventre glisse encore au devant de l'abcès, ou si, au contraire, elle fait corps avec lui ; enfin l'empatement et surtout l'œdème sont des phénomènes qui devront encore engager à pratiquer l'incision. Avant de la faire, cependant, il est indispensable de percuter avec soin le point où l'on doit plonger le bistouri ; car il ne serait pas impossible que le pus accumulé spécialement à la face postérieure du cæcum eût refoulé en avant cet intestin, qui serait nécessairement alors divisé par l'instrument : cet accident a été observé une fois (2). L'incision est généralement pratiquée au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, parce que c'est ordinairement dans ce point que l'abcès vient former saillie. Aujourd'hui il est assez ordinaire, pour évacuer le liquide, qu'on plonge l'instrument tout d'un coup jusque dans le foyer. Je crois qu'on peut agir ainsi toutes les fois que l'abcès est très-superficiel ; mais pour peu qu'il soit profond, de peur que dans le point qu'on va inciser le foyer n'adhère pas aux parois ab-

(1) *Dictionnaire* en 30 volumes, t. I, p. 922.

(2) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, obs. 4, p. 343.

dominales, on devra prudemment, comme le pratiquaient les anciens, inciser couche par couche, avec les mêmes précautions que pour la hernie. Le foyer ouvert, on favorisera l'écoulement du pus; on en prévendra le croupissement et la décomposition putride, à l'aide de la position, en faisant coucher les malades sur un des deux côtés, et même sur le ventre; enfin, on renouvellera les pansements plusieurs fois par jour; on fera dans le foyer des injections émollientes d'abord, et plus tard détersives, chlorurées, ou mieux encore avec de la teinture d'iode plus ou moins étendue. On soutiendra les forces par une alimentation convenable, et souvent aussi à l'aide de quelques toniques. On empêchera que l'ouverture ne se ferme prématurément; on combattra avec énergie l'inflammation du foyer, si elle venait à se déclarer. Enfin, dans les derniers temps, une compression méthodique sera avantageuse pour provoquer l'écoulement du pus et favoriser la cicatrisation de l'abcès. Il est rare que la plaie reste fistuleuse: Puzos néanmoins en cite un cas, mais il n'est pas certain pour moi que sa malade ait été affectée d'un abcès iliaque; il est possible qu'elle n'ait eu qu'un abcès des parois, qu'il n'est pas rare, en effet, de voir être suivi de trajets fistuleux difficiles à guérir. En pareil cas, il faut, je crois, surtout fonder un espoir de guérison sur la compression longtemps continuée, sur quelques injections iodées, et enfin sur le retour de l'embouppement.

Si l'affaissement de l'abcès et des symptômes de péritonite suraiguë venaient démontrer que le pus s'est épanché dans le péritoine, on ne pourrait guère compter sur les antiphlogistiques pour conjurer les accidents formidables qui enlèvent si rapidement les malades. En pareil cas, je n'hésiterais pas à employer, quoique sans très-grande confiance, l'opium à très-fortes doses, comme on le fait dans les péritonites consécutives aux perforations intestinales. (Voy. p. 59.) Un fait cité par Graves doit, d'ailleurs, nous encourager à expérimenter cette méthode. Cet habile médecin rapporte qu'une femme fut admise à l'hôpital Meath pour un abcès du foie: une incision fut faite pour évacuer le pus; mais, au lieu de sortir par la plaie, ce liquide s'épancha dans le péritoine, et déterminâ à l'instant une violente péritonite. Aussitôt, et sans évacuation sanguine préalable, on administra l'opium à haute dose par la bouche et par la méthode endermique; des vésicatoires furent appliqués; un régime fortifiant fut prescrit (vin et porter). Les symptômes de péritonite disparurent complètement; la malade ayant succombé un mois après au progrès de la maladie du foie, l'autopsie confirma complètement le diagnostic qui avait été porté (1).

Enfin, lorsque le pus ne se fraye pas lui-même une issue au dehors, et lorsque, placé trop profondément, on ne peut songer à l'évacuer à l'aide d'une incision, il est alors souvent difficile de combattre les symptômes de consommation qui minent les malades: dans ces cas, il faut tenter la résorption du liquide à l'aide de nombreux vésicatoires, et, mieux encore, à l'aide de petits cautères placés au devant du foyer. Il paraît qu'une semblable médication a été couronnée une fois de succès (2); cependant le fait manque des détails qui seuls pourraient lui donner le degré d'authenticité désirable. Les frictions mercurielles ne me semblent avoir aucune efficacité pour déterminer la résorption du pus réuni en foyer; tandis qu'on pourra s'en servir avec avantage pour résoudre les indurations qui persistent quelquefois longtemps après la guérison des abcès, ou dès le début, comme adjuvant des antiphlogistiques, lorsque ceux-ci n'ont pas suffi pour conjurer le mal.

(1) *The Dublin Hospital Reports*, t. V, p. 9. — Chomel, *Fièvre typhoïde*, p. 503.

(2) *Revue médicale*, t. II, année 1836.

DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN.

On donne ce nom à l'inflammation du tissu cellulaire fin, lamelleux, peu chargé de graisse, qui existe latéralement entre les deux feuillets du ligament large, et surtout à l'inflammation de celui qui se trouve en avant et en arrière de l'utérus, dans les culs-de-sac vaginaux et dans le cul-de-sac péritonéal, c'est-à-dire du tissu cellulaire qui existe entre le point de réflexion de la muqueuse vaginale et celui du péritoine.

Les auteurs qui, dans ces dernières années, ont décrit le phlegmon péri-utérin, se sont trop pourtant habitués à localiser la maladie dans les points indiqués tantôt. Une observation plus exacte démontre, en effet, que le phlegmon péri-utérin est une maladie complexe, et qu'avec l'inflammation du tissu cellulaire il y a souvent, et peut-être toujours, phlegmasie concomitante de la trompe, des ovaires, et plus habituellement encore une péritonite circonscrite. Deux observateurs distingués, MM. Bernutz et Goupil, ont même soutenu (1) que le phlegmon péri-utérin était bien moins une phlegmasie du tissu cellulaire qui existe en avant et en arrière de l'utérus dans les culs-de-sac du péritoine et du vagin, qu'une péritonite partielle, une pelvi-péritonite. Dans deux cas cités par ces médecins, où, pendant la vie, des hommes habiles avaient cru reconnaître tous les signes du phlegmon péri-utérin, MM. Bernutz et Goupil ne trouvèrent qu'une péritonite circonscrite du petit bassin, le tissu cellulaire sous-péritonéal était partout intact. L'opinion émise par mes deux collègues des hôpitaux mérite donc d'être prise en grande considération, je la crois généralement vraie; et à supposer qu'elle fût un peu trop exclusive, on peut affirmer, néanmoins, qu'elle se rapproche beaucoup plus de la vérité que celle qui consiste à localiser exclusivement la maladie dans le tissu cellulaire.

Anatomie pathologique. — La maladie ayant très-rarement une issue funeste, on n'a eu encore que peu d'occasions d'examiner l'état des organes. La description que Aran a donnée (2) est celle qui m'a paru être la plus exacte et la plus en rapport avec ce que j'ai observé moi-même. A l'ouverture de l'abdomen on constate, dans l'excavation pelvienne, une tumeur globuleuse du volume d'un œuf et pouvant acquérir parfois celui du poing d'un adulte; elle est accolée à l'utérus, qu'elle déplace, qu'elle incline de côté, qu'elle infléchit en avant ou en arrière, suivant la position qu'elle occupe sur les côtés de l'organe, ou bien à la face antérieure ou à la face postérieure. Les anses intestinales ont contracté des adhérences avec cette tumeur, dans laquelle on trouve, en procédant de dehors en dedans, des fausses membranes au centre desquelles on peut rencontrer du pus infiltré ou réuni en foyer. Les annexes de l'utérus, les trompes, les ovaires, plus rarement les ligaments larges, participent à la phlegmasie; le péritoine qui forme le plancher du bassin est injecté et friable, mais le tissu cellulaire subjacent peut être intact; il peut ailleurs être infiltré de sang et de pus, celui-ci peut y former même des collections, mais il est évident que c'est là une altération accessoire par rapport à celle qu'on découvre dans le péritoine lui-même. Nous allons voir que les symptômes observés pendant la vie sont assez en rapport avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique.

Symptômes. — Le début peut être lent ou brusque. En général, la maladie

(1) *Archives générales de médecine*, année 1856.

(2) *Leçons sur les maladies de l'utérus*, p. 677.