

coïncidait avec un frémissement très-sensible à la main pendant la respiration, nul pendant la phonation, et avec une résonnance égophone de la voix.

Tintement métallique; voix, respiration, toux amphoriques. — Les perforations pulmonaires, les grandes excavations, sont rares chez les enfants; aussi a-t-on peu d'occasions d'entendre le tintement métallique, la voix, la toux, la respiration amphoriques. Toutefois, je les ai entendus plusieurs fois chez des phthisiques ou des enfants atteints de gangrène du poumon. Dans un cas de

phthisie observée sur une enfant de douze ans, qui fut prise subitement de tous les signes d'une perforation de la plèvre, point de côté, dyspnée, fièvre, dilatation rapide d'un côté de la poitrine, sonorité exagérée, tintement métallique, voix, respiration, toux amphorique, on a pu suivre pas à pas les efforts de la nature tendant à la guérison. Les phénomènes stéthoscopiques qu'on percevait d'abord dans tout le côté de la poitrine ont peu à peu diminué d'étendue pour cesser complètement, et la malade est sortie paraissant guérie.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

FÉVRIER 1839.

Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques; par le docteur GRISOLLES, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, etc.

(2^e Article. — Voir tome II, 3^e série, p. 23.)

Les phlegmons des fosses iliaques peuvent offrir presque toutes les formes de terminaison qu'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; et 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 aussi la plus rare du phlegmon iliaque. Je ne l'ai vue s'opérer que deux fois dans les douze observations que j'ai recueillies; et sur les soixante-treize malades qui forment le total des faits que j'analyse cette terminaison n'a été vue complète que neuf fois seulement. Chez neuf autres individus il y eut un commencement de résolution: mais comme ils sont sortis de l'hôpital avant l'entière disparition de l'engorgement, il est probable que plusieurs d'entre eux auront conservé pendant longtemps encore une induration chronique qui aura disparu peu à peu chez les uns, et aura suppuré chez d'autres. Mais en admettant même (ce qui n'est pas probable) que chez ces neuf malades la tumeur se soit terminée sans suppurer, nous n'en devons pas moins conclure que la résolution n'est pas la terminaison ordinaire des phlegmons iliaques, surtout pour ceux qui surviennent dans le cours de l'état puerpéral. Cette circonstance mérite d'autant plus d'être notée qu'*a priori* on aurait pu admettre le contraire, en considérant que le tissu cellulaire des fosses iliaques contient fort peu de graisse, condition anatomique qui favorise la résolution des engorgements inflammatoires. Ce mode de terminaison s'opère très-lentement dans les phlegmons iliaques; chez deux sujets il a pu s'effectuer en quinze et vingt jours; mais

chez tous les autres il n'a été complet qu'au bout d'un à trois mois. Cette inertie dépend probablement du peu de vascularité du tissu cellulaire qui remplit les fosses iliaques. D'ailleurs, lorsque la résolution s'opère dans le côté malade, on ne voit pas le côté sain se prendre à son tour, et j'ignore encore sur quel fait s'appuyait Levret pour admettre qu'il arrive communément, pendant qu'on travaille à dissiper l'engorgement qui s'est annoncé d'un côté, de le voir gagner le côté opposé et y produire de nouveau les mêmes symptômes (1). L'extension de la phlegmasie cellulaire d'un côté à l'autre est excessivement rare, car jusqu'à présent elle n'a été observée que deux fois. Cette propagation d'ailleurs se fit d'une manière occulte et ne fut révélée que par l'autopsie.

La suppuration est la terminaison la plus fréquente de l'inflammation phlegmoneuse que j'étudie. Elle a été observée en effet chez cinquante-cinq malades. On peut dire qu'elle est presque inévitable pour les engorgements consécutifs aux couches, puisque sur dix-sept femmes elle a eu lieu chez seize d'entre elles. Puzos admettait cependant que les dépôts laitieux prennent aisément la voie de la résolution, opinion que l'auteur semble justifier par trois observations (2); mais je rechercherai plus tard la valeur que peuvent avoir les faits publiés par le célèbre accoucheur que je viens de citer.

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 celles-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

(1) Loc. cit. P. 170.

(2) Loc. cit. P. 88.

premiers indices de la présence du pus n'apparaissent 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 très-douloureux 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 contenant 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 la marche plus ou moins aiguë de l'affection. Celle-ci a-t-elle 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*, pour me servir du langage de Hunter, 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 accidents qu'il est important de connaître. Chez un bon tiers de malades environ, j'ai noté des frissons irréguliers, de la fièvre, offrant des redoublements le soir, 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

ait beaucoup de pus amassé, il faut encore que ce liquide ne soit pas profondément placé, et Bourienne cite deux cas d'abcès iliaques contenant l'un 13 onces de pus, l'autre une livre et demie du même fluide, sans que l'examen attentif et plusieurs fois répété eût fait percevoir la fluctuation (1). Mais dans ces cas obscurs, si l'on palpe avec soin la surface de la tumeur, tantôt on sent une sorte de frémissement qu'il est impossible de décrire, tantôt c'est une mollesse ou plutôt une sorte d'empatement, d'autres fois, enfin, on trouve un œdème plus ou moins superficiel. Tous ces phénomènes doivent avertir le praticien que du pus existe plus ou moins profondément. Les accidents de compression sur le cœcum, les vaisseaux, les muscles dont j'ai parlé précédemment, persistent encore au même degré qu'auparavant. Quant au relief de la tumeur elle-même, deux choses peuvent avoir lieu: tantôt la suppuration tendant à se faire jour à la surface de la peau, la tumeur proémine de plus en plus, elle fait corps avec les parois abdominales qui sont peu à peu usées et perforées. Si, au contraire, le pus prend une direction opposée, on voit la tumeur s'affaisser et disparaître 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'habile chirurgien que j'ai cité ne retrouva 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 (2).

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, car je crois moi-même en avoir observé un exemple sur lequel je reviendrai plus tard à l'article des accidents consécutifs.

Le pus emprisonné au milieu des fosses iliaques se fraie une route à l'extérieur, tantôt à travers les parois abdominales, d'autres fois il s'épanche dans un des réservoirs excrémentitiels qui sont dans son voisinage, et se trouve alors expulsé par la même voie que l'urine et les matières fécales.

Chez quatorze malades l'abcès s'est vidé à la surface de la peau exclusivement, tantôt à la suite d'une ouverture spontanée, mais le plus souvent à l'aide d'une incision faite par le médecin. Dans quatorze

(1) Journal de médecine, t. 43. Obs. 1^{re} et 2^e du mémoire de Bourienne.

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

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 *a priori* que lorsque le pus est exactement contenu dans la fosse iliaque, il ne peut arriver au dehors par 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 fraie une route par l'une des ouvertures naturelles qui existent à la partie inférieure du ventre.

C'est ainsi que la quinzième observation du mémoire de Dance semble être un exemple du passage du pus à travers l'arcade crurale (1); et M. Corbin (2) a vu également dans les salles de M. Sanson un foyer purulent qui s'était étendu à la cuisse en suivant le trajet des vaisseaux iliaques. Je crois que jusqu'à ce jour la science ne possède point d'exemple d'abcès phlegmoneux qui soit arrivé à l'extérieur à travers l'anneau inguinal; toutefois je regarde ce mode de terminaison comme possible, mais la disposition des parties doit le rendre excessivement rare. D'ailleurs, lorsque les abcès fusent jusque dans la partie supérieure de la cuisse, ils y sont situés à une profondeur variable suivant le point précis qu'ils occupaient dans la fosse iliaque. C'est ainsi que, s'ils se développent exclusivement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, le pus en gagnant la cuisse se placera en dedans et en avant des vaisseaux fémoraux sans altérer la structure des muscles psoas et iliaque; tandis que si l'abcès s'est développé aux dépens du tissu cellulaire sous-aponévrotique, il arrivera à la cuisse jusqu'au petit trochanter enfoncé dans la gaine fibreuse du fascia iliaca, et après avoir altéré, ramolli ou détruit les fibres des muscles psoas et iliaque.

Dans les deux tiers des cas, à peu près, le pus contenu dans la fosse iliaque tend à s'échapper par un point de la paroi abdominale assez rapproché du ligament de Fallope ou de l'épine iliaque antérieure et supérieure: c'est en effet dans ces deux endroits surtout que la tumeur s'élève en pointe, et que la fluctuation est la plus évidente; c'est par conséquent à ce niveau que le médecin fait l'incision pour évacuer le liquide. Mais le pus ne suit pas toujours le trajet que j'ai indiqué; quelquefois en effet, décollant le péritoine, il fuse plus ou moins loin dans la région lombaire: c'est ainsi que M. Ménière a vu l'abcès apparaître en arrière de la crête iliaque un peu en dehors de l'insertion du muscle carré lombaire (3); Dance a aussi cité un fait dans lequel la fluctuation ayant été perçue dans les lombes, c'est dans cette région qu'une ponction fut pratiquée pour évacuer le foyer. Enfin, dans le fait déjà cité de M. Vigla, on vit l'abcès iliaque venir former saillie au niveau du grand trochanter, parce que le pus, ayant fusé à travers les fibres du muscle grand dorsal et de son aponévrose, était venu s'accumuler

dans la région fessière entre la peau et le muscle grand fessier dénudé sur toute sa surface (1). Il n'est pas rare de voir le pus primitivement circonscrit dans l'une des fosses iliaques se porter ensuite plus ou moins loin du siège primitif du mal. C'est ainsi qu'on voit la suppuration, d'abord formée au pourtour du cœcum, cheminer ensuite 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 les régions supérieures 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 que M. Bérard jeune a rapporté dans une des séances de la Société anatomique (2). Cet habile chirurgien a vu une femme qui, ayant succombé à un abcès iliaque survenu à la suite d'une couche, présenta à l'autopsie les désordres suivants. Un vaste abcès existait à la partie postérieure et supérieure du flanc gauche, entre le colon et la paroi abdominale; il s'était propagé dans l'hypogastre en passant entre la fosse iliaque et l'intestin, toujours en dehors du péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette cavité au-devant de la vessie; mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite en décollant le péritoine dans la région hypogastrique. Il avait remonté de là sur le côté de la ligne médiane presque au niveau de l'ombilic; là il s'était fait jour au-dessous de la peau, avait décollé cette membrane dans tout le pourtour de la cicatrice au niveau de laquelle la peau avait conservé son adhérence aux tissus sub-jacents. On voit que le trajet de cet abcès décrivait une courbe à concavité supérieure, et qu'il s'élevait dans le flanc droit à une hauteur égale à celle qu'il avait atteinte dans la partie postérieure du flanc gauche.

Comme il est facile de le deviner, la quantité de pus renfermée dans les abcès iliaques est en général proportionnée aux dimensions du foyer. Cette quantité varie depuis quelques onces jusqu'à plusieurs livres, et les propriétés physiques du produit morbide ne sont pas toujours les mêmes. L'on sait que la suppuration qui résulte des abcès profonds des parois abdominales répand assez souvent une odeur

(1) Répert. d'anatomie et de physique, t. 4, p. 98.

(2) Loc. cit. Obs. 1^{re}.

(3) Mém. cit. Obs. 14^e.

(1) L. cit., p. 202.

(2) Société anat., 1834, 7^e bulletin.

extrêmement fétide, analogue quelquefois à celle des matières fécales, de manière à faire croire à une perforation intestinale. On pourrait penser qu'il en est de même 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 ainsi que sur 9 malades, chez lesquels 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 ce fluide morbide a présenté une odeur fétide, stercorale, sans qu'il y ait aucune raison de croire que le foyer communiquait avec l'intestin. Mais le pus présente d'autres caractères lorsque l'abcès, avant d'être ouvert à la surface de la peau, s'est déjà en partie vidé dans le tube digestif. En effet, sur 4 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 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 cœcum 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 pépins de fruits; enfin la suppuration entraîne quelquefois avec elle des lambeaux de muscles ou de tissu cellulaire mortifiés (1).

Les abcès des fosses iliaques s'ouvrent fréquemment dans le gros intestin: ce mode de terminaison a été observé en effet sur dix malades, et chez eux l'évacuation du pus a eu lieu exclusivement par cette voie. Il est à remarquer qu'elle est plus facile à droite qu'à gauche. Dans le premier côté, en effet, le pus est généralement en contact avec la face postérieure du cœcum et du colon ascendant, parties qui, étant dépourvues du péritoine, n'opposent qu'une faible résistance. La même disposition n'existe 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 (2). Dans les cas rares, où le pus fuse dans la cavité pelvienne, l'évacuation peut s'effectuer par suite de la perforation du rectum; M. le docteur Rigaud dit, en effet, avoir observé chez une femme de quarante ans, un abcès iliaque droit, non lié à l'état puerpéral, qui s'ouvrit

(1) Obs. VIII du mém. Burne.

(2) Bricheateau, Archives, 3^e série, t. 2, p. 409, Bérard, Société anat. Loc. cit., et dans la 4^e observation de ce mémoire.

directement dans le rectum: il en vit l'ouverture à l'aide du *speculum ani*, et la malade ne guérit qu'au bout de six mois (1). Dans ce mode de terminaison, on n'observe tantôt qu'une seule perforation assez exactement arrondie dont le diamètre varie de deux à six lignes (2); d'autres fois il y a plusieurs ouvertures rapprochées les unes des autres (Obs. XVII^e de M. Menière), ou bien disséminées comme dans une observation que je rapporterai plus tard. Ces perforations sont quelquefois garnies à leur pourtour, soit en dedans (M. Menière), soit en dehors de l'intestin (M. Bérard), de bourrelets saillants qui peuvent, suivant leurs 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 cœcum, ordinairement alors frappé de gangrène. J'en ai précédemment cité un exemple; on en trouve aussi des observations dans les mémoires des docteurs Merling et John Burne (3), etc. Il est à présumer que dans ces divers cas l'altération profonde de l'appendice a été la cause de tous les accidents.

L'époque à laquelle se fait la perforation intestinale varie beaucoup; c'est ainsi qu'on l'a vue s'opérer les treizième, quinzème, seizième, vingtième et vingt-septième jours, deux et 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, la tumeur change alors peu de volume, et l'examen attentif des matières fécales ne peut faire reconnaître aucun globule purulent. Mais 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 jusque 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 est consécutive à une ouverture de l'abcès par la surface de la peau, cette nouvelle communication sera reconnue 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. Le malade qui en fait le sujet fut affecté d'un phlegmon iliaque à marche lente qui, au bout de trois mois, s'ouvrit spontanément à l'extérieur; du pus continua à s'écouler pendant deux ou trois mois, au bout desquels le malade trouva sur les pièces de l'appareil un pépin de raisin. Bientôt des matières fécales s'échappèrent par la fistule. La guérison eut lieu nonobstant cette grave complication (4).

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

(1) Dictionnaire des études médicales, t. 1^{er} p. 61.

(2) Obs. de MM. Vigla et Bérard. Loc. cit.

(3) L'Expérience et la Gaz. médic. L. cit.

(4) Dupuytren. Leçons orales, t. 3, p. 344.

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 cœcum. Il est probable que c'est en fessant 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 fluide s'évacue par cette voie les parties génitales sont subitement baignées par le produit morbide, dont la quantité varie beaucoup; de sorte que tantôt il n'y a qu'un léger suintement; d'autres fois, au contraire, les femmes rendent en peu d'instant un ou deux verres d'un pus en général blanchâtre, consistant et inodore.

Ce mode de terminaison des abcès iliaques est quelquefois méconnu, soit parce qu'on néglige d'interroger les femmes sur les phénomènes qui peuvent se passer du côté des parties sexuelles, soit aussi parce que souvent on considère comme une simple leucorrhée l'écoulement purulent symptomatique d'une perforation du vagin. Ajoutons enfin que, beaucoup de ces femmes étant affectées depuis longtemps de fleurs blanches, on ne considère l'augmentation de l'écoulement que comme une aggravation de la maladie primitive. Il est facile pourtant, même dans ce dernier cas, d'éviter l'erreur, si on fait attention que l'écoulement a été tout à coup plus abondant, que ses propriétés physiques ont changé, qu'il est devenu tout à fait purulent, et qu'il a été suivi tout aussitôt de l'affaissement de la tumeur dont la fosse iliaque était le siège, ainsi que de la diminution ou de la cessation complète des phénomènes de compression, circonstances sur lesquelles je reviendrai plus tard.

Il est important, lorsque ces signes de perforation surviennent, d'explorer le vagin à l'aide du toucher et d'y introduire aussi le *speculum*, afin de rechercher quel est le point précis de ce canal où aboutit le trajet fistuleux. Il est fort rare cependant qu'on parvienne à le découvrir, soit que consistant en un petit pertuis il se cache facilement au fond de ces rides nombreuses que le vagin présente à sa surface, soit enfin parce que la perforation s'opère à travers l'utérus, dans un point que l'instrument ne laisse que peu ou point apercevoir.

Dans un cas cité par M. Piotay (1), l'introduction du *speculum* chez une femme affectée d'abcès de la fosse iliaque gauche amena une perforation du vagin à sa paroi postérieure; celle-ci donna aussitôt passage à une grande quantité de pus sanguinolent qui remplit bientôt tout l'instrument. L'abcès peut aussi se vider à travers les parois utérines. Cette terminaison est rare en raison de la résistance qu'oppose le tissu de l'utérus. Je ne connais d'ailleurs qu'une seule observation de ce genre, elle a été rapportée par Dance (2); il s'agit d'une femme qui, affectée, après un premier accouchement, d'un abcès dans la

fosse iliaque gauche, rendit beaucoup de pus par le vagin, et finit par succomber à l'abondance et à la persistance de la suppuration, sans qu'on eût pendant la vie reconnu quel était le siège de la perforation. L'autopsie fit voir qu'elle n'existait pas dans les parois du vagin; on la rencontra à 3 lignes au-dessus de l'extrémité inférieure du col utérin; on voyait en ce point une ouverture arrondie, noire, de 3 lignes de diamètre, dans laquelle on fit aisément pénétrer une sonde qui, après quelques détours, arriva jusque dans le foyer purulent.

Comme les auteurs n'ont pas encore publié beaucoup de cas d'abcès iliaques ouverts dans le vagin, je vais rapporter une observation de ce genre que j'ai recueillie à la clinique de M. le professeur Chomel.

Obs. III. Marie, âgée de 21 ans, domestique, d'une santé habituellement bonne, n'a jamais fait de maladie grave; réglée dès l'âge de 15 ans, elle est accouchée pour la première fois il y a 25 jours. Sa grossesse a été heureuse; son accouchement, facile, naturel, s'est terminé après dix heures de souffrance; aucun accident n'est survenu après la délivrance; et cette femme a quitté l'hospice de la Maternité au neuvième jour. Ses lochies coulaient encore assez abondamment; elle était faible. Cependant toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement, et elle a pu travailler aux soins de son ménage. Il y a douze jours, sans cause connue, elle commença à souffrir de l'hypogastre, la cuisse droite devint lourde, pesante, et la malade remarqua le soir autour des malléoles un peu d'œdème qui disparaissait par le repos de la nuit. La marche était difficile et douloureuse, et la douleur s'irradiait de l'hypogastre dans toute la longueur du membre pelvien du côté droit; en même temps l'appétit diminua, il y eut chaque jour plusieurs selles liquides accompagnées de légères coliques hypogastriques. La malade ne s'est alitée qu'au douzième jour, et elle est entrée à l'hôpital dès le lendemain, 31 janvier 1837. Cette femme, d'une constitution peu forte, accuse un peu de céphalalgie sus-orbitaire, sa langue est humide et sans enduit, il n'y a pas de soif, ni envies de vomir, la perte de l'appétit est complète, elle a tous les jours une selle liquide, elle urine sans douleur; ses lochies d'un jaune verdâtre, très-odorantes, coulent encore assez abondamment. Le toucher par le vagin fait reconnaître l'utérus revenu à son volume ordinaire, caché derrière le pubis, mobile et non douloureux; le ventre est mou, flasque et indolent à la pression, excepté dans la fosse iliaque droite. Là en effet on circonscrit aisément une tumeur dure sans bosselures à sa surface, immobile et sans adhérence avec la paroi abdominale correspondante qui glisse aisément au-devant d'elle; la percussion y est complètement mate; elle a trois pouces verticalement en commençant un peu au-dessus du ligament de Poupert, transversalement elle remplit toute la fosse iliaque sans dépasser en dedans le rebord du bassin. Elle est le siège de douleurs médiocres qui s'irradient dans tout le membre inférieur droit, que la malade ne peut étendre complètement, et qui offre autour des malléoles un œdème léger qui persiste malgré le repos et la position horizontale. Pouls à 100 (20 sangsues, cataplasmes, bains, soupes, repos). Le 2 février, la tumeur est moins douloureuse;

(1) Thèse. Obs. 7^e, p. 17.

(2) L. cit. Obs. 14^e, p. 95.