

mais elle conserve le même volume. On continue les cataplasmes, les bains jusqu'au 7 sans qu'on constate aucun changement appréciable. Le 8 la tumeur est moins considérable d'un cinquième environ; elle continue à être très-dure, elle est peu douloureuse à la pression; l'œdème a diminué dans le membre inférieur qui peut être étendu plus complètement que les jours précédents; il y a constipation depuis plusieurs jours; le pouls est à 108, modérément fort; peu de chaleur à la peau. Il y a dans la journée, et surtout le soir, des frissons irréguliers, la malade se plaint de sueurs abondantes générales ayant surtout lieu pendant la nuit. Le 8 et le 10 on donne une demi-once d'huile de ricin qui provoque chaque fois plusieurs selles liquides sans opérer aucune diminution dans la tumeur. Jusqu'au 20 l'état est stationnaire. Du 20 au 27 les frissons et les sueurs diminuent sans cesser tout à fait; le pouls conserve sa fréquence sans chaleur à la peau; la tumeur reste dure et peu douloureuse; la malade mange la demie, puis les trois quarts. Le 27 février les frissons reviennent intenses sans accélération plus grande du pouls, la douleur persiste dans le même état. Enfin le 1<sup>er</sup> mars la malade nous avertit que depuis la nuit dernière elle a par le vagin un écoulement abondant qui ressemble à un pus phlegmoneux par sa couleur et sa consistance. Le doigt introduit dans le vagin ne fait distinguer aucun pertuis; il en est de même du spéculum; mais il est facile de s'assurer, à l'aide de cet instrument, que le pus ne provient pas de l'orifice utérin. La tumeur a diminué de moitié depuis hier. Depuis cette époque les frissons et les sueurs cessent tout à fait; le pouls tombe à 80. Du 4 au 5 l'écoulement a presque cessé. La tumeur diminue peu à peu, et le 15 elle n'a plus que le volume d'une petite noix, elle conserve une grande dureté, n'est le siège que de quelques élancements fugaces. La malade marche sans douleur, elle peut étendre complètement la jambe; l'œdème a disparu autour des malléoles; les selles sont régulières, faciles, naturelles; le pouls à 70. Le 25 on ne distingue plus de noyau induré. La malade sort le 24, tout à fait rétablie; elle conserve encore un très-léger écoulement blanchâtre, muqueux, non purulent, et qui dépend probablement des granulations framboisières qui existent dans l'étendue de quelques lignes au pourtour de l'orifice de l'utérus.

Dans cette observation, on voit qu'il a fallu environ 20 jours à la suppuration pour arriver de la fosse iliaque dans le vagin. C'est, en effet, le 8 février que les symptômes généraux ont démontré d'une manière certaine la présence du pus, et c'est alors aussi que la tumeur iliaque a diminué de volume et qu'on a vu disparaître en grande partie les accidents de compression vers les muscles et les vaisseaux.

Dance (1), M. Ménière (2), et le docteur Henri James Johnson (3) rapportent chacun une observation d'abcès de la fosse iliaque ouvert dans la vessie. Mais dans aucun de ces cas la perforation n'a été

(1) Loc. cit. Obs. 15<sup>e</sup>, p. 98.

(2) L. cit. Obs. 18<sup>e</sup>, p. 526.

(3) The medico-chir Review, dernier cahier trimestriel de 1836. Et Gaz. médicale, t. 5, p. 123.

simple, car l'abcès s'ouvrait en même temps dans le gros intestin ou à la surface de la peau. Et même dans le fait rapporté par M. Ménière, on observa à la fois les trois espèces de perforations. Dans les deux cas qui ont été recueillis par Dance et M. Ménière, il ne paraît pas que la présence du pus dans la vessie ait déterminé des symptômes particuliers; mais 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 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 au pubis était douloureuse. Enfin l'urine traitée par la chaleur et par les réactifs chimiques a fourni quelques flocons albumineux. A l'autopsie on constata que les reins n'étaient pas malades. La vessie était saine au premier coup d'œil, la muqueuse 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 dans 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 cœcum.

Quel abcès s'ouvre à la surface de la peau ou bien que le pus soit versé dans la vessie, le vagin ou le gros intestin, les phénomènes qui se passeront du côté de la tumeur seront à peu près les mêmes dans tous les cas. C'est ainsi que 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 et spécialement sur le cœcum, les muscles et les vaisseaux: c'est-à-dire qu'on voit disparaître la constipation et le météorisme, que les mouvements de la cuisse cessent d'être douloureux et s'exécutent plus librement; qu'enfin disparaît en dernier lieu le gonflement œdémateux qui avait envahi le membre inférieur. Dans tous les cas, même lorsque l'affection doit avoir une issue funeste, l'évacuation du pus s'accompagne d'un soulagement général, et d'un sentiment de bien-être qui persiste plus ou moins suivant la marche lente ou rapide de la maladie. Ainsi, sur les trente-cinq malades chez lesquels la suppuration des fosses iliaques fut suivie de guérison, il y en a 24 qui, après l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès, ne présentèrent jamais à aucune époque nulle espèce d'accident. Chez les autres, au contraire, la guérison fut entravée de plusieurs manières. C'est ainsi que, chez huit d'entre eux l'écoulement du pus ayant cessé prématurément, par suite de l'occlusion ou de l'insuffisance de l'ouverture extérieure du foyer, on vit la fièvre s'allumer, la région iliaque devint de nouveau le siège de gonflement et de vives douleurs; ces accidents persistèrent jusqu'à ce qu'on eût évacué le pus par une autre incision, ou que la nature s'en fût spontanément débarrassée à l'aide d'une nouvelle perforation. On voit souvent ces alternatives en bien et en mal avoir lieu plusieurs fois de

suite avant que la convalescence se déclare franchement. Chez deux autres malades, les parois du foyer s'enflammèrent, les bords de la plaie devinrent érysipélateux, les malades eurent une fièvre violente, et l'un d'eux présenta du délire; mais ces accidents furent conjurés par un traitement approprié. Enfin, chez le dernier malade, le trajet fistuleux se remplit de chairs fongueuses et blafardes, la suppuration devint ichoreuse, la fièvre s'alluma; mais l'usage de lotions détersives, quelques toniques donnés à l'intérieur et des pansements souvent renouvelés ne tardèrent pas à modifier la suppuration et l'état du foyer.

Les malades qui, après l'évacuation du pus, n'éprouvèrent aucun accident nouveau n'ont pas tous été guéris à la même époque. La voie par laquelle le pus s'est échappé au dehors a certainement beaucoup influé sur la rapidité plus ou moins grande de la guérison. En général, les abcès qui se sont ouverts dans le gros intestin sont ceux qui ont guéri le plus vite, car le pus avait cessé de couler, terme moyen, vers le neuvième jour. L'observation de M. Rigaud 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 ouvrit le foyer à l'aide de l'instrument tranchant ont offert de la suppuration pendant 15 jours au moins et parfois pendant 2 ou 3 mois. L'intérieur du foyer sécréta du pus, terme moyen, pendant 27 jours. Il faut rapporter cette prolongation de la suppuration pour les abcès qui s'ouvrent à la peau, à la déclivité du foyer, circonstance qui favorise le séjour de l'altération de la matière purulente. Pour les malades chez lesquels divers accidents vinrent entraver la marche de la maladie, la guérison s'est fait attendre de un à dix mois. 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. M. Blandin cite, en effet, l'observation d'un individu qui mourut à l'hôpital Beaujon affecté d'une hernie du cœcum à travers une fistule des parois abdominales (1).

La suppuration laisse après elle, chez le tiers des malades, un léger engorgement, ou des petits noyaux d'induration, qui se résolvent à la longue et qui peuvent même 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 avec des redoublements nocturnes, la langue se sèche, 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 dans le dernier degré de marasme, 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 de un à trois mois après l'ouverture de l'abcès. Cette terminaison s'observe, quel que soit le point par lequel le pus s'est évacué. C'est ainsi que MM. Dance et Husson (obs. XIV<sup>e</sup>) ont vu une jeune fille affectée d'abcès iliaque, dont la matière se fraya une issue à travers les parois du col utérin, et qui succomba aux progrès de la fièvre hectique. J'ai rapporté plus haut une observation du docteur Johnson, dans laquelle on voit un abcès iliaque ouvert à la fois dans le cœcum de la vessie, être également suivi d'une terminaison funeste. Il n'est pas rare enfin que la mort résulte de l'ouverture des abcès à la surface de la peau. Dance (1) a signalé comme favorable la communication du foyer avec le gros intestin; car tous les faits de ce genre qu'il a observés se sont heureusement terminés; il est certain cependant qu'une terminaison funeste n'est pas fort rare. Ainsi M. Blandin (2) a vu un volumineux abcès de la fosse iliaque s'ouvrir dans le cœcum en perforant la paroi postérieure de cet intestin: le pus fut rejeté par les selles. L'amélioration qui suivit cette évacuation ne fut que momentanée, car le malade succomba bientôt à l'abondance de la suppuration. J'ai moi-même observé un fait semblable que je rapporterai plus tard en détail.

Lorsque la mort a lieu par consommation, il est très-rare que la persistance de la suppuration dépende de la présence d'un corps étranger, comme dans le fait cité par John Bell. Il suffit alors que le projectile soit extrait ou expulsé par des efforts de la nature, pour voir cesser presque aussitôt les accidents graves de résorption qui compromettaient l'existence des malades.

Plusieurs des abcès qui se développent dans certaines parties du corps deviennent mortels, parce que, la dénudation étant trop considérable, les parois opposées ne peuvent plus se mettre en contact pour tarir la source du pus. Cette cause agit fréquemment pour entretenir la suppuration des vastes abcès de l'aisselle et de l'extrémité inférieure du rectum, etc. Dans ces mêmes cas la pénétration facile de l'air dans l'intérieur du foyer altère leur produit de sécrétion, ce qui devient la source de nouveaux accidents. Rien de cela, dit-on, ne s'observe dans les abcès des fosses iliaques dont les parois restent toujours accolées plus ou moins les unes aux autres, par suite de la pression énergique qu'exercent sur elles les viscères et les muscles de l'abdomen. Cette pression, au dire de ces auteurs, serait même si puissante qu'elle s'opposerait tout à fait à l'introduction de l'air, et John Bell pense que

(1) Dict. en 25 vol., t. 1<sup>er</sup>, p. 221.

(2) Thesis ad agregat. 1827 (diversæ in abdomen liquorum effusiones), et anat. chir., 2<sup>e</sup> édit. 1834, p. 342.

(1) Anat. chirurg. 2<sup>e</sup> édit., p. 323.



celle-ci ne doit jamais être invoquée pour expliquer les graves accidents qui se manifestent quelquefois après l'ouverture des abcès iliaques. Je crois qu'il y a de l'exagération dans cette manière de raisonner, car il est incontestable qu'il y a des abcès iliaques dont les parois, habituellement béantes, permettent à l'air atmosphérique de pénétrer dans le foyer. Je l'ai souvent constaté dans les abcès symptomatiques de carie vertébrale, et mon ami le docteur Jacquemier m'a dit l'avoir observé deux fois dans des abcès phlegmoneux consécutifs aux couches. Chez ces deux malades, après avoir vidé le foyer purulent, on ne voyait pas celui-ci revenir sur lui-même; il restait au contraire largement béant, ce dont on pouvait aisément se convaincre en introduisant le doigt dans sa cavité. L'air par conséquent y pénétrait avec facilité, et la percussion pratiquée sur la paroi antérieure de l'abcès donnait un son tympanique fort remarquable. Ces deux femmes succombèrent épuisées par la longueur et l'abondance de la suppuration.

Parmi les malades qui meurent à la suite des abcès iliaques, il y en a un bon sixième 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. Ce fait est relatif à un jeune homme affecté de phlegmon de la fosse iliaque droite et chez lequel la phlegmasie se propagea rapidement au péritoine et au tissu cellulaire voisin, qu'on trouva, lors de l'autopsie, infiltré d'une grande quantité de pus. Dans la troisième observation du mémoire de Bourienne (1), on trouve un nouvel exemple d'un abcès au flanc gauche qui fut mortel vers le dixième jour par suite de l'extension de la phlegmasie à la membrane péritonéale. 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 sur-aiguë; la mort survint quinze ou vingt-quatre heures après, je ne saurais bien le préciser, parce que je n'ai pu retrouver dans mes papiers la note concernant ce malade. L'épanchement du pus dans le péritoine peut aussi déterminer la mort sans produire de péritonite. En effet, M. Perrochaud, interne distingué des hôpitaux, a rapporté l'histoire d'une femme chez laquelle survint un abcès qui occupait la fosse iliaque gauche et le muscle psoas du même côté. La malade était en proie à une fièvre continue avec des redoublements le soir, elle avait des sueurs et de la diarrhée; cependant rien ne faisait encore prévoir une terminaison promptement funeste, lorsque, un jour, cette malheureuse, en causant tranquillement avec une de ses voisines, fut prise d'un léger mouvement convulsif et expira aussitôt. A l'autopsie, M. Perrochaud constata un vaste épanchement purulent dans le flanc gauche sans trace de péritonite. Le pus épanché provenait d'un foyer considérable existant dans la

fosse iliaque gauche, d'où il était sorti par une perforation de l'aponévrose iliaque de la largeur d'une pièce de trente sous (1).

Enfin, il y a des malades qui meurent sans péritonite, et avant que le pus se soit frayé une issue à l'extérieur. Ces individus succombent alors à l'étendue des désordres, et à l'épuisement produit par une suppuration qui a envahi de grandes surfaces. Chez deux malades atteints de tubercules suppurés, l'abcès iliaque n'a fait que hâter une mort qui était déjà assez prochaine et inévitable par la période à laquelle la lésion organique était arrivée. Dans les abcès stercoraux, il est fréquent de voir la mort survenir avant qu'on ait pu, par une incision, livrer passage au pus et aux parties désorganisées; c'est ainsi que sur cinq décès produits par des abcès gangréneux de la fosse iléo-cœcale, il y en a trois qui ont été mortels après une durée de sept jours à un mois: les matières putrides étaient encore réunies en foyer, et la mort est survenue par épuisement, et par suite de cette prostration, de cette atteinte profonde que portent au principe de la vie les inflammations gangréneuses, quel que soit leur siège.

La gangrène, cette fâcheuse complication, ne s'observe guère que dans les phlegmons consécutifs à la mortification du cœcum 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 et 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 du muscle iliaque 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, des fèces et des lambeaux de tissu cellulaire, de muscles et de tendons mortifiés. L'on conçoit que la mort doit être la suite presque inévitable de pareils désordres.

Néanmoins les efforts de la nature et de l'art peuvent quelquefois enrayer les accidents: je dirai même que la guérison ne doit pas être très-rare. En effet, sur sept cas d'abcès stercoraux et gangréneux que je connais, elle a été observée deux fois. C'est ainsi qu'il y a peu d'années on vit à la clinique de Heidelberg un jeune homme affecté de carie vertébrale, chez lequel se développa graduellement une inflammation, puis un vaste abcès de la fosse iliaque droite; cet abcès s'ouvrit au dehors, il s'en écoula du pus mêlé à des matières fécales et à des pépins de melons. L'abcès se ferma après quelques semaines, mais le malade ayant succombé au bout de plusieurs mois aux progrès du mal vertébral, on reconnut à l'autopsie que l'appendice avait été le siège de la perforation; il adhérait intimement à la

(1) Bulletin de la société anat. 12<sup>e</sup> année, 7<sup>e</sup> bulletin, p. 205.

(1) Loc. cit., p. 77.

cicatrice de l'abcès et présentait des traces évidentes d'une inflammation antérieure (1). 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 gangrénés de muscles et de tendons, dont quelques-uns avaient plus de deux pouces de longueur. Il eût été intéressant de savoir si ces pertes de substance considérables avaient 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 M. Blandin qui prouve qu'une hernie du cœcum 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. En 1852, j'ai vu à l'Hôtel-Dieu un individu qui portait une éventration à deux ou trois travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope du côté droit; elle avait lieu au niveau d'une cicatrice résultant d'une incision qui avait été faite plusieurs années auparavant pour évacuer une collection purulente formée probablement dans la fosse iliaque, à en juger du moins par quelques renseignements fournis par le malade lui-même.

D'autres fois le phlegmon des fosses iliaques est suivi d'un engorgement œdémateux du membre inférieur correspondant, engorgement qui persiste quelquefois indéfiniment. Si on se rappelle les rapports qui existent entre la tumeur et les vaisseaux qui vont se distribuer à la cuisse, on concevra sans peine l'accident dont je parle. Il y a quatre ans je fus appelé auprès d'une jeune femme qui, quelques jours après un accouchement difficile, avait été prise de douleur vive dans la fosse iliaque gauche avec formation d'une tumeur dans cette région, accompagnée d'engourdissement et d'œdème dans le membre inférieur correspondant. Plusieurs applications de sangsues furent faites, néanmoins la tumeur se ramollit, une fluctuation obscure s'y fit sentir; mais la malade, ayant épuisé toutes ses ressources chez elle, se fit transporter à l'hôpital. Je la perdis de vue lorsque, il y a dix-huit mois, le hasard me la fit rencontrer dans une des salles de l'Hôtel-Dieu. Elle m'apprit alors que depuis 1854, la cuisse et la jambe gauches étaient restées plus volumineuses que celles du côté opposé; que, dans le courant de 1855, pour peu qu'elle fatiguât, son pied se tuméfiait au point qu'elle ne pouvait plus mettre son soulier. Elle éprouvait en même temps dans tout le membre un engourdissement et une sensation de froid pénible. L'ayant alors examinée avec soin, je ne pus découvrir dans la fosse iliaque aucune trace de l'ancienne tumeur; toutefois l'épaisseur considérable des parois abdominales m'a empêché d'explorer la région aussi complètement que je l'aurais désiré. Le membre inférieur gauche était sensible-

ment plus gros que le droit; la pression n'y faisait point reconnaître d'œdème, mais seulement une sorte de dureté ou de rénitence générale. Lorsque la malade fatigue ou reste longtemps debout, son membre devient alors lourd, il lui paraît aussi plus volumineux; l'enflure est surtout marquée au pied, qui devient douloureux à la pression. Les parties génitales, explorées par le toucher, n'offrent rien d'anormal. Quelle est la lésion qui, chez cette femme, entretient ainsi un engorgement permanent du membre inférieur gauche? Il est à peu près certain que cet engorgement se rattache à une gêne de la circulation veineuse. Il est présumable que le calibre de la veine iliaque est diminué par suite de la compression qu'exerce sur elle la cicatrice de l'ancien foyer purulent qui s'est probablement terminé par résorption, car rien n'indique qu'il se soit ouvert au dehors, et il ne paraît pas qu'à aucune époque la malade ait rendu du pus par le vagin, par l'urèthre ou le rectum. Enfin il serait possible aussi que la veine iliaque, par suite de la compression que la tumeur a exercée sur elle, ait été le siège de quelque concrétion sanguine qui en a diminué le calibre. C'est encore là une supposition qu'il est permis de faire. D'ailleurs, je ne crois pas que le vaisseau soit tout à fait oblitéré; car s'il en était ainsi, la staseséreuse serait plus considérable, et l'on verrait probablement aussi des dilatations des veines superficielles, ce qui n'a pas lieu. Quoi qu'il en soit, il est à présumer que cette femme ne guérira jamais de l'engorgement œdémateux dont elle est affectée.

*Anatomie pathologique.* On conçoit que 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 occupe alors 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, polies dans d'autres où l'on constate aisément l'existence d'une membrane 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: tel est entre autres le fait de M. Bérard que j'ai rapporté précédemment. Dans ces cas, les muscles psoas, iliaque et carré lombaire, exempts d'altération, conservent leur couleur et leur consistance; mais ordinairement ces organes sont plus ou moins altérés, leurs fibres sont noirâtres, ramollies, en partie détruites, disséquées et 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 décrire l'état de ces organes. Cependant, sur 12 autopsies, les seules qui puissent entrer dans mon

(1) L'Expérience. Loc. cit., p. 342.



relevé, je trouve que sur 10 cadavres on a rencontré une altération plus ou moins profonde des muscles. C'est ainsi que les psoas ont été trouvés malades 8 fois, le muscle carré 5 fois, et le muscle iliaque 10 fois. 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 et sa propagation. 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 sous-péritonéal ou le sous-aponévrotique. L'ordre dans lequel les symptômes se sont succédé peuvent 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 adhère plus intimement que d'ordinaire au péritoine percé d'une ou de plusieurs ouvertures qui ont depuis quelques lignes jusqu'à plusieurs pouces d'étendue. Dans plus de la moitié des cas on trouve des troncs ou des filets nerveux destinés au membre inférieur qui traversent le foyer purulent; ces cordons sont généralement d'un blanc mat, ramollis et 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, et n'avaient point cessé d'être perméables au sang. Dans un fait cité par M. Corbin (1) le faisceau vasculaire iliaque était induré; mais l'absence de toute description m'empêche de déterminer la nature de l'altération. Les rapports des vaisseaux avec l'abcès expliquent donc les phénomènes de compression que j'ai signalés précédemment; et 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 l'inégale résistance des parois dans l'un et l'autre vaisseau. Enfin, pour terminer ce qui se rapporte à ces foyers, je dirai que, comme Dupuytren, j'ai constaté que lorsqu'ils communiquent avec le gros intestin, on ne voit pas les matières fécales pénétrer dans leur cavité. Cet épanchement ne s'observe guère que dans les abcès succédant à la gangrène du cœcum ou de son appendice. Dupuytren invoquait trois raisons pour expliquer cette particularité. La première, c'est que ces abcès se vident graduellement; la seconde tient à l'obliquité de l'ouverture, et la troisième enfin au décollement de l'intestin qui fait office de soupape (2).

(La fin au prochain numéro.)

(1) Gaz. méd. du 23 octobre 1830. Obs. 1<sup>re</sup>.

(2) Loc. cit.

*Mémoire sur une forme d'encéphalite encore peu connue*, par MAX. DURAND FARDEL, interne de la Salpêtrière, membre de la Société anatomique et de la Société médicale des internes.

J'ai observé une maladie caractérisée, anatomiquement, par la rougeur, la tuméfaction, la mollesse des circonvolutions cérébrales, et leurs adhérences avec la pie-mère; pathologiquement, par des symptômes apoplectiformes graves, et débutant d'une façon instantanée. On verra, dans les observations qui suivent, ces deux groupes et d'altérations anatomiques et de symptômes se montrer avec une physionomie toujours identique, dans un rapport toujours constant. Mon attention se fixa sur ces faits d'autant plus vivement que je n'avais pas vu dans les auteurs de maladie décrite sous la forme sous laquelle celle-ci se présentait à mes yeux, et que je trouvais à peine quelques cas semblables, épars dans les ouvrages qui traitent des maladies cérébrales.

Je fus frappé d'abord de la ressemblance qui existe entre cette altération anatomique et celle que les auteurs ont décrite sous le nom d'encéphalite, et qu'ils nous ont montrée à la suite de plaies de tête, ou dans d'autres circonstances, donnant lieu aux phénomènes que l'on est convenu de rapporter à l'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes. J'avais vu moi-même dans plus d'un cas, à la suite de délire, de symptômes épileptiformes, etc., des circonvolutions rouges, tuméfiées, ramollies, adhérentes aux membranes; je dus rechercher alors comment une même altération pouvait donner lieu à deux ordres de phénomènes si différents, et je ne tardai pas à reconnaître que lorsque la maladie revêtait la forme d'apoplexie, l'altération des circonvolutions s'étendait toujours à une grande partie de la surface du cerveau, que lorsqu'elle s'annonçait par des signes d'irritation, elle n'occupait qu'un espace circonscrit à quelques circonvolutions. Il me sembla alors que deux altérations dont la physionomie est identiquement la même, et qui ne diffèrent absolument que par leur étendue, doivent avoir nécessairement la même nature, et que, si l'une d'elles est une inflammation, il est impossible de ne pas attribuer à l'autre le même caractère; qu'en un mot il faut refuser ou accorder à toutes deux le nom d'inflammation.

Je sais que la forme symptomatique à laquelle j'ai d'abord fait allusion ne paraît guère en harmonie avec cette manière de voir; cependant, me fiant aux données plus certaines que me fournissait l'anatomie pathologique, j'ai pensé que sans doute le désaccord n'est qu'apparent, et qu'il est possible, sans forcer les faits, de se rendre compte dans ce sens des liens qui unissent les phénomènes observés pendant la vie aux altérations rencontrées après la mort.

Le but de ce mémoire est donc de faire connaître des faits encore peu étudiés et de prouver leur nature inflammatoire; c'est une forme nouvelle d'encéphalite que j'ai à décrire, ou plutôt dont j'ai à démontrer l'existence (1). Ma tâche sera difficile; le

(1) Je ne me suis décidé qu'avec peine à publier ce travail.

point de vue nouveau sous lequel je présente ces faits se trouvera sans doute en désaccord avec une manière de voir basée sur d'autres principes; ensuite je n'ignore pas l'écueil que présente la théorie lorsqu'on abandonne un instant la ligne droite de l'observation. Mais, si je ne réussis pas à porter la conviction dans l'esprit du lecteur, je croirai cependant n'avoir pas fait un travail inutile, quand je ne parviendrais qu'à fixer son attention sur une manière d'envisager les faits susceptible peut-être de jeter quelque jour sur d'autres points de la pathologie cérébrale, cette branche de notre science si belle et si difficile.

Je vais d'abord rapporter les observations qui sont le sujet de ce travail; j'étudierai ensuite les conséquences qui me paraîtront résulter de leur analyse et de leur comparaison avec d'autres faits.

§ I. *Cancer de l'utérus. Perte de connaissance, sans symptômes précurseurs; abolition complète du sentiment et du mouvement à droite, sans roideur; mort au bout de quarante heures, à peu près, dans un coma profond, avec résolution et insensibilité générales. Rougeur, tuméfaction, ramollissement superficiel des circonvolutions de l'hémisphère gauche; apoplexie capillaire, adhérences de la pie-mère.*

La nommée Gougy, âgée de 31 ans, était couchée au n° 19 de la salle Sainte-Marthe: affectée d'un cancer de l'utérus très-avancé, elle souffrait excessivement, et de fortes doses d'opium lui procuraient à peine du soulagement. Le 12 août 1858 on la trouva dans l'état suivant, qui paraît être survenu la veille, dans la journée.

Coma profond, la face est légèrement contractée, la bouche un peu déviée à gauche, la narine droite affaissée; les pupilles sont normales, peu contractiles; les paupières s'abaissent lentement lorsqu'on en approche la main brusquement; les conjonctives sont également sensibles, mais la pituitaire droite semble tout à fait insensible au toucher. Résolution complète avec insensibilité du bras et de la jambe droite; partout ailleurs, le moindre attouchement détermine des signes d'une vive impatience. La malade ne profère pas une plainte; l'ouïe paraît totalement abolie. La respiration est haute, peu fréquente, égale des deux côtés; la peau est assez chaude, le poulx peu développé, d'une fréquence normale. On ne peut obtenir de renseignements précis sur la manière dont ces accidents ont débuté; il paraît

Les idées que j'y mets en avant ne sont pas partagées par tout le monde, et je le dis surtout à regret, M. Cruveilhier donne aux faits que je vais rapporter une tout autre explication que celle que j'ai cru devoir adopter. On conçoit que j'aie dû hésiter avant de me mettre ainsi en opposition, si je puis ainsi dire, avec un maître si bon et dont personne n'apprécie plus que moi les précieuses leçons et la longue expérience; mais on doit croire que ce n'est qu'après beaucoup de réflexions, et l'analyse d'un grand nombre de faits, que j'ai cru pouvoir arrêter mes idées sur ce point et les mettre au jour.

TOME III. 5<sup>e</sup> s.

que la veille, dans la journée, on a remarqué qu'elle cessait de parler, de se plaindre; mais, par négligence, on n'a pas appelé l'élève de garde. Le soir, même état. Le lendemain matin, coma plus profond encore, résolution et insensibilité générales, respiration fréquente et stertoreuse, circulation presque éteinte; mort à dix heures.

Autopsie, vingt-cinq heures après la mort.

Une grande quantité de sang s'écoule des sinus de la dure-mère. La cavité de l'arachnoïde, bien que très-humide, ne laisse pas écouler une quantité appréciable de sérosité. Les vaisseaux de la base sont sains. La pie-mère présente une injection sanguine prononcée, surtout à gauche, sans infiltration séreuse.

L'hémisphère gauche paraît plus volumineux que le droit; les circonvolutions sont tassées et aplaties. La pie-mère adhère généralement à la surface du cerveau et entraîne avec elle une partie de la substance corticale. Les circonvolutions sont beaucoup plus volumineuses que celles du côté opposé, moins consistantes, mais peu ramollies, car un filet d'eau les pénètre à peine; cette altération occupe à peu près les deux tiers de ces circonvolutions, surtout celles de la partie moyenne de la convexité, et en dehors, celles qui avoisinent le lobule du corps strié, et ce lobule lui-même. On trouve au fond de plusieurs anfractuosités quelques plaques formées par un pointillé d'un violet presque noir (apoplexie capillaire); quelques plaques semblables se rencontrent sur la convexité de l'hémisphère droit, qui ne présente aucune autre espèce d'altération. La coloration rose et le ramollissement ne s'étendent nulle part au delà de la substance corticale, dont ils ne paraissent pas occuper toute l'épaisseur. La substance blanche est un peu pointillée, d'une consistance normale. Les ventricules contiennent un peu de sérosité, et leurs parois sont saines, à part un peu de ramollissement superficiel et légèrement rosé du corps strié et de la couche optique gauches.

Poumons flasques, à peine engorgés, un peu de mucus opaque dans les bronches. Le cœur est d'un petit volume, ses orifices parfaitement libres. Dégénérescence squirrheuse considérable du corps de l'utérus et du vagin (1).

L'instantanéité et la nature des accidents qui avaient enlevé si rapidement cette malade caractérisent parfaitement la marche que suivent habituellement l'hémorragie cérébrale et plus rarement cette forme de congestion à laquelle on a donné le nom de coup de sang; et les altérations que l'on a rencontrées après la mort tiennent à la fois et de l'hémorragie et de la congestion. L'apoplexie capillaire, en effet, ne paraît être qu'une forme de

(1) Quelque peu de valeur que l'on doive accorder, j'en conviens, aux renseignements dont on est obligé de se contenter, dans les hôpitaux, sur les antécédents des malades, je crois pouvoir affirmer que chez cette femme que nous avions depuis longtemps dans nos salles, et à laquelle, depuis près de trois mois, je parlais moi-même presque tous les jours, on ne saurait douter aucunement de l'absence de symptômes cérébraux précurseurs; et cela, d'autant plus qu'elle n'était pas d'un âge assez avancé pour que des manifestations symptomatiques de ce genre fussent très-difficiles à saisir chez elle.