

Ces 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 (1). La rétraction du membre abdominal correspondant, l'impossibilité de l'étendre complètement, les douleurs éprouvées dans l'abdomen et dans les lombes, quand on essaie 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 je rapporterai en détail à l'article du pronostic, on verra une suppuration qui avait altéré et détruit en grande partie le 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 au muscle iliaque produire de la douleur et de la rétraction dans la cuisse. Ainsi ce symptôme isolé indiquera, suivant moi, indifféremment une souffrance dans le psoas ou l'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 douleur et de la tuméfaction, circonstances sur lesquelles j'ai insisté précédemment.

**Pronostic.** — Les phlegmons des fosses iliaques doivent être regardés comme une maladie grave et traités comme tels. Car sur 75 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 dans l'état de vacuité; 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, 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. D'ailleurs, chez l'homme, les phlegmons des fosses iliaques sont un peu moins graves que ceux qui se déclarent chez la femme, même dans l'état de vacuité, puisque la mortalité, qui chez le premier a été 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 la suppuration abondante qui en sont la suite inévitable, et enfin par la péritonite qui les accompagne quelquefois.

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'infil-

tré. Un phlegmon iliaque qui, dès le début, s'accompagne 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 la maladie. Car, quelque peu abondant qu'il soit, il peut se faire jour dans le péritoine et déterminer une péritonite suraiguë 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, et dans ce nombre je n'ai pas compris le fait de M. Bérard, parce que quelques personnes, à tort sans doute, ont considéré la perforation intestinale comme ayant été primitive. 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 été suivis de mort.

Tous ces faits me portent 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 les parois abdominales antérieures, le foyer tend alors à se circoncrire sur un petit espace, et tous les efforts de la nature se portent de ce côté; l'art vient bientôt lui-même au secours du malade; une large incision est faite, qui donne issue à la matière purulente, et prévient ainsi les désordres qu'elle aurait pu occasionner en se portant au loin. Mais si le pus se vide dans le cœcum ou le colon, l'ouverture qui le fait communiquer avec l'intestin est toujours petite, son écoulement se fait lentement. Placé d'ailleurs dans un tissu cellulaire-lamelleux et très-lâche, il fuse au loin avec facilité, finit ordinairement par décoller largement le colon ascendant ou descendant dans toute sa longueur, et il est ordinaire de voir alors à l'autopsie le pus arriver presque 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 cœcum et le colon

(1) Velpeau. Anat. chirur. T. 2, 2<sup>e</sup> éd. P. 136.

(1) Prax. med. Lib. 1, p. 64.

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.

L'observation suivante, remarquable sous plusieurs rapports, est un exemple d'abcès iliaque ouvert dans l'intestin et qui s'est néanmoins terminé d'une manière funeste.

**Obs. V.** — Lenet, âgé de 44 ans, cultivateur à Courbevoie, est d'une constitution médiocrement forte; il n'a jamais fait de maladie grave, n'est sujet à aucune incommodité habituelle. Il se nourrit convenablement et ne fait jamais aucun excès; mais depuis un an il est vivement tourmenté par des chagrins domestiques. Son avoir ayant été dissipé par sa femme, il fut obligé, il y a quinze jours, de cesser son petit commerce de fruitier qu'il faisait depuis dix ans, pour reprendre les travaux beaucoup plus rudes de la campagne. Il y a huit jours, sans s'être forcé dans son travail, sans contusion, ni refroidissement, ni aucune autre cause appréciable, il fut pris tout à coup dans la soirée de frissons, de lassitude générale. Cet état de malaise persista les trois jours suivants pendant lesquels le malade put travailler encore; mais au bout de ce temps il ressentit dans l'abdomen des douleurs vives, qui, partant de la fosse iliaque droite, s'irradiaient ensuite dans tout le ventre et surtout vers l'épigastre. Il a eu des nausées et plusieurs vomissements jaunâtres avec constipation; la soif était vive, la bouche amère, l'appétit perdu; avant hier il a eu un dévoiement verdâtre peu copieux, et la réaction fébrile est devenue plus forte. Il ne suivit chez lui aucun traitement actif, et entra à l'hôpital le 16 mars 1854. Sa figure exprime alors la douleur et l'anxiété; il se plaint vivement du ventre: celui-ci est généralement ballonné, mais sans distension, indolent dans tous ses points, excepté dans la fosse iliaque droite. Là en effet on sent une rénitence considérable: la main y distingue une tumeur dure, très-douloureuse, ayant pour le moins trois pouces carrés; la peau qui la recouvre est rouge et gonflée; la sensibilité y est exaltée à tel point que la plus légère pression est insupportable; la toux y retentit douloureusement; les douleurs sont lancinantes, continues, s'exaspèrent de temps en temps; elles s'irradient vers l'hypochondre et la région lombaire du côté droit. Le membre abdominal correspondant se meut facilement et sans douleur. L'urine est rendue sans peine et ne dépose qu'un léger sédiment briqueté. La langue est blanche, humide, la soif vive, l'appétit nul; il n'a ni coliques ni nausées, et depuis deux jours les selles sont supprimées. La percussion et l'auscultation n'indiquent aucun trouble vers les organes thoraciques. Le pouls est large, plein, vibrant; il donne quatre-vingts battements; la chaleur est habituelle; l'insomnie est complète depuis huit jours; il n'y a pas de céphalalgie. (Saignée de quatre palettes, trente sangsues sur la tumeur, chiend.,

catapl., diète.) Le sang donne une couenne d'une demi-ligne d'épaisseur, le caillot est dense; la nuit se passe sans sommeil.

Le 17 le malade n'est pas soulagé. (Saignée de trois palettes, trente sangsues, catapl., bain, une pilule d'un gr. d'extr. thébaïque pour la nuit.) Le sang offre les mêmes caractères que celui de la veille. Le 18 le malade a dormi quelques heures. Le pouls est à 96, toujours large et dur; l'état général et local n'a pas changé. (Saign. trois pal., trente sangs., bain, cat., deux grains d'opium.) Le soir la fosse iliaque est moins tendue et moins douloureuse; il y a deux selles liquides et jaunâtres. Le 19 au soir la tumeur iliaque est toujours dure, un peu aplatie, les souffrances sont plus vives; il y a 110 pulsations. (Vingt sangsues.) Le 20, la nuit a été calme, la tension, les douleurs ont diminué dans la tumeur. Il y a trois selles liquides sans coliques; le pouls, large, dur, donne 96 pulsations. (Saignée, deux pal.; bain.) Le 21 le pouls a cessé d'être dur, il ne bat que 84 fois; le dévoiement persiste, la tension de la région iliaque ainsi que la douleur ont beaucoup diminué. (Catap. lav. chiend. diète.) Du 21 au 31 le pouls varie de 88 à 108; les douleurs ont presque cessé dans la fosse iliaque, la pression même ne les réveille pas, la tuméfaction est moins bien circonscrite, on y sent un peu d'empatement, mais point de fluctuation; le malade continue à avoir plusieurs selles liquides jaunâtres sans traces de pus. La soif est médiocre, il n'a pas d'appétit. (Bouillon et un potage.) Du 1<sup>er</sup> avril au 7 le malade a beaucoup maigri, on ne distingue plus de tumeur dans la région cœcale, mais un empatement qui s'étend jusqu'à la ligne blanche et remonte en dehors jusqu'au niveau de la crête iliaque; il n'y a pas de frisson, mais parfois le soir il y a une légère exacerbation fébrile. Le pouls n'est jamais tombé au-dessous de 88.

Le 7 on croit sentir profondément une fluctuation obscure dans la fosse iliaque; la cuisse droite, dans la moitié supérieure et antérieure, est le siège d'élançements très-douloureux, continus, mais avec des exacerbations très-rapprochées, sans aucun changement appréciable dans les parties. Ils n'augmentent pas par la pression. Ces douleurs, qui semblent de nature névralgique, disparaissent le 9.

Depuis cette époque jusqu'à la fin du mois le malade s'affaiblit et dépérit de jour en jour. La région iliaque droite ne présente ni tumeur ni empatement, mais on sent profondément dans cette partie une fluctuation obscure. Le dévoiement continue sans coliques: il y a tous les jours de deux à quatre selles jaunâtres présentant çà et là des globules blanchâtres opaques ressemblant à du pus. Les urines n'offrent rien à noter. Appétit presque nul; le pouls reste à 90. Le malade est si faible qu'il ne peut quitter le lit. Du 1<sup>er</sup> au 10 mai, jour de la mort, l'amaigrissement et la faiblesse ont fait de nouveaux progrès; une large eschare se montre au sacrum; en même temps le malade est tourmenté par des vomissements bilieux et verdâtres sans douleur épigastrique; la langue se sèche; enfin il s'éteint dans le dernier degré de marasme, sans avoir jamais présenté de rétraction dans la cuisse droite.

Nécropsie 53 heures après la mort. — Rien à noter dans le thorax.



*Abdomen.* — Point d'épanchements dans le péritoine; quelques adhérences courtes assez résistantes, quoique de formation récente, unissent l'épiploon au cœcum et à la paroi abdominale antérieure. Immédiatement au-dessous du péritoine on trouve un foyer purulent, qui, depuis le pubis, s'étend sous le cœcum et le colon jusqu'à la courbure de ce dernier intestin. Au niveau du pubis et de sa branche horizontale, le pus est seulement infiltré; partout ailleurs ce liquide forme une collection de trois ou quatre onces. Le pus est séreux, d'un gris sale, ne contenant pas de matière fécale; les muscles psoas, iliaque et carré lombaire et la partie inférieure du transverse sont noirâtres, ramollis; leurs fibres sont isolées et disséquées par la suppuration, qui ne dépasse pas le rebord supérieur du bassin. Les os ne sont ni cariés ni dénudés; les nerfs du membre inférieur droit, baignés par le pus, offrent à l'extérieur une coloration grisâtre; ils sont devenus friables; leur volume n'est point modifié; le tissu nerveux n'est ni infiltré ni injecté; les vaisseaux sont restés perméables. A la partie postérieure du cœcum existent deux ulcérations arrondies, d'une ligne de diamètre, faisant communiquer le foyer avec l'intérieur de l'intestin. Deux autres ulcérations un peu plus larges sont placées à la face postérieure du colon ascendant et à son extrémité supérieure. La muqueuse intestinale est pâle et d'une bonne consistance dans tous les points. Le reste du tube digestif, tous les viscères abdominaux examinés avec soin ne présentent aucune altération. Le foyer purulent ne communique avec aucune partie des voies urinaires.

De tous les modes d'évacuation du pus, le plus utile devrait être celui dans lequel ce liquide se fraie 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 (Dance).

En résumé, les abcès iliaques, quelle qu'en soit la cause, doivent être regardés comme une affection grave, et la prudence veut que dans cette maladie le praticien, à l'exemple de Deleurye, établisse toujours son pronostic plutôt incertain que certain (1).

*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.

Puzos voulait que dans les engorgements puerpéraux on saignât largement et souvent; Deleurye était également partisan des saignées générales, mais il n'en conseillait l'emploi que dans les cas où la fièvre était intense, et c'est seulement alors qu'elles me semblent devoir être de quelque utilité pour les malades. Dans quelle mesure doit-on employer les émissions sanguines? que peut-on espérer de l'usage de cet agent thérapeutique? quelle est son influence

(1) L. cit. P. 510.

sur la terminaison heureuse ou malheureuse de la maladie, sur sa marche et sur sa durée? Pour répondre à ces questions importantes j'aurais besoin d'un grand nombre de faits exacts et détaillés; mais malheureusement la plupart des observations de phlegmons iliaques publiées jusqu'à ce jour ne peuvent être d'une grande valeur pour éclairer la thérapeutique de la maladie. En effet, dans beaucoup de ces histoires particulières on indique vaguement qu'on a fait une ou plusieurs saignées locales, sans déterminer le nombre de sangsues qui ont été appliquées. Il en est de même des saignées générales qu'on note grandes ou petites sans préciser la quantité de sang qu'on a retiré. Si plusieurs saignées ont été faites, souvent l'auteur ne mentionne ni à quelle distance les unes des autres elles furent pratiquées, ni l'effet immédiat qui eut lieu après chacune d'elles dans les symptômes généraux et locaux. Ajoutons enfin que l'invasion de la maladie est dans un grand nombre de cas vaguement indiquée; circonstance fâcheuse, car nous savons que le même agent thérapeutique peut avoir des actions fort diverses dans une même maladie, suivant qu'on l'applique à une période éloignée ou à une période rapprochée du début. J'ai donc été forcé d'éliminer bon nombre d'observations comme ne pouvant être d'aucune utilité. J'en ai pourtant réservé trente assez complètes et qui me serviront à apprécier l'influence des émissions sanguines dans le traitement des phlegmons iliaques.

Tous les efforts du praticien doivent tendre à provoquer la résolution de l'engorgement inflammatoire, la seule terminaison qui soit avantageuse; mais c'est aussi la plus difficile à obtenir, surtout pour les phlegmons consécutifs aux couches. Telle n'était pas pourtant l'opinion de Puzos. Ce célèbre accoucheur croyait en effet qu'en attaquant ces engorgements dès leur naissance par plusieurs saignées du bras, faites dans un court espace de temps, on viendrait aisément à bout de les faire disparaître; mais ce n'est là qu'une assertion. Lorsque la tumeur est bien développée, qu'elle a acquis un volume considérable, Puzos croyait également à la possibilité d'en obtenir la résolution, quoique cet engorgement datât souvent alors d'un mois ou de six semaines. Ce médecin cite cinq observations de tumeurs abdominales dans lesquelles, suivant lui, on vit l'emploi des saignées coup sur coup provoquer la résolution. Je suis loin de nier un pareil effet, néanmoins les cas invoqués par Puzos ne me paraissent pas concluants, car les symptômes ne sont pas tellement détaillés qu'on ne puisse élever aucun doute sur l'exactitude du diagnostic. D'ailleurs supposons celui-ci parfaitement exact, je ne suis par convaincu que Puzos ne soit pas tombé dans l'erreur que j'ai signalée à l'occasion de la quatrième observation de ce travail. En effet, comme cet accoucheur ne paraît pas avoir soupçonné que le pus pût être évacué par la vessie, le vagin ou le rectum, il a dans tous les cas notables complètement négligé l'examen de ces organes.

Quoi qu'il en soit, si nous voulons par l'analyse nous rendre un compte exact de l'effet des saignées dans le traitement des phlegmons iliaques, nous voyons que chez vingt malades les émissions sanguines furent employées assez largement, puisque la quantité de sang tirée a varié de huit à vingt-deux

palettes (1). Quinze d'entre eux eurent à la fois une ou plusieurs saignées générales et des applications de sangsues; tandis que chez deux on n'employa que la phlébotomie, et chez les trois autres la saignée capillaire. Le traitement antiphlogistique fut commencé du deuxième au quinzième jour, à dater des premiers accidents, et les effets immédiats ont beaucoup varié: c'est ainsi que chez cinq malades un amendement notable a suivi la première saignée ou la première application de sangsues, faite du deuxième au quatrième jour du début. L'amélioration s'est soutenue, le plus souvent même a fait de nouveaux progrès sous l'influence de la même médication qu'on avait jugé convenable de réitérer. De ces cinq malades, quatre virent leur phlegmon se résoudre peu à peu et plus ou moins complètement après une durée de quinze à vingt-cinq jours. Chez le dernier l'état général et local, après s'être considérablement amélioré, demeura stationnaire; la suppuration se déclara lentement vers le vingt-sixième ou vingt-septième jour, et la guérison survint deux mois après. Chez quinze malades les accidents locaux et généraux s'accrurent lors des premières évacuations sanguines; celles-ci furent renouvelées jusqu'à huit fois dans l'espace de un à six jours. L'on vit enfin les symptômes diminuer d'intensité; la résolution s'opéra une fois, et dans tous les autres cas la chute de la fièvre, la diminution ou la cessation des douleurs coïncidèrent avec l'établissement de la suppuration, de telle sorte que l'amendement observé doit être attribué bien moins à l'effet des évacuations sanguines qu'à la marche naturelle de la maladie; car il est d'observation que le pus une fois réuni en foyer, il y a une sorte de détente et une diminution et quelquefois même une cessation complète des accidents inflammatoires jusqu'alors observés. Ces derniers faits prouvent donc que les saignées générales et locales ont eu une action très-bornée sur la marche et la terminaison des phlegmons iliaques. En effet, lorsque la maladie se montre avec une certaine intensité, on ne peut guère espérer la résolution de l'engorgement, quelle que soit l'énergie avec laquelle on emploie les émissions sanguines. Je citerai à l'appui de ma proposition la cinquième observation de ce mémoire, dans laquelle on employa les émissions sanguines à hautes doses, puisque dans l'espace de cinq jours on tira au malade douze palettes de sang, et qu'on lui appliqua cent dix sangsues, sans qu'une médication aussi énergique ait pu empêcher la suppuration de s'établir. Cette inefficacité des saignées, dans ce cas, tient peut-être à ce qu'on ne commença à les employer qu'au huitième jour à dater du début.

On peut établir en effet comme règle générale que la résolution sera une terminaison fort rare du phlegmon iliaque lorsqu'on en commencera le traitement après le cinquième ou sixième jour à dater des premiers symptômes. C'est ce que prouvent du moins les trente faits que j'analyse, puisque sur ce nombre deux seulement ont fait exception à la proposition que je viens d'émettre.

(1) J'ai évalué avec M. Bouillaud à 3 palettes la quantité de sang retirée par l'application de 30 sangsues. (Philosop. médicale. P. 350.)

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 abrégée de beaucoup la durée totale de la maladie. C'est ainsi que, lorsque le traitement antiphlogistique fut commencé du deuxième au sixième jour, le phlegmon se termina par résolution ou par suppuration: 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-unième jour, la guérison n'a eu lieu que vers le soixante-dix-neuvième. Il est à remarquer que les malades qui ont été saignés le plus largement sont ceux chez lesquels la guérison s'est faite le plus longtemps attendre, bien que le traitement eût été commencé chez eux beaucoup plus tôt que dans les cas où les émissions sanguines furent employées avec plus de réserve. Mais cela ne saurait rien prouver contre l'emploi des saignées, puisque les cas où le traitement a été le plus énergique, sont ceux précisément où l'affection avait le plus de gravité, ce qui explique suffisamment la longueur de la maladie. Enfin chez les dix malades qui me restent à examiner, le traitement ne fut commencé que du dixième au vingt-unième jour. On fit une ou deux applications de quinze à vingt sangsues qui, dans deux cas, calmèrent de suite les accidents, et l'affection marcha vers la résolution. Chez tous les autres il y eut suppuration. Tous guérirent sans accidents vers le soixante-neuvième jour. Il est inutile de dire que chez ces dix malades le phlegmon était peu volumineux et qu'il ne s'accompagnait d'aucun symptôme fâcheux; ceci explique pourquoi, nonobstant le peu d'énergie du traitement, la guérison a eu lieu plus tôt (dix jours) que dans les cas où les émissions sanguines furent employées plus largement, quoique chez tous on eût commencé la médication à une époque également éloignée du début.

Les saignées générales n'ont guère eu d'influence que sur l'état fébrile qu'elles ont fait diminuer ou cesser, mais elles ont peu modifié l'état local; tandis que les sangsues calmaient la douleur, diminuaient la tension de la tumeur, et dans presque un quart des cas amenèrent un grand soulagement dès la première application: ces effets n'étaient pas obtenus avec la phlébotomie.

Parmi les malades qui ont succombé, un quart environ avaient été traités par les émissions sanguines à haute dose; chez les autres le traitement fut moins énergique, souvent même aucun remède actif n'avait été mis en usage avant la période de suppuration. Dans ces derniers cas, la mort paraît arriver plus rapidement, car elle est survenue, terme moyen, vers le trente-septième jour, tandis qu'elle s'est fait attendre jusqu'au cinquantième, dans le cas où dès le début on a employé un traitement rationnel et suffisamment énergique. 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. Mais pour que les saignées soient avan-



tagieuses, il est nécessaire qu'elles soient pratiquées avant le sixième jour.

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 doux laxatifs seront conseillés avec avantage dès qu'il y a constipation.

Si, malgré ces moyens, un abcès vient à se former, Dance croyait qu'il ne faut point chercher à l'attirer et à l'ouvrir 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 on se rappelle les nombreux accidents qui peuvent résulter d'une accumulation plus ou moins considérable de 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'empâtement 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 cœcum 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 en 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 abdominales, 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 prévient 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; 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 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 et sur le retour de l'embonpoint.

Si l'affaïssement de l'abcès et des symptômes de péritonite suraiguë venaient démontrer que le pus s'est épanché dans le péritoine, on ne pourra 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, avec quelque confiance, l'opium à très-haute dose, ainsi que le conseillent les docteurs Graves, Stokes et M. Chomel, dans les péritonites consécutives aux perforations intestinales. Un fait cité par le professeur Graves doit d'ailleurs nous encourager à expérimenter cette méthode. Cet habile praticien rapporte, en effet, 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, et la malade ayant succombé un mois après aux progrès de la maladie du foie, l'autopsie confirma complètement le diagnostic qui avait été porté (1).

Ainsi, lorsque des symptômes de péritonite suraiguë indiqueront une rupture de l'abcès, il faut condamner le malade au repos le plus complet, éviter d'exercer sur le ventre aucune pression qui pourrait avoir pour effet d'augmenter l'épanchement purulent. En même temps, on prescrira des pilules d'un grain d'opium qu'on donnera d'heure en heure: les deux premières pourront toutefois être administrées à un quart d'heure d'intervalle. On surveillera avec soin l'action du remède, car on devrait en suspendre l'emploi si des symptômes de narcotisme venaient à se manifester. Mais, dans ces cas de péritonite suraiguë, les malades peuvent prendre 15, 20 et 30

(1) Dict. en 25 vol. T. 1<sup>er</sup>. P. 222.

(2) Dupuytren. Leç. orales. T. 3. P. 343. Obs. 4<sup>e</sup>.

(1) The Dublin hospital reports. T. 5, p. 9. Chomel. Fièvre typh. P. 503.

grains d'opium par jour, sans éprouver aucun accident du côté des centres nerveux. Si quelque affection de l'estomac ne permettait pas l'introduction du remède par la bouche, on aurait alors recours aux sels de morphine, qu'on introduirait dans l'économie par la méthode endermique. Dans aucun cas, on ne devra donner l'opium en lavement, à cause des déplacements qu'il faudrait faire subir aux malades.

Enfin, lorsque le pus ne se fraie 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 même encore à l'aide de moxas placés au-devant du foyer. Il paraît qu'une semblable médication a été couronnée une fois de succès (1); cependant le fait manque des détails qui seuls pourraient lui donner le degré d'authenticité désirable. Les frictions mercurielles ne me semblent avoir, dans ces cas, 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.

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.

(2<sup>e</sup> et dernier article);

§ III. Nous allons passer maintenant à l'analyse des symptômes dont nous avons présenté le tableau, et nous verrons jusqu'à quel point leur étude viendra à l'appui de la manière de voir que nous avons adoptée.

On objecte surtout l'instantanéité des accidents comme incompatible avec la nature de l'inflammation. Mais si je nie que le ramollissement ait existé au début de la maladie, ce n'est pas pour attribuer une forme aussi inusitée à l'inflammation dont ce ramollissement n'est lui-même que le résultat. Je crois que dans les faits que j'ai rapportés, la maladie a commencé par une simple congestion cérébrale. Cette interprétation des phénomènes qui se sont montrés au début me paraît en expliquer la marche de la façon la plus naturelle, et me semble d'accord aussi bien avec sa physiologie symptomatique qu'avec ses caractères anatomiques. Nous avons vu en effet que de ces derniers la congestion était le plus constant, le plus prononcé, qu'elle était à coup sûr le phénomène capital; que, quel que fût le degré ou l'étendue du ramollissement, de l'adhérence des membranes, de l'apoplexie capillaire, et même de la tuméfaction, la substance corticale était toujours colorée par le sang dans toute l'étendue d'un hémisphère au moins, quelquefois dans la totalité du

cerveau; nous avons vu que les altérations qui accompagnaient cette rougeur, étaient toutes la conséquence nécessaire de la congestion.

Maintenant je ferai remarquer que les symptômes que nous avons observés sont précisément ceux de la forme de congestion cérébrale à laquelle on a donné le nom de *coup de sang*, ou que, s'ils en diffèrent, ce n'est que par leur durée souvent plus prolongée. Afin que cela ne fasse pas de doute, je vais citer une observation de congestion cérébrale, empruntée à M. le professeur Andral, et dans laquelle on verra se reproduire un ensemble de symptômes tout à fait analogues à ceux qui ont été décrits plus haut.

Obs. VII. — *Attaque d'apoplexie survenue pendant le cours d'une affection chronique des organes thoraciques et abdominaux; hémiplegie; mort deux jours après cette attaque. Injection vive de la substance des hémisphères cérébraux. Aucune autre lésion dans les centres nerveux* (1).

Un homme, âgé de 72 ans, atteint d'une affection chronique des organes thoraciques et abdominaux, perd tout à coup connaissance, et le lendemain matin présente l'état suivant: injection vive de la face, yeux fermés; lorsqu'on soulève les paupières et qu'on approche le doigt de l'œil, le malade les abaisse brusquement; dilatation médiocre, égale, des pupilles; légère déviation de la bouche à droite; hémiplegie complète du mouvement et du sentiment à gauche; mouvements libres à droite. L'intelligence est complètement abolie, le malade ressemble à un homme qui dort profondément; le pouls a perdu de la fréquence qu'il offrait les jours précédents. (Saignée, vésic. aux jambes, lav. purg.)

Dans la journée, le malade donne quelques signes de connaissance et parle un peu.

Le lendemain matin, son état s'était sensiblement amélioré, il répondait assez nettement aux questions qu'on lui faisait; la bouche n'était plus sensiblement déviée; la langue se tirait droite; les membres gauches exécutaient quelques mouvements. A onze heures, la face s'injecta de nouveau, et le malade perdit complètement connaissance. Le jour suivant, il était précisément dans le même état que l'avant-veille; il mourut à midi.

Les méninges sont partout assez vivement injectées. Dans toute l'étendue des hémisphères du cerveau, chaque tranche de pulpe nerveuse présente un pointillé rouge très-remarquable. Il y a quelques endroits où les points rouges, qui sont les orifices d'autant de vaisseaux remplis de sang, sont tellement agglomérés, qu'il en résulte des taches d'un rouge écarlate du diamètre d'une pièce d'un franc. Nulle part, d'ailleurs, la consistance de la substance cérébrale n'est modifiée.

Les symptômes observés dans ce cas sont entièrement semblables à ceux que j'ai décrits précédemment. La seule différence qui existe entre mes ob-

(1) Revue méd., 1836.

(1) Andral. Loco cit. T. V. Obs. II.