

baire, le travail inflammatoire gagne de proche en proche les différents tissus et arrive jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais il peut se faire, si l'on tarde à ouvrir ces abcès, qu'ils dissèquent le tissu cellulaire sous-cutané et s'étendent dans la région fessière.

Au n° 8 de la salle Sainte-Agnès se trouvait, en l'année 1861, un homme de trente-quatre ans qui, lors de son entrée à l'hôpital, présentait un vaste phlegmon des régions dorsale et lombaire du côté gauche. Cet homme avait de la fièvre, une perte absolue d'appétit; une rougeur érysipélateuse recouvrait toute la région envahie par le phlegmon. Ce malade, qui souffrait depuis six semaines d'une douleur lombaire, racontait que l'année précédente et pour la même affection, il était resté trois mois à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre regretté collègue Aran. Interrogé avec soin et à plusieurs reprises, le malade affirmait qu'il n'y avait point eu d'incision faite; il était sorti de l'hôpital sans être guéri, et ce n'était que quatre mois après sa sortie qu'il avait pu reprendre son travail. Il ajoutait qu'il ne savait comment sa tumeur avait disparu; le mieux seulement avait eu lieu peu à peu, et jamais à aucune époque de sa vie, prétendait-il, il n'avait eu de coliques néphrétiques, et n'avait rendu de calculs ni de gravier dans ses urines. Il fallait donc, en l'absence de renseignements positifs, nous contenter de constater l'état du malade au moment de son entrée salle Sainte-Agnès. La douleur, avons-nous dit, datait de six semaines; depuis le début il y avait eu de la fièvre, et peu à peu la région lombaire, puis les régions dorsale et fessière étaient devenues le siège d'une énorme tumeur phlegmoneuse. La palpation était très-douloureuse, cependant en un point plus saillant et qui correspond à la région lombaire, on constatait de la fluctuation; la tumeur faisait saillie dans la cavité abdominale et s'étendait, d'une part, du foie à la fosse iliaque et, d'autre part, jusqu'à l'ombilic. Il y avait là très-certainement un vaste foyer de pus. L'ouverture fut faite dans la région lombaire et donna issue à une quantité considérable d'un pus horriblement fétide, de couleur jaune verdâtre, avec écoulement de sang mélangé au pus. On recueillit la valeur de deux litres de ce pus fétide et pendant plusieurs jours il s'en écoula encore une très-grande quantité sur les cataplasmes qui enveloppaient la région malade. Grand soulagement après l'ouverture du foyer; la fièvre diminua, à partir du troisième jour, la coloration érysipélateuse disparaît, et les parois du foyer reviennent rapidement et progressivement sur elles-mêmes; cependant, dans la région iliaque externe, existait un second foyer qui s'ouvrit spontanément, il renfermait du pus de même nature que celui du foyer lombo-abdominal, un stylet promené avec ménagement dans le second foyer permit de reconnaître que l'os iliaque ne présentait point d'altération. Peu à peu, toutes les parties affectées se détachent, la fièvre disparaît, l'appétit revient, et à la grande satisfaction de tous ceux qui avaient constaté l'étendue de l'affection, le malade se rétablit complètement en trois semaines.

Quel enseignement tirer de cette observation malgré ses lacunes? D'abord, que le phlegmon peut s'étendre beaucoup dans la cavité abdominale sans

rompre le péritoine, sans se porter dans la fosse iliaque, ni se vider dans le gros intestin. Enfin, lorsque l'abcès a, de proche en proche, envahi les tissus qui lui permettent de se frayer une issue à l'extérieur, il peut décoller ces tissus couche par couche et donner naissance à un phlegmon sous-cutané ou intermusculaire, ainsi qu'il est arrivé chez notre malade. Le même fait démontre encore que, du même côté, à plusieurs mois d'intervalle, deux phlegmons peuvent se développer dans la même région périnéphrique. Cette récurrence du même côté semblerait indiquer la persistance d'une cause locale, ainsi que cela a été noté par d'autres observateurs; mais il nous a été impossible de reconnaître chez notre malade la présence de calculs dans le rein; d'ailleurs, le malade affirmait qu'à aucune époque il n'avait observé de modification importante dans ses urines et que jamais il n'avait éprouvé de coliques néphrétiques.

Ce qui ne veut pas dire que des calculs ne puissent séjourner longtemps dans le parenchyme rénal sans avoir jamais été l'occasion de douleurs aiguës; ainsi Antoine Pozzi, cité par M. Rayer (1), parle d'un homme dont le rein droit, gros comme la tête d'un enfant de deux ans et pesant deux livres et demie, contenait un calcul dont la pointe avait transpercé les parois du rein, occasionné la gangrène et un abcès profond. L'autre rein contenait au moins cent petits calculs. « Sed quod mirum est, » dit Pozzi, « toto tempore vitæ » nunquam conquestus est de doloribus nephreticis, calculis, urinis, sabulosis » aut difficulter vel diminute fluentibus. » En présence de semblables faits, il est donc permis de supposer que notre malade pouvait à la rigueur avoir des calculs qui seraient devenus la cause des abcès périnéphriques.

Nous avons vu l'abcès périnéphrique donner parfois naissance à un phlegmon lombaire très-étendu; d'autres fois on constate, en même temps que ces collections purulentes qui décollent les tissus de la région lombaire, un emphysème de toute la région dorsale. Deux fois j'ai eu occasion d'observer cette complication, les abcès furent ouverts, et l'incision donna issue à du pus et à des gaz fétides. Chez l'un des malades, il y avait communication du foyer purulent avec l'intestin; le malade rendait du pus avec les matières fécales, et, lors de l'incision de l'abcès, il s'était écoulé des matières jaunâtres qui certainement provenaient de l'intestin. Les rapports du côlon avec les abcès périnéphriques rendent compte de ces complications.

Nous arrivons, messieurs, à l'importante question du diagnostic des abcès périnéphriques. Trois éléments morbides doivent servir de base à l'établissement du diagnostic: ces éléments sont la douleur, la tuméfaction de la région lombaire et la fièvre. — Au début des phlegmons périnéphriques, il existe seulement de la douleur lombaire et de la fièvre. Ce n'est guère que quand la douleur existe du côté droit, en même temps qu'un état fébrile continu avec paroxysme quotidien et prostration des forces, qu'on pourrait, un moment, songer à une fièvre typhoïde; mais la marche de la maladie et l'absence des

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 35.

autres symptômes propres à la dothiéntérie ne permettent pas que l'erreur soit de longue durée.

La néphralgie simple ne produit ordinairement pas de fièvre; non plus que la douleur du lumbago qui le plus souvent existe dans les deux masses sacro-lombaires. Au contraire, la durée de la douleur, ses caractères et la possibilité de la déterminer par la pression dans les cas d'inflammation périnéphrique; de plus la persistance de la fièvre avec paroxysme, permettent, dans quelques cas, de poser le diagnostic probable d'un phlegmon dès sa première période.

Quant à la néphrite et à la pyélo-néphrite calculeuses, elles sont ordinairement précédées de coliques néphrétiques, elles peuvent être accompagnées de fièvre, d'un état saburral avec vomissements et douleurs dans la région lombaire exaspérées par la pression; mais l'examen des urines, qui souvent sont albumineuses, lors des crises, et le soulagement immédiat déterminé par l'arrivée du calcul dans la vessie, démontrent que la lésion était limitée au rein et aux organes excréteurs de l'urine. Toutefois, le diagnostic deviendrait plus difficile dans le cas de pyélo-néphrite avec tumeur de la région lombaire, si l'examen plusieurs fois répété des urines ne démontrait dans ce liquide l'existence continue ou intermittente d'une quantité variable de pus. Il est des cas, cependant, où le diagnostic de la pyélo-néphrite avec tumeur est plus difficile encore, je fais allusion en ce moment aux observations où il a été constaté par l'autopsie qu'un calcul engagé dans l'uretère faisait obstacle au passage du pus. L'examen des urines dans ces cas était négatif; mais il convient de remarquer qu'alors la distension du bassin et des calices peut devenir une cause d'abcès périnéphrique, parce que l'inflammation se propage au tissu cellulo-graisseux ambiant, ou bien parce qu'il se forme une fistule borgne qui amène l'épanchement du pus et de l'urine dans l'enveloppe adipeuse du rein, et bientôt on observe tous les signes de l'abcès périnéphrique proprement dit.

Voici, messieurs, une observation d'abcès périnéphrique chronique avec pyélo-néphrite, qui vient à l'appui des considérations précédentes. Je dois cette observation à l'obligeance de M. le docteur Demarquay. — Un homme d'une trentaine d'années, qui avait eu autrefois des coliques néphrétiques et avait rendu de petits calculs urinaires, éprouvait de la douleur dans la région lombaire droite depuis quatre à cinq ans. Lorsque mon honorable confrère vit le malade pour la première fois, vers la fin de juillet 1864, il constatait, dans l'hypochondre et le flanc du côté droit, une énorme tumeur qui avait pour limites le foie, la fosse iliaque et la ligne blanche. Cette tumeur faisait surtout saillie sur la paroi abdominale antérieure, l'échancrure costo-iliaque était effacée, mais la région lombaire ne présentait ni déformation ni œdème. Le foie paraissait hors de cause, le malade n'avait jamais éprouvé de douleur dans la région occupée par la glande hépatique, jamais il n'y avait eu d'ictère. La tumeur était fluctuante, les urines laissaient déposer une notable quantité de muco-pus, enfin les coliques néphrétiques étaient suivies de l'excrétion de calculs urinaires; tous ces faits conduisaient le chirurgien à penser que la tumeur fluctuante était un abcès développé autour du rein. M. Demarquay

pratiqua l'ouverture de l'abcès, en appliquant de la potasse caustique sur le point le plus saillant de la tumeur. Il s'écoula une grande quantité de pus pendant plusieurs jours; puis, peu à peu, la tumeur diminua de volume, ses parois revinrent sur elles-mêmes, et il y avait lieu d'espérer une guérison prochaine, lorsque le malade fit quelques imprudences aux fêtes du 15 août, et il succomba, après avoir présenté les symptômes d'une péritonite suraiguë. L'autopsie démontra que l'abcès était bien situé autour du rein; ce dernier organe présentait à sa surface les traces d'une inflammation chronique. Les calices, le bassin et l'uretère étaient remplis de pus, mais il fut impossible de découvrir aucune trace de fistule urinaire; le pus pouvait s'écouler goutte à goutte dans la vessie; on ne trouva point de calcul en aucune partie de l'appareil urinaire. Les parois de l'abcès étaient formées par tous les organes qui étaient en rapport avec le foyer purulent et par le péritoine doublé de produits inflammatoires. Les adhérences établies par le caustique entre la paroi du foyer et la paroi abdominale n'avaient point été rompues. Il existait bien une péritonite, mais on ne put constater de communication entre le foyer et la cavité du péritoine.

Cette observation est un bel exemple d'abcès périnéphrique chronique, très-probablement consécutif à une pyélo-néphrite, laquelle avait eu elle-même pour cause première une inflammation calculeuse du rein.

Je ne crois pas, messieurs, devoir insister longuement sur le diagnostic différentiel de l'abcès périnéphrique avec l'hydronéphrose et le cancer du rein. Dans ces deux dernières maladies, il est vrai qu'il y a tumeur de la région lombaire et de la région abdominale; mais ces deux affections ont une marche essentiellement chronique, elles ne sont point accompagnées de fièvre, et, si dans l'hydronéphrose il y a fluctuation, on peut quelquefois reconnaître l'état bosselé du rein. De plus, si dans le cancer du rein il y a douleur, la dureté de la tumeur et de fréquentes hématuries vous permettront d'éviter toute erreur.

Je vous ai déjà dit comment on pouvait par la palpation distinguer les tumeurs du foie de celles du rein droit, en faisant de grands efforts d'inspiration; en effet, le foie se meut alors, entraînant avec lui les tumeurs qui siègent dans son parenchyme, tandis que lors des mêmes mouvements les tumeurs rénales restent immobiles. Quant aux tumeurs de la rate, leur saillie est tellement marquée qu'il n'est guère possible, même lorsqu'elles sont très-volumineuses, de les confondre avec des tumeurs lombaires. La pérityphlite, les tumeurs stercorales du gros intestin et les abcès stercoraux me paraissent devoir être une cause d'erreur de peu de durée; en effet, l'inflammation du cæcum ou de l'appendice iléo-cæcal qui se termine par un abcès de la fosse iliaque ou du petit bassin a un siège tellement limité qu'il n'y a point d'erreur possible, si ce n'est dans les cas où la pérityphlite aurait été latente, et où l'inflammation se propageant de la fosse iliaque à la région lombaire, aurait tardivement déterminé les signes d'une périnéphrite; ajoutez que dans ces cas, l'abcès ne donnera pas seulement issue à du pus d'odeur stercorale, mais

encore à une certaine quantité de gaz intestinaux. Quant aux tumeurs stercorales du gros intestin, elles siègent dans le côlon ascendant ou descendant, où elles se sont formées par suite d'une longue atonie de l'organe, et il est rare que la palpation n'y reconnaisse pas une mollesse qui ne peut laisser de doute sur la nature de la tumeur, d'ailleurs des purgatifs font disparaître la tumeur, et avec elle toute hésitation.

Je n'ai point à insister sur le diagnostic des abcès périnéphriques; il me suffira de vous rappeler le mode de terminaison possible de ces abcès, soit qu'ils se propagent de haut en bas, soit qu'ils le fassent de bas en haut; dans le premier cas, s'ils fusent vers la fosse iliaque et le petit bassin, ils peuvent donner lieu au psoïtis et s'ouvrir dans la vessie et le vagin; dans le second cas, ils peuvent devenir l'occasion d'une diaphragmite, d'une pleurésie et d'une pneumonie. Je termine en vous recommandant, toutes les fois que vous constaterez une tumeur de la région lombaire, de ne pas oublier que vers le point même où l'abcès lombaire profond vient faire saillie sous la peau, il peut se produire cette hernie de l'intestin à laquelle Jean-Louis Petit a attaché son nom. Dernièrement encore une erreur allait être commise et le chirurgien aurait incisé l'intestin, si, avant de procéder à l'ouverture de l'abcès que l'on croyait exister, l'opérateur n'eût pas essayé de réduire la tumeur.

Je n'ai aussi longuement insisté sur l'étude des abcès périnéphriques que parce que les médecins, plus souvent que les chirurgiens, sont consultés pour les douleurs lombaires; il importait donc de vous donner de ces phlegmons profonds de la région rénale une description détaillée qui vous permît, dès le début, d'en soupçonner l'existence, d'en prévoir la marche et d'en rechercher l'étiologie. Si j'ai insisté sur les causes des phlegmons périnéphriques, c'est qu'il importe dès le début de savoir si le phlegmon est primitif ou consécutif à une lésion du rein. Dans le premier cas, le pronostic sera presque toujours favorable, surtout si de bonne heure vous avez reconnu la présence du pus dans la région lombaire et que vous lui ayez donné issue. Le pronostic, au contraire, est toujours très-grave, si le travail inflammatoire périnéphrique a pu, par suite de vos temporisations, progresser vers la fosse iliaque ou vers le diaphragme. Il est très-grave encore, lorsque l'abcès périnéphrique est consécutif à une pyélo-néphrite calculeuse; bien que des observations démontrent que les calculs des reins ont pu, après un temps variable, se frayer une issue par l'ouverture même de l'abcès; mais alors, pendant de longues années, peuvent subsister des fistules urinaires qu'il faut bien se garder de vouloir guérir, car, en les fermant, on exposerait le malade aux accidents de nouvelles inflammations.

Je vous ai dit, messieurs, pourquoi les abcès périnéphriques étaient autant du domaine du médecin que du chirurgien; je vous dois donc, surtout, à ceux d'entre vous qui auront à pratiquer la chirurgie et la médecine, je vous dois donc les conseils de mon expérience pour le traitement des phlegmons et abcès périnéphriques.

Nous avons vu que le phlegmon peut se terminer par résolution; aussi,

au début de l'affection, devez-vous tenter d'obtenir ce résultat; efforcez-vous d'abord de calmer la douleur au moyen de frictions avec les préparations de belladone et d'opium ou par les injections sous-cutanées avec les solutions d'atropine ou de morphine. Vous pourrez aussi avec succès faire appliquer sur la région douloureuse des ventouses scarifiées et de larges vésicatoires volants; en même temps, vous entretiendrez la liberté du ventre avec des purgatifs salins répétés chaque jour et des lavements; les purgatifs, dans ce cas, répondent à une double indication: ils font disparaître la constipation et préviennent la douleur qui serait la conséquence des efforts de défécation; de plus, ils agissent à titre d'antiphlogistiques et aident ainsi à la résolution du phlegmon.

Mais si l'usage de cette médication complexe n'a point enrayé la marche de l'inflammation et que le redoublement de la fièvre avec frissons multiples témoigne de la suppuration du phlegmon, tous vos soins devront tendre à reconnaître le plus tôt possible les signes physiques du travail de suppuration; bientôt vous constaterez un empâtement de toute la région malade, la pression de la main et les moindres mouvements rendront cette douleur plus aiguë; bientôt aussi la tumeur sera plus saillante vers la région lombaire, et si en ce point il n'y a pas de rougeur, vous pourrez néanmoins constater un œdème localisé qui ne devra point laisser de doute dans votre esprit sur l'existence du pus. Puis vous pourrez percevoir une fluctuation profonde, rendue plus manifeste, si vous embrassez la tumeur entre les deux mains en imprimant en même temps à la masse une petite secousse brusque. Il ne faut pas hésiter alors à donner issue au liquide purulent. Pour atteindre ce but, trois méthodes sont employées.

Chopart et, dans ces derniers temps, MM. Denonvilliers et Gueneau de Mussy ont eu recours à l'application des caustiques afin de déterminer des adhérences, d'éviter ainsi la péritonite et les hémorrhagies. Les procédés de cette méthode sont nombreux; l'application du caustique de Vienne, répétée une ou plusieurs fois sur la même place, peut suffire pour ouvrir l'abcès, parce que le travail d'élimination de l'eschare, lorsque cette dernière a été profonde, finit par ouvrir le foyer périnéphrique; alors le pus s'écoule lentement au dehors, et dans quelques cas heureux il peut se vider complètement et la cicatrisation profonde peut s'effectuer en même temps que s'opère la cicatrisation superficielle à la suite de la chute de l'eschare. Mais si ce procédé a de grands avantages il a souvent le très-grand inconvénient, suivant moi, d'être d'une extrême lenteur et de donner ainsi au foyer le temps de s'étendre vers la fosse iliaque, vers le diaphragme ou de se faire jour dans l'intestin. Les partisans de la méthode par les caustiques ont bien compris cet inconvénient: aussi MM. Denonvilliers et Gueneau de Mussy, le deuxième ou le troisième jour de l'application du caustique, ont-ils incisé sur l'eschare elle-même pour arriver jusqu'au foyer. Ce procédé mixte, de l'incision et de la cautérisation, a l'avantage de diminuer l'épaisseur des tissus à traverser par le bistouri et de

déterminer entre les tissus superposés des adhérences. Mais il laisse subsister les chances d'hémorrhagie, puisque le bistouri peut inciser les vaisseaux des plans profonds que n'a point envahis le caustique. Aussi, pensons-nous qu'il est préférable de faire d'emblée une incision, en ayant soin de diviser couches par couches et de jeter une ligature sur toutes les artères qui auront été divisées par le bistouri. Ce principe une fois accepté, peu importe de faire une incision longitudinale ou transversale; cependant lorsque la paroi lombaire offrira une grande épaisseur qui rendrait difficile la ligature d'artères profondément situées, il sera plus prudent, après avoir fait l'incision des parties superficielles, de séparer, de déchirer les parties profondes avec une sonde cannelée; de cette façon on n'aura point à craindre la division d'une artère. Il faut encore que l'incision des couches superficielles soit plus large que celle des couches profondes, afin que le pus ne séjourne point dans la plaie et ne décolle pas les tissus de manière à fuser entre les plans aponévrotiques, musculaires et sous-cutanés. Une large mèche de charpie sera introduite à travers la plaie jusque dans le foyer, et si les lèvres de la plaie fournissaient une hémorrhagie veineuse ou capillaire, vous en auriez facilement raison par l'application de quelques lamelles d'agaric. Lorsque l'état général du malade est satisfaisant, et que l'abcès périnéphrique est primitif, bientôt les parois du foyer purulent reviendront sur elles-mêmes, et quinze jours à trois semaines après l'ouverture, vous pourrez obtenir la cicatrisation complète du foyer et de la plaie superficielle. Quelquefois cependant la suppuration persiste plus longtemps, ce qui peut tenir à la difficulté de l'écoulement du pus ou à un état spécial des parois du foyer; dans le premier cas, il ne faudra pas hésiter à débrider l'ouverture profonde; et, dans le second cas, à pratiquer des injections détersives dans le foyer: injections qui pourront être répétées matin et soir à chaque pansement, et qui seront composées avec de la teinture d'iode étendue de deux ou trois fois son poids d'eau tiède. L'incision a l'avantage de donner immédiatement issue à une grande quantité de pus, on peut alors aussi reconnaître avec le doigt la position du rein et constater s'il est malade. Il va sans dire que dans les cas où le doigt aurait reconnu la présence de calculs enchâtonnés dans le rein, il faudra bien se garder de favoriser la cicatrisation de la plaie chirurgicale; au contraire, on devra entretenir en ce point une fistule qui permettra aux liquides urinaires et purulents de s'écouler au dehors.

La méthode du drainage, à laquelle M. Chassaignac a eu plusieurs fois recours avec succès pour donner issue au pus des abcès lombaires profonds, permet tout à la fois l'écoulement continu du pus et le retrait lent et progressif des parois du foyer; il diminue aussi les chances d'hémorrhagie et semble ne pas favoriser l'infection putride, mais il ne permet guère une exploration complète du foyer et du rein, et devient souvent l'occasion, par la présence des tubes, d'une suppuration qui met un long temps à se tarir.

### XCVII. — DES ABCÈS PÉRI-HYSTÉRIQUES.

Abcès péri-hystériques comprenant les phlegmons du ligament large et la pelvi-péritonite ou orchite de la femme. — Étiologie. — Symptômes et durée de la pelvi-péritonite. — Tumeurs péri-hystériques. — Ouverture spontanée des abcès dans l'intestin, la vessie, le vagin. — Complications. — Diagnostic des abcès péri-hystériques. — Traitement préventif des abcès péri-hystériques. — Intervention active seulement dans les abcès iliaques.

MESSIEURS,

Vous savez combien peu j'aime les néologismes et combien surtout il m'est pénible d'être l'auteur de mots nouveaux. J'ai le respect des dénominations anciennes, je dois avouer cependant qu'il m'en coûte de faire usage de mots barbares, tels que ceux qui résultent de l'alliance d'une préposition grecque avec un substantif latin. C'est le reproche que j'adresse au mot *péri-utérin*, employé pour désigner les affections de diverse nature qui ont leur siège autour ou dans le voisinage de l'utérus. C'est là un mot mal forgé, hybride, et je vous propose de lui substituer celui de *péri-hystérique* (de *περί* et *ὑστέρα*). Ce mot a l'avantage d'être formé de deux mots grecs. Je me hâte toutefois d'ajouter que je n'ai pour cette dénomination aucune faiblesse d'auteur, et que si vous lui préférez le mot de *circum-utérin* que l'on a récemment introduit dans le langage médical, j'accepterai volontiers la dénomination de votre choix.

Cela dit, entrons immédiatement dans notre sujet. En étudiant avec vous, dans cette conférence, les abcès péri-hystériques, nous ne nous occuperons point seulement des abcès qui ont leur siège autour de l'utérus, mais encore de ceux qui secondairement ont envahi les fosses iliaques et les symphyses sacro-iliaques. Nous devons étendre ainsi les limites de notre étude par suite de l'impossibilité où nous sommes de toujours déterminer d'une façon précise le point de départ, le siège primitif des affections péri-hystériques.

Je suppose, messieurs, que vous avez présents à la mémoire les principaux détails d'anatomie topographique du bassin de la femme. Permettez-moi cependant de vous rappeler à grands traits des particularités anatomiques sur lesquelles nous devons bien nous entendre, sinon il me serait impossible de me faire comprendre facilement, lorsque nous parlerons de la marche des abcès péri-hystériques.

L'excavation pelvienne qui renferme et protège l'utérus et ses annexes peut être divisée en deux régions, l'une antérieure, l'autre postérieure. La limite de ces deux régions est formée par l'utérus lui-même et les ligaments larges.