

## **Des abcès phlegmoneux intra-pelviens / par M. Marchal.**

### **Contributors**

Marchal, Charles-Jacob, 1815-1873.  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Paris : J.-B. Baillière ; Londres : H. Baillière, 1844.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/se97wcc8>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

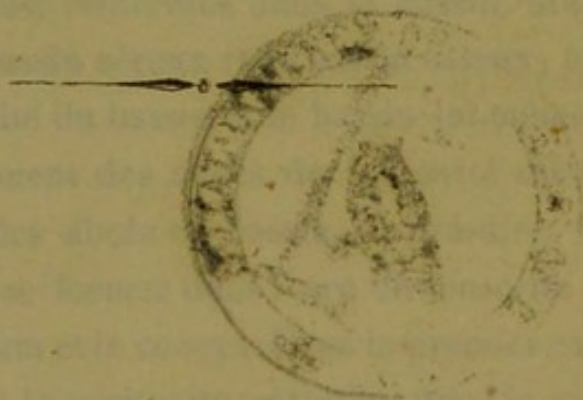
DES

# ABCÈS PHLEGMONEUX

## INTRA-PELVIENS

PAR M. MARCHAL (DE CALVI),

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris;  
Chirurgien aide-major des sous-officiers vétérans de Paris; chirurgien du dépôt  
de recrutement de la Seine; l'un des trois  
rédacteurs des Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires;  
rédacteur des Annales de la chirurgie française et étrangère;  
membre de la Société anatomique.



PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,  
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1844.

DES

# ARCS PILEGOMIEUX

INTRA-PELVINS

PAR M. MARCHAL (DE CAVAL)

Approuvé par la Faculté de médecine de Paris;  
 Examiné et approuvé par les professeurs de l'École de chirurgie de Paris;  
 de l'École de médecine de la Faculté de médecine de Paris;  
 de l'École de pharmacie de la Faculté de médecine de Paris;  
 de l'École de médecine de la Faculté de médecine de Paris;  
 de l'École de médecine de la Faculté de médecine de Paris;



PARIS

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE

ÉDITEUR, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17

À LONDRES, CHEZ M. BAILLIÈRE, 216, NEWBURY STREET.

1844

DES

# ABCÈS PHLEGMONEUX

## INTRA-PELVIENS

PAR

**M. MARCHAL ( de Calvi ).**

---

### Limitation et division du sujet.

Notre question est renfermée dans le bassin. Mais il y a deux bassins : le bassin séreux et le bassin osseux ; en d'autres termes, la cavité du bassin et le bassin lui-même. Parlerons-nous seulement des abcès de la cavité du bassin ? Traiterons-nous des abcès du bassin, c'est-à-dire, de tous ceux qui peuvent se former dans l'aire circonscrite par les os coxaux, le sacrum et le coccyx. Dans le premier cas, notre sujet se réduirait à la péritonite partielle ; dans le second, il comprendrait nécessairement les abcès du périnée. Il faut prendre un moyen terme. Sur les côtes, en avant et en arrière, nous irons jusqu'aux os ; inférieurement nous nous arrêterons au plancher du bassin : nous ne parlerons qu'accidentellement des abcès du périnée.

Voilà notre sujet limité. Voici comment nous l'avons divisé :

**Abcès phlegmoneux intra-pelviens.***Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez la femme.*

- |                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
| I.                           | } | A. Dans les parties molles.                                   |
| DANS L'ÉTAT<br>PUERPÉRAL.    |   | B. Se rattachant à une lésion des parties dures.              |
| II.                          | } | A. Se rattachant à une déviation du produit de la conception. |
| HORS DE L'ÉTAT<br>PUERPÉRAL. |   | B. A un trouble de la menstruation.                           |
|                              |   | C. A une maladie des organes génitaux.                        |

*Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez l'homme.*

- A. Se rattachant à une maladie de la prostate.
- B. A une maladie du cordon testiculaire.
- C. A une maladie des vésicules séminales.

*Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez l'homme et chez la femme.*

- A. Se rattachant à une maladie de l'intestin.
- B. A la cystite ou à un corps étranger en voie d'élimination.
- C. A la péritonite.
- D. A la phlébite.
- E. A une maladie des ganglions lymphatiques.
- F. A une maladie des muscles ou de leurs dépendances.
- G. A une maladie des os ou des articulations.
- H. A une inflammation idiopathique du tissu cellulaire.
- I. Aux lésions accidentelles ou chirurgicales.

Notre division exclut : les abcès ossifluans, bien qu'ils s'accompagnent presque inévitablement de l'inflammation à un certain degré du tissu cellulaire sillonné par le pus (1) ; les

(1) Nous avons dans notre tableau deux catégories d'abcès liés à des maladies des os ou des articulations. Mais dans les cas de ces deux catégories, les abcès sont *circonvoisins* (nomenclature de M. Gerdy), c'est-à-dire développés dans le tissu cellulaire ambiant par suite de l'inflammation de ce tissu consécutive à la lésion osseuse ou articulaire, et non pas *ossifluans*, c'est-à-dire formés par le pus venu de l'os.

abcès du rein qui coulent dans le bassin, et dont un exemple remarquable fut consigné dans le *Journal de médecine* de 1783, par Trabuc (On ouvrit l'abcès, qui ne présentait aucun signe duquel on pût inférer son origine; la suppuration épuisa le malade; le rein était en suppuration et contenait seize graviers); enfin, les vomiques que l'on a vues se faire jour dans la fosse iliaque et s'ouvrir à l'aîne. M. Nathalis Guillot nous a fait part d'un cas semblable qu'il a dans ses cartons.

#### ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS CHEZ LA FEMME.

##### ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS, SUITE DE COUCHE.

Les abcès puerpéraux du bas-ventre sont les plus importants parmi les abcès dont nous allons faire l'histoire. Nous devons les étudier séparément dans les parties molles et dans les parties dures.

##### A. **Abcès phlegmoneux intra-pelviens, suite de couche, dans les parties molles.**

##### CHAPITRE I<sup>er</sup>. *Considérations historiques.*

L'*historique* des abcès intra-pelviens, suite de couche n'a été tracé nulle part d'une manière satisfaisante. Assurément, dans les conditions de temps où nous nous trouvons, nous n'espérons pas être complet. Peut-on l'être jamais d'ailleurs, et l'esprit humain ne s'ignore-t-il pas d'un siècle à l'autre? Du moins, nous essaierons de faire plus que l'on n'a fait jusqu'à présent.

L'*historique* des abcès puerpéraux du bassin se divise en trois périodes :

Dans la première on voit ces abcès, on les connaît extérieurement pour ainsi dire, on les traite; mais leur siège

précis n'est pas connu. Il était impossible que les anciens, avec leur peu de notions anatomiques, pussent arriver, sous ce rapport, à une spécification rigoureuse. La question s'éclaircit avec Mauriceau et de La Motte, qui forment une transition entre la première et la seconde période.

Dans celle-ci, le siège anatomique précis est connu : premier caractère; second caractère : on est sous l'influence de la doctrine des métastases laiteuses.

Dans la troisième on ne croit plus à la métastase.

Dans la première c'est le siège apparent des abcès qui leur donne leur nom : ce sont des *abcès de la matrice*. Dans la seconde, c'est la physiologie pathologique qui les dénomme : ce sont des *dépôts laiteux*. Dans la troisième ils portent un nom anatomique : on les appelle des *abcès intra-pelviens*. On peut voir dès à présent et par ces seuls mots, la marche des idées dans cette question. Il se produit une quatrième période, que nous préciserons en traitant de l'*Etiologie*.

I. Les deux traités hippocratiques *de la Nature de la femme*, et *des Maladies des femmes* sont extrêmement diffus. On y voit cependant divers passages qui se rapportent plus ou moins clairement à notre sujet. Dans le premier de ces traités, il est question plusieurs fois de la métrite, suite de couche. Dans le second se trouve un passage très remarquable que nous rappellerons dans la partie où nous traiterons des abcès intra-pelviens se rattachant à un trouble de la menstruation.

L'auteur hippocratique mentionne des *tumeurs* qui viennent *dans les couches ou à la suite des couches*. Il parle avec insistance de la suppression ou de la diminution des lochies, et l'on voit, à différens signes, bien relevés, mais non coordonnés, qu'il a observé la métrite-péritonite. Il cite

les maux de cœur, la fièvre aiguë, la tension du ventre et la douleur vive que la malade y ressent. Dans un endroit il dit : « quand la fièvre diminue, l'accouchée a des frissons », ce qui fait penser à la formation de quelque suppuration dans les cas auxquels cette remarque se réfère.

Rien dans Celse. Galien parle des abcès de la matrice, et nul doute que nos abcès intra-pelviens n'y soient compris ou plutôt confondus.

Jacques Guillemeau (1) a écrit un chapitre sur l'*inflammation et ardeur de la matrice*, qui commence ainsi : « Il advient quelquefois, par un mauvais accouchement, que la matrice s'enflamme et s'orgueillit (comme disent les femmes), ce qui se fait, ou en toute sa substance, ou en son corps, ou en son col, ou en quelque partie. Telle inflammation, en quelque endroit de la matrice qu'elle soit, est sans matière (*phlogosis*) ou avec matière. » Voilà donc une inflammation de la matrice avec matière, suite d'un mauvais accouchement. C'est bien là notre sujet, d'autant plus que cette inflammation est dans la matrice, ou en quelque partie, c'est-à-dire, vraisemblablement, ou dans le voisinage de la matrice. Il nous semble opportun, et, dans tous les cas, il est intéressant de faire connaître les signes attribués à cette inflammation par cet auteur : « Si l'inflammation est universelle, comme il arrive le plus souvent (combien que l'une des parties puisse être plus enflammée que l'autre pour avoir été plus offensée), lors la malade sent et se plaint d'une chaleur et ardeur universellement ; si c'est en une partie, comme en la supérieure

(1) De la Grossesse et Accouchement des femmes, etc. Paris, M.DC.XLIII, p. 482 (la première édition fut publiée en 1609, sous ce titre : L'HEUREUX ACCOUCHEMENT).



et fond d'icelle, la chaleur se sent plus vers le nombril ; si c'est à côté, l'un des flancs est plus chaleureux ; si c'est vers la partie antérieure, il y a souvent suppression d'urine ; et si c'est en la postérieure, les gros excréments sont retenus ou se rendent difficilement et avec douleur ; si c'est au col, on l'aperçoit facilement en mettant le doigt dedans, comme aussi son corps est du tout enflammé ; car vous ressentez une extrême chaleur et ardeur, comme si vous aviez votre doigt dedans de l'eau chaude. » Mais voici quelque chose de bien autrement important, et à quoi certainement on ne se serait pas attendu : « La suppuration étant faite, si la tumeur où est contenue la boue est apparente, comme si elle est au col ou conduit de la matrice, dit *vagina*, elle sera ouverte avec un instrument commode, sans attendre une trop grande putréfaction, à laquelle, le lieu étant chaud et humide, est sujet. » Ainsi Guillemeau, le disciple de Paré, à près de deux cent cinquante ans de notre époque, érigeait en précepte l'ouverture des abcès intra-pelviens par le vagin, pratique regardée comme beaucoup plus moderne, et qui, en effet, semble appartenir à une chirurgie plus perfectionnée que ne l'était celle du commencement du xvii<sup>e</sup> siècle.

Dans le chapitre des *ulcères de la matrice*, Guillemeau revient sur les abcès de cet organe, et l'on va voir dans quels termes remarquables : « Il faut ici prendre garde que l'abcès s'ouvre quelques fois par la partie intérieure de la matrice, et que lors la bouë se descharge par dedans sa capacité et col comme les purgations menstruelles ; souvent aussi il se rompt par la partie extérieure de la dite matrice dans le corps, auprès des intestins et du péritoine ; auquel cas, si la bouë vient à se ramasser parmy ces lieux, la section sera nécessaire pour donner ouverture à cette matière, ainsi qu'on

fait aux hydropiques. Il arrive aussi quelques fois qu'il se creve à la surface extérieure du col de la matrice, et ce, à l'endroit où il est adhérent à la vessie, et lors la bouë trouve passage par icelle, et, en contr'eschange, l'urine se vuide par le col de la matrice, estant souvent supprimée par quelque matière espaisse qui estoupe le conduit, ou bien à l'endroit où il est attaché à l'intestin droit, et lors les clystères sortent par la nature de la femme, et les ablutions de la matrice par le siège. » Guillemeau connaissait donc, presque aussi complètement que nous les connaissons, les curieuses terminaisons des abcès intra-pelviens en ce qui touche leur ouverture spontanée.

Ces connaissances chez le disciple rendent plus sensible la lacune qui se fait remarquer dans les œuvres du maître. En effet, peu s'en faut que Paré ne se taise absolument sur ces inflammations suppuratives de la matrice, dans lesquelles il nous est facile de retrouver nos abcès intra-pelviens. Il ne fait que mentionner l'apostème de l'utérus : une première fois, dans l'énumération des maladies de cet organe ; une seconde fois, à l'article ulcères de la matrice, où il l'indique comme pouvant donner lieu à ces ulcères.

Mais si des notions exactes, si une thérapeutique rationnelle et hardie, dans des cas pathologiques dont l'élucidation a été si laborieuse, nous étonnent chez Guillemeau, combien plus sommes-nous surpris de devoir les rechercher plus avant encore dans l'histoire de l'esprit humain, et jusque vers le v<sup>e</sup> siècle.

C'est Jean Liébaut, dont le livre parut en 1582 (1), qui nous a fourni l'indication au moyen de laquelle nous avons pu re-

(1) Trois Livres appartenant aux infirmités et maladies des femmes.

monter jusqu'à Paul d'Égine et Aetius, indication que nous aurions trouvée aussi dans l'ouvrage de Nicolas Roche (1), antérieur de trente-huit ans à celui de Liébaut, et dans lequel nous relevons cette phrase : « Aliquando vero tumor circa pubem apparet, et tanquam exundationis sensus, cum abscessus grandior fuerit. »

Nous venons de nommer Liébaut, dont nous citerons le passage suivant, qui en rappellera un autre de Guillemeau, avec une indication de plus : « La bouë contenue en l'abcez, ainsi que le mouvement de nature, se tourne plustost vers une part que vers l'autre, sort quelques fois par le fondement avec les egestions ; quelques fois en pissant avec l'urine, aucune fois par le conduit de la nature, et quelques fois se jette entre le péritoine et les boyaux, tendant extérieurement vers la peau du ventre, *quelques fois par la hanche*, ainsi que j'ay observé, sera facile de cognoistre le lieu par lequel la bouë sortira. »

Mais il est temps de laisser parler Paul d'Égine :

Si abscessus circa uteri osculum consistat, qui chirurgiæ subjici possit, non prompte ad excisionem festinandum est, sed absoluta iam affectione, et plurimum aucta inflammatione et humidis corpusculis incombentibus attenuatis, eo quod principalis pars sit uterus. At vero in aggressionem locetur fœmina supina in sella, ita ut crura ad summum ventrem contracta habeat, femora vero inter se disparata. Subiiciantur autem ulnæ ipsius ad poplites, et vinculis idoneis ad cervicem deligentur. Qui vero chirurgiam exercet, ex dextris partibus sedens, instrumento exploratorio dioptra appellato, pro ætate convenienti exploret, et per specillum

(1) De Morbis mulierum curandis liber, etc.

muliebris sinus profunditatem metiatur, ne si longior sit dioptræ fistula, uterum comprimi contingat. Et si longior sinu reperta fuerit dioptræ fistula, lintea complicata pudendi alis imponantur, quo super ipsa locetur dioptra. Oportet autem fistulam immittere, ut cochleam ad supernam partem habeat ; et dioptra quidem ab operante teneatur, cochlea vero per ministrum obtorqueatur, quò fistula laminis diductis sinus disparetur. Ubi vero occurrerit abscessus, si mollis ac tenuis sit (id quod digiti contactu cognosces), spathula, aut acicula in vertice dividatur, et post puris excretionem lemniscus mollissimus oleo rosaceo imbutus plagæ inseratur, aut potius extra plagam, in sinum muliebrem, citra protrusionem. Forinsecus autem ad alas, et in pectinem ac lumbos, lanæ succidæ aut puræ oleo imbutæ imponantur. Tertia die aquæ ac oleo calefactis insideat, aut maluæ decocto, factaque detersione lemniscus leniter in plagam indatur, illitus tetrapharmaco per se aut cum cocto melle. Sit autem dilutum tetrapharmacum ex butyro aut rosaceo : cataplasmaticque externæ partes integantur, donec inflammatio sedetur, et purum ulcus fiat. Si vero difficulter repurgetur, per auricularem clysterem cum iridis aut aristolochiæ decocto, aut melle eluatur, et per emplastrum ex cadmia vino dilutum, et linamentis exceptum, cicatrix inducatur : at si intra uteri osculum abscessus fuerit, chirurgia vitetur.

Le lecteur nous pardonnera cette longue citation en raison de son extrême importance. Il sera surpris, comme nous, de voir une telle chirurgie à une telle époque. Certes, on peut légitimement s'étonner de trouver si bien décrite, dans Paul d'Egine, une opération qui, comme nous l'avons dit, semble impliquer un état beaucoup plus avancé de la

science, et qu'un auteur distingué, M. H. Bourdon (1), fait remonter seulement à Callisen (2).

Après Guillemeau viennent Mauriceau et de La Motte. Avec Mauriceau commence l'ère des faits. Ces deux auteurs ont une même doctrine étiologique, qu'ils émettent incidemment. Mauriceau dit, dans une observation, que la tumeur procédait de la *partie la plus grossière des vuidanges qui n'avaient pas eu une suffisante évacuation*; et de La Motte attribue une tumeur semblable à ce que, par suite d'une vive émotion et d'un refroidissement, *les vaisseaux qui se dégorgent au dedans de la matrice ont éprouvé une apparente obstruction*.

Mauriceau parle le premier des abcès des ligamens de la matrice.

II. Nous pouvons rattacher à Puzos (3) cette seconde période de l'*historique* des abcès puerpéraux du bassin, période dans laquelle on les a considérés comme des produits de la *métastase laiteuse*.

« Les dépôts laiteux fixés dans la région inférieure du ventre, dit cet auteur, sont presque toujours situés depuis l'aîne de l'un ou de l'autre côté jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. Il y en a où l'humeur se dépose sous la peau et les graisses; d'autres entre les muscles et le péritoine. Les plus considérables se logent dans le tissu

(1) Des tumeurs fluctuantes du petit bassin et de leur ouverture pratiquée par le vagin; dans la Revue médicale, n<sup>o</sup> de juillet, août et septembre 1841.

(2) Le passage de P. d'Egine se retrouve dans Aétius, seulement plus bref. Aétius n'était lui-même qu'un compilateur. A qui donc faire remonter cette belle chirurgie?

(3) Mém. sur les dépôts laiteux.

cellulaire du péritoine, dans les ligamens larges ou dans les ovaires. »

Faisons abstraction de la donnée étiologique, et reconnaissons qu'il y a dans ce passage une vue anatomique assez complète des abcès intra-pelviens, suite de couche.

Puzos rapporte huit observations, cinq de résolution, trois de suppuration.

On trouve dans le *Journal de Médecine* de l'année 1755, une *lettre critique*, relative à un abcès, que l'auteur (anonyme) regarde comme ayant eu son siège *dans la gaine celluleuse du psoas*. Ces mots sont remarquables par la précision du détail anatomique qu'ils expriment; nous les voyons pour la première fois. L'auteur rapporte une observation intéressante au même titre.

Huit ans plus tard, en 1763, le même recueil publiait une observation de Doulcet.

Le volume de l'année suivante renferme une autre observation qui ne tient pas ce que promet son titre : *Observation sur une fièvre de lait survenue à la suite d'un dépôt lacteux sur le bas-ventre, six semaines après la couche* (Planchon). Le mot dépôt ne signifie pas, pour l'auteur, *tumeur, abcès*; il est pris dans le sens de métastase lacteuse sur les organes du bas-ventre, en général. Nous voyons, d'ailleurs, se continuer dans Planchon la doctrine étiologique de Puzos.

Cette doctrine est consacrée aussi dans le passage suivant de Van-Swieten, dont l'ouvrage (1) fut traduit dans notre langue par Louis et Sue, en 1768 :

« Solet materia illa lactea colligi in tunica cellulosa, per quam peritoneum pelvi nectitur, vel inter musculam psoam

(1) Aphorism., t. IV.

et iliacam, circa ligamenta larga, et quandoque in pluribus locis simul. Dum hoc fit, obtusus dolor circa inguina, pondus in pelvi, et debilitas femorum percipiuntur, si decumbat in dorso femoribus extensis, plus molestia habet quam si eadem flexa fuerint. » En écrivant ces mots : *materia lactea*, le célèbre disciple de Boerhaave parlait pour lui et pour son maître.

Levret (1) traite *des engorgemens lacteux du bassin et des extrémités inférieures*. « Le siège de ces engorgemens, dit-il, est dans le tissu cellulaire qui attache le péri-toine aux parois du bassin, ou dans le tissu qui est interposé entre les muscles psoas et iliaque, ou enfin dans la duplication des ligamens larges, et quelquefois dans plusieurs de ces endroits en même temps. » Puzos avait compris dans ces engorgemens les dépôts de l'ovaire ; Levret les néglige.

Raulin (2) a écrit un article sur les *Dépôts lacteux aux aines et aux cuisses*, et un chapitre sur les *Dépôts lacteux du bas-ventre*, qu'il regarde comme pouvant se former dans la matrice, les ligamens larges, etc., et dans le mésentère. Sa symptomatologie des abcès du bas-ventre est un modèle de concision et de clarté. Mais il n'a point vu l'identité des abcès du bas-ventre et de ceux de l'aine, dans un grand nombre de cas : il n'a point vu, c'est-à-dire que l'abcès du bas-ventre devient souvent inguinal.

Deleurye (3) parle des dépôts lacteux qui se forment dans la duplication des ligamens larges et de leurs ailerons. On voit qu'il les connaissait bien.

(1) L'art des accouchemens démontré par des principes de physique et de mécanique, etc.

(2) Traité des maladies des femmes en couches, etc.

(3) Traité des accouchemens en faveur des élèves.

On lit, dans le *Journal de médecine* de l'année 1779, une observation de Bajon, très intéressante, mais malheureusement obscure, de *dépôt laiteux à la matrice*. Nous sommes porté à supposer qu'il s'agit, dans cette observation, d'un abcès du bassin qui fut très lent à se former, et qui finit par s'ouvrir dans le vagin. Le plus remarquable de l'observation, c'est que l'existence de l'abcès n'empêcha pas la femme de devenir enceinte, et de mettre au monde un enfant bien portant. L'ouverture spontanée de la tumeur eut lieu pendant la gestation.

Delaroche (1) relate deux faits que nous rappellerons en traitant de l'*Étiologie*. Cet auteur, quoique nous le citions ici, ne doit pas être rangé parmi les partisans de la doctrine de la métastase, contre laquelle, au contraire, il s'élève.

Pujol, dans le *Journal de médecine* de l'année 1789, donna une observation de *fièvre puerpérale suivie d'un épanchement dans l'abdomen et d'un dépôt énorme*, observation que nous reproduirons en la résumant.

L'ouvrage de Doublet (2) contient un article intitulé *Dépôt laiteux à la région hypogastrique et dans la cavité abdominale, guéri par le secours de l'art*, dans lequel il résume plusieurs observations déjà connues, et relate d'autres faits qui lui sont propres. Doublet appartient tout entier à la doctrine de la métastase laiteuse.

Il en est de même d'Antoine Petit (3). Il y a trois sortes

(1) Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale, ou inflammation d'entrailles des femmes en couche.

(2) Nouvelles Recherches sur la fièvre puerpérale.

(3) Traité des maladies des femmes enceintes, des femmes en couche, et des enfans nouveau-nés, etc., rédigé sur les leçons d'Ant. Petit, par les citoyens Baignères et Perral.



de lochies : les sanguines, les puriformes et les laiteuses, dont la suppression amène des accidens respectifs. Les dépôts du bas-ventre sont le produit de la suppression des lochies laiteuses. A. Petit cite une observation curieuse, mais malheureusement très incomplète.

Vigarous (1) continue la tradition de la métastase laiteuse. Il donne un précepte utile relativement à la douleur plus vive que les femmes éprouvent lorsqu'elles ont les cuisses allongées : « Ce qui indique de placer un traversin ou un oreiller roulé sous les jarrets de la malade pour la soulager. »

Nous sommes arrivé au partisan le plus convaincu, le plus ardent, de la métastase laiteuse, Gastelier (2) : « Les métastases laiteuses sont incontestables ; je les ai vues comme je vois le soleil nous éclairer, et je ne doute pas plus de leur existence que de la clarté du jour en plein midi. » Voilà ses paroles. Il critique Johnson, Walter, Gardien, Laennec, Bichat (auxquels noms il faut ajouter celui de Cruikshank) (3), d'avoir rattaché les maladies des femmes en couche à l'inflammation du péritoine. Il se débat au milieu de tant de coups dirigés à-la-fois contre la doctrine qui lui est chère, et s'emporte contre Pélissot, qui a osé écrire cette phrase : « Il est encore des médecins et des chirurgiens qui, comme le vulgaire, croient aux laits répandus » ; contre Pélissot *qui ne croit pas aux laits répandus, aux apoplexies, aux péripneumonies laiteuses, pas même aux dépôts laiteux*, dépôts sur lesquels, soit dit en passant, Gastelier aurait pu être plus explicite.

III. Efforts inutiles ! l'heure du solidisme était arrivée.

(1) Cours élémentaire de maladies des femmes.

(2) Des maladies aiguës des femmes en couche.

(3) Anat. des vaiss. lymph.

Déjà Gardien (1), décrivant la péritonite puerpérale, y avait fait rentrer les anciens dépôts laiteux du bas-ventre, en quoi nous le voyons imité par J.-P. Frank, dont le fils se moque agréablement de la métastase, que Walter, de son côté, appelle un *badinage français*.

Petit (2), dans un article judicieux, ferme et mesuré, attaque la doctrine défendue par Gastelier. Nous rappellerons cet article quand nous traiterons de la *cause prédisposante physiologique*.

Dance et M. Husson, dans leur *Mémoire sur quelques engorgemens inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite* (3), rapportent trois observations qui appartiennent à l'histoire des abcès intra-pelviens chez les femmes en couche.

L'année même de la publication du mémoire dont il vient d'être question, M. Méliér (4) faisait connaître une observation intéressante.

Nauche (5), madame Boivin (6), Baudelocque (7), Monteggia (8), nous offrent des observations et des remarques dont nous tirerons parti.

Boyer est très court sur les abcès intra-pelviens des femmes en couche; nous devons cependant lui emprunter un fait intéressant.

Citons encore la *clinique* de M. Andral, dont le chapitre

(1) Traité d'accouchemens.

(2) Dictionnaire des sciences médicales, art. Dépôts.

(3) Répertoire de M. Breschet, 1827.

(4) Journal général de médecine.

(5) Des maladies propres aux femmes.

(6) Recherches sur une des causes de l'avortement.

(7) Traité de la péritonite puerpérale.

(8) Istituzioni chirurgiche.

sur l'inflammation partielle du péritoine de l'excavation du bassin, nous fournira d'utiles documens.

Nous n'avons mentionné ni la thèse de M. Ponceau (1), ni le mémoire de M. Ménière (2), parce que les observations qui y sont relatées n'ont pas rapport à l'état puerpéral.

Il en est autrement d'un mémoire publié en 1829 par M. Téallier (3), dans lequel se trouvent deux observations qui appartiennent à notre sujet.

L'année 1830 nous fournit un mémoire de M. Paillard (*des Abscess développés dans la fosse iliaque à la suite des couches*, etc.) (4), dans lequel est étudiée la question de l'ouverture spontanée des abcès dans les organes creux.

En 1835 parut l'ouvrage de M. Martin le jeune (5), où se trouve, sous ce titre : *des Dépôts des annexes de la matrice, qui surviennent à la suite des couches*, un article étendu, renfermant un grand nombre de faits.

En 1837, M. Lebatard (6) et M. Piotay (7) présentent chacun à la Faculté de médecine de Paris une thèse sur le point de pathologie qui nous occupe.

Un cas très remarquable de M. Camus, fut publié en

(1) Observations et réflexions sur quelques points de médecine ; thèses de Paris, 1827, n° 104.

(2) Archives générales de médecine (juin et août 1828).

(3) Journal général de médecine, juillet 1829.

(4) Journal hebd.

(5) Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, sur plusieurs maladies et accidens graves qui peuvent compliquer la grossesse, la parturition et la couche.

(6) Des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque interne ; thèse de Paris, 1837, n° 397.

(7) Essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque développées dans les annexes de l'utérus ; thèse de Paris 1837, n° 462.

1838 (1). L'abcès avait eu lieu par suite de tentatives d'avortement.

En 1839, M. Fichot (2) soumet à la Faculté une dissertation sur notre sujet.

Les thèses, comme on voit, se succèdent rapidement dans l'École de Paris. L'intérêt des élèves est excité par la parole des maîtres. « J'ai entendu, dit M. Fichot, MM. les professeurs Chomel et Dubois en faire le sujet de leurs savantes cliniques. »

C'est aussi en 1839 que parut le mémoire de M. Grisolles (3), dans lequel beaucoup de faits et de remarques sont relatifs aux abcès puerpéraux du bassin.

La publication des leçons de Dupuytren eut lieu dans la même année. On y voit un article sur les abcès de la fosse iliaque droite (4), où est reproduite une observation déjà imprimée dans le mémoire de MM. Husson et Dance.

Nous arrivons à M. Cherest (5), auquel il faut pardonner une erreur en raison de ses efforts pour doter la science d'un travail utile. Voici son erreur suffisamment rectifiée par tout ce qui précède; c'est par elle qu'il entre en matière: « La maladie qui fait l'objet de cette dissertation n'a encore été étudiée, ni décrite spécialement par personne...; etc. »

En 1841, on publia les leçons de M. Velpeau, où se trouve

(1) Revue médicale, 1838, t. III.

(2) Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1839, n° 379.

(3) Archives générales de médecine, numéros de janvier et de février 1839.

(4) Leçons orales de Dupuytren, recueillies par MM. Brierre de Boismont et Marx, t. III.

(5) Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1841, n° 172.

un article sur les abcès de la fosse iliaque, considérés chez l'homme et chez la femme (1).

En 1842, paraît le mémoire déjà cité de M. Bourdon.

Citons, en terminant cet *historique*, un mémoire récent de M. Lever (2), et un également récent de M. Meissner (3). Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer différents ouvrages et mémoires étrangers.

#### CHAPITRE II. — *Faits.*

Nous diviserons ce chapitre en deux articles : l'un consacré aux faits déjà publiés, l'autre aux faits nouveaux. Nous n'avons pas, bien entendu, la prétention de connaître tous les faits publiés, et nous ne pouvons donner place à tous ceux que nous connaissons.

#### ARTICLE 1<sup>er</sup>. — Faits publiés.

1<sup>re</sup> OBS. — *De deux femmes accouchées depuis deux mois, qui avaient une fâcheuse tumeur au côté du bas-ventre* (4).

Le 28 mars 1882, je vis une femme accouchée depuis deux mois, à laquelle il était survenu quelques jours auparavant une tumeur au côté du bas-ventre, tirant vers l'aîne droite, laquelle y procédait de la partie la plus grossière de ses vuidanges, qui n'ayant pas eu une suffisante évacuation, était restée embarrassée dans toutes les parties latérales de la matrice, et de ses ligamens de ce

(1) Leçons orales de clinique chirurgicale, recueillies par MM. Pavillon et Janselme, t. III.

(2) Guy's hospital reports; avril 1844.

(3) Annales de la Société de médecine de Gand. — Gazette des hôpitaux, du 8 juin 1844.

(4) Mauriceau.

même côté, qui se tuméfia beaucoup, causant d'extrêmes douleurs à la malade, accompagnées de fièvre et de fréquentes faiblesses ; et étant venu enfin à abséder, obligea d'y faire ouverture, pour donner issue à trois palettes de matière qui y était contenue, semblable à une espèce de lie de vin rouge et de vin blanc qui aurait été mêlée ; après quoi toute cette grosse tumeur ayant suppuré durant cinq semaines, cette femme se porta mieux de jour en jour, et guérit heureusement de cette fâcheuse maladie, qui l'avait mise en extrême danger de la vie.

On se demande s'il ne s'agit pas, dans cette observation, d'un abcès sanguin, c'est à-dire d'un abcès consécutif à un trombus vaginal s'élevant dans le bassin, comme l'a vu M. Depaul, dans un cas qu'il a bien voulu nous communiquer. On avait essayé, pour la malade de Mauriceau, des purgatifs, « qui, dit-il, au lieu de produire l'effet que les médecins en espéraient vainement, n'avaient servi qu'à irriter d'autant plus le mal, en augmentant la fluxion... » Cette remarque est à noter.

2<sup>e</sup> OBS. — *Accouchement; refroidissement; abcès dans l'aine; ouverture artificielle; guérison (1).*

Le 8 janvier 1698, je fus prié d'aller voir la femme d'un maréchal, demeurant à Montebourg, laquelle était nouvellement accouchée, et qui s'était relevée huit jours ensuite, et lorsque ses voidanges coulaient encore en quantité et rouges. Comme la saison était extrêmement froide, elle s'exposa mal-à-propos au grand air pour aller à l'église, où elle fut subitement atteinte d'un frisson, auquel succéda une fièvre des plus fortes, et il s'ensuivit une totale suppression de ses voidanges, et une douleur à l'aine du côté gauche, où il parut, deux jours ensuite, une tumeur avec rougeur, chaleur, tension et pulsation.

Ayant trouvé les choses en cet état, mon premier soin fut de divertir la fluxion, et de diminuer la fièvre par le moyen de la

(1) De La Motte. *Accouchemens.*

saignée du bras, des lavemens et du régime, et ensuite d'apaiser la douleur, qui était devenue excessive, avec les cataplasmes anodins faits avec de la mie de pain blanc, le lait doux, les jaunes d'œuf, le safran et l'huile de camomille, auxquels je fis succéder les émoulliens et maturatifs faits avec la pulpe de mauve, guimauve, semence de lin, farine de seigle, fleurs de camomille et de mélilot, onguent d'Althæa, huile de lis et de camomille; mais voyant que les accidens augmentaient, et qu'il n'y avait plus que la suppuration à espérer, je lui fis user de cataplasmes faits avec le vieux levain, l'oignon rouge cuit sous la braise, la fiente de pigeon, l'onguent d'Althæa, et le suppuratif: cette malade ressentit de si bons effets de l'usage de ces remèdes, que la matière fut formée en huit jours, et évacuée par l'ouverture que j'en fis avec la lancette, en sorte que cet abcès fut incarné et cicatrisé en moins de quinze jours, qui fut trois semaines après y avoir été appelé.

De La Motte ne dit pas dans quel point il fit l'ouverture, mais on voit qu'elle dut être pratiquée dans l'aine. Notons la cause occasionnelle: froid prolongé; suppression des lochies.

3<sup>e</sup> OBS. — *Refroidissement pendant le travail; abcès dans l'aine; ouverture artificielle; guérison (1).*

Au mois de septembre dernier, une dame, qui demeurait à quatre lieues de cette ville, qui était accouchée à la mi-août sans avoir de feu dans sa chambre, à cause de la chaleur qu'il faisait alors, souffrit plusieurs frissons pendant son travail, qui ne dura pas plus de trois heures, comme il est assez ordinaire, étant souvent le prélude d'une douleur prochaine qui échauffe bien des femmes. Mais celle-ci n'ayant pas senti le même effet, accoucha dans un fort grand froid; et l'on eut ensuite beaucoup de peine à l'échauffer. Elle sentit, dès qu'elle fut couchée, une douleur à l'aine droite, qui se termina par une tumeur, laquelle persévéra pendant tout le temps de ses couches; mais les douleurs augmentaient après qu'elle fut relevée. A l'occasion de ces accidens elle vint en cette ville, où elle appela deux médecins, deux chirurgiens, et moi. La matière fut formée en huit jours, et il sor-

(1) De La Motte. *Ibid.*

tit de cet abcès, que j'ouvris ensuite, environ deux palettes de pus; et l'ulcère ayant été cicatrisé et guéri en dix jours, la dame se porta très bien.

Cette cicatrisation rapide de l'ouverture de l'abcès est bien faite pour étonner. Ce n'est pas à la suite de l'accouchement, c'est pendant le travail même que le froid saisit la malade. Toutefois l'étiologie n'est pas claire.

4<sup>e</sup> OBS. — *Travail long et fâcheux; abcès hypogastrique; ouverture artificielle; guérison (1).*

La femme d'un pauvre homme de journée de la paroisse de Négreville, après avoir eu un accouchement long et fâcheux, sentit des douleurs extrêmes en la région hypogastrique, qui furent suivies d'une dureté et tension qui se communiquèrent en assez peu de temps à toute la capacité du ventre, avec des envies continuelles d'uriner, une grande oppression, et des vomissemens très fréquens; en sorte que la voyant en grand danger de sa vie, l'on me vint prier charitablement de l'aller voir. Je commençai par lui faire une saignée du bras, et lui fis aussitôt des fomentations avec une décoction émolliente; je lui fis donner des lavemens de la même décoction, qui fut ce que je pus faire sur les lieux; et l'effet de ce remède fut si heureux que les vuidanges, qui étaient supprimées, reprirent leur cours, et que la tension qui occupait tout le bas-ventre, se fixa en la seule région hypogastrique qui resta dure, tendue et douloureuse, même avec quelque rougeur; ce qui me fit changer les serviettes en sachets. Mais, voyant qu'à ces accidens il se joignait un battement et des élancements, je ne doutai plus que cette partie ne s'abscédât. Je fis succéder à ces fomentations et sachets des emplâtres de mucilage et de mélilot, qui firent élever la partie, et paraître une espèce d'inondation; ce qui fit que je me servis de l'emplâtre diachylum magnum, avec un plumaceau couvert de suppuratif, qui acheva en peu de jours de former le pus, et le mit en état d'être évacué: ce que j'exécutai par l'ouverture que je fis avec la lancette en la partie la plus déclive de la tumeur qui était vers l'aine du côté

(1) De La Motte. *Ibid.*



gauche. Il en sortit du pus en quantité, dont la malade se sentit fort soulagée.

Je la pansai avec une tente de charpie sèche de même que le plumaceau, avec l'emplâtre de diachylum par-dessus, de la grandeur de la tumeur; et le lendemain je couvris la tente et le plumaceau de suppuratifs, et en laissai à la malade pour se panser. Elle vint ensuite trois ou quatre fois chez moi en huit ou dix jours, dans lesquels je ne changeai rien aux pansemens, voyant que la malade était bien mieux; après quoi elle fut parfaitement guérie.

Ici la cause occasionnelle de l'abcès semble se trouver dans la lenteur et la difficulté du travail. Il y eut des vomissemens. Nous avons laissé subsister dans l'observation ce qui a rapport aux maturatifs et au mode de pansement. De nos jours on a peut-être trop simplifié la thérapeutique locale des abcès.

5<sup>e</sup> OBS. — *Accouchement difficile; émotion violente; frissons; vaste collection purulente dans l'abdomen; ouverture spontanée; guérison* (1).

La femme de Préval, du Teil, étant accouchée d'un enfant à dix heures du matin, et la main d'un second enfant s'étant présentée, la sage-femme espéra inutilement, jusqu'à sept heures du soir, de terminer cet accouchement: elle fut obligée de réclamer mon secours, et de m'envoyer chercher. Aussitôt que je fus arrivé, je mis cette femme en situation sur le travers de son lit; j'allai chercher les pieds de ce second enfant, les empoignai, les attirai au passage, et je finis cet accouchement en un moment; après quoi j'ordonnai les choses nécessaires, et laissai cette accouchée aux soins de la sage-femme, et m'en retournai. Elle se porta fort bien jusqu'au cinquième jour, qu'elle vit son mari entrer brusquement dans sa maison, dont il ferma et barra la porte à plusieurs hommes qui le poursuivaient, et qui la voulaient casser, frappant contre cette porte avec violence.

(1) De La Motte. Chirurgie.

Cette femme, sans songer à l'état où elle était, se leva très alarmée pour aller secourir son mari en cas de besoin. La peur que cette pauvre femme eut lui causa un tel dérangement, qu'elle fut saisie d'un frisson, qui se termina par une grosse fièvre, suivie d'une suppression totale de ses vuidanges, avec tension par tout le ventre, et des douleurs beaucoup plus violentes que celles qu'elle avait souffertes dans son travail. Je la saignai plusieurs fois du bras: la violence des douleurs diminua un peu; mais elles persévérèrent néanmoins pendant plus de quarante jours, que son ventre lui revint plus gros qu'il n'était avant son accouchement (Foment. et lav. émoll.).

L'on me vint chercher en grande diligence un après-midi, ne croyant pas que je pusse trouver cette pauvre femme en vie, de la terrible manière que les douleurs avaient commencé à se faire sentir. Je fus surpris, en arrivant, de trouver un sceau de pus, qu'elle avait vuidé par une ouverture qui s'était faite dans ces cruels efforts, à quatre doigts au-dessous et à côté du nombril, par laquelle était sortie et sortait encore cette effroyable quantité de matière. Après que j'eus vu qu'il n'en sortait plus, même en pressant le ventre, je la pansai avec une tente à tête attachée à un fil, couverte de suppuratifs, un plumaceau couvert du même onguent, et un emplâtre de diachylum par-dessus. Elle guérit parfaitement, et en peu de temps, et a eu plusieurs enfans depuis.

Travail difficile; émotion violente, pendant laquelle l'accouchée sort de son lit: voilà pour l'étiologie. Le volume du ventre, la quantité du pus sont des circonstances très notables. Était-ce un abcès ou un épanchement?

6<sup>e</sup> OBS. — *Dépôt dans l'aîne suite de couches; traitement par les saignées répétées; résolution de la tumeur (1).*

Une dame extrêmement délicate, après être accouchée fort heureusement, fut attaquée, vers le dixième jour de sa couche, d'une fièvre médiocre. Comme les suites de couche allaient très bien, je ne pensai qu'à gagner du temps dans l'usage des remèdes ordinaires, et ne me déterminai à chercher les causes de sa

(1) Puzos. Loc. cit.

maladie que lorsque les douleurs du ventre, réunies dans un lieu fixe, m'y contraignirent. Je ne sentis alors qu'un engorgement dans l'un des côtés du ventre; mais j'augmentais la douleur en pressant l'endroit malade. Je fis tout mon possible pour détruire le commencement de cette maladie par plusieurs saignées du bras, qui, à la vérité, ne furent pas faites assez près les unes des autres; aussi le dépôt augmenta-t-il malgré mes soins: il forma une tumeur si considérable dans l'espace de huit ou dix jours, qu'elle surpassait le volume de la tête d'un enfant. J'employai les remèdes dont j'ai parlé dans l'observation précédente, mais d'abord avec si peu de succès, que je demandai une consultation. MM. Malaval et Ledran furent appelés. Après l'examen de la tumeur, qui s'étendait depuis l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles jusqu'à l'ombilic, ils crurent, ainsi que moi, qu'elle viendrait à suppuration. Cependant ils furent d'avis de continuer l'usage des résolutifs. On saigna de nouveau la malade: elle fut purgée de jour à autre, et la diète fut extrêmement sévère. Enfin, au bout d'un mois la tumeur diminua, et après un temps égal, elle se trouva détruite entièrement.

Puzos, par cette observation, et quatre faits analogues, cherche à prouver qu'il ne faut pas désespérer de résoudre les dépôts du bas-ventre chez les nouvelles accouchées, alors même que l'on a beaucoup attendu, et que ce retard n'est pas une raison pour renoncer à une thérapeutique active. Puzos dit que *les saignées ne furent pas faites assez près les unes des autres*. Cette remarque n'aura pas échappé au lecteur.

7<sup>e</sup> OBS. — *Dépôt suite de couches; ouverture artificielle; guérison (1).*

Une dame, après un accouchement ordinaire, eut des suites de couches telles qu'on pouvait les souhaiter, jusqu'au huitième ou dixième jour. Elle sentit alors des douleurs dans le ventre, dans l'aîne et dans la cuisse, qui l'inquiétèrent: aucune entlure ne se

(1) Puzos.

laissait apercevoir ; ainsi on borna les secours à l'huile d'aman-  
des douces, aux lavemens, et à des topiques de différentes es-  
pèces ; on saigna cependant la malade deux fois, mais à des  
distances éloignées. Cinq ou six semaines se passèrent sans ob-  
tenir aucune diminution dans les accidens ; au contraire, la  
fièvre survint, la cuisse et la jambe refusèrent le service, et la  
douleur de l'aîne augmenta. Je fus mandé ; je reconnus une  
dureté au-dessus du pli de l'aîne qui n'était pas circonscrite ;  
elle ne produisait ni élévation ni rougeur à la peau, mais elle  
avait tous les signes d'un dépôt laiteux. La malade fut saignée  
plusieurs fois, et coup sur coup ; on la mit à l'usage des apozèmes  
animés avec l'*arcanum*, et des cataplasmes émoulliens.

Mais tous ces moyens ne purent empêcher la suppuration.  
M. Boudou fit l'ouverture de ce dépôt, dont le foyer était dans  
l'hypogastre, et il renfermait une si grande quantité de matières,  
qu'il nous parut surprenant qu'elle ne se fût pas plutôt fait jour  
dans l'intérieur du ventre, que de se manifester au-dehors sans  
rompre ses enveloppes. Cette dame a été guérie radicalement, et  
a fait depuis d'autres enfans.

Pas de causes apparentes : impotence du membre cor-  
respondant à la tumeur ; ouverture de l'abcès par le bis-  
tourî ; guérison ; grossesses ultérieures ; tels sont les traits  
qui méritent d'être relevés dans cette observation.

8<sup>e</sup> OBS. — *Abcès suite de couches ; ouverture artificielle ; guérison* (1).

La femme d'un receveur-général des finances eut, après un  
accouchement heureux, des douleurs dans le ventre avec un  
dévoitement fort importun. On travailla sans succès à l'en guérir.  
Quelque temps après la fièvre survint. Les tranchées, répandues  
d'abord dans tout le ventre, se cantonnèrent au-dessus de l'aîne  
du côté droit. On avait employé les cataplasmes, les fomentations ;  
la malade avait été purgée plusieurs fois à cause de son dévoie-  
ment, et elle était au quinquina, parce que la fièvre était inter-  
mittente. Mais la cuisse s'étant raccourcie par l'augmentation du  
dépôt, je fus mandé six semaines ou environ après la première

(1) Puzos.

impression du dépôt. Il faut convenir que les tranchées dont le dévoiement était accompagné, avaient tellement fixé l'attention de ce côté-là, qu'elles n'avaient pas permis de penser à une autre cause. On fit plusieurs saignées du bras à la malade; on la purgea de nouveau; mais le temps de la résolution avait été manqué dans le commencement.

On fit donc l'ouverture du dépôt, et la malade guérit après trois mois de maladie.

Il y eut du dévoiement. Faut-il en accuser l'irritation communiquée à l'intestin par l'inflammation du voisinage? Cette fièvre intermittente, pour laquelle on donna du quinquina, était une fièvre de suppuration. Notons le *raccourcissement*, c'est-à-dire la flexion de la cuisse. La maladie fut méconnue d'abord; pourtant les tranchées s'étaient localisées, et appelaient l'attention sur l'aîne droite. De tels faits importent au diagnostic. Pas de cause occasionnelle connue. Dans ces cas de cause occasionnelle inappréciable, ou voudrait des détails sur les antécédens.

9<sup>e</sup> OBS. — *Fistule hypogastrique suite d'un abcès intra-pelvien puerpéral* (1).

Une dame de province, venue à Paris pour consulter, nous assembla MM. Petit, Boudou et moi. Nous lui trouvâmes un trou fistuleux au-dessus du pubis, un peu latéralement. La sonde entra si avant, qu'elle paraissait se perdre dans l'hypogastre. Cette fistule était la suite d'un abcès laiteux ouvert depuis plus d'un an, et qu'on n'avait jamais pu cicatrizer, quoiqu'on y eût travaillé à différentes reprises. Notre avis fut d'entretenir l'ouverture et l'issue des matières avec une canule, et d'attendre du temps seul la guérison.

On verra plus loin quelle fut la thérapeutique de Boyer dans un cas semblable.

(1) Puzos.

10<sup>e</sup> OBS. *Abcès iliaque ouvert artificiellement; guérison* (1).

Une personne qui m'appartient de très près, eut, il y a environ dix ans, en suite d'une couche, de cruelles douleurs dans la région des reins ou des lombes du côté gauche, qui se continuaient jusqu'à la partie antérieure supérieure de la cuisse, et qui augmentait beaucoup par les mouvemens de la cuisse du même côté. Ces douleurs durèrent dans le même état environ trois mois, au bout duquel temps on s'aperçut d'une tumeur à l'aîne du côté malade, dont le volume devint considérable en peu de temps. On l'ouvrit, et il en sortit une grande quantité de matière qui venait visiblement de dessous l'arcade crurale, non du petit bassin, mais de bien plus haut, puisque la matière coulait abondamment lorsque la malade était ou debout ou sur son séant. La personne a parfaitement guéri de cette maladie, et a eu depuis deux enfans sans aucun accident.

Historiquement, cette observation a une certaine valeur; elle prouve qu'en 1755, on avait déjà une idée assez nette de la marche que suit le pus dans les abcès iliaques. Notons que la personne dont il est question eut deux couches heureuses après son accident.

11<sup>e</sup> OBS. — *Fièvre puerpérale occasionnée par l'extraction de l'arrière-faix, et suivie d'une suppuration mortelle de l'ovaire* (Observ. du docteur Vieusseux) (2).

Une dame, âgée de vingt ans, accoucha de son premier enfant le 7 janvier 1780. L'accouchement fut difficile et laborieux, et peu de temps après la sortie de l'enfant, l'accoucheur fit l'extraction de l'arrière-faix, et le tira par morceaux. L'accouchée souffrit beaucoup et se plaignit constamment les jours suivans d'une douleur dans le côté droit et inférieur du ventre, à l'endroit où elle disait avoir senti la main du chirurgien.

Ensuite elle se plaignit d'un point de côté accompagné de

(1) Journal de méd. (1755).

(2) Delaroche. Loc. cit.

toux et de fièvre. Elle fut alors saignée, ce qui diminua la fièvre et dissipa la douleur de côté.

Le 12 janvier, la fièvre augmenta beaucoup; la douleur, qui n'avait jamais cessé dans l'endroit marqué, devint générale dans tout le ventre.

Je vis la malade pour la première fois dans la nuit du 12 au 13. Le pouls plein, fort et dur, battait au-delà de cent trente fois par minute. J'ordonnai une saignée sur le moment: il était trois heures du matin. On en fit deux autres dans le jour. La saignée fut répétée les deux ou trois jours suivans, en sorte qu'en comptant une saignée faite pendant le travail d'enfant, elle fut saignée abondamment sept ou huit fois, en un mot, autant qu'elle put le supporter, sans que la fièvre diminuât beaucoup. Mais, la grande diminution de la partie rouge dans le sang tiré, la faiblesse de la malade, et des mouvemens spasmodiques assez alarmans, empêchèrent de saigner davantage. La douleur générale et la tension du ventre cessèrent, mais l'endroit affecté dès le commencement continua à être douloureux au toucher, et l'on y sentait toujours une dureté. Enfin, au moyen d'un usage suivi du nitre, du camphre, des laxatifs, du quinquina, etc., la fièvre diminua, et la malade était assez bien; elle reprit même des forces et de l'appétit; mais la fièvre ne cessa point, et le pouls, quoique peu élevé, n'était jamais au-dessous de cent vingt; le plus souvent il était à cent trente et au-delà. Les lochies avaient eu leur cours ordinaire. Peu-à-peu la dureté et la douleur s'accrurent, et l'on sentit manifestement au côté droit inférieur du ventre une tumeur semblable à la tête d'un enfant; la fièvre augmenta constamment; les sueurs, les angoisses, les douleurs, l'insomnie, affaiblirent et épuisèrent la malade. En vain l'on employa un grand nombre de remèdes, tant intérieurement qu'extérieurement; il survint, les derniers jours, des symptômes de tétanos de la mâchoire, et elle mourut neuf semaines après l'accouchement.

A l'ouverture du cadavre on trouva la matrice parfaitement saine, et réduite à son volume ordinaire; mais il y avait à la partie droite inférieure du bas-ventre une tumeur de forme irrégulièrement sphérique, remplissant presque tout l'espace entre les os des îles et le pubis. Cette tumeur était composée des membranes de l'omentum et du péritoine, et de différentes par-

ties des intestins qui paraissaient avoir été attirées comme par force dans cet endroit, de sorte que la partie du colon qui aurait dû être située sous le ventricule, formant un angle extrêmement aigu, était descendue jusqu'à la tumeur, et y avait contracté une adhérence. Toutes ces parties étaient tellement collées les unes aux autres, qu'on ne pouvait les séparer qu'en les déchirant. Les différentes cellules qui formaient la tumeur étaient pleines de pus contenu dans des membranes durcies et épaissies, mais qui avaient souffert en quelques endroits une corrosion telle, qu'en peu de temps les muscles du bas-ventre ou les intestins auraient été percés. Ces cellules ne communiquaient pas entre elles. Au milieu de la tumeur on remarquait une tumeur particulière, de la grosseur d'un œuf de pigeon, formée par l'ovaire, considérablement durci et augmenté dans son volume, contenant aussi du pus. Le reste du corps était sain.

Exemple d'abcès intra-péritonéal et d'ovarite terminée par suppuration. Notons : 1° la cause, qui consista dans la difficulté de l'accouchement, et les tractions effectuées par l'accoucheur sur le placenta ; 2° l'accident qui termina la série des symptômes, le tétanos. Il n'est pas besoin d'insister, pensons-nous, sur la première de ces circonstances. Le rapport de causalité est parfaitement établi ; rien de plus clair. Le traitement fut habile, malheureusement tardif ; Delaroché le dit lui-même dans la courte relation d'un fait semblable, quant à la cause, mais qui eut une meilleure issue, parce qu'on put « commencer à saigner plus tôt, et assez pour que la fièvre diminuât beaucoup. »

12<sup>e</sup> OBS. — *Fièvre puerpérale, suivie d'un épanchement dans l'abdomen, et d'un dépôt énorme* (1).

Madame la vicomtesse de R\*\*\*, grande et bien portante, devint grosse pour la première fois à l'âge de 24 ans. Accouchement le

(1) Pujol. *Journ. de méd.* 1789.



4 avril 1785, trois semaines après le terme attendu. Le travail dura 5 jours, ce qui fut attribué à un œdème rénitent du vagin et des grandes lèvres. L'enfant sortit néanmoins en très bon état; délivrance normale; lochies peu abondantes; tranquillité et sommeil paisible pendant 15 heures; mais on la gorgea d'un bouillon succulent, et on lui fit un tableau effrayant des dangers qu'elle avait courus. Bientôt après, tranchées utérines; douleur excessive à l'hypogastre (Fomentations et lavemens émolliens; boissons adoucissantes; potions mielleuses; diète).

Six heures après le début des tranchées, fièvre intense. Ces accidens durèrent six heures avec autant de violence. Le gonflement de l'hypogastre s'accrut pendant la nuit; il s'étendait de proche en proche sur le reste du bas-ventre. Une saignée copieuse fut suivie d'une diminution sensible de tous les accidens.

Quoique l'abdomen perdît tous les jours de sa chaleur et de sa sensibilité, il resta aussi gonflé et aussi tendu que dans le fort de l'inflammation. Selles libres; urines claires et faciles. Redoublement tous les soirs.

La malade avait maigri, une fièvre hectique minait ses forces; dégoût général; vomissemens glaireux; angoisses inexprimables.

Au treizième jour, à l'examen du ventre, on trouva les signes d'une fluctuation générale, comme dans l'ascite. Les diurétiques et lénitifs furent employés en vain. Ponction avec le trois-quarts au lieu d'élection. Il sortit par la canule six livres de liquide épais, visqueux et fétide. Un fluide gazeux, qui pouvait égaler le volume du liquide, sortit pêle-mêle avec lui en grosses bulles. Pendant l'opération, des grumeaux caséeux obstruaient souvent la canule; il fallait alors les repousser dans l'intérieur avec une sonde boutonnée. Le bas-ventre, quoique devenu souple, conservait un volume au-dessus du naturel; on pouvait le comprimer sans causer de douleur. Après la paracenthèse, cessation des symptômes, calme pendant quatre jours. Le bas-ventre recommence à devenir douloureux et à se gonfler. Douleur fixe au nombril qui s'accrut peu-à-peu. Vésicatoire sur le haut de la cuisse qui amena une fièvre vive. Bas-ventre plus tendu, plus douloureux, plus volumineux; cardialgie; vomissemens bilieux; élancemens continuels au nombril, avec rougeur et dureté; il s'y forma une petite tumeur isolée du volume d'un haricot.

Quatre jours après, les tégumens de l'abdomen qui n'étaient pas infiltrés s'épaissirent et s'empâtèrent, en commençant autour de la petite tumeur ombilicale. Malgré l'infiltration, on sentit une fluctuation plus sourde que celle du premier épanchement. On appliqua des topiques maturatifs, et on soutint les forces. Le huitième jour après la ponction, pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes; face hippocratique; frissons. Cet état dura quatre jours et quatre nuits, après lesquels le pouls devint moins fréquent, moins faible. Le tubercule ombilical atteignit le volume d'une noisette; on vit qu'il était plein de liquide, et on lui fit une petite ouverture avec la lancette. L'abcès fut ouvert avec peine et craquement, et il ne sortit qu'environ un verre de pus séro-laiteux; ce qui fit voir que la matière appartenait à une collection distincte du péritoine; la sonde ne pénétra pas dans le péritoine.

Au quatrième jour après l'incision du nombril, le péritoine s'ouvrit tout-à-coup; une matière épaisse, grisâtre, et chargée d'une grande quantité de flocons mollasses et graisseux, coula à flots pendant un quart d'heure; son odeur était fétide et cadavéreuse. L'écoulement recommença le lendemain; il sortit encore quelques livres d'un fluide bourbeux et putride. Ce grand dépôt abdominal se vida en cinq à six jours par des effusions partielles. Le bas-ventre s'affaissa, et il ne resta qu'une fistule au nombril, qui se ferma plusieurs fois et occasionna en divers temps des accidens fâcheux, avant la cicatrisation complète qui eut lieu au bout de six mois. Depuis ce temps, madame de R\*\*\* a joui d'une santé très passable, mais n'est plus devenue enceinte.

Observation de péritonite que nous avons voulu rapporter en raison de son importance, et aussi parce qu'elle nous fournit l'occasion de citer un fait analogue de la pratique de M. le professeur Dubois, qui nous a été communiqué par M. Depaul. Une femme, après avoir éprouvé des accidens violens de métrô-péritonite suite de couches, était tombée dans un état d'affaiblissement extrême; on la croyait vouée à une mort inévitable et prochaine. M. P. Du-

bois, appelé en consultation, constata une extrême tension du ventre, plus une petite tumeur fluctuante à l'aîne, qu'il se décida à ouvrir. Une énorme quantité de liquide se fit jour par l'incision. Le ventre s'affaissa. L'écoulement continua pendant plusieurs jours, et la malade revint graduellement à la santé. Ici encore, il y avait probablement un épanchement et non un abcès. Mais d'abord qu'est-ce qu'un épanchement, sinon un vaste abcès? Et ensuite de tels faits sont trop utiles à connaître, on est trop heureux d'avoir à les enregistrer, pour que l'on doive craindre de leur donner place, alors même qu'ils ne se rapportent pas précisément au sujet traité.

13<sup>e</sup> OBS. — *Vaste collection purulente suite de couches; paracenthèse, puis ouverture spontanée; guérison (1).*

Une femme heureusement accouchée, et qui allaitait son enfant, fut saisie, au huitième jour, d'une fièvre accompagnée de plusieurs autres accidens, tels que diarrhée laiteuse et vomissemens de matières vertes. Presque aussitôt les seins se flétrirent; le bas-ventre devint douloureux et se météorisa: les moyens employés n'eurent pas d'efficacité. Quatorze jours après l'invasion de la maladie, il y avait peu de fièvre, mais le bas-ventre était prodigieusement gonflé, surtout vers la région épigastrique, et la fluctuation était très sensible. M. Lepelletier, médecin de l'Île-Jourdain, en Poitou, appelé auprès de la malade, propose de pratiquer une ouverture à cette tumeur, comme on le fait dans l'hydropisie. L'opération ayant été adoptée et exécutée, il sortit par la canule du trois-quarts une liqueur qui avait conservé toutes les qualités apparentes du lait, et qui était équivalente à plus de six pintes. Peu de jours après, les mamelles ayant commencé à se remplir, on conseilla à cette femme de nourrir, ou de prendre des remèdes propres à détourner l'humeur laiteuse. N'ayant voulu faire ni

(1) Doulcet. *Journ. de méd.*, t. LXIII.

l'un ni l'autre, elle essuya, huit jours après, une nouvelle fièvre, accompagnée de vomissement, et il lui survint en même temps une tumeur au nombril, qui s'abcéda d'elle-même, et d'où il sortit un pus laiteux. Ce dépôt n'ayant pas encore épuisé la matière laiteuse, la malade est restée pendant plusieurs mois dans un état de langueur, qui n'a été terminé que par l'éruption d'une infinité de boutons sur tout le corps, parmi lesquels plusieurs ont suppuré.

Il se fit une éruption. Laissons-nous ramener par les faits à la notion de ces phénomènes critiques dont les esprits sont en quelque sorte déshabitués, tant la médecine contemporaine a profondément subi l'influence du solidisme ! Mais s'agissait-il, dans le cas qui vient d'être rapporté, d'un abcès, ou d'un épanchement ? question nécessairement insoluble, qui s'est présentée à nous tout-à-l'heure et au sujet d'autres faits analogues, toujours utiles à connaître, ne fût-ce que comme élémens d'un problème à élucider. L'ouverture de l'abdomen ne s'étant pas maintenue, le pus nouvellement formé se fit jour à travers l'ombilic.

14<sup>e</sup> OBS. — *Dépôt au bas-ventre, suite de couches ; traitement par les vomitifs ; ouverture spontanée de l'abcès ; guérison (1).*

Une jeune femme accoucha, après avoir, depuis dix ou douze jours, été en proie aux plus vives inquiétudes, et surtout après avoir éprouvé la plus grande frayeur le 14 juillet, en apprenant que son mari était dans les environs de la Bastille, au moment où l'on faisait le siège de cette forteresse. Les suites de la couche furent tout-à-fait irrégulières. Le lait ne monta point aux mamelles. Je fus appelé le sixième jour : fièvre vive ; pouls plus serré et plus fréquent que fort ; respiration fort gênée ; visage rouge ; ventre extrêmement gonflé ; peau sèche ; mamelles flasques ; pas de repos depuis quelques jours. La tuméfaction de l'abdomen était plus remarquable à gauche qu'à droite, et l'on ne pouvait y porter la main sans faire éprou-

(1) Doublet. *Recherches sur la fièvre puerpérale.*

ver à la malade les plus grandes douleurs; bouche fétide; langue très chargée. Le premier vomitif n'ayant pas eu d'effet sensible, j'en prescrivis un nouveau en mêlant un grain de tartre stibié avec vingt grains d'ipécacuanha, dont l'effet fut très considérable. Les douleurs et les anxiétés de la malade en furent diminuées. J'observai qu'elle n'était jamais mieux que lorsqu'elle avait vomi, ou tout au moins fait des efforts pour vomir, ce que le kermès produisait, quand on en rapprochait les doses. Peu-à-peu la tuméfaction et la sensibilité du ventre diminuèrent. Dans le cours de la troisième semaine, elle entra en convalescence; mais le ventre était toujours plus élevé qu'il ne devait l'être à la région hypogastrique (Bouillon d'herbes; sel d'epsom). Bientôt l'élévation du ventre devint plus sensible entre l'ombilic et la crête de l'os des îles du côté droit. A cinq semaines, la tumeur était fort éminente; il y avait une fièvre d'irritation; la chaleur et la pulsation locale annoncèrent la maturité de l'abcès. On attendait le moment de l'ouvrir lorsqu'il perça spontanément: il en sortit une grande quantité de matière laiteuse et puriforme; l'ouverture fut trois semaines à se refermer. La fièvre ne tarda pas à disparaître; mais il survint des sueurs laiteuses qui durèrent pendant assez long-temps. Peu de temps après être guérie, cette femme est devenue grosse, et a fait une fausse couche au quatrième mois.

Emotion morale vive; inflammation qui semble se généraliser; traitement hyposthénisant. La malade n'est jamais mieux que lorsqu'elle vomit, ou a seulement des nausées; ce qui prouve que l'effet produit par le médicament est purement dynamique. Sous l'influence de ce traitement, la maladie se restreint et se localise; l'abcès s'ouvre de lui-même. Notons la fausse couche peu de temps après la guérison.

15<sup>e</sup> OBS. — *Dépôt, suite de couches; ouverture artificielle par la région lombaire; guérison (1).*

En 1781, une nourrice de l'hospice de Vaugirard, âgée de 18 à 19 ans, éprouva, le dixième jour de sa couche, une suppres-

(1) Doublet.

sion du lait, qui s'était porté jusqu'alors à ses mamelles, et fut saisie d'une fièvre puerpérale qui, n'ayant pu se guérir dans les premiers jours par résolution, fut terminée par une tumeur considérable, avec fluctuation dans la région iliaque droite. Au bout d'un mois, cette tumeur était à moitié dissipée; l'humeur laiteuse résorbée s'était portée à la peau, sous la forme d'une éruption miliaire; les urines étaient blanches, et annonçaient qu'une partie de cette humeur se détournaient par cette voie. Une nouvelle imprudence arrêta ce mouvement critique: la tumeur augmenta de nouveau; son volume étant devenu beaucoup plus considérable qu'auparavant, elle fut ouverte, trois mois après la couche, dans la région lombaire, ce qui donna issue à une quantité considérable de pus laiteux: cette opération sauva la vie à la malade, mais la guérison ne fut pas prompte. Un mois après l'opération, cette femme était encore, en apparence, au dernier degré de la fièvre lente et du marasme: peu-à-peu les forces se sont ranimées, le foyer s'est dégorgé, et la fièvre a diminué de jour en jour. Au bout de deux mois la malade se levait, mais la cuisse et la jambe du côté affecté étaient dans une sorte de paralysie qui s'est dissipée en peu de temps. Il est bon d'observer que les urines ont toujours été laiteuses, qu'elles le sont devenues davantage à l'époque où la maladie a pris une marche favorable, et qu'il s'y est joint plusieurs fois une éruption de boutons rouges et farineux.

Il paraît qu'il y eut une imprudence; Doublet ne dit pas laquelle. Une tumeur se développa: la nature travaillait à la résoudre; nouvelle imprudence: alors l'abcès se déclara, et on l'ouvrit par un procédé sur lequel M. Barthélemy, notre collègue et ami, a spécialement insisté (1). Il est impossible de ne pas accorder d'importance à l'éruption et à l'état des urines. Le membre inférieur fut impotent pendant quelque temps après le traitement.

(1) Annales de chirurgie, t. II, p. 288 et suiv.

16<sup>e</sup> OBS. — *Fistule, suite d'abcès du bassin ; nouvelle grossesse ; guérison (1).*

Une femme de vingt-deux ans, lymphatique, eut, à la suite de son premier accouchement, qui avait été long et laborieux, un abcès énorme à l'hypogastre, qui s'ouvrit immédiatement au-dessous de l'ombilic. L'ouverture resta fistuleuse. Une sonde conduite dans la fistule me fit connaître que son fond correspondait immédiatement au-dessus de la symphyse du pubis, et je jugeai dès-lors que, pour la guérir, il convenait de faire une contre-ouverture dans cet endroit. Je la fis, et donnai à l'incision une étendue d'un pouce et demi. Une bandelette de linge fut poussée dans le trajet fistuleux, et, à chaque pansement, tirée de haut en bas. Au bout de huit jours je supprimai cette bandelette. L'ouverture supérieure ne tarda pas à se cicatriser ; mais l'inférieure resta fistuleuse. Je compris que, pour procurer la réunion des parois de cette fistule, il fallait les appliquer l'une contre l'autre par une compression permanente ; mais comme la paroi du ventre était lâche, et que d'ailleurs les viscères abdominaux n'offraient presque aucun point d'appui, cette compression ne pouvait pas être exercée de devant en arrière. Je pensai que si la malade avait une seconde grossesse, la compression que la matrice exerce de derrière en devant sur la paroi abdominale, à l'époque de la gestation où elle s'élève au-dessus du détroit supérieur du bassin, pourrait produire l'effet désiré, et amener la guérison de la fistule. Je fis part de mes réflexions à la malade. Elle me crut, et devint enceinte ; avant la fin du sixième mois la fistule était solidement cicatrisée.

On ne peut qu'admirer la sagacité avec laquelle l'indication chirurgicale fut saisie dans ce cas.

17<sup>e</sup> OBS. — *Engorgement et tuméfaction du ligament sus-pubien gauche à la suite d'accouchement, terminé par résolution lors de l'apparition des règles (2).*

Une jeune femme bien constituée, relevée de couches depuis

(1) Boyer, *Traité des maladies chir.*

(2) Husson et Dance, *Répertoire d'anatomie de M. Breschet.*

cinq semaines, n'éprouve d'autre accident à la suite de son accouchement, qu'une douleur légère avec pesanteur dans l'aîne et la fosse iliaque gauches; elle continue à vaquer à ses occupations, mais la douleur augmente lorsqu'elle fait de grands mouvemens. Elle entre à l'hôpital. Nous la trouvons sans fièvre, sans malaise général, mais présentant un engorgement allongé, du volume d'un gros œuf, qui s'étendait un peu obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'aîne du même côté, et paraissait situé immédiatement sous la paroi abdominale: la pression sur cette tumeur est peu douloureuse, le reste du ventre est souple et indolent (Trente sangsues appliquées sur cet engorgement diminuent la douleur, mais ne produisent aucun changement dans son volume).

Les jours suivans, l'engorgement reste stationnaire; douleur à la pression (Bains et lavemens, on applique des cataplasmes émolliens).

Au douzième jour, les règles paraissent pour la première fois depuis l'accouchement, et sont suivies d'une notable diminution dans le volume de la tumeur. Au quinzième, les règles continuent encore. La tumeur a disparu en entier au dix-huitième jour.

Il faut remarquer dans ce fait: 1<sup>o</sup> le siège, probablement dans le ligament sus-pubien, comme l'indique le titre de l'observation; 2<sup>o</sup> la bénignité des symptômes; 3<sup>o</sup> enfin, la disparition de la tumeur à la suite du rétablissement des règles.

18<sup>e</sup> OBS. — *Vaste collection purulente, suite de couches, occupant le bassin, la fosse iliaque gauche et la partie supérieure de la cuisse, ouverte spontanément dans la vessie; guérison (1).*

Une jeune fille âgée de vingt-trois ans, domestique, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1819. Jusqu'alors bonne santé; grossesse sans accident; accouchement naturel d'un premier enfant. Peu de jours après l'accouchement, frisson général, suivi de chaleur et de fièvre; engourdissement dans la cuisse et la jambe gauches. Bientôt des douleurs se firent sentir dans la profondeur du bassin; elle devinrent continuelles, et tellement violentes, que la

(1) Husson et Dance.



malade fut entièrement privée de sommeil. Frissons irréguliers entremêlés de fièvre, soif vive, constipation opiniâtre, dysurie portée jusqu'à la rétention complète; empâtement dans la fosse iliaque gauche; tumeur dure, non fluctuante, que l'on suppose développée dans l'ovaire du même côté. Une saignée, des bains, des émoulliens, furent employés sans succès. La fièvre et les douleurs persistèrent, et à la constipation succéda un dévoiement qui jeta la malade dans une extrême faiblesse. Dépérissement, face pâle, jaunâtre; yeux ternes et caves; peau sèche, terreuse; voix faible; fièvre continue avec redoublemens le soir; diarrhée abondante; dans la fosse iliaque gauche, large tuméfaction fluctuante, paraissant soulever l'arcade crurale, accompagnée d'œdème et de rétraction de la cuisse, dont les mouvemens sont douloureux et l'extension impossible (Cataplasmes émoulliens, eau de riz, cachou).

Au cinquième jour, la malade rend avec les urines une matière purulente très abondante. Cette évacuation se prolonge pendant une douzaine de jours. La tuméfaction de la fosse iliaque diminue en proportion, et disparaît; les douleurs et la diarrhée cessent, la fièvre se modère, l'appétit revient. Plus tard, un point de fluctuation se montre en haut et en avant de la cuisse gauche. M. Dupuytren en fait l'ouverture: une suppuration abondante s'en écoule, et fait bientôt place à un fluide séreux. Enfin, la plaie se cicatrise, et la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie, après trois mois de traitement.

Cet abcès était-il dans l'ovaire, comme les auteurs l'ont supposé? Cela est fort douteux. Notons qu'il y eut de la constipation, puis de la diarrhée: ces faits nous serviront. Notons aussi que le passage du pus dans la vessie ne donna lieu à aucun symptôme d'irritation dans cette dernière.

19<sup>e</sup> OBS. — *Accouchement avant terme; rupture du cordon ombilical; enkystement momentané du placenta; inflammation du tissu cellulaire du bassin et de celui qui tapisse la fosse iliaque gauche; formation d'une vaste collection purulente dans cette dernière région; issue de la matière puru-*

*iente par une ouverture qui s'est formée dans les parois du col de l'utérus ; fièvre hectique et mort (1).*

Une jeune fille enceinte de sept mois fut prise subitement de douleurs d'enfantement tellement pressantes qu'elle accoucha à l'entrée de l'hôpital. Le cordon se rompit près du placenta, qui se trouvait comme enkysté. Des tractions assez multipliées furent faites sur les membranes pour opérer la délivrance, mais elles furent sans résultat. Bain de siège; peu de temps après, le placenta sortit.

Au cinquième jour, et à la suite de coliques assez fortes, le pouls s'accélère, les lochies se suspendent (Quinze sangsues à la vulve).

Au sixième, l'hypogastre devient sensible à la pression, les mouvemens du tronc sont douloureux, le pouls est petit et contracté (Saignée, demi-bain, cataplasme).

Au septième, toute la partie du ventre située au-dessous de l'ombilic est le siège d'une tension douloureuse et d'un gonflement qui s'étend dans les fosses iliaques, mais plus particulièrement à gauche (Trente sangsues).

Les jours suivans, nouvelle application de sangsues; moins de fièvre; douleurs abdominales moindres; la tuméfaction de la fosse iliaque gauche est plus considérable, et paraît s'étendre jusque dans la région rénale: d'abord assez dure, elle finit par présenter une fluctuation évidente.

Au vingt-neuvième jour, nous trouvons les aîses sur lesquels reposait la malade couvertes d'une matière purulente abondante; en même temps la fosse iliaque gauche forme une saillie moins considérable. Des recherches faites dans le vagin n'indiquent point qu'il ait été perforé par la suppuration.

Les jours suivans, une matière purulente assez abondante continue à s'évacuer par le vagin.

Pendant un mois entier cet écoulement continue; amaigrissement.

Vers le commencement du troisième mois, le pouls reprend de la fréquence; la maigreur a fait des progrès; mort au soixante-huitième jour depuis l'accouchement.

(1) Husson et Dance.

*Autopsie.* — Dans la fosse iliaque gauche existe un vaste foyer à moitié rempli par un pus verdâtre et fétide, limité en haut par l'extrémité du psoas et du rein gauche, s'étendant en bas jusque dans le petit bassin entre les ligamens larges de l'utérus, formé en arrière par les muscles psoas et iliaques dont les fibres sont comme disséquées par la suppuration; parcouru enfin par quelques rameaux nerveux venant du plexus lombaire: sa cavité était d'un gris noirâtre et tapissée par une membrane pseudo-muqueuse. Le vagin ne présentait aucune perforation; mais à cinq lignes au-dessus de l'extrémité inférieure du col de la matrice, on voyait une ouverture arrondie et noirâtre de 3 lignes de diamètre, dans laquelle il nous a été facile d'insinuer une sonde qui a pénétré par des ramifications détournées jusque dans le foyer purulent. La matrice était entièrement revenue à son volume naturel, et n'a présenté d'autre altération qu'une rougeur très vive dans la partie de son col située au-dessous de la perforation: cette rougeur se prolongea dans le vagin qui était encore imprégné de pus; du reste, des adhérences assez nombreuses unissaient la vessie à la matrice, et celle-ci au rectum, mais il n'y avait aucun épanchement dans la cavité du péritoine.

« L'évacuation de la matière purulente à travers les parois du col utérin est un fait d'anatomie pathologique très intéressant. » Les auteurs de l'observation ont raison de le faire remarquer. Il est probable, d'après eux, que l'inflammation a débuté par le tissu cellulaire des ligamens larges, et s'est étendue secondairement dans les régions iliaque et lombaire. N'oublions pas ce qui est relatif à la cause: accouchement brusque, rupture du cordon, rétention du placenta, manœuvres pénibles.

20<sup>e</sup> OBS. — *Affection de l'ovaire pendant la grossesse, suivie de mort (1).*

Mademoiselle M..., âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, entra à la Maison-de-Santé le

(1) V<sup>e</sup> Boivin, *Recherches sur une des causes, etc.*

neuvième jour de ses couches, qu'elle avait faites à l'hospice de la Maternité. L'accouchement naturel et prompt, qui avait eu lieu au commencement du huitième mois de la grossesse, avait été suivi de douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen. Ces douleurs étaient accompagnées de fièvre et de difficulté d'uriner. Le point douloureux était resté tuméfié après l'accouchement, depuis la région hypogastrique jusqu'à la fosse iliaque gauche. Le traitement antiphlogistique mis en usage à l'hôpital où cette fille était accouchée, avait eu quelque apparence de succès. Cependant les douleurs n'ayant pas entièrement cessé, cette jeune fille vint à pied de la rue de la Bourbe à la Maison-de-Santé, distance de près d'une lieue, le 5 mai 1824.

La longue course que venait de faire la malade réveilla la douleur du côté gauche. La région affectée était d'une sensibilité si grande, qu'il fut impossible d'explorer exactement les parties pour obtenir des résultats positifs sur le siège et la nature des douleurs abdominales. On fit une application de vingt sangsues, que l'on réitéra deux fois en trois jours. Les fomentations, les cataplasmes émolliens, les bains de siège, les lavemens, amenèrent un mieux sensible. Le cinquième jour la malade sortit à pied pour aller dîner en ville. Cette imprudence rappela encore une fois tous les accidens précédens; la douleur se propagea avec une rapidité extrême dans toute l'étendue de l'abdomen jusqu'à la poitrine. C'est en vain que l'on eut recours à de nouvelles saignées, la malade succomba le dixième jour de son entrée, et le dix-neuvième de son accouchement.

*Autopsie.* — *Abdomen* : Epanchement séreux jaunâtre; épaissement considérable du bord inférieur de l'épiploon, adhérence de ce sac membraneux avec l'arc du colon, rectum adhérent dans toute sa paroi postérieure avec la face interne du sacrum. L'ovaire gauche, du volume de deux poings d'un adulte, occupait la région hypogastrique, de manière à laisser croire au premier aperçu que c'était la vessie qui était restée développée à un certain degré; sa surface extérieure était d'un blanc rosé, couverte de nombreux vaisseaux fins et déliés, d'un beau rouge vermillon. La région inférieure de l'ovaire était adhérente à la paroi latérale gauche de la cavité du bassin.

Ce kyste, formé par la totalité de l'ovaire, était rempli d'une

matière puriforme, épaisse, et d'un paquet de poils roux formant masse avec une substance adipocireuse du volume d'un gros œuf. Le sommet du kyste regardait le côté droit de l'abdomen.

Voici l'opinion que l'on peut se former sur la pathogénie de ce cas : Kyste pileux de l'ovaire ; grossesse, échauffement du kyste, en raison de l'état congestif des organes intra-pelviens dans la grossesse ; suppuration. Le kyste, en se développant, gêne à son tour l'utérus, et la femme accouche à huit mois.

21<sup>e</sup> OBS.—*Abcès intra-pelvien, suite de couches, ouvert par le rectum* (1).

D..., de 34 ans, vint à la Maison-de-Santé pour s'y faire traiter d'une tumeur de l'abdomen accompagnée de perte de sang et de douleurs. D'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, elle avait toujours joui d'une bonne santé, à la constipation près : depuis long-temps elle n'allait à la garde-robe qu'à force de lavemens. Depuis l'âge de 32 ans, elle eut une cinquième grossesse, qui parcourut presque toutes ses périodes, quoiqu'il s'y joignît une perte de sang. Cette femme resta souffrante encore long-temps après sa couche. Le cours des règles fut tout-à-fait dérangé pendant près d'une année : c'était pour ainsi dire des hémorrhagies qui reparaissaient tous les quinze à vingt jours, avec une douleur profonde dans la fosse iliaque gauche. A cette douleur succéda un développement de la région hypogastrique ; les règles cessèrent ; la malade se crut encore enceinte. En effet, à la suite de contractions douloureuses de la matrice, elle rendit une masse charnue, renfermant un embryon d'environ quatre mois. Les pertes utérines reparurent ; l'abdomen prit en même temps plus d'extension ; l'éjection de l'urine et des matières fécales devenait de plus en plus difficile et douloureuse ; on avait souvent recours aux lavemens, au cathétérisme, aux bains de siège, pour faciliter la déplétion de la vessie et du rectum.

(1) V<sup>e</sup>. Boivin.

Un jour que la malade faisait de violens efforts pour aller à la garde-robe, elle rendit tout-à-coup par l'anus environ une pinte de matière d'un blanc jaunâtre, de consistance de bouillie épaisse. La tumeur sus-pubienne était sensiblement diminuée après cette évacuation; depuis, l'éjection de l'urine s'opérait librement, ainsi que les évacuations alvines, qui se trouvaient encore mêlées de pus en assez grande quantité.

L'exploration de l'abdomen, la dépression de ses parois en différens sens, n'accusent ni tuméfaction ni douleurs, mais seulement un peu de sensibilité à gauche.

Depuis l'ouverture de l'abcès dans le rectum, les douleurs de cette dame ont cessé. L'ennui l'ayant prise à la Maison, cette femme en sortit pour retourner chez elle.

L'étiologie de ce cas est obscure. Il est supposable, néanmoins, que la constipation a influé sur le développement de l'abcès. Celui-ci s'ouvrit spontanément pendant des efforts pour aller à la selle : circonstance notable.

22<sup>e</sup> OBS.—*Abcès intra-péritonéal, suite de couches, pris pour une névralgie; péritonite; mort; autopsie (1).*

Une jeune femme, à la suite d'un premier accouchement, était restée atteinte d'une douleur qui avait son siège dans l'hypogastre, derrière les os pubis, et qui se manifestait d'une manière intermittente, à l'instar d'une névralgie. Elle devenait lancinante et vive jusqu'à faire crier la malade, et se propageait, comme par irradiation, vers le col utérin, en haut, vers les parois abdominales, et en arrière, dans la région lombaire, où la malade disait ressentir des douleurs semblables à celles qui existent à une certaine époque du travail de l'enfantement. Tel fut le récit qui nous fut fait par la malade lorsqu'elle entra à la Charité. Cette affection, telle que je viens de la décrire, ne ressemblait-elle pas à une névralgie? Mais lorsqu'elle fut soumise à notre observation, elle n'était plus dans cet état de simplicité. Depuis un mois la douleur était devenue continue; elle était d'ailleurs moins intense que lorsqu'elle n'existait que par intervalles. La pression de l'hy-

(1) Andral. *Clin. méd.*

pogastre était douloureuse ; le reste du ventre était souple et indolent. Il y avait un amaigrissement notable, une petite fièvre continue, des sueurs fréquentes. Il n'était que trop évident que la maladie ne consistait pas dans une simple névralgie. Nous pensâmes qu'il existait une affection chronique d'un des ovaires, ou d'une des portions du péritoine qui les entourent (Sangues, fomentations émollientes et narcotiques sur l'hypogastre). Même état, à-peu-près, pendant les quinze jours suivans ; puis une diarrhée abondante s'établit. L'abdomen, dans sa totalité, devint tendu et douloureux ; la malade s'affaiblit rapidement et succomba.

L'ouverture du cadavre montra, dans le péritoine, les traces d'une inflammation aiguë récente (sérosité trouble avec mélange de flocons fibrineux amorphes). La plus grande partie de la surface interne du gros intestin, ainsi que celle de la fin de l'intestin grêle, étaient vivement injectées. Mais quelle était la cause de l'ancienne douleur hypogastrique ? Nous la trouvâmes dans une tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans l'excavation du bassin ; elle y était disposée de manière que sa moitié droite était interposée entre le corps de l'utérus et le rectum, tandis que sa moitié gauche, cachée en avant par le ligament large, dépassait latéralement ces deux organes. Cette tumeur contenait une cavité séparée en plusieurs loges incomplètes, dans chacune desquelles existait un liquide purulent. Ses parois étaient constituées par de fausses membranes superposées. L'utérus, les ovaires, le rectum et la vessie ne présentèrent aucune altération appréciable.

Souvenons-nous qu'un abcès intra-pelvien peut donner lieu à des symptômes intermittens.

23<sup>e</sup> Obs. — *Abcès intra-péritonéaux, suite de couches; infection purulente; mort (1).*

Une femme mourut à la Charité peu de temps après être accouchée. Le travail avait été extrêmement laborieux. Pendant son séjour à l'hôpital, elle nous offrit deux périodes dans son état. La première fut caractérisée par des douleurs sourdes dans l'hypo-

(1) Andral.

gastre, une fièvre continue avec des sueurs abondantes chaque nuit, un dépérissement assez rapide. La seconde période fut marquée par une prostration qui ne s'établit pas graduellement, par une altération subite des traits de la face, un demi-délire et une abondante diarrhée. Cette seconde période fut courte, et la mort la suivit bientôt.

A l'ouverture du cadavre on trouva les lésions suivantes : 1° un état d'engorgement, de ramollissement très marqué du tissu de l'utérus; 2° autour de cet organe plusieurs collections purulentes renfermées dans des loges dont les parois étaient constituées par des fausses membranes entrecroisées en sens différens; 3° un peu de sérosité légèrement trouble, épanchée dans le reste du péritoine; 4° une injection vive à la fin de l'iléon, au cœcum, et au commencement du colon; 5° une lésion plus rare, sur laquelle j'appelle surtout en ce moment l'attention : un grand nombre de veines situées, dans l'excavation du bassin nous frappèrent par leur état de distension : elles étaient remplies par un sang coagulé, auquel était mêlé, sous forme de gouttelettes éparses, un liquide blanchâtre, que les personnes qui assistaient à l'autopsie comparèrent à du pus ; les parois mêmes de ces veines n'offrirent aucune altération appréciable. Le sang contenu dans la veine iliaque et dans la veine cave inférieure, avait le même aspect. On ne trouva plus rien de semblable dans la cavité droite du cœur, ni dans le reste de l'appareil circulatoire. Mais en incisant le poumon droit, qui, vu extérieurement, paraissait très sain, on trouva en trois points son parenchyme refoulé par des collections de pus occupant une espace qui, pour deux d'entre elles, aurait pu contenir une noix, et pour la troisième une noisette. Autour de ces abcès le parenchyme pulmonaire ne présentait aucune altération appréciable. Dans le foie on trouva un autre abcès, qui, comme ceux du poumon, existait sans lésion du parenchyme autour de lui. Enfin, dans le cerveau, au niveau et en dehors d'une des couches optiques, on rencontre encore un foyer de pus de la grandeur d'une grosse noisette, et que n'accompagnait aucune injection, aucun ramollissement de la substance cérébrale environnante.

Ce fait est des plus remarquables. D'abord il nous offre,



comme plusieurs des précédens, un exemple d'abcès intrapéritonéaux, suite de couches. Ensuite, on y voit une péritonite purulente partielle donner lieu à la pyohomie, et à des abcès *métastatiques* jusque dans le cerveau.

24<sup>e</sup> OBS. — *Péritonite et phlébite puerpérales avec formation, dans la fosse iliaque, d'un abcès qui s'ouvrit par le vagin.* (1)

Une femme de trente ans, d'un tempérament sanguin nerveux, était parvenue au terme d'une seconde grossesse, qui n'avait rien offert de remarquable. L'enfant, situé en travers, la tête à gauche et le visage en avant, présentait le bras gauche; on pratiqua la version. La main pénétra avec quelque difficulté jusque dans la cavité utérine: un des pieds était déjà saisi et l'autre allait l'être, lorsque la femme se mit à crier, et fit de grands mouvemens qui forcèrent l'accoucheur à retirer la main. Il prescrivit un bain et attendit. On fit une seconde tentative: la malade fut encore plus indocile que la première fois; il fut impossible de la contenir; un consultant essaya, et fut obligé aussi de s'arrêter (Saignée du bras). Il y avait trente heures que le travail était commencé. On fit venir un troisième médecin. La malade, accablée par les douleurs, modéra enfin ses mouvemens, et l'on put amener l'enfant, qui était mort. La délivrance n'offrit rien de particulier.

Le premier jour et une partie du suivant, il n'y eut aucun accident; les lochies coulèrent modérément; l'accouchée se trouva bien; mais, environ trente-six heures après l'accouchement, elle se plaignit d'une douleur vive dans le *flanc droit et à la région iliaque* de ce côté; malaise général; frissons.

Le lendemain, fièvre; ventre douloureux et tendu *du côté droit*; mamelles affaissées (Saignées du bras; sangsues sur le ventre; fomentations émollientes). 28 juillet: douleur aiguë dans le ventre, et spécialement dans les régions lombaire et iliaque *droites*; la moindre pression exercée en cet endroit, la toux, un simple mouvement, augmentent cette douleur et arrachent des cris à la malade. Tension considérable des parois abdominales plus marquée

(1) Mèlier. *Journal général de médecine*, 1827.

aussi du *côté droit*, où nous croyons sentir une fluctuation obscure. La percussion de cette partie donne un son mat ; ailleurs, le ventre météorisé donne un son clair. La peau est aussi plus chaude du côté droit. Hoquets fréquens et douloureux ; nausées de temps en temps ; suppression des lochies.

Le soir, la douleur est un peu calmée (Bain d'une heure ; fomentations émollientes ; demi-lavement huileux).

Le lendemain 29, la douleur était fort aiguë et le gonflement plus considérable (Trente sangsues ; large ventouse sur chaque mamelle). Les ventouses restèrent en place pendant plus d'une demi-heure, et furent plusieurs fois réappliquées ; elles firent couler, non sans beaucoup de douleur, une certaine quantité de lait mal élaboré, et donnèrent lieu à un gonflement considérable des mamelles ; il nous sembla que les douleurs de la péritonite diminuaient à mesure que cette fluxion artificielle s'établissait.

30. Léger mieux (Bains ; on insiste sur les ventouses, qui, chaque fois, font couler une certaine quantité de lait).

31. Nuit mauvaise ; douleurs dans toute l'étendue du ventre. La fluxion des mamelles s'étend des deux côtés jusque sous les aisselles. Les lochies coulent à peine (Sangsues ; un vésicatoire à chaque cuisse).

1<sup>er</sup> août. Mieux sensible ; douleurs moins vives, bornées au flanc droit et à la région lombaire de ce côté ; on sent toujours à cet endroit une fluctuation obscure. A dater de ce moment, les accidens perdent de leur gravité. Il s'écoule par la vulve un liquide sanguinolent et fétide en petite quantité.

La malade était dans un état qui permettait quelque espoir, lorsqu'un jour on s'aperçut que l'écoulement était devenu tout-à-coup plus abondant, et qu'il avait changé de nature : c'était du pus ; pendant les premiers jours, la malade en fut comme trempée. Si on l'asseyait, et surtout si l'on pressait avec la main sur le côté droit du ventre, l'écoulement devenait beaucoup plus considérable. D'abord louable, le pus ne tarda pas à devenir grisâtre et fétide. Fièvre hectique. La malade s'affaiblit rapidement.

La douleur du flanc droit qui, depuis long-temps était sourde, devint de nouveau aiguë, et se fit sentir jusque dans l'aîne et la cuisse. Bientôt après, infiltration séreuse du pied, de la jambe,

et successivement de tout le membre abdominal droit, qui était douloureux. La malade mourut le 17 août.

*Autopsie.* — La cavité abdominale seule fut ouverte. Le péritoine présenta partout des traces évidentes d'inflammation. Peu intense du côté gauche, cette phlegmasie le devenait davantage à mesure que l'on s'approchait du côté droit, et spécialement de la région lombaire et de la fosse iliaque. Il existait là un vaste foyer contenant plusieurs livres de pus fétide, grisâtre et mal lié. Ce liquide, contenu dans le péritoine, était enveloppé de toutes parts par une fausse membrane, déjà assez bien organisée, irrégulièrement épaisse, d'un blanc sale, molle, s'enlevant par lambeaux. Des adhérences nombreuses de circonvolutions intestinales entre elles et avec les parties adjacentes bornaient cette collection purulente. Une masse blanche, d'apparence *albumineuse*, pesant une demi-livre au moins, nageait au milieu du pus. Le foyer se prolongeait jusque dans le petit bassin, et communiquait avec le vagin, au moyen d'une ouverture large et irrégulière, à bords mous, frangés et noirs, occupant la paroi droite du vagin, presque entièrement détruite. Il eut été facile, du vivant de la malade, de m'assurer de la disposition des parties par le toucher.

L'utérus, revenu à-peu-près à son volume naturel, était sain ; sa cavité contenait une petite quantité de mucus roussâtre.

La veine iliaque externe, presque en totalité, et la veine crurale, dans l'étendue de deux ou trois pouces, étaient complètement oblitérées par un caillot sanguin, fibrineux et consistant, semblable à ces concrétions polypiformes que l'on trouve souvent dans le cœur. Les parois de ces veines nous parurent épaissies ; la membrane interne était rouge ; on voyait quelques gouttes de pus à sa surface : elle adhérait au caillot en plusieurs endroits. Rien de remarquable dans les autres organes de l'abdomen.

On remarquera dans cette observation : 1<sup>o</sup> la cause occasionnelle de la péritonite, qui se trouve dans l'acte de l'accouchement et la manœuvre qu'il nécessita ; 2<sup>o</sup> la variété de l'abcès, qui était intra-péritonéal ; 3<sup>o</sup> le mode d'ouverture de la tumeur qui se fit jour dans le vagin ; 4<sup>o</sup> la phlébite

adhésive et l'infiltration consécutive du membre correspondant. On est amené malgré soi à penser qu'il aurait fallu agir plus activement dans le commencement.

25<sup>e</sup> OBS. — *Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches, ouvert par le bistouri; guérison (1).*

Madame Amans, âgée de trente-et-un ans, mariée à trente, eut son premier enfant dix-sept mois après. Pendant tout le cours de sa grossesse, elle jouit d'une bonne santé, à une douleur près, qu'elle ressentit constamment dans les parties latérales droites de l'utérus, et parfois dans la fosse iliaque, dans l'aîne et la cuisse droites; cette douleur était surtout excitée par les mouvemens de l'enfant. Saignée au sixième mois, elle accoucha à terme d'un enfant bien portant. Difficulté pour extraire le placenta, très adhérent à droite: il fallut introduire la main dans la matrice, et faire d'assez grands efforts; point d'hémorrhagie, point d'accidens pendant les deux premiers jours; lochies abondantes et sans interruption durant l'époque ordinaire de la sécrétion laiteuse, qui ne se fit pas; ventre gonflé, très sensible; la marche était pénible; si le pied droit portait à faux, s'il heurtait contre un corps solide, il en résultait aussitôt une douleur vive dans l'aîne et dans le ventre (Vin de Bordeaux; quinquina).

Je vis madame Amans le 25 octobre 1827, sept semaines environ après sa couche. Ventre volumineux, sonore, très douloureux à la pression; selles fréquentes; dans l'aîne droite, gonflement inflammatoire s'étendant à la partie interne de la cuisse et de la jambe dans la direction des lymphatiques, durs et tendus comme des cordes, très douloureux à la moindre pression, au plus léger mouvement. Les vaisseaux lymphatiques de la cuisse gauche n'étaient point affectés; ils le furent légèrement dans la suite (Tisanes émoullientes; vingt-cinq sangsues sur les ganglions de l'aîne et les vaisseaux lymphatiques; cataplasmes émoulliens).

Au bout de quinze jours, cessation presque complète des accidens; mais les douleurs se réveillèrent avec une nouvelle intensité dans la fosse iliaque, dans l'articulation iléo-fémorale, et

(1) Téallier. *Journal général*, juillet 1829.

s'étendirent depuis la crête de l'os des îles jusque dans la région lombo-dorsale. Pouls fréquent; teint animé; peau sèche, brûlante; toujours plusieurs selles par jour (Saignée de 12 onces; le lendemain, trente sangsues dans l'aîne; cataplasmes émoulliens; bains; vingt autres sangsues deux fois).

Les douleurs se concentrèrent dans la fosse iliaque, où je reconnus une tumeur du volume du poing, dure, douloureuse au toucher, située à droite de l'intestin cœcum, qui ne tarda pas à occuper la presque totalité de la fosse iliaque et à venir faire saillie au-dessus du ligament de Fallope. Fluctuation évidente. L'abcès menaçait de se faire jour sur plusieurs points où la peau était rouge et amincie. Le 12 janvier, je plongeai un bistouri étroit vers le milieu et immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, point où l'amincissement de la peau était le plus avancé. Le pus jaillit avec force: il était clair, séreux, floconneux, mêlé de beaucoup de sang. Il s'en écoula plus d'une livre. Décubitus sur le côté droit, pour que l'ouverture pratiquée se trouve dans la partie la plus déclive. Suppuration très abondante (Trois pansemens par jour). L'écoulement diminua rapidement, et, vers la fin de janvier il ne sortait de la plaie qu'un peu de sérosité blanchâtre. Anasarque générale. Bientôt l'ouverture de l'abcès livra passage à une grande quantité de sérosité, et l'anasarque ne tarda pas à se dissiper. La plaie se cicatrisa vers la fin de février. La guérison fut complète dans le courant d'avril.

La douleur fixe à droite, pendant la grossesse, semble indiquer une phlegmasie utéro-placentaire partielle, dont les adhérences du placenta furent la conséquence. Ainsi: placentométrite; adhérences du placenta, sur lequel on est obligé de tirer fortement; métrite; engorgement des vaisseaux lymphatiques du membre; puis, formation de l'abcès iliaque du côté de l'insertion du placenta: telle a été la marche de la maladie. On aura remarqué l'anasarque, effet de la diminution rapide de l'écoulement purulent, véritable métastase, et la cessation de l'anasarque par suite d'un écoulement abondant de sérosité à travers l'ouverture de l'abcès.

26<sup>e</sup> OBS. — *Anatomie pathologique d'un abcès puerpéral de la fosse iliaque* (1).

En 1834, M. Bérard (Aug.) présenta à la Société anatomique une pièce recueillie sur une femme qui avait été prise de douleurs hypogastriques à la suite d'une couche, et chez laquelle on avait soupçonné un abcès de la fosse iliaque. A l'autopsie, on trouva un vaste abcès qui commençait à la partie postérieure et supérieure du flanc gauche, entre le colon et la paroi abdominale. Cet abcès s'était propagé dans la région hypogastrique, en passant entre la fosse iliaque et l'intestin, toujours situé hors du péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette cavité au-devant de la vessie, mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite, en décollant le péritoine dans la région hypogastrique; de la région iliaque droite il avait remonté sur le côté de la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic: là il s'était fait jour au-dessous de la peau, qu'il avait décollée au pourtour de la cicatrice ombilicale; dans le flanc gauche, l'abcès communiquait avec le colon descendant par une ouverture arrondie. M. Bérard pensa que l'ulcère intestinal avait été la cause de l'abcès iliaque. La surface de tout le gros intestin étant inégale et bosselée, M. Michon en tira la conclusion que l'intestin avait dû être le premier malade, et M. Teissier fit remarquer, de son côté, que ce qui excluait l'idée d'un abcès iliaque primitif, c'est que le muscle iliaque était parfaitement sain.

Exemple remarquable de migration du pus. Cette observation nous servira sous ce rapport. Quant à savoir si l'abcès provenait d'une lésion intestinale, les raisons données en faveur de l'affirmative sont très loin d'être concluantes.

27<sup>e</sup> OBS. — *Abcès à l'hypogastre, suite de couches, ouvert par la potasse caustique; guérison* (2).

Madame Fournier éprouvait dans le bassin, depuis une couche faite en 1805, une douleur qui revenait par intervalles. En 1811, à la suite d'une fièvre muqueuse, cette douleur devint plus in-

(1) Aug. Bérard. *Bulletins de la Société anatomique*.

(2) Martin. *Mémoires*.

tense, et ne se dissipa qu'après un long terme. A cette époque, on reconnut au-dessus des os pubis une tumeur indolente, qui gênait, à certaines époques, l'excrétion des urines. Redevenue enceinte en 1813, elle ressentit de nouvelles douleurs dans la tumeur, et quelques jours après son accouchement, en explorant le bas-ventre devenu très sensible, on reconnut une collection purulente présentant trois bosselures, dont l'une était centrale, au-dessus du pubis, et les deux autres répondaient à chaque aine. Appelé en consultation, je proposai d'appliquer sur la bosselure de l'aine gauche, qui était plus saillante et plus fluctuante, une traînée de potasse caustique. L'eschare résultant de cette application tomba le troisième jour, et, à sa chute, il s'écoula plus d'une chopine d'un pus fétide et mal élaboré; ce qui affaissa en même temps les trois bosselures, qu'on aurait pu prendre pour trois dépôts différens. Un pansement régulier fut employé: en moins d'un mois la cicatrisation fut obtenue, et la malade rendue à la santé.

La forme extérieure de cet abcès est remarquable: on aurait pu, comme l'auteur le dit, croire à trois foyers distincts. La manière dont la tumeur se produisit, le long temps qu'elle mit à s'abcéder sont des circonstances également intéressantes. Jusqu'à quel point des vésicatoires répétés auraient-ils pu résoudre cette tumeur chronique?

28<sup>e</sup> OBS.— *Abcès de la fosse iliaque gauche, s'étendant jusqu'aux lombes du même côté; ouvert par la potasse caustique et le bistouri; guérison (1).*

Madame Nicollot eut un accouchement laborieux, terminé avec le forceps. Dès le lendemain, il se manifesta une fièvre très intense avec météorisme de tout le ventre. La fluxion laiteuse des seins n'eut pas lieu; les lochies furent très irrégulières. Je fus appelé le vingtième jour en consultation, et je reconnus tous les symptômes d'une fièvre lente hectique, occasionnée par un dépôt dans la fosse iliaque gauche, s'étendant jusque dans la région lombaire, avec engorgement des glandes de l'aine et de l'extrémité

(1) Martin.

inférieure de ce côté; la fluctuation était prononcée principalement du côté de la région des lombes. Au bout de deux jours, la saillie formée par le pus dans la région lombaire augmenta sensiblement; la fluctuation y devint plus évidente. Application d'une trainée de potasse caustique. Le lendemain nous incisâmes l'eschare, et portant le bistouri un peu au-dessous de sa profondeur, nous parvînmes au foyer purulent. Il s'en écroula aussitôt un litre de pus, ce qui diminua presque immédiatement la tumeur de la fosse iliaque. La malade fut sensiblement soulagée. Le pus coula pendant plusieurs jours avec abondance, mais il diminua par gradation ainsi que la fièvre. Bientôt l'appétit revint, les forces et l'embonpoint se rétablirent, et, le soixantième jour, l'ulcère était cicatrisé; les glandes de l'aîne gauche, l'extrémité correspondante étaient dégorgées, et madame Nicollot ne tarda pas à recouvrer une bonne santé.

L'accouchement fut terminé par le forceps. Ainsi : difficulté du travail; action obstétricale; l'étiologie est dans ces deux circonstances. Encore un abcès ouvert dans la région lombaire. La guérison se fit attendre soixante jours : cette lenteur n'est pas favorable au mode d'ouverture.

29<sup>e</sup> OBS.—*Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches; application de potasse caustique; incision de l'eschare; guérison (1).*

Le 25 mars 1804, madame Velay-Pélégrin, à la suite d'un accouchement naturel, éprouva une perte utérine considérable avec syncope et défaillance. A cet accident succéda un état de faiblesse extraordinaire : les seins ne se gonflèrent point; la sécrétion laiteuse ne s'établit qu'imparfaitement, et malgré cela l'accouchée alla son enfant pendant environ un mois. A dater de cette époque elle dépérit sensiblement; fièvre continuelle et fréquente. Toux. On diagnostique une phthisie pulmonaire. Appelée en consultation au troisième mois de la couche, je reconnus dans la fosse iliaque droite une tumeur considérable de forme ovulaire, se prolongeant du côté de l'aîne, lieu où je distinguai une fluctuation profonde. La cuisse et la jambe droites étaient légèrement

(1) Martin.



fléchies, et ne pouvaient s'étendre qu'avec douleur. Je n'hésitai pas à proposer l'application de potasse caustique sur le point fluctuant de la tumeur. Le surlendemain je trouvai l'eschare détachée dans un point, duquel s'était écoulé beaucoup de pus. J'introduisis dans cette petite ouverture une sonde cannelée, à l'aide de laquelle je fendis l'eschare dans toute sa longueur : issue d'une grande quantité d'un fluide purulent, épais et bien lié, de couleur verdâtre et d'une odeur très fétide. Amélioration ; le pus coule pendant cinq mois ; cicatrisation. On distingue, du côté du ventre, une dureté ou espèce de noyau qui semble se prolonger vers la fosse iliaque, et un enfoncement sur le point cicatrisé adhérent à cette dureté.

Les règles reparurent trois mois avant la guérison du dépôt, et c'est à peu-près à la même époque que madame Velay reprit ses forces, de l'embonpoint et un état de santé parfaite. Elle a eu depuis deux enfans ; mais plusieurs années après elle a succombé à une phthisie pulmonaire.

Relevons, dans cette observation : 1<sup>o</sup> l'erreur de diagnostic ; 2<sup>o</sup> la circonstance d'une métrorrhagie ayant précédé le développement de la tumeur.

30<sup>e</sup> OBS. — *Abcès iliaque suite de répercussion du lait ; ouverture par le caustique ; guérison (1).*

La femme Bergeret, âgée de trente ans, accoucha heureusement dans le mois d'avril 1816. Le jour où la fluxion laiteuse s'établit, application astringente sur les seins, qui fit disparaître en peu d'heures leur engorgement. Le lendemain de cette répercussion une fièvre violente eut lieu ; les lochies se supprimèrent ; des douleurs se firent sentir dans l'abdomen, avec tension et météorisme des parois de cette cavité (Traitement antiphlogistique). Les douleurs abdominales et la fièvre continuèrent pendant vingt jours. L'exploration du ventre me fit alors reconnaître un engorgement douloureux dans la direction des ligamens larges. Fièvre ; amaigrissement extrême ; rétraction de la cuisse gauche. Six semaines après ma première visite, je reconnus une collection purulente occupant les régions hypogastrique et iliaque gauches

(1) Martin.

et se dirigeant vers l'aîne de ce côté, point dans lequel je distinguai une fluctuation profonde avec une légère rougeur à la peau. Je fis appliquer sur ce lieu une traînée de potasse caustique ; l'eschare qui en résulta fut incisée le surlendemain, et il sortit une très grande quantité de pus. La malade fut mise à l'usage du lait de chèvre, du sirop de kina ; des mèches de charpie furent introduites dans l'ulcère, et diminuées au fur et à mesure que la suppuration était moins abondante.

Deux mois après cette malade était parfaitement guérie.

C'est surtout la cause qui nous importe dans cette observation, très importante sous ce rapport.

31<sup>e</sup> OBS. — *Abcès de l'ovaire droit ou de ses dépendances, ouvert par la potasse caustique ; guérison (1).*

Madame Naud me fit appeler en 1803. Sa maladie datait d'une couche qui avait eu lieu quelques mois auparavant, et à la suite de laquelle elle avait eu l'imprudence de se lever le lendemain de la fièvre de lait, et des'exposer au froid et à l'humidité. Dès le soir même, elle avait ressenti des douleurs vives dans le ventre, principalement dans la région iliaque droite. Bientôt après, il s'y manifesta une tumeur qui fit de tels progrès, que, lorsque je vis la malade, plusieurs mois après son accouchement, son ventre était aussi développé que celui d'une femme enceinte de sept mois. Les règles, d'abord supprimées, avaient reparu irrégulièrement à diverses époques, occasionnant toujours un violent accès de fièvre ; marasme effrayant. La maladie avait été traitée jusqu'alors pour une hydropisie ascite. Un examen attentif me fit bientôt reconnaître que la tumeur avait son siège dans l'ovaire droit ou dans ses dépendances. La circonscription de cette tumeur, la fluctuation sourde que j'y distinguais, la douleur qu'y déterminait la pression, et la fièvre continuelle qui minait la malade, me firent penser que cette tumeur contenait un fluide purulent. L'exploration par le vagin me fit reconnaître le plancher de ce dépôt, faisant saillie entre le col de la matrice légèrement dévié et les parois du vagin. La dureté de sa paroi corres-

(1) Martin.

pondante au vagin, nous éloigna de l'idée de pratiquer l'ouverture par ce conduit. Nous résolûmes d'appliquer sur les parois du ventre, au lieu le plus déclive et le plus saillant de la tumeur, une traînée de potasse caustique. Je fus plusieurs semaines à attendre la séparation de l'eschare, et lorsqu'elle fut complètement détachée, je m'aperçus que le kyste de la tumeur était encore très épais; ce qui me décida à une seconde application de caustique, qui fut beaucoup plus douloureuse que la première. Deux jours après cette application, il s'écoula à travers la seconde eschare une énorme quantité d'un pus inodore, visqueux et très épais. Nous agrandîmes par gradation l'ouverture fistuleuse, à l'aide d'une tente de charpie d'abord, puis avec un morceau d'éponge préparée, faisant, à chaque pansement, des injections dans le sac, avec une décoction d'orge et de miel rosat. Bientôt la tumeur s'affaissa; la fièvre diminua; la suppuration devenait aussi moindre de jour en jour. Les forces revinrent progressivement, et, au bout de deux mois de traitement, l'ouverture du dépôt se ferma complètement. La cicatrice s'enfonça du côté des parois abdominales, et se confondit avec un noyau dur, assez volumineux, qui se prolongeait dans la fosse iliaque droite.

La malade se lève le lendemain de la fièvre de lait, et s'expose au froid et à l'humidité. La cause de la tumeur est dans cette imprudence. Comme dans les cinq précédentes observations, l'abcès est ouvert avec le caustique. Il faut deux mois pour que l'ouverture se ferme.

32<sup>e</sup> OBS. — *Abcès de la fosse iliaque droite, après une couche laborieuse; ouverture spontanée; guérison (1).*

Madame Pommey accoucha pour la sixième fois, le 8 septembre 1812. L'enfant présentait la face et nécessita la version. Les suites de couches furent naturelles jusqu'au troisième jour, époque à laquelle se manifesta la fièvre de lait. Alors le ventre devint douloureux et se météorisa; les seins se flétrirent; les lochies se supprimèrent (Boissons délayantes; émolliens).

(1) Martin.

Le sixième jour, la fièvre persévérant avec un redoublement sur le soir, la langue devint saburrable. L'application de quelques sangsues à la vulve, les vomitifs et les purgatifs ne changèrent pas cet état.

Le quinzième jour de la couche, madame Pomme se plaignait d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, qui augmentait surtout dans la soirée et pendant la nuit. L'exploration ne fit reconnaître dans cette région aucun engorgement (Cataplasmes émolliens; fomentations et fumigations de même nature. On administre le petit-lait anti-laiteux de Weiss, la terre foliée de tartre, et pour tisane une décoction de chiendent nitrée). Etat stationnaire; fièvre; alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur; affaiblissement progressif; amaigrissement.

Le vingt-cinquième jour de l'accouchement je distinguai un engorgement profond et considérable dans la fosse iliaque droite. Il était de forme ovalaire, et quoique enfoncé du côté du bassin, il s'élevait jusqu'au niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, et s'étendait beaucoup en arrière. La fièvre augmenta singulièrement; les mouvemens de la cuisse devinrent impossibles, et la malade fut obligée de rester couchée sur le côté. Des douleurs avec élancemens se faisaient sentir dans la tumeur, qui ne présentait cependant aucune fluctuation. Insomnie continue (Cataplasmes, tisanes délayantes). Même état pendant près de quinze jours; à cette époque, douleurs plus vives; fièvre plus intense (Dix sangsues aux grandes lèvres). Le dégorgement sanguin local modéra la douleur et la fièvre, et procura l'apparition des règles pendant deux jours; mais la tumeur, devenue indolente, sembla prendre plus d'accroissement; fièvre moindre, mais continue, avec redoublement le soir. Maigreur extrême, toute la peau, rugueuse, se couvrit d'une éruption miliaire, qui, se desséchant au bout de quelques jours, tombait en desquamation, pour se renouveler ensuite. Les choses se passaient ainsi lorsqu'au soixante-quatorzième jour de l'accouchement, je crus reconnaître une fluctuation profonde dans la tumeur, et proposai l'application d'une trainée de potasse caustique au lieu le plus saillant, qui correspondait dans le milieu de l'espace compris entre l'épine antérieure de l'os des îles et le pubis. La malade

demanda qu'on ajournât cette application, et, deux jours après, le dépôt abcéda dans le lieu même où j'avais proposé d'appliquer le caustique. Il s'écoula, par une ouverture comme fistuleuse, un pus séreux, très abondant. Je dilatai l'ouverture avec un trochisque de minium; et après la chute de l'eschare qu'il produisit, je la maintins ouverte à l'aide d'une tente de charpie. Ce ne fut qu'au bout de quatre mois que j'obtins une cicatrice solide, qui s'établit sur une espèce de noyau profond qui se perdait dans la fosse iliaque droite.

Madame Pommey, depuis cette époque, a joui de la meilleure santé, et a fait deux autres couches heureuses.

Exemple des résultats fâcheux d'un traitement peu actif. Il est vraisemblable que le phlegmon ne se serait pas abcédé si l'on avait agi énergiquement. Au lieu de cela, à combien de dangers la malade n'a-t-elle pas été exposée? Notons qu'il y avait eu version, c'est-à-dire action obstétricale, c'est-à-dire, à un certain degré, violence. Notons encore l'éruption miliaire. On comprend bien que, dans de tels cas, les anciens aient eu l'idée d'une force occulte s'efforçant de livrer passage à l'humeur par des voies détournées.

33<sup>e</sup> OBS. — *Abcès de la fosse iliaque droite, suite de couches, ouvert spontanément dans le vagin; guérison (1).*

Marie, âgée de vingt-et-un ans, domestique, d'une santé habituellement bonne, est accouchée pour la première fois il y a vingt-cinq jours. Sa grossesse a été heureuse; son accouchement facile, naturel, s'est terminé après dix heures de souffrance; aucun accident n'est survenu après la délivrance. Au douzième jour, sans cause connue, elle commença à souffrir de l'hypogastre; la cuisse droite devint lourde, pesante, et la malade remarqua le soir un peu d'œdématie qui disparaissait par le repos de la nuit. La marche était difficile et douloureuse, et la douleur s'irradiait de l'hypogastre dans toute la longueur du membre pelvien du côté droit; selles liquides; coliques légères.

(1) Grisolle. *Archives*, 1839.

La malade ne s'est alitée que le 12<sup>e</sup> jour (31 janv.). Lochies assez abondantes; ventre mou, flasque, indolent à la pression, excepté dans la fosse iliaque droite: là, en effet, on circoncrit aisément une tumeur dure sans bosselures à sa surface, immobile et sans adhérence avec la paroi abdominale; la percussion y est complètement mate; elle a trois pouces verticalement, en commençant un peu au-dessus du ligament de Poupart; transversalement, elle remplit toute la fosse iliaque, sans dépasser en dedans le rebord du bassin; elle est le siège de douleurs médiocres, qui s'irradient dans tout le membre inférieur droit, que la malade ne peut étendre complètement (20 sangsues, cataplasmes, bains, soupes, repos).

La tumeur est moins douloureuse, 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. Le membre inférieur peut être étendu plus complètement que les jours précédens; constipation depuis plusieurs jours; frissons le soir; sueurs. La tumeur reste dure et peu douloureuse.

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 du pus phlegmoneux par sa couleur et par sa consistance. Le doigt introduit dans le vagin ne fait reconnaître 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 est diminuée de moitié depuis hier.

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 élancemens fugaces. La malade marche sans douleur; elle peut étendre complètement la jambe.

Le 23, 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.

Notons dans ce fait: 1<sup>o</sup> les douleurs propagées à tout le

membre, qui ne pouvait s'étendre complètement, douleurs liées vraisemblablement à un certain degré de *phlegmatia dolens*, puisqu'elles eurent lieu dès les premiers momens; 2° l'ouverture spontanée de l'abcès par le vagin; 3° la leucorrhée vaginale consécutive à l'écoulement du pus par le vagin.

34<sup>e</sup> OBS.—*Abcès iliaque suite de couches ouvert dans le rectum; guérison* (1).

Dio, âgée de 23 ans, chapelière, d'une bonne santé, n'a eu d'autre maladie grave qu'une variole confluyente à l'âge de 13 ans. Régliée à 18 ans sans difficulté, elle devint enceinte pour la première fois en 1834. Sa grossesse fut heureuse, et elle accoucha à terme vers le 1<sup>er</sup> février 1835, après un travail qui avait duré 15 heures. La fièvre de lait se déclara au deuxième jour. Elle fut forte et dura 48 heures; les seins se tuméfièrent beaucoup. Cette femme qui n'allaitait pas son enfant, quitta l'hôpital le neuvième jour, bien portante. Mais en rentrant chez elle, elle eut les pieds mouillés et éprouva de vives contrariétés; aussi elle se plaignit le même jour de frissons irréguliers, de malaise et de douleurs hypogastriques. Il y eut de la fièvre et quelques vomissemens. Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 14 février, cinquième jour de la maladie.

Cette femme, d'une constitution assez forte, a le facies calme; sa langue est blanche, humide; elle a la bouche amère, des envies continuelles de vomir, et, depuis hier, elle a un léger dévoisement sans coliques; les lochies, blanchâtres, coulent encore un peu. Le ventre est flasque, indolore, excepté à l'hypogastre et surtout dans la fosse iliaque gauche; dans cette dernière région la main découvre une tumeur du volume d'une petite orange, mate, non bosselée, très dure et très douloureuse, immobile, n'ayant aucun rapport avec l'utérus, dont le sommet est au niveau du pubis. Le pouls est à 120, petit; la chaleur est douce (40 sangsues).

Le 15, mêmes symptômes généraux; la tumeur a augmenté d'un cinquième ou d'un quart; mais les douleurs n'y sont pas plus vives: elle se prolonge presque sur la ligne médiane; il y a quelques élan-

(1) Grisolle.

cemens très douloureux dans le tiers supérieur et interne de la cuisse gauche, sans changement de couleur à la peau, et diminuant parfois légèrement sous la pression. Pour la première fois la malade accuse une sensation de froid dans la jambe et le pied gauches : la main perçoit une diminution sensible dans la température du membre comparée à celle du côté opposé ; de l'œdème existe autour des malléoles de la jambe gauche. Les deux artères crurales étant pressées avec les doigts de la même manière et simultanément, il est évident que dans la gauche le pouls est moins ample, moins développé qu'à droite, et à cinq ou six reprises différentes, le choc du sang est perçu à droite avant de l'être à gauche. La cuisse du côté malade est légèrement fléchie et ne peut être amenée à une extension complète (30 sangsues).

L'écoulement du sang est considérable ; le soir il y a une diminution notable de la tumeur ; la température est égale dans les deux membres inférieurs ; les artères crurales ont des pulsations égales et parfaitement isochrones ; l'œdème, les élancemens et la raideur persistent. Pouls à 112.

Les 16 et 17, état stationnaire (Bain ; gomme ; catapl. ; diète).

Du 18 au 25, le pouls varie de 112 à 120 ; la tumeur, à peine douloureuse, n'a plus que le volume d'un œuf de poule. La rétraction et l'œdème cessent peu-à-peu. Les élancemens ont cédé le 22. Il y a tous les jours deux selles liquides ; la bouche est amère, la soif médiocre, l'urine safranée, et une suffusion ictérique est répandue sur les sclérotiques, aux ailes du nez et à la face antérieure du thorax (Frictions avec onguent mercuriel, deux gros par jour, bains tous les deux jours, cataplasme, bouillon.)

Le 5 mars il n'y a plus d'ictère ; le dévoïement a cessé ; la malade digère des potages ; pouls à 80. La tumeur, toujours dure, située à un demi-pouce au-dessus et en arrière de l'arcade crurale, a peu diminué.

Le 12, on cesse les frictions mercurielles, à cause d'une légère stomatite, qui cède après trois jours à l'emploi d'un collutoire d'acétate de plomb et de laudanum.

Du 15 au 25, l'appétit revient, mais la malade reste faible ; presque toutes les nuits elle a quelques sueurs peu abondantes sans fièvre ; la fosse iliaque est toujours le siège d'une tumeur



dure, mate, non bosselée, ayant le volume et la forme d'une pomme d'api; le pouls est à 66, peu résistant (Bains; le quart).

Les 26 et 27, j'examinai les selles pour la première fois, et je vis sur les matières molles qui étaient rendues, des stries blanchâtres et des globules opaques, épars çà et là, dans lesquels je crus reconnaître du pus.

Le 28, je n'en retrouvai pas; mais, le 29, je découvris dans les selles, et réuni en un seul point, un pus blanc, crèmeux, bien lié, dont j'évaluai la quantité à une once environ; la tumeur avait diminué d'un quart depuis la veille, et, la nuit d'après, il n'y eut plus de sueurs. Les jours suivans, les selles ne présentèrent plus trace de pus, et la malade sortit le 4 avril, encore faible, n'éprouvant plus de douleur, mais conservant encore dans la fosse iliaque une induration tout-à-fait immobile et indolente, offrant une surface d'un pouce.

Dans le courant de l'année 1835, j'ai revu cette femme plusieurs fois; elle n'a plus éprouvé de nouveaux accidens. Mais j'ai négligé d'explorer son ventre pour m'assurer si elle conservait encore quelque reste de l'ancien engorgement.

Cette observation est surtout remarquable par un symptôme que nous voyons pour la première fois : le refroidissement du membre correspondant à la tumeur, en raison de l'affaiblissement de la circulation artérielle, effet de la compression exercée par la tumeur sur l'artère. On aurait pu croire à une artérite par contiguïté; mais la cessation de la gêne de la circulation artérielle aussitôt que la tumeur eût diminué, prouve qu'il n'en était pas ainsi.

35<sup>e</sup> OBS. — *Phlegmon et phlébite iliaques, suites de fièvre puerpérale purulente; recueillie par M. Ambroise Tardieu (1).*

La nommée Ribaille (Félicie), née Guerland, joigneuse, âgée de 38 ans, est accouchée à la Maternité, il y a six semaines, de son septième enfant. Elle a toujours eu une bonne santé et se portait

(1) *Journal des conn. méd. chir.*, 1841.

très bien pendant sa grossesse. Le travail a été prompt, et s'est terminé en trois douleurs. S'il faut l'en croire, la sage-femme a détaché le placenta en introduisant la main dans la matrice. Sortie de l'hospice au bout de quatre jours, souffrant déjà dans le ventre, elle est retournée chez elle sans appétit, sans forces, pour faire son ménage. A cet état, est venue se joindre la douleur de perdre un de ses enfans, âgé de 2 ans 1/2. Les lochies, qu'elle est habituée à voir couler six semaines, ont cessé cette fois au bout de quatre jours. Elle n'avait pas de lait et maigrissait notablement. L'enfant qu'elle allaite s'en est ressenti; il pesait en naissant 4 kilogr. 1/2, et il a beaucoup perdu depuis ce temps. Elle avait du dévoïement, de la fièvre, la bouche amère et des envies de vomir continuelles qu'elle n'apaisait qu'en prenant de l'eau de Seltz. C'est alors qu'elle s'est fait apporter à l'hôpital Cochin, le 15 janvier 1840. Examinée le lendemain, elle se présente avec les symptômes suivans :

Premier jour. — Prostration générale. Anxiété, expression de douleur dans la physionomie. Pommettes colorées. Faiblesse extrême. Lèvres sèches. Pouls fréquent, vibrant. Battemens du cœur forts et accélérés, sans bruit anormal. Respiration haute, anxieuse; inspiration courte et sifflante, expiration brusque; aucun râle. Frissons répétés sans sueur. Peau chaude et sèche. Pupilles très dilatées. Langue sèche, aride, rouge. Bouche mauvaise et douloureuse. Douleur à l'épigastre. Vomituritions. Lypothymies. Sensibilité excessive dans le flanc droit et sur le trajet du colon. Rénitence, sans gargouillement. Diarrhée. Le membre inférieur droit, la jambe surtout, est le siège d'une tuméfaction très marquée et d'une douleur très vive qui s'étend de la hanche au pied. Le gonflement douloureux a paru quatre jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Insomnie constante (Saignée. Lavement laxatif. Cataplasmes).

Deuxième jour. — Même état d'excessive faiblesse. Pouls moins fort et moins fréquent. Aridité toujours extrême de la bouche (frictions avec 60 grammes d'onguent mercuriel, gargarisme émollient). On lui retire son enfant, qu'elle n'est pas en état de nourrir.

Troisième jour. — Le pouls a pris du développement sans trop

de fréquence. Le ventre est moins douloureux. Il n'y a eu qu'une selle, et un vomissement peu abondant. La langue est un peu humide. Le soir, pupilles dilatées. Anxiété. Un peu de céphalalgie. Pouls déprimé. Douleurs vives dans la jambe. Râles muqueux dans la poitrine. Crachats muqueux expectorés avec peine.

Quatrième jour.—Pouls un peu relevé (84 puls.). Pas de douleur. Asthénie complète. Langue plus humide et moins rouge. OEil un peu moins abattu. Insomnie.

Cinquième jour. — Face terreuse. Pouls ralenti et déprimé. Douleur extrêmement vive à droite, au-dessus du ligament de Fallope, et profondément. L'œdème du membre correspondant est plus considérable. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, pas de tension, et aucune douleur quand on presse. Pas de douleurs de ventre, seulement de la pesanteur d'estomac et des vomituritions fréquentes.

Sixième jour. — La malade a vomi cette nuit. Même état, du reste. Il y a encore deux vomissemens dans la journée. Aucune douleur de ventre.

Septième jour. — Mouvement fébrile augmenté. Céphalalgie. Anxiété. Envie de vomir (Saignée du bras 250 g.). Le soir, il n'y a pas eu de vomituritions depuis la saignée. Le pouls est fort, mais une grande débilité domine l'état général. Soif. Pas de douleur.

Huitième jour. — Vomissement la nuit. OEdème douloureux. Pouls peu déprimé. Diarrhée. Toujours du frisson. Du reste même état (Décoction blanche. Lavement amidonné laudanisé. Potion gommeuse). Dans la journée, le pouls est moins fort. Vive douleur d'estomac (Eau de Seltz légèrement coupée de vin).

Neuvième jour. — Quelques vomissemens dans la nuit. Même abattement général. Les lavemens ont été gardés assez long-temps. Douleur vive au-dessous de l'arcade crurale droite (Potion laudanisée, eau de Seltz).

Dixième jour.—Même état ; peut-être un peu d'amélioration ; le pouls est plus calme ; la peau chaude.

Onzième jour.—Exacerbation extrême. Le matin, des douleurs de ventre. Langue redevenue sèche et rouge. Plus de dévoiement. (50 sangsues sur le ventre.) Le soir, un peu moins de douleur. Langue fendillée.

Douzième jour.—Les membres inférieurs ne sont plus douloureux; aspect de la face meilleur; la langue n'est plus rouge ni sèche comme hier; elle est blanche; le pouls est mieux.

Treizième jour.—Épanchement considérable dans le péritoine; langue sèche, fendillée, brunâtre (Frictions avec 60 grammes d'onguent napolitain, et baume tranquille).

Quatorzième jour.—Grand abattement; toux; pouls faible, déprimé; plusieurs vomissemens dans la journée.

Quinzième jour.—Vomissemens continuels durant la nuit; plus de selles (Demi-lavement émollient, glace dans la bouche).

Seizième jour.—L'usage de la glace n'apaise pas les vomissemens; il n'y a pas eu de selles; pas de douleurs dans l'abdomen, qui est toujours distendu par un liquide; pouls petit; abattement extrême; douleur très vive à la région épigastrique; râle trachéal; décomposition des traits (Lavement purgatif, glace, potion laudanisée, friction d'onguent mercuriel sur le ventre, et d'huile de croton à l'épigastre). La malade expire à 3 heures, au milieu de ce formidable cortège de symptômes.

*Autopsie.* Région inguinale: tout le tissu cellulaire de la région inguinale est infiltré d'une énorme quantité de pus; les ganglions sont compris dans cette masse purulente.

Système veineux: la veine cave est vide et revenue sur elle-même dans toute la région dorso-lombaire; au niveau du sacrum elle contient un caillot adhérent, immédiatement au-dessous duquel ses deux divisions plongent dans un foyer purulent; dont le muscle psoas fait partie; le plexus lombaire est disséqué par la suppuration, qui a détruit une partie des fibres musculaires; la veine fémorale, au-dessous du pli de l'aîne, est entièrement oblitérée par un caillot ramolli au centre et contenant du pus.

Cavité abdominale: épanchement séro-purulent dans le péritoine, qui est d'ailleurs peu injecté sur les circonvolutions intestinales, tandis qu'il l'est fortement sur l'épiploon; la rate est volumineuse, de consistance normale, de couleur rosée, tachetée de brun; le foie présente sur la portion gauche de sa face convexe une épaisse fausse membrane; la vésicule biliaire est très distendue; le rein droit est plus volumineux que de coutume, ramolli; la tunique péritonéale s'en détache très aisément, et une arboisation pâle se dessine à sa surface; le gauche, plus vo-

lumineux, présente les mêmes altérations, et, de plus, des ecchymoses disséminées à sa superficie.

Cavité thoracique : le cœur gauche renferme un caillot fibreux décoloré ; le droit, un énorme caillot dont une portion est décolorée.

Engouement considérable du poumon gauche en arrière ; le droit est revenu sur lui-même, et couvert de fausses membranes.

Le membre inférieur droit est le siège d'un œdème considérable.

Cette observation nous intéresse spécialement par la complication de la phlébite, et par la circonstance étiologique de la main introduite dans la matrice par la sage-femme, pour retirer le placenta. Dans la symptomatologie, la péritonite a dominé.

36<sup>e</sup> OBS. — *Abcès du ligament large ouvert artificiellement et avec succès par le vagin (1).*

Une femme de trente ans, mal portante, et souffrant souvent du ventre depuis huit ans, c'est-à-dire depuis une couche à la suite de laquelle elle a eu une inflammation du bas-ventre, entra, le 12 juin 1841, à la Maison royale de santé. Il y a un mois, sans cause connue, douleurs très vives dans le côté droit du ventre, avec pesanteur sur le siège, constipation et envies fréquentes d'uriner. L'état général est des plus mauvais. La malade, pâle, maigre, est très affaiblie.

On reconnaît dans le côté droit de l'hypogastre une tumeur douloureuse, du volume d'une orange, qui descend en arrière et sur le côté correspondant de l'utérus. Correspondance de fluctuation entre le bas-ventre et le vagin, dans lequel la tumeur fait une saillie très prononcée.

Le 14 juin, M. Monod pratique une ponction sur la paroi postérieure du vagin, à l'aide d'un bistouri garni convenablement. Il ne s'écoule d'abord qu'une petite quantité de pus mélangé de sang ; mais ensuite il sort de la matière purulente pure et en

(1) Bourdon. *Revue médicale*, 1841.

abondance. Prompt soulagement; cinq ou six jours après, l'ouverture s'étant fermée, les souffrances du ventre augmentèrent, et la fluctuation reparaisant, on pratiqua une nouvelle ponction. Plus tard, on introduisit, deux jours de suite, une sonde de caoutchouc dans la plaie pour l'empêcher de se fermer (Observation inachevée).

Quoique incomplète, cette observation nous fournit un enseignement. Il paraît certain que la première ouverture était trop petite: aussi s'est-elle cicatrisée, et a-t-il fallu recommencer. L'invasion datait de huit ans.

37<sup>e</sup> OBS. — *Abcès dans la paroi postérieure de la matrice; incision par le vagin; guérison (1).*

Chez une autre femme, l'abcès s'était développé à la suite d'un accouchement laborieux terminé par le forceps. Quinze jours après la délivrance, la femme se plaignit de douleurs sourdes vers le sacrum, et d'un sentiment incommode de pesanteur sur le rectum. M. Duparcque sentit le col utérin déjeté en avant, et la paroi postérieure saillante, arrondie au fond du vagin, et présentant de la fluctuation. Alors il pratiqua une incision sur ce point, à l'aide d'un bistouri droit. Il s'écoula un verre environ de pus consistant et légèrement rougeâtre. La malade fut promptement rétablie.

Il n'est pas certain que l'abcès eût son siège dans la paroi postérieure de l'utérus. Nous croyons voir là un abcès du tissu cellulaire du cul-de-sac recto-vaginal.

38<sup>e</sup> OBS. — *Abcès du ligament large, ouvert artificiellement par le vagin, et en travers des parois abdominales; guérison (2).*

La nommée Lasaigne, 20 ans, brosière, entre, le 1<sup>er</sup> février 1840, à l'Hôtel-Dieu. Elle est accouchée heureusement, il y a cinq semaines, de son premier enfant. Depuis ce temps elle a

(1) Bourdon.

(2) Bourdon.

souffert du ventre, et s'est aperçue qu'une tumeur se formait dans le bas-ventre à droite. Fièvre, frissons, vomissemens.

A son entrée, elle est pâle, ses yeux sont excavés; frissons irréguliers dans le jour; sueur pendant la nuit; pouls petit et fréquent; douleur pendant la défécation et l'émission des urines; tumeur dure et résistante, du volume d'une grosse pomme, dans le côté droit de l'hypogastre. Par le vagin, on trouve de la fluctuation à droite et en arrière du col de l'utérus. M. Récamier pratique immédiatement une incision antéro-postérieure sur ce point, aucune pulsation n'indiquant la présence d'une artère. Un flot abondant de pus de bonne nature s'écoule (Injections dans le foyer, bains, cat.).

Le lendemain, la malade se trouve très bien; cependant, le pouls reste fréquent, l'émission des urines douloureuse; une sensibilité vive persiste dans le côté droit de l'hypogastre. La tumeur du côté du vagin diminue considérablement, ainsi que la quantité de la suppuration; mais on sent toujours de la résistance vers la fosse iliaque.

Le 26, une tumeur fait saillie à l'aîne, au-dessus du ligament de Fallope, et devient le siège de vives douleurs avec élancemens et pulsations. Le moindre mouvement du membre inférieur droit, et surtout son extension, augmentent beaucoup les souffrances.

Le 27, on reconnaît de la fluctuation à l'aîne; sueurs nocturnes abondantes; fièvre continue. L'ouverture du vagin est cicatrisée.

Le 29, deux morceaux de potasse caustique sont appliqués sur le point saillant et le plus déclive de la tumeur. Le lendemain on fend l'eschare, et on place dans la plaie deux nouveaux fragmens de potasse.

Le 2 mars, M. Récamier incise dans le fond de la solution de continuité obtenue par le caustique, et donne issue à une grande quantité de pus séreux, qui répand une odeur fétide fortement alliécée.

Immédiatement après cette nouvelle opération, il y eut un soulagement remarquable: les mouvemens du membre inférieur cessèrent promptement d'être douloureux.

Le 25 mars, l'ouverture était oblitérée.

Ce qui nous frappe surtout, dans ce cas, et ce qu'il faut re-

tenir, c'est la formation d'une tumeur à l'aîne, nonobstant l'ouverture faite par le vagin :

39<sup>e</sup> OBS. — *Abcès situé entre la vessie et l'utérus ; ouverture spontanée dans la cavité abdominale ; péritonite suraiguë ; mort ; autopsie (1).*

Une femme de 21 ans, bonne santé habituelle, accouchée naturellement il y a quinze jours, a éprouvé, le cinquième jour de ses couches, sans cause connue, des frissons, de la fièvre, et une perte très abondante, en même temps que les seins, d'abord gonflés, étaient devenus promptement flasques. Bientôt, douleurs vives dans le ventre, où la malade découvre une grosseur sensible à la pression. Entrée à l'hôpital.

Faiblesse, fièvre, constipation sans nausées ni vomissemens. On trouve dans l'hypogastre une tumeur douloureuse occupant tout le côté droit, et on s'assure que le col utérin est très élevé (Deux petites saignées à un jour de distance ; catap., frict. merc., huile de ricin). Les jours suivans, un peu d'amélioration. Le quatrième jour, la tumeur parut diminuée, et tout-à-coup, dans l'après-midi, il survint des symptômes de péritonite suraiguë. Mort au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie, on trouva le péritoine viscéral d'un blanc laiteux ; le feuillet pariétal offrait une teinte opaline ; l'épiploon, très friable, présentait plusieurs points d'une couleur pourpre. Dans la cavité péritonéale, il existait un liquide louche, ressemblant à du petit-lait mal clarifié. Les intestins, agglomérés en masse, étaient maintenus en place par l'épiploon, et leurs anses lâchement unies par de faibles adhérences. La membrane muqueuse intestinale était pâle et les follicules isolés développés. On examina avec soin la tumeur qui plongeait dans l'excavation pelvienne, et on reconnut qu'elle la remplissait presque complètement. Le cœcum et les portions voisines de l'intestin venaient y adhérer. L'épiploon se fixait à sa partie antérieure, et derrière ces adhérences, on apercevait sur la tumeur une ouverture ovulaire ayant environ 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Le pourtour de l'orifice était tapissé par des

(1) Bourdon.



fausses membranes, et c'est là surtout que les traces de péritonite étaient prononcées. Cette perforation faisait communiquer la cavité du péritoine avec un abcès du volume d'une grosse pomme. Le foyer contenait environ un verre de pus séreux tenant en suspension des flocons blanchâtres, et sa face interne était tapissée par une membrane qui représentait bien une membrane pyogénique. Les parois, épaisses de plusieurs millimètres, avaient une structure lardacée, presque cartilagineuse en divers points. La cavité de l'utérus, pouvant loger une noix, renfermait une petite quantité de sang. La face interne de cet organe était inégale, rugueuse. Ses parois étaient épaisses, et l'antérieure se confondait, au niveau du col, avec la tumeur, dont elle formait comme la paroi postérieure. Le col utérin était effacé, et son orifice externe déchiqueté, irrégulier. Le vagin dilaté avait des parois minces. La vessie, très pâle à sa face interne, présentait cependant quelques points ecchymosés. Le tissu cellulaire qui l'environne était infiltré de sérosité, de même que les ovaires. Quant aux autres organes, ils étaient, pour la plupart, anémiés et œdématiés.

Amélioration décevante! Pendant que le médecin pouvait croire à l'efficacité de son art, la nature, impatiente, travaillait à se débarrasser aux dépens des jours de la malade. Peut-on se reprocher de ne l'avoir pas devancée? Ce cas est important sous le rapport de l'anatomie pathologique.

40<sup>e</sup> Obs.—*Abcès du ligament large; incision pratiquée à l'hypogastre; huit jours après, ouverture spontanée de la tumeur dans la cavité abdominale; péritonite; mort. Autopsie (1).*

Une femme de 26 ans accoucha naturellement à la Maternité, le 21 mars 1841. Dès le surlendemain, elle fut prise de dévoiement et d'une douleur très vive dans le bas-ventre (Saignée). Les jours suivans, il y eut un peu de mieux, et la malade sortit de l'hôpital encore très souffrante. Dès son arrivée chez elle, frissons, nausées; vomissemens et douleurs dans l'émission des urines. Elle entra

(1) Bourdon.

avec ces symptômes, le 3 avril, à l'Hôtel-Dieu : ventre très sensible à l'hypogastre; l'utérus dépasse les pubis d'environ 3 centimètres. Le toucher vaginal produit de vives douleurs, quand on presse sur le museau de tanche, et sur l'utérus. La pression exercée sur le fond de la vessie est douloureuse; il y a un peu d'écoulement blanc sans odeur. Le pouls est à 100; diarrhée; toux et crachats muqueux (Sangsues, ventouses scarifiées, bains, cat.).

Le 7, on constate, dans le ligament large gauche, la présence d'une tumeur grosse comme une pomme, dure, régulière et douloureuse (Sangsues, cat., calomel, frict. merc.).

Quelques jours après, il survint des battemens et des élancements dans la tumeur, qui se dessina à l'hypogastre. Le 25, on y sentit une fluctuation manifeste.

La suppuration ne se déversant pas du côté du vagin, on fait une application du caustique de Vienne sur la tumeur. Incision dans le fond de l'eschare; il sortit environ un verre et demi de pus bien lié, mais répandant une odeur légèrement alliagée. Une mèche dans l'ouverture. Quelques jours après l'opération, le pus ayant pris une odeur fétide, on fit des injections d'eau tiède dans le foyer. Le 10 mai, à peine une cuillerée de liquide était-elle arrivée dans la cavité, que la malade éprouva des douleurs très vives dans le ventre. Péritonite aiguë, puis chronique. Mort le 30 mai.

*Autopsie.* Dans l'abdomen, les intestins sont pelotonnés, adhérens entre eux, avec les organes voisins et la paroi antérieure du ventre au moyen de fausses membranes. Le péritoine est presque partout d'un gris ardoisé, et le tissu cellulaire sous-séreux est injecté. Il y a un épanchement péritonéal assez abondant formé par un liquide séro-purulent d'une couleur grisâtre, sale, dans lequel nagent des flocons de diverses formes, des portions de pseudo-membranes. On trouve même, entre les intestins agglomérés, au milieu des adhérences, un assez grand nombre de foyers purulens. L'un d'eux, pouvant loger un œuf de poule, communiquait avec le thorax à travers une perforation du diaphragme. Un autre à-peu-près de la même capacité, placé dans le cul-de-sac recto-vaginal, s'ouvrait dans le rectum. Enfin on trouva, dans la partie supérieure du ligament large gauche, la tumeur qu'on avait reconnue et incisée

pendant la vie. Elle a le volume d'une moyenne pomme et renferme quelques cuillerées d'un pus grisâtre. Ses parois, épaisses de 3 millimètres, offrent à leur face interne un aspect de membrane muqueuse et une teinte gris foncé. Ses rapports sont les suivans. En dedans elle répond au bord gauche de l'utérus, qui est fortement incliné du côté droit, et à la collection purulente anti-rectale ; en dehors, à la fosse iliaque gauche ; sa paroi inférieure est formée en grande partie par la trompe et l'ovaire abaissés fortement (la face supérieure de ces organes qui est baignée par le pus présente la teinte de ce liquide et un léger degré de ramollissement) ; la paroi supérieure de la tumeur est en rapport avec le péritoine doublé de fausses membranes ; l'antérieure répond au côté gauche de l'hypogastre, et on constate qu'elle a contracté des adhérences très épaisses et très solides avec la face postérieure de la paroi abdominale, au niveau de l'eschare. Dans aucun point de ces adhérences qui entourent l'ouverture pratiquée, on ne trouve le moindre décollement, le plus petit pertuis. Le foyer en arrière est appuyé sur le rectum, avec lequel il a des adhérences partielles. Sur cette paroi postérieure recouverte de fausses membranes et un peu supérieurement, on découvre une perforation à bords amincis, ulcérés, du diamètre de 3 centimètres au moins, qui permet au liquide purulent de l'abcès de s'épancher dans le péritoine. L'utérus n'offre pas de lésion. La seule altération que présente le vagin, c'est une coloration rouge-brun de la membrane muqueuse. Rien d'anormal dans les autres organes.

Ainsi, malgré l'ouverture par le caustique, il se fit une perforation de la tumeur dans le péritoine. Mais ce qui est plus remarquable et plus fâcheux, c'est qu'elle paraît s'être opérée ou du moins achevée par l'effet de l'injection. Anatomie pathologique très importante.

41<sup>e</sup> OBS.—*Abcès siégeant dans la paroi recto-vaginale ; incision pratiquée par le vagin ; guérison (1).*

Une femme de 23 ans, d'une bonne constitution, s'étant refroi-

(1) Bourdon.

die après un accouchement, fut prise de métrô-péritonite. Traitement antiphlogistique énergique. A peine convalescente, la malade voulut reprendre ses occupations. Rechute. Cette fois, on trouve dans le petit bassin une tumeur dure, sensible, du volume d'une grosse pomme, placée entre le rectum et le vagin.

Bientôt la suppuration se décèle par la fluctuation, que l'on perçoit en touchant par le vagin et par le rectum en même temps. La tumeur fait une très forte saillie dans cet intestin, et la constipation est opiniâtre.

Incision de la tumeur au travers de la paroi postérieure du vagin; il sort une grande quantité de pus. Soulagement; injections dans la cavité. Dix jours après l'opération, la malade commence à se lever. Guérison.

Encore le froid pour cause. La constipation, effet de la compression de l'intestin par la tumeur, ou du moins très explicable de cette manière, mérite attention.

42<sup>e</sup> OBS. — *Abcès du petit bassin pris pour une affection cancéreuse de l'utérus; incision de la tumeur devenue très volumineuse, sortant par la vulve, et présentant une fluctuation manifeste; suppuration abondante; mort; autopsie (1).*

M. Nathalis Guillot reconnut, chez une femme de 25 ans, une tumeur proéminent fortement dans le vagin et remontant jusque dans le côté droit de l'hypogastre; elle était élastique, et l'on crut même y sentir de la fluctuation.

Un chirurgien l'avait prise, et la prenait encore pour un cancer. Elle grossissait tous les jours, et devenait de plus en plus saillante dans le vagin; enfin elle sortit par la vulve, et l'examen étant alors des plus faciles, la fluctuation fut évidente. On fit l'ouverture sur la partie déclive de la tumeur, au-dehors des organes génitaux. Il s'écoula à l'instant une grande quantité de pus, et on fut obligé de reconnaître dans cette tumeur un abcès ou un kyste en suppuration.

L'opération, très simple, fut faite sans accidens; mais, par la suite, la tumeur suppura beaucoup et long-temps; la femme s'affaiblit progressivement, et mourut.

(1) Bourdon.

L'autopsie permit de constater que le kyste était placé dans le ligament large droit, et fit présumer qu'il avait pris naissance dans l'ovaire correspondant.

On ignore si cette tumeur était une suite de couche. Nous ne la rapportons pas moins, à cause de l'erreur de diagnostic à laquelle elle donna lieu, et du point où elle vint se produire.

ARTICLE II. — Faits nouveaux.

43<sup>e</sup> OBS. — *Tumeur de la fosse iliaque droite s'étant ouverte dans le rectum* (1).

La nommée Biset, âgée de 21 ans, entre, le 30 août 1841, à la Clinique de la Faculté. Santé habituelle bonne; tempérament un peu lymphatique; très blonde; bien réglée tous les mois depuis l'âge de 15 ans; primipare. Elle a éprouvé pendant sa grossesse de la gastralgie et des vomissemens au début, des étourdissemens fréquens, quelques lipothymies.

Accouchement spontané le 30 août à 10 heures 1/2 du soir, après un travail de 40 heures, une heure après la rupture des membranes. Fille faible pesant un peu plus de 2 kilog. Cette femme se disait à terme, mais sans pouvoir donner de renseignemens précis.

31 août, 12 heures après l'accouchement. La nuit a été bonne; calme général; ventre un peu météorisé, mais non sensible; le fond de l'utérus est au niveau de l'ombilic; lochies assez abondantes; urines faciles.

1<sup>er</sup> septembre. Elle a éprouvé des douleurs abdominales pendant la nuit, de la céphalalgie, de l'agitation; elle n'a pas dormi, et elle a été brûlante.

Le matin, il y a de la fièvre. Pouls fort, développé; céphalalgie assez vive; ventre sensible à une très légère pression dans la zone sous-ombilicale, principalement à gauche. Des douleurs intermittentes traversent ces parties; le plus léger mouvement

(1) Ce fait et tous ceux qui suivent nous ont été communiqués par notre ami M. Bouchut, qui les a recueillis dans le service de M. le professeur Trousseau.

les réveille; respiration peu fréquente, grande; langue assez humide, couverte d'un enduit peu épais, blanc; peu de soif; lochies moins abondantes que la veille (Saignée de 350 gram.; 30 sangsues sur le ventre; gomme sucrée; diète).

5 heures du soir. La malade se trouve un peu mieux. Le ventre est un peu moins sensible à la pression; les douleurs sont plus rares. Le sang tiré le matin offre une couenne opaque d'un quart de ligne d'épaisseur; caillot rétracté, s'enlevant d'une pièce; pouls à 120, assez résistant; peau chaude; l'émission de l'urine ne peut être opérée (Cathétérisme).

2. Pouls à 112; peau moins chaude; sommeil assez tranquille. La pression détermine encore un peu de douleur en bas et à gauche seulement. Tranchées utérines légères; respiration plus calme; un peu de céphalalgie; figure naturelle; l'émission de l'urine est impossible; seins flasques; langue un peu sèche à la pointe; soif; anorexie; lochies un peu plus abondantes que la veille (Gomme sucrée; cataplasme; opium 5 centigra.; lavement; diète).

3 et 4. La malade accuse un sentiment de faiblesse. La langue, un peu sèche, devient légèrement fuligineuse. Quelques douleurs sourdes et profondes dans les membres. Le ventre, toujours un peu ballonné, conserve une légère sensibilité dans les fosses iliaques; on observe quelques sudamina à sa surface. Emission de l'urine naturelle mais difficile; peau chaude, humide; pouls à 100: le soir il monte à 112; rêvasseries pénibles (Opium 5 centigr.; gomme sucrée; une bouillie).

Le 5 et le 6, il y a un mieux sensible; le pouls descend à 90 et 72; peau presque fraîche; la langue se nettoie; ventre moins sensible; son volume qui n'a rien de très extraordinaire diminue. Rêves pénibles pendant le sommeil. Le cathétérisme redevient nécessaire (Une bouillie; une pomme cuite; gomme sucrée; cataplasmes).

7 septembre. Vers midi la malade éprouve un frisson général d'une demi-heure environ, auquel succède une vive réaction.

A 5 heures du soir, le pouls est à 116, assez large, mais dépressible; la peau est chaude; la respiration fréquente sans toux; la figure, pâle, offre des injections par plaques; des douleurs continues sont ressenties le long des membres inférieurs. La sensibilité du

ventre vers la région inférieure, est augmentée depuis le frisson ; la langue n'est pas chargée, mais elle est plus sèche ; la soif est vive ; la bouche pâteuse. Il n'y a eu ni émission d'urine, ni émission de matières fécales ; point de nausées ni de vomissemens ; légère somnolence.

8 septembre. La région iliaque droite offre une vive sensibilité à la moindre pression ; une douleur sourde, continue, s'y fait sentir ; le ventre n'est pas plus développé que les jours précédens ; une légère sensibilité existe à gauche ; il n'y a cependant que 104 pulsations ; la peau est moins chaude ; les injections partielles du visage ont disparu ; les douleurs lancinantes des membres inférieurs aussi.

La malade a eu trois selles liquides ; émission spontanée de l'urine (Quinze sangsues à droite ; 1/4 de lavement laudanisé à 12 gouttes ; cataplasme ; diète).

Dans les journées du 8 et du 9, l'état précédent persista ; une selle liquide seulement ; nouvelle rétention d'urine.

Le 10 septembre, à l'heure de la visite, la malade commençait à éprouver un frisson vers le dos, s'irradiant de là vers les membres ; la peau était pâle, contractée ; le pouls à 108 ; la région iliaque droite beaucoup plus douloureuse que les jours précédens ; rétention d'urine ; une selle liquide (Quinze sangsues à droite ; diète ; cataplasme).

A cinq heures du soir, peau très chaude ; pouls à 120, dépressible, un peu saccadé ; face pâle, légèrement altérée ; respiration fréquente (40), anxieuse, plaintive ; oppression prononcée ; elle était encore plus prononcée dans le courant de la journée ; douleurs très vives dans la fosse iliaque droite.

Le 11 et le 12 septembre, le pouls descend à 106 et 92 ; la peau devient presque fraîche ; respiration facile sans oppression ; la douleur de la région iliaque droite a presque disparu ; la figure, plus naturelle, est très pâle ; grande faiblesse ; une à deux selles liquides par jour ; il faut recourir au cathétérisme (Onguent mercuriel 40 grammes en frictions sur le ventre ; bouillon ; sirop de groseille ; pomme cuite).

Les 13 et 14, dans la matinée, à-peu-près le même état ; mais, vers le soir, la fièvre augmente ; de nombreuses selles liquides ont lieu et s'accompagnent de coliques violentes, avec oppres-

sion très prononcée, et sueur froide sur tout le corps. Ces accidens sont calmés par des sinapismes aux pieds, et par un lavement laudanisé (12 gouttes). Le ventre présente dans la fosse iliaque droite un engorgement assez dur, moins sensible que les jours précédens, et qui s'élève dans le flanc jusqu'à la hauteur de l'ombilic (40 gram. onguent mercuriel; lavement laud.; un bain; un bouillon; confitures).

Les 16 et 17, l'engorgement de la fosse iliaque droite est assez développé pour faire légèrement bomber la partie correspondante des parois abdominales; une pression modérée n'y détermine pas de douleur; le pouls est entre 84 et 96; la peau presque fraîche; faiblesse générale; figure pâle; insomnie; les gencives sont un peu douloureuses, sans tuméfaction; haleine un peu fétide; émission spontanée de l'urine; un peu de diarrhée (Bain; gargarisme acidulé; confitures; lavement; crème de riz).

Le 17, dans la soirée, l'engorgement a diminué; il ne se dessine plus à travers les parois du ventre, qui est à peine sensible; plusieurs selles liquides, qui n'ont pas été examinées, précédées de coliques; pouls à 92 pulsations; salivation modérée (Même traitement).

Le 18, même état; l'engorgement est encore plus affaîssi; deux selles liquides et *purulentes*, d'après les renseignemens fournis par la fille de service (Ces renseignemens ont d'autant plus de valeur, qu'une autre malade était couchée dans la même salle, affectée de la même maladie, et ayant également des selles purulentes qui nous furent représentées; c'est la même fille qui était chargée de conserver les garde-robes de ces deux malades).

Malgré nos instances, la malade voulut sortir le 19, dans la matinée. Le 21, elle fut visitée, rue du Croissant, par M. Lesueur. Les selles n'avaient pas été gardées. L'engorgement tout-à-fait indolent avait beaucoup diminué. L'utérus s'élevait encore à 2 pouces au-dessus du pubis. Le pouls était toujours un peu fréquent; la salivation persistait.

Pas de cause occasionnelle autre que l'accouchement. La formation de l'abcès disparaît, en quelque sorte, sous l'état



général. On a tout lieu de penser que le foyer s'ouvrit dans l'intestin. Du reste, l'observation est incomplète. Telle quelle, elle fait songer à la médication si active de nos devanciers, de Puzos surtout.

44<sup>e</sup> OBS. — *Péritonite puerpérale; abcès intra-péritonéaux; abcès ovarien; mort.*

Isménie Blanchet, vingt-deux ans, domestique, primipare, accouchée le 15 mars, sortit de la Maternité cinq jours après son accouchement. Il régnait dans cet hôpital une épidémie de lymphite et de phlébite puerpérales. Elle souffrait déjà du ventre et de la poitrine, avait continuellement la fièvre sans frissons, et de la dyspnée. Elle resta vingt-deux jours chez elle, dans la même position, et se décida à entrer à l'hôpital, le 12 avril. Elle était haletante, très anxieuse; corps généralement œdématié; ventre gros, peu douloureux; la respiration, haute et fréquente, s'accompagnait d'un peu de râle sibilant; pouls à 84; pas de lochies; la sécrétion du lait a beaucoup diminué (Une saignée). La bouffissure est moindre; la dyspnée aussi; l'appétit revient.

On la trouve, un matin, toute décolorée, respirant à peine, dans un état d'orthopnée extrême; pouls misérable, très irrégulier; douleur très vive du ventre, qui est fort gonflé et rempli de liquide (Frictions sur l'abdomen avec de l'onguent napolitain 30 grains de poudre d'ipécacuanha).

Le lendemain, amélioration considérable; plus de dyspnée; douleur moindre; le ventre seul reste gonflé; cette femme demande des alimens (On continue les frictions; deux jours après, une nouvelle dose d'ipécacuanha).

22 avril. Les accidens reparaissent très violens après une émotion morale vive, puis se dissipent pour reparaître avec une sorte d'intermittence, à un jour d'intervalle.

Le 30, face bouffie, légèrement violacée; lèvres décolorées; dyspnée; toux fréquente.

Le soir, la malade se levait sur son séant, puis se laissait tomber sur son lit; elle étendait les bras de tous côtés pour donner des points d'appui à ses muscles respirateurs (On applique deux sinapismes aux jambes, qui dissipent ces phénomènes).

1<sup>er</sup> mai. La nuit, quoique fort agitée, a été plus calme que la soirée; ce matin la dyspnée est encore assez forte, mais n'approche pas de ce qu'elle était hier; face pâle, violacée; extrémités froides; pouls irrégulier, petit, 150; vomissemens cette nuit; diarrhée.

2. Agitation et cris durant toute la nuit; dyspnée extrême; face anxieuse, livide, refroidie; extrémités froides; pouls irrégulier; vomissemens; diarrhée.

Le 3. Mort à deux heures.

*Autopsie.* L'abdomen est énormément distendu par les intestins remplis de gaz, et par le foie, qui a le double de son volume. Le diaphragme est considérablement refoulé en haut, de telle sorte que les cavités thoraciques ont perdu un tiers de leur hauteur.

La cavité abdominale est remplie de pus et de flocons albumineux jaune-verdâtre. Le péritoine est enflammé partout; on y observe de la rougeur, une arborisation vasculaire très riche et des fausses membranes.

Les anses intestinales sont adhérentes entre elles, et avec le mésentère: il en résulte des cavités circonscrites qui sont remplies de pus et qui paraissent plus altérées.

A la partie inférieure de l'abdomen, dans le petit bassin, se remarquent les altérations suivantes. A droite, sur la crête du détroit inférieur, existe une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal, et un gonflement énorme de celui qui est placé entre les feuilletts du ligament large. Cette dernière partie est couverte de fausses membranes verdâtres, purulentes, et adhérentes au muscle psoas.

L'utérus n'a pas encore repris son volume. L'ovaire gauche est sain. L'ovaire droit est mou, fluctuant, très volumineux, et aussi gros qu'un œuf de poule. Tout son tissu est fondu en un liquide épais, crèmeux, verdâtre, en un mot, converti en pus. Il ne reste plus que la coque fibreuse.

Cette observation offre un exemple d'altérations anatomiques très variées, et se recommande, au point de vue de l'étiologie, par l'influence épidémique, sous laquelle elles se développèrent.

45<sup>e</sup> OBS. — *Tumeur de la fosse iliaque gauche, suite de couches; guérison.*

Pauline Roblin, 20 ans, couturière, primipare, accouchée chez elle le 6 mars 1842. Le travail fut un peu pénible, mais se termina naturellement. Dès le lendemain, coliques fort vives; douleur dans la fosse iliaque gauche. La diarrhée s'établit, elle dura trois semaines; au bout de huit jours, fièvre revenant par accès, avec frissons et sueurs; douleurs lancinantes dans la fosse iliaque gauche; faiblesse; perte d'appétit. Elle entre à l'hôpital le 21 mars 1842.

Ventre gros, souple, douloureux à la région indiquée, où l'on voit une tumeur; diarrhée; faiblesse extrême.

Le 28 mars, on trouve dans la fosse iliaque un noyau circonscrit, dur, assez volumineux; il est le siège d'élançemens fort vifs, douloureux à la pression. Le ventre est souple, du reste; face pâle, endolorie; langue blanche; bouche amère. Pas de diarrhée.

Le 30, peu de sommeil. Douleurs lancinantes très fréquentes dans l'abdomen. La tumeur semble avoir un peu diminué; selles fréquentes, matières ordinaires; langue rouge; bouche naturelle; appétit; céphalalgie; peau chaude; pouls à 92; cette nuit, frissons suivis de sueur.

31. Pas de frissons; sueur cette nuit; ventre moins douloureux; selles ordinaires; la malade déclare positivement avoir rendu du pus, mais en petite quantité. La tumeur a considérablement diminué.

1<sup>er</sup> avril. Plus de tumeur circonscrite; on sent dans la fosse iliaque un noyau dur et irrégulier, douloureux à la pression et toujours le siège d'élançemens aigus; plus de frissons ni de sueur; cette nuit, agitation et insomnie causées par les douleurs lancinantes; bouche naturelle; appétit; diarrhée peu abondante; les garde-robes sont purulentes; peau bonne; pas de fièvre (Cataplasmes).

6. Le facies est excellent; la tumeur est réduite à un noyau dur, petit, mais encore très douloureux; pas de fièvre; bon appétit.

9. Plus de tumeur appréciable; le ventre est douloureux à l'endroit où elle existait. Exit le 16.

L'abcès s'ouvrit dans l'intestin. Le noyau consécutif, puis la douleur dans le flanc gauche, nous eussent fait craindre une récurrence. Tant qu'il subsiste de la douleur, on ne peut pas dire que la malade soit à l'abri d'un retour de l'état aigu.

46<sup>e</sup> Obs. — *Tumeur iliaque gauche, suite de couches ; résolution.*

Victoire Goney, trente-sept ans, ménagère, réglée à vingt ans, accouchée à la Maternité, il y a trois semaines. Le travail a été rapide et peu douloureux ; les suites de couches vont encore ; la sécrétion du lait s'est bien faite. L'enfant tète facilement.

Au quatrième jour de l'accouchement, fièvre, frissons ; le médecin prescrivit de l'ipécacuanha. Le lendemain, des douleurs de ventre se firent sentir et n'ont pas discontinué. Cette femme est sortie de la Maternité après neuf jours. Chez elle, elle a continué à souffrir, et à avoir de la fièvre. Tumeur occupant le bas-ventre, depuis l'épine iliaque inférieure gauche jusque un peu au-delà de la ligne blanche, s'enfonçant dans le bassin, et remontant jusqu'à six centimètres de l'ombilic. Elancemens au moment de l'émission des urines. Langue blanche, large ; mauvais goût ; pas de nausées ; constipation. Ventre sonore en dehors de la tumeur, qui est mate, pas douloureux. Peau moite ; frissons tous les jours, vers onze heures ; ils sont suivis de sueurs abondantes (30 grammes de sulfate de soude).

Selles abondantes. La malade se trouve soulagée ; elle souffrir qu'au moment de l'émission des urines.

15. Neuf ou dix jours après sa couche, cette femme s'est aperçue que sa jambe gauche s'enflait lorsqu'elle se levait ; l'enflure disparaissait immédiatement lorsqu'elle se couchait. Depuis qu'elle est à l'hôpital, la jambe s'est tuméfiée considérablement ; les veines superficielles de la jambe, depuis le milieu de la cuisse jusqu'au pied, se dessinent en traces bleues très apparentes. La jambe est tuméfiée sans œdème appréciable ; elle a 2 centimètres de circonférence de plus que l'autre membre (Cataplasme).

17. La tumeur est moins volumineuse et moins douloureuse que les jours précédents ; il reste néanmoins un peu de fièvre ; selles fréquentes depuis hier.

18. La jambe est moins tuméfiée, moins tendue ; elle n'est plus douloureuse à la pression ; les lochies sont abondantes ; ventre peu douloureux.

20 novembre. Exeat. La tumeur persiste dans la fosse iliaque gauche, mais elle est réduite à un petit volume et indurée ; la marche est toujours gênée, et la jambe encore plus volumineuse que l'autre.

Complication de tumeur iliaque et de *phlegmatia dolens*. Fièvre intermittente suppurative. L'observation est incomplète. La malade n'était pas guérie à sa sortie ; sa tumeur a pu se reproduire et s'abcéder.

47<sup>e</sup> OBS. — Tumeur de la fosse iliaque gauche, suite de couches ; résolution.

Catherine Henrion, 26 ans, cuisinière. Cette femme, primipare, accouchée, il y a trois mois, à la Maternité, pendant une épidémie de fièvre puerpérale, y séjourna treize jours après sa délivrance. Peu de jours après elle éprouva des douleurs dans le ventre, et elle marchait difficilement. A des intervalles très éloignés, elle éprouvait des élancemens à l'hypogastre, du côté gauche. Du reste, elle conservait de l'appétit et jouissait d'une assez bonne santé. Elle éprouva des douleurs vagues jusqu'au soixante-dixième jour ; mais au soixante-et-onzième, c'était il y a trois semaines, elle se trouva plus malade ; elle ne pouvait marcher, et sentait de fréquens élancemens à l'endroit indiqué. Diarrhée. La nuit, longs frissons suivis de sueurs. Il y a trois semaines aussi qu'elle s'aperçut de la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche ; cette tumeur était déjà d'un volume assez considérable ; mais elle commençait seulement à être douloureuse ; c'est dans son intérieur qu'avaient lieu les douleurs lancinantes. Aujourd'hui, l'on voit cette tumeur dans la fosse iliaque à travers la paroi abdominale qu'elle soulève ; elle appuie sur le détroit supérieur, de manière à n'occuper que la moitié interne de la fosse iliaque ; son autre partie plonge dans le petit bassin. Elle peut avoir environ le volume d'une petite tête de fœtus ; elle est douloureuse, et paraît fluctuante : on la sent par le vagin.

28. Frissons suivis de sueur; douleurs lancinantes dans l'abdomen, au niveau de la tumeur; elle a beaucoup augmenté depuis l'entrée; toute la fosse iliaque est remplie. La tumeur semble s'approcher de la peau. Langue naturelle; bon appétit; une selle tous les jours; peau chaude; pouls irrégulier, souple, 78.

30. Les élancemens continuent; la tumeur semble grossir; même état général.

6 avril. Depuis trois ou quatre jours, à plusieurs instans de la journée, il se fait un écoulement purulent par la vulve. Le linge est taché par une matière verdâtre, épaisse, tout-à-fait semblable à du pus. Cet écoulement s'arrête pendant quelques heures et reparaît de nouveau; habituellement cette femme n'a point de leucorrhée. Plus de frissons, ni de sueurs. L'état général est satisfaisant. La tumeur est un peu moins grosse, peut-être plus dure, mais toujours douloureuse à la pression; pas de fièvre; bon appétit.

9. De temps à autre on voit encore de la leucorrhée; pas de frissons ni de sueur; fièvre le soir et la nuit. Elancemens fréquens à l'aîne gauche. La tumeur est fort dure; on n'y sent plus de fluctuation; elle semble se rapprocher de la peau; il est impossible de la sentir par le vagin. L'état général est bon (Cataplasmes répétés chaque jour).

22. Douleurs iliaques lancinantes; coliques; frissons; sueurs; fièvre le soir; la tumeur grossit et se rapproche de la peau du ventre; elle descend vers le ligament de Fallope. Elle a le volume d'une petite tête d'enfant, et s'élève du pli inguinal jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le 24, la tumeur a perdu un peu de son volume; placée assez près de la peau, elle est fort dure et facile à circonscrire. Toujours quelques douleurs lancinantes dans l'intérieur, mais pas de fièvre; l'état général est satisfaisant.

Depuis ce jour jusqu'au 19 mai, les douleurs ont persisté, mais sourdes; tiraillemens, pesanteur dans les lombes. La marche est très pénible. La pression du ventre n'est douloureuse qu'au niveau de la tumeur, qui s'est réduite à la moitié environ de son plus fort volume. Elle forme sur la crête du détroit une tumeur dure, arrondie, douloureuse, grosse comme une

noix : elle n'est plus le siège de douleurs lancinantes. Il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs. L'état général est parfait. Il n'y a pas de fièvre. L'appétit est excellent et les digestions sont bonnes. — Exeat.

Cette observation, incomplète d'ailleurs, est remarquable : d'abord par l'influence épidémique sous laquelle la maladie se développa ; ensuite par le long temps que la tumeur mit à se former et la bénignité de l'invasion ; enfin, par la disposition de l'abcès qui était à cheval sur le détroit supérieur.

48<sup>e</sup> OBS. — *Abcès de la fosse iliaque droite, ouvert dans le rectum et la vessie.*

Lodoiska Launard, vingt-six ans, couturière, primipare, accouchée le 1<sup>er</sup> août à la Maternité. Le travail a duré sept heures et fut très douloureux. Présentation du siège.

Au sixième jour, cette femme sortit de la Maternité. Les lochies n'allaient pas ; le lait était passé ; l'enfant n'avait vécu qu'un jour.

Elle avait repris ses occupations lorsque, le vingtième jour, elle éprouva des douleurs vives dans le ventre, des coliques, des élancemens à l'hypogastre. La station était impossible ; la marche n'avait lieu que dans la position courbée, encore était-elle très douloureuse. Des sangsues furent appliquées dans la fosse iliaque droite ; elles n'amènèrent aucun soulagement. En même temps il y avait de la fièvre, mais sans frissons ; l'appétit était perdu et le dévoiement exista jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital, au trente-sixième jour de la couche.

A ce moment, le ventre nous parut encore très volumineux, excessivement douloureux, car le contact des draps était pénible. Tumeur circonscrite dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre, remontant jusqu'à deux pouces de l'ombilic, fluctuante lorsqu'on la prenait entre une main placée à l'hypogastre et un doigt mis dans le vagin ; elle avait approximativement une épaisseur de 3 pouces. L'utérus, refoulé en arrière, comprimait le rectum. La fièvre était vive et l'état général assez grave, à en juger, du moins, par les cris de la malade ; pas d'appétit ; pas de vomissemens ; constipation

(Laxatifs pendant trois jours). Les douleurs se sont rapidement amendées ; la fièvre s'est calmée à son tour, et, aujourd'hui, 25 septembre, le ventre, quoique douloureux à la pression, n'est le siège que d'élanemens fort rares ; la tumeur s'est rapprochée davantage de l'ombilic, et on en sent la fluctuation à travers la paroi abdominale ; langue blanche ; selles difficiles ; la peau est moite, assez chaude ; pouls large et peu fréquent (40 grammes d'eau-de-vie allemande).

1<sup>er</sup> octobre. Il semble que la douleur prenne chaque jour plus d'intensité ; élanemens violens à la région inguinale droite et dans le fondement.

Le 2, nuit calme et sans douleur ; cessation des souffrances immédiatement après l'excrétion d'une selle mêlée de matière blanchâtre purulente ; peau bonne ; pas de fièvre.

Le 4, ce ne sont pas les selles qui sont purulentes, mais bien les urines. Lors de l'excrétion la malade prétend sentir dans la tumeur une espèce de glou-glou. La matité a diminué d'étendue et la tumeur est moins volumineuse ; les douleurs se reproduisent, mais avec peu d'intensité.

5. Les urines présentent trois couches : une inférieure formée de pus épais, légèrement verdâtre, pouvant peser cinq ou six grammes ; une moyenne nuageuse, trouble, pouvant peser quarante grammes, et une supérieure, claire (jaune de l'urine), constituant le reste du liquide. Le nitre détermine un précipité alcalin dans le liquide de la couche supérieure, et un précipité albumineux dans ce qui reste. La tumeur continue à perdre de son volume ; elle est moins douloureuse.

Le 7, toujours du pus dans les urines ; douleurs assez vives hier. La malade a eu deux selles contenant une grande quantité de pus ; les urines ne sont que médiocrement troubles.

Le 8, pas de selles ; plusieurs émissions douloureuses de l'urine ; ce liquide se rapproche maintenant de son état normal. Hier soir, vers huit heures, il est survenu inopinément dans les fosses iliaques des douleurs très vives qui n'ont pas cessé ce matin ; de temps à autre elles prenaient un caractère plus aigu, lancinant, faisaient crier la malade. Le ventre est tendu ; pas de sonorité ; il est fort douloureux à la pression. Langue naturelle, humide ; soif vive ; pas de nausées ; pas de vomissemens. La face



n'a pas un caractère différent de celui qu'elle présentait ces jours derniers. La chaleur de la peau reste la même. Les yeux sont bons. Peau chaude, sèche. Pouls petit, faible, 120. (1 gramme 0,50 d'ipéc.)

10. Vomissemens nombreux; deux selles. Les efforts de vomissemens n'ont pas été très douloureux (Scammonée; un gramme de jalap).

11. Selles nombreuses avec coliques très vives; peu de sommeil; réveil en sursaut; douleurs assez vives dans l'hypogastre; moins d'élanemens; les garde-robes et les urines ne renferment plus de pus; pas de fièvre; la tumeur est toujours très volumineuse.

12. Selles copieuses et purulentes sans coliques; urines jaunes et fort troubles. Les douleurs persistent, elles sont sourdes, mais il n'y a pas d'élanemens; pas de fièvre (lavemens émolliens).

13. La malade, qui a la précaution d'uriner et de rendre les matières stercorales séparément, nous montre aujourd'hui des urines avec un dépôt considérable de pus au fond du vase; peu de douleurs.

14. Aujourd'hui, les selles contiennent une matière blanche, épaisse, analogue à du pus, et ces matières ne sont point mêlées à de l'urine.

16 octobre. A partir de ce jour, il n'est point sorti de pus avec les selles ni avec les urines. Jusqu'au 20 octobre, chaque jour voyait se renouveler les mêmes accidens: douleurs vagues dans l'abdomen; élanemens dans les deux fosses iliaques; dureté excessive du ventre; fièvre passagère; constipation très fréquente: dès que la malade était deux jours sans aller à la selle, des coliques violentes, des douleurs et élanemens excessifs se faisaient sentir; dès que par un purgatif on avait rétabli le cours du ventre, ces symptômes disparaissaient, et la femme était soulagée pendant un ou deux jours, jusqu'à nouvelle constipation.

Du 16 octobre au 27 novembre, cette femme a été purgée dix-neuf fois par les purgatifs salins, huileux et drastiques (Huile de croton; eau-de-vie allemande; etc.).

Au 21 novembre, les douleurs du ventre que nous avons signalées semblent changer de caractère; au lieu d'être vagues comme précédemment, elles se localisent à l'hypogastre, qui, à plusieurs

instans du jour et surtout le soir, devient le siège d'élanemens fort douloureux. Des élanemens suivent aussi la direction des aines; mais le ventre n'est pas ballonné; urines claires naturelles; pas de leucorrhée; toujours la constipation; pas de fièvre.

Le 27, la malade a découvert au-dessus du pubis un petit noyau, gros comme un œuf de pigeon, placé profondément sous la peau, très douloureux à la pression et sur lequel semblent s'accumuler les élanemens; léger mouvement fébrile vers le soir.

Au 5 décembre, la tumeur a acquis un volume plus considérable, elle est saillante sous la peau, qui est un peu rouge et fort épaisse. Cette tumeur est douloureuse à la pression; il y survient à chaque instant des élanemens assez vifs; légères douleurs dans les lombes; difficulté à marcher; frissons erratiques; un peu de chaleur fébrile; cependant la langue est naturelle; et l'appétit n'a jamais été aussi vif. Quand on vient à toucher par le vagin, ce canal paraît rétréci. Le corps de l'utérus est renversé en arrière, et le col un peu en avant; la vessie est abaissée, fait saillie dans le vagin, est distendue par l'urine; à droite et à gauche le tissu cellulaire est endurci, fort douloureux, mais sans tumeur appréciable; le toucher paraît causer de vives douleurs; on ne sent point de communication entre la tumeur du ventre et le doigt placé dans le vagin.

Cette tumeur augmente pendant les jours suivans, et se limite parfaitement bien; au-dessus du pubis, en remontant à deux pouces de hauteur, elle est fort douloureuse et très dure; la peau qui la sépare de l'extérieur est encore fort épaisse.

Le 10 septembre, la peau s'indure et rougit.

De temps à autre fièvre légère; tiraillemens; douleurs lombaires; élanemens dans la tumeur.

Le 15, bon sommeil; les douleurs sont plus rares; élanemens peu fréquens; la peau rougit et se ramollit en s'amincissant; la tumeur a diminué; elle est fluctuante.

Le 17, la tumeur qui faisait saillie se flétrit un peu.

Le 19, la tumeur a encore diminué et ne fait plus souffrir la malade.

Travail très douloureux: relevons ce premier point, rela-

tivement à l'étiologie. L'abcès s'ouvre dans le rectum et dans la vessie. L'ouverture dans l'intestin est annoncée par des élancemens dans le fondement. La constipation renouvelait les douleurs, parce que les matières accumulées comprimaient la tumeur. Ces douleurs lancinantes du ventre, qui allaient jusqu'à faire crier la malade, doivent être notées, en raison des craintes qu'elles pouvaient inspirer, craintes que devait diminuer l'absence des autres signes propres à la péritonite. Comment l'abcès hypogastrique, après avoir été si près de s'ouvrir, a-t-il diminué tout-à-coup? Cela est bien étrange et nous ne chercherons pas à l'expliquer. Quant au traitement, cette observation donne raison à Mauriceau contre les purgatifs (V. la note de l'observation 1<sup>re</sup>).

49<sup>e</sup> OBS. — *Abcès de la fosse iliaque suite de couches, ouvert dans la vessie et dans le vagin.*

Marie Dauvergne, 28 ans, blanchisseuse, née à Paris, bien réglée depuis l'âge de 12 ans, a eu deux enfans; le premier n'a pas été nourri; le deuxième est allaité depuis six semaines.

Trois jours avant d'accoucher cette dernière fois, elle a eu une métrorrhagie arrêtée par le tamponnement; elle a fait ses couches à la Maternité, il y a un mois; elle resta huit jours en bonne santé, et elle sortit de l'hôpital. Au bout de huit autres jours, elle tomba malade : douleurs hypogastriques et lombaires avec frissons, chaleur et sueur la nuit.

Dès le commencement, soif vive; perte d'appétit; nausées; vomissemens; constipation; point de phénomènes cérébraux; faiblesse extrême.

20. Ventre souple, douloureux dans le flanc droit, un peu rénitent à l'hypogastre. Le doigt dans le vagin trouve le col de l'utérus fort élevé, le corps plus volumineux qu'il ne devrait être, et entre facilement en communication avec la main placée sur l'abdomen. On sent à gauche, près du ligament large, un léger épaissement du tissu cellulaire, mais pas de tumeur. Le point est fort douloureux (3 gouttes d'huile de croton; diète).

21. Vomissemens ; selles nombreuses douleur du côté gauche du ventre, moins vive qu'hier ; le pouls est plus faible et moins fréquent, 86 ; sommeil cette nuit ; c'est la moins pénible de celles qui ont suivi cette couche (Cataplasmes sur le ventre).

24. La malade est très pâle et affaiblie ; insomnie ; inquiétudes ; douleurs très vives dans le flanc gauche ; elles sont continues et offrent des exacerbations lancinantes. On sent aujourd'hui une tumeur mieux circonscrite, placée à gauche un peu au-dessus du pubis, légèrement en dedans de la fosse iliaque. Langue rouge ; bouche amère ; soif vive ; nausées ; pas de vomissemens ; constipation ; peau moite ; pouls à 90 (30 grammes de sulfate de soude ; bouillons).

27. Diarrhée depuis deux jours ; vomissemens cette nuit ; langue rouge ; soif vive ; peau moite ; pouls à 92 ; le ventre est généralement douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche. La tumeur est mal circonscrite, s'étend dans la fosse iliaque, et remonte à 6 ou 7 centimètres au-dessus du pubis ; son mat à la percussion. Par le vagin, on reconnaît que l'utérus est abaissé et incliné à droite ; à gauche tumeur rénitente, fort douloureuse, la même qu'on sent à l'extérieur ; fluctuation douteuse ; infiltration du tissu cellulaire du petit bassin ; le toucher est obtus et fort douloureux de ce côté.

La sécrétion du lait ne tarit pas. Ce liquide est clair ; l'enfant le suce avec avidité et n'en souffre point (Eau de Sedlitz ; bouillons).

28. Selles nombreuses ; diminution de la douleur du ventre ; fièvre moindre, 90 ; langue encore rouge (Cataplasmes sur le ventre).

1<sup>er</sup> janvier 1843, pas de fièvre. Une bonne selle (Une portion d'alimens).

Les douleurs de ventre, de moins en moins fortes, persistent encore, mais sont intermittentes. La station est impossible. On trouve toujours dans la fosse iliaque la tumeur dont nous avons parlé (3 potages).

9 janvier. La malade allait bien, lorsque, après un écart de régime, il reparut de la fièvre, des vomissemens, de la diarrhée et de nouvelles douleurs hypogastriques (30 grains de sulfate de soude ; bouillons).

10. Encore deux vomissemens ; diarrhée abondante ; les douleurs sont moins vives ; mais de temps à autre il y a des élance-

mens fort douloureux dans la tumeur ; peau chaude ; pouls à 96 (Cataplasmes sur le ventre ; potages).

Le 11, douleurs très vives hier, fort aiguës au moment de l'émission des urines, qui sont épaisses, blanches ; on les recueille dans un verre, et au bout de quelques instans un dépôt, qui constitue la huitième partie du liquide, se forme au fond du verre : ce dépôt est alcalin, homogène, peu gluant, ne file pas sous le doigt ; il est formé de corpuscules imperceptibles blanchâtres parfaitement liés ; au microscope : globules larges, aplatis, incolores, irréguliers à leur circonférence, d'un volume assez considérable.

On n'aperçoit plus la tumeur du ventre ; mais, à gauche, il existe toujours de la rénitence, et dans ce point la pression est excessivement douloureuse.

13. Les urines ont été fréquemment rendues : il était difficile de les retenir ; leur émission a été douloureuse ; elles contiennent le sixième de leur volume de pus (Cataplasmes, une portion).

15. Pas de fièvre ; bon sommeil ; bon appétit ; la malade s'est levée sans beaucoup souffrir, mais elle a été très effrayée de rendre par le vagin un flux blanc muqueux très abondant. Elle était debout, en un instant elle fut mouillée jusque dans ses bas ; urines limpides (Une portion).

17. Après un accès de coliques hypogastriques, de douleurs dans les reins, il y eut une émission d'urines avec chaleur au passage. Ce liquide était blanchâtre, et après un instant de repos il offrit le dépôt blanc homogène dont nous avons déjà parlé. En même temps que les urines étaient purulentes, la malade avait de la leucorrhée.

La tumeur a considérablement diminué ; elle est flasque, peu fluctuante ; ses parois commencent à revenir sur elles-mêmes, car on les sent plus épaisses ; elle est peu douloureuse.

19. Urines limpides ; la leucorrhée persiste.

23. La leucorrhée est presque nulle depuis trois jours ; il n'est rien revenu dans les urines ; tumeur stationnaire, toujours un peu douloureuse à la pression vaginale ; la pression hypogastrique est également douloureuse ; cependant la malade reste levée tout le jour sans fatigue, elle n'a plus de fièvre, mange les trois portions depuis six jours et elle n'a plus de diarrhée. Elle veut s'en aller de l'hôpital, et nous promet de revenir. Exeat.

La cause occasionnelle probable est digne d'attention : métrorrhagie trois jours avant l'accouchement et tamponnement. L'abcès s'ouvrit dans la vessie et dans le vagin. C'était le pus du dépôt qui constituait la leucorrhée.

50<sup>e</sup> Obs. — *Péritonite et ovarite puerpérales.*

Fanny Seynard, 33 ans. Cette femme vient d'accoucher pour la sixième fois. Après avoir passé neuf jours à la Maternité, elle sortit bien portante, et elle rentra chez elle. Là elle se mit à nourrir son enfant, et malgré l'allaitement, les lochies parurent; elles coulèrent abondamment. Au quatorzième jour après l'accouchement, sans cause appréciable, elle se sentit mal à l'aise; elle éprouva des douleurs dans tout le ventre, eut des frissons, et fut obligée de s'aliter. Au vingt-et-unième jour, elle eut quelques vomissemens, de la diarrhée. Point de traitement.

Elle nous arriva au moment d'un accès de fièvre; elle avait le frisson; le corps tremblait, et les dents se choquaient avec force; la peau était médiocrement chaude, livide à la face et aux lèvres; le nez et les mains étaient refroidies; face grippée, yeux ternes, profondément cernés; lèvres bleues; bouche humide; langue rouge à la pointe, fortement chargée; ventre excessivement ballonné, sonore; coliques très vives, augmentées par les mouvemens des gaz dans l'intérieur; le décubitus latéral est impossible, à cause des douleurs abdominales qu'il occasionne; la pression est douloureuse, mais la douleur n'est pas excessive; respiration naturelle, peu embarrassée; pouls faible, petit et serré, 138.

La sécrétion du lait diminue de jour en jour, il en reste à peine dans les glandes mammaires. Depuis deux jours l'enfant a les yeux malades, ses paupières sont fermées, et il les contracte quand on veut les lui ouvrir. Pendant ces efforts il s'écoule un pus épais, jaunâtre; la conjonctive est très rouge; les cornées sont transparentes et saines (1,50 de poudre d'ipécac. en 3 paquets; onct. mercurielle sur le ventre, 100 grammes).

27. La médecine d'hier a produit des évacuations nombreuses par en bas; il n'y a eu que deux vomissemens. Peau chaude et sèche; pouls petit, faible, un peu irrégulier, 122. (Looch, huile de croton, 3 gout, frict. ong. napolitain.)

28. On administre 40 grammes de sulf. de magnésie (Frictions mercurielles, 50 grammes).

30. Selles très nombreuses et très abondantes; pas de vomissements; ventre gros, souple, contenant une notable quantité de liquide, entièrement indolent; respiration haute, fréquente; pas de toux; pas de matité précordiale; un peu de matité à la partie inférieure des deux côtés de la poitrine; aucun bruit anormal; respiration faible, masquée à la partie inférieure gauche; face profondément altérée; pommettes livides; yeux très excavés; nez pincé, froid; mains froides; langue blanche, froide; soif vive; peau moite; sueur visqueuse; pouls excessivement petit et difficile à compter.

Mort à 11 heures.

*Autopsie* 23 heures après la mort. — Abdomen. Le ventre est très tendu; le péritoine est rempli de sérosité purulente; il contient aussi de ces flocons albumineux, libres, jaunâtres, qu'on trouve dans les séreuses enflammées. On ne trouve point de fausses membranes à la surface des intestins, qui ne sont pas adhérens; la seule altération que l'on rencontre dans le péritoine, c'est une vascularisation extraordinaire; elle est semée d'une coloration rouge très vive, due à l'injection des vaisseaux capillaires. Sa surface a perdu son poli et son brillant; les rugosités se sentent aux doigts. Il n'y a d'adhérences nulle part. C'est le péritoine des circonvolutions intestinales rapprochées du petit bassin, et le péritoine du petit bassin lui-même, qui paraissent le plus malades.

L'utérus est encore énorme; il remplit tout le petit bassin; le col est largement ouvert; l'intérieur est rempli de débris de placenta et de matières corrompues, infectes. Les veines de l'organe et le sinus sont sains; ils sont béans, et ne renferment pas de sang dans leur intérieur.

Les ovaires sont fortement gonflés; le tissu spongieux qui constitue l'ovaire droit est considérablement injecté; l'on y rencontre quelques noyaux blanchâtres au centre, dont la couleur disparaît sur les bords, par conséquent mal circonscrits. Ces noyaux sont formés par une matière assez dure; on dirait du pus infiltré. Les veines mésentériques, ovariennes, et autres de l'abdomen, sont saines; on y trouve des caillots, mais ils ne sont point adhérens, ne renferment pas de pus, et les parois veineuses ne pa-

raissent point malades. Les lymphatiques et le canal thoracique ne présentent point d'altération; le foie est sain; il n'y a qu'un rein, qui est placé au-devant de la colonne lombaire et qui reçoit deux artères. L'intestin est sain; rien au cœur: il renferme du sang noir fluide, à peine coagulé, dans lequel on voit au microscope des globules irréguliers sur les bords, incolores, sans dépression centrale, entièrement semblables aux globules de pus. Les endocardes sont fortement colorés en rouge, sans ramollissement. Engorgement des poumons à leur partie postérieure. Ils crépitent et surnagent; le poumon gauche est le plus altéré.

Cette observation appartient essentiellement à l'histoire de la péritonite puerpérale. Mais l'état de l'ovaire nous importe.

Les cinquante observations qui précèdent sont, pour ainsi dire, la base clinique sur laquelle nous allons essayer d'élever l'histoire dogmatique des abcès puerpéraux du bassin.

### CHAPITRE III. — *Anatomie pathologique.*

Nous étudierons d'abord l'anatomie de l'abcès, ensuite les altérations des parties environnantes.

ABCÈS. — Sur un nombre de 16 autopsies, dont 12 sont consignées parmi nos 50 observations, nous trouvons 5 exemples d'abcès dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, 3 d'abcès sous-aponévrotique, 1 d'abcès intra-péritonéaux multiples, 2 d'abcès intra-péritonéal simple, 2 d'abcès ovarique et 3 d'abcès mixte. Dans l'un de ces trois derniers cas, il y avait un abcès péritonéal et un abcès ovarique; dans l'autre, il y avait des abcès intra-péritonéaux, plus un abcès du ligament large; dans le troisième, on trouva des abcès intra-péritonéaux, plus une infiltration purulente et un gonflement du tissu cellulaire sous-péritonéal. On pourrait établir quatre variétés anatomiques de ces abcès; savoir :



1° abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal ; 2° abcès de l'espace sous-aponévrotique ; 3° abcès ovariens ; 4° abcès intra-péritonéaux simples ou multiples. Les autopsies montrent un nombre assez considérable de ces derniers. Est-ce à dire qu'ils soient les plus communs ? Non pas ; mais ils sont les plus graves en raison de la péritonite, dont ils ne sont que le résultat. Nous ferons deux *classes* d'abcès puerpéraux : la première comprenant les abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal, les abcès ovariens, et les abcès intra-péritonéaux ; la seconde, comprenant les abcès de l'espace sous-aponévrotique. Ce serait beaucoup plus souvent le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, que celui des ligamens larges, qui deviendrait le siège des abcès puerpéraux. M. Grisolle le croit ainsi, et les faits semblent le prouver. Mais plus d'exactitude dans la description est à désirer, sous ce rapport, dans les observations ultérieures. Nous venons de voir, dans le service de M. Andral, un cas dans lequel il est très facile de déterminer que l'abcès a pour siège la fosse iliaque : la tumeur est allongée le long du bord antérieur de l'os des îles.

*Première classe.* — Nous diviserons la marche de l'abcès en quatre périodes, auxquelles nous rapporterons les caractères anatomiques.

*Première période.* — *Formation de l'abcès* (phlegmon). Nous voyons, dans une de nos observations, qu'il existait un développement énorme du tissu cellulaire situé dans la duplicature du ligament large. Dans le tissu cellulaire voisin, vers la fosse iliaque, l'altération était plus avancée : le pus était formé, et à l'état d'infiltration ; encore quelques jours, quelques heures peut-être, et l'infiltration serait devenue une collection, un abcès. Ainsi : 1<sup>er</sup> degré, engorgement ; 2<sup>e</sup> degré, infiltration ; 3<sup>e</sup> degré, abcès,

Dans la péritonite puerpérale, on trouve souvent le tissu cellulaire des ligamens larges infiltré, tuméfié. Cette circonstance montre l'identité étiologique et le rapport intime des phlegmons intra-pelviens, suite de couches, avec la péritonite puerpérale.

Dans un cas que nous avons observé nous-même, mais seulement en ce qui touche l'autopsie, l'un des ovaires était plus gros du double que l'autre : très rouge à l'intérieur, il présentait des taches d'un rouge plus foncé, qui, à côté, étaient devenues de petits abcès, lesquels, bientôt confondus par de petites collections intermédiaires successivement développées, auraient fini par convertir l'ovaire en un kyste purulent, comme dans plusieurs de nos observations. Ainsi : 1<sup>er</sup> degré, tuméfaction et hyperémie ; 2<sup>e</sup> degré, foyers sanguins multiples ; 3<sup>e</sup> degré, foyers purulens multiples ; 4<sup>e</sup> degré, fonte purulente générale, abcès.

Les ecchymoses sont un caractère assez commun de l'état puerpéral. Le sang se dépose en nature dans les tissus, puis il se transforme. Ces épanchemens ecchymotiques indiquent un rapprochement naturel entre l'état puerpéral morbide et plusieurs autres états pathologiques caractérisés par l'altération du sang.

*Deuxième période. — Abcès formé.* Nous devons envisager l'abcès : par rapport à ses parois ; par rapport à son contenu :

*Parois.* Quand l'abcès siège dans l'ovaire, son volume est aisément appréciable. Il était gros comme un œuf de poule, dans une observation de M. Bouchut (obs. 44<sup>e</sup>) ; comme les deux poings d'un homme dans une autre de Mad. Boivin (obs. 20<sup>e</sup>). Quand il s'est creusé dans le tissu cellulaire, l'abcès est souvent mal circonscrit, et d'une capacité difficile à déterminer. C'est ici qu'il convient de rappeler l'observation de

M. A. Bérard (26<sup>e</sup>), exemple si remarquable de migration du pus. Dans le péritoine, la poche est formée de fausses membranes, et peut être partagée en plusieurs loges (obs. 11<sup>e</sup>, 22<sup>e</sup>). Il y a de grandes variétés dans l'épaisseur du kyste. Un de nos faits (obs. 39<sup>e</sup>) nous le montre lardacé, et comme cartilagineux. Dans une observation de Mad. Boivin (obs. 20<sup>e</sup>), la surface extérieure de la poche purulente était sillonnée de nombreux vaisseaux fins, d'un beau rouge vermillon. Dans notre observation 19<sup>e</sup>, la cavité du foyer était d'un gris noirâtre et tapissée par une membrane pseudo-muqueuse. Dans la 39<sup>e</sup>, extraite du mémoire de M. Bourdon, la membrane interne de l'abcès « représentait bien une membrane pyogénique. » La suivante (40<sup>e</sup>) nous montre un abcès dont les parois, épaisses de 3 millim., offraient à leur face interne un aspect de membrane muqueuse et une teinte de gris foncé. Dans un cas de M. Gibert (*Archives générales de médecine*, t. xv, p. 610), le foyer, étendu du rein à l'arcade crurale, était tapissé par une membrane *celluleuse rouge et enflammée*.

*Contenu.* S'il s'agit d'un kyste ovarique ayant suppuré, on peut trouver au milieu du pus, des poils, de l'adipocire (obs. 20<sup>e</sup>). Le pus est épais, crémeux, inodore, louable enfin, ou épais, visqueux et fétide; plus souvent il est séreux, mal lié, *laiteux*, et inodore ou fétide. Fréquemment il tient en suspension des flocons, des masses albumineuses, d'un volume quelquefois considérable, susceptibles (cela est du moins supposable) de se transformer à la longue et de se présenter sous la forme de ces corps libres du péritoine qui ont tant embarrassé les anatomo-pathologistes. Dans un cas de M. Méliér, une masse de ce genre pesait 250 grammes environ. C'étaient ces masses que les anciens prenaient pour

du lait caillé. La quantité du pus est très variable; il peut y en avoir plusieurs livres.

Nous avons parlé de la fétidité du pus. Dans deux cas (obs. 38° et 40°) on lui a trouvé l'odeur alliagée. Il n'est pas question une seule fois, dans nos observations, de l'odeur stercorale. Le pus d'un abcès puerpéral de la fosse iliaque gauche, ouvert par M. le professeur Auguste Bérard, à la Pitié, en notre présence, avait cette odeur. Le pus est quelquefois mêlé de sang. Dans le cas de Mauriceau (obs. 1<sup>re</sup>) la matière consistait en *une espèce de lie de vin rouge et de vin blanc*, ce qui nous a fait penser que l'abcès avait commencé par un trombus (abcès sanguin). Le pus varie dans le même abcès, à diverses époques. Il peut être mêlé de gaz, soit parce qu'il y a tympanite, comme dans le fait de Pujol (nous avons dit que cette observation est un cas d'épanchement et non d'abcès), soit parce que le foyer est en rapport avec l'intestin.

*Troisième période. — Abcès ouvert.* L'abcès s'ouvre à l'extérieur ou à l'intérieur.

*A l'extérieur.* La paroi abdominale (muscles, aponévroses, tissu cellulaire, peau) s'ulcère. Voici ce que nous avons vu dans le cas précité de M. A. Bérard : les parties molles, dans le point où l'incision a été faite, étaient transformées en un tissu dense, homogène, strié de jaune (les stries représentant les fibres musculaires dénaturées). M. Bérard était arrivé au foyer, et nous n'avions pas vu que les muscles avaient été divisés. Telle doit être la marche ordinaire. L'inflammation transforme le tissu musculaire et le dispose à l'ulcération, qui autrement semble ne pouvoir l'attaquer.

*A l'intérieur.* Il se présente deux cas : a l'ouverture spon-

tanée est précédée de l'adhésion des parois du kyste à un organe creux, au travers duquel le pus doit se faire jour ; *b* l'adhésion préalable ne s'établit pas.

*a.* Nous n'avons point de détails sur l'organisation intime des parties au moment où l'adhérence tutélaire se forme, et où l'abcès va s'ouvrir. Ce point d'anatomie pathologique serait curieux à examiner avec les moyens actuels d'investigation anatomique.

Chez un de nos sujets, l'abcès communiquait avec le vagin, au moyen d'une ouverture large, irrégulière, à bords mous, frangés et noirs, occupant la paroi droite du vagin presque entièrement détruite. La communication entre l'abcès et l'ouverture de dégagement, outre qu'elle est plus ou moins large, est plus ou moins directe ; double condition qui fait varier la facilité de l'écoulement du pus, et à laquelle se rattachent le plus ou moins de facilité de la détersion de l'abcès, et sa tendance à s'ouvrir ailleurs quand l'ouverture actuelle n'est pas convenablement établie. Y aurait-il deux modes de perforation : l'ulcération et la gangrène ? Cela est possible ; mais rien ne nous le démontre.

*b.* Lorsque l'abcès s'ouvre sans adhésion préalable, le pus s'écoule dans le péritoine, et on trouve généralement, à l'autopsie, les traces d'une péritonite violente.

*Quatrième période.* — *Abcès cicatrisé.* Il subsiste souvent, pendant un temps plus ou moins considérable, après l'oblitération du foyer, une induration des tissus environnants. L'occasion ne s'est pas présentée, du moins que nous sachions, d'étudier anatomiquement ces indurations consécutives ; mais on peut se représenter aisément ce que devient le tissu cellulaire sous l'influence d'une inflammation prolongée. On observe, d'ailleurs, le même phénomène à la

suite des abcès extérieurs. La cicatrice est plus ou moins enfoncée; elle se continue quelquefois avec les indurations dont il vient d'être parlé.

*Deuxième classe.* — *Abcès sous-aponévrotiques* (psôte puerpérale). Nous en avons un remarquable exemple dans une observation de M. Perrochaud (*Bull. de la Soc. anat.*). La désorganisation avait atteint, non-seulement le psoas et l'iliaque, mais encore le carré des lombes. Il y avait deux abcès, l'un iliaque, l'autre dorso-lombaire, communiquant à travers le muscle carré et les feuilletés antérieur et moyen du muscle transverse. C'était, avec d'énormes dimensions, un de ces abcès en forme de bouton de chemise qu'a signalés M. Velpeau. On voyait des débris de muscle infiltrés de pus. Ce détail nous importe, en ce qu'il nous met peut-être sur la voie du mécanisme de ces désorganisations. Tout ce qui peut suppurer dans le muscle, le tissu cellulaire interstitiel, suppure; ensuite les fibres charnues, isolées, cessent de vivre, se décomposent, et la forme putrilagineuse succède à l'infiltration.

Dans un cas de M. Vigla (*ibid.*), les muscles psoas, iliaque et carré lombaires étaient en grande partie réduits en une bouillie verdâtre. Une perforation du *fascia iliaca* faisait communiquer l'espace sous-aponévrotique avec le cœcum lui-même perforé. Il existait en même temps une petite collection de pus isolée dans le ligament large du côté droit. L'abcès s'étendait en bas jusqu'à l'arcade crurale, en haut, jusqu'aux attaches du diaphragme: il avait pour parois, *en avant*, l'extrémité droite et inférieure du foie, qui en recevait une coloration verdâtre, la capsule sus-rénale, la face postérieure du rein, le feuillet antérieur de l'aponévrose du muscle transverse, et médiatement le colon ascendant, le

péritoine; plus bas l'aponévrose du muscle iliaque et le cœcum; *en arrière*, la face antérieure des dernières côtes, qui en étaient séparées par les insertions du diaphragme et du transverse, le muscle carré des lombes, une portion du psoas, l'iliaque; *à droite*, les fibres postérieures du muscle transverse, le grand dorsal, la crête de l'os des îles; *à gauche*, les insertions du psoas, celles du diaphragme. Les filets du plexus lombaire, qui se ramifient à la surface ou entre les fibres les plus superficielles des muscles, étaient d'un blanc mat, ramollis, et se déchiraient avec la plus grande facilité.

Une observation de M. Guéneau de Mussy (*Lancette française*, t. v, n<sup>o</sup> 14), nous montre les muscles psoas, iliaque désorganisés, et infiltrés d'un liquide noirâtre, épais, extrêmement fétide, s'étendant jusqu'au-dessous de leur insertion au petit trochanter.

Dans notre observation 19<sup>e</sup>, les fibres musculaires n'étaient que disséquées par le pus.

On peut admettre une psoïte puerpérale consécutive, dans laquelle le fascia est détruit, et le muscle attaqué par suite de l'existence d'un abcès dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et une psoïte puerpérale primitive, dans laquelle la maladie affecte de prime abord le tissu cellulaire sous-aponévrotique et les muscles.

ÉTAT DES PARTIES QUI ENTOURENT L'ABCÈS. *Péritoine*.—Si la mort a eu lieu par suite de péritonite, le ventre est plus ou moins tendu; sa cavité est remplie de sérosité trouble, jaunâtre, lactescente, séro-purulente, mêlée de flocons albumineux; le péritoine, selon l'acuité et la durée de l'inflammation dont il a été le siège, est dépoli, coloré en rouge par l'injection des vaisseaux sous-séreux, qui quel-

quefois sont visibles même au travers des pseudo-membranes dont il est tapissé; les portions voisines de l'intestin adhèrent souvent entre elles, circonscrivant des espaces constitués en forme d'abcès. Dans l'observation déjà citée de M. Vigla, le péritoine offrait une couleur noire due à l'imbibition par un liquide sous-jacent. Détaché et lavé, il reprit sa couleur et sa transparence.

*Intestins. Vessie.* — On voit les intestins adhérer à la tumeur. Notre observation 11<sup>e</sup> présente, sous ce rapport, une déviation remarquable de l'arc du colon. Différentes parties des intestins, est-il dit, paraissaient avoir été attirées comme par force vers la tumeur. Dans l'observation 19<sup>e</sup>, nous voyons des adhérences unir la vessie et le rectum à l'utérus. Ailleurs (obs. 20<sup>e</sup>), le rectum adhère dans toute sa paroi postérieure à la face interne du sacrum.

*Organes génitaux.* Dans un cas de M. Andral, l'utérus était engorgé et ramolli. L'organe peut n'avoir pas repris son volume naturel. On l'a trouvé plein de débris placentaires et d'un détritüs infect; mais il s'agissait d'une péritonite (obs. 50<sup>e</sup>). Dans un cas où le pus s'était fait jour à travers le col utérin et par le vagin, ces deux parties étaient colorées en rouge vif (obs. 19<sup>e</sup>). Souvent l'utérus est dévié. C'est ce qui avait lieu dans notre observation 49<sup>e</sup>, dans laquelle il était, en outre, abaissé, après avoir été élevé.

*Vaisseaux. — Artères.* On n'a pas examiné anatomiquement l'état des artères pelviennes à la suite des abcès pueréraux du bassin. Cependant ces artères peuvent être affectées, comme nous l'avons vu, par des signes indubitables, dans une observation de M. Grisolle. — *Veines.* On s'est beaucoup préoccupé de l'état des veines. Dans le cas de M. Méliér, la veine iliaque externe,



presque en totalité, et la veine crurale, dans l'étendue de 6 à 8 centimètres, étaient oblitérées par un caillot adhérent; la surface interne du vaisseau était rouge, comme piquetée de points purulens. Dans l'observation de M. Tardieu, la veine cave, fermée au cours du sang, était aplatie au-dessus du point où adhérait le caillot. Mais l'observation la plus remarquable sous ce rapport est celle de M. Andral. Un grand nombre de veines de l'excavation du bassin étaient distendues; un sang coagulé auquel était mêlé (comme dans le cas de M. Mélier), sous forme de gouttelettes éparses, un liquide blanchâtre, qui fut comparé à du pus, les remplissait. Les mêmes particularités se faisaient remarquer dans la veine iliaque et dans la veine cave: les parois veineuses étaient saines; il y avait des abcès métastatiques dans le poumon, dans le foie, et jusque dans le cerveau. Ce fait date du moment où M. Velpeau relevait le drapeau de l'humorisme. M. Andral se plaît à le constater dans une note de son livre. — *Vaisseaux et ganglions lymphatiques.* M. Cruveilhier a trouvé souvent les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et des ligamens larges suppurés, à la suite de la péritonite puerpérale. L'attention des chirurgiens ne s'est pas fixée sur cette complication dans les abcès puerpéraux du bassin. Toutefois, M. Deville nous a dit avoir constaté cette lésion anatomique sur des femmes mortes à la suite d'abcès de ce genre, qu'il a eu l'occasion d'examiner dans les pavillons de l'Ecole pratique. Quant aux *ganglions*, nous voyons, dans notre 28<sup>e</sup> observation, que les *glandes de l'aîne et de l'extrémité inférieure* étaient engorgées. Dans celle de M. Amb. Tardieu (35<sup>e</sup>), les ganglions inguinaux étaient compris dans la masse purulente.

*Nerfs.* — On les trouve disséqués par le pus. Ils peuvent

être altérés, ramollis, comme on l'a vu dans l'observation de M. Perrochaud.

*Os.* — On a vu les symphyses écartées, et cet écartement pourrait bien avoir occasionné l'abcès. Les apophyses transverses des vertèbres lombaires étaient dénudées, dans le cas de M. Perrochaud.

#### CHAPITRE IV. — *Symptomatologie.*

**EPOQUE DE L'INVASION.** — En réunissant à nos observations dix-sept cas puisés dans les auteurs (dont neuf ont été publiés par M. Lever), nous avons un total de soixante-sept faits, et, sur ce nombre, trente-huit, dans lesquels l'époque de l'invasion a été indiquée. Nous avons partagé ces trente-huit cas en quatre catégories : la première comprenant ceux dans lesquels les symptômes se sont manifestés du premier au second jour inclusivement ; la seconde, ceux dans lesquels ils se sont produits du troisième au dixième jour inclusivement ; la troisième, les cas dans lesquels le début a eu lieu du onzième au vingtième jour inclusive-ment ; la quatrième, enfin, les cas dans lesquels l'invasion varie entre le vingt-et-unième jour et un mois.

**SYMPTÔMES DE L'INVASION.** — Il se fait dans l'économie un grand mouvement de liquides. Des voies, qui étaient ouvertes ou qui allaient s'ouvrir, se ferment ou restent fermées : les lochies s'arrêtent ou diminuent ; les mamelles s'affaissent. Il y a un frisson dans tout le corps jusqu'à ce que l'orage puerpéral se soit fixé. Le frisson se répète quelquefois plusieurs jours de suite, comme dans notre observation 18°. Il n'a été noté que 7 fois à titre de phénomène initial ; mais nous avons lieu de le croire beaucoup plus fréquent. La sup-

pression des lochies n'a été notée que 8 fois sur 31 cas ; et l'affaissement des mamelles n'est mentionné que 6 fois. Ces chiffres n'ont rien de définitif. Il faut en appeler à des observations plus complètes.

La douleur est le symptôme le plus constant. Elle est notée 31 fois dans nos observations. Elle s'étend à tout le ventre et reste générale (10 sur 31), ou bien, d'abord générale, elle se fixe ensuite, se cantonne dans un point (2 sur 31), ou encore elle est à-la-fois générale et locale, c'est-à-dire plus vive dans un point (6 sur 31), ou enfin elle débute et reste dans le point où le phlegmon se développera (13 sur 31). Elle est quelquefois très vive. Dans notre observation 14<sup>e</sup>, elle était exaspérée au plus léger contact. Dans l'observation 24<sup>e</sup>, la toux, le moindre mouvement, l'augmentaient. Elle se présente quelquefois sous la forme d'élanemens violens (obs. 48<sup>e</sup>).

La diarrhée a été observée 7 fois sur 31 cas ; la constipation, 1 fois seulement. Dans 2 cas la constipation et le dévoiement se sont succédés. 6 fois, on a noté des vomissemens.

Le ventre est ballonné, sonore, tendu : on l'a trouvé tel 11 fois sur 31 cas.

La malade éprouve des envies continuelles d'uriner ou de la douleur, de la gêne, des élanemens en urinant. La miction peut être tout-à-fait impossible.

Il y a généralement de la fièvre ; elle peut être très intense. Il s'en faut que l'état du pouls soit indiqué dans toutes nos observations ; mais nous sommes autorisé à affirmer, d'après les faits observés par nous-même, que, communément, la circulation est plus ou moins activée. Le pouls est d'abord petit, serré ; ensuite il devient mou, dépressible, comme sudoral.

Il y a de l'oppression (obs. 4<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup>).

Dans deux de nos observations, le début fut signalé par des pertes utérines qui, dans un cas, avaient déjà eu lieu pendant la grossesse.

La flexion de la cuisse, l'engourdissement, la pesanteur du membre, la difficulté de la marche, ont été observés dès le début.

Décubitus dorsal ordinairement, latéral dans un cas. La face présente une physionomie particulière où se peignent à-la-fois l'anxiété et une espèce de stupeur.

Dans les signes qui viennent d'être énumérés, il y en a plusieurs qui appartiennent à la péritonite; et, en effet, les abcès puerpéraux du bassin sont souvent liés à cette inflammation.

Mais la plupart de ces signes peuvent manquer, et le début peut être à peine marqué. L'accouchée, sans éprouver d'autre accident qu'une douleur légère avec pesanteur dans l'aîne (obs. 17<sup>e</sup>), sort, vague à ses travaux pendant un certain temps.

**SYMPTÔMES ULTÉRIEURS.** — Nous les distinguons en symptômes locaux et en symptômes généraux

*Symptômes locaux.* — Ils doivent être distingués eux-mêmes suivant qu'ils dépendent de la tumeur ou des parties avec lesquelles celle-ci est en rapport, et qui souffrent de la compression qu'elle leur fait éprouver.

1<sup>o</sup> *Symptômes propres à la tumeur.* — Il commence par y avoir un simple empâtement; la région iliaque ne fait pas saillie encore; la douleur est le seul phénomène qui décèle l'imminence ou la formation d'un travail morbide local. Plus tard, si l'art n'est intervenu efficacement, le relief iliaque se prononce, et l'on commence à

distinguer le contour d'une tumeur qui bientôt se dessine plus nettement. Il faut pour cela que le ventre soit dépressible autour d'elle, faute de quoi l'abcès commençant, ou phlegmon, se confond dans le météorisme général. et n'est plus distinct que par la percussion. Cette tumeur, que nous supposons bien dessinée, a un volume plus ou moins considérable, suivant l'époque à laquelle on l'examine et l'intensité de l'acte morbide. Elle est grosse comme une orange, comme une tête de fœtus. Une tumeur que nous avons examinée dernièrement dans le service de M. Rayer, à la Charité, avait ce dernier volume. Elle peut remonter jusqu'à l'ombilic, jusqu'à l'épigastre. Elle paraît être plus souvent ovoïde que globuleuse; le ligament de Fallope mesure son grand axe. Cette tumeur est d'abord dure; elle est mate, élastique, sans bosselures. Elle est dans le petit bassin, ou couchée sur la paroi interne du grand. Elle peut être à cheval sur les deux: on en sent alors une partie dans le grand bassin, tandis que l'autre partie s'enfonce dans le petit.

La tumeur est plus ou moins sensible à la pression, ou insensible même à une pression assez forte. Mais, généralement, elle est douloureuse au toucher, ce qui doit rendre circonspect pour l'exploration.

Lorsque le pus s'est formé, ce qui est souvent annoncé par la pulsation locale, un signe nouveau se produit: la fluctuation. On la détermine par la palpation abdominale, par le toucher rectal, par le toucher vaginal. Il ne faut jamais négliger ces deux touchers, alors même que la palpation abdominale aurait fait reconnaître la fluctuation. On s'assure ainsi, non plus d'un signe dont la constatation est acquise, mais de la tendance de l'abcès à se porter dans un sens ou

dans l'autre, et l'on se donne le moyen d'aider la nature. Le toucher vaginal, nous l'avons expérimenté, est plus facile en passant la main au-dessous de la cuisse de la malade, celle-ci étant couchée. Le doigt, quand on explore en passant la main entre les cuisses de la femme, perd de sa longueur par l'obliquité qu'il affecte, et va heurter contre la paroi postérieure du vagin. Il y aurait avantage à renouveler le toucher dans la station. On combine les touchers entre eux et avec la palpation abdominale. Un doigt introduit dans le vagin renvoie l'ondée à la main qui presse l'abdomen, et réciproquement. Il en est de même du doigt placé dans le rectum à celui qui est dans le vagin. Mais il ne faut pas croire que ces recherches soient toujours faciles et fructueuses.

2° *Symptômes dépendans de la compression des organes environnans.* — On croirait, en raison de la laxité de la paroi abdominale antérieure après l'accouchement, que la tumeur, pouvant se développer en avant, ne doit pas comprimer fortement les organes environnans. Mais, d'abord, il y a des tumeurs qui répondent aux os au lieu de répondre à la paroi extensible, et, quant aux autres, par leur volume quelquefois très considérable, elles poussent jusqu'aux dernières limites la laxité des parois molles de l'abdomen.

Il doit y avoir des différences notables dans les symptômes de compression, suivant que la tumeur siège dans l'excavation ou dans le grand bassin.

*Vessie. Utérus. Intestins.* — Une tumeur placée en avant de la vessie, devra peser sur la poche urinaire, et amener des ténesmes vésicaux, de la gêne dans la miction, ou même la rétention complète, plusieurs fois notée dans nos observations. Placée entre la vessie et l'utérus, elle donnera

lieu aux mêmes effets quant à la vessie, qui sera poussée d'arrière en avant, au lieu de l'être d'avant en arrière, et pourra comprimer médiatement le rectum par le refoulement de l'utérus. Enfin, entre l'utérus et le rectum, elle poussera la matrice en avant, et par son moyen, elle pourra encore comprimer la vessie; en arrière, elle comprimera le rectum, dont elle pourra aplatir les parois l'une contre l'autre. Le cœcum peut être poussé contre la paroi abdominale (Grisolle). Il doit en être de même de l'S iliaque. Mais pour l'un comme pour l'autre il faut des conditions particulières de siège. Une tumeur bornée à la petite excavation n'aura aucune influence sur le cœcum ou l'S iliaque. On comprend que, dans tous ces effets, il doit y avoir des variétés et des nuances.

*Artères.* — Leur compression, la formation possible, mais non démontrée dans l'espèce, de fausses membranes à leur surface interne, suite d'inflammation par contiguïté, peuvent affaiblir la circulation artérielle, et produire le refroidissement du membre. Cet épiphénomène pourrait devenir fort grave. Dans le seul cas où il ait été noté (obs. 34\*), il était dû très vraisemblablement à la compression de l'artère iliaque externe par la tumeur. En effet, la cessation des symptômes dus à la gêne de la circulation artérielle coïncida avec la diminution du phlegmon iliaque à la suite d'une déplétion sanguine locale.

*Veines.* — Les veines s'enflamment; il s'y forme des caillots adhérens (phlébite adhésive ou oblitérante); la circulation veineuse est entravée, et, suivant le mécanisme si lumineusement exposé par M. le professeur Bouillaud, le membre s'infiltré de sérosité. Il est bien entendu que le même effet peut résulter de la compression de ces vaisseaux par la tumeur.

M. Richet a vu l'œdème de la grande lèvre du côté de la tumeur.

*Vaisseaux lymphatiques.*—Ils sont comprimés aussi, et concourent à l'œdème du membre. Dans une de nos observations, ils étaient noueux à la face interne de la cuisse. Nous avons dit qu'ils peuvent être enflammés. Ils l'étaient sans doute dans le cas qui vient d'être rappelé. Citons même, comme un fait très rare et peu connu, ces nodosités qui marquaient le trajet des vaisseaux lymphatiques au côté interne de la cuisse.

*Muscles.* — Un certain volume de la tumeur étant donné, on comprend, à la rigueur, que le diaphragme puisse être refoulé, et qu'il en résulte de la gêne de la respiration. Mais c'est plutôt l'exaspération de la douleur par les mouvemens de ce muscle dans l'acte respiratoire, qui explique l'oppression, rarement observée d'ailleurs. Dans l'observation 4<sup>e</sup>, tout le ventre était tendu et gonflé; il y avait péritonite. Il en était de même dans l'observation 14<sup>e</sup>: l'abdomen était très tendu, et il y avait de la douleur au plus léger contact.

La malade tient ordinairement la cuisse fléchie, du moins dans l'état aigu; plus tard, elle peut l'allonger. Si elle marche, il doit arriver que la paroi abdominale réagissant sur le foyer, dans l'extension du membre correspondant, produise, conjointement au poids des viscères, un sentiment de douleur analogue à celui que la pression manuelle provoquerait, sentiment qui porte la malade à ne pas étendre le membre du côté affecté. On conçoit que la progression puisse être rendue tout-à-fait difficile, ou même impossible, par ce mécanisme, sans que le muscle psoasiliaque soit affecté. Il faudrait que, dans les observations



ultérieures, on s'attachât à bien démêler tout ce qui a rapport à l'impotence du membre et à sa flexion obligée.

*Nerfs.* — On observe des douleurs le long des nerfs de la cuisse. M. Richet a suivi distinctement la douleur sur le trajet du nerf inguinal externe. Il est possible que, dans quelques cas, les douleurs de la cuisse doivent être attribuées à la *phlegmatia dolens*.

*Symptômes généraux.* — Le trouble du début s'apaise insensiblement, la fièvre diminue, et la maladie se réduit au phlegmon. Toutefois on voit persister assez fréquemment, dans une certaine limite, les symptômes tant locaux que généraux de la péritonite. Il ne peut en être autrement quand la collection a pour siège la cavité même du péritoine, c'est-à-dire quand l'abcès est intra-péritonéal. La malade subit des alternatives d'amélioration et d'aggravation, liées manifestement aux progrès du travail suppuratif. Elle a des frissons, de la fièvre, quelquefois des redoublemens le soir, et des sueurs la nuit. Cette période de l'état général répond à celle de l'état local, dans laquelle la tumeur devient graduellement fluctuante.

Enfin la tumeur s'ouvre, et la malade se sent tout-à-coup soulagée. Si l'ouverture est extérieure, on en est immédiatement averti. Il n'en est pas toujours de même si elle s'est faite à l'intérieur, dans l'intestin, dans l'utérus, ou dans le vagin. La matière purulente mêlée aux produits de la digestion ou de la sécrétion urinaire peut passer inaperçue, et ce n'est que par l'aplatissement de la tumeur qu'on est conduit à s'apercevoir de l'évènement.

Nous avons quelque chose à ajouter pour les symptômes de la peste puerpérale. L'observation de M. Perrochaud nous fournit une description admirable par l'énergie

avec laquelle le principal symptôme est accusé. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici textuellement la partie symptomatologique de cette observation, dont le détail nécroscopique a été utilisé dans le chapitre précédent.

51<sup>e</sup> OBS. — *Psoïte consécutive à un accouchement. Ouverture de l'abcès dans le péritoine*, par M. PERROCHAUD, interne des hôpitaux.

Henriette <sup>\*\*\*</sup>, couturière, âgée de 30 ans, d'une santé ordinairement bonne, est accouchée de son dixième enfant il y a deux mois et demi. Les suites immédiates de couche n'offrirent rien de particulier; cependant elle ne tarda pas à éprouver de violentes douleurs dans les flancs, surtout dans le flanc gauche. Ces douleurs devinrent de plus en plus intenses. Celles du côté gauche s'irradiaient vers l'épaule du même côté, et s'étendaient en même temps vers la partie supérieure et interne de la cuisse. Il se fit alors une rétraction progressive du membre pelvien gauche, et aujourd'hui la cuisse est fléchie sur le ventre; l'extension est tout-à-fait impossible, tant sont douloureux les légers efforts qu'on fait pour la pratiquer; les orteils eux-mêmes ne peuvent exécuter le plus petit mouvement. La cuisse droite, bien moins rétractée que la gauche, l'est cependant un peu, et ne peut être étendue complètement.

Depuis l'invasion de la douleur, la malade a maigri considérablement. Elle est en proie à une fièvre continue, s'exaspérant vers le soir, à des sueurs nocturnes, à de la diarrhée. L'auscultation ne démontre aucune altération des poumons.

Il y a quinze jours environ que la malade s'aperçut, pour la première fois, d'une tumeur située dans le flanc gauche. Elle garda le silence sur cette particularité, et c'est le hasard qui la fit découvrir. Transportée peu de temps après dans la salle de chirurgie, on constata la présence d'une tumeur molle, élastique, du volume du poing, située à égale distance de la crête iliaque et de la dernière fausse côte. Une même distance la séparait des apophyses épineuses lombaires. En avant, une tumeur se confondait insensiblement avec une tuméfaction très étendue, qui occupait à-la-fois la région iliaque et le flanc gauche. De ce côté existait un empâtement considérable, tandis que le droit avait son appa-

rence ordinaire. En outre, quand on exerçait une certaine pression sur la tumeur de la région lombaire, on sentait un reflux de liquide dans le flanc du même côté.

Il était assez difficile d'indiquer, sinon la nature, du moins l'origine de cette tumeur. Cependant, d'après la rétraction de la cuisse, on crut que cette suppuration pourrait avoir sa source dans la fosse iliaque gauche; malgré cela, dans l'incertitude où l'on se trouvait, on n'osa prendre un parti décisif, et comme rien ne faisait prévoir une terminaison prompte, on attendit au lendemain. Mais, dans la journée même, tandis que cette malade causait tranquillement avec sa voisine, elle fut prise d'un léger mouvement convulsif, et expira aussitôt, un jour après son entrée à l'hôpital.

La rétraction du membre, la douleur aux plus légers mouvemens qui lui étaient imprimés, le siège de la douleur qui s'étendait de l'insertion supérieure à l'insertion inférieure du psoas, celui de la tumeur entre la crête iliaque et la dernière fausse côte, sont des signes singulièrement précis, et, sous ce rapport, l'observation de M. Perrochaud est un des faits les plus précieux qui soient acquis à la science. Mais il s'en faut qu'avec la même altération des muscles on observe toujours les mêmes symptômes caractéristiques. La douleur de l'épaule aura rappelé au lecteur que l'abcès s'étendait jusqu'au foie qui en avait reçu une coloration particulière.

#### CHAPITRE V. — *Diagnostic.*

1° On peut méconnaître la tumeur. Dans une de nos observations, nous avons vu un médecin, préoccupé uniquement des symptômes qui avaient lieu du côté de la poitrine, diagnostiquer une phthisie pulmonaire, et ne pas s'apercevoir qu'il existait une tumeur dans le bassin, quoiqu'il y eût de la douleur dans l'un des flancs, et que la femme fût une nouvelle accouchée. Dans un autre cas on crut à une névralgie.

2° On peut, ayant reconnu la tumeur, méconnaître sa nature, la prendre pour une autre maladie, et réciproquement. Dans un de nos faits, le chirurgien qui vit le premier la malade, diagnostiqua opiniâtrément un cancer de l'utérus. A la vérité, le cas sortait complètement de l'ordinaire, puisque la poche d'un abcès intra-pelvien était venue proéminer à la vulve. Dans une autre de nos observations on crut à une ascite. On peut penser qu'il existe un abcès, tandis que la douleur, la tumeur et la matité, résultent simplement d'une accumulation de matières fécales. M. le professeur Trousseau croit que cette erreur est commune. Elle ne nous semble pas difficile à éviter, et il doit suffire d'en être averti.

3° Enfin, on peut avoir reconnu la collection, et se tromper sur son siège précis. Lorsque le ventre est énorme, lorsque, comme dans un de nos faits, il sort de la tumeur six pintes de liquide, on peut hésiter entre l'idée d'un épanchement intra-péritonéal et celle d'un vaste abcès dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale. Nous avons entendu M. le professeur Marjolin, dans une de ses leçons à la Faculté, citer le cas d'un abcès s'étendant à tout l'abdomen entre le péritoine et les muscles, abcès si volumineux que l'on ne put éviter l'erreur et que l'on diagnostiqua une ascite. Il n'y aurait rien d'impossible à ce qu'un abcès de ce genre se formât chez une femme en couches. Mais quand il y a eu des signes positifs de péritonite intense, et que le ventre, devenu très volumineux, donne l'idée d'une collection dans son intérieur, on peut considérer cette idée comme l'expression de la vérité. Au reste, par rapport au traitement, le cas ne diffère pas de celui d'un abcès proprement dit. Il faut que la matière soit évacuée, et c'est peut-être pour n'avoir pas satisfait à cette indication que l'on a vu certains cas de péritonite puerpé-

rale avec épanchement séro-purulent se terminer d'une manière funeste.

Nous venons de nous placer dans l'hypothèse d'un épanchement général qu'il serait possible de confondre avec un abcès très étendu du tissu cellulaire sous-péritonéal. La distinction est autrement difficile entre l'abcès intra-péritonéal, suite de péritonite partielle, et l'abcès circonscrit du tissu cellulaire sous-péritonéal, tel qu'il se présente ordinairement. Cette distinction n'est pas seulement difficile; souvent elle doit être impossible. Mais tant de précision dans le diagnostic n'est pas indispensable. Ici, comme tout-à-l'heure, la conduite à suivre est la même, que l'on ait affaire à l'un ou à l'autre des deux cas.

Parmi les abcès limités du tissu cellulaire sous-péritonéal, il y a encore des différences notables de siège : ainsi la collection peut exister dans la duplication des ligamens larges, dans le tissu cellulaire qui double l'un des culs-de-sac péritonéaux, dans celui des fosses iliaques, et il ne sera pas toujours facile de discerner exactement la position de l'abcès. Dans plusieurs des cinquante observations qui forment notre second chapitre, la tumeur était hypogastrique, et l'on peut croire qu'elle existait dans le tissu cellulaire de la partie antérieure de la vessie (cul-de-sac pubio-vésical). Les touchers vaginal et rectal, combinés avec la palpation abdominale, serviront à déterminer le siège de l'abcès dans les deux autres culs-de-sac (vésico-utérin et recto-utérin), à quoi contribueront certains symptômes, tels que la dysurie, la gêne et la douleur pendant la défécation, symptômes qui traduiront un rapport plus particulier de la tumeur avec la vessie ou le rectum.

Quand la tumeur se rencontre dans l'aîne, on est fondé à

supposer qu'elle s'est développée dans le tissu cellulaire qui double le ligament rond ou sus-pubien, lequel, comme chacun sait, traverse le canal inguinal pour venir se terminer dans le tissu cellulaire du pénil, de l'aîne, et de la grande lèvre. Si elle est située dans l'excavation, sur les côtés de la matrice, on peut admettre qu'elle se trouve dans les ligamens larges, mais elle pourrait aussi bien être dans l'ovaire. Le plus souvent elle est comme bridée contre la fosse iliaque interne où elle suit le ligament de Fallope. C'est là l'abcès iliaque, l'abcès du tissu cellulaire de la fosse iliaque interne : quand on l'a bien reconnu une fois, on le reconnaît toujours.

Maintenant, il s'agirait de distinguer l'abcès borné au tissu cellulaire de celui qui attaque les muscles (psôte puerpérale). L'observation de M. Perrochaud porterait à penser que ce diagnostic différentiel doit être facile, si nous n'avions celle de M. Vigla, dans laquelle une partie des muscles psoas-iliaque étaient réduite en bouillie sans qu'aucun symptôme l'eût fait soupçonner. Nous verrons d'ailleurs que ce n'est pas seulement dans l'état puerpéral que le diagnostic de la psôte est difficile.

En résumé, une femme est accouchée depuis huit ou dix jours, un mois, ou même depuis plus long-temps ; sans cause connue, ou par suite de refroidissement, de fatigue, d'écart de régime, elle a eu un frisson et de la fièvre ; elle a éprouvé une douleur dans l'abdomen, plus vive dans un point, ou d'abord générale, puis locale, ou seulement locale ; l'endroit douloureux s'est tuméfiée ; la tumeur est dure, mate, non bosselée, sensible au toucher ; la cuisse correspondante n'est pas libre dans ses mouvemens, ou même ceux-ci ne peuvent avoir lieu sans douleur : on est autorisé à dire que cette femme a un phlegmon du bassin, suite de couches.

CHAPITRE VI. — *Marche. Terminaisons. Pronostic.*

*Marche.* — Relativement à la marche, nous n'avons qu'à résumer ce que nous avons dit des symptômes. Dans l'hypothèse du cas ordinaire, les symptômes généraux ouvrent la scène (frisson, fièvre); la douleur s'y joint bientôt, ou même se fait sentir coïncidemment; la tumeur se dessine ensuite (1<sup>re</sup> période); l'état général se calme; la tumeur est le siège d'une douleur gravative, pulsative, parfois lancinante; insensiblement elle se ramollit; les symptômes généraux propres à la fièvre de suppuration se manifestent (2<sup>e</sup> période); enfin on observe l'œdème du tissu cellulaire, ou la rougeur, l'amaigrissement de la peau, quand l'abcès s'ouvre à l'extérieur (3<sup>e</sup> période).

*Terminaisons.* — Le phlegmon puerpéral du bassin peut se terminer de deux manières: par résolution, en laissant un noyau dur qu'il importe de surveiller, parce que c'est un levain d'inflammation; par formation du pus, c'est-à-dire par abcès. A son tour, l'abcès peut se terminer par résorption du pus, ce qui doit être fort rare, ou par ulcération de ses parois.

L'ouverture de l'abcès, d'après le dépouillement des soixante-sept observations que nous avons relevées, se fait presque aussi fréquemment à travers les tégumens, par le vagin, et par l'intestin. L'ouverture dans le péritoine est plus rare; il est plus rare encore que l'utérus se laisse perforer, ce dont il est aisé de se rendre compte par l'épaisseur de ses parois. Souvent la nature travaille à se débarrasser sur plusieurs points: aussi voit-on le pus se faire jour successivement, par la vessie et par l'intestin, à la peau et par

l'intestin, dans la vessie et à la peau, etc. Le moment de l'ouverture spontanée est signalé quelquefois par des accidens très alarmans. Il en fut ainsi dans un cas de Lamotte (obs. 5°).

La durée de la maladie varie suivant la constitution du sujet, l'intensité du travail morbide et le traitement. La tumeur peut durer depuis plusieurs années.

Lorsque l'abcès s'est ouvert à l'extérieur, voici ce qui arrive : le kyste purulent se retire en raison de l'évacuation du pus, et son ouverture s'éloigne de celle de la peau. Il se forme ainsi un trajet plus ou moins étendu, qui peut subsister : tel nous paraît être le mécanisme de ces fistules dont le premier exemple nous a été légué par Puzos.

Suivant que le pus a un écoulement plus ou moins facile, on voit alternativement le foyer saillant ou affaissé.

Dans un de nos cas on observa une sorte de paralysie consécutive du membre correspondant au côté où était le dépôt; elle ne tarda pas à se dissiper.

Les anciens étaient très attentifs aux phénomènes critiques. Ils relevaient avec soin la manifestation des éruptions. Mais il est à penser que lorsqu'ils parlaient d'urines laiteuses, ils faisaient allusion à des cas méconnus d'ouverture de l'abcès dans la vessie. Il n'est pas moins vrai que désormais on devra se préoccuper des phénomènes critiques plus qu'on ne l'a fait depuis quelque temps.

Il y a autre chose à considérer, dans les maladies, que leur terminaison prochaine. Le nom d'*accidens tardifs* est écrit depuis peu dans la science. Les abcès puerpéraux du bassin ont aussi leurs accidens tardifs. Il est impossible de ne pas faire un rapprochement quand on voit, dans le mémoire de M. Rokitanski, que les étranglemens internes sont beau-



coup plus communs chez la femme que chez l'homme. Ensuite, dans un certain nombre de cas, les modifications survenues dans les parties qui ont été le siège de l'abcès, doivent s'opposer à une nouvelle conception. Toutefois, nous avons vu, dans plusieurs de nos observations, qu'il y avait eu des grossesses ultérieures.

L'économie ne résiste pas toujours aux accidens qui accompagnent les abcès intra-pelviens; il est même fréquent qu'elle y succombe.

A ne considérer que les cinquante cas rassemblés dans notre second chapitre, on voit que la mort eut lieu treize fois, soit par péritonite, soit par suite de fièvre hectique; une fois par infection purulente, une autre fois avec des symptômes tétaniques.

*Pronostic.* — Il est grave, puisque 13 fois sur 50 la maladie s'est terminée d'une manière funeste. Il ne faudrait pas cependant accorder une valeur absolue à cette proportion. Nous avons dû réunir le plus de faits anatomo-pathologiques possible, tandis que nous avons laissé de côté beaucoup de cas heureux. Il est permis d'affirmer que, dorénavant, la résolution du phlegmon puerpéral du bassin sera de beaucoup la terminaison la plus commune.

#### CHAPITRE VII. — *Etiologie.*

*Cause prédisposante physiologique.* — Nous avons divisé l'historique en trois grandes périodes. Il y en a une quatrième, et nous nous sommes réservé d'en parler ici. Nous vivons dans le temps de l'humorisme rationnel. On ne croit pas à la métastase laiteuse; on ne croit pas au transport en nature d'une partie à une autre, d'un liquide qui n'a pas encore été séparé du sang; mais on croit de plus en plus à

un ensemble de conditions propres à la femme en couches. On fait plus que de croire. La science s'est enrichie de résultats certains. Les beaux travaux de MM. les professeurs Piorry et Andrial, sur la composition du sang, ont éclairé la question. L'état puerpéral s'explique en très grande partie par l'hématologie de la femme en couches. Le grand objet qu'elle vient de remplir, l'a jetée dans une diathèse fibrineuse (que l'on nous permette cette expression). A l'être nouveau qui, dans un temps donné, se séparera d'elle, ou qui vient de s'en séparer, il faut un levain fibrineux ; aussi acquiert-elle une singulière tendance à sécréter de la fibrine. Mais la fibrine est malheureusement l'aliment matériel essentiel des inflammations, et il en résulte que la condition en vertu de laquelle la mère donne et entretient la vie, est aussi celle d'où peuvent surgir, pour elle-même, mille causes de mort.

Ainsi, le lait n'est pas dans le sang ; le lait ne se porte pas en nature dans les points livrés par l'irritation à un travail morbide, mais les élémens du lait s'y trouvent, comme d'abord s'y trouvaient les élémens du fœtus, et, en définitive, on ne voit pas, à part la naïveté de la formule, que Puzos fût si éloigné de la vérité.

Petit lui-même, Petit, le contradicteur de Gastelier, ne peut s'empêcher de reconnaître que la femme qui allaite a changé de manière d'être (*Dict. des sc. méd.*, art. cité.).

*Causes prédisposantes anatomiques.* — Nous appelons ainsi diverses circonstances auxquelles correspondent des conditions anatomiques susceptibles d'expliquer l'irruption de la phlogose dans le bassin.

*Grossesse.* — En tête de ces circonstances se trouve la grossesse elle-même, c'est-à-dire le travail actif, l'exubé-

rance vitale qui en est l'effet, et qui a le bassin pour théâtre, plus les déplacemens et les tiraillemens qui résultent de l'ampliation successive de l'utérus. Le sang afflue vers le pelvis, où se fomentent une vie nouvelle; l'irritation, favorisée par les causes mécaniques, n'aura qu'à se produire; les matériaux ne lui manqueront pas.

*Nombre de grossesses.* — On a rendu compte, dans vingt-et-un cas sur notre chiffre total, de la condition dans laquelle se trouvaient les malades, par rapport au nombre de grossesses. Sur ces vingt-et-un cas, il y a :

Primipares,	13
Bipares,	3
Sextipares,	4
Septipares,	1

*Age.* — L'âge a été noté dans vingt-six cas, que nous avons répartis dans trois catégories :

De 18 à 25 ans,	15
De 26 à 30 ans,	7
De 31 à 40 ans,	4

On déduira aisément, pour la première catégorie, le rapport de l'âge à la primiparité.

Des sept femmes comprises dans la seconde catégorie, trois avaient 26 ans, une avait 28 ans, et trois avaient 30 ans.

Des quatre femmes de la troisième catégorie, une avait 31 ans; la seconde, 34; la troisième, 37; et la quatrième, 38.

On ne comprend pas, malgré l'autorité de madame Lachapelle, à l'opinion de laquelle se range M. Cazeaux, que l'âge de la femme n'ait pas d'influence sur le plus ou moins de difficulté de l'accouchement. L'anatomie apprend que des modifications surviennent avec l'âge dans les articulations (sans parler de l'embonpoint), par suite desquelles les surfaces

doivent avoir, en raison directe des années, plus de difficulté à céder sous l'effort dilatateur. On dit : s'il est vrai que des femmes de quarante ans et au-delà accouchent difficilement, il en est d'autres du même âge qui accouchent facilement; par conséquent la cause précitée n'est point réelle. Ce raisonnement est vicieux : il n'est pas nécessaire qu'une cause soit efficace chez tous les individus pour que l'on puisse attester sa réalité. A ce compte, il n'y aurait pas d'étiologie. La seule femme de plus de quarante ans dont nous ayons observé de près l'accouchement, a éprouvé des accidens, tels que thrombus du vagin et diastase des articulations du bassin, d'où la difficulté de la marche, qui fut douloureuse pendant long-temps.

Les calculs qui précèdent ont été faits d'après les 50 cas compris dans ce travail; il sera donc aisé au lecteur d'étudier par lui-même les rapports respectifs de l'âge et de la primiparité avec la cause occasionnelle. Quant à nous, voici nos conclusions :

1° La jeunesse est une cause prédisposante, par rapport à la primiparité.

2° L'âge avancé est une cause prédisposante par rapport au resserrement des articulations et à l'embonpoint.

*Côté.* — Il y a autant d'abcès du côté gauche que du côté droit. C'est ce qui résulte formellement du dépouillement de nos 67 observations. Ainsi tomberaient les explications que l'on a données de la fréquence de ces abcès d'un côté ou de l'autre. Mais on ne doit pas se hâter de conclure, et il faut tenir compte de la remarque suivante de M. Cruveilhier : « Le cordon sus-pubien droit, est, suivant Chaussier, plus court que celui du côté gauche; mais cette différence s'applique plus particulièrement à l'u-

térus chargé du produit de la conception, à cause de l'obliquité latérale droite de cet organe. J'ai eu souvent occasion de voir que cette brièveté qui a lieu à gauche, dans l'obliquité latérale gauche, s'accompagnait constamment d'une augmentation notable de volume du cordon correspondant.» (*Traité d'anat.*, 2<sup>e</sup> édit., t. III).

*Cause occasionnelle.* La cause occasionnelle par excellence est l'accouchement, qui est une exception parmi les fonctions, en raison de la violence dont il s'accompagne. Ecartement graduel mais prodigieux des parties, froissement, contusion : n'y a-t-il pas là, surabondamment, de quoi expliquer la production du phlegmon quand il n'existe pas d'autre cause occasionnelle, surtout si l'on se rappelle les circonstances prédisposantes. La cause morbide est alors essentiellement physiologique. On a inféré de quelques observations que la cessation de l'allaitement peut contribuer au développement du phlegmon intra-pelvien. Dans les autres cas la cause occasionnelle est morale (frayeur); hygiénique (refroidissement, écart de régime); relative à diverses circonstances qui ont compliqué l'accouchement (rétention du placenta, mauvaise présentation, métrorrhagie consécutive ayant nécessité le tamponnement, etc.); 4<sup>o</sup> chirurgicale (introduction du forceps, de la main, tractions fortes sur le cordon). Cette quatrième cause implique la précédente; nous ne croyons pas moins utile de la spécifier. Sur nos soixante-sept cas, nous trouvons une proportion plus considérable pour les deux dernières catégories que pour les premières, et notamment six faits dans lesquels l'art est intervenu. Ces cas, dans lesquels l'action chirurgicale a été suivie d'accidens, ne sont pas une raison pour rester inactif lorsque l'opportunité est flagrante; mais ils doivent

concourir à inspirer une grande réserve dans la pratique des manœuvres obstétricales. La malade dont parle Delaroché rapportait sa douleur au point de l'utérus dans lequel elle avait senti la main du chirurgien.

Dans plusieurs observations, les malades étaient sorties de la Maternité peu de jours après leur accouchement. Cette remarque ne doit pas être perdue.

#### CHAPITRE VIII. — *Traitement.*

Il comprend celui de la péritonite souvent concomitante, celui du phlegmon, celui de l'abcès formé, celui de l'abcès ouvert, enfin, celui des complications. Pour le premier, nous renvoyons aux traités de pathologie interne.

1° *Traitement du phlegmon.* — Il doit être antiphlogistique, approprié à la diathèse fibrineuse (saignées, sangsues). Rappelons-nous les paroles remarquables de Puzos, qui, dans un cas où il avait fait plusieurs saignées, regrettait de ne pas les avoir assez rapprochées.

Il va sans dire que l'énergie du traitement doit être proportionnée à la constitution du sujet et à l'intensité de la maladie. On peut quelquefois se borner aux applications de sangsues.

Pour achever la résolution : vésicatoires volans réitérés, onctions mercurielles, dérivatifs intestinaux.

2° *Traitement de l'abcès formé.* — La résorption est difficile; il faut néanmoins la tenter : les vésicatoires volans, conseillés par Monteggia, employés avec prédilection par M. Rayer, seront essayés dans ce but.

On prescrira concurremment les dérivatifs sur le tube digestif.

Lorsqu'il est évident que le pus ne peut être résorbé, le

chirurgien a le choix entre l'expectation et l'ouverture artificielle. Ces deux méthodes ont chacune ses partisans, mais il y a des raisons pour devancer la nature. M. Bourdon les expose dans quelques passages que nous transcrivons :

« Si on attend que l'abcès s'ouvre de lui-même, il peut se faire que le malade succombe à une péritonite par extension de l'inflammation, ou aux accidens généraux qu'entraîne la présence d'une certaine quantité de pus dans l'économie. Il peut arriver que l'épaisseur, souvent très grande, des parois de la poche empêche ou retarde beaucoup la formation de l'ouverture spontanée. Ensuite le pus, au lieu de se créer une issue au dehors, se dirige quelquefois du côté du péritoine et en s'épanchant dans la cavité de cette séreuse, produit une inflammation mortelle.

« Quand l'ouverture se fait à la peau ou dans une cavité muqueuse, ce qu'on regarde comme une circonstance très-heureuse, elle arrive souvent à une époque trop avancée, lorsque la tumeur a pris un grand développement, ou après que le pus s'est étendu au loin, à travers le tissu cellulaire, en produisant des décollemens et des désordres irréparables. Enfin, dans beaucoup de cas, au moment de cette ouverture spontanée, le sujet considérablement affaibli par une maladie longue, et miné par la fièvre hectique, n'est plus en état de faire les frais de la guérison.

« En 1837, M. Velpeau, en examinant une femme qui portait un abcès du petit bassin, trouva une fluctuation évidente par le vagin. Il voulut pratiquer une ouverture par cette cavité; mais la malade s'y refusa et mourut d'épuisement, le pus s'étant fait jour au travers de la peau, à la région iliaque, et la suppuration ayant duré trop long-temps. »

L'abcès doit être ouvert dans le point déclive. Si la tumeur

fait saillie à l'aîne ou au-dessus de la crête iliaque, le mode d'ouverture ne diffère pas de celui des abcès en général, et nous nous abstenons de le décrire.

M. Barthélemy a insisté sur l'ouverture au-dessus de la crête de l'os des îles. Il se fonde sur la déclivité de la fosse iliaque interne, circonstance anatomique par suite de laquelle le pus, d'après lui, doit être le plus souvent dirigé vers les lombes, quand le malade est couché. Nous avons vu, dans quelques-unes de nos observations, le chirurgien faire l'ouverture sur ce point, et M. Barthélemy a réussi plusieurs fois en opérant ainsi.

M. Martin jeune emploie le caustique préférablement à l'instrument tranchant, et nous lui avons emprunté plusieurs cas dans lesquels ce moyen fut suivi de succès.

L'ouverture en deux temps, d'après les idées de M. Vidal (de Cassis), trouverait probablement ici d'heureuses applications.

L'abcès proémine souvent au vagin, et le mode d'ouverture artificielle dans ce canal doit être décrit. Voici, d'après M. Bourdon, la manière dont M. Récamier procède.

La femme couchée sur le dos, les cuisses et les jambes écartées, demi-fléchies, les mains d'un ou de plusieurs aides pressant de haut en bas sur le ventre, M. Récamier introduit l'index de la main gauche dans le vagin, et reconnaît exactement le point sur lequel doit porter l'incision. Il s'assure qu'il n'existe pas d'artères dans ce point, constatation qui ne doit pas être toujours facile. L'instrument est introduit sur la pulpe du doigt; quand la lame est arrivée à la profondeur convenable, on la démasque d'une certaine longueur et on la plonge dans la tumeur, jusqu'à sensation d'une résistance vaincue.



La boutonnière qui résulte de cette ponction est faite dans le sens vertical, afin d'éviter plus sûrement les artères utérines. L'instrument étant retiré avec les mêmes précautions que pour son introduction, on reconnaît avec le doigt l'étendue de la solution de continuité, l'épaisseur et la résistance des parois de la tumeur.

S'il est nécessaire d'agrandir la plaie, on prolonge ses angles avec un bistouri boutonné coupant seulement dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres, conduit à plat sur la pulpe de l'index.

Quand on opère sur la paroi postérieure du vagin, on doit, avant d'agrandir la première ouverture, reconnaître par le rectum à quelle distance de cet intestin se trouve l'angle inférieur de la plaie.

M. Récamier se sert d'un pharyngotome, que l'on peut remplacer par un simple bistouri droit, dont on envelopperait la lame d'une bandelette de linge jusque vers la pointe.

Dans les divers temps de l'opération, il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche purulente, de peur de la transpercer et de blesser un organe contigu.

Il est aussi très essentiel de s'assurer que la vessie est vide, et si elle ne l'est pas, d'évacuer l'urine avec une sonde ; nous croyons même qu'il serait utile, dans tous les cas, de tenir dans la vessie un cathéter qui servirait à faire éviter le réservoir urinaire. De quelle importance n'est-il pas de se tenir éloigné de cet organe, et quel ne serait pas le regret du chirurgien si par malheur il venait à le diviser croyant plonger son bistouri dans un abcès ! Cette indication ressort d'une observation qui nous a été communiquée par M. Richet.

Quelques faits dans lesquels la tumeur comprimait le rectum, et tendait manifestement à s'y ouvrir, nous font penser que l'on pourrait peut-être attaquer l'abcès par cet intestin, aussi bien que par le vagin.

3° *Traitement de l'abcès ouvert.* — On doit veiller à ce que le pus ne séjourne pas dans le foyer. Des pressions ménagées, une compression appropriée, une situation convenable, quelques injections, concourront à amener ce résultat. Il faut être très prudent dans la pratique des injections, et se rappeler ce cas de M. Bourdon, dans lequel une injection put être regardée comme la cause occasionnelle de l'ouverture du kyste dans le péritoine.

On pourra attirer le pus avec une pompe aspirante. Si, l'abcès étant ouvert à la peau, il fallait pratiquer une contre-ouverture dans le vagin, on se rappellerait l'ingénieux procédé de M. Ricord. Il existait une ouverture abdominale : une sonde à dard introduite par cette ouverture parvint jusqu'au vagin, et le chirurgien se guida sur cet instrument pour pratiquer la contre-ouverture. Un séton fut passé d'une ouverture à l'autre (V. obs. 57<sup>e</sup>). Mais la présence d'un séton dans une poche voisine du péritoine peut déterminer des accidens, du moins il est rationnel de les prévoir, et ce serait un motif pour être vigilant.

4° *Traitement des complications.* — La fièvre hectique, la péritonite, concomitante ou intercurrente, la constipation, la rétention d'urine, sont autant de sources d'indications.

**Abcès intra-pelviens, suite de couches, dans les parties dures  
(sacro-coxalgie) (1).**

On voit, chez les femmes récemment accouchées, une in-

(1) On a trouvé aussi du pus dans la symphyse pubienne, chez

inflammation purulente s'emparer des symphyses sacro-iliaques. Le relâchement de ces symphyses pendant la grossesse, leur distension au moment de l'accouchement, la déchirure des ligamens, sont les causes de cette affection, favorisée, en outre, par l'état puerpéral. M. Velpeau, dans ses cours, conserve à cette maladie le nom de sacro-coxalgie, donné par Larrey à la tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque. La sacro-coxalgie puerpérale est assez fréquente. Il ne s'est guère passé d'année, depuis 1836, sans que nous en ayons vu plusieurs exemples à la clinique chirurgicale de la Charité.

Aucune des femmes que nous avons observées n'a offert d'une manière notable, pendant la grossesse, le relâchement des symphyses du bassin. Quelque temps après l'accouchement, qui presque toujours s'était fait sans complication, au bout de huit, dix, quinze, vingt jours, et plus, les malades, se portant bien en apparence, avaient été prises d'un frisson assez violent, mais peu prolongé, suivi d'un mouvement fébrile qui avait reparu les jours suivans. Presque aussitôt une douleur très vive s'était fait sentir dans une fesse, et depuis lors, la pression exercée au niveau de la symphyse sacro-iliaque produisait une douleur très vive et parfaitement limitée à l'articulation. Mais le signe le plus évident de la sacro-coxalgie était le suivant : le doigt porté dans le vagin produisait une douleur atroce, comme si on avait piqué la malade avec un instrument, toutes les fois qu'on venait à presser du côté de la symphyse affectée : sur tous les autres points du pourtour du vagin, la pression ne produisait aucune sensation pénible.

les nouvelles accouchées. Nous nous bornerons à cette mention pour ce qui regarde l'arthrite puerpérale pubio-pubienne.

Non-seulement la marche, mais encore les moindres mouvemens du tronc étaient impossibles, à cause des douleurs violentes qu'ils réveillaient dans la symphyse malade.

Il est aisé de comprendre que les nerfs du plexus sciatique, à leur origine, se trouvant presque immédiatement en contact avec l'articulation sacro-iliaque, peuvent être irrités, ou mieux encore englobés au milieu de l'engorgement que l'arthrite détermine dans le tissu cellulaire environnant: de là une augmentation de douleur, et la propagation possible de celle-ci le long de la cuisse, dans la direction du nerf sciatique et de ses branches.

Chez une malade qui était encore, ces jours derniers, dans le service de M. Velpeau, où elle a passé environ deux mois pour guérir complètement d'une sacro-coxalgie puerpérale, il était survenu un empâtement phlegmoneux avec tuméfaction et douleur de la fosse iliaque du même côté. Des antiphlogistiques et des vésicatoires volans, joints à la diète et à quelques autres moyens, ont empêché ce phlegmon de se terminer par suppuration.

Lorsque la sacro-coxalgie se termine de cette manière, le pus peut se porter directement à la fesse en fusant le long de la gaine du muscle pyramidal, ou encore décoller plus ou moins loin le *fascia pelvia*. Les abcès qui en résulteraient seraient facilement reconnus, quant à leur origine, d'après l'ensemble des symptômes précités.

Le cas suivant de Mauriceau pourrait être un exemple de sacro-coxalgie puerpérale (ce serait le premier recueilli). L'abcès existait des deux côtés du bassin.

52<sup>e</sup> OBSERVATION. — De l'accouchement d'une femme qui eut un très laborieux travail durant quatre ou cinq jours, après quoi il lui survint un très grand abcès qui occupait toutes les deux fesses.

Le 20 janvier 1680, je vis une jeune femme, âgée de vingt ans,

qui était en travail de son premier enfant depuis quatre ou cinq jours ; les eaux de son enfant s'étant écoulées depuis deux jours entiers, sans qu'il fût tout-à-fait descendu au passage, la matrice ne s'étant pas assez dilatée pour le permettre, ce qui était cause que cette femme était extrêmement fatiguée. Son ventre était fort dur, et principalement vers la région de la matrice, à l'endroit où l'arrière-faix lui est attaché, lequel endroit était fort tuméfié ; la malade ayant outre cela une grosse fièvre, qui donnait lieu de craindre qu'il ne lui arrivât une inflammation de matrice ; mais afin de l'en garantir, je la fis saigner du bras aussitôt que je l'eus vue en cet état ; et comme elle n'avait plus pour lors de véritables douleurs, je lui fis donner, deux heures après cette saignée, un lavement, qui lui ayant renouvelé ses douleurs, la fit accoucher une heure ensuite.

La sage-femme qui l'accoucha me dit en la retournant voir, qu'elle avait eu bien de la peine à la délivrer de son arrière-faix, qui était très gros, et commençait à se corrompre ; et qu'il était sorti de la matrice en même temps une quantité de vuidanges fort puantes, nonobstant quoi son enfant était encore vivant quand il vint au monde ; mais il mourut quatre heures ensuite ; et comme les humeurs, qui commençaient à se corrompre, avaient fait une mauvaise impression à la matrice, la malade continua d'avoir, durant les six premiers jours après son accouchement, la fièvre avec des redoublemens, et une grande dureté de la matrice, qui était très douloureuse ; ce qui m'obligea de la faire saigner trois fois du bras ; après lequel temps il lui survint un très grand abcès qui occupait toutes les deux fesses, vers lesquelles parties il s'était fait un grand dépôt d'humeurs ; mais enfin, après deux mois entiers de cette maladie, elle se porta bien.

#### **Abcès intra-pelviens chez la femme hors de l'état puerpéral.**

A. Abcès intra-pelviens se rattachant à une déviation du produit de la conception.

Ces abcès peuvent avoir lieu : 1<sup>o</sup> lorsque, par suite de rupture de la matrice, le produit est passé dans la cavité abdominale où il s'est enkysté ; 2<sup>o</sup> dans la grossesse extra-utérine.

Un des cas les plus remarquables de ce genre qui aient été publiés, est le suivant (1) :

55<sup>e</sup> OBS. (2)

En août 1816, M. le docteur Lessieux fut appelé à Maisons, près de Bayeux, pour y donner des soins à la femme Cardonne, qui souffrait plus que de coutume d'une difficulté à uriner qu'elle éprouvait depuis long-temps. Cette femme avait expulsé de l'urèthre, après de violens efforts, un calcul long d'un demi-pouce et de la grosseur d'une plume à écrire; elle avait 50 ans. A l'âge de 27 ans, étant enceinte de cinq mois de sa deuxième grossesse, elle tomba d'un lieu élevé de dix pieds environ, sur le côté droit; à l'instant même, elle sentit une douleur déchirante dans le bas-ventre.

Il survint de la fièvre et d'autres accidens qui l'obligèrent de garder le lit près de deux mois. Dès-lors, les douleurs cessèrent, mais sa santé fut toujours languissante. Elle éprouvait, depuis cinq ans, un besoin continuel d'uriner, et la plus grande difficulté pour rendre les urines.

Le calcul expulsé était lisse; une substance osseuse en formait le noyau. Le cathétérisme fit reconnaître une grande quantité de calculs adhérens à la vessie. En mai 1816, il se forma un abcès au-dessus du col de la vessie, qui s'ouvrit dans le vagin. Par cette voie, on put faire pénétrer le doigt dans cette poche, en détacher douze calculs, qui tous avaient pour noyaux des portions d'os d'un fœtus d'environ cinq mois. Après l'extraction, l'ouverture fistuleuse de la vessie se cicatrisa, et la femme revint à la santé.

L'issue peut être moins heureuse. La nature emploie une force qui souvent la sert avec trop de zèle. Lorsque, dans

(1) A la rigueur, l'enkystement d'un fœtus dévié, pourrait être regardé comme une grossesse indéfiniment prolongée. Ce n'était pas une raison pour confondre les abcès qui s'y rattachent avec ceux de l'état puerpéral proprement dit.

(2) *Bull. de la Soc. méd. d'émul.*, 1822.

un but salutaire d'élimination, elle enflamme un kyste situé dans le péritoine, il y a beaucoup de chances pour qu'elle tue au lieu de guérir. C'est ce qui eut lieu dans un cas communiqué dernièrement à la société anatomique par M. de Crozant. La poche fœtale était logée entre le rectum et la matrice ; elle s'était enflammée, et ce vaste foyer phlegmasique allumé dans le péritoine avait amené une inflammation mortelle de la séreuse.

Mais si l'inflammation va souvent au-delà des limites quand c'est la nature qui la provoque, à plus forte raison cela arrive-t-il lorsque c'est l'art qui la produit avec ses procédés toujours plus soudains que les procédés naturels. C'est ce que démontre, entre beaucoup d'autres, l'observation suivante :

54<sup>e</sup> OBS. — *Sur plusieurs petites portions d'os et un peloton de poils trouvés dans la vessie*, par M. DE LA RIVIÈRE le jeune, docteur en médecine de la Faculté de Paris. (1)

Une dame, âgée de 58 ans, se plaignait depuis près de 7 ans, d'une pesanteur considérable au bas-ventre, particulièrement quand elle marchait ; de temps à autre elle avait des difficultés d'uriner fort vives ; les douleurs se renouvelaient presque toutes les trois semaines ; les urines pour lors venaient goutte à goutte d'abord, et quelques instans après par flots. On sonda la malade, et l'on fut fort étonné d'avoir percé un abcès qui rendit, pour la première fois, près de trois demi-septiers de pus ; la malade se sentit soulagée à l'instant. Quelques jours après, le pus sortit par grumeaux, les urines se troublèrent et parurent noirâtres, elles s'éclaircirent par la suite, et le pus devint plus fluide.... Fièvre, vomissemens. Mort le 22 avril.

Nous trouvâmes une adhérence considérable du péritoine avec les intestins, qui déjà commençaient à se gangréner ; la vessie

(1) *Journal de médecine*, 1759.

était pour nous quelque chose de fort essentiel, nous la trouvâmes adhérente à la matrice, elle nous parut de couleur verte foncée, nous la détachâmes, et nous n'eûmes pas moins d'attention à l'examiner intérieurement. Nous fûmes fort étonnés d'y trouver plusieurs petites portions d'os, dont le plus gros d'un côté était creux, lisse et poli : ce qui ne nous étonna pas moins, ce fut un petit peloton de poils entrelacés les uns dans les autres, formant un cercle assez épais, et de la largeur d'une pièce de vingt-quatre sous, qui était renfermé dans la portion d'un kyste, dont nous vîmes encore des vestiges assez distincts : la vessie était remplie d'une matière purulente, qui nous a paru être la même que celle que la malade a toujours rendue, tant dans les urines que dans les éjections.

Etonnés de voir quelque chose d'aussi singulier dans l'intérieur de la vessie, nous examinâmes avec le même scrupule la matrice. Du côté droit, nous trouvâmes une tumeur squirrheuse que nous eûmes beaucoup de peine à ouvrir même avec le scalpel, et dont l'intérieur nous parut être presque ossifié. Du reste, la vessie était dans son état naturel ; les reins ne nous ont pas paru affectés, le foie s'est trouvé engorgé considérablement. Je viens d'exposer les faits tels que je les ai vus ; dans un cas aussi particulier que celui-ci, je ne hasarderai aucun raisonnement.

Les détails de l'observation ne sont pas suffisants, mais on est fondé à supposer que les portions d'os et les poils trouvés à l'autopsie avaient appartenu à un fœtus dévié. On ne peut guère admettre l'idée d'une inclusion, à cause du long temps pendant lequel cette femme vécut sans éprouver aucun symptôme vers le bassin. D'un autre côté, elle avait cinquante-huit ans au moment où elle demanda secours à la chirurgie, et il y en avait sept qu'elle souffrait. Il s'ensuit donc, dans la seule hypothèse qui nous reste, celle d'une grossesse extra-utérine, que cette femme aurait été fécondée vers l'âge de cinquante ans. Ajoutons que le corps fibreux presque ossifié qui fut trouvé dans la matrice pourrait servir



à faire comprendre, jusqu'à un certain point, la déviation du produit.

B. Abscesses intra-pelviens se rattachant à un trouble de la menstruation.

L'auteur Hippocratique a écrit un passage qui se rapporte à ce point de pathologie, mais qui n'offre pas la clarté désirable. Voici ce passage :

« Il arrive quelquefois que les règles, après avoir été supprimées deux ou trois mois, ou plus long-temps, il survient aux aines une grosse tumeur, qui est rouge, mais qui ne s'élève pas en pointe. Bien des médecins en ont fait l'ouverture, ignorant ce que c'était, et ils ont mis la femme en danger. Cette tumeur provient de ce que les chairs, profitant de la grande quantité de sang qui va à la matrice, dont le col appuie sur cet endroit, prennent plus de volume et s'élèvent. L'on voit ensuite que si le col de la matrice reprend sa place, et que les règles coulent par les parties naturelles, la tumeur des aines s'affaisse. Elle se dégorge par l'utérus, qui s'évacue en la manière ordinaire. *Lorsque, au contraire, le col de la matrice ne revient pas en son lieu naturel, il se fait une suppuration aux aines, avec une ouverture qui donne ensuite issue aux menstrues ; et les dangers sont alors les mêmes que ceux dont je viens de parler.* »

Ce passage est difficile à interpréter, et c'est vainement que nous avons eu recours, pour nous en rendre compte, aux lumières de M. Brierre de Boismont (1), qui a si bien étudié la menstruation sous le double point de vue de la physiologie et de la pathologie.

Voici toujours une observation, dans laquelle il est aisé

(1) *Mém. de l'Acad. roy. de méd.*, Paris, 1841, t. ix, pag. 104.

de remonter d'un abcès intra-pelvien à un trouble de la menstruation. Elle n'est pas unique, et nous offre un exemple d'ovaro-péritonite partielle.

55<sup>e</sup> OBS. — *Froid subit ; suppression des règles ; ovaro-péritonites. Mort.* (1)

Une femme, âgée de 36 ans, tomba dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles; celles-ci se supprimèrent et, dès-lors, sa santé, bonne jusqu'alors, se détériora rapidement. Elle éprouva une douleur peu vive, mais continuelle, vers la région hypogastrique; plus tard, elle fut prise de vomissemens et d'une abondante diarrhée; plus tard enfin elle présenta les symptômes d'une pleuro-pneumonie, à laquelle elle succomba, sept à huit mois environ après sa chute dans l'eau. Derrière l'utérus, et à gauche du rectum, refoulé à droite, on trouva une poche accidentelle capable de contenir une orange: elle était remplie d'un pus consistant, verdâtre, inodore. Les parois de cette poche étaient tapissées par une membrane d'apparence muqueuse; à sa gauche existait une autre tumeur qui semblait appartenir à l'ovaire développé. On voyait effectivement s'y rendre l'extrémité flottante de la trompe de Fallope et le ligament ovarien; on en voyait partir le ligament rond plus volumineux que de coutume; cet ovaire était transformé en une poche pleine de pus dont la moitié aurait pu admettre une pomme d'api. D'un des points de jonction des deux tumeurs précédentes, s'élevait une troisième tumeur oblongue, à parois minces, transparentes; une sérosité limpide la remplissait.

C. Abcès intra-pelviens se rattachant à une lésion des organes génitaux.

I. *Matrice.* — a. *Cavité.* — En 1834, M. Husson présenta à la Société anatomique un cas d'abcès enkysté de la cavité utérine. Il y avait oblitération du col; la matrice dilatée contenait environ deux verres de pus. La malade n'avait éprouvé aucun symptôme que l'on eût pu rapporter à cette lésion. M. Maisonneuve, à l'occasion de ce fait, dit en avoir observé un sembla-

(1) Andral.

ble sur une femme morte du choléra, et M. Reignier parla de plusieurs cas du même genre, observés par lui à la Salpêtrière, dans quelques-uns desquels les malades avaient eu des douleurs à l'hypogastre, vives et comme expultrices.

Comment s'expliquer la formation de ces abcès intra-utérins? En vertu de quelles conditions pathologiques le col de la matrice, muqueux à sa surface interne, s'oblitére-t-il? La production du pus trouvé dans la matrice n'est pas, comme on pense bien, la chose difficile à comprendre. Ce dont on ne peut se rendre compte rigoureusement, c'est la circonstance anatomique par suite de laquelle le pus est retenu au lieu de s'échapper, et convertit l'utérus en un abcès (1).

b. *Parois*.—On trouve des abcès dans les parois de la matrice. M. Barth en a montré plusieurs exemples dans ses conférences d'anatomie pathologique. Ils supposent une métrite partielle.

II. *Ovaires*.—Parmi les faits d'ovarite suppurée ou d'abcès ovariens, le suivant, qui se rapporte à l'ovarite blennorrhagique, bien observée par MM. Ricord et (Vidal de Cassis), mérite d'être reproduit; il n'a, toutefois, qu'une certitude approximative.

56° OBS. — *Ovarite blennorrhagique suppurée* (2).

Après une vaginite des plus intenses, la matrice se prit, et puis les ovaires; alors apparurent les vrais symptômes de l'ovarite.

(1) Nous nous sommes assuré en interrogeant des chirurgiens qui ont pratiqué à la Salpêtrière, que les cas de ce genre sont assez communs. Ce sont des catarrhes de la matrice préalablement réduite à l'état de cavité close par l'oblitération de son col.

(2) Vidal (de Cassis), *Pathologie externe*, t. v, p. 793.

Les douleurs des deux fosses iliaques étaient des plus vives; cependant on ne les augmentait pas considérablement par la pression; en explorant avec soin cette région, après avoir évacué les gros intestins par deux lavemens, on sentait un empatement; le haut des cuisses était aussi douloureux; il y avait des crampes dans les membres inférieurs, des vomissemens, des douleurs d'estomac, de la céphalalgie; un pouls médiocrement accéléré et assez souple; voilà les symptômes de cette ovarite qui, pour moi, fut manifeste; car après la cessation des douleurs, et pendant un moment de calme, dix jours après les premiers symptômes de la phlegmasie que je soupçonnais, j'appliquai le spéculum, et, à peine fut-il introduit, que je vis sortir par le col de l'utérus une grande quantité de pus, très bien lié, mais ayant une odeur des plus repoussantes. Il fut évident, pour moi, que ce pus venait des ovaires par les trompes, qui l'avaient conduit dans l'utérus, lequel s'en débarrassait pendant l'application du spéculum.

Il arrive qu'un kyste ovarique s'échauffe et suppure, après avoir renfermé un liquide plus ou moins limpide. C'est ce qui eut lieu dans le cas suivant, que nous a communiqué M. Ricord.

57<sup>e</sup> Obs. — *Kyste intra-pelvien suppuré; contre-ouverture; séton; guérison.*

Une femme à laquelle M. Ricord donnait des soins, et qui fut examinée aussi par M. Gerdy, portait une tumeur abdominale que l'on regarda comme un kyste de l'ovaire, et dont M. Ricord fit la ponction par la paroi abdominale avec le trois-quarts. Il sortit un liquide non purulent. Une injection iodée fut poussée dans le kyste et ne produisit pas d'effet. On porta la proportion d'iode jusqu'au quart du liquide employé. Alors la poche s'enflamma; mais l'inflammation dépassa le degré adhésif, et le kyste se remplit de pus mêlé au produit d'une exsudation sanguine. Voici quel fut, dans ces circonstances, le judicieux procédé imaginé et mis en pratique par M. Ricord. Une sonde à dard ayant été introduite par l'ouverture de la paroi abdominale, arriva jusqu'au vagin où elle fut reconnue par le doigt, et servit à pratiquer une

76

contre-ouverture. Un séton fut passé d'une ouverture à l'autre. On pratiqua des injections détersives et antiseptiques. La poche revint sur elle-même, et la malade guérit.

Ce qui arrive pour un kyste de l'ovaire irrité arriverait aussi bien pour un autre kyste du bassin. Nous avons déjà vu des kystes particuliers, les kystes fœtaux, entrer en suppuration sous l'influence de l'inflammation éliminatoire.

III. *Trompes*.—Voici d'abord un cas de fonte purulente tuberculeuse. Il ne rentre pas, non plus que les deux qui suivent, dans les abcès phlegmoneux, quoique, à la rigueur, on puisse se demander si la fonte tuberculeuse ne suppose pas nécessairement un certain degré d'inflammation. Mais ces faits incidens, d'ailleurs très intéressans par eux-mêmes, doivent nous servir à formuler une vue générale.

58<sup>e</sup> OBS. — *Tubercule ramolli des trompes (1)*.

En 1834, M. Pégot présenta de la *matière tuberculeuse*, renfermée dans les trompes d'une femme qui, pendant la vie, avait ressenti des douleurs dans les lombes. La suppression des règles qui avait eu lieu quelques mois avant la mort, avait fait croire à la malade qu'elle était enceinte; elle rendait par le vagin une matière blanche et comme purulente. A l'autopsie, poumons criblés de cavernes. La trompe évidemment dilatée dans toute sa longueur et dans son orifice utérin permettait à la matière tuberculeuse de s'épancher dans la cavité utérine. M. Bérard (ainé) s'est assuré à plusieurs reprises de la facilité avec laquelle une pression exercée sur la trompe faisait fluer dans l'utérus la bouillie dont la trompe était remplie.

59<sup>e</sup> OBS. — *Tubercule des trompes (2)*.

M. Nivet, présenta, en 1835, à la société anatomique, un cas d'envahissement des trompes et des ovaires par de la matière tu-

(1) *Bull. de la soc. anat.*, 1835.

(2) *Bull. de la soc. anat.*, 1834.

berculeuse chez une jeune fille de 20 ans, affectée d'aménorrhée, de toux habituelle, et de diarrhée avec fièvre continue. Les trompes étaient considérablement dilatées par le produit anormal. Il y avait des tubercules miliaires dans les deux poumons. D'autres se voyaient dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la face convexe du foie.

60<sup>e</sup> OBS. — *Tubercule ramolli des trompes* (1).

M. Nivet montre un kyste des trompes utérines trouvé chez une jeune fille de 17 ans. La forme du kyste est pyramidale, de la grosseur d'un petit œuf; ses parois sont transparentes; les deux trompes viennent se rendre à la base du kyste, et communiquent avec lui. Cette tumeur renferme un liquide très épais, d'un blanc jaunâtre, granuleux, ressemblant à de la matière tuberculeuse très molle.

Le cas suivant est mixte; il offre un exemple d'abcès phlegmoneux des trompes et des ovaires.

61<sup>e</sup> OBS. — *Abcès des trompes et des ovaires* (2).

D..., trente-sept ans, mère de trois enfans, dont le dernier a dix-sept ans, fraîche et grasse, bien réglée, excepté depuis cinq à six mois, malade depuis trois environ sans cause connue, entre à la Charité le 2 septembre 1828.

Elle a eu de la constipation, plus tard une douleur dans le côté droit du ventre, et par momens des élancemens le long de la cuisse du même côté. Lorsque la constipation durait quelques jours, il survenait des vomissemens et des coliques qui ne se terminaient que par des évacuations alvines. Dans le mois d'août, la douleur changea subitement de côté, se fit sentir dans le flanc gauche, où se forma une tumeur accompagnée d'un engourdissement douloureux de la cuisse du même côté, profonde, sensible au plus léger contact, et d'une étendue à-peu-près égale à celle de la paume de la main. La jambe était faible, surtout dans la progression.

(1) *Bull. de la soc. anat.*, 1837.

(2) Andral.

M. Andral diagnostiqua une tumeur de l'ovaire. La malade fut soumise, les 3, 4 et 5 septembre, à l'application d'une vingtaine de sangsues (cataplasme : orge miellé; deux bouillons). La malade eut ses règles le 6 et le 7 septembre; pendant la durée de cette évacuation, la constipation cessa, et les vomissemens disparurent.

Peu-à-peu les symptômes s'aggravèrent : l'ancienne douleur de la cuisse droite se reproduisit; diarrhée; mort le 9, au milieu de coliques très vives, sans délire.

*Autopsie.* On trouva dans l'abdomen un épanchement séro-purulent considérable, mêlé de flocons albumineux.

Sur le côté de l'utérus, on apercevait une tumeur qui adhérait entièrement au rectum : celui-ci offrit une perforation circulaire, capable d'admettre tout au plus un tuyau de plume, et par laquelle il communiquait avec la tumeur indiquée. En comprimant légèrement cette dernière, le liquide purulent qu'elle contenait passa sur-le-champ dans la cavité intestinale. On enleva la pièce, et l'on reconnut que la tumeur ouverte dans le rectum, et située sur le côté gauche de la matrice, qui offrait à son sommet la partie interne de la trompe gauche, n'était autre que cette trompe elle-même, considérablement dilatée, enflammée et suppurée.

Enfin, derrière ce vaste foyer, on retrouva une tumeur moins considérable, du volume d'une noix, à parois manifestement fibreuses, de la couleur et de l'aspect que l'on connaît à l'ovaire : à l'ouverture, il s'en écoula un pus de bonne nature.

A droite, il existait une disposition en quelque sorte inverse : la trompe était, comme à gauche, enflammée et suppurée; comme à gauche, elle s'élargissait progressivement de l'utérus vers son pavillon, et là, il y avait, comme à gauche encore, une collection purulente assez considérable; mais ici c'était l'ovaire qui était le plus profondément affecté; c'était lui, et non pas la trompe qui formait tumeur. Celle-ci, renfermée tout entière dans le bassin, avait le volume d'un œuf de poule; elle était pleine d'un pus verdâtre, sans odeur, homogène, et un peu épais.

**ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS CHEZ L'HOMME.**

A. Abscès intra-pelviens se rattachant à une maladie de la prostate ou de l'urèthre.

Il est établi que les abcès de la prostate peuvent fuser dans le bassin. Voici un fait qui le prouve.

62<sup>e</sup> OBS.—*Tubercules d'un grand nombre d'organes et spécialement de l'appareil génito-urinaire; destruction de la prostate; perforation de l'urèthre; fistules urinaires, par M. J. B. Durand (1).*

L. D., âgé de vingt-cinq ans, menuisier, entre le 21 février à l'hôpital du Midi, dans le service de Cullerier. Dysurie; douleur vive et profonde dans l'urèthre pendant la miction. Emaciation extraordinaire; surdité. M. Cullerier introduit immédiatement une bougie d'un calibre ordinaire qui ne rencontre aucune résistance, et qui, toutefois, arrivée à la portion prostatique, lui transmet une sensation particulière. Le malade souffre peu de l'introduction et du séjour momentané de la bougie dans le canal. Les jours suivans, le cours de l'urine observé directement, nous offre les particularités suivantes: au moment où le besoin se fait sentir, les premiers efforts pour chasser l'urine sont pénibles, infructueux, accompagnés d'un grippement des traits et de contractions musculaires qui dénotent une douleur aiguë. Après un instant, le cours du liquide s'établit par un jet normal, uniforme, non bifurqué, qui suffit pour ôter toute idée d'un rétrécissement notable (Cataplasmes au périnée, bains de siège, lin émulsionné).

Le malade, dont la voix présentait déjà, lors de son entrée, un enrouement très marqué et voisin de l'aphonie, se plaint bientôt d'une douleur à la région du larynx. On constate qu'il porte des tubercules et des cavernes.

Le 8 mars, la région inguinale droite paraît rouge et tendue. M. Cullerier diagnostique une inflammation du canal éjaculateur du côté droit, qui s'est propagée au canal déférent. M. Cullerier a observé plusieurs fois des faits analogues. C'est le même mécanisme de propagation que pour la plupart des cas d'épididymite blennorrhagique; il n'y a de différence que dans les causes de

(1) Bull. de la Soc. anat., 1839.



l'irritation primitive du canal. Dans le cas actuel, l'épididyme est parfaitement indolent. La tension et la douleur s'arrêtent précisément à l'anneau inguinal externe. Pour compléter l'analogie que nous venons d'établir, M. Cullerier cite plusieurs cas de blennorrhagie où il a vu l'inflammation, après avoir suivi le trajet indiqué, s'arrêter au même point, et respecter la portion extra-inguinale du canal déférent et de l'épididyme (bains de siège et sangsues sur le trajet inguinal du cordon, cataplasmes). Bientôt l'espace inguinal est occupé par une tumeur dont il détermine la forme et la direction. Le malade paraît avoir éprouvé, pendant quelques heures, de véritables symptômes d'étranglement qu'on attribua à la constriction du cordon par le contour fibreux de l'anneau (nouvelle application de sangsues). La tumeur prend, les jours suivans, plus d'extension, et s'élargit en gagnant la portion voisine de la région iliaque. La fluctuation est manifeste, mais seulement lorsqu'on palpe deux points rapprochés; on ne peut l'obtenir d'une extrémité de la tumeur à l'autre. M. Cullerier annonce plusieurs foyers isolés de suppuration, ayant pour siège le tissu cellulaire qui environne le cordon. Une première incision donne issue à une très petite quantité de pus séreux (la suite nous apprendra que c'était du pus mêlé d'urine). Deux autres ponctions donnent le même résultat. On dirait d'abcès enkystés du cordon.

Le 15 mars, les ouvertures pratiquées ne fournissaient plus une goutte de liquide; deux ou trois ponctions faites ce jour-là ne produisent pas davantage la déplétion de la tumeur. On applique alors la potasse caustique; la tuméfaction se dissipe peu-à-peu, et à la chute de l'eschare, l'ouverture offre un suintement continu d'un liquide séro-purulent.

Dans les derniers jours de mars, un abcès se forme dans la région iliaque gauche, et fournit, quand on l'ouvre, une énorme quantité de pus. La paroi abdominale enflammée et tendue s'affaisse peu-à-peu, mais l'ouverture persiste et donne issue au même liquide que celle de l'autre côté. Vers les voies urinaires, rien ne paraissait changé; ce n'est qu'après quelques jours et lorsque la sécrétion purulente eût cessé qu'on soupçonna la nature du liquide qui suintait sans interruption, des deux ouvertures des régions iliaques. Bientôt on put s'assurer qu'au moment où le

malade faisait effort pour chasser l'urine, la quantité du liquide fourni par les fistules devenait beaucoup plus considérable, celle de l'urine donnée par le canal diminuant dans la même proportion.

L'analyse faite par M. Foy, pharmacien en chef de l'hôpital, ne laissa plus de doute; c'était de l'urine pure, comme, à l'aspect et à l'odeur, nous avions déjà pu nous en convaincre.

Pendant le mois d'avril, l'urine sortant par le canal et les fistules, parut tantôt naturelle, limpide, tantôt trouble, lactescente, tenant en suspension et laissant déposer par le repos une sorte de détritüs floconneux. Une sonde en gomme élastique, placée à demeure et tenue constamment ouverte diminua à peine la quantité de liquide fourni par les voies anormales. Il fallait admettre pour origine de tous les accidens une crevasse du canal de l'urèthre; mais la situation des fistules rendait difficile la détermination anatomique du trajet. Mort le 16.

*Autopsie.* — Tête : rien à noter. Poitrine : tubercules dans les poumons; ulcères à fond tuberculeux dans les ventricules du larynx. La muqueuse pulmonaire est saine.

Le péritoine pariétal et viscéral paraît parfaitement sain. Nous nous assurons surtout de son intégrité dans les fosses iliaques, la région pelvienne et le cul-de-sac vésico-rectal.

Le foie, la rate, le pancréas, l'estomac, le duodénum, les deux tiers supérieurs environ de l'intestin grêle ne présentent rien de particulier. A partir de là, l'intestin grêle offre de nombreuses ulcérations. Très près de la valvule iléo-cœcale, dans une étendue de deux pouces et demi et dans presque tout le pourtour de l'intestin, apparaît une vaste perte de substance, où ont disparu les membranes muqueuse et musculuse, et qui s'arrête à la tunique péritonéale. Dans le colon, on trouve çà et là des désordres pareils et encore plus étendus. En outre, dans plusieurs points, on remarque un épaissement caséeux, friable, où toutes les tuniques sont confondues et transformées en masse au sein de l'infractus tuberculeux. La péritonéale seule reste comme une dernière barrière que la dégénérescence n'a pu encore franchir. Ailleurs, quelques productions isolées apparaissent sous la muqueuse encore saine ou dans son épaisseur, et semblent appartenir au tissu cellulaire sous-muqueux ou aux follicules. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés et dégénérés.

Le rein et l'uretère gauches sont sains; le rein droit semble un peu hypertrophié. Revêtu de sa capsule, il offre à sa surface un grand nombre de tubercules crus logés dans l'épaisseur de cette membrane. Dépouillé de la capsule, le rein paraît injecté par traînées vers son extrémité inférieure; la moitié supérieure, plus pâle, offre, surtout près de l'échancrure et antérieurement, des granulations isolées ou de petites agglomérations tuberculeuses qui lui donnent un aspect plaqué. En les voyant, il est difficile de ne pas se rappeler les granulations de Bright, ou le quatrième degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer (1). On les en distingue de prime abord par les saillies qu'elles forment et les bosselures appréciables au toucher qu'elles déterminent; tandis que, dans la néphrite albumineuse, une lame mince les recouvre comme un vernis transparent, et leur donne un aspect voilé tout-à-fait caractéristique. Une coupe longitudinale, partant du bord externe et portée dans la profondeur de l'organe jusqu'au confluent des calices et au bassin, dévoile les lésions suivantes : dans la moitié supérieure, la substance corticale est parsemée de grains tuberculeux, excepté en quelques points où elle conserve son apparence normale. Quelques traînées miliaires semblent suivre ou remplacer le trajet flexueux des conduits de Ferrein au sein de cette substance. La tubuleuse est à-peu-près complètement envahie et transformée. Les mamelons dégénérés peuvent à peine se reconnaître au fond des calices, et ceux-ci ont eux-mêmes leur membrane érodée, ulcérée.

Dans la partie inférieure du rein, la substance glanduleuse n'offre aucune altération; la tubuleuse laisse apercevoir quelques corpuscules autour des calices; les mamelons sont sains. Dans tout le pourtour du bassin, la muqueuse a disparu, et le produit accidentel a tout envahi. La cavité n'est cependant pas entièrement obstruée. L'uretère, dans une longueur de deux pouces et demi environ, est transformé en un cordon tuberculeux, épais; aucune trace de muqueuse à son intérieur. Toutefois, son calibre n'est point oblitéré; il pouvait encore transmettre à son réservoir le produit de la sécrétion rénale. Plus bas, l'uretère reprend sensiblement son aspect normal.

(1) *Traité des maladies des reins*, Paris, 1840, t. II.

De chaque côté, dans la fosse iliaque, et à quelques lignes du pli inguinal, se trouve un orifice à-peu-près circulaire. C'est par là que la presque totalité de l'urine s'échappait depuis long-temps. Un stylet, introduit dans chacune des ouvertures, peut être promené dans tous les sens et jusqu'à une certaine distance sous la peau décollée ; il est arrêté en dedans au niveau de la ligne blanche qu'il ne peut franchir, et en bas et en dehors à la région pubienne et à l'aine. C'est déjà une preuve que les deux fistules sont indépendantes l'une de l'autre à leur terminaison. La dissection fait découvrir de chaque côté sous la peau, en dehors de l'aponévrose du grand oblique, un vaste foyer à fond grisâtre : au niveau de la ligne blanche, une cloison fibro-celluleuse empêche les foyers de communiquer entre eux, et opère l'isolément des deux fistules. L'examen de la région pubienne nous a montré une interruption nette de tous les désordres ; les ligamens antérieurs de la vessie sont parfaitement intacts.

L'*urèthre*, fendu sur la paroi supérieure jusqu'au col de la vessie, nous a permis de constater l'origine de tous les accidens. Rien de remarquable dans les portions spongieuse et bulbeuse ; quelques ulcérations petites et très superficielles à la région membraneuse. La portion prostatique est remplacée par une crevasse de plus d'un pouce de diamètre dans tous les sens ; des masses tuberculeuses ramollies couronnent cette perforation ; tous les tissus voisins sont dégénérés et confondus en une substance caséeuse et homogène. Le *veru-montanum* a disparu ainsi que l'origine des canaux éjaculateurs. On arrive par la crevasse que nous avons décrite, dans une vaste caverne placée derrière le col et le bas-fond de la vessie, aussi étendue que la paroi postérieure de ce réservoir, pleine de matière tuberculeuse, délayée par l'urine, ayant pour paroi postérieure, d'avant en arrière, la partie antérieure de l'aponévrose moyenne ou ligament de Carcassonne, et la partie inférieure du rectum. Un stylet, porté avec précaution dans ses anfractuosités, vient soulever le cul-de-sac péritonéal situé entre le rectum et la vessie. Pour déterminer le trajet ultérieur de l'urine, une incision est faite à la séreuse, dans ce point, et nous la montre doublée d'un tissu cellulaire épaissi, noirâtre. Un stylet, partant de là, vient de chaque côté, en remontant le long des parois latérales de la vessie, sortir après avoir franchi une perfo-

ration de l'aponévrose du grand oblique, par les orifices fistuleux des fosses iliaques.

Le pourtour du *col de la vessie* est hypertrophié et dégénéré; l'orifice est large et béant, et commence à s'ulcérer. En arrière du col, dans presque toute l'étendue du trigone, de nombreux tubercules font saillie dans la cavité vésicale. Quelques petites ulcérations arrondies, déprimées au centre, à bords relevés, semblent appartenir à des follicules que l'état pathologique mettrait ainsi en relief. Le *rectum*, tous les muscles périnéaux, sont dans un état parfait d'intégrité.

Les *vésicules séminales* ont subi la même destruction que la prostate; quelques lambeaux tuberculeux flottant à la paroi antérieure de la caverne sont les seuls débris qui restent de ces organes.

La substance des deux épидидymes est tout-à-fait méconnaissable, et le siège d'une sorte d'infiltration tuberculeuse. Les deux testicules, le canal déférent du côté droit, n'offrent aucune lésion. Le produit accidentel a transformé le canal déférent gauche en un cordon friable dans plus de la moitié de sa longueur.

L'auteur de cette observation, dans les réflexions dont il l'a fait suivre, ne s'est occupé que de rechercher l'explication du mécanisme suivant lequel l'urine est parvenue jusque dans les fosses iliaques et les régions inguinales. Pour nous, sans méconnaître l'importance de ce point d'anatomie pathologique, nous sommes plus frappé de cette effroyable cachexie strumeuse, en vertu de laquelle le malheureux sujet était affecté à mort dans deux appareils relatifs à sa vie propre, et dans son appareil reproducteur, aussi impuissant à vivre que probablement à donner la vie.

Quant à la voie suivie par l'urine et le pus, nous aurons occasion d'y revenir, en citant tout-à-l'heure un fait de M. Richet.

Les tubercules de la prostate sont beaucoup plus communs qu'on ne l'a pensé. Les observations de M. Lalle-

mand (1) le font présumer, et la pratique de quelques chirurgiens le démontre. C'est ainsi que M. Ricord nous a dit en avoir observé un nombre considérable à l'autopsie et sur le vivant. Les signes qu'il indique sont la tuméfaction irrégulière de la prostate, qui offre au doigt introduit dans le rectum, des points durs, d'autres ramollis, d'autres fluctuans. Ce diagnostic, comme on pense bien, a besoin d'être complété.

Il y a tout lieu de craindre pour la vie d'un homme qui porte une pareille altération. Quand il existe des tubercules dans la prostate, on doit supposer qu'il s'en trouve dans les autres pièces de l'appareil génito-urinaire; et, dans cet état, si l'urèthre s'enflamme, de grands ravages peuvent avoir lieu. Les observations rapportées dans les deux paragraphes suivans le prouveront.

La fonte de la prostate, réduite à sa coque, fait anatomopathologique sur lequel a insisté notre savant maître, M. Velpeau, se rattache probablement à la tuberculisation prostatique.

Voici maintenant l'observation de M. Richet. Nous la résumons.

63<sup>e</sup> Obs. — *Rétrécissement de l'urèthre; crevasse de la partie postérieure de la portion membraneuse; abcès urinaire.*

Il s'agit d'un colporteur atteint depuis long-temps d'un rétrécissement de l'urèthre. Déjà une première fois il avait eu, à la suite d'une rétention d'urine, une tumeur au périnée, puis un abcès au-dessus du ligament de Fallope, à droite. En 1841, nouvelle rétention, formation d'une tumeur qui s'étend depuis le ligament de Poupert jusqu'au niveau de l'ombilic, et s'enfonce dans le petit bassin, quand on la presse en masse. M. Velpeau met dans l'urèthre une bougie qui sera gardée aussi long-temps

(1) Des pertes séminales.

que possible, et ouvre l'abcès, d'où s'échappe du pus urineux en très grande quantité. On panse avec une mèche. Les jours suivans, l'abcès se dégorge; le malade urine plus facilement. Il sort après avoir passé dix-huit jours à l'hôpital. Il importe de faire remarquer que cet homme avait eu, à diverses reprises, des abcès urineux au périnée, d'où était résultée l'induration des tissus péri-anaux, circonstance qui dut favoriser le passage de l'urine dans le tissu cellulaire sous-pelvien et la fosse iliaque.

On ne peut dire au juste dans quel point existait la crevasse uréthrale, mais à coup sûr ce n'était pas au-dessous de l'aponévrose périnéale moyenne. Elle se trouvait donc dans la partie postérieure de la portion membraneuse, ou dans la portion prostatique. De là le liquide a fusé en arrière d'abord, puis latéralement, et en haut. C'est ce qui eut lieu aussi dans le cas de M. Durand. La partie postérieure de la portion membraneuse et la portion prostatique sont renfermées dans la même cage aponévrotique, si bien étudiée et si bien décrite par M. Denonvilliers (*voyez* ses pièces au Musée de la Faculté, et sa thèse, 1837). De cette identité dans les rapports se déduit l'identité pathologique que nous venons de constater.

B. Abscès intra-pelviens se rattachant à une maladie du cordon testiculaire.

Le canal déférent, dans les affections strumeuses du testicule, devient tuberculeux, et comme tel, peut se ramollir, suppurer.

On a vu, dans l'observation de M. Durand, que le canal déférent gauche était tuberculeux. Voici maintenant ce qu'on lit dans une observation de M. Dalmas (1).

« Canaux déférens présentant des renflemens de plus en plus considérables, à mesure qu'on les examine plus près

(1) Journal Hebd., 1829.

des testicules, remplis d'une matière homogène, pultacée, sèche, jaunâtre, semblable à de la matière tuberculeuse, ou à du fromage mou; matière d'autant plus liquide et semblable à du pus, que le renflement est plus considérable; d'autant plus sèche et plus semblable à de la matière tuberculeuse, que le renflement est plus petit. Entre ces divers foyers, oblitération complète de la cavité des canaux déférens. »

Dans une observation de M. Lallemand (la 5<sup>e</sup>) (1), le canal déférent droit contenait, *dans toute son étendue, du pus épais, bien lié, et d'un blanc jaunâtre.*

Si l'on pouvait être certain qu'à la place de ce pus il existait auparavant de la matière tuberculeuse, ces deux faits nous feraient assister à toutes les phases de l'abcès tuberculeux des canaux déférens, sauf la dernière, qui consisterait dans la rupture du kyste et l'épanchement du liquide aux environs.

On comprend très bien que dans l'orchite blennorrhagique ou dans l'orchite simple, le cordon enflammé puisse échauffer et faire suppurer le tissu cellulaire ambiant.

Le cordon, affecté idiopathiquement, peut amener le même résultat. Un chirurgien célèbre fut pris, dans ces derniers temps, sans cause connue, d'une inflammation de ce genre. Il y avait de la douleur et de l'empâtement dans la fosse iliaque. Des applications de sangsues et les émoulliens firent justice de l'inflammation.

Plusieurs des procédés de cure radicale des hernies sont susceptibles de donner lieu à des abcès dans le bassin. Il en est de même de la castration, etc.

Voici un fait extrêmement remarquable, dans lequel l'in-

(1) *Loc. cit.*



inflammation du cordon et l'abcès iliaque consécutif furent déterminés par des efforts de vomissement. Il appartient à Ledran (1), et date de plus de cent ans.

64<sup>e</sup> OBS. — *Efforts de vomissement; phlegmon du cordon; abcès de la fosse iliaque.*

Le nommé Marin Quardée entra à la Charité le 28 juillet 1728. Vers le 12 du même mois, il avoit pris l'émétique, qu'on lui avoit conseillé pour quelque indisposition dont il se plaignoit. L'émétique l'avoit fait vomir, et dans les efforts, il avoit senti une vive douleur au-dessus de l'aîne. Le lendemain, il s'étoit aperçu d'un léger gonflement au cordon spermatique, et il y avoit senti une douleur sourde avec quelques élancemens de momens à autres. Cela avoit été bientôt suivi d'une dureté au cordon, s'étendant depuis le testicule jusqu'au-dessus de l'anneau du muscle oblique externe. On avoit mis en usage les cataplasmes émolliens et résolutifs, après quoi la dureté avoit paru se ramollir, et même le malade s'étoit senti un peu soulagé; mais cela n'avoit pas été de longue durée, car le troisième jour la dureté étoit devenue plus considérable, et le testicule s'étoit gonflé bien davantage. C'est en cet état qu'il vint à la Charité.

Je fis faire trois saignées, et le malade fut mis à une diète sévère. La fièvre se mit de la partie, avec des douleurs considérables, occupant tout le côté du ventre et s'étendant par tout ce côté du corps jusque sous l'aisselle et même au cou.

Le 25 août, je crus sentir un peu de fluctuation dans la face interne de l'os des îles: c'étoit l'endroit où la douleur étoit la plus vive, et même à la nature du pouls je sentoie que sûrement il se faisoit du pus en quelque partie; mais cette fluctuation n'étoit pas assez distincte pour me déterminer à faire l'ouverture.

Cependant le malade alloit de mal en pis, ses forces diminuoient à vue d'œil, et il avoit une espèce de délire sourd, car, de momens à autres, il lui échappoit des absurdités. Enfin sa tête se brouilla tout-à-fait, et on fut obligé de le lier. Le 7 septembre, je crus sentir distinctement la fluctuation, malgré la pro-

(1) Observations de chirurgie, 1731.

fondeur de l'abcès : alors je fis une consultation, moins pour juger si l'ouverture étoit nécessaire, que pour me mettre à l'abri des reproches, le malade paroissant si peu en état de la supporter, et paroissant toujours devoir mourir dans le moment même. Dans la consultation, il fut conclu de ne rien faire, regardant l'ouverture comme inutile, vu l'état du malade.

L'après-midi je vis qu'il n'étoit ni mieux ni pis. Alors je craignis d'avoir à me reprocher sa mort si je n'essayois pas à le sauver. Je pris mon parti, malgré le résultat de la consultation, et je fis l'ouverture de l'abcès, après m'être bien assuré du lieu où étoit le pus. Il en sortit environ une demi-palette d'une odeur insupportable. Je ne pus pousser mon incision bien loin du côté du pubis, parce que le pus ayant usé le tissu cellulaire du péritoine, il avoit gagné le profond du bassin vers les vésicules séminaires, en suivant le progrès du canal déférent.

Le lendemain le malade se trouva plus calme, et son pouls moins déréglé. A chaque pansement, après avoir fait sortir le pus autant que possible du fond de la plaie, j'y fis couler quelques gouttes de baume vert, après quoi je remplis le vide de bourdonnets mollets chargés de digestif simple.

La plaie alloit assez bien; mais le quatorzième jour le pouls devint plus vif, les chairs se trouvèrent moins belles et même un peu flasques, et la suppuration fut plus abondante, ce qui venoit d'une diète déréglée, parce qu'on lui apportoit à manger du dehors. On y eut attention, et les accidens furent heureusement suspendus par une diète exacte. Le 24, j'aperçus une dureté à la circonférence de l'ulcère; j'y fis mettre des cataplasmes émolliens sans rien changer à l'ordre de la curation. Alors le tout prit un bon chemin, le fond se remplit, la cicatrice se fit, et le malade sortit de l'hôpital le 5 octobre 1728.

La contraction des muscles abdominaux resserre l'anneau inguinal externe. On peut, par une expérience facile, se convaincre sur soi-même que, dans les efforts du vomissement, cette ouverture est fortement resserrée, d'où la compression du cordon testiculaire et son inflammation possible. L'inflammation du cordon a lieu, bien entendu, à la suite

d'autres efforts que ceux du vomissement, ainsi que nous venons de le voir encore par un fait du service de M. Gerdy.

C. Abscès intra-pelviens se rattachant à une maladie des vésicules séminales,

Stoll (1) a publié l'observation d'un homme de vingt-deux ans, qui avait été atteint de plusieurs gonorrhées, et qui mourut dans le délire. Voici ce que l'on trouva à l'autopsie.

« La vésicule séminale droite était dans l'état naturel, et pleine de liqueur spermatique ; la gauche était remplie de pus, et ses parois étaient dures, épaissies, enflammées dans divers points ; la tunique vaginale gauche était très adhérente au testicule ; celui-ci plus volumineux que le droit, contenait un abcès comme une noix, rempli de pus, et bien conditionné. Les deux cordons des vaisseaux spermatiques étaient en bon état.

« La prostate contenait de petits abcès ; la vessie offrait intérieurement des taches rouges ; les reins étaient plus rouges que de coutume. »

En 1828, M. Dalmas (2) fit connaître l'observation d'un homme de vingt-trois ans, qui mourut après avoir présenté de la stupeur et du délire, et dont l'autopsie, outre des altérations cérébrales et gastro-intestinales profondes, fournit, du côté des voies génitales, les détails que voici :

« L'urèthre est libre, la verge est saine et intacte ; la prostate est infiltrée de pus, ou plutôt d'une matière pultacée qui s'exprime par grains, quand on presse sa substance. Les deux vésicules séminales sont remplies d'une matière de

(1) Ratio medendi, pars prima.

(2) Journ. Hebd.

même nature, épaisse et jaunâtre; on la retrouve dans les deux conduits déférens, plus loin dans le gauche que dans le droit. »

En 1836, M. Lallemand, de Montpellier, ajouta à ces observations intéressantes plusieurs faits analogues.

M. Ricord nous a dit avoir vu quatre fois la suppuration des vésicules séminales.

Chez un individu autopsié par M. Logerais, qui a communiqué l'observation à la Société anatomique, il existait de la matière tuberculeuse à l'état cru dans les vésicules séminales.

Chez le sujet de l'observation de M. Durand, nous avons vu que les vésicules séminales avaient été détruites.

Nous croyons apercevoir, dans quelques-uns des faits qui viennent d'être cités, les élémens d'une histoire complète de l'abcès tuberculeux des vésicules.

Premier degré : état crû (obs. de M. Logerais);

Deuxième degré : ramollissement (obs. de M. Dalmas, etc.);

Troisième degré : rupture du foyer, épanchement du pus dans les tissus voisins; destruction, disparition de l'organe (obs. de M. Durand).

Il existe une cachexie strumeuse de l'appareil génito-urinaire dans les deux sexes. Telle est la vue générale que nous nous sommes promis de faire sortir des faits. Elle nous paraît très importante et mériter toute l'attention des chirurgiens.

M. Deville, en 1843, communiqua à la Société anatomique deux cas remarquables sur lesquels il a bien voulu nous fournir quelques notes, qui nous permettent de les exposer d'une manière complète.

La maladie s'annonça tout-à-coup, dans les deux cas, par un état fébrile général : fréquence, développement du pouls, chaleur, sueur, rougeur de la face, céphalalgie, anxiété extrême, agitation portée à un degré tel, que les malades étaient pris comme de spasmes. Rien de bien caractérisé, d'ailleurs, par rapport à l'état local. Les deux malades sont morts : l'un au milieu de spasmes nerveux, l'autre dans un état d'affaissement comparable à celui qui termine la vie dans l'infection purulente. Chez les deux malades, il existait une orchite compliquée d'inflammation de tout le cordon testiculaire ; mais il n'y avait pas de symptômes qui pussent éclairer le chirurgien sur l'état des pièces profondes de l'appareil génito-urinaire.

A l'autopsie, dans les deux cas, on trouva une inflammation de la partie postérieure de l'urèthre, de la vessie, des uretères, des reins, des vésicules séminales, des canaux déférens, et d'un seul testicule (le droit), mais avec des différences dans les deux faits.

Le sujet qui avait succombé dans un état de spasme présentait cette inflammation au plus haut degré. En enlevant ensemble les organes génitaux et le rectum, au moment où on les détacha avec le scalpel, du côté droit, on ouvrit une vaste collection purulente située entre le bas-fond de la vessie et le rectum, et s'étendant dans la partie latérale droite du bassin. La poche, irrégulière, anfractueuse, renfermait un demi-verre de pus environ. Supérieurement, elle refoulait le cul-de-sac prostato-péritonéal ; en dedans, elle gagnait la ligne médiane ; en bas, elle reposait sur le muscle releveur de l'anus ; en dehors, elle refoulait en bas et en avant le lacis veineux considérable qui borne immédiatement en dehors la vésicule séminale. Le canal déférent droit

se perdait sur cette tumeur. Le canal déférent et la vésicule séminale gauches à peine dilatés, mais pleins de pus, étaient à leur place ou à peine refoulés. La dissection la plus minutieuse ne put faire retrouver la vésicule séminale droite. L'arrivée du canal déférent dans la poche purulente qui occupait exactement la place de cette vésicule, les rapports intimes de cette poche avec le plexus veineux signalé, la présence du pus dans la vésicule séminale gauche, démontrent suffisamment que la vésicule droite enflammée, et contenant du pus, s'était rompue dans le tissu cellulaire du bassin.

Chez le second sujet, observé comme le premier à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur P. Bérard, les vésicules étaient seulement rouges et tuméfiées. Mais, sous un autre rapport, ce sujet a présenté un fait bien curieux, à cause de l'existence d'une orchite suppurée et d'une phlébite également suppurée du cordon, sans qu'aucun abcès se fût ouvert au dehors : de là ces symptômes d'infection purulente au milieu desquels il périt.

D'après les renseignemens qui nous sont parvenus, on aurait observé deux cas semblables à Bicêtre, dans le service de M. Nélaton, et M. Richard, interne des hôpitaux, en posséderait un autre, recueilli à l'hôpital Beaujon.

C'est un fait très remarquable que cette propagation de l'inflammation uréthrale à toutes les pièces de l'appareil génital.

**ABCÈS PHLEGMONEUX INTRA-PELVIENS CHEZ L'HOMME  
ET CHEZ LA FEMME.**

A. Abcès intra-pelviens se rattachant à une lésion de l'intestin (1).

I. *Cæcum* (*phlegmon cæco-iliaque*).— Nous voici arrivé

(1) On lira avec intérêt, à ce sujet, un travail tout récent de M. Bodart : *Des perforations du cæcum et de celles de l'appendice cœcale*; thèses de Paris, 1844, n<sup>o</sup> 156.

aux célèbres abcès de la fosse iliaque droite, au sujet desquels nous ne pouvons que tracer un cadre

*Fréquence suivant le sexe.* — Ce phlegmon est incomparablement plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Sur un tableau dans lequel nous avons réuni trente-six faits, nous en trouvons trente-deux qui se rapportent au sexe masculin, et quatre seulement à l'autre sexe.

*Fréquence suivant l'âge.* — Sur les trente-six cas précités, nous trouvons :

De 35 à 45 ans. . . . .	6
De 20 à 30 ans. . . . .	18
De 10 à 19 ans. . . . .	5
Jeunes gens sans fixation précise d'âge. . . . .	6
Enfant de huit ans. . . . .	1

TOTAL. . . . . 36

En réunissant les catégories deux par deux, nous avons :

De 1 à 20 ans. . . . .	12
De 20 à 45 ans . . . . .	24

36

*Fréquence suivant la profession.* — La désignation des professions manque souvent, et elle varie extrêmement dans les cas où elle est notée. M. Grisolle a eu raison contre M. Ménière, en niant l'influence professionnelle dans la production du phlegmon *cæco-iliaque*.

*Cause occasionnelle.* — Dans trois cas (Ménière. Barthélemy), l'abcès se forma après une entérite ou une entéro-colite; chez trois femmes, la douleur à la région du cœcum se fit sentir après une constipation opiniâtre : l'une d'elles portait depuis l'enfance une hernie crurale droite (peut-être cœcale). Dans deux faits de M. Ménière, ce fut à

la suite d'excès de table que la tumeur se produisit. Dans trois autres de M. Ponceau, ce fut chez des individus affectés de colique de plomb (peintres, broyeurs de couleurs), traités par des purgatifs. On l'a vue survenir après l'emploi de purgatifs violens contre le tœnia, ou à la suite de l'abus des amers (Ménière); à la suite de travail forcé et de mauvaise nourriture (Dance, Ménière). Il s'en faut que l'étiologie soit toujours claire dans les différens cas que nous venons de rappeler.

Dans deux observations de Merling, ce sont des corps étrangers de l'appendice (matières fécales dures, graines de melon) qui causèrent l'abcès. Un cas analogue est rapporté par Mestivier (grosse épingle).

*Symptômes et marche.* — Ceux du début se confondent souvent avec les circonstances étiologiques (constipation, inflammation de l'intestin, etc.); toutefois l'invasion peut être brusque.

A un moment donné, la fosse iliaque droite devient douloureuse, le plus souvent sans élancemens, d'autres fois avec tension et élancemens (Ménière, Ponceau). Dans la première observation de M. Barthélemy la douleur se fit d'abord sentir à la *fesse*, ce qui laisse des doutes sur le véritable point de départ de l'abcès. Après un ou plusieurs jours, il survient un empâtement diffus ou circonscrit dans le point douloureux. La pression de ce point exaspère les douleurs. La cuisse est fléchie; ses mouvemens sont douloureux (Ménière, Grisolle); quelquefois le malade sent les gaz et les matières passer sur la tumeur; constipation avec ténesme, ou bien diarrhée; ardeur en urinant; miction difficile; chaleur à la peau; fièvre continue, ou seulement frissons le soir, ou irrégulièrement.



Après quelques jours, la tumeur se circonscrit, s'élève, et devient plus ou moins distinctement fluctuante. On a noté, dans quelques cas, l'infiltration du membre correspondant, effet de la compression ou peut-être de l'oblitération par un caillot, de la veine iliaque externe.

*Diagnostic différentiel.* — On distinguera facilement une tumeur formée par le foie ou par le rein déplacé d'un abcès de la fosse iliaque droite : la distinction sera plus difficile si le rein a suppuré ; mais, dans ce cas même, on s'éclairera en interrogeant la sécrétion urinaire. La mobilité d'une tumeur ovarique pourra la faire distinguer d'un abcès cœco-iliaque (Grisolle). Les symptômes particuliers à la péritonite partielle aideront à reconnaître une tumeur purulente qui en dépendrait, et qui pourrait en imposer pour l'abcès que nous étudions. Dans deux cas cités par M. Grisolle on aurait pu être embarrassé par un ostéo-sarcôme. Il est difficile qu'un anévrysme ou une hernie puisse faire croire à un abcès cœco-iliaque. Un abcès par congestion, à forme aiguë, comme en a vu M. Bérard aîné, pourrait induire en erreur, si l'on n'avait les antécédens pour s'éclairer. Mais la tumeur que l'on peut le plus facilement confondre avec un abcès de la fosse iliaque droite, est celle qui dépend d'un amas de matières stercorales : toutefois, la tumeur stercorale est bosselée ; on peut déplacer la matité en déplaçant les matières ; enfin, on a pour antécédent très important la constipation. Dans un cas douteux on devra administrer un purgatif.

*Terminaisons.* — 1<sup>o</sup> Après avoir constaté la présence d'une tumeur mate, immobile, résistante, avec gêne des mouvemens, on la voit disparaître insensiblement sous l'in-

fluence des antiphlogistiques et des émoulliens (Grisolle, Ponceau, Husson et Dance).

2° Les symptômes généraux s'exaspèrent; il survient du hoquet, de la diarrhée, des vomissemens; la face est grippée; péritonite; mort (Albers, Grisolle). On trouve, à l'autopsie, un foyer purulent autour et en arrière du cœcum, avec destruction du tissu cellulaire qui environne cet organe et le commencement du colon ascendant, et de celui de la fosse iliaque droite jusqu'à l'arcade crurale, ou même jusqu'au pubis; quelquefois inflammation et ramollissement du cœcum et du colon ascendant (Albers, Merling); d'autres fois l'intestin présente à peine de la rougeur (Husson et Dance).

3° L'abcès s'ouvre dans le cœcum. Tantôt la rupture s'opère naturellement, sans cause extérieure, tantôt à la suite d'efforts pour vomir, ou de toux (Ponceau). — *a.* Dans les cas malheureux, les selles restent purulentes; le sujet s'affaiblit; fièvre hectique; mort. A l'autopsie, on trouve l'appendice cœcale ou le cœcum perforé dans un ou plusieurs points. — *b.* Dans les cas heureux, la tension et la pesanteur diminuent; les douleurs cessent; les mouvemens du membre correspondant deviennent faciles s'ils étaient gênés; la tumeur s'affaisse; la fièvre diminue; l'appétit revient; les forces renaissent; enfin, après un temps qui varie de six à vingt jours, la guérison est complète: tantôt il ne reste plus de trace de l'abcès, tantôt un petit noyau d'engorgement subsiste pendant quelque temps.

4° L'abcès s'ouvre dans le rectum (Husson et Dance).

5° Il s'ouvre dans le cœcum et dans la vessie (Ménière).

6° Les tégumens s'infiltrent (Barthélemy), ou s'amincissent de plus en plus, et l'abcès s'ouvre extérieurement. On a vu la quantité du pus s'élever jusqu'à trois litres (Barthélemy).

Il peut sortir des corps étrangers avec le pus (graines de melon. — Merling). Dans une observation de Dupuytren, il se fit plusieurs ouvertures fistuleuses, qui donnèrent issue à du pus mêlé de gaz et de matières fécales ; il sortait aussi du pus par les selles. La guérison eut lieu après plusieurs mois de maladie.

Dans un cas du mémoire de M. Ménière, l'abcès s'ouvrit à la peau ; puis l'ouverture de la peau se ferma ; puis l'abcès s'étant reproduit, il s'ouvrit successivement dans le cœcum, dans la vessie, et enfin extérieurement, par la cicatrice.

Telles sont les terminaisons du phlegmon cœco-iliaque, lorsque le chirurgien n'a pu prévenir la formation du pus par un traitement antiphlogistique convenablement énergique, et lorsqu'il n'a pas lui-même ouvert une issue au pus, ce qu'il doit faire autant que possible.

II. *S iliaque du colon.* — Nous n'avons pas connaissance d'un seul exemple de phlegmon que l'on puisse attribuer à un état morbide de cet intestin. Il doit en exister cependant, ne fût-ce qu'à titre de complication d'une dégénérescence. M. Costallat nous a exprimé l'opinion que la plupart des rétrécissemens recto-coliques dépendent d'un abcès anciennement formé dans la fosse iliaque gauche ; mais ces abcès peuvent dépendre d'une autre cause que d'une affection de l'intestin. L'S iliaque est éloigné du tissu cellulaire du bassin par le mésocolon, ce qui n'existe pas pour le cœcum, différence qui explique comment le tissu cellulaire est solidaire des affections du second, tandis qu'il participe si peu à celles du premier.

III. *Rectum.* — Il n'est pas impossible, assurément, qu'un ulcère du rectum produise une suppuration intra-pelvienne. J.-L. Petit, dans son chapitre des ulcères, parle de l'inflam-

mation suppurative du tissu cellulaire qui entoure cet intestin, sans citer de faits à l'appui. Le cas rapporté par Foubert, et dans lequel on voit un abcès pré-rectal s'ouvrir dans le vagin, n'est pas probant, en ce que rien ne dit qu'effectivement l'abcès se fût produit consécutivement à un ulcère du rectum.

B. Abcès intra-pelviens se rattachant à la cystite ou à un corps étranger en voie d'élimination.

L'inflammation aiguë de la vessie peut donner lieu au phlegmon du tissu cellulaire environnant. M. Bégin, qui a bien étudié la cystite, dit : « Lorsque les malades ont succombé à la première violence de l'inflammation, on trouve dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et jusque sous le péritoine, des plaques rouges, des infiltrations sanguines, et des ecchymoses qui se propagent dans le bassin. Des amas de pus, lorsque la maladie tendait à se terminer par la suppuration, existent assez souvent aussi dans les mêmes parties. »

M. Vidal (de Cassis), dans son *Traité classique de chirurgie*, formule ainsi une distinction nécessaire : « 1° le pus, ou une matière purulente, peut être excrété par la membrane muqueuse ; 2° il se forme des abcès dans les parois de l'organe, c'est-à-dire entre les membranes qui forment les parois. » L'abcès, ajoute-t-il avec M. Ferrus, s'ouvre dans la cavité de la poche urinaire, ou dans le tissu cellulaire du bassin. Mais pourquoi ne se formerait-il pas primitivement dans ce tissu sous l'influence de l'inflammation voisine ? C'est une loi générale, en pathologie, qu'un organe enflammé échauffe l'atmosphère celluleuse qui l'entoure.

L'abcès pourrait se former d'une troisième manière : par suite de la formation d'une ulcération vésicale, établie sui-

vant le mécanisme si bien étudié par M. Mercier, perforation qui aurait pour effet de livrer passage à une quantité plus ou moins considérable d'urine dans le tissu cellulaire ; peut-être aussi le même résultat pourrait-il arriver par suite de la formation d'une petite eschare.

Ainsi, la cystite pourra donner lieu à la formation de deux sortes d'abcès : à un abcès intra-pariétal, à un abcès extra-vésical, sous-péritonéal, et ce dernier abcès présentera trois variétés, c'est-à-dire qu'il sera le résultat de la rupture d'un abcès intra-pariétal, ou d'une inflammation du tissu cellulaire péri-vésical par voie de contiguïté, ou du passage d'une petite quantité d'urine dans ce tissu. Un calcul, ou tout autre corps étranger, pourrait produire le même résultat.

Les exemples d'abcès intra-pariétaux de la vessie sont si rares, que nous croyons utile de donner l'analyse d'un fait de ce genre, communiqué par M. Comin, à la Société anatomique.

65<sup>e</sup> OBS. — *Abcès des parois de la vessie; vessie à cellules; hypertrophie de la prostate.*

Un homme de 85 ans se plaint d'une rétention d'urine datant de vingt ans. Il a été traité par la dilatation. Depuis dix-huit ans il a une énorme hernie inguinale à droite. La vessie est distendue. Le cathéter ne peut pas arriver jusqu'à la vessie, qui est très distendue par l'urine. Depuis quinze jours celle-ci ne sort que goutte à goutte. La vessie est devenue douloureuse à la pression. Après avoir réduit la hernie, le cathétérisme est pratiqué sans beaucoup de difficulté : il sort un litre et demi d'un liquide épais, couleur chocolat, très fétide. On s'assure que la moitié du liquide est formée par du pus mélangé de sang. Le malade est soulagé, et la distension de la vessie cesse (Bains, cataplasmes).

Le lendemain, 2 litres de liquide s'écoulent par le cathétérisme; ce liquide est presque transparent, sans traces de pus. Le même jour on en tire 3 litres en deux fois. Le lendemain, un premier cathétérisme donne 1 litre de liquide sanguinolent. Le soir, le ca-

thétérisme est impossible ; le bec de la sonde paraît arrêté par un obstacle invincible au-dessous du pubis, au-devant de la prostate (Bains). Fièvre et agitation ; le lendemain, vessie distendue, douloureuse à la pression, envie d'uriner ; de temps en temps, il coule quelques gouttes de liquide avec de grands efforts. Le cathétérisme est encore impossible. Le soir, la sonde pénètre et laisse couler un litre et demi d'urine teinte de sang. On laisse la sonde d'argent à demeure. Le lendemain, on sonde le malade deux fois, et le soir on laisse la sonde à demeure (Bains, lavemens). Le lendemain la hernie s'engoue, et ne peut être réduite. Deux jours après le ventre est douloureux, ballonné ; envie de vomir. Pendant la nuit, agitation, douleurs générales, face altérée, pouls imperceptible, diarrhée, urine rare, chargée ; mort le soir.

*Autopsie.* On trouve du pus brunâtre dans le péritoine, diverses adhérences des intestins. Le cœcum constitue principalement la hernie.

Le péritoine est, dans toute son étendue, épaissi et cassant (*sic*), surtout au niveau des deux fosses iliaques, dans tout l'hypogastre et le flanc gauche. En arrière de la vessie, il présente dans quelques points une épaisseur de plusieurs centimètres, et inférieurement, dans le même sens, une ouverture à bords déchiquetés, minces et blanchâtres : c'est une véritable ulcération de la séreuse, à travers laquelle on fait sortir de l'urine quand on presse sur la vessie. Celle-ci étant détachée et ouverte, on voit que sa cavité est moins considérable qu'on aurait pu le croire d'après sa distension pendant la vie. La muqueuse vésicale, d'un noir grisâtre, forme plusieurs cellules à travers les fibres musculaires écartées. Trois de ces cellules, situées un peu au-dessus du bas-fond de la vessie, présentent une disposition remarquable : on ne voit pas dans leur fond la muqueuse herniée, et si on y fait passer un stylet, on arrive dans une large cavité sur-ajoutée à la vessie, et disposée entre le péritoine et la membrane musculeuse. C'est aussi dans cette cavité qu'aboutit immédiatement l'ulcération dont il a été parlé, et qui a déjà été remarquée par la cavité abdominale. Après l'avoir ouverte, on voit des tractus cellulaires fort nombreux qui unissent la séreuse à la musculeuse : ils sont baignés d'un liquide purulent, oléagineux, noirâtre, d'une odeur infecte. On peut remarquer que le sommet de la vessie est formé par cette

large cellule remplie d'urine et de pus, et qui porte seule des traces irrécusables d'inflammation : c'est cette espèce de diverticulum qui, pendant la vie, faisait saillie dans le ventre, et dépassait l'ombilic. La prostate est hypertrophiée.

Il existe, dans la science, un exemple d'abcès de la vessie ouvert dans le rectum qui mérite d'être reproduit.

66<sup>e</sup> OBS. — *Abcès de la vessie ouverte dans le rectum* (1).

Un de nos hommes politiques les plus marquans (Manuel, d'après M. Vidal, de Cassis), après avoir souffert plusieurs années d'une cystite, qui avait présenté à diverses reprises les symptômes de la purulence la plus évidente, rendit par le rectum, et en assez grande quantité, un liquide qui fut reconnu facilement pour être de l'urine. Cet écoulement eut lieu à des degrés différens, et sans être suivi d'accidens graves, pendant environ un an, quoique le malade se livrât à quelques exercices. Au bout de ce temps, il succomba à une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire du périnée. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes le bas-fond de la vessie adhérent dans quelques points avec le rectum. Il était, ainsi que la partie correspondante de cet intestin, fort aminci, et percé de quelques petits trous qui avaient donné passage à l'urine.

L'amincissement était plus remarquable, et les trous plus nombreux sur les parois de la vessie. La partie postérieure et supérieure de la vessie présentait plusieurs poches contenant du pus, et formées en grande partie par de fausses membranes, mais dont quelques-unes paraissaient situées dans les parois même de l'organe. Cette désorganisation remarquable avait été reconnue par Béclard pendant la vie. En pratiquant le cathétérisme, il sentit la sonde pénétrer dans une autre cavité que celle de la vessie, dont il craignit un instant d'avoir provoqué la perforation accidentelle.

Un abcès phlegmoneux du tissu cellulaire pelvien consé-

(1) Dict. de méd. t. IX.

cutif à une cystite devrait être ouvert par le périnée. Dans un cas comme celui de Manuel, on pourrait essayer d'isoler les deux réservoirs au moyen de la canule de M. Bermond, introduite dans le rectum.

C. Absès intra-pelviens se rattachant à la péritonite.

Ou la péritonite était partielle, et a donné lieu à un épanchement circonscrit, entouré de fausses membranes qui lui forment un kyste; ou elle était générale, et des fausses membranes, des brides, ont divisé l'épanchement, qui s'est éparpillé, pour ainsi dire, en abcès.

Un grand nombre d'abcès intra-pelviens puerpéraux sont dus à des péritonites partielles. (V. plus haut.)

Il y a long-temps que Ledran a exposé, avec la concision, souvent fâcheuse, mais souvent heureuse, des anciennes observations, la péritonite purulente avec formation de foyers isolés.

67° OBS. — *Péritonite purulente. Absès (1).*

Au mois de février 1727, faisant mon pansement à la Charité, un religieux m'avertit que dans la salle Saint-Jean il y avait un malade qui jetait du pus par l'ombilic. J'allai le voir, et en pressant assez légèrement sur son ventre, le pus fit un jet d'un demi-pied de haut. Le religieux me dit que ce malade avait eu depuis quinze jours une inflammation dans le ventre avec de grandes coliques et tous les accidens qui sont inséparables de la suppuration. Il était si mal, que je crus que les secours de la chirurgie seraient inutiles, et effectivement il mourut la nuit suivante.

Je l'ouvris, je trouvai l'épiploon très maigre, rouge et adhérent partout au péritoine et aux intestins, jusque dans leurs anfractuosités. En plusieurs endroits, il y avait du pus entre lui et les intestins, qui étaient gangrénés; ce qui semblait autant d'abcès

(1) Obs. de chir.



séparés, et il y en avait beaucoup au-dessous de l'ombilic dans l'adhérence qu'il avait contractée avec le péritoine. Le vide qui le contenait avait près de quatre travers de doigt de diamètre. C'est de là que le pus avait jailli.

D. Abscès intra-pelviens se rattachant à la phlébite.

L'observation suivante, qu'a bien voulu nous communiquer notre ami M. le docteur Ambroise Tardieu, agrégé de la Faculté, offre un cas probable d'abcès iliaque, suite de phlébite des veines du bassin. Nous disons probable, parce qu'à la rigueur on pourrait se demander si l'inflammation veineuse ne fut pas consécutive à l'abcès iliaque, au lieu de l'avoir déterminé, interprétation beaucoup moins vraisemblable, toutefois, que la première.

68<sup>e</sup> OBS. — *Abscès intra-pelvien par phlébite purulente de la veine cave inférieure, et de ses ramifications; infection purulente.*

La nommée Monin (Claudine); femme Jacques, âgée de 44 ans, profession de journalière, mariée, amenée à l'Hôtel-Dieu le 26 juillet 1839, est dans un état d'émaciation et de faiblesse qui annonce les effets de la maladie et de la misère. Sa voix s'entend à peine, et le peu de suite qu'elle met dans ses réponses, aussi bien que l'impuissance de sa mémoire à remonter en arrière, rendent très difficile la connaissance exacte de ses antécédens et des premiers symptômes qu'elle a éprouvés. La face, extrêmement amaigrie, présente comme tout son corps une teinte jaunâtre terreuse. Les yeux sont enfoncés et hagards. Le pouls est misérable et presque insensible; la langue sèche. Outre ces symptômes généraux très graves, elle présente au membre inférieur gauche, auquel elle rapporte tout son mal, tous les signes d'une phlébite extrêmement compliquée. — On n'obtient que des renseignemens très incomplets touchant l'origine de cette phlébite. La malade dit d'abord qu'elle lui est venue spontanément; puis peut-être à la suite de veines rompues. La cuisse et la jambe sont le siège d'un œdème douloureux considérable. Le genou est tuméfié et

les mouvemens y sont impossibles. Le trajet des veines est sur tout le membre, rouge, tendu, douloureux. En plusieurs points on y rencontre une fluctuation manifeste; partout un empâtement, une tension très pénibles pour la malade. Elle a eu déjà à plusieurs reprises des frissons, et peu de jours se passent jusqu'à la fin de ses souffrances, sans qu'elle en ait de plus ou moins forts. Des incisions faites sur les points les plus tendus, et où la fluctuation se présente, donnent issue à une grande quantité de pus. Cataplasmes; bains; eau de veau; petit lait.

Dans les premiers temps il y a de la constipation; mais bientôt survient du dévoiement qui continue opiniâtrément jusqu'à la fin. Les débridemens ont soulagé la malade, mais s'il n'y a plus de tension, il reste toujours de l'empâtement et de l'œdème. — Bientôt aussi une eschare profonde se forme au sacrum; cependant la malade ne peut changer de position et supporter un décubitus latéral. Alimentation tonique.

28 juillet. Elle accuse dans l'articulation scapulo-humérale du côté gauche une douleur persistante et très aiguë que les mouvemens accroissent beaucoup. L'articulation ne présente d'ailleurs pas de gonflement non plus qu'aucun autre signe extérieur. Cependant la malade va chaque jour s'affaiblissant.

10 août. Vers le 10 août, elle est prise d'une toux catarrhale accompagnée d'une expectoration purulente qui la fatigue beaucoup.

23 août. Enfin elle succombe épuisée, le 23 août à 4 heures du matin. Depuis dix jours environ, elle se trouvait mieux, et ne souffrait plus de la cuisse; elle n'était plus tourmentée que par la toux.

*Autopsie. — Cavité thoracique.* — La plèvre offre de nombreuses traces d'inflammation ancienne. Des fausses membranes recouvrent les poumons qu'elles unissent à la plèvre pariétale, et dont elles lient les différens lobes entre eux. — Les bronches sont remplies d'écume. — Les poumons sont emphysémateux. En comprimant leur tissu, on fait suinter un peu de pus par les orifices des bronches. Mais, de plus, le lobe inférieur du poumon gauche présente deux ou trois abcès métastatiques bien nettement caractérisés. — Le cœur est rempli, dans toutes les cavités

de caillots de sang noir coagulé ayant la consistance de la gelée de groseille.

*Cavité abdominale.* — Le foie est sain.

La rate est petite, presque diffluent, d'une coloration légèrement marbrée. Le tube intestinal offre à sa partie inférieure un peu de rougeur.

Les reins sont sains.

*Veines.* — La veine cave inférieure, au niveau de la première vertèbre lombaire, est oblitérée par un caillot adhérent à ses parois. En arrière, celles-ci sont érodées, ulcérées, et laissent écouler une grande quantité de pus. Au-dessous de ce point, on peut dire que le système veineux du côté gauche n'existe plus. Les veines iliaque et hypogastrique sont confondues avec les tissus environnans, et détruites par l'abondante suppuration au milieu de laquelle elles baignent (Le petit bassin est rempli de pus). La veine fémorale dans ses deux tiers supérieurs est convertie en un cordon ligamenteux très dur, et constitué par un caillot fibrineux presque décoloré. Au-dessous, et dans toute l'étendue du membre inférieur, les veines présentent tantôt des caillots obturateurs, tantôt de petits abcès circonscrits.

*Tissu cellulaire. — Ganglions.* — Le tissu cellulaire du membre inférieur gauche est infiltré d'une sérosité purulente; dans le pli de l'aîne, il adhère à tous les tissus, et surtout aux ganglions lymphatiques, avec lesquels il forme une masse purulente.

*Muscles.* — Le muscle psoas gauche est converti en un énorme foyer purulent. Du reste, les vertèbres auxquelles il s'insère, ne sont pas malades.

*Articulations.* — L'articulation scapulo-humérale dont la malade s'est plainte pendant la vie, est tapissée par une synoviale rougeâtre, fongueuse et imprégnée de pus. L'articulation du genou gauche renferme une énorme quantité de pus. Les cartilages et les os sont sains.

E. Abcès intra-pelviens se rattachant à une maladie des ganglions lymphatiques du bassin.

Dans une observation du service de M. Vidal (de Cassis), publiée par M. Dumoulin, interne de l'hôpital du midi, on

voit qu'à la suite d'une orchite blennorrhagique du côté droit presque entièrement dissipée (le sujet était prêt à sortir), il se développa des douleurs vagues dans le ventre, qui devinrent bientôt tellement aiguës, que le malade poussait des cris et était en proie à une grande agitation. Ces douleurs se propagèrent à l'hypogastre et à la région iliaque gauche. La palpation fit découvrir dans la région inguinale droite une tumeur se prolongeant dans la direction du canal et constituée par des groupes de petites grosseurs. L'opinion de M. Vidal fut que le cordon enflammé avait communiqué sa phlogose aux ganglions hypogastriques et iliaques.

Dans ce cas, il n'y eut pas de pus ; mais il est aisé de comprendre qu'il aurait pu s'en former autour de cette vaste adénite pelvienne. Dans le fait suivant, il y eut abcès. Il est tiré de la pratique de M. le professeur Velpeau.

69<sup>e</sup> OBS. — *Bubon. Orchite. Inflammation du cordon (1).*

Un jeune homme, étudiant en médecine, a été affecté d'un bubon, qui après avoir été traité par les antiphlogistiques d'une manière énergique, a cependant fini par suppurer. Il y a eu orchite, inflammation du cordon des vaisseaux spermatiques. Le bubon est resté en suppuration; des fistules ont persisté; par suite des voies de communication qui existent entre les ganglions de l'aîne et ceux de la fosse iliaque, l'inflammation s'est propagée à ces derniers, et de là au tissu cellulaire qui les entoure. Celui du canal y a participé également; de là un abcès énorme que j'ai ouvert ce matin: le pus qui s'en est écoulé était crémeux, bien lié et très abondant.

Il y avait bien un bubon suppuré, mais il y avait en même temps orchite et inflammation du cordon. Il en résulte qu'on ne peut savoir si c'est de l'adénite inguinale ou de

(1) Leçons orales.

l'inflammation funiculaire que le phlegmon iliaque a procédé.

M. le professeur Sédillot a eu dernièrement, dans son service de l'hôpital militaire, à Strasbourg, deux malades affectés de suppuration intra-pelvienne à la suite de bubon syphilitique.

Chez l'un, il se forma un abcès froid de la fosse iliaque, s'étendant en haut jusqu'au rein, en bas jusque dans l'excavation du petit bassin. M. Sédillot ayant ouvert cet abcès, les douleurs, qui étaient intolérables, furent calmées entièrement et définitivement; mais le malade mourut dans le marasme six semaines plus tard.

L'autre eut un abcès phlegmoneux de la fosse iliaque; la suppuration s'étendit à la cuisse, aux lombes et dans la cavité du petit bassin.

Dans les deux cas, le bubon avait été ouvert avec le bistouri et était passé à l'état chancreux.

M. Vidal (de Cassis) a ouvert et guéri, à l'hôpital du Midi, un abcès iliaque suite également de bubon vénérien.

M. Ricord nous a dit avoir observé une quinzaine de cas semblables, et n'avoir perdu qu'un seul malade. L'abcès était ouvert; l'élève chargé du pansement poussa le porte-mèche avec trop de force, et le fit entrer dans le péritoine. La mort fut prompte.

L'opinion de M. Ricord est que, dans tous les cas, les adénites intra-pelviennes sont strumeuses.

M. Laveran, professeur au Val-de-Grâce, a publié (1) le fait d'un soldat qui venait d'être guéri d'un bubon du côté droit, et chez lequel un abcès se forma dans la fosse iliaque correspondante. Bien que M. Laveran eût largement ouvert

(1) Mém. de méd. mil., t. LIII.

l'abcès au-dessus du ligament de Fallope, l'aponévrose et le péritoine s'ulcérèrent dans un point inférieur à l'ouverture artificielle. Le malade vécut encore huit jours.

C'est en vain que vous ouvrirez l'abcès : si vous n'avez pu placer votre voie d'élimination dans un point suffisamment déclive, la nature, qui marche à son but sans regarder le danger, en pratiquera une, et vous voyez ce qu'elle peut faire.

Le traitement du phlegmon iliaque, dans ce cas, doit être celui de tous les phlegmons. S'il s'agit d'un abcès froid, supposé strumeux, on doit toujours modérer l'élément phlogistique local ; mais il faut aviser à l'état constitutionnel au moyen des modificateurs appropriés, et surtout de l'iodure de potassium. L'abcès ouvert, on a à craindre l'infection purulente, l'excès de la suppuration, la formation d'une ouverture spontanée pour cause de non-déclivité de l'ouverture existante, l'extension indéfinie du travail suppuratif, enfin, la formation d'une fistule,

F. Abscès intra-pelviens se rattachant à une maladie des muscles  
ou de leurs dépendances.

I. *Muscles.* — *Psoïte.* — On appelle psoïte une maladie qui affecte souvent le muscle iliaque en même temps que le psoas.

Cette maladie varie anatomiquement et étiologiquement.

Anatomiquement, elle offre deux variétés : la variété *puriforme*, et la variété *putrilagineuse*.

La première n'a pas besoin d'explication. Béclard l'a vit à son plus haut degré, lorsqu'il trouva l'aponévrose du psoas remplie de pus, le muscle ayant disparu en entier.

La seconde consiste dans la fonte du tissu musculaire en une bouillie brunâtre, en un débris infect,

Etiologiquement, c'est-à-dire par rapport aux conditions dans lesquelles elle se produit, la psoïte se présente dans quatre sortes de circonstances :

- 1° A titre de complication de l'accouchement ;
- 2° Comme effet de l'inflammation suppurative du tissu cellulaire sus-aponévrotique ;
- 3° Par suite de cause rhumatismale ;
- 4° Par suite de cause traumatique.

L'observation de M. Perrochaud est un type de la variété puerpérale. M. Ferrus cite des faits qui semblent probans en faveur de la psoïte rhumatismale. Nous-même rapporterons un cas qui s'y rattache, et que nous devons à un médecin éclairé, M. le docteur Fournier, ancien élève interne de Dupuytren, dans le service duquel il recueillit l'observation. Quant à la variété traumatique, nous en citerons aussi un exemple. Il suit de cette division que, comme l'a bien reconnu M. Fouquier (1), la psoïte est primitive ou consécutive. Elle est primitive quand elle est traumatique, par exemple ; consécutive lorsqu'elle succède à l'inflammation du tissu cellulaire sus-aponévrotique.

Mais ce n'est là que l'étiologie vue de loin, pour ainsi dire. Par quel mécanisme la psoïte se produit-elle dans l'accouchement ? Admettons-nous la théorie de M. le docteur Kyll, bien discutée par M. J. Cloquet, dans des remarques dont il a fait suivre une observation de psoïte, recueillie à la clinique de la Faculté, où M. H. Larrey remplaçait alors M. le professeur Cloquet ?

Si l'accouchée a senti un fort tiraillement ou un craquement dans les lombes, par suite d'un écartement violent des

(1) Morisot, *Journal de méd.* 1844.

cuisse, pourquoi douterait-on que ce fût là l'occasion de la psoïte, favorisée, d'ailleurs, par les conditions générales dans lesquelles se trouve la femme? N'existe-t-il pas des cas évidens de psoïte ainsi développée chez l'homme?

Il faut avoir égard aussi à la contusion possible du muscle par suite du passage de l'enfant.

La seconde variété reconnaît un mécanisme qui a son explication dans l'histoire générale de l'inflammation : de même que le phlegmon cœco-iliaque peut amener l'ulcération des parois de l'intestin, il peut *ulcérer* l'aponévrose.

Le symptôme le plus important de la psoïte est la flexion de la cuisse du côté malade; mais ce signe n'est pas pathognomonique : en effet, une simple tumeur iliaque avec tension et douleur vive, sans lésion musculaire aucune, doit porter le malade à relâcher la paroi abdominale antérieure, et il n'a pas de meilleur moyen pour y parvenir que de fléchir la cuisse sur le tronc. Ainsi, la flexion du membre n'est point exclusivement propre à la psoïte. D'un autre côté, le muscle peut être réduit en bouillie, et le membre rester étendu sur le tronc; ce qui a été vu dernièrement par M. Nathalis Guillot, sur le cadavre d'un choréique, à la Salpêtrière. Il y a plus : on ne s'était pas douté de l'altération du psoas, qui ne s'était révélée par aucun signe. Le symptôme précité, pour n'être pas absolument certain, n'a pas moins une grande importance. S'il est accusé, comme dans le cas de M. Perrochaud, il est décisif.

Un autre a de l'importance : c'est le siège de la douleur, qui est souvent lombaire, au lieu d'être iliaque. Il en est de même de celui de la tumeur.

On serait mis directement sur la voie si la cause était



traumatique, comme dans le cas de M. Denonvilliers, que nous allons rapporter. Il y eut, par suite d'un effort, un craquement sensible dans les lombes; un vrai coup de fouet lombaire : l'abcès s'ensuivit.

Dans le traitement de la psoïte, il faut s'efforcer d'empêcher le pus de fuser en bas. Une bonne position, déclive des pieds vers la tête, au moyen de l'élévation du bassin, et une incision hâtive au-dessus de la crête iliaque, en arrière, pourront faire obtenir ce résultat. Mais d'abord, par tous les moyens connus, il faut s'efforcer d'empêcher la terminaison de la psoïte par suppuration.

Voici l'observation de M. Denonvilliers.

70<sup>e</sup> OBS. — *Psoïtis; abcès de la fosse iliaque; ouverture à la partie supérieure de la cuisse dans la gaine du psoas; contre-ouverture; guérison.*

Le nommé Niclet, tailleur, âgé de 40 ans, malade depuis deux mois, entra, le 3 décembre 1842, à la Clinique. Constitution médiocre; facies qui fait soupçonner l'existence de tubercules; l'examen de sa poitrine, sans donner de renseignements positifs et certains, ne peut cependant qu'accréditer cette opinion. Néanmoins, à part des rhumes assez fréquens, le malade avait toujours joui d'une assez bonne santé.

Au commencement d'octobre dernier, en soulevant un tapis, il ressentit une douleur vive dans la région lombaire droite, s'irradiant jusque dans l'épaule avec sensation d'un frémissement particulier du côté du dos et de la cuisse, vers le petit trochanter (attaches du psoas). Il n'avait jamais éprouvé aucune douleur auparavant; jamais non plus de dérangement dans les garde-robes. Cette douleur instantanée fit place à une autre moins vive, siégeant à l'aîne, s'accompagnant de gêne dans les mouvemens du membre correspondant, et qui persiste toujours depuis. Pendant tout le courant de novembre jusqu'au 3 décembre, époque à laquelle il entra à l'hôpital, le malade avait continué de vaquer à ses occupations, mais toujours en souffrant de la hanche, et

forcé de tenir la cuisse un peu fléchie sur le bassin, parce que l'extension du membre déterminait des douleurs très vives dans l'aine et la région lombaire droite. Il s'était formé peu-à-peu dans cette partie une tumeur que le malade appréciait très bien, et qui prenait de jour en jour plus d'extension. Il éprouvait fréquemment, et d'une manière irrégulière, quelques mouvemens fébriles, avec sueurs. Enfin, depuis cette époque, il fut pris d'une constipation fort opiniâtre, telle que tous les huit jours seulement il pouvait aller à la garde-robe.

A son entrée, on apercevait une tumeur large assez dure dans la fosse iliaque.

Vers le 20, le malade éprouva plusieurs fois de petits frissons qui parcouraient le dos, et qu'il comparait à une sensation de chatouillement. Cependant la tuméfaction s'étendait à l'aine et à la partie supérieure de la cuisse, surtout en avant; la fluctuation y devint bien évidente, et le 1<sup>er</sup> janvier, nous pouvions constater une tumeur considérable occupant tout le flanc droit, se continuant sous le ligament de Fallope avec gonflement de la cuisse. Une main placée à la partie antérieure tandis que l'autre comprime la tumeur iliaque, est soulevée d'une manière très sensible. La cuisse peut être fléchie, mais ne peut être étendue sans douleur.

Le malade éprouve de la tension et une douleur sourde dans la région affectée. Pas de réaction fébrile, appétit, constipation que l'on combat avec des lavemens. La colonne vertébrale explorée avec soin ne présente rien d'anormal; les membres inférieurs n'offrent aucune sorte de paralysie ni de douleur névralgique indiquant une altération des vertèbres.

Le 3 janvier, on pratique l'ouverture de la tumeur. Une incision faite couche par couche avec un bistouri convexe est dirigée verticalement à 3 centimètres au-dessous de l'arcade crurale vers la partie moyenne de la cuisse, immédiatement en dehors du couturier: elle a 3 centimètres de longueur. A peine a-t-on incisé la gaine aponévrotique des psoas et iliaque, qu'il s'échappe un flot de pus crémeux de bonne nature; on en laisse l'écoulement se faire spontanément sans comprimer la tumeur iliaque, qui s'affaisse peu-à-peu; la quantité de liquide peut être évaluée

à 250 grammes. On se contente d'introduire dans la plaie une petite mèche et de recouvrir la partie d'un cataplasme.

Le lendemain, et jours suivans, le malade se trouve bien soulagé; il a de l'appétit, et on lui accorde une portion d'alimens; il ne se développe aucune réaction fébrile. On a supprimé la mèche, et le pus continue à s'écouler assez abondamment par la plaie, la tuméfaction de la fosse iliaque et de la partie supérieure de la cuisse a beaucoup diminué: elle est plus dure, et n'offre plus de fluctuation; le pus conserve toujours les bonnes qualités qu'il présentait au moment de l'ouverture. Cependant, le 16 janvier, les choses restant stationnaires depuis quelques jours, une sonde de femme, introduite dans ce foyer, fait reconnaître qu'il est encore assez étendu, non pas en haut vers la fosse iliaque, mais en arrière et en dehors vers la partie postérieure et externe de la cuisse. Il paraît alors évident que, d'après la situation de l'ouverture à la partie supérieure du foyer, le pus ne peut trouver un écoulement facile (malgré la recommandation faite au malade de se coucher sur le côté). On se décide donc à pratiquer une contre-ouverture dans un point naturellement déclive. A cet effet, une sonde de femme, introduite dans le foyer, et maintenue par un aide, est poussée de manière à en faire saillir l'extrémité sous les tégumens de la cuisse en arrière et au-dessus du grand trochanter.

C'est sur ce point que M. Denonvilliers pratique une incision de 4 centimètres environ, divisant successivement des couches musculaires de 2 centimètres d'épaisseur, jusqu'à ce qu'enfin le bistouri rencontre l'extrémité de la sonde: aussitôt le pus s'écoule en petite quantité par cette nouvelle plaie; un bistouri boutonné sert à l'agrandir. On introduit une mèche qui établit une communication entre les deux ouvertures en passant par le foyer.

Le 17, le malade a éprouvé un frisson d'une heure et demie, suivi de réaction fébrile peu de temps après l'opération. Il ne s'est pas écoulé de pus par la nouvelle plaie; on s'aperçoit que son trajet est bouché en grande partie par des caillots que l'on fait sortir.

Le 18, la fièvre a complètement cessé; mais l'ancienne ouver-

ture fournit seule la suppuration. On réintroduit une sonde de femme pour désobstruer la nouvelle voie et détruire les adhérences molles qui auraient pu s'y former; d'un autre côté, le malade se plaint de douleurs au sacrum, où existe de l'érythème et une tendance à l'excoriation. On dispose des coussins de manière que les genoux et le tronc étant relevés, le siège porte à faux, et que l'ouverture postérieure soit dans le point le plus déclive.

Le malade ne peut garder cette position : on place sous le siège un coussin percé pour éviter la pression de la peau de la région sacrée et du contact du pus sur les tégumens rouges.

Le 19, l'écoulement du pus s'est fait librement par la plaie nouvelle, et a diminué par l'ancienne. Ce résultat se maintient jusqu'au 25, époque à laquelle l'ouverture antérieure ne fournit plus de suppuration, même lorsqu'on en provoque l'écoulement par des pressions; en même temps la tuméfaction iliaque est remplacée par un cordon fibreux dur qu'on sent à peine à travers les parois abdominales; le gonflement de la cuisse a disparu.

Peu-à-peu la suppuration de la plaie postérieure diminue, devient séreuse, les plaies se rapprochent, le malade se lève et peut exécuter très librement tous les mouvemens de sa cuisse.

L'observation qui suit est celle de M. Fournier, dont nous avons parlé, et qui se rapporte à la psôte rhumatismale.

71<sup>e</sup> OBS. — *Vaste abcès dans la fosse iliaque gauche, dans l'aîne, la fesse et autour du grand trochanter du même côté, suite d'une affection rhumatismale aiguë; ponctions; fièvre; dévoïement; eschares au sacrum; mort.*

Le nommé Pascal (Didier), âgé de 40 ans, marié, charpentier, fut toujours d'une assez bonne santé. Il y a un an, il fut obligé de travailler long-temps la nuit et le jour à réparer la grande roue d'un moulin; il était presque constamment dans l'eau. Quelque temps après ces travaux, il éprouva des douleurs dans les articulations des deux pieds. Ces douleurs se portèrent aux mollets, aux genoux, aux hanches, aux reins, et se fixèrent avec beaucoup d'intensité aux parois de la poitrine. Jusqu'à ce moment il était resté chez lui, se tenant chaudement pour combattre ce qu'il appelait des fraîcheurs; mais lorsque la respiration

devint courte et difficile, lorsqu'il eut une fièvre très vive, il fit venir un médecin. On lui pratiqua plusieurs saignées, on appliqua au bas de la poitrine, et à gauche, des sangsues, des ventouses scarifiées; il fit diète long-temps, et se trouva guéri; cependant il lui resta toujours de la douleur accompagnée de pesanteur dans l'aîne gauche et à la fesse; les mouvemens de la cuisse sur le bassin étaient très difficiles et bornés. Le malade gardait toujours le lit; il maigrissait et avait peu d'appétit; il eut encore des douleurs dans les jambes et aux bras. Il y a trois mois, il lui sembla qu'il portait une tumeur dans l'aîne: elle était molle; il se croyait affecté de descente. Il resta chez lui encore long-temps sans faire de traitement particulier; enfin il se fit admettre à l'Hôtel-Dieu, et fut couché au n° 8 de la salle Sainte-Agnès, dans l'état suivant: Il existe une tuméfaction considérable: 1° dans la fosse iliaque externe gauche; 2° sous le muscle grand fessier; 3° autour du grand trochanter; 4° à la partie supérieure et interne de la cuisse. Ces différens points, sans changement de couleur à la peau, parfaitement circonscrits, cèdent sous le doigt comme le ferait un liquide: il est facile de déplacer les parties contenues à la cuisse, par exemple, mais c'est en augmentant les autres collections. Si l'on frappe l'une des tumeurs avec les doigts, le mouvement se communique aux autres. Pour établir que la communication a lieu par l'arcade crurale, et non par le grand trou ischiatique, il suffit de placer le bord cubital de la main sur l'ouverture de l'arcade crurale; on ne peut, par aucune pression, faire changer le liquide de position; le contraire a lieu si on presse les tumeurs sans oblitérer uniquement le canal crural. La constitution du malade n'est pas affaiblie d'une manière extraordinaire: il souffre peu; sa face est pâle, la digestion difficile; il n'y a pas de dévoïement. Après un sérieux examen, M. Dupuytren pensa que l'on avait affaire à un vaste abcès développé dans la fosse iliaque interne crurale gauche, s'étendant, par l'arcade crurale, à l'aîne, à la partie postérieure de la cuisse, et autour du grand trochanter: il affirma que cette énorme collection purulente avait pour cause une affection rhumatismale aiguë; il pensa que si les os n'étaient pas affectés, les tendons, les aponévroses des muscles devaient l'être. Convenait-il d'abandonner ce malade,

et d'attendre que la nature ouvrît spontanément cet abcès ? Dans ce cas, l'ulcération fait toujours des progrès, et la peau ne s'entr'ouvre que très tard, l'inflammation ne peut être évitée, et le malade est toujours victime. D'ailleurs, qui ne sait qu'en attendant ainsi, les kystes muqueux indiqués par Hunter, décrits par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, sont plus organisés, et qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir leur guérison. M. Dupuytren a dit depuis long-temps qu'il était plus convenable d'ouvrir par ponction ces vastes abcès. Plus tard, lorsqu'on a évité l'inflammation, on peut agrandir les incisions sans danger : c'est le parti qu'il a pris pour ce malade.

Le 4 août on pratique une ponction dans le lieu le plus déclive; elle est faite dans la région fessière, au moyen d'un bistouri très aigu, à lame longue, étroite. Lorsqu'il s'est écoulé seulement quelques gouttes de pus, on remplace le bistouri par une sonde de femme, et on obtient deux petits bassins de pus non fétide d'assez bonne nature. On a pesé le liquide, il y en avait deux livres et demie: on eût pu en retirer davantage, mais on n'a pas jugé convenable d'agir ainsi. On ferme l'ouverture en appliquant plusieurs emplâtres de diachylum.

Le 5, il ne s'est encore développé aucun accident; pas de frissons, de fièvre, de sueurs, de douleurs dans les foyers purulens.

Le 6, hier dans la soirée, pendant deux heures, le malade a eu du frisson et de la fièvre, des douleurs se sont fait sentir dans le foyer ouvert; il y a de la soif, pas de sommeil. Je recommande une diète rigoureuse. On fait tenir la cuisse demi-fléchie sur le bassin, on couvre la cuisse de résolutifs (Boissons délayantes, antispasmodiques).

Le 8, il n'y a plus de frisson ni de fièvre; mais il est survenu du dévoiement; il y a eu reproduction du pus, la tumeur est aussi volumineuse qu'avant la ponction; il est probable qu'avant peu on sera obligé d'en pratiquer une seconde.

Le 9, la tension du foyer est encore augmentée par la formation d'une énorme quantité de pus. On pratique la ponction; comme la première fois, on remplace le bistouri par une sonde de femme, et on obtient encore plus de deux livres de pus: il a un caractère qu'il n'avait pas; il est sanguinolent et un peu fétide; douleurs,

pas de fièvre , pas de dévoiement , pas de vomissemens ; on ferme l'ouverture.

Le 10. Ce matin le malade dit qu'il a des douleurs dans tout le foyer et dans le côté gauche du ventre ; le pus s'est reproduit : on l'évacue ; il est toujours sanguinolent ; il s'est développé beaucoup de fluides élastiques ; on les reconnaît au bruit qu'ils font en parcourant la sonde. Cette circonstance , d'un assez mauvais augure , a décidé à agrandir l'ouverture au moyen du bistouri boutoné ; les premiers accidens inflammatoires sont passés.

Le 12, il n'est pas survenu d'accidens , pas de redoublement de fièvre, de dévoiement. Le malade dort, et demande à manger ; ses forces se soutiennent , la suppuration est abondante, et s'écoule facilement ; cependant on augmente encore un peu l'ouverture pratiquée.

Le 16, l'état du malade est parfaitement bon ; on compte sur le succès ; le malade ne se plaint que d'éprouver quelques douleurs dans le foyer : c'est la moindre des choses. L'incision qui existe à la fesse laisse échapper la suppuration à mesure qu'elle se forme ; on trouve seulement que les foyers de l'aine et de la fosse iliaque sont distendus par des fluides élastiques , ce qui est fâcheux , car il faut qu'il y ait décomposition putride : pour y remédier , on fait exercer plusieurs fois par jour de douces pressions.

Le 18, il n'y a rien de nouveau. C'est avec peine qu'on obtient l'évacuation des fluides élastiques. Dans la région crurale, la peau s'est amincie ; il convient de pratiquer une contre-ouverture ; on la fait avec toutes les précautions convenables pour éviter les nerfs et les vaisseaux : il s'écoule beaucoup de pus noir, altéré, et une grande quantité de gaz très fétides.

Le 19, il y a de la fièvre , mais pas encore de dévoiement ; le malade se plaint de chaleur au sacrum ; on trouve un commencement d'eschare ; on panse convenablement ; on accorde pour boisson de l'infusion de quinquina gommée.

Le 21, l'eschare au sacrum a fait de grands progrès ; il s'en forme une seconde vers le grand trochanter droit ; la fièvre est continue avec redoublement le soir ; la face s'altère un peu ; il y a eu deux selles la nuit. Les jours suivans, l'état du malade

change rapidement : la suppuration devient d'une horrible fétidité, la langue se sèche, la fièvre et le dévoiement augmentent. Le 23, le malade est toujours assoupi ; on ne peut l'exciter, le réveiller. Le 24, le matin, il y a un peu de délire, les extrémités sont froides, le pouls petit et lent ; Pascal meurt à huit heures du soir, après une courte agonie.

Autopsie cadavérique faite à l'amphithéâtre de la Clinique, 36 heures après la mort.

*Habitude extérieure et appareil locomoteur.* — Cadavre sans raideur, maigreur assez considérable, infiltration des membres inférieurs. Il existe à la partie supérieure de la cuisse gauche deux ouvertures, l'une du côté externe, en arrière du grand trochanter, large d'un pouce et demi, communique dans un vaste foyer qui ne paraît pas contenir beaucoup de pus, et dont les parois sont affaissées. Cette ouverture conduit dans une grande cavité qui ne contiendrait pas moins de deux litres de liquide ; cette cavité est située sous la peau et le muscle du fascia lata ; elle va en se rétrécissant, et passe entre le vaste externe et les muscles de la partie postérieure du fémur, le grand trochanter est dénudé, et carié superficiellement. L'autre ouverture est située sur le côté externe du trajet des vaisseaux fémoraux : elle a un pouce d'étendue, et conduit dans un foyer purulent, qui n'a pas plus des deux tiers de celui dont nous avons déjà parlé. Cette seconde poche est elle-même située sous les vaisseaux cruraux, sous le feuillet profond de l'aponévrose fascia lata. En dedans, en contournant le fémur, on se trouve conduit dans le grand abcès qui existait en arrière, en haut et du côté de l'abdomen ; on voit du pus venir de dessous l'arcade crurale, qui est dilatée. Il existe, en regard du sacrum, une large eschare, qui commençait à se détacher par sa circonférence. Il en existe une autre vers le grand trochanter droit.

*Abdomen.* — Lorsqu'on a enlevé les parois antérieures de la cavité, on remarque d'abord une assez grande quantité de sérosité épanchée dans le péritoine. On trouve à gauche une tumeur assez volumineuse, on détache le colon descendant et l'S iliaque ; on ouvre la tumeur, on la trouve remplie de pus, de détritits, de fluides élastiques ; en bas, le pus s'écoule facilement sous l'arcade crurale ; en haut, la tumeur remonte au-dessus du psoas, et forme un



cul-de-sac étroit. La majeure partie des muscles psoas et iliaque, est détruite; les vaisseaux et les nerfs sont isolés, déplacés; le nerf crural est tout entier en avant. La colonne vertébrale, examinée dans toute son étendue, est saine, les os du bassin ne sont pas altérés. La muqueuse gastro-intestinale a dans toute son étendue une teinte grisâtre uniforme, très foncée. Tous les organes contenus dans l'abdomen n'ont rien offert de remarquable.

II. *Dépendances.* — M. Velpeau a vu un exemple d'abcès dans le tissu cellulaire du bassin par suite de l'inflammation de la bourse muqueuse qui se trouve sous le tendon des muscles psoas-iliaque.

G. Abscès intra-pelviens se rattachant à une maladie des os ou des articulations.

Une fracture, une contusion des os du bassin, un écartement traumatique des symphyses, peuvent enflammer et faire suppurer le tissu cellulaire du bassin; mais ces divers cas rentrent dans les *abcès intra-pelviens qui se rattachent à des lésions accidentelles*, dont il sera question plus bas. Il n'entre pas dans notre division de parler des abcès liés à une affection chronique des os.

H. Abscès intra-pelviens se rattachant à une inflammation idiopathique du tissu cellulaire.

Nous avons demandé aux organes pelviens et aux parties qui les renferment la raison des inflammations que subit le tissu cellulaire du bassin. Chose étrange! nous l'avons vu s'enflammer pour le compte de tout ce qui l'entoure, et nous ne pouvons affirmer, si ce n'est *à priori*, qu'il s'enflamme pour le sien propre. C'est que, pathologiquement, il disparaît au milieu des influences qu'il reçoit de toutes parts.

I. Abscès intra-pelviens se rattachant à des lésions accidentelles et chirurgicales.

1° *Traumatisme accidentel.* — *Plaies d'armes à feu.*

Les plaies d'armes à feu du bassin sont *pénétrantes* ou *non pénétrantes*.

*Plaies pénétrantes*.—Un projectile, une balle, peut, pour ainsi dire, trépaner les os iliaques, le sacrum, ou bien perforer le périnée, et aller se déposer dans le tissu cellulaire du bassin, ou diviser un organe contenu dans cette cavité; cet organe (par exemple la vessie) pourra n'être entamé que sur un point, et la balle restera dans sa cavité, ou bien il sera traversé sur deux points, et la balle ira se ficher dans le tissu cellulaire environnant. Il peut encore arriver que le projectile perfore le bassin sur un point opposé à celui d'entrée, et qu'il s'échappe ainsi. Les abcès du bassin produits par un projectile sont de plusieurs sortes. — a. *Il n'y a pas pénétration de viscères*. Il se forme autour du corps étranger un abcès plus ou moins considérable, qui sera toujours grave, puisque la cause de l'inflammation sera difficilement éliminée par la nature, et parce qu'il serait le plus souvent très téméraire à nous d'aller à sa recherche. — b. *Il y a pénétration de viscères*. Le danger, dans ce cas, est en rapport, 1° avec le diamètre de l'ouverture faite à l'organe lésé; 2° avec l'état de plénitude ou de vacuité du viscère; 3° avec la nature des matières qu'il contient. Ainsi, le rectum et la matrice peuvent être vides quand la blessure a lieu. Pour ce qui est du rectum, le danger n'est qu'ajourné, et l'abcès, qui n'est d'abord que phlegmoneux, pourra devenir stercoral. M. Larrey cite des cas de blessure de la vessie par des balles, qui n'ont pas été mortels: le projectile fait une espèce de cautérisation qui empêche l'infiltration urinaire.

Le projectile peut sortir par le périnée après un abcès qu'on ouvre, ou qui s'ouvre spontanément, ou être élimi-

né par le rectum. Dupuytren exprime ainsi son opinion sur la conduite à suivre dans les cas de plaies pénétrantes du bassin par des balles : Quand le projectile a pénétré dans la cavité du bassin, et qu'il y est perdu, il n'y a aucune recherche à tenter, et l'on doit se borner aux ressources générales. Cependant, si une balle, après avoir percé l'os des îles, n'était pas allée trop loin dans le bassin, qu'elle se fût fixée dans le tissu cellulaire du péritoine, ou dans les muscles psoas et iliaque, et qu'il fût possible de la reconnaître avec le doigt ou la sonde, on pourrait chercher à l'extraire : il faudrait augmenter l'ouverture par quelque'un des moyens connus, et même trépaner l'os, si le siège de la balle ne correspondait point à cette ouverture (*Blessures par armes de guerre*, tome II).

L'extraction de la balle, nous le croyons, diminuerait la gravité de l'abcès, l'empêcherait de s'étendre, et surtout de se perpétuer, comme cela arrive dans certains cas. Mais cette opération n'empêcherait pas, d'une manière absolue, l'abcès de se former. Nous sommes cependant de l'avis de Dupuytren, et nous adopterions cette opération : 1<sup>o</sup> quand elle n'offrirait pas de grandes difficultés ; 2<sup>o</sup> surtout quand on pourrait agir immédiatement après la blessure. Mais si un ou plusieurs jours s'étaient écoulés, nous préférerions attendre la détente inflammatoire.

Toutes les fois qu'il s'agit de pénétrer dans une cavité de l'économie pour enlever une cause de désordre, il faut craindre que les moyens ne soient plus dangereux que cette cause elle-même. Dans l'espèce, c'est par une blessure qu'on veut guérir les effets d'une blessure : il faut donc être très circonspect. Quand la balle reste dans la vessie, il est souvent plus rationnel de pratiquer l'opération de la taille,

que d'aller à sa recherche par l'ouverture du projectile.

*Plaies non pénétrantes.* — En général, dans cette variété, l'abcès dépend de ce que les os ont été atteints. Une contusion forte, un éclat, une fêlure, une entamure des os iliaques ou du sacrum peuvent y donner lieu immédiatement par l'inflammation, ou médiatement par la nécrose.

Quand la balle est enclavée dans les os du bassin, il faut procéder à son extraction; mais on devrait prendre garde de se servir du tire-fond, qui pourrait pousser la balle du côté du bassin, et donner lieu à la fracture de la table interne, ce qui créerait une chance de plus pour l'abcès intra-pelvien. M. Jobert parle d'un chirurgien prussien qui, par des efforts peu ménagés, fit tomber la balle dans la cavité pelvienne.

*Écrasement du bassin.* — Il peut être dû à un boulet ou à une lourde voiture. Cette lésion est grave, parce que les inflammations qui s'ensuivent sont plus ou moins avec étranglement; elle l'est bien autrement, si la puissance, après avoir vaincu la résistance des os, agit sur les organes contenus dans le bassin. Alors ces organes sont dilacérés par les fragmens d'os enfoncés: d'où des désordres considérables, et des abcès qui ne sont jamais simples, puisqu'ils se compliquent de corps étrangers, qui sont d'abord les esquilles osseuses, puis l'urine, les matières stercorales, et les débris de l'œuf chez la femme enceinte.

Il suffit quelquefois d'une simple contusion pour déterminer un abcès intra-pelvien. En voici deux exemples.

72<sup>e</sup> OBS. — *Abcès de la fosse iliaque gauche chez un homme, après une forte contusion; ouverture par le bistouri; guérison (1).*

Un grenadier se heurta vivement la région iliaque gauche

(1) Bourrienne (*Journal de méd.*, 1775).

contre le bout du manche d'une bêche. Il éprouva sur le moment une douleur des plus vives. Il fut quelques jours sans pouvoir marcher. Les douleurs s'apaisèrent au moyen d'une compresse imbibée de vin. Pendant quelque temps, il ne fit pas attention aux légères douleurs qu'il éprouvait; mais elles devinrent très vives, et des applications émollientes furent faites sans succès. Il entra à l'hôpital. On trouve la région iliaque gauche beaucoup plus tendue, et même plus saillante que la droite. (Deux saignées le jour de l'entrée; diète; cataplasme.)

Comme les douleurs devenaient pongitives dans l'endroit où le coup avait été reçu, et qu'il y paraissait un peu de dureté, la saignée fut réitérée (Boissons et lavemens émolliens; cataplasmes, et bains pendant plusieurs jours). La douleur devint toujours plus vive et plus profonde. Ventre généralement tendu, urines difficilement rendues. Au bout de quelques jours le ventre est moins gonflé et moins douloureux en général; mais les douleurs du point frappé sont aussi intenses. Le dixième jour, les douleurs sont moins vives, et semblent vouloir se fixer à l'endroit qui a paru le plus élevé les premiers jours. Au douzième jour les douleurs générales du ventre sont dissipées; il n'y en a qu'au point frappé, mais elles sont profondes. La petite tumeur a disparu, les tégumens se trouvent dans l'état naturel. Bouche mauvaise; envies de vomir (Eau émétisée qui amène beaucoup d'évacuations).

La douleur persiste dans la région iliaque, avec pesanteur dans cet endroit; frissonnemens et engourdissemens dans la cuisse du même côté. On cherche en vain la fluctuation, les doigts ne sentent qu'un frémissement. Incision à trois travers de doigt au-dessus de l'anneau et à la même distance de la ligne blanche. On incise assez profondément avec le bistouri, sans parvenir à l'abcès; étant sûr, d'après les accidens précédens, qu'il y avait du pus, le doigt servit de guide pour l'inciser, en portant la pointe et le tranchant de l'instrument du côté de la crête de l'os des îles. On parvint au foyer; il en sortit une livre et demie de pus: il était blanc, consistant, et commençait à avoir une odeur fétide. On coucha le malade de manière à favoriser l'issue du pus. Comme il ne sortait pas, le doigt fut introduit

dans le foyer sous le muscle psoas, et on trouva tout le tissu cellulaire détruit entièrement (Injections d'orge et miel rosat; mèches de linge). A chaque pansement, il sortait beaucoup de pus de bonne qualité. De temps en temps il y eut quelques mouvemens fébriles; il y eut de la constipation, combattue par les lavemens et le semen-contra, qui chassèrent plusieurs vers. Les chairs devinrent mollasses, fongueuses, les bords de l'ulcère blanchâtres; suppuration tantôt séreuse ou sanguinolente (Injections de quinquina). Pendant une nuit, douleurs de ventre vives; le lendemain, le testicule et le cordon sont gonflés, infiltrés, douloureux; suppuration moins abondante (Cataplasme sur le scrotum). Les douleurs cessèrent bientôt; le gonflement du testicule disparut au bout de douze jours; la suppuration de l'ulcère devint plus abondante, mais louable, et la cicatrisation fut complète vers le quatrième mois après le début du mal. Il restait de l'engourdissement de la cuisse, qui fut guéri par l'emploi des eaux de Digne.

73<sup>e</sup> OBS.— *Abcès de la fosse iliaque droite chez un homme, à la suite d'un contusion, ouvert par le bistouri; guérison (1).*

Un soldat entra à l'hôpital éprouvant des douleurs dans toute l'étendue de la partie antérieure du bas-ventre. Il avait voulu charger une caisse pesante sur son épaule: n'ayant pu y parvenir, la caisse glissa sur la poitrine: il avança le ventre pour la retenir, mais un des angles de la caisse appuya fortement sur la région iliaque droite. Sur le moment, il éprouva plus d'engourdissement que de douleur vive. Ce fut au troisième jour qu'elle se fit sentir; il commença par éprouver beaucoup de difficulté pour marcher, et entra à l'hôpital. On n'aperçut ni gonflement ni grosseur dans la partie antérieure du bas-ventre. Seulement, quand on appuyait les doigts un peu fortement auprès de la crête supérieure de l'os des îles, les douleurs se faisaient sentir plus vivement. Les anneaux et les arcades crurales parurent dans l'état naturel (Deux saignées en vingt-quatre heures, diète; embrocations émollientes sur le ventre, lavemens). Pendant trois jours on

(1) *Ibid.*

continue ce traitement. Les douleurs n'étaient point fortes; elles s'étaient en quelque façon réunies du côté de la région iliaque droite, et elles n'augmentaient que lorsqu'on touchait la partie. Le 6<sup>e</sup> jour un peu de diarrhée (Purgation avec la manne; puis décoction blanche). Le 7<sup>e</sup> jour, gonflement à trois travers de doigt au-dessus de l'anneau du côté droit, sans dureté ni changement de couleur à la peau; pas de fluctuation (Emplâtre de diachylum gommé, cataplasmes émolliens). Pas de changement pendant les trois jours suivans: seulement l'endroit gonflé est douloureux au toucher. Le 10<sup>e</sup> jour de la maladie il y a moins de gonflement, mais un peu d'œdème; pas de fluctuation appréciable. Néanmoins on soupçonne l'existence du pus, et on opère en prenant les mêmes précautions que dans la hernie. Incision à trois travers de doigt de la ligne blanche, et à quatre au-dessus de l'anneau; on divise successivement la peau, les aponévroses et les muscles; arrivé au transverse, on reconnut quelque chose qui frémissait sous le doigt. Après l'incision de ce muscle, la matière sortit en grande quantité, et l'ouverture allongée en haut et en bas, avait trois travers de doigt de long. Le pus sortait abondamment quand on pressait du côté de la région lombaire. La matière avait de la consistance, point de mauvaise odeur; il y en avait environ quinze onces (Pansement simple avec des bandettes de linge et un plumasseau sec). Le malade fut soulagé comme si on lui avait enlevé un grand poids du bas-ventre. Au second pansement il sort beaucoup de pus, et beaucoup moins les jours suivans, et presque plus au cinquième jour de l'opération. Pas de fièvre; on supprime l'injection d'orge avec le miel rosat, employée les premiers jours. Pansement simple. Guérison solide trois semaines après l'opération.

Dans le cas suivant, l'abcès fut la suite d'un choc de l'une des articulations sacro-iliaques.

75<sup>e</sup> OBS.—*Suppuration dans la synarthrose sacro-iliaque, suite de chute* (1).

Un jeune homme robuste, de dix-neuf ans, étant chargé d'un fardeau sur l'épaule gauche, broncha en descendant un escalier,

(1) Journal de médecine, 1772.

et tomba perpendiculairement du premier sur le second degré, de façon que le poids du corps et du fardeau, multiplié par la vitesse de la chute, s'appesantit sur l'extrémité inférieure gauche, avancée sur ce degré. Il sentit à l'instant la violence du contre-coup dans la symphyse sacro-iliaque du même côté. Les accidens qui survinrent l'obligèrent de garder le lit pendant plusieurs semaines. Après quelques soulagemens, il se remit au travail, mais celui-ci fit renaître la douleur. Il lui survint, deux mois après, un dépôt sur la partie du moyen fessier, que le grand ne recouvre point, et qui devint, par la suite, aussi volumineux que la voûte du crâne. On fit une large ouverture : il fournit un pus bien conditionné, et qui tirait sa source de l'articulation susdite, par le moyen d'un sinus pratiqué entre les deux premiers fessiers. Le blessé mourut le seizième jour de l'opération, après avoir essuyé les accidens des deux malades précédens. Les cartilages et ligamens de l'articulation lésée étaient détruits, les os cariés et écartés. Il partait, de la circonférence de ces parties, des fusées purulentes, dont les unes allaient dans le bassin, où elles avaient produit des désordres consécutifs.

2° *Traumatisme chirurgical.* — La région pelvienne dans sa plus grande étendue, est le théâtre d'opérations chirurgicales très importantes.

*Opérations extra-pelviennes.* — Ce sont celles qui n'atteignent pas le tissu cellulaire de l'intérieur du bassin, comme les opérations de la boutonnière et de la fistule à l'anus.

*Tailles uréthrales.* — Ce sont des boutonnières faites à l'urèthre. A ces tailles, on peut rapporter ce qu'on appelle le grand appareil, qui consiste surtout à ouvrir l'urèthre, à dilater sa portion prostatique, quelquefois le col de la vessie, pour extraire des calculs de cette cavité.

*Tailles prostatiques.* — Ici, non-seulement il y a incision de l'urèthre, mais incision de la prostate. C'est donc une



opération moins extra-pelvienne que la précédente, mais qui cependant n'est pas encore pénétrante, si toutefois l'incision ne dépasse pas les limites de la base de la glande.

*Opérations pratiquées sur l'extrémité du rectum et sur l'anus.* — Ces opérations, quand elles ne dépassent pas la limite supérieure de l'excavation ischio-rectale, peuvent être considérées comme extra-pelviennes. Ainsi, l'opération qui est pratiquée dans les cas d'imperforation de l'anus, et même pour l'absence d'une petite portion du rectum, est extra-pelvienne; il en est de même de l'opération de la fissure à l'anus, de celle qu'on pratique pour le prolapsus anal, pour l'extirpation des hémorroïdes, pour l'ablation du cancer du rectum, quand la maladie est très bornée.

Dans ces opérations, l'action ne se passe pas directement sur le tissu cellulaire intra-pelvien. Mais on remarquera que le tissu cellulaire extérieur au bassin n'est pas complètement isolé de celui de l'intérieur. Ces deux atmosphères celluluses, comme dirait Bichat, ont des courans qui les mettent en rapport. Les aponévroses sont percées, les os sont échancrés, et par ces trous, par ces échancrures, passent des vaisseaux, des gaines celluluses, moyens excellens de communication organique, moyens perfides d'importation pathologique. Si l'opération extra-pelvienne a été longue, difficile, elle peut faire éclater une inflammation assez vive, assez persistante, pour retentir dans l'atmosphère intérieure.

Les chirurgiens qui pratiquaient ce qu'on appelle le *grand appareil*, c'est-à-dire qui croyaient se borner à diviser l'urèthre, à faire, par conséquent, une taille simplement uréthrale, opéraient plus souvent qu'on ne pense des solutions de continuité de la prostate et de la vessie elle-même,

et faisaient ainsi des opérations appartenant à la catégorie que nous examinerons tout-à-l'heure.

Il en est de même de quelques modernes, qui pratiquent encore la taille dite latéralisée, par le procédé de Frère Côme. Ces tailles, d'abord uréthrales ou prostatiques, deviennent vésicales, c'est-à-dire intra-pelviennes, dans les cas de calculs volumineux.

Les diamètres de l'ouverture faite à la prostate n'étant pas en rapport avec les diamètres du corps étranger, celui-ci fait ce que l'instrument n'a pas fait. Fortement saisie et violemment attirée au dehors, la pierre cause des déchirures profondes. Or, ces déchirures, mieux que les incisions profondes, sont de nature à produire des abcès intra-pelviens.

*Opérations intra-pelviennes.* — Dans ces opérations, il y a toujours un temps qui consiste à attaquer le tissu cellulaire intra-pelvien. Si cette trame organique n'était que simplement divisée, l'inflammation pourrait rester dans les bornes de celle qui est dite adhésive. Mais souvent les mailles de ce tissu sont écartées, déchirées, contuses. En effet, à l'action de l'instrument tranchant se joint l'action des doigts, quelquefois de la sonde cannelée, ou d'un autre instrument accessoire.

Il faut distinguer, parmi les opérations intra-pelviennes, celles qui ont pour but d'ouvrir un organe contenant des matières irritantes, et celles qui laissent ces organes dans leur intégrité.

*Opérations intra-pelviennes qui n'ouvrent aucun organe contenu dans le bassin.* — Parmi ces opérations on notera la ligature des artères du bassin, le débridement des hernies inguinale et crurale, l'extirpation de certaines tumeurs, la symphyséotomie, la trépanation des os iliaques. Ici le phleg-

mon ne peut être déterminé que par l'action du bistouri, les tractions, les déchirures du tissu cellulaire, ou par les fils des ligatures laissés dans la plaie. On comprend que l'inflammation, dans ces cas, doit être, toutes choses égales, moins facile et moins grave que dans ceux qui nous occuperont en dernier lieu.

D'ailleurs, les abcès qui peuvent survenir sont dans des conditions favorables à l'élimination du pus, car la plupart appartiennent au bassin supérieur, et le foyer peut plus facilement être mis en rapport avec la plaie de l'opération. Il faut excepter cependant les opérations qui consistent à écarter les os qui composent le bassin, ou à diviser ces os. Ces opérations sont essentiellement graves.

*Opérations intra-pelviennes qui ouvrent un organe contenu dans le bassin.* — Ces opérations portent sur l'appareil urinaire et génital, ou sur la fin de l'appareil digestif; elles les ouvrent en les attaquant de dehors en dedans, ou de dedans en dehors.

*Opérations intra-pelviennes qui attaquent les organes de dehors en dedans.* — Les opérations destinées à ouvrir la vessie sont la ponction et les diverses espèces de taille qui, soit par préméditation, soit par accident, arrivent jusqu'au corps de la vessie; ces deux opérations représentent les plaies par instrument piquant et tranchant. Une fois la vessie ouverte, l'urine est en contact avec le tissu cellulaire. Cette circonstance est plus que suffisante pour la production de l'abcès, quoiqu'il ne se produise pas toujours. La suppuration sera immanquable, s'il s'y joint des déchirures du tissu cellulaire, des dilacérations de la vessie et de la prostate. Alors l'infiltration urineuse n'est pas même nécessaire pour qu'il se développe des abcès. L'opérateur est donc averti

qu'il expose son malade aux abcès intra-pelviens par les manœuvres qui consistent à aller, avec les doigts, à la recherche de la vessie, quand une fois il a incisé les parois abdominales, dans la méthode hypogastrique. La crainte de trop se rapprocher du péritoine fait qu'on cherche à ouvrir la vessie le plus bas possible. On décolle cet organe du pubis et on creuse une poche dans laquelle l'urine séjourne. En ouvrant ainsi la vessie très bas, il arrive qu'une opération qui pourrait se passer, presque en entier, au-dessus du petit bassin, devient une opération du petit bassin lui-même.

L'opération césarienne hypogastrique doit être rangée dans la catégorie des opérations intra-pelviennes graves. Il est vrai que la péritonite joue alors un plus grand rôle que les abcès intra-pelviens, mais ceux-ci n'en constituent pas moins un des accidents le plus à redouter. En effet, les lochies représentent ici les urines. Il y a aussi des cas dans lesquels, même après une incision assez grande, surgissent des difficultés pour extraire le fœtus, d'où des tractions plus ou moins violentes qui peuvent être comparées, par les accidents auxquels elles donnent lieu, aux manœuvres que nécessite l'extraction d'un calcul volumineux.

Les opérations qui ouvrent la fin du canal intestinal, sont surtout celles dont le but est de suppléer une partie absente de l'intestin, ou celle que l'on pratique pour établir un anus artificiel.

On sait tous les accidents qui suivent les opérations destinées au rétablissement d'une partie du rectum; ces dangers viennent surtout de ce qu'on opère dans le tissu cellulaire intra-pelvien. Le premier temps de ces opérations peut se passer à la partie postérieure du périnée, au lieu et place

de l'anus normal, ou dans la région iliaque. Dans les deux cas, on entame le tissu cellulaire du bassin avant d'ouvrir l'intestin, et, après cette ouverture, le premier tissu qui est en contact avec les matières fécales, c'est ce tissu cellulaire. Voici donc deux causes d'inflammation phlegmoneuse : 1<sup>o</sup> l'action de l'instrument et celle du doigt, qui est obligé de déchirer ce tissu, de le décoller ; 2<sup>o</sup> l'action des matières fécales. Ce sont ces circonstances qui ont fait hésiter à ouvrir ainsi un anus artificiel, et qui ont fait préférer, dans quelques cas, la méthode de Litre.

*Opérations intra-pelviennes qui attaquent les organes de dedans en dehors.* — Dans les opérations que nous venons de passer en revue, on a vu l'instrument agir sur le bassin, en procédant de dehors en dedans, comme presque tous les agens vulnéraux. C'était le traumatisme concentrique. Jetons un coup-d'œil rapide sur le traumatisme agissant en sens inverse, le traumatisme excentrique. Les opérations auxquelles nous voulons faire allusion sont celles qui sont employées pour débarrasser les organes contenus dans le bassin, des matières qui ne peuvent y séjourner plus longtemps sans danger : les calculs vésicaux, l'urine, dans les cas de rétention, les fèces endurcies, etc. Par l'inflammation des organes, due à ces corps étrangers, le phlegmon du bassin peut avoir lieu ; à plus forte raison quand ces organes sont ulcérés ou divisés, et que le corps étranger se met en contact avec le tissu cellulaire. Rien de plus fâcheux que la solution de continuité de la vessie par un cathétérisme inhabile. Ici la solution de continuité de la vessie est bien plus grave que celle appelée par nous concentrique ; car, dans celle-ci, la plaie faite aux tissus qui vont de la peau au réservoir peut éconduire l'urine, tandis que la solution

de continuité du cathétérisme (comme celle qui est produite par les fausses manœuvres de la lithotritie) ouvre une voie à l'urine pour la faire entrer dans le tissu cellulaire, et n'ouvre pas en même temps une issue à ce liquide, comme certaines opérations de taille.

Le rectum et la matrice s'ouvrant plus directement et plus largement que la vessie à l'extérieur, on peut plus facilement placer les malades dans les conditions de ceux qui ont, avec une plaie intérieure, une plaie extérieure. Cette considération fait ressortir immédiatement les avantages des débridemens des ouvertures faites autour du bassin, toutes les fois qu'on a des raisons suffisantes pour croire à un épanchement quelconque dans le tissu cellulaire intra-pelvien. En général, on peut dire qu'à l'égard des épanchemens intra-pelviens on se montre trop méticuleux. Ici la chirurgie reste trop souvent désarmée devant des lésions qu'elle pourrait rendre moins souvent mortelles avec plus d'audace.

FIN.

TABLE.

Limitation et division du sujet. . . . . 1

Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez la femme. . . . . 3

Chapitre I. Considérations historiques. . . . . *ibid.*

— II. Faits. . . . . 18

— III. Anatomie pathologique. . . . . 93

— IV. Symptomatologie. . . . . 103

— V. Diagnostic. . . . . 112

— VI. Marche. Terminaison. Pronostic. . . . . 116

— VII. Étiologie. . . . . 118

— VIII. Traitement. . . . . 123

Abcès phlegmoneux intra-pelviens chez l'homme . . . . . 141

Abcès phlegmoneux intra - pelviens chez l'homme et chez la  
femme. . . . . 155

*Coccyx*  
7

