

Je me résume, Messieurs, en vous disant que je vais de suite pratiquer une première ponction suivie d'injection à l'iodoforme, que je répéterai cette ponction et cette injection s'il y a lieu, et qu'enfin je me déciderai plus tard à intervenir par une large incision et le grattage, si je reconnais que ces moyens plus simples n'ont pas réussi, et qu'il faut tenter encore un suprême effort pour obtenir la guérison.



## QUATORZIÈME LEÇON

### Sur un cas de phlegmon de la fosse iliaque.

Observation établissant la liaison probable entre l'état puerpéral et la maladie actuelle.

Diagnostic de la lésion elle-même, — de sa cause première, — de son siège. — Influence du système lymphatique. — Comparaison entre les abcès profonds sous-aponévrotiques et les abcès sous-péritonéaux.

Marche de la maladie. — Indications qui en découlent. — Traitement.

MESSIEURS,

Dans deux des précédentes leçons, je vous ai démontré que les affections développées dans la région de la hanche et cependant étrangères à l'articulation, pouvaient présenter des symptômes qui en imposaient pour une lésion profonde de l'articulation, pour une coxalgie. Les muscles contracturés ou altérés dans leur texture amènent, en effet, des déviations, et la douleur, compagne presque obligée de ces attitudes vi-

cieuses, se produit avec intensité pour immobiliser la jointure et rendre l'examen difficile.

La malade à laquelle je viens, il y a un instant, de pratiquer une large incision pour ouvrir une collection purulente de la partie supérieure de la cuisse est une nouvelle preuve de cette vérité, mais chez elle le phénomène est très complexe. Non seulement nous retrouvons la plupart des signes de la coxalgie, mais il faut encore explorer avec le plus grand soin les mouvements et l'attitude du membre pour arriver à cette conclusion que, si l'articulation n'a pas été la première atteinte, elle est peut-être malade aujourd'hui, envahie de proche en proche par une inflammation venue des régions voisines.

C'est une jeune femme de vingt-sept ans, qui a eu en peu de temps cinq grossesses. Son dernier enfant n'est pas venu à terme. Au septième mois, une hémorrhagie abondante, causée par une insertion vicieuse du placenta, a rapidement provoqué l'accouchement, et nous savons qu'après un repos insuffisant de huit jours, la malade est sortie de l'hôpital. Elle était bien alors, mais la guérison était beaucoup plus apparente que réelle. Huit jours ne suffisent pas pour que l'utérus ait repris ses proportions normales, pour que la plaie soit cicatrisée, pour que les ligaments utérins aient retrouvé leur souplesse. Après un aussi court espace de temps, il y a encore de la congestion, le travail de réparation n'est pas terminé et, si la malade

se lève et marche, il se produit des tiraillements, de la douleur, et tous les accidents des plaies deviennent à craindre.

Aussi, Messieurs, cette femme, qui presque aussitôt après sa sortie de l'hôpital avait repris son travail ne tarda-t-elle pas à ressentir de la douleur dans le membre inférieur gauche et dans le ventre. Elle négligea ce premier avertissement et ne garda point le repos. Les souffrances s'accrurent rapidement et des frissons, des vomissements survinrent. En même temps, le membre se fléchit un peu. Vaincue par la douleur, affaiblie par la fièvre, elle se décida enfin à entrer de nouveau à l'hôpital et fut admise dans le service médical de mon confrère et ami le professeur agrégé Lande.

J'ai su que ce dernier avait immédiatement porté le diagnostic de pelvi-péritonite et prescrit un traitement rigoureux dont les bons effets ne s'étaient pas fait attendre. Après un mois et demi de séjour à l'hôpital, cette malade pouvait, en effet, revenir chez elle. Elle n'était cependant pas guérie.

De nouvelles douleurs, des frissons, la perte complète de l'appétit, l'obligèrent, au bout de quelques jours, à revenir encore à Saint-André, et cette fois le service médical chargé des admissions jugea qu'elle devait être placée dans une salle de chirurgie.

Suivez, Messieurs, les détails fournis par l'examen qui fut fait alors. Le teint était blafard, la figure amai-

grie, tout l'aspect de cette malade indiquait bien les ravages produits par cinq mois de souffrances. Le pouls était rapide, et la fièvre presque continue reprenait chaque soir avec une nouvelle intensité. Pendant la nuit, des sueurs abondantes se produisaient souvent : plus d'appétit, alternatives constantes de constipation et de diarrhée.

L'état local se trouvait bien en rapport avec cet ensemble de faits révélant une lésion inflammatoire sérieuse. La cuisse fléchie sur le bassin, la jambe maintenue immobile elle aussi en demi-flexion, tout le membre porté en rotation interne, le pli fessier effacé, la cambrure lombaire, nous avertissaient d'abord que la hanche, tout au moins, participait de quelque manière à l'affection déjà ancienne; mais l'exploration immédiate de la jointure pouvait seule nous dire à quel degré et sous quelle forme elle était intéressée. On pouvait s'attendre à trouver l'articulation complètement libre et à constater que l'attitude vicieuse était le résultat d'une simple contracture musculaire. Or, quand on cherchait à étendre la cuisse, on voyait bien que l'immobilité n'était que relative, qu'il était possible de produire encore quelques mouvements, mais tous les mouvements étaient fort limités. Extension, adduction et abduction, rotations diverses, tous ces changements de position étaient à la rigueur possibles, mais dans des proportions des plus restreintes. Pendant que je les produisais, je ne pouvais

constater le moindre froissement, le plus petit craquement, et j'aurais été disposé à croire que la jointure n'avait rien, malgré l'immobilité dont elle était frappée, si d'autres signes n'étaient immédiatement venus m'avertir du contraire.

Je crois que la hanche est malade. Pour l'affirmer, je ne veux pas m'appuyer sur l'attitude vicieuse très insuffisante pour me permettre de porter ce jugement, mais sur diverses manœuvres dirigées sur l'articulation. Toute pression sur la partie antérieure de la hanche, toute percussion sur le grand trochanter, provoquait de la douleur et quand, après avoir soulevé le membre entier, je frappais la plante du pied pour l'ébranler, la douleur s'accusait encore davantage. Il n'était plus permis de douter que déjà l'articulation fut envahie par l'inflammation et je vous démontrerai bientôt que cette inflammation, loin d'être primitive, n'était, en effet, que la conséquence d'une autre lésion fort grave qui, par son évolution lente, explique les divers accidents survenus depuis l'accouchement prématuré.

Cette autre lésion a son siège dans la fosse iliaque. C'est là, en effet, que la malade a, dès le début, ressenti ses premières douleurs, et qu'elle a vu, nous dit-elle, du gonflement se produire: C'était bien là que la vue seule révélait de suite un empatement des tissus, une voussure manifeste, et que la main rencontrait une induration profonde, expression directe d'un travail inflammatoire.

L'exploration méthodique de cette fosse iliaque gauche nous fit découvrir qu'indépendamment d'une saillie formée par le muscle psoas contracturé, il existait un empatement diffus que les doigts pouvaient suivre dans toute la fosse iliaque, mais qu'ils perdaient bientôt en dedans comme s'il s'était continué dans l'excavation du bassin. Il se trouvait limité en avant par l'arcade crurale, mais d'une façon peu précise : en haut et en dehors, au contraire, on sentait nettement le bord tranchant de l'os iliaque formant là des limites très-nettes.

Le pli inguinal était en partie effacé, on y voyait même une voussure marquée, surtout en dehors, se continuant avec la tuméfaction de la fosse iliaque et arrivant insensiblement à la partie supérieure et externe de la cuisse également tuméfiée où, sans difficulté, les doigts rencontraient une fluctuation sensible.

Ces premiers faits constatés, je portai une main sur la région iliaque, et pendant qu'avec les doigts de l'autre main je cherchais à déprimer le foyer crural, je constatai que la sensation de flot se transmettait facilement de l'un à l'autre côté et qu'il s'agissait bien d'une nappe purulente venue de la fosse iliaque vers la partie supérieure de la cuisse.

La marche de cette affection, la manière dont elle a évolué, les troubles digestifs accusés par de la constipation et de la diarrhée, enfin les phénomènes

locaux que maintenant vous connaissez, et dont vous pouvez saisir les liaisons et la vraie signification, ne vous permettent pas de conserver le moindre doute sur l'existence d'un phlegmon ayant eu pour point de départ la fosse iliaque. Les réponses précises de notre malade nous apprennent, en effet, que la collection, que la tuméfaction retrouvée à la partie supérieure et externe de la cuisse n'a paru que bien après la tuméfaction de la fosse iliaque. Mais croyez bien, Messieurs, qu'il existe cependant dans le développement de cet abcès iliaque quelque chose d'anormal, et je veux plus tard revenir sur le caractère spécial de cette observation.

Je dois maintenant répondre à deux questions : l'origine de ce phlegmon et son siège précis dans la fosse iliaque ?

L'origine ne me semble pas douteuse. C'est dans l'utérus et ses annexes qu'il faut la chercher. Vous n'oubliez pas, en effet, que la maladie débuta presque immédiatement après l'accouchement, et qu'il existe ainsi une relation certaine entre les accidents inflammatoires et la plaie utérine.

Aujourd'hui, nous connaissons bien, depuis les travaux de Lucas-Championnière, la voie que suit dans le système utérin, toute inflammation qui, partie de l'utérus lui-même, gagne peu à peu les ligaments larges et la fosse iliaque : des lymphatiques nombreux la conduisent du réseau initial aux ganglions. On s'explique

ainsi comment une irritation, développée sur la plaie qui succède à l'accouchement, après la déliyrance, peut se propager aux ligaments larges et les franchir pour aller plus loin, comme chez notre malade, qui dès le début fut frappée d'une pelvi-péritonite, quand on la conduisit dans le service du D<sup>r</sup> Lande; des accidents se sont sans cesse reproduits depuis cinq mois. Elle s'était levée trop tôt après l'accouchement; elle avait, contre toute règle de prudence, repris son travail avant guérison complète, et l'inflammation née sur la plaie qui n'était pas encore tout à fait réparée s'est peu à peu, en suivant les lymphatiques, propagée vers les ligaments utérins. Après un premier séjour à l'hôpital, elle fut considérée comme guérie et sortit pour rentrer chez elle; mais les douleurs et la fièvre ont reparu depuis. Quand elle est de nouveau venue réclamer son admission dans nos salles, j'ai pu constater qu'en effet la pelvi-péritonite avait guéri sans laisser de traces; l'utérus était libre, les ligaments larges n'étaient plus indurés et le doigt ne retrouvait autour du col aucun point spécialement sensible. La guérison était donc réelle quand la malade quitta pour la première fois l'hôpital; mais il est cependant certain que l'inflammation avait suivi les lymphatiques des ligaments larges et s'était enfin localisée dans les ganglions iliaques: la lymphangite avait marché suivant son processus habituel, abandonnant le terrain primitivement atteint pour concentrer son

action sur de nouveaux tissus; et les ganglions enflammés étaient devenus un centre d'où le mal envahissait bientôt le tissu cellulaire voisin. L'adéno-phlegmon n'avait ici d'autre particularité que ses conséquences graves, car il ressemblait à tous les adéno-phlegmons des autres régions. Que de fois vous avez étudié la marche de ces inflammations du système lymphatique dans les plaies simples des extrémités, des doigts par exemple, qui, négligées ou soumises à de mauvais pansements, amènent des adénites axillaires et des adéno-phlegmons.

Ce qui se passe au membre supérieur, dans ces cas très simples et d'une explication facile, ressemble absolument au processus qui, dans les suites de couches, régit la marche des inflammations utérines propagées aux régions voisines.

Il reste donc établi, Messieurs, que l'origine des accidents observés chez cette malade ne fait plus l'objet d'un seul doute. S'il en restait un seul, vous devriez encore vous rappeler que le phlegmon de la fosse iliaque est rarement primitif, même après les contusions, les traumatismes divers. Il faut toujours, pour en trouver la cause vraie, chercher dans l'utérus et ses annexes, s'adresser à l'S iliaque s'il s'agit du côté gauche, au cæcum s'il s'agit du côté droit; enfin, au membre inférieur lui-même, dont les maladies peuvent avoir retenti sur les troncs lymphatiques en rapport de continuité avec les ganglions iliaques; et

l'observation de notre malade établit d'une façon certaine que l'utérus a été le premier atteint. S'il restait un doute dans vos esprits, je vous dirais encore que le phlegmon iliaque gauche est le plus souvent puerpéral, tandis que celui du côté droit reconnaît pour origine ordinaire une altération du tube digestif. Dans ce dernier fait d'observation, que le raisonnement ne peut soutenir, que la clinique, en revanche, ne peut démentir, vous tenez une dernière preuve de l'origine utérine, puerpérale de la maladie que vous étudiez avec moi.

Voyons maintenant la question du siège précis de cette collection purulente ? Est-elle sous-péritonéale ou sous-aponévrotique ? Pour déterminer exactement la situation qu'elle occupe, il faut examiner son mode d'évolution, la forme et les caractères de la tuméfaction.

Vous concevez en effet, Messieurs, qu'un phlegmon sous-péritonéal, peut et doit, à cause du voisinage d'une aussi vaste séreuse, déterminer sur elle des phénomènes d'irritation qui peut-être ne seront pas de la péritonite vraie, mais au moins du péritonisme. Dans ces conditions-là, il y a de la fièvre, des douleurs très vives, des vomissements, du ballonnement du ventre, du météorisme, et une anxiété générale qui en impose pour une affection des plus graves et dont l'issue peut à la rigueur être fatale. Au contraire, dans le phlegmon sous-aponévrotique, cet

appareil spécial n'existe pas et les phénomènes locaux dominant la scène.

Je ne crois pas qu'en aucune circonstance, notre malade ait présenté cette réaction vive, ces troubles digestifs, rapides et graves, provoqués par une inflammation de la séreuse abdominale. Le phénomène qui a prévalu sur tous les autres, c'est l'attitude bizarre du membre, sa rétraction : preuve certaine que, dès le début, il y a eu une action portée sur le muscle iliaque et peut-être même sur le psoas.

On comprendrait difficilement qu'un phlegmon sous-péritonéal puisse avoir une influence marquée sur le muscle voisin, tandis que, développé sous l'aponévrose, il ne peut manquer d'irriter ses fibres, d'en amener la contraction et plus tard la rétraction.

Retenez donc que ce signe du début, l'attitude vicieuse du membre, est une note d'un grand poids pour le diagnostic que nous allons porter.

Une autre considération d'une très haute valeur encore, c'est celle qui tient à la situation même de l'empâtement. Quand l'abcès s'établit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'inflammation, le gonflement, n'ont pour limites que la résistance du péritoine et de l'intestin recouvert par lui (résistance bien faible, qui se laisse vaincre de suite !) : péritoine et intestin sont repoussés aussi loin que le veut la violence du phlegmon, et le gonflement s'étend vers la ligne médiane, dans la cavité abdominale,