

et par Bichat, qui consiste à regarder le tissu cellulaire périphérique des organes comme formant à ceux-ci une atmosphère qui isole leurs actions morbides.

Les médecins qui ont fait jouer un grand rôle à l'entérite comme cause des tumeurs phlegmoneuses ont cité, à l'appui de leur opinion, l'histoire de plusieurs individus chez lesquels la maladie avait été précédée pendant quelque temps de coliques et de dévoïement. Mais on ne peut rien conclure de cette circonstance, car il faudrait préalablement déterminer quel est le point précis de l'intestin qu'occupait la phlegmasie; d'ailleurs ce dévoïement précurseur n'est pas ordinaire. Je l'ai noté à peine dans un douzième des cas, tandis que la constipation existe dans une proportion un peu plus considérable (un dixième environ). Ajoutons que, lorsque la diarrhée survient dans les prodromes, elle n'est généralement pas très-abondante; et les coliques qui la précèdent ne sont pas communément non plus assez intenses pour faire soupçonner une entérite de quelque gravité. Pourquoi donc en pareil cas admettre que la phlegmasie peut s'étendre en profondeur jusqu'au tissu cellulaire périphérique, tandis que précédemment nous avons vu que les inflammations graves, avec destruction du tissu, restaient bornées dans l'organe atteint primitivement?

On a encore objecté que le phlegmon se développait plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal que dans celui qui est subjacent au *fascia iliaca*, et l'on a pensé que cette prédilection tenait au voisinage de l'intestin. Mais cette interprétation n'est pas exacte : si l'on voit le tissu cellulaire superficiel de la fosse iliaque plus souvent phlogosé que le tissu cellulaire profond, ce ne serait là qu'une application de cette loi générale si bien développée par Hunter, qui veut que les abcès, quelle que soit la région du corps où on les observe, soient infiniment plus rares dans les couches profondes que dans les couches superficielles du tissu cellulaire.

Qu'on ne croie pas néanmoins que je nie absolument la possibilité de transmission de la phlegmasie iléo-cæcale au tissu cellulaire des fosses iliaques; mais je prétends seulement que cette propagation est rare, je dirai même que jusqu'à ce jour on ne l'a point démontrée. Toutefois l'analogie me la fait regarder comme possible, car nous verrons bientôt l'inflammation de quelques organes gagner par continuité ou contiguïté le tissu cellulaire des fosses iliaques.

On a dit aussi que la constipation était une cause puissante des phlegmons iliaques; mais je crois que les auteurs ont émis cette opinion moins d'après les faits que guidés par la théorie : car ils ont supposé que la muqueuse cæcale devait être irritée par le séjour des fèces, et que cette irritation se transmettait au tissu cellulaire environnant, deux circonstances capitales qu'il fallait se mettre en devoir de prouver avant tout. Les faits que j'ai recueillis moi-même sont d'ailleurs tout à fait contraires à une pareille opinion.

Les perforations du cæcum et de son appendice arrivant spontanément ou par gangrène, résultant souvent aussi de la présence de corps étrangers ou de fèces endurcies, déterminent parfois des abcès phlegmoneux et gangréneux, qui sont, pour la fosse iliaque, semblables à ceux qu'on rencontre si souvent à la marge de l'anus, et qui sont ordinairement consécutifs à quelque crevasse de l'intestin ayant permis l'infiltration de matières fécales dans le tissu cellulaire voisin. On peut lire plusieurs exemples d'abcès stercoraux de la fosse iliaque droite dans un mémoire du docteur John Burne (1), et dans une thèse

(1) *Westminster's Hospital Reports*, 1837. — *Gazette médicale*, 1838, nos 25 et 26.

soutenue en 1836, à Heidelberg, par M. Fréd. Merling, sur l'anatomie pathologique de l'appendice vermiforme (1).

J'ai dit précédemment que les phlegmons iliaques succédaient quelquefois à l'inflammation de quelque organe voisin. Je les ai vus succéder à l'inflammation des ganglions inguinaux profonds. M. Lebatard dit que M. Velpeau a vu un phlegmon de la fosse iliaque gauche survenir consécutivement à l'inflammation de la capsule synoviale qui tapisse la branche horizontale du pubis pour faciliter le glissement des muscles psoas et iliaque. On a prétendu que l'inflammation des reins pouvait aussi s'étendre facilement au tissu cellulaire du grand bassin. C'est là une supposition qu'aucun fait ne justifie encore et qui ne s'appuie peut-être que sur une observation incomplète publiée par Téallier (2).

On a avancé aussi que la métrite, que l'inflammation des annexes de l'utérus et spécialement des ligaments larges était une cause puissante des abcès iliaques qui surviennent chez la femme en dehors de l'état puerpéral et surtout pendant cet état. M. Velpeau dit, en effet, avoir vu deux fois la maladie se déclarer chez des femmes qui souffraient de l'utérus (3); mais il n'indique pas l'espèce de lésion dont cet organe était le siège. M. Piotay cite également deux cas où le phlegmon iliaque se déclara dans le cours d'une métrite aiguë. Cependant les faits de ce genre sont infiniment rares, et rien ne saurait autoriser les auteurs à dire, comme ils le font, que les annexes de l'utérus et que les ligaments larges, en particulier, sont le point de départ des phlegmons iliaques consécutifs aux couches.

Les abcès que j'étudie peuvent se développer sous l'influence de causes traumatiques. Il peut arriver, en effet, qu'un projectile s'enfonçant au voisinage de l'anneau inguinal, au lieu de pénétrer dans le péritoine, reste en dehors de cette cavité, en remontant plus ou moins haut, suivant la direction de la crête iliaque. John Bell (4) rapporte à ce sujet l'observation d'un jeune homme qui fut blessé en duel; les premiers accidents se calmèrent, mais il survint bientôt une fièvre hectique qui emporta le malade un an après l'accident. A l'autopsie, on reconnut que la balle s'était logée au-dessous du muscle psoas et sur la fosse iliaque interne, où elle se trouvait environnée de plusieurs kystes purulents. Des corps étrangers introduits dans l'estomac, arrivant dans le gros intestin, peuvent aussi se frayer une issue dans le tissu cellulaire ambiant, où leur présence peut déterminer quelquefois une inflammation plus ou moins vive.

Des coups, des pressions fortes sur la région iliaque, ont été quelquefois la cause déterminante du phlegmon de cette partie, comme on en voit deux observations dans le mémoire de Bourienne (5). Enfin, les fatigues résultant d'une marche longue et pénible, et surtout les efforts violents pour ramener dans sa rectitude le tronc fortement porté en arrière, peuvent agir de la même manière, ou bien provoquer des accidents inflammatoires dans une tumeur iliaque jusqu'alors indolente.

On a invoqué encore bien d'autres causes pour expliquer le développement des abcès iliaques. C'est ainsi que ceux qui surviennent chez les nouvelles accouchées ont été regardés comme un effet de la métastase laiteuse par Levret, par Puzos et par d'autres accoucheurs. Les progrès de la science ont depuis longtemps fait justice de ces idées humorales telles que les professaient les

(1) *L'Expérience* du 28 février 1838.

(2) *Journal général*, t. CVIII, obs. 3.

(3) *Anat. chir.*, t. II.

(4) *Traité des plaies*, trad. d'Estor, p. 410.

(5) *Loc. cit.*, obs. 1 et 2.

auteurs anciens. Cependant je dois rechercher s'il y a quelque coïncidence entre la suppression ou le non-établissement de la sécrétion lactée et le développement des abcès iliaques.

Levret a observé (1) que les accouchées chez lesquelles la sécrétion du lait s'établissait convenablement n'étaient affectées d'engorgements iliaques que le douzième ou quinzième jour après l'accouchement. Dans les cas, au contraire, où la fièvre de lait n'avait pas lieu, lorsque les mamelles restaient flasques, Levret voyait quelquefois alors la maladie se déclarer beaucoup plus tôt. Enfin, ce célèbre accoucheur dit avoir observé l'engorgement des fosses iliaques chez les femmes une année après leur délivrance, mais alors c'était douze ou quinze jours après avoir perdu l'enfant qu'elles allaitaient.

Si j'analyse mes observations d'abcès iliaques puerpéraux, je vois que, sur 14 cas, il y en a 11 qui se sont déclarés du troisième au dixième jour après l'accouchement; 2 sont survenus avant le quinzième jour, et un seul au bout d'un mois : d'où il résulte que la maladie s'est déclarée spécialement à l'époque de la révolution lactée. Mais on ne peut rien conclure de l'activité plus ou moins grande de la sécrétion : celle-ci, en effet, n'offrira rien d'anormal lorsque les symptômes du début seront peu intenses; dans le cas contraire, on voit les mamelles rester plus ou moins flasques, ce qui d'ailleurs ne prouve pas une métastase, mais s'explique très-bien par la révulsion qu'opère la phlegmasie du tissu cellulaire du bassin. Une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que toutes les malades que j'ai observées n'avaient point allaité leur enfant, et qu'il paraît en avoir été de même pour presque toutes les femmes dont les auteurs nous ont transmis l'histoire. Je suis donc autorisé à croire que le défaut d'excrétion du lait favorise le développement des engorgements inflammatoires des fosses iliaques; non que j'admette avec les anciens une résorption du lait en nature et son transport direct sur les tissus, mais je pense que les éléments de ce liquide, portés nécessairement par les voies de l'absorption dans le torrent circulatoire, imprimant un certain trouble dans l'organisme, et peuvent devenir ainsi la cause d'un phlegmon iliaque, maladie à laquelle la femme est déjà prédisposée par le fait seul qu'elle est récemment accouchée.

Traitement. — Tous les auteurs sont à peu près unanimes pour conseiller l'usage des émissions sanguines dans le traitement des phlegmons iliaques, quelle que soit la cause qui les ait déterminés. Les uns préconisent les saignées générales faites abondamment et à peu d'intervalle; les autres ont reconnu plus d'efficacité dans l'application des sangsues et des ventouses sur le siège même du mal; la plupart, enfin, combinent ces deux modes d'évacuation.

J'ai prouvé dans mon mémoire que, quoi qu'on en ait dit, les saignées générales et locales ont une action très-bornée sur la marche et sur la terminaison des phlegmons iliaques; on peut même avouer que, lorsque la maladie se montre avec une certaine intensité, on ne doit guère espérer la résolution de l'engorgement, quelle que soit d'ailleurs l'énergie avec laquelle on emploie les émissions sanguines. On échouera d'ailleurs presque fatalement, si l'on ne commence le traitement qu'après le cinquième ou sixième jour à dater du début des premiers accidents.

Si les émissions sanguines, largement employées, empêchent rarement la suppuration de s'établir, elles peuvent néanmoins, si on les pratique à une époque rapprochée du début, rendre celle-ci moins abondante, et abrégé de beaucoup la durée totale de la maladie. C'est ainsi qu'en analysant mes observations, j'ai

(1) *L'Art des accouchements*, sect. VII, p. 175.

trouvé que lorsque le traitement antiphlogistique fut commencé du deuxième au sixième jour, la guérison était complète, terme moyen, vers le quarante-cinquième jour; tandis que, lorsque la première saignée générale ou locale a été faite du neuvième au vingt et unième jour, la guérison n'a eu lieu que vers le soixante-dix-neuvième.

Les saignées générales n'ont guère eu d'influence que sur l'état fébrile, qu'elles ont fait diminuer, mais elles ont peu modifié l'état local; tandis que les sangsues calmaient mieux la douleur, diminuaient davantage la tension de la tumeur.

En résumé, les émissions sanguines générales et locales sont utiles dans les phlegmons iliaques; car, bien qu'elles aient rarement pour effet de produire la résolution de l'engorgement, elles le circonscrivent néanmoins et en rendent la suppuration moins abondante et moins prolongée.

Il est presque inutile de dire que les bains, les cataplasmes émollients, les boissons douces et une diète plus ou moins sévère devront être employés concurremment avec les émissions sanguines. Enfin, les laxatifs doux seront conseillés avec avantage dès qu'il y aura constipation.

Si, malgré ces moyens, un abcès vient à se former, Dance croyait qu'il ne fallait point chercher à l'attirer au dehors, mais attendre patiemment l'évacuation de la matière purulente par l'intestin (1). Cette pratique est fondée sur l'opinion qu'avait Dance, que l'ouverture de l'abcès dans le gros intestin est une terminaison favorable. Cependant, si l'on se rappelle les nombreux accidents qui peuvent résulter d'une accumulation plus ou moins considérable du pus au milieu d'un tissu cellulaire lâche, accidents que j'ai énumérés précédemment, on conviendra qu'il ne serait pas prudent de demeurer simple spectateur des efforts de la nature. C'est ce qu'avaient très-bien compris les chirurgiens du dernier siècle, qui, dès qu'ils avaient soupçonné la présence du pus, étaient vivement préoccupés jusqu'à ce qu'ils eussent évacué ce produit morbide. Mais il faut avouer cependant que la crainte de voir le pus séjourner dans le ventre leur faisait parfois pratiquer des incisions avant qu'ils fussent bien certains du siège et de la profondeur de la collection purulente. Je sais que souvent un succès complet a couronné leur hardiesse, mais leur précipitation a dû parfois aussi devenir la source de nombreux accidents. On ne fera donc une incision qu'après s'être assuré qu'il y a fluctuation : il faut aussi qu'on sache si le foyer adhère à la paroi abdominale, afin de prévenir tout épanchement dans la cavité du péritoine. Pour cela, on recherchera si la paroi du ventre glisse encore au devant de l'abcès, ou si, au contraire, elle fait corps avec lui; enfin l'empâtement et surtout l'œdème sont des phénomènes qui devront encore engager à pratiquer l'incision. Avant de la faire, cependant, il est indispensable de percuter avec soin le point où l'on doit plonger le bistouri; car il ne serait pas impossible que le pus accumulé spécialement à la face postérieure du cæcum eût refoulé en avant cet intestin, qui serait nécessairement alors divisé par l'instrument : cet accident a été observé une fois (2). L'incision est généralement pratiquée au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, parce que c'est ordinairement dans ce point que l'abcès vient former saillie. Aujourd'hui il est assez ordinaire, pour évacuer le liquide, qu'on plonge l'instrument tout d'un coup jusque dans le foyer. Je crois qu'on peut agir ainsi toutes les fois que l'abcès est très-superficiel; mais pour peu qu'il soit profond, de peur que dans le point qu'on va inciser le foyer n'adhère pas aux parois ab

(1) *Dictionnaire* en 30 volumes, t. I, p. 222.

(2) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, obs. 4, p. 343.

dominales, on devra prudemment, comme le pratiquaient les anciens, inciser couche par couche, avec les mêmes précautions que pour la hernie. Le foyer ouvert, on favorisera l'écoulement du pus; on en préviendra le croupissement et la décomposition putride, à l'aide de la position, en faisant coucher les malades sur un des deux côtés, et même sur le ventre; enfin, on renouvellera les pansements plusieurs fois par jour; on fera dans le foyer des injections émollientes d'abord, et plus tard détersives, chlorurées, ou mieux encore avec de la teinture d'iode plus ou moins étendue. On soutiendra les forces par une alimentation convenable, et souvent aussi à l'aide de quelques toniques. On empêchera que l'ouverture ne se ferme prématurément; on combattra avec énergie l'inflammation du foyer, si elle venait à se déclarer. Enfin, dans les derniers temps, une compression méthodique sera avantageuse pour provoquer l'écoulement du pus et favoriser la cicatrisation de l'abcès. Il est rare que la plaie reste fistuleuse: Puzos néanmoins en cite un cas, mais il n'est pas certain pour moi que sa malade ait été affectée d'un abcès iliaque; il est possible qu'elle n'ait eu qu'un abcès des parois, qu'il n'est pas rare, en effet, de voir être suivi de trajets fistuleux difficiles à guérir. En pareil cas, il faut, je crois, surtout fonder un espoir de guérison sur la compression longtemps continuée, sur quelques injections iodées, et enfin sur le retour de l'embonpoint.

Si l'affaissement de l'abcès et des symptômes de péritonite suraiguë venaient démontrer que le pus s'est épanché dans le péritoine, on ne pourrait guère compter sur les antiphlogistiques pour conjurer les accidents formidables qui enlèvent si rapidement les malades. En pareil cas, je n'hésiterais pas à employer, quoique sans très-grande confiance, l'opium à très-fortes doses, comme on le fait dans les péritonites consécutives aux perforations intestinales. (Voy. p. 59.) Un fait cité par Graves doit, d'ailleurs, nous encourager à expérimenter cette méthode. Cet habile médecin rapporte qu'une femme fut admise à l'hôpital Meath pour un abcès du foie: une incision fut faite pour évacuer le pus; mais, au lieu de sortir par la plaie, ce liquide s'épancha dans le péritoine, et déterminâ à l'instant une violente péritonite. Aussitôt, et sans évacuation sanguine préalable, on administra l'opium à haute dose par la bouche et par la méthode endermique; des vésicatoires furent appliqués; un régime fortifiant fut prescrit (vin et porter). Les symptômes de péritonite disparurent complètement; la malade ayant succombé un mois après au progrès de la maladie du foie, l'autopsie confirma complètement le diagnostic qui avait été porté (1).

Enfin, lorsque le pus ne se fraye pas lui-même une issue au dehors, et lorsque, placé trop profondément, on ne peut songer à l'évacuer à l'aide d'une incision, il est alors souvent difficile de combattre les symptômes de consommation qui minent les malades: dans ces cas, il faut tenter la résorption du liquide à l'aide de nombreux vésicatoires, et, mieux encore, à l'aide de petits cautères placés au devant du foyer. Il paraît qu'une semblable médication a été couronnée une fois de succès (2); cependant le fait manque des détails qui seuls pourraient lui donner le degré d'authenticité désirable. Les frictions mercurielles ne me semblent avoir aucune efficacité pour déterminer la résorption du pus réuni en foyer; tandis qu'on pourra s'en servir avec avantage pour résoudre les indurations qui persistent quelquefois longtemps après la guérison des abcès, ou dès le début, comme adjuvant des antiphlogistiques, lorsque ceux-ci n'ont pas suffi pour conjurer le mal.

(1) *The Dublin Hospital Reports*, t. V, p. 9. — Chomel, *Fièvre typhoïde*, p. 503.

(2) *Revue médicale*, t. II, année 1836.

DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN.

On donne ce nom à l'inflammation du tissu cellulaire fin, lamelleux, peu chargé de graisse, qui existe latéralement entre les deux feuillets du ligament large, et surtout à l'inflammation de celui qui se trouve en avant et en arrière de l'utérus, dans les culs-de-sac vaginaux et dans le cul-de-sac péritonéal, c'est-à-dire du tissu cellulaire qui existe entre le point de réflexion de la muqueuse vaginale et celui du péritoine.

Les auteurs qui, dans ces dernières années, ont décrit le phlegmon péri-utérin, se sont trop pourtant habitués à localiser la maladie dans les points indiqués tantôt. Une observation plus exacte démontre, en effet, que le phlegmon péri-utérin est une maladie complexe, et qu'avec l'inflammation du tissu cellulaire il y a souvent, et peut-être toujours, phlegmasie concomitante de la trompe, des ovaires, et plus habituellement encore une péritonite circonscrite. Deux observateurs distingués, MM. Bernutz et Goupil, ont même soutenu (1) que le phlegmon péri-utérin était bien moins une phlegmasie du tissu cellulaire qui existe en avant et en arrière de l'utérus dans les culs-de-sac du péritoine et du vagin, qu'une péritonite partielle, une pelvi-péritonite. Dans deux cas cités par ces médecins, où, pendant la vie, des hommes habiles avaient cru reconnaître tous les signes du phlegmon péri-utérin, MM. Bernutz et Goupil ne trouvèrent qu'une péritonite circonscrite du petit bassin, le tissu cellulaire sous-péritonéal était partout intact. L'opinion émise par mes deux collègues des hôpitaux mérite donc d'être prise en grande considération, je la crois généralement vraie; et à supposer qu'elle fût un peu trop exclusive, on peut affirmer, néanmoins, qu'elle se rapproche beaucoup plus de la vérité que celle qui consiste à localiser exclusivement la maladie dans le tissu cellulaire.

Anatomie pathologique. — La maladie ayant très-rarement une issue funeste, on n'a eu encore que peu d'occasions d'examiner l'état des organes. La description que Aran a donnée (2) est celle qui m'a paru être la plus exacte et la plus en rapport avec ce que j'ai observé moi-même. A l'ouverture de l'abdomen on constate, dans l'excavation pelvienne, une tumeur globuleuse du volume d'un œuf et pouvant acquérir parfois celui du poing d'un adulte; elle est accolée à l'utérus, qu'elle déplace, qu'elle incline de côté, qu'elle infléchit en avant ou en arrière, suivant la position qu'elle occupe sur les côtés de l'organe, ou bien à la face antérieure ou à la face postérieure. Les anses intestinales ont contracté des adhérences avec cette tumeur, dans laquelle on trouve, en procédant de dehors en dedans, des fausses membranes au centre desquelles on peut rencontrer du pus infiltré ou réuni en foyer. Les annexes de l'utérus, les trompes, les ovaires, plus rarement les ligaments larges, participent à la phlegmasie; le péritoine qui forme le plancher du bassin est injecté et friable, mais le tissu cellulaire subjacent peut être intact; il peut ailleurs être infiltré de sang et de pus, celui-ci peut y former même des collections, mais il est évident que c'est là une altération accessoire par rapport à celle qu'on découvre dans le péritoine lui-même. Nous allons voir que les symptômes observés pendant la vie sont assez en rapport avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique.

Symptômes. — Le début peut être lent ou brusque. En général, la maladie

(1) *Archives générales de médecine*, année 1856.

(2) *Leçons sur les maladies de l'utérus*, p. 677.