

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 prévendra 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 envlent 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 déterminà 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 consomption 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. À 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.

offre, en commençant, l'ensemble des symptômes caractérisant la péritonite aiguë partielle : douleur vive à l'hypogastre, exacerbante, augmentant par la pression, ballonnement du ventre, nausées, vomissements, mouvement fébrile plus ou moins intense. Lorsque la douleur est moindre ou lorsque, vive en commençant, elle s'est amortie et que l'exploration du ventre est possible, on peut constater, à l'hypogastre, une rénitence diffuse, puis on circonscrit exactement une tumeur globuleuse ou ovoïde, plus ou moins volumineuse, ne donnant pas à la percussion une matité complète à cause du voisinage des anses intestinales qui l'entourent de toutes parts et qui font corps avec elle. Le toucher vaginal fournit des résultats plus importants encore et surtout constatables beaucoup plus tôt que ceux que peut fournir le palper abdominal. En portant, en effet, l'indicateur profondément dans le vagin, celui-ci paraît plus chaud que d'habitude, on reconnaît aussi que l'utérus est immobile; la direction du col est souvent modifiée, et si l'on explore les culs-de-sac que le vagin présente à droite et à gauche, on sent tantôt d'un seul côté, tantôt des deux, une rénitence douloureuse; on a la sensation parfois d'une dureté plus ou moins grande, la cavité peut même être en partie comblée et la paroi refoulée presque au niveau de l'orifice utérin; il n'est pas rare aussi de sentir sous le doigt le battement énergique des artères qui rampent dans la tumeur. Le toucher rectal, en général fort douloureux, est utile pour mieux assigner les limites supérieures de la tumeur; il fait d'ailleurs mieux reconnaître si la phlegmasie a envahi le cul-de-sac péritonéal. L'exploration par le spéculum n'offre par contre aucune utilité et peut être négligée.

La plupart des femmes éprouvent, du côté des organes pelviens, des troubles divers et plus ou moins accentués. Ainsi, suivant que la tumeur, proéminent davantage en avant ou en arrière, comprime la vessie ou le rectum, il y aura des envies fréquentes d'uriner, ou de la constipation, ou bien des épreintes. Souvent, après des efforts incessants, les malades rendent quelques mucosités blanchâtres, sécrétées par l'extrémité inférieure du rectum. Les femmes éprouvent aussi un sentiment habituel de pesanteur de l'hypogastre et au périnée, vers les lombes et à la partie interne des cuisses; elles ne peuvent tenir longtemps dans la position verticale et marchent en inclinant fortement le tronc en avant; elles ont du malaise, de l'inappétence et parfois une grande irritabilité nerveuse.

Marche. Durée. Terminaisons. — Le phlegmon péri-utérin peut suivre une marche régulière, c'est-à-dire s'aggraver progressivement, et, après une période d'état d'une durée variable, se résoudre, suppurer ou passer à l'état chronique; cependant le plus souvent il n'en est pas ainsi. On voit la maladie présenter, dans son cours, des exacerbations irrégulières et en nombre plus ou moins considérable, tantôt spontanées, mais excitées peut-être le plus souvent par les fatigues, par les rapprochements sexuels ou seulement par la congestion que la période menstruelle provoque.

Le phlegmon péri-utérin paraît être toujours plus ou moins aigu à son début, c'est ce qui résulte des observations faites par M. Gallard (1). Cette période peut être, il est vrai, très-éphémère; la résolution semble parfois alors se faire promptement, mais si l'on explore les femmes avec soin, on trouvera souvent quelque point induré, quelque reliquat, qui deviendra le point de départ d'une crise nouvelle.

La résolution est la terminaison la plus ordinaire de la maladie, du moins de

(1) Thèse de Paris, année 1855, n° 39.

celle qui se déclare en dehors de l'état puerpéral : dans ces conditions, M. Gallard l'a notée 27 fois sur 53 observations qu'il a analysées. La résolution, qui est annoncée par la diminution progressive de tous les accidents, s'effectue communément après un, deux ou trois septénaires.

La suppuration, qui a lieu plus rarement, est annoncée par les symptômes ordinaires qui indiquent la formation du pus : frissons, redoublement des douleurs, fièvre le soir, sueurs nocturnes. Le pus formé peut se frayer diverses voies; il s'écoule le plus souvent par le vagin, moins souvent par le rectum, plus rarement par la vessie ou à travers les parois abdominales; enfin, dans des cas heureusement plus rares encore, le foyer, s'étant ouvert dans le péritoine, a provoqué une péritonite suraiguë très-promptement mortelle.

La maladie peut passer à l'état chronique; les douleurs hypogastriques sont alors supportables; le toucher fournit les résultats indiqués plus hauts, mais la santé générale s'altère, les digestions languissent, la marche est difficile, la menstruation irrégulière, parfois accompagnée de pertes; enfin, après trois, six mois, un an et plus, et à la suite d'exacerbations nombreuses, souvent après l'ouverture d'un ou plusieurs foyers, la résolution arrive.

En somme, la mort est rarement la conséquence du phlegmon péri-utérin; elle peut néanmoins en être la suite lorsque le foyer se fait jour dans le péritoine, ou lorsque, s'ouvrant à l'extérieur, il en résulte une suppuration interminable qui altère la constitution et qui épuise les forces.

Diagnostic. — D'après les détails qui précèdent, on voit que le phlegmon péri-utérin est d'un diagnostic facile. On ne saurait le confondre avec l'inflammation de l'utérus; car, dans la métrite, l'organe peut bien être lourd, mais il n'a pas la même immobilité, il conserve à peu près sa forme, et les culs-de-sac vaginaux n'offrent pas de rénitence douloureuse.

L'ovaire se distingue aisément par la tumeur que forme l'ovaire développé, tumeur ovoïde, plus ou moins mobile, plus ou moins unie à l'utérus, dont elle n'empêche pas la mobilité.

La rétroflexion a pu être parfois confondue avec le phlegmon. Cependant il est facile de ne pas commettre cette erreur, si l'on considère que la tumeur formée par le corps de l'utérus en rétroflexion est plus dure et moins douloureuse que celle qui appartient au phlegmon. Enfin, l'hystéromètre pourra contribuer à éclairer le diagnostic; car, dans le phlegmon péri-utérin, la sonde pénètre d'emblée dans l'utérus, à 6 ou 7 centimètres, sans que la tumeur change ni de forme, ni de volume, sans qu'elle soit modifiée par les mouvements de l'instrument, comme la chose arriverait nécessairement dans le cas de rétroflexion, si l'on parvenait avec la sonde à redresser l'utérus.

Le phlegmon péri-utérin a peut-être plus de ressemblance avec l'hématocèle péri-utérine. Nous établirons ailleurs leur diagnostic différentiel. (Voy. *Hématocèle*.)

Pronostic. — Le phlegmon péri-utérin compromet rarement l'existence, cependant c'est une affection sérieuse, à cause de sa longue durée et des inconvénients qu'elle peut entraîner. Elle est, en effet, une cause fréquente de stérilité par l'altération que les annexes de l'utérus ont subie, ou par les adhérences qui se sont établies. Toutes choses égales d'ailleurs, le phlegmon survenant dans le cours de l'état puerpéral est plus grave, à cause de sa terminaison plus fréquente par suppuration, et en raison aussi de l'extension plus grande et plus facile de la phlegmasie aux organes environnants.

Étiologie. — Le phlegmon péri-utérin est très-commun, il survient spécialement après les accouchements, et surtout à la suite des fausses couches; il est

souvent le résultat de la propagation d'une phlegmasie survenue primitivement dans l'utérus ou dans ses annexes. Ainsi M. Bernutz l'a vu fréquemment succéder à une blennorrhagie. Citons encore des causes directes, comme les excès de coït, les cautérisations intempestives, les suppressions brusques des règles; c'est par conséquent une maladie qu'on n'observe guère qu'entre dix-huit et cinquante ans, plus fréquente même au milieu qu'aux deux extrêmes de cette période.

Traitement. — Le traitement sera essentiellement antiphlogistique : les saignées générales si la réaction est vive, locales seulement si les douleurs prédominent; les bains entiers, les cataplasmes mis d'une manière continue, et le mercure porté jusqu'à salivation, sont les moyens qui conviendront dans la période aiguë. Les accidents inflammatoires une fois éteints, on favorisera la résolution en appliquant successivement sur la partie inférieure de l'abdomen des vésicatoires volants, on pourra les alterner avec les pommades iodées et avec les bains alcalins et sulfureux; si la suppuration survient et si le foyer devient accessible à nos instruments, il ne faut pas hésiter à le vider, mais le plus habituellement l'ouverture se fait spontanément.

Inutile de dire que, pendant toute la durée de l'affection, le repos horizontal est indispensable, et que la diète n'est utile seulement que dans la période la plus aiguë.

DES OREILLONS

On donne les noms d'*ourles* ou d'*oreillons* à une tumeur douloureuse, à marche aiguë, formée par l'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire de la région parotidienne.

Symptômes. — Cette maladie est souvent précédée pendant quelques jours par du malaise et par de la fièvre; puis les malades accusent de la douleur et un sentiment de gêne vers l'articulation temporo-maxillaire. Bientôt apparaît à ce niveau une tuméfaction qui se propage ordinairement jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire, et s'étend quelquefois plus ou moins loin sur le cou et sur la tempe. Ce gonflement, qui peut occuper les deux côtés, et qui d'autres fois est borné à un seul, est d'un rouge obscur, quelquefois il est un peu violacé. Souvent la peau conserve, à ce niveau, sa couleur naturelle; mais elle y est plus chaude que de coutume. La tumeur n'a point la dureté de celle du phlegmon, mais à peu près la rénitence que donne le tissu cellulaire affecté d'œdème actif. Souvent il existe en même temps du malaise, de la courbature, de la pesanteur à la tête, des vertiges, un peu de fièvre, de l'inappétence. En général, la tumeur s'accroît pendant deux ou trois jours; puis, après être restée stationnaire pendant un temps égal, on la voit diminuer peu à peu, et finir par disparaître après une durée moyenne d'un septénaire environ. L'oreillon n'est presque jamais suivi de suppuration. La résolution est sa terminaison presque constante; on dit qu'elle est souvent marquée par une sueur qui occupe tout le corps, ou qui parfois est limitée à l'engorgement inflammatoire : c'est ce que je n'ai jamais constaté. Il n'est pas rare, surtout dans le cours de certaines épidémies, que la résolution de la tumeur se fasse par métastase, non qu'il y ait dans ce cas disparition brusque de l'engorgement; on voit plutôt celui-ci diminuer seulement d'une manière rapide et disparaître en quelques jours, mais en même temps survient une tuméfaction douloureuse d'un des testicules. Chez la femme, ce sont les mamelles, les grandes lèvres et peut-être les ovaires qui s'affectent de la même manière; c'est ce que je n'ai jamais observé, tandis que

j'ai fréquemment constaté la métastase sur les testicules. Disons pourtant que c'est là un accident très-exceptionnel dans la marche de la maladie; il ne se produit pas d'ailleurs avec la régularité que quelques-uns ont signalée. Ainsi, il n'est pas exact de dire que la métastase se fait constamment sur le testicule correspondant à la région parotidienne malade.

En général, le transport de la maladie aux testicules se fait, si je puis parler ainsi, sans arrêt; mais dans quelques cas, très-rares pourtant, j'ai vu l'engorgement testiculaire n'arriver que quelques jours après la cessation graduelle et complète de l'oreillon. Des malades ont alors présenté un état qui pouvait faire redouter l'invasion d'une maladie grave : une céphalalgie vive, des épistaxis, de la fièvre, un grand accablement, un peu de sécheresse de la langue et de la diarrhée me donnaient l'appréhension la plus vive qu'il n'y eût là un début de fièvre typhoïde; mais après deux jours, tout cet appareil se dissipait en même temps qu'on voyait un des testicules s'engorger.

Lorsque le testicule est envahi, on le voit en deux ou trois jours doubler ou tripler de volume; il est plus lourd, plus résistant que de coutume, mais il est loin d'offrir la dureté, le poids et la sensibilité qu'on observe dans les engorgements franchement inflammatoires. La peau du scrotum est d'un rouge parfois un peu violacé. La plupart des malades accusent peu de douleur, même lorsqu'on exerce un certain degré de pression sur l'organe. Dans les cas où j'ai fait une exploration complète, il m'a paru que, contrairement à ce qu'on voit dans l'orchite blennorrhagique, l'épididyme était presque toujours intact, et que le corps seul de l'organe était affecté; plusieurs fois aussi il m'a semblé qu'il existait un peu d'épanchement dans la tunique vaginale. Ce gonflement produit toujours beaucoup moins de malaise que l'oreillon lui-même. Quelques malades se croient même guéris, et l'appétit revient aisément. L'engorgement testiculaire est susceptible des mêmes terminaisons que l'oreillon. Il se résout, le plus communément, après cinq ou six jours; la suppuration est une terminaison des plus rares et que, pour ma part, je n'ai jamais observée. Enfin on a vu cette affection se terminer elle-même par une métastase sur la région parotidienne, puis la maladie se reporter encore de celle-ci sur le testicule, et ainsi plusieurs fois de suite de l'un à l'autre. On a prétendu également que, dans quelques cas, la disparition subite de l'engorgement parotidien et des testicules avait été promptement suivie d'accidents graves, et que des malades avaient été emportés avec du délire et des convulsions, comme si la métastase s'était faite sur le cerveau. Ces faits, quoique rares, n'en sont pas moins réels; on en trouvera deux beaux exemples rapportés par M. Trousseau dans les *Archives* de 1854.

Le testicule revient communément à l'état normal, cependant il n'est pas rare de le voir s'atrophier; c'est là un effet encore peu connu des oreillons et qui doit surprendre si l'on réfléchit au peu d'acuité et à la courte durée de l'affection du testicule.

Diagnostic. — L'oreillon ne pourra être confondu qu'avec l'engorgement de la glande parotide; mais dans celui-ci la tuméfaction est plus considérable, plus dure, plus étendue; on constate tous les phénomènes d'un phlegmon; la tumeur est persistante, elle se termine le plus souvent par suppuration, quelquefois par gangrène, jamais par métastase. La connaissance qu'on a de l'existence d'un oreillon rapidement dissipé pourra éclairer le médecin sur la nature de certains accidents graves, accidents typhoïdes, cérébraux, etc., brusquement développés.

Pronostic. — Le pronostic ne présente presque jamais de gravité. Cependant nous avons vu que lorsque la métastase s'opérait sur le cerveau, des symptômes formidables et la mort pouvaient en être la conséquence.