

Très-probablement la collection purulente placée d'abord au devant du *fascia iliaca* avait fusé le long du tendon du *psaos* pour passer au-dessous de l'arcade crurale et venir faire saillie au niveau de l'anneau crural.

Pendant vingt jours l'écoulement continua abondant, et la tumeur iliaque s'effaçait de plus en plus. Aucun accident n'était venu troubler le travail réparateur; un petit abcès, développé sous l'aisselle, dut être ouvert; la malade marchait rapidement vers la guérison quand elle commit une imprudence: elle s'exposa au froid et contracta une pleuro-pneumonie du côté gauche, accompagnée de crachats rouillés au début et puriformes vers la fin. Vers le douzième jour, la phlegmasie du parenchyme pulmonaire entra en résolution; la pleurésie résista plusieurs semaines. On entendait au niveau de l'épanchement, recouvrant un tissu pulmonaire probablement plus dense que dans l'état normal, un souffle presque amphorique, et vers la base un gargouillement bronchique, ressemblant au râle caverneux et accompagné d'un souffle qui avait également le caractère caverneux. En même temps les vibrations thoraciques étaient augmentées; on aurait pu croire à l'existence d'une caverne; mais j'attribuai ces anomalies stéthoscopiques à la présence d'un épanchement formant une couche mince et recouvrant un tissu pulmonaire, probablement encore légèrement induré ou engoué. Tous ces accidents disparurent, et après cette odyssée pathologique, la malade sortit guérie de l'hôpital.

Le traitement employé avait été, pendant la pneumonie, le tartre stibié et les vésicatoires; plus tard, j'avais administré les toniques.

J'appellerai l'attention, en passant, sur ces bruits caverneux qui ne sont pas très-rare dans la pleurésie, et que plusieurs observateurs ont signalés. Dernièrement, chez un malade qui les avait présentés pendant plusieurs mois, et qui avait succombé à une autre affection. On trouva avec un engouement du parenchyme pulmonaire un épanchement séro-purulent peu abondant dans la plèvre. La plupart des personnes qui avaient observé ce malade avaient cru à l'existence d'une caverne, tant ces bruits étaient accentués.

D'autres fois encore une communication s'établit entre le foyer et la cavité utérine; quelquefois la collection suit en même temps plusieurs voies pour s'échapper au dehors. Je me rappelle avoir ouvert un phlegmon qui faisait saillie vers la paroi abdominale, et qui, quelque temps après, se traçait une autre issue dans l'intestin. Il y a quatre mois, je voyais une malade qui présentait une tumeur fluctuante dans la région iliaque gauche: cette collection liquide communiquait avec la gaine des muscles *psaos* et iliaque; le membre inférieur était rétracté, avec de vives douleurs. Tout à coup la tumeur s'affaissa; la

cuisse put s'étendre et la malade rejeta par l'urèthre une quantité considérable de pus; les urines, après quelques jours, cessèrent d'être purulentes, et bientôt après les selles le devinrent, avec un nouvel affaïssissement de la tumeur qui avait repris son volume primitif. Cette alternative se reproduisit une fois encore, et la malade finit par succomber.

En général, quand le foyer s'est ouvert ou qu'il a été incisé, les malades éprouvent un soulagement considérable, un apaisement de tous les phénomènes morbides qui avaient précédé. Si la constitution offre encore des ressources, si les parois du foyer peuvent se rapprocher, la fièvre tombe définitivement, l'appétit renaît, le travail nutritif reprend son activité normale, la sécrétion, devenant de moins en moins abondante, finit par se tarir, et l'ouverture qui lui donnait passage se cicatrise. Le pus offre en général les caractères du pus phlegmoneux; quelquefois il est séreux, floconneux; rarement il est fétide, et rappelant l'odeur des abcès situés dans le voisinage de l'intestin. Mais la terminaison n'est pas toujours aussi favorable: si l'organisme est épuisé par la durée du travail suppuratif et par les circonstances qui l'ont précédé, si surtout il existe quelque diathèse active ou latente qui trouble la nutrition, la suppuration se prolonge ou bien elle se reproduit après avoir cessé. Les forces défont de plus en plus; l'état dyspeptique persiste ou reparait plus violent et plus opiniâtre; souvent alors surviennent de la diarrhée ou des vomissements, de la toux qui, avec l'état général, la fièvre hectique et les sueurs, peut faire croire à une tuberculisation pulmonaire, et qui, trop souvent, se rattache à cette affection, dont le germe pouvait préexister, mais dont l'évolution a été favorisée par l'affaiblissement de l'organisme. L'amaigrissement fait des progrès incessants, la suppuration prend un mauvais caractère, et la malade succombe.

Si le travail phlegmoneux a duré un temps très-long, les parois du foyer peuvent acquérir une consistance et une rigidité qui s'opposent à leur rapprochement complet; alors la collection, après s'être vidée au dehors, se reproduit de nouveau jusqu'à ce que l'ouverture reste fistuleuse. D'autres fois, les parois s'accolent sans adhérer ensemble, et par intervalles elles sécrètent un pus qui les écarte de nouveau, et s'échappe par le vagin ou par le rectum, après un retour passager des accidents phlegmasiques.

*Pronostic.* — Le phlegmon qui ne suppure pas peut, pour arriver à une

résolution complète, exiger un temps considérable : le travail réparateur peut durer plusieurs mois, mais le pronostic est toujours favorable, à moins bien entendu qu'à la lésion locale ne s'ajoute quelque complication qui puisse le modifier. Celui qui suppure, quand le travail inflammatoire est renfermé dans les limites du ligament large, et quand l'état constitutionnel est bon, se termine généralement d'une manière heureuse ; et le pus est presque toujours évacué par le rectum, le vagin ou la vessie. Le phlegmon qui s'étend au-dessus du bassin présente plus de gravité : celui surtout qui envahit la fosse iliaque. Les dangers sont plus graves encore quand la suppuration pénètre au-dessous du *fascia iliaca*. Je n'aime pas les foyers qui s'ouvrent à la fois par plusieurs voies ; ils exposent davantage à l'infection putride.

L'état constitutionnel est l'élément le plus important du pronostic. C'est lui qui imprime à la lésion locale sa marche et ses tendances spéciales ; et, d'un autre côté, par un de ces cercles vicieux en présence desquels nous nous trouvons si souvent, ce travail morbide local prolongé réagit sur l'état général, favorise l'éclosion des germes diathésiques, ou aggrave les affections préexistantes et en précipite la marche. Chez les sujets originairement débiles, ou affaiblis par des circonstances accidentelles, il faudra redouter la suppuration et la chronicité. La suppuration indique, souvent, un affaiblissement de la force plastique, une formation anormale non viable, qui ne peut être organisée, c'est-à-dire entrer dans le cercle de la vie, et qui doit être rejetée au dehors. A plus forte raison, les signes de la tuberculisation pulmonaire devront-ils aggraver le pronostic, quoique, même avec une complication aussi redoutable, un traitement bien institué puisse quelquefois amener le travail local à guérison.

*Diagnostic.* — Je me suis assez étendu sur les signes du phlegmon du ligament large pour qu'il soit inutile d'y revenir à l'occasion du diagnostic. Les maladies avec lesquelles on pourrait le confondre sont la pelvi-péritonite (métro-péritonite post-puerpérale de Chomel), ou périmérite, le phlegmon iliaque, la péritonite iliaque, l'ovarite.

Dans la périmérite, la sensibilité vaginale est plus diffuse ; elle occupe en général toute l'étendue d'un cul-de-sac, souvent même deux culs-de-sac contigus ; l'utérus y participe dès le début. Cet organe est moins mobile et ses mouvements sont douloureux. Très-rapidement après ces premiers symptômes, les culs-de-sac sont refoulés en bas par une tuméfaction inégale, bosselée, douloureuse, qui embrasse le col utérin, l'immobilise

et le repousse du côté opposé à la tumeur. Si la pelvi-péritonite complique le phlegmon du ligament large, on peut reconnaître celui-ci à la bride transversale qui se détache en relief au milieu de l'empatement péritonéal, ou du moins s'en distingue par sa consistance et par sa continuité avec une rénitence dont on peut déterminer les limites supérieures en appuyant l'autre main au-dessus du détroit supérieur.

Ces jours-ci même, j'observais une malade chez laquelle ces deux affections étaient réunies ; une tumeur inflammatoire occupait le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac gauche, et néanmoins le col utérin était entraîné vers la partie gauche du bassin, par une bride transversale bien distincte de la tumeur formée par les culs-de-sac péritonéaux. Le diagnostic de cette complication est donc possible. Il n'offre pas d'ailleurs une très-grande importance ; l'inflammation du ligament large n'est alors qu'un épisode de la périmérite ; ces deux affections ont entre elles, comme je l'ai dit, d'intimes connexions pathogéniques.

Les phlegmons de la fosse iliaque débutent par les parties latérales et inférieures de l'abdomen ; ils sont à leur origine profondément situés ; il faut, pour atteindre la masse irrégulière mal limitée de la tumeur, repousser la paroi abdominale avec laquelle elle n'a aucune connexion ; elle n'en a pas davantage avec l'utérus qui conserve sa mobilité, et les culs-de-sac restent libres. Très-souvent, des troubles des fonctions digestives, de la constipation, des vomissements, quelquefois même des symptômes qui ressemblent à ceux de l'étranglement intestinal accompagnent l'évolution de ces phlegmons. Parfois de l'engourdissement, des fourmillements, de l'œdème, attestent la compression exercée sur les nerfs et sur les vaisseaux du membre abdominal correspondant. « Si l'inflammation envahit la paroi abdominale, dans le phlegmon iliaque, dit M. Frarier, l'induration de cette paroi s'étend progressivement de dehors en dedans ; si, au contraire, se prolongeant dans le bassin, il s'étend dans le ligament large, l'observation du malade aux différentes phases de cette évolution morbide peut seule faire distinguer cette variété des phlegmons du ligament large qui envahissent dans leur marche ascendante la fosse iliaque interne, et qui peuvent comme les précédents pénétrer ensuite dans la gaine des muscles psoas et iliaque ». Je n'insisterai pas davantage sur le diagnostic de cette affection, dont les caractères distinctifs ont été assez minutieusement décrits pour qu'on ne puisse la confondre ni avec la péritonite iliaque, ni avec l'ovarite, ni

avec les tumeurs de diverses espèces qui peuvent se développer dans le bassin.

*Traitement.* — Nous n'avons rien à dire du traitement ou plutôt rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos de la périmérite péritonitique. Les indications sont les mêmes : le repos horizontal, les évacuations sanguines locales, le mercure, les révulsifs, retrouvent ici la même opportunité et la même efficacité. Pour vous faire assister à la mise en œuvre de ces agents, aux effets qu'ils produisent et au rôle que le médecin doit jouer dans la lutte morbide, je vous rapporterai quelques observations qui serviront, en quelque sorte, d'illustrations et de pièces justificatives aux préceptes que j'ai tracés dans la précédente leçon.

## OBSERVATIONS DE PHLEGMON DU LIGAMENT LARGE.

Obs. I. — *Phlegmon du ligament large gauche terminé par suppuration; incision. Guérison.* — L... (Reine), âgée de vingt-cinq ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 2 février, et a été placée au n° 24 de la salle Saint-Bernard.

Cette femme, bien constituée, sans être robuste, a toujours joui d'une bonne santé, troublée seulement pendant les hivers par des rhumes assez fréquents; elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Réglée depuis l'âge de quatorze ans, elle avait, dans l'intervalle de ses époques, un peu de leucorrhée. Elle est devenue mère pour la première fois à vingt-et-un ans; cette couche fut heureuse et suivie d'un prompt rétablissement. La seconde, qui a eu lieu le 14 novembre dernier, n'a été ni moins heureuse ni moins régulière; mais, presque immédiatement après, la malade sentit des douleurs dans le côté gauche; elle éprouvait un malaise général; l'appétit était nul. S'étant levée le huitième jour, elle eut du frisson et de la fièvre; en même temps les douleurs hypogastriques s'exaspèrent: elles acquéraient une intensité extrême quand elle essayait de se coucher sur le côté gauche, et elle ne pouvait rester dans cette position. Le décubitus sur le côté droit, sans être aussi pénible, l'était cependant assez pour qu'elle gardât le décubitus dorsal; elle pouvait étendre le membre inférieur gauche, mais les mouvements de ce membre étaient douloureux, et elle les évitait autant que possible.

Au bout de huit jours, elle essaya de reprendre ses travaux de couture, et, quoique constamment assise, elle éprouvait un sentiment général de courbature, et continuait à souffrir dans le côté gauche du ventre. Tous les deux ou trois jours, elle était prise de frissons; l'appétit ne se relevait pas; elle avait des nausées et des vomissements pituiteux.

Six semaines après l'accouchement, les règles n'apparurent pas; la malade

ne peut dire si à cette époque des phénomènes congestifs se manifestèrent et vinrent exaspérer le travail morbide.

Les accidents persistèrent, et, après avoir lutté encore pendant quelque temps, sentant ses forces décliner, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Nous l'y trouvâmes le 3 février. Nous fumes frappés de sa maigreur, de son aspect profondément cachectique, de son teint jaune terreux, offrant, sous le dépôt pigmentaire de la grossesse, une nuance pyogénique bien accusée.

Une saillie considérable soulève à gauche la paroi abdominale; la malade dit que depuis longtemps déjà elle a observé cette tumeur sur laquelle elle appliquait de temps en temps des cataplasmes. A droite, la paroi abdominale est souple et se laisse facilement déprimer; mais à gauche, on sent un plastron dur, résistant, qui commence à 2 centimètres à droite de la ligne blanche; limité supérieurement par une ligne oblique de bas en haut, et de dedans en dehors, il s'élève jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et s'appuie sur le ligament de Fallope. Les doigts, recourbés en crochets, peuvent embrasser le bord supérieur de ce plastron et s'assurer qu'il fait corps avec la paroi antérieure de l'abdomen. Au niveau de cette tumeur, la percussion donne un son obscur; les téguments sont empâtés, peu mobiles; dans un point où ils offrent une saillie plus prononcée, on sent qu'ils recouvrent une collection superficielle; la peau est amincie; tout autour on aperçoit une fluctuation très-manifeste, qui devient plus profonde et plus obscure à mesure qu'on s'éloigne de ce point culminant.

Le toucher fait constater que l'utérus est entraîné à gauche par une bride saillante et très-douloureuse à la pression, qui s'étend de la commissure gauche à la paroi correspondante du bassin; cette bride refoule en bas le cul-de-sac gauche, qui est beaucoup moins profond et beaucoup plus étroit que les autres culs-de-sac vaginaux; ceux-ci sont libres et indolents. La palpation combinée avec le toucher vaginal permet de reconnaître la continuité et la connexité du relief qui occupe le cul-de-sac gauche avec la tumeur hypogastrique.

Le col de l'utérus est obliquement incliné de bas en haut et de droite à gauche; il est à peu près immobile dans tous les sens; il l'est complètement dans le sens transversal; les bords de l'orifice utérin sont légèrement grenus.

Ces phénomènes permettent de diagnostiquer un phlegmon suppuré du ligament large gauche, phlegmon qui a envahi le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi abdominale. Évidemment, l'inflammation n'a pas pénétré dans la gaine du muscle psoas-iliaque, car les mouvements de la cuisse sont libres; et s'ils sont douloureux, la douleur s'explique par l'ébranlement qu'ils communiquent à la tumeur.