

## PHLEGMONS DES LIGAMENTS LARGES (1)

*Sommaire.* — Le phlegmon du ligament large n'est qu'une forme de la périmérite.

Travaux de M. Bernutz et de M. Frarier.

Disposition anatomique du ligament large.

*Étiologie.* — Conditions puerpérales. — Rôle de la phlébite et de la lymphangite utérine dans l'évolution du phlegmon du ligament large (Trousseau, Frarier).

Théorie pathogénique de l'auteur : influence de la déchirure du col produite pendant l'accouchement. — Propagation, à la partie inférieure du ligament large, de l'inflammation réparatrice consécutive à cette déchirure.

La déchirure du col et la bride qui lui succède sont plus communes à gauche, d'où la fréquence du phlegmon du ligament large de ce côté.

Phlegmasie des organes voisins : Périmérite, pelvipéritonite.

*Symptômes.* — Début : frissons, fièvre, troubles digestifs, douleurs vers une des régions iliaques.

Sensibilité anormale au-dessus du ligament de Fallope.

Signes physiques : Rénitence de la paroi abdominale, rigidité transversale occupant la base du ligament large. — Mobilité de l'utérus dans le sens antéro-postérieur.

Les mouvements latéraux de cet organe sont plus limités et provoquent des douleurs si l'on cherche à l'entraîner du côté opposé au ligament enflammé.

Entraînement de l'utérus du côté malade. — Tuméfaction profonde et latérale, perceptible par la pression profonde de la paroi abdominale.

Première période. — Marche et signe des envahissements du travail inflammatoire.

Propagation du phlegmon vers la paroi abdominale antérieure. — Formation d'une plaque dure, résistante, d'un plastron (Chomel).

*Idem.* Vers la fosse iliaque interne et jusque dans la gaine des muscles psoas et iliaque.

*Durée.* — *Marche.* — *Terminaisons.* 1° Résolution; 2° Noyaux d'induration chronique; 3° Suppuration.

Marche lente, sourde, presque latente du phlegmon subaigu. — Recrudescences passagères. — Causes qui les provoquent.

Phlegmon aigu terminé par suppuration. — Issue de la collection purulente par diverses voies : par les organes pelviens, par la paroi abdominale, dans la cavité péritonéale, par le rectum, par le vagin, dans la vessie, vers l'anneau inguinal externe,

(1) Leçon extraite des *Archives générales de médecine*, août 1867.

vers la partie supérieure de la cuisse (observation clinique à l'appui de ce dernier mode de terminaison).

Communication du foyer purulent avec la cavité utérine.

La collection peut suivre plusieurs voies en même temps pour s'ouvrir au dehors.

*Pronostic.* — Importance de l'élément constitutionnel.

*Diagnostic.* — Périmérite ou pelvi-péritonite. — Phlegmons de la fosse iliaque, péritonite iliaque, ovarite, etc.

*Traitement.* — Indications thérapeutiques.

*Observations* de phlegmon du ligament large.

## MESSIEURS,

Le phlegmon du ligament large n'est, à proprement parler, qu'une forme de la périmérite; mais comme le travail inflammatoire a pour foyer principal le tissu connectif du ligament large au lieu d'occuper, comme dans la périmérite proprement dite, le péritoine pelvien, cette circonstance entraîne dans les symptômes et dans la marche de la maladie des différences assez tranchées pour justifier une description spéciale de cette variété morbide.

Dans sa belle monographie, M. Bernutz ne fait qu'effleurer la question des phlegmons du ligament large, se réservant de la traiter plus tard avec les développements qu'elle comporte. Plusieurs fois déjà, dans le cours des années précédentes, j'ai fait des leçons sur ce sujet; depuis lors, M. Frarier lui a consacré une thèse très-intéressante. Cependant, comme sur quelques points mes observations m'ont conduit à des résultats un peu différents des siens, je crois utile d'apporter ma contribution à l'histoire de cette affection.

Je n'ai pas besoin de rappeler ici la disposition du ligament large : cette cloison membraneuse, qui s'étend des côtés de l'utérus aux côtés du bassin, embrasse dans des replis distincts l'ovaire, la trompe et le ligament rond; elle est constituée par le péritoine superposé à une charpente fibreuse, que divise en deux loges une aponévrose horizontale, décrite par Goupil. Des fibres musculaires signalées par M. Rouget, des vaisseaux nombreux, un tissu connectif abondant, sont, avec les organes indiqués plus haut, les éléments anatomiques des ligaments larges. Leurs rapports avec l'utérus, avec l'ovaire, avec le péritoine, les exposent à recevoir le retentissement des congestions dont ces organes sont si souvent le siège. Il y a une circonstance qui, entre toutes, favorise le

développement de ces phlegmons, c'est l'accouchement. Il y joue un rôle si important que quelques médecins en ont contesté l'existence en dehors des conditions puerpérales.

M. le docteur Frarier s'est rangé à cette opinion, qui est trop exclusive. Il cite l'opinion de Trousseau sur le rôle que jouent la phlébite et la lymphangite dans l'évolution de ce phlegmon : il croit qu'après l'accouchement, il se produit dans les vaisseaux du ligament large une sorte de retrait et probablement des oblitérations ; « que ce travail normal, dit-il, vienne à dépasser les limites habituelles, et l'on verra les modifications physiologiques devenir pathologiques. » Toute cette théorie ne repose malheureusement sur aucune observation positive, et j'avoue même qu'elle ne me paraît pas très-vraisemblable ; mais ce passage de l'acte physiologique à l'état morbide trouve une explication plus plausible, selon moi, dans la déchirure du col pendant l'accouchement et dans le travail réparateur qui succède à ce traumatisme.

Il y a plus de vingt-cinq ans que j'ai signalé chez les femmes qui ont eu des enfants l'existence habituelle de brides s'étendant des commissures du col aux parois correspondantes du bassin. Chez les primipares surtout, c'est presque toujours la commissure gauche qui se déchire pendant le travail, ce qu'on a expliqué par l'inclinaison légère de l'utérus à droite pendant la grossesse. Cette obliquité a été elle-même attribuée par Tiedemann à la brièveté plus grande du ligament rond du côté droit (1). Quelle que soit l'explication, le fait existe : la commissure gauche est le point du col utérin qui cède le plus souvent pendant l'accouchement et subit, dans le plus grand nombre de cas, une solution de continuité ; une cicatrice indélébile conserve la trace de cette déchirure ; et, de la dépression qui en marque la place, on voit partir une petite rénitence transversale qui déprime en ce point le plafond du va-

(1) Il me paraît incontestable que cette bride et l'inclinaison consécutive du col utérin vers la paroi gauche du bassin ont, dans un grand nombre de cas, l'origine que je leur ai assignée. Je dois dire cependant que j'ai observé plusieurs fois cette disposition chez des femmes qui n'avaient jamais eu d'enfants. Elle était bien moins prononcée que dans les cas où je l'ai vu succéder à une inflammation du ligament large et où j'en avais pu suivre le développement. Une congestion ou une inflammation du ligament large peuvent se développer en dehors de la puerpéralité. J'en rapporterai plus loin des exemples ; mais j'ignore si une cause de cette nature était intervenue chez les femmes dont j'ai parlé, ou si une disposition particulière du ligament gauche peut, en dehors de tout état morbide, entraîner à gauche le col de la matrice, et diminuer la profondeur et la largeur du cul-de-sac correspondant.

gin et unit la commissure déchirée à la paroi correspondante du bassin.

Dans sa direction, cette bride suit exactement la base du ligament large ; n'est-il pas naturel de supposer que l'inflammation réparatrice, consécutive à la déchirure, s'est étendue, par l'intermédiaire de l'anneau cellulaire qui embrasse le col, à la partie inférieure du ligament, et qu'elle y a laissé des exsudats organisables qui, en se rétractant, comme tous les tissus inodulaires, ont donné naissance à cette bride. Celle-ci, souvent, attire un peu le col de son côté et le relève quelquefois légèrement, de manière à en rendre la surface un peu oblique de gauche à droite et de haut en bas. Ce qui me paraît donner à cette opinion une grande probabilité, c'est que cette bride peut exister à droite ou même être double, quand le col s'est déchiré au niveau de la commissure droite ou qu'une cicatrice existe des deux côtés. J'ai observé même quelquefois cette bride en arrière dans des cas où le col utérin s'était déchiré dans ce sens, et j'ai actuellement dans mon service une malade chez laquelle on peut constater la présence d'une bride dans le cul-de-sac postérieur coïncidant avec une déchirure du col dans le point correspondant.

Pour sentir ces brides, il faut, après avoir enfoncé l'indicateur au fond du cul-de-sac postérieur, lui faire suivre autour du col tout le plafond vaginal ; on constate très-bien alors que ce plafond s'abaisse, que le cul-de-sac vaginal est moins profond au niveau de la bride, et que quelquefois en même temps l'intervalle qui sépare le col utérin de la paroi pelvienne est diminué par le rapprochement de ces parties.

Le traumatisme de l'accouchement est donc habituellement suivi d'un travail inflammatoire, localisé dans le col et dans l'anneau cellulaire qui l'entoure et qui est continu lui-même au tissu cellulaire du ligament ; la propagation de l'inflammation du col au tissu connectif voisin est attestée par cette bride dont j'ai signalé l'existence si fréquente. Quand cette inflammation dépasse ses limites habituelles, une phlébite ou une lymphangite suppurative peuvent intervenir, comme le pense Trousseau, et être la condition pathogénique du travail phlegmoneux ; mais ces phlegmasies veineuses et lymphatiques n'ont-elles pas leur origine dans la lésion du col, comme certaines lymphangites aboutissant à des abcès mammaires naissent d'une gerçure du mamelon ? N'y a-t-il pas là une cause bien plus puissante des phlegmons du ligament large que celle qu'on a pu trouver dans le retrait et les oblitérations hypothétiques des vaisseaux ?

La prédilection de ce phlegmon pour le ligament large du côté gauche trouve une interprétation facile dans cette circonstance, que la déchirure est beaucoup plus commune de ce côté. Aran avait observé l'inégale profondeur des deux culs-de-sac latéraux du vagin; il avait constaté que le cul-de-sac droit est habituellement le plus profond, et, dans un cas rapporté par lui, la différence était de 4 centimètres. Aran donne de ce fait une explication que je rapporte pour mémoire: la direction du pénis dans l'acte copulateur serait la cause de ce développement unilatéral. Cette interprétation peu vraisemblable ne tient compte, ni de la déchirure du col, ni de cette rénitence transversale qu'on observe ordinairement du côté le moins profond.

Quand le travail inflammatoire est limité au ligament large, il est le plus souvent un accident de puerpéralité, mais ce phlegmon peut être une dépendance d'une phlegmasie développée dans les organes voisins, et surtout de la périmérite, pelvi-péritonite de M. Bernutz, et, dans ce cas, il relève des mêmes conditions pathogéniques que cette autre affection. Une des plus communes, en dehors l'accouchement, est le trouble de la fonction menstruelle, surtout chez les femmes qui ont du catarrhe utérin ou un engorgement de l'utérus, chez lesquelles, en d'autres termes, existe une congestion morbide habituelle de la matrice; celle-ci peut être exaspérée par la congestion menstruelle, surtout quand le flux qui sert de solution à cette dernière ne s'accomplit pas d'une manière régulière, ou quand des causes accidentelles, des incitations anormales, viennent encore augmenter ces congestions accumulées. Nous indiquerons plus tard à l'aide de quels signes on peut distinguer la participation du ligament large à la phlegmasie circum-utérine.

Le phlegmon du ligament large se développerait, suivant M. Frarier, du deuxième au vingtième jour après l'accouchement. Il est souvent difficile d'en fixer le début; les premiers symptômes sont fréquemment confondus avec les autres accidents de l'état puerpéral. Des frissons, un état fébrile paroxystique, ou au moins une fréquence insolite du pouls, des troubles digestifs, un malaise général de l'organisme, au lieu de ce retour franc vers un état fonctionnel normal, qui caractérise une puerpéralité régulière, sont, avec quelques douleurs vers l'une des régions iliaques, les premières manifestations de la maladie. Si, averti par ces signes, on examine alors le bassin, on peut constater par la palpation une sensibilité anormale au-dessus d'un des ligaments de Fallope: dans le même point, la paroi abdominale se laisse moins facilement déprimer, et donne la sensation d'une vague rénitence due en partie à la contrac-

tion instinctive des muscles au devant du foyer morbide. Le doigt, introduit dans le vagin, trouve à ce conduit sa profondeur normale; les culs-de-sac sont libres, mais celui qui correspond au côté affecté offre, quand on le presse avec le doigt, sinon une rénitence, du moins une rigidité transversale sensible à la pression, occupant la base du ligament large. Si avec le toucher on combine la palpation, on constate entre la main qui refoule la paroi abdominale et le doigt appuyé sur le cul-de-sac latéral du côté malade, une plus grande épaisseur de tissus que celle que l'on trouve du côté opposé. L'utérus conserve sa mobilité dans le sens antéro-postérieur; ses mouvements latéraux sont plus limités et provoquent des douleurs, surtout si l'on cherche à l'entraîner du côté opposé au ligament enflammé.

Au bout de quelques jours, la tumeur se dessine plus nettement. Le toucher uni à la palpation en détermine les limites; la pression exercée de haut en bas sur la région iliaque retentit obscurément sur le cul-de-sac latéral du vagin et réciproquement. Les mouvements latéraux sont encore plus restreints, et l'utérus, entraîné par le ligament malade, se rapproche de la paroi pelvienne, de telle sorte que le cul-de-sac qui supporte la tumeur devient plus étroit que le cul-de-sac opposé. En perdant de sa largeur, il devient souvent moins profond, et le doigt promené autour du col sent une rénitence transversale, quelquefois à peine appréciable, quelquefois très-saillante, séparée ordinairement par une rainure du col utérin. Comme M. Frarier l'a observé, cette plaque d'induration transversale, que j'ai signalée depuis longtemps, peut se terminer inférieurement, en croissant, pour embrasser le col utérin; elle envoie même quelquefois un petit prolongement entre ce col et la vessie dans le cul-de-sac antérieur. Cet entraînement de la matrice du côté malade m'a paru constant; il peut être expliqué par la résistance des aponévroses qui forment la charpente du ligament; écartées par la tumeur phlegmoneuse, elles doivent se raccourcir en raison même de cet écartement (1).

Ne pourrait-on pas admettre aussi que les fibres musculaires qui en-

(1) Mon excellent ami le docteur Bernutz, dans un article récent sur les phlegmons du ligament large, ayant conservé un souvenir inexact de mon travail, me fait dire qu'au début de la maladie j'ai trouvé, comme lui, l'utérus repoussé du côté opposé à la tumeur; c'est le contraire que j'ai observé; et cette observation, répétée un très-grand nombre de fois, me paraît constituer un signe important pour le diagnostic de ces phlegmons et des périmétrites péritonitiques.

treint dans leur structure se rétractent comme tous les muscles qui sont en rapport avec un foyer inflammatoire? Quelle que soit l'explication du fait, cet entraînement de l'utérus du côté malade, dans la première période des accidents phlegmasiques, me paraît être le trait caractéristique de cette affection et le signe le plus important pour le diagnostic. En même temps, l'utérus prend une direction oblique du côté malade vers le côté sain, de telle sorte que son col étant attiré vers le premier, son corps s'incline vers le second. Il en résulte que l'une des commissures se trouve un peu plus élevée que l'autre. Souvent un mouvement de rotation sur l'axe s'ajoute à cette obliquité, et tourne l'une des faces, le plus habituellement, je crois, l'antérieure, vers le côté affecté. En refoulant la paroi abdominale, on sent à cette période une tumeur profonde, adhérente à la face postérieure de la crête ilio-pubienne, adhérente en dehors au détroit supérieur et constituée par le ligament enflammé. Pendant que l'affection locale accomplit cette évolution, les troubles fonctionnels qui avaient accompagné la première période subsistent ordinairement; quelquefois ils diminuent. Il est rare néanmoins que quelques phénomènes fébriles ne se montrent pas, principalement vers le soir; mais ils peuvent être assez légers pour permettre à la malade de se lever, de continuer même ses occupations; de temps en temps cependant la fatigue, le retour des douleurs et des accidents fébriles la condamnent au repos, jusqu'à ce que la maladie ait pris des proportions plus considérables, ou jusqu'à ce que, limitée et peu intense, elle se soit terminée par résolution.

Arrivé à cette première période, le phlegmon peut parcourir son évolution sans franchir les limites du ligament large; mais le travail inflammatoire peut aussi s'étendre vers la paroi antérieure de l'abdomen, ou vers la fosse iliaque. La marche et les signes de ces envahissements ont été bien étudiés par M. Bernutz et surtout par M. Frarier, auquel je ferai plusieurs emprunts pour cette partie de l'histoire du phlegmon. Si l'inflammation se propage vers la paroi abdominale antérieure, celle-ci forme au-dessus du ligament de Fallope une plaque dure, résistante, une sorte de plastron, comme disait Chomel. Cette induration peut, comme chez notre seconde malade, dépasser la ligne médiane de plusieurs travers de doigt; elle peut supérieurement se rapprocher de la zone ombilicale. En général, elle est limitée en haut par une ligne courbe un peu oblique de dedans en dehors, où elle se termine vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Si l'on refoule au-dessus de cette plaque la paroi abdominale, on peut passer derrière, constater qu'elle est isolée

des organes sous-jacents. Elle rend du reste cette portion de la paroi peu mobile; la peau qui la recouvre conserve au contraire sa mobilité. Il faut ajouter que ce plastron n'est pas seulement observé dans les phlegmons du ligament large, mais qu'on peut le rencontrer dans certaines formes de pelvi-péritonites.

M. le docteur Frarier fait remarquer que cette gangue inflammatoire peut cacher le fond de l'utérus, le rendre inaccessible au palper abdominal, et alors la pression, exercée sur la région qu'il occupe, se transmet à la bride vaginale, au lieu de retentir directement sur le col utérin. J'ai vu, d'autrefois, la saillie du corps utérin congestionné et incliné latéralement, onduler le bord supérieur de cette induration qui surplombe le ligament de Fallope. Si l'inflammation se propagé vers la fosse iliaque interne, la tumeur franchit le détroit supérieur au-dessous duquel il fallait le chercher jusque-là: émergeant au-dessus de la cavité du bassin, elle repose par sa partie supérieure sur les muscles psoas et iliaque, où elle forme une masse résistante, douloureuse à la pression, mal circonscrite et continue à la tumeur pelvienne. Alors, à une recrudescence de phénomènes fébriles et de troubles digestifs, s'ajoutent des irradiations douloureuses vers l'hypogastre et vers le membre pelvien; celui-ci devient quelquefois légèrement œdémateux à sa partie inférieure, mais il conserve la liberté de ses mouvements, tant que l'inflammation phlegmoneuse ne pénètre pas dans la gaine des muscles psoas et iliaque; tandis qu'au contraire il se rétracte, se fléchit dans l'adduction et la rotation en dehors, quand survient cette complication (1).

La percussion ne donne que des renseignements de peu de valeur et insignifiants à côté de ceux que la palpation fournit. L'obscurité du son peut d'ailleurs varier suivant l'épaisseur de la tumeur, ses rapports avec l'intestin et l'état de distension ou de vacuité de celui-ci.

La durée de cette affection est très-variable: de quelques semaines à

(1) C'est là le signe classique de l'inflammation du psoas iliaque. Cependant chez quelques malades la propagation de l'inflammation à la fosse iliaque produit la flexion forcée de la cuisse, sans rotation du genou en dehors; la rotule est plutôt inclinée en dedans. J'ai observé dernièrement un fait de ce genre: après l'ouverture de l'abcès, le stylet parcourait librement toute l'étendue de la fosse iliaque. Le muscle iliaque était par conséquent en rapport avec le foyer inflammatoire qui ne paraissait pas s'être étendu jusqu'au psoas, et l'immobilité de celui-ci doit être la cause de la nuance symptomatique que nous signalons ici. L'insertion plus oblique des fibres de l'iliaque sur le tendon commun doit rendre son action moins énergique; et la rotation en dehors est probablement le terme extrême du mouvement accompli par ces muscles.

plusieurs mois; elle peut se terminer par résolution, et alors sa terminaison est plus prompte. Toutefois, même dans ce cas, la guérison peut, pour s'accomplir, exiger un temps considérable, surtout si, dépassant les limites du ligament large, l'inflammation s'est étendue au-dessus du bassin. La tumeur alors se modifie lentement dans sa consistance et dans son volume; il arrive un moment où l'on ne perçoit plus qu'un vague empâtement entre la main placée sur l'hypogastre et le doigt qui soulève le cul-de-sac vaginal; puis toute rénitence disparaît sans laisser, dit M. Frarier, de ces noyaux d'induration qu'on rencontre si souvent à la suite de la pelvi-péritonite. Sur ce point, je ne serai pas aussi absolu que l'observateur que je viens de citer, et j'ai rencontré quelquefois des noyaux d'induration chronique siégeant dans la base du ligament large (1); ce que j'ai constaté comme lui, c'est que, pendant ce travail résolutif, le ligament se rétracte de plus en plus, entraîne l'utérus de son côté, en soulevant un peu en même temps la commissure correspondante; mais la matrice ne présente pas ordinairement, à la suite de cette affection, les inflexions morbides de son axe, qui sont si souvent la conséquence de la pelvi-péritonite.

Le phlegmon iliaque peut aussi se terminer par suppuration, et alors, suivant la situation et l'étendue du foyer, suivant la direction que suivra le pus pour s'ouvrir une issue au dehors, suivant l'état de la constitution, le travail réparateur exigera un temps plus ou moins considérable; l'affection locale aura des retentissements plus ou moins profonds sur l'ensemble de l'organisme. Quand la phlegmasie présente une marche très-aiguë, elle aboutit rapidement à la résolution ou à la suppuration; mais cette forme est la plus rare; à Paris, du moins, dans cette race épuisée, dans des conditions de puerpéralité qui ont ajouté à la faiblesse originelle, l'inflammation revêt le plus souvent la forme sub-aiguë, quelquefois même la forme dite chronique; car, comme je vous l'ai déjà fait remarquer, dans presque toutes les maladies à mode inflammatoire, la chronicité et la subacuité supposent un substratum constitutionnel; ou, en d'autres termes, quand l'activité nutritive est affaiblie par un état morbide général, ou par des conditions morales ou physiques dépressives, les anomalies de nutrition, comme la nutrition normale, ne s'accomplissent pas d'une manière régulière; les maladies qui, par leur nature, tendraient à une solution rapide, revê-

(1) Dans une des observations que j'ai citées à propos de la périmérite, j'ai trouvé dans l'épaisseur du ligament large un noyau dur, formé par du pus concret.

tent une apparence de chronicité. C'est là l'élément pathogénique dominant des inflammations chroniques; c'est là l'indication fondamentale dans le traitement qu'on leur doit opposer.

A travers cette marche lente, sourde, presque latente du phlegmon subaigu surviennent le plus ordinairement des recrudescences passagères, marquées quelquefois par de légers frissons, par un réveil des douleurs, par une augmentation des phénomènes dyspeptiques. Elles sont provoquées par toutes les circonstances qui peuvent amener une congestion des organes pelviens; la fatigue, le coït, la fluxion menstruelle exaspèrent l'inflammation, et les symptômes qui l'accompagnent. Ces symptômes deviennent plus accusés quand la maladie aboutit à la suppuration; c'est alors que surviennent ces frissons erratiques, irrégulièrement périodiques, qui signalent le travail pyogénique. Ils se montrent surtout le soir et sont suivis de chaleur et de moiteur. Les douleurs deviennent plus vives et prennent le caractère lancinant. Souvent alors la peau se colore d'une teinte jaunâtre spéciale: ce n'est ni la couleur un peu terreuse de la cachexie palustre, ni celle de l'intoxication saturnine, plus pâle et plus terne, ni la teinte jaune-paille du cancer; c'est une couleur qui a sa nuance propre, et est un des caractères de la pyogénie. L'insomnie, l'inappétence, quelquefois des vomissements et de la diarrhée, un amaigrissement rapide se joignent à ces manifestations extérieures pour annoncer qu'un travail morbide grave s'est accompli dans l'économie vivante, et qu'un organe important est le siège d'un produit non assimilable, qui, par cela même, lui devient hostile, et doit être rejeté au dehors. En même temps la localisation et la forme de ce travail morbide se font connaître par l'exaspération et par le caractère lancinant, pulsatif des douleurs; la tumeur devient plus volumineuse, sa consistance se modifie, et la direction dans laquelle la collection purulente se portera pour être éliminée, commence à s'indiquer. Si c'est par les organes pelviens, le toucher vaginal et rectal fait constater une élasticité spéciale succédant à l'induration, et quelquefois même un empâtement œdémateux superficiel. Si c'est par la paroi abdominale, celle-ci se soulève, présente une sensibilité très-vive, plus exaltée dans le point qui doit abcéder, comme le remarque M. Frarier; la fluctuation dans le même lieu devient très-manifeste et est limitée par un bourrelet induré. Il est rare, dans ces cas, que l'ouverture de l'abcès soit abandonnée à la nature; l'art doit intervenir; et, à propos du traitement, nous dirons quelle doit être cette intervention. Cependant, l'abcès peut s'ouvrir spontanément par la paroi abdominale; c'est dans

le cas où l'inflammation a gagné la couche celluleuse profonde de cette paroi : elle peut aussi y arriver après avoir envahi la fosse iliaque. Le péritoine, dans ces deux cas, est doublé, refoulé en dedans, et sépare la collection purulente de la cavité abdominale. Cette barrière est rendue plus résistante par les produits néoplasiques qui la doublent; dans des cas exceptionnels, cependant, elle est détruite par le pus, et alors surviennent des accidents de péritonite générale, rapidement mortels. Il arrive quelquefois, et j'ai plusieurs fois observé cette circonstance, qu'après avoir fait saillie vers la région iliaque, la tumeur s'affaisse tout à coup, et l'on trouve alors qu'elle a gagné dans la profondeur du bassin ce qu'elle a perdu au-dessus de cette enceinte osseuse; dans d'autres cas, la collection proémine en même temps vers la cavité pelvienne et vers la paroi abdominale, et peut s'ouvrir par ces deux voies.

La collection se vide souvent par le rectum; ce serait même, d'après mon impression personnelle, la terminaison la plus commune, quoique M. Frarier en pense autrement. Dans ce cas, des douleurs dans la défécation, de la diarrhée glaireuse, quelquefois même avec caractère dysentérique, précèdent l'issue du pus qui, pendant plusieurs jours, sort mêlé aux matières alvines. L'obliquité du trajet fistuleux, qui fait communiquer le foyer avec l'intestin, fait au devant de l'ouverture une sorte de valvule ouverte aux produits de la cavité morbide, et fermée pour le passage des matières intestinales. Pendant que le pus se fraye un passage vers le rectum, le toucher vaginal, combiné avec le toucher rectal, fait sentir quelquefois l'épaississement et la tuméfaction œdémateuse de la cloison qui les sépare.

L'ouverture peut se faire par le vagin; je l'ai observée plusieurs fois sans pouvoir reconnaître, avec le doigt, le point qui donnait passage au pus.

D'autres fois, c'est dans la vessie que le pus est versé, et alors il s'écoule avec l'urine.

On l'a vu se diriger vers l'anneau inguinal externe, en suivant le ligament rond, comme l'a observé M. Gubler, ou fuser en arrière vers la partie supérieure de la cuisse; cette marche de la maladie est assez rare pour que je croie devoir vous en rapporter un exemple que j'ai observé il y a quelques années.

Une femme de vingt-quatre ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, était accouchée, pour la première fois, un mois et quelques jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Trois jours auparavant ses règles avaient reparu : deux jours après leur

apparition, elle fut prise d'un frisson violent, de fièvre, quoiqu'elle eut gardé le lit, assure-t-elle; puis le ventre commença à se tuméfier sans vives douleurs; la malade avait un peu de diarrhée.

A son entrée, le 29 avril 1859, elle avait de la fièvre : cent seize pulsations; les jambes étaient faibles, mais conservaient toute la liberté de leurs mouvements; le ventre était souple et indolent; la diarrhée avait cessé; il n'y avait plus de douleurs pendant la miction.

Dans la fosse iliaque gauche on sentait une tumeur volumineuse, dure, située en dehors de l'utérus dont la palpation combinée avec le toucher faisait reconnaître le fond. Il était peu mobile, entraîné à gauche, et une rénitence transversale marquait la base du ligament large.

Je prescrivis un bain, un vésicatoire sur la région iliaque gauche, et tout autour des onctions avec de l'onguent mercuriel belladonné.

Quand le vésicatoire fut sec, je le remplaçai par une application de caustique de Vienne, dans l'étendue d'une pièce de 2 francs. Pendant six jours l'état général était resté stationnaire; la fièvre persistait quoiqu'elle eut baissé de quelques pulsations; par moments survenaient quelques petits frissons; il y avait une constipation opiniâtre que pouvait expliquer la compression de l'S iliaque par la tumeur.

Au bout de ce temps, celle-ci avait augmenté de volume et présentait une mollesse élastique sans véritable fluctuation. Quelques jours plus tard il survint un peu d'œdème autour des malléoles. On continua les bains, les cataplasmes, et l'on appliqua un second cautère. La tumeur proéminait de plus en plus et était devenue décidément fluctuante. La fièvre et les frissons avaient cessé.

Quarante jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, je constatai une diminution considérable dans le volume de la tumeur iliaque; aucun écoulement de pus bien caractérisé ne s'était fait par les orifices naturels; les selles renfermaient bien une matière qui ressemblait à du mucus puriforme, mais dont la nature resta douteuse.

En même temps que la tumeur iliaque s'affaissait, nous en vîmes saillir une autre à la partie antéro-supérieure de la cuisse, au milieu du triangle de Scarpa, séparée de la tumeur iliaque par une bride qui répondait au ligament de Fallope.

Cette tumeur était plate, empâtée, rougeâtre; à son niveau on sentait de la fluctuation. Je l'incisai, et il en sortit une quantité très-considérable de pus. Cet écoulement continua les jours suivants, et la tumeur iliaque disparut complètement. Nul doute que les deux tumeurs ne communiquassent entre elles; le doigt introduit dans la plaie pénétrait à une grande profondeur dans l'épaisseur de la cuisse; en exerçant sur la région iliaque des mouvements successifs de pression et de relâchement, on produisait dans le liquide qui baignait la surface de la plaie des alternatives de refoulement et d'aspiration.