

et en quelque sorte béant, par un tissu cellulaire phlogosé, et induré, ne peut se contracter que faiblement sur les matières fécales qui, en s'accumulant dans son intérieur, finissent par le distendre. Sur 34 observations dans lesquelles l'état des fonctions digestives a été précisé, on trouve que chez 25 malades la constipation a été un symptôme prédominant, lorsque la maladie était une fois déclarée; et dans les 9 cas qui restent, on en a noté un où il y eut diarrhée continue, ou des alternatives de constipation et de dévoisement.

Enfin la tumeur peut être cause de rétraction du membre et de claudication, lorsque, située au-dessous du *fascia iliaca*, elle envahit le muscle iliaque. Ce symptôme a existé à un degré variable chez un dixième des malades.

La fièvre accompagne le phlegmon iliaque dans les trois quarts des cas au moins. Elle est communément peu forte, continue, sans paroxysmes; rarement elle s'accompagne de troubles sympathiques graves. La fièvre a manqué complètement dans les cas où la tumeur commençait sourdement, et lorsqu'elle était peu douloureuse.

Le phlegmon a-t-il été consécutif à la gangrène du cæcum ou de son appendice, la douleur est en général plus vive, sans avoir néanmoins, à beaucoup près, l'instantanéité et l'acuité qu'elle a dans la péritonite suraiguë qui succède à un épanchement irritant; la fièvre est également plus intense, la constipation plus opiniâtre; les malades sont tourmentés par des vomissements bilieux qui, en général, persistent pendant toute la durée de la maladie, dont la marche est plus rapide et qui se termine nécessairement par suppuration et souvent aussi par gangrène. Observons pourtant ici qu'il faut faire la part dans les symptômes de ce qui peut revenir à la péritonite, qui presque toujours s'ajoute aux désordres déjà si graves qu'on trouve dans la fosse iliaque.

**Marche. Terminaisons.** — Les phlegmons des fosses iliaques peuvent offrir presque toutes les formes de terminaison que l'on observe pour les tumeurs phlegmoneuses des autres régions du corps. C'est ainsi qu'ils peuvent se terminer par résolution, suppuration, gangrène et induration. Je ne parle pas de la délitescence, dont personne n'a jusqu'à présent, je pense, cité d'observation bien authentique; je ne crois pas d'ailleurs que ce soit là un mode de terminaison possible dans les phlegmons, quel que soit leur siège; car l'engorgement qui les constitue est trop considérable pour pouvoir jamais disparaître brusquement.

La résolution est la terminaison la plus heureuse, mais la plus rare, du phlegmon iliaque. Je ne l'ai vue s'opérer que deux fois dans les douze observations que j'avais recueillies lorsque je rédigeai mon travail, et les faits que j'ai vus depuis cette époque n'ont pas modifié la proportion. Je ne parle pas des phlegmons survenus dans l'état puerpéral, car ici la suppuration est à peu près constante. Cette rareté de la résolution des engorgements inflammatoires dont je parle, est un fait qui mérite d'autant plus d'être signalé, que, à priori, on aurait pu supposer le contraire, en considérant que le tissu cellulaire des fosses iliaques est peu chargé de graisse, et, partant, dans une condition anatomique favorable pour la résolution des phlegmons qui s'y développent.

La résolution des phlegmons iliaques est généralement lente à se faire: chez deux sujets elle a pu s'effectuer en quinze ou vingt jours; mais chez tous les autres elle n'a été complète qu'au bout de deux ou trois mois. Cette inertie dépend probablement du peu de vascularité du tissu cellulaire qui remplit les fosses iliaques. Quoi qu'il en soit, lorsque la résolution s'opère du côté malade, on ne voit pas le côté sain se prendre à son tour. J'ignore encore sur quel fait s'appuyait Levret pour admettre qu'il arrivait communément, pendant

que l'on travaille à dissiper l'engorgement qui s'est annoncé d'un côté, de le voir gagner le côté opposé et s'y révéler par les mêmes symptômes. L'extension de la phlegmasie du tissu cellulaire d'un côté à l'autre est, d'après moi, excessivement rare: jusqu'à présent elle n'a peut-être été observée que deux ou trois fois. Cette propagation d'ailleurs se fit d'une manière occulte et ne fut révélée que par l'autopsie.

La suppuration est donc la terminaison la plus fréquente des phlegmons iliaques. Elle est presque inévitable pour les engorgements consécutifs aux couches, puisque sur dix-sept femmes elle a eu lieu chez seize d'entre elles.

Le temps nécessaire à la formation du pus a beaucoup varié chez les divers individus. On peut, je crois, admettre comme règle générale que, dans les phlegmons non gangréneux des fosses iliaques, le pus se forme plus lentement que dans les tumeurs de même nature qui se développent dans les autres parties du corps. Dans celle-ci, en effet, lorsque l'inflammation est vive, le pus commence à se former du cinquième au huitième jour. Dans la fosse iliaque, au contraire, le même phénomène n'apparaît guère, terme moyen, que du vingtième au vingt-sixième jour. Dans un cas exceptionnel, on vit la suppuration se former et s'échapper au dehors le septième jour; mais, chez tous les autres malades, les premiers indices rationnels de la présence du pus n'apparurent que les dixième, douzième, dix-neuvième, vingt-quatrième, trentième, trente-huitième, quarante-deuxième et soixantième jours, à dater des premiers accidents.

Comment expliquer une pareille lenteur! Serait-ce parce que l'inflammation est moins intense? Cette cause est réelle dans quelques cas; mais j'ai vu des phlegmons iliaques accompagnés d'une réaction fébrile forte, et dans lesquels néanmoins la suppuration n'était appréciable qu'au trentième jour. Je crois que la cause principale réside dans l'organisation du tissu cellulaire des fosses iliaques, qui, étant lamelleux et comptant infiniment peu de vésicules graisseuses, entre en suppuration plus lentement que le tissu cellulaire des membres, des fesses ou du pourtour de l'anus, qui offre une disposition contraire.

Les symptômes qui indiquent la formation du pus sont locaux ou généraux; ceux-ci ont une grande valeur: ils peuvent souvent, à eux seuls, faire établir un diagnostic certain, car il n'est pas rare de voir des abcès phlegmoneux, profondément cachés dans les fosses iliaques, ne se révéler par aucun phénomène extérieur local.

Les symptômes qui marquent la présence du pus varient d'ailleurs suivant que l'affection est plus ou moins aiguë. Le phlegmon a-t-il une marche rapide, on observe une exaspération momentanée dans les symptômes généraux, et surtout dans les phénomènes locaux: les élancements dont la partie était déjà le siège redoublent, la fièvre se réveille, la tumeur semble devenir plus volumineuse, et les phénomènes de compression sur quelques organes que j'ai énumérés précédemment augmentent ou apparaissent pour la première fois. C'est ainsi que j'ai vu dans la moitié des cas la constipation être plus opiniâtre à l'époque où l'inflammation devient *suppurative*, et chez six malades, la douleur, la rétraction du membre, la difficulté du mouvement, et enfin l'œdème autour des malléoles, sont survenus pour la première fois ou ont augmenté lors de la formation du pus dans la tumeur. Lorsque la maladie suit au contraire une marche lente, lorsque le phlegmon est survenu presque sans douleur et sans éveiller nulle part de sympathie, on n'observe pas alors cette période d'exacerbation que je viens de décrire. Mais avec quelque rapidité que le pus se soit formé, dès qu'il est réuni en foyer, il donne lieu à divers acci-

dents qu'il est important de connaître. Chez un bon tiers des malades, j'ai noté des frissons irréguliers, de la fièvre, offrant des redoublements le soir, et des sueurs générales, quelquefois considérables, ayant surtout lieu la nuit pendant le sommeil. Ces divers phénomènes morbides n'indiquent pas, comme quelques personnes le pensent, que la suppuration va s'établir; mais ils sont le signe certain que du pus est déjà formé dans la tumeur, car ces troubles coïncident ordinairement avec des phénomènes locaux qui mettent le diagnostic hors de doute. Quelquefois, en effet, on sent la fluctuation dans un point circonscrit d'abord, et devenant bientôt sensible sur toute la surface de la tumeur. Mais pour que ce phénomène existe, il ne suffit pas qu'il y ait beaucoup de pus amassé, il faut encore que ce liquide ne soit pas trop profondément placé; la tumeur deviendra en même temps plus ou moins proéminente, suivant la direction que le pus prendra. Si le foyer se porte vers la peau, la tumeur proéminera de plus en plus, elle fera corps avec la paroi abdominale, qui peu à peu s'use et se perforé. Si, par contre, le pus prend une direction opposée, la tumeur s'affaisse et disparaît même du jour au lendemain, soit parce que le liquide a fusé vers le bassin, soit plutôt parce qu'il a gagné la région lombaire en décollant souvent, dans toute son étendue, la portion correspondante du colon. On l'a vu même se répandre plus loin. C'est ainsi que M. Vigla a cité l'observation d'une jeune femme affectée d'un phlegmon iliaque, chez laquelle M. Velpeau crut sentir une fluctuation profonde, mais trop obscure encore pour qu'il y eût indication d'agir; six jours se passèrent sans changement notable, et après cette époque l'illustre chirurgien ne trouva plus l'engorgement: aucune fluctuation ne l'avait remplacé, mais un examen attentif des parties voisines fit découvrir de l'œdème au niveau du grand trochanter; des incisions furent faites à ce niveau et donnèrent issue à un pus fétide (1).

Une fois la suppuration établie, il faut, pour que la guérison survienne, que le liquide soit expulsé au dehors par les seules forces de la nature ou par les secours de l'art, car on ne peut guère espérer la résorption. Cependant, quelque rare que soit cette terminaison, elle ne me paraît pas tout à fait impossible, je crois moi-même en avoir observé au moins un exemple.

Le pus emprisonné au milieu des fosses iliaques peut se frayer une route à l'extérieur, soit à travers les parois abdominales, soit en s'épanchant dans un des réservoirs excrémentitiels qui sont dans son voisinage, c'est-à-dire l'intestin et la vessie. Enfin, chez la femme, il peut se faire jour par le vagin et même par l'utérus.

Chez quatorze malades, l'abcès s'est vidé à la surface de la peau exclusivement, tantôt à la suite d'une ouverture spontanée, le plus souvent à l'aide d'une incision faite par le médecin. Dans quatorze autres cas, le pus est arrivé à l'extérieur en même temps ou peu après qu'il s'était déjà frayé une première issue à travers la vessie, le vagin ou le gros intestin.

L'anatomie nous démontre *à priori* que lorsque le pus est exactement contenu dans la fosse iliaque, il ne peut arriver au dehors de la partie postérieure du bassin, à cause de la résistance que les os lui opposent en ce point. Il faut donc qu'il se porte en avant, qu'il use la paroi abdominale antérieure, ou qu'il se fraye une route par l'une des ouvertures naturelles qui existent à la partie inférieure du ventre.

Le premier cas est de beaucoup le plus commun. Chez les deux tiers des individus, en effet, c'est par un point voisin du ligament de Fallope ou de l'épine

(1) Société anatomique, 12<sup>e</sup> année, 7<sup>e</sup> bulletin.

iliaque antérieure et supérieure que la tumeur tend à se faire jour. Dans quelques cas fort rares, le pus fuse dans l'épaisseur de la cuisse en passant sous l'arcade crurale; il y produit des désordres plus ou moins graves, suivant que le phlegmon était exclusivement sous-péritonéal ou qu'il siègeait sous l'aponévrose iliaque. Dans le premier cas, le pus fusant dans la cuisse se place en dedans et en avant des vaisseaux fémoraux sans altérer la structure des muscles psoas et iliaque. Mais si l'abcès est sous-aponévrotique, le pus est contenu dans la gaine fibreuse du *fascia iliaca* et arrive jusqu'au petit trochanter; il forme souvent un vaste foyer après avoir altéré, ramolli, détruit les fibres des muscles psoas et iliaque.

Lorsque le pus a suivi la direction dont nous venons de parler en dernier lieu, il peut sur sa route envahir l'articulation coxo-fémorale, qu'il enflamme au milieu des douleurs les plus vives; la capsule fibreuse est détruite, et la tête du fémur sort plus ou moins complètement de sa cavité; le membre abdominal est porté alors dans la rotation en dehors, et tout mouvement qu'on lui imprime réveille des douleurs atroces. J'ai, en 1847, recueilli deux faits de ce genre; M. Aubry en avait déjà publié un autre dans les *Archives* de 1843. Cet accident est à redouter lorsque l'abcès sous-aponévrotique intéresse le muscle iliaque et lorsqu'il pénètre dans la gaine synoviale commune à ce muscle et au psoas, qui, comme on le sait, communique elle-même souvent avec l'articulation de la hanche.

Le pus, au lieu de fuser intérieurement, suit parfois une direction opposée. C'est ainsi que souvent on le voit cheminer au-dessous du gros intestin presque jusqu'au voisinage du rein et du foie. La position horizontale que la plupart des malades gardent habituellement, et la laxité du tissu cellulaire de ces parties, expliquent suffisamment pourquoi le pus fuse de préférence vers la région supérieure de l'abdomen. Au contraire, la saillie considérable produite par les muscles psoas s'oppose énergiquement à ce que l'abcès parvienne jusque dans la cavité pelvienne. Cependant la chose peut arriver, et elle doit être moins commune à droite qu'à gauche: dans ce dernier côté, en effet, on trouve l'S iliaque du colon, ou plutôt son repli mésentérique, qui, croisant la direction des psoas pour plonger dans le bassin, peut permettre assez facilement au pus accumulé dans la fosse iliaque gauche de fuser entre ses deux lames et d'aller se mettre en contact avec les parois du rectum.

D'autres fois, la suppuration chemine plus loin encore; elle passe, par exemple, d'une fosse iliaque à l'autre sans qu'on puisse expliquer ces migrations par la position des malades ou par aucune disposition particulière. Un des faits les plus curieux en ce genre est celui qu'Auguste Bérard a rapporté dans une des séances de la Société anatomique (1).

La quantité de pus renfermé dans les abcès iliaques varie depuis quelques grammes jusqu'à plusieurs livres. Les propriétés physiques du produit morbide ne sont pas non plus toujours les mêmes. On sait que la suppuration fournie par les abcès profonds des parois abdominales répand assez souvent une odeur extrêmement fétide, analogue quelquefois à celles des matières fécales, de manière à faire croire à une perforation intestinale. On pourrait penser qu'il en est toujours ainsi pour les abcès des fosses iliaques; il semble même que le pus devrait contracter d'autant plus facilement l'odeur stercorale, qu'il est toujours assez rapproché de l'intestin, et le plus souvent même en contact immédiat avec ses parois; mais l'examen des faits ne confirme nullement cette opinion. C'est

(1) Société anatomique, 1834, 7<sup>e</sup> bulletin.

ainsi que sur 9 malades dont l'abcès s'est ouvert à l'extérieur seulement, et chez lesquels aussi les qualités de la suppuration ont été exactement décrites, j'en trouve 7 qui ont fourni un pus blanc, assez consistant, en général bien lié et tout à fait inodore. Dans deux cas le fluide morbide a présenté une odeur fétide, stercorale, sans qu'il y ait aucune raison de croire que le foyer communiquait avec l'intestin. Le pus présente d'autres caractères lorsque l'abcès, avant de s'être ouvert à la surface de la peau, s'est préalablement vidé dans le tube digestif. En effet, sur quatre malades qui offraient des exemples de cette double perforation, le pus a été noté trois fois plus ou moins séreux, grisâtre, mêlé à des gaz et extrêmement fétide. En est-il aussi de même pour les abcès qui s'ouvrent à la peau après avoir communiqué avec le vagin ou bien avec la vessie? Je l'ignore, parce que je n'ai encore observé aucun fait de ce genre, et que dans ceux qui sont rapportés par les auteurs on a oublié de décrire les qualités du pus. Enfin, lorsque les abcès stercoraux et gangréneux du pourtour du cæcum se font jour à l'extérieur, le pus qui s'en échappe, d'une odeur fétide, est mêlé à des gaz, à des matières fécales, à des corps étrangers venant de l'intestin, tels que des noyaux ou des pépins de fruits; enfin la suppuration entraîne quelquefois avec elle des lambeaux de muscles ou de tissu cellulaire mortifiés.

Les abcès des fosses iliaques s'ouvrent fréquemment dans le gros intestin, et il est utile de noter que cette voie d'élimination se fait plus souvent pour les abcès du côté droit que pour ceux du côté gauche. L'anatomie nous explique cette différence : à droite, en effet, le pus est généralement en contact avec la face postérieure du cæcum et du côlon ascendant, parties qui, étant dépourvues de péritoine, n'opposent qu'une faible résistance; la même disposition n'existant point communément à gauche pour l'S iliaque, il s'ensuit que les abcès de cette région ont plus de difficulté pour pénétrer dans l'intestin; néanmoins il serait inexact de dire qu'ils ne peuvent affecter cette terminaison, car la science possède au moins trois exemples d'abcès iliaques gauches qui se sont ouverts dans le côlon ascendant ou dans l'S iliaque (1). Dans les cas rares où le pus fuse dans la cavité pelvienne, l'évacuation peut s'effectuer aussi par suite de la perforation du rectum. M. le professeur Rigaud dit, en effet, avoir observé chez une femme de quarante ans un abcès iliaque droit, non lié à l'état puerpéral, qu'on ouvrit dans le rectum en se servant du *speculum ani* (2).

Lorsque l'abcès se vide dans un point quelconque du gros intestin, tantôt on n'observe qu'une seule perforation assez exactement arrondie, dont le diamètre varie de 3 à 15 millimètres; d'autres fois il y a plusieurs ouvertures rapprochées les unes des autres (observation XVII<sup>e</sup> de Ménière), ou bien disséminées comme dans un fait que j'ai rapporté dans mon mémoire. Ces perforations sont quelquefois garnies à leur pourtour, soit en dedans (Ménière), soit en dehors de l'intestin (Bérard), de bourrelets saillants qui peuvent, suivant leur disposition, gêner ou favoriser l'écoulement du pus dans l'intérieur du tube digestif. Quelquefois la communication entre le foyer purulent et l'intestin s'opère au moyen de l'appendice vermiforme du cæcum, ordinairement alors frappé de gangrène. Il est à présumer que, dans ces cas, l'altération profonde de l'appendice a été la cause de tous les accidents.

L'époque à laquelle la perforation intestinale s'opère varie beaucoup : c'est ainsi qu'on l'a vue s'effectuer les treizième, quizième, seizième, vingtième et ving-

(1) Bricheteau, *Archives*, 3<sup>e</sup> série, t. II, p. 409. — Bérard, *Société anatomique*, loc. cit., et dans l'observation IV de mon mémoire.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. I, p. 61.

septième jours, et même deux ou trois mois à dater du début de la maladie. Il n'est pas toujours également facile de diagnostiquer le moment où l'abcès communique avec l'intestin. Si, en effet, l'ouverture est petite, si le pus ne s'écoule que lentement et en petite quantité à la fois, alors la tumeur change peu de volume, et l'examen attentif des matières fécales ne peut faire reconnaître aucun globule purulent. Il n'en est plus de même lorsque le pus fait tout à coup irruption dans le tube digestif. Dans ce cas, la tumeur s'affaisse et disparaît même tout à fait, comme si elle se fût vidée à l'extérieur. Bientôt le malade, qui avait été jusqu'alors constipé, éprouve un violent besoin d'aller à la selle, et rend un ou plusieurs verres d'un pus blanchâtre et souvent inodore. Mais si la perforation intestinale ne se fait que lorsque l'abcès s'était déjà vidé à travers les téguments, on la reconnaît par l'issue des matières intestinales à travers la fistule cutanée : c'est ce qu'on voit dans la cinquième observation rapportée dans les leçons cliniques de Dupuytren (1).

Chez la femme, les abcès des fosses iliaques s'ouvrent assez souvent dans le vagin. Il est à remarquer que ce sont peut-être ceux du côté gauche qui affectent surtout ce mode de terminaison. C'est ainsi que sur six cas d'abcès iliaques communiquant avec le vagin seulement, ou en même temps à la surface de la peau, il y en a quatre qui occupaient le côté gauche, et deux seulement le côté droit. Cette sorte de préférence s'explique assez naturellement, si l'on se rappelle que les abcès de la fosse iliaque gauche pénètrent dans le bassin bien plus facilement que ceux qui se développent au voisinage du cæcum. Il est probable que c'est en fusant le long du rectum que le pus finit le plus souvent par aboutir au vagin; on conçoit aussi qu'il puisse y arriver en suivant les parties latérales de la vessie. Lorsque le pus est évacué par cette voie, les parties génitales sont subitement baignées par ce liquide, dont la quantité varie beaucoup. Tantôt il n'y a qu'un suintement; d'autres fois, au contraire, les femmes rendent en peu d'instants un ou deux verres d'un pus en général blanchâtre, consistant, fétide ou inodore. Ici le doute n'est pas permis, mais on comprend que lorsque le pus s'échappe peu à peu en petite quantité et que la femme est habituellement leucorrhéique, ce mode d'évacuation du foyer peut passer aisément inaperçu. Il sera souvent possible, à l'aide du spéculum, de découvrir le point précis du vagin où la perforation s'est faite; mais cependant on peut fort bien ne pas la voir, soit parce qu'il n'existe qu'un pertuis qui se cache facilement au fond de ces rides nombreuses que le vagin présente à sa surface, soit parce que la perforation s'est opérée à travers l'utérus, dans un point que l'instrument ne permet pas d'apercevoir. Quelque résistance qu'oppose le tissu de l'utérus, il est certain qu'il peut être attaqué par le travail morbide et que le pus peut être évacué à travers les parois de cet organe. Dance en a cité un fait remarquable; on a encore vu le foyer se faire jour dans la vessie. Dance, Ménière et le docteur Henri James Johnson (2) en rapportent chacun une observation. Dans aucun de ces cas la perforation n'a été simple, car l'abcès s'ouvrait en même temps dans le gros intestin ou à la surface de la peau. Dans les deux cas qui ont été recueillis par Dance et par Ménière, il ne paraît pas que la présence du pus dans la vessie ait déterminé des symptômes particuliers; il n'en fut pas de même pour le malade du docteur Johnson, qui, obligé d'uriner toutes les demi-heures, éprouvait en même temps de vives douleurs

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 344.

(2) *The Medico-chir. Review*, dernier cahier trimestriel de 1856; et *Gazette méd.*, t. V, p. 123.

au périnée, dans la vessie et au bout du pénis, douleurs qui se prolongeaient quelques instants après l'émission de la dernière goutte d'urine. Ce liquide était parfois sanguinolent, et la pression sur le pubis était douloureuse; la muqueuse vésicale n'était ni enflammée ni épaissie; mais on voyait à la partie moyenne de la paroi antérieure du viscère une petite ouverture ronde, ayant à peine le diamètre d'un pois, communiquant avec un trajet sinueux formé entre l'insertion des muscles au pubis; ce trajet s'avancait vers le côté droit entre les muscles et le péritoine, arrivait dans la fosse iliaque, où il s'ouvrait dans un abcès qui communiquait aussi avec l'intérieur du cæcum.

Enfin nous citerons, comme terminaison plus insolite encore des abcès iliaques, le fait recueilli par M. Demaux, qui vit le pus s'ouvrir une issue dans la veine cave inférieure. On comprend qu'en pareil cas il y aurait tous les accidents de l'infection purulente; et même si la quantité du pus qui pénètre ainsi brusquement dans les voies circulatoires était très-considérable, la mort pourrait survenir promptement, comme elle arrive chez les animaux auxquels on injecte à la fois beaucoup de pus dans les veines. L'ulcération de la veine ayant été précédée de la compression du vaisseau par le foyer, il est probable qu'on devrait observer en pareils cas un œdème plus ou moins considérable des deux membres pelviens.

Que l'abcès s'ouvre à la surface de la peau ou bien que le pus soit versé dans la vessie, dans le vagin ou dans le gros intestin, les phénomènes qui se passeront du côté de la tumeur seront à peu près les mêmes dans tous les cas. L'abcès s'affaîssera d'autant plus que l'écoulement du pus sera plus rapide et plus abondant, et l'on verra cesser quelquefois en peu d'instants certains symptômes dus à la compression qu'exerçait la tumeur sur les parties voisines, spécialement sur le cæcum, sur les muscles et sur les vaisseaux.

L'ouverture du foyer est toujours suivie de soulagement, même lorsque la maladie doit avoir une issue fatale. Il est des individus chez lesquels on voit la maladie marcher régulièrement vers une heureuse solution aussitôt après l'évacuation du foyer; mais souvent aussi la maladie est entravée par quelques-uns des accidents qu'on trouve à la suite de tous les abcès un peu vastes, comme rétention du pus, infection putride, érysipèles.

Les malades qui, après l'évacuation du pus, n'éprouvent aucun accident nouveau, ne guérissent pas à la même époque. La voie par laquelle le pus s'est échappé au dehors influe beaucoup sur la rapidité plus ou moins grande de la guérison. En général, les abcès qui s'ouvrent dans le gros intestin sont ceux qui guérissent le plus vite, car j'ai vu alors le pus cesser de couler, terme moyen, vers le neuvième jour. L'observation de M. le professeur Rigaud (de Strasbourg), que j'ai citée plus haut et dans laquelle la guérison se fit attendre pendant plusieurs mois, est un fait exceptionnel. La longueur de la suppuration dans ce cas dépendait probablement de la grande étendue occupée par le trajet fistuleux, qui de la fosse iliaque droite aboutissait à un point assez rapproché de l'anus. Par contre, les malades chez lesquels on ouvre le foyer à l'aide de l'instrument tranchant ont une suppuration qui persiste parfois durant deux ou trois mois, en moyenne vingt-sept jours. On peut l'expliquer par la déclivité du foyer et la peine que le pus éprouve à s'écouler au dehors lorsque l'incision est faite au-dessus du ligament de Fallope et que le malade conserve habituellement la position horizontale. Cette persistance de la suppuration n'a pas seulement pour effet d'affaiblir les malades, mais il est à craindre de voir quelquefois une hernie s'opérer à travers le trajet fistuleux. Blandin a cité l'observation d'un individu qui mourut à l'hôpital Beaujon,

affecté d'une hernie du cæcum formée à travers une fistule des parois abdominales (1).

La suppuration laisse après elle, chez le tiers des malades, un léger engorgement ou de petits noyaux d'induration qui se résolvent à la longue, mais ils peuvent persister pendant plusieurs mois sans occasionner la moindre douleur ni la plus petite incommodité. Ces engorgements consécutifs occupent tantôt exclusivement le tissu cellulaire, et tantôt aussi ce chapelet de ganglions qui accompagne l'artère iliaque externe.

Quelle que soit la voie par laquelle la suppuration s'est frayée une issue au dehors, si elle continue à se faire au delà de certaines limites, les malades sont bientôt épuisés; on les voit maigrir, perdre de leurs forces; la fièvre s'allume, elle a des redoublements nocturnes, la langue se dessèche, l'appétit se perd; enfin des sueurs abondantes, un dévoiement que rien ne peut arrêter, viennent encore ajouter à la faiblesse et accélérer le moment de la mort. La moitié des malades qui succombent aux suites d'un abcès iliaque meurent épuisés par l'abondance, la persistance et la viciation de la suppuration. La mort par consommation a lieu de deux à six mois à dater du début de la maladie, et d'un à trois mois après l'ouverture de l'abcès. Cette terminaison est observée quel que soit le point par lequel le pus s'est évacué. Il se fait dans ces cas de très-larges décollements, des clapiers multiples où le pus stagne et croupit comme à la suite de tous les abcès étendus, car, quoi qu'en ait dit John Bell, il n'y a sous ce rapport nulle différence à établir entre les abcès iliaques et ceux qui siègent dans toute autre région.

Parmi les malades qui meurent à la suite des abcès iliaques, il y en a un sixième au moins qui est emporté par la péritonite. Cette terrible maladie peut survenir à une époque rapprochée du début, comme on le voit dans la quatrième observation du mémoire de Dance et dans la troisième du travail de Bourienne. La péritonite survient d'autres fois à une époque plus éloignée; elle succède généralement alors à la rupture de l'abcès et à l'épanchement consécutif du pus dans la cavité de la membrane séreuse. J'ai observé un cas de ce genre en 1831; la perforation fut marquée par l'affaissement brusque de la tumeur et par tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Un épanchement du pus se faisant subitement et abondamment dans la cavité péritonéale peut produire chez un sujet déjà épuisé un ébranlement tel, qu'une mort subite peut en être la conséquence, sans qu'il y ait dans ces cas trace de péritonite; c'est ce que prouve un fait remarquable publié par le docteur Perrochaud (2).

Il y a enfin des malades qui succombent à une époque rapprochée du début sans qu'il y ait complication de péritonite, et victimes de l'étendue et de la gravité des désordres: c'est ce qu'on a vu en particulier dans les cas d'abcès stercoraux.

La gangrène, complication toujours fâcheuse, ne se remarque guère que dans les phlegmons consécutifs à la mortification du cæcum ou de son appendice, et à l'épanchement des matières stercorales dans le tissu cellulaire voisin. Je ne crois pas qu'on ait jamais observé la gangrène dans les phlegmons d'origine spontanée qui se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Si, au contraire, l'engorgement inflammatoire, quoique spontané, est subjacent au *fascia iliaca*, celui-ci pourra produire alors un véritable étranglement des parties phlogosées, et il sera assez commun de voir dans ces abcès sous-aponévrotiques les fibres

(1) Anatomie chirurgicale, 2<sup>e</sup> édit., p. 323.

(2) Bulletins de la Société anatomique, 12<sup>e</sup> année, 7<sup>e</sup> bulletin, p. 205.