

## ARTICLE XVI.

## DES ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE.

Il y a long-temps, dit M. Dupuytren, que j'ai fait voir qu'il se développait des tumeurs dans la fosse iliaque droite qui semblaient être en connexion intime avec les parois du cœcum. Ces tumeurs s'accompagnent fréquemment de troubles remarquables dans la fonction du gros intestin ; dans un grand nombre de cas, elles se terminent par résolution ; dans quelques circonstances, par une abondante suppuration ; quelquefois enfin elles sont le point de départ d'une inflammation qui s'étend à toute la surface du péritoine. Aussi, sous ces différents points de vue, nous paraissent-elles devoir être étudiées avec soin.

Une des premières questions que doit naturellement suggérer l'étude de ces tumeurs est celle-ci : Pourquoi se forment-elles presque toujours dans la fosse iliaque droite ? Pourquoi la fosse gauche en est-elle si rarement le siège ? On ne saurait en trouver la raison que dans la forme de l'intestin et des parties qui l'entourent. Plongé dans une masse de tissu cellulaire, le cœcum offre, à son point d'union avec l'intestin grêle, un rétrécissement tellement marqué, que, dans ce lieu (valvule iléo-cœcale), on voit fréquemment s'amasser des corps étrangers qui peuvent quelquefois devenir eux-mêmes la cause déterminante de ces abcès. C'est ainsi que s'engagent ou s'amassent au pylore, à l'extrémité inférieure du rectum, des esquilles, des arêtes, des épingles, etc.

Il n'en est pas de même du côté gauche : la portion sigmoïde du colon n'offre, dans ses points d'union, aucun rétrécissement, et la division des intestins est en ce point purement normale. S'il faut enfin expliquer les différences d'issues qu'affectent ces abcès, selon qu'ils existent du côté droit ou du côté gauche, que l'on se rappelle les dispositions anatomiques des parties, et l'on comprendra qu'à droite, le cœ-

cum, libre en arrière d'enveloppe péritonéale, offre dans ce point moins de résistance à l'effort du pus, et que ses parois amincies, usées, ulcérées, doivent céder avec facilité. A gauche, au contraire, hermétiquement enfermé dans le péritoine, garanti par cette membrane et par l'expansion aponevrotique du muscle iliaque, pour parvenir à l'intestin, le pus aurait à soulever le méso-colon, à déployer ses feuillettes.

Une issue plus facile lui est offerte : il fuse vers l'arcade crurale et l'anneau inguinal ; dans ce cas, on éviterait difficilement une méprise, si l'on n'avait bien présents les signes distinctifs des hernies ou des abcès par congestion, avec lesquels on pourrait confondre cette maladie. Ajoutons que c'est dans cette partie que les matières alimentaires prenant le caractère excrémental sont obligées de circuler contre les lois de la pesanteur ; que c'est enfin dans cette portion du canal intestinal qu'on rencontre fréquemment des altérations phlegmasiques dans un grand nombre de maladies. Or toutes ces dispositions, soit naturelles, soit morbides, ne sont-elles pas capables de favoriser la production de ces engorgements à l'extérieur de l'intestin, et de nous expliquer leur fréquence dans la fosse iliaque droite ?

L'apparition de ces tumeurs est souvent précédée de symptômes précurseurs qui annoncent le développement prochain de la maladie. A la suite de quelques erreurs de régime, d'une constipation ou d'une diarrhée plus ou moins prolongée, de coliques plus ou moins habituelles, quelquefois sans l'existence d'aucune de ces causes, le malade éprouve des coliques plus violentes et des douleurs d'entrailles qui ont une tendance à se concentrer dans la fosse iliaque droite ; elles peuvent aussi s'irradier dans la direction du gros intestin, ou bien être disséminées dans toute l'étendue de l'abdomen. Ordinairement ces coliques sont accompagnées de constipation, et dans quelques cas de vomissements. Tels sont les signes à l'aide desquels on peut prévoir l'apparition de la tumeur. Leur durée varie beaucoup, et l'on voit des malades qui en sont tourmentés pendant six semaines, deux mois et plus, tandis que d'autres ne les éprouvent que quel-

ques jours avant l'invasion de la phlégmasie. On conçoit d'ailleurs qu'ils n'ont qu'une valeur relative, puisqu'ils se rencontrent chez beaucoup d'individus, sans pour cela qu'on observe de tumeur iliaque.

Les symptômes propres de la maladie sont la fixité de la douleur dans un point très borné de la fosse iliaque, et la tuméfaction de ce point. Si l'on palpe alors cette région, on la trouve plus tendue, plus résistante, et l'on peut fréquemment arriver à circonscrire une tumeur de volume variable, d'une dureté assez grande, plus sensible au toucher que tout autre point du ventre, et semblant reposer sur le cœcum. Le malade se plaint de constipation, de coliques; l'émission des gaz stercoraux est difficile. Quelquefois la fièvre est assez intense; mais le plus souvent on n'observe point de symptômes généraux graves, à moins de complications. Ainsi la fièvre, l'anorexie, appartiennent à l'affection gastrique; la constipation et la diarrhée sont de légers accidents qui dépendent, soit de la même cause, soit du volume plus ou moins considérable de la tumeur.

Les causes prédisposantes, dit M. Dupuytren, sont de différentes espèces. L'âge adulte a une influence incontestable. Sur seize malades dont les observations ont été recueillies avec soin, onze avaient moins de trente ans; plus des deux tiers appartenaient donc à une époque de la vie où les affections gastriques sont les plus nombreuses. La constitution ne présente rien de bien particulier. Il n'en est pas ainsi du sexe masculin. Les relevés de l'Hôtel-Dieu montrent, en effet, que les hommes sont beaucoup plus souvent atteints de cette affection. Il est sans doute difficile de se rendre compte de cette singularité, mais enfin elle existe, non seulement dans les hôpitaux, où les hommes sont en effet plus nombreux que les femmes, mais également dans la pratique civile, où l'inverse a lieu en général. On l'observe au contraire très rarement chez l'enfant et chez les vieillards. La saison ne paraît pas influencer bien directement sur l'apparition de ces tumeurs; cependant la fin de l'été et le commencement de l'automne sont les époques de l'année où l'on en

observe plus d'exemples. Du reste, cela coïncide parfaitement avec la plus grande fréquence des affections abdominales, et semble venir à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent qu'il préexiste une lésion de la muqueuse.

Les causes occasionnelles sont nombreuses et importantes. La profession a été, pour beaucoup de malades, une cause directe qui, en produisant une lésion du tube digestif, entraînait, comme conséquence, celle du tissu cellulaire de la fosse iliaque droite. Les peintres en bâtiments, les broyeurs de couleurs, les tourneurs en cuivre, sans cesse exposés à la poussière et aux émanations de certains métaux irritants, ont éprouvé des coliques, des diarrhées, qui, après un temps plus ou moins long, ont amené la formation de la tumeur. Plusieurs individus occupés de travaux de cabinet ont été affectés de la même manière, après avoir eu de grands troubles dans les fonctions digestives.

L'habitation ne peut être considérée comme une chose sans importance: aussi avons-nous vu plusieurs malades arrivés depuis peu à Paris, qui devaient évidemment leur état de souffrance au séjour dans cette ville. On conçoit aisément tout ce qu'il en peut résulter pour un habitant de la campagne qui quitte son pays pour la première fois. La nourriture des pauvres ouvriers, surtout pendant la belle saison, est tellement mauvaise, que la plus grande partie de ceux qui entrent dans les hôpitaux avec des affections intestinales graves, doivent leur maladie au régime qu'ils sont contraints de suivre. Or, toutes les causes qui produisent l'irritation de la membrane muqueuse digestive tendent également à développer le phlegmon de la fosse iliaque. Les boissons ne sont pas moins capables de déterminer des accidents analogues; et le relevé des observations prouve que la plupart des malades ont fait usage de liqueurs alcooliques rendues irritantes par l'addition de quelques substances acres. Plusieurs autres ont pris des purgatifs à des doses immodérées.

La marche et la terminaison de ces tumeurs n'est pas toujours la même: la plus heureuse et la plus commune est la

résolution. M. Ménière a fait un relevé de seize cas d'abcès de la fosse iliaque droite, et il a trouvé que onze fois ils s'étaient résolus sous l'influence d'une médication convenable. Cette résolution se fait ordinairement avec lenteur, et il reste pendant long-temps une dureté profonde qui indique encore le siège de l'engorgement.

Dans d'autres cas qui s'observent assez fréquemment, des douleurs pulsatives se font sentir dans l'intérieur des tumeurs; celles-ci s'accroissent, s'amollissent, et finissent par s'ouvrir dans l'intestin. Cette terminaison favorable est annoncée par un pressant besoin d'aller à la selle, lequel est suivi d'évacuations alvines purulentes, coïncidant avec l'affaissement du volume de la tumeur. Sa guérison est ordinairement très prompte. Ces abcès ne se terminent pas seulement par évacuation de la matière purulente dans le cœcum; quelquefois ils s'ouvrent à la fois dans le cœcum et la vessie, ou dans le vagin; mais d'autres fois, ainsi que je l'ai vu chez M. Malus, auprès duquel je fus appelé par M. Nacquart, et dans quelques autres cas, ils s'ouvrent à l'extérieur.

OBS. I. — *Perforation de l'appendice cœcale, avec communication au-dehors, par une plaie fistuleuse, de la fosse iliaque droite.* — M. Malus, inspecteur aux revues, âgé de quarante-cinq ans, d'une stature grêle, d'une santé peu robuste, était sujet à des affections catarrhales assez fréquentes et prolongées. En 1812, il fut pris de douleurs excessivement aiguës dans la région iliaque, avec tumeur assez volumineuse, sensible à la moindre pression; constipation opiniâtre, météorisme du ventre, et état fébrile.

Cette maladie, rapportée à une affection du cœcum avec engouement stercoral consécutif, fut combattue par des délayants, des bains prolongés, des topiques émollients et une diète absolue. Mais la douleur et la fièvre avaient cédé sans que les évacuations stercorales eussent repris leur cours. La constipation fut alors peu à peu vaincue par des lavements purgatifs, et surtout par l'usage assez soutenu de l'infusion de séné. Il y eut d'abord une quantité énorme de matières rejetées.

Des douches sulfureuses, l'équitation, l'usage du lait d'ânesse, un régime sévère, achevèrent la guérison ou même améliorèrent notablement la santé générale.

Cet état très favorable se soutint jusque dans le premiers jours de février 1815, époque à laquelle M. M... fut atteint d'une nouvelle affection pulmonaire, avec expectoration sanguinolente d'abord, puis rouillée. Le malade était en convalescence et avait même repris ses occupations, lorsque la douleur dans la région iléo-cœcale se fit de nouveau sentir avec la plus grande violence; on y retrouvait une tumeur rénitente d'un volume considérable et d'une sensibilité exquisite; même constipation. (Bains de fauteuil répétés, boissons gommeuses et acidules, huile de ricin à doses fractionnées.) Le malade ne peut supporter le poids des moindres cataplasmes.

Il y eut peu de changement jusqu'au 13 mars; la tumeur, malgré l'évacuation de quelques matières stercorales, ne s'affaissa pas d'une manière marquée; et cette observation, jointe à l'aspect de ces mêmes matières, fait croire qu'elle a son siège hors de l'intestin lui-même.

L'état inflammatoire se prononce de plus en plus; la tumeur est dure, bosselée, inégale; elle fait saillie dans la fosse iliaque, et offre un volume de cinq à six pouces dans tous les sens. MM. Jacquemin père et Dupuytren, appelés en consultation le 14 mars, ont reconnu une fluctuation profonde. Une ponction oblique, pratiquée par M. Dupuytren, donne issue à une quantité assez considérable d'un pus roussâtre, peu lié et d'une odeur fétide: le soulagement est subit.

La plaie, restée fistuleuse, continua à fournir une assez grande quantité de pus; le malade s'affaiblit graduellement et l'expectoration resta fort abondante. Trois plaies nouvelles, à peu de distance de l'ouverture première, s'ouvrirent successivement en communiquant avec le foyer profond: le pus était séreux.

Cet état se soutint, à peu de variations près, jusqu'à la fin de l'hiver de 1816. Alors l'état de la poitrine devint plus fâcheux, l'expectoration plus abondante et décidément puri-

forme; il y eut infiltration des extrémités inférieures. Il ne faut pas oublier de noter ici qu'à plusieurs reprises on avait observé que, lorsque les plaies cessaient de suppurer, il y avait de la diarrhée, qui disparaissait lorsque les ouvertures fistuleuses donnaient de nouveau issue au pus, d'ailleurs assez peu abondant.

Enfin, le 15 avril, le malade étant resté exposé à un courant d'air très froid, il ne tarda pas à éprouver, dans toute l'étendue du ventre, des douleurs accompagnées de fièvre. Il succomba, le 22, à une péritonite aiguë.

L'autopsie, faite le lendemain par MM. Jacquemin père et fils et Nacquart, présenta les résultats suivants.

Le corps est complètement décoloré et amaigri au plus haut degré; les extrémités sont œdématisées; le thorax résonne dans presque tous ses points; le ventre est peu météorisé.

Une collection purulente fort étendue occupe tout le sommet du poumon droit. Ce foyer se ramifiait dans la moitié supérieure environ de ce viscère. Le reste du poumon, ainsi que le gauche, étaient sains et crépitants.

Le péritoine contient trois litres environ de sérosité rougeâtre, dans laquelle flottent des flocons de fibrine décolorée, peu concrets; une exsudation analogue réunit la plupart des circonvolutions intestinales; la surface des intestins est d'ailleurs assez phlogosée.

On examina avec soin la partie qui avait été le siège de la tumeur: la peau amincie, dénudée dans l'étendue de deux pouces de diamètre à peu près, était perforée par quatre ouvertures qui communiquaient entre elles pour aboutir ensemble à un foyer vide, ou poche, placé entre les fibres musculaires des parois abdominales et la face externe du péritoine; à cette poche adhérait une partie du cœcum et l'appendice cœcal venait s'y perdre *en s'y ouvrant*. D'ailleurs, cette désorganisation très circonscrite ne retraçait plus qu'imparfaitement l'image de la tumeur, son volume et ses callosités; c'était une sorte de cloaque où s'épanouissait l'appendice qui se confondait avec les parois du sac, par un tissu cellulaire assez serré. Le tissu cellulaire de la fosse iliaque

était sain, ainsi que le colon et le cœcum; on doit dire même qu'à la fistule intestinale près, toute cette masse semblait être en voie de guérison.

Malgré cette communication évidente entre l'intérieur du canal intestinal et la plaie, par le moyen de l'appendice, jamais on n'a remarqué de pus dans les selles, ni de matières stercorales (ou leur odeur, ou leur couleur) dans le produit des plaies (1).

Cette terminaison a toujours été fâcheuse, car la base de cet abcès et sa partie la plus déclive, reposant sur la fosse iliaque, tandis que l'ouverture a lieu en avant et vers le point le plus élevé, l'évacuation de la matière purulente ne peut se faire que lentement et incomplètement: de là des fusées de pus et des clapiers nombreux; d'ailleurs cette ouverture permet l'introduction de l'air, et par suite la décomposition de la matière purulente. Aussi conseillé-je dans ce cas de faire coucher les malades sur le ventre, de façon que l'ouverture de l'abcès en devienne le point le plus déclive.

Les inflammations, les maladies de l'appendice cœcal, dont j'ai vu un assez grand nombre d'exemples, ont à peine fixé l'attention des auteurs, et l'on doit à l'un de mes élèves, M. le docteur Melier, un excellent travail sur les lésions de cet organe.

Ces abcès présentent ceci de remarquable, continue M. Dupuytren, que la matière purulente peut se faire jour dans l'intestin, sans que les matières fécales s'épanchent dans le foyer de l'abcès. Trois raisons peuvent en être données. La première, c'est que ces abcès se vident graduellement: la pression abdominale qui agit continuellement empêche qu'il se fasse un vide dans leur intérieur, à la faveur duquel les matières fécales pourraient s'y introduire. La seconde tient à l'obliquité de l'ouverture, et la troisième, enfin, au décollement de l'intestin, qui fait office de soupape.

Enfin, dans quelques circonstances, heureusement assez rares, l'inflammation s'étend rapidement de l'engorgement iliaque au péritoine, quelquefois en même temps au tissu

(1) Observation recueillie par M. Jacquemin,

cellulaire post-péritonéal. Il est probable même que, dans quelques cas, l'inflammation attaquant primitivement le péritoine, mais localement, ne fait que se propager de la fosse iliaque au reste de cette membrane. La mort peut être le résultat de cette extension de la maladie; aussi cette terminaison doit-elle inspirer des inquiétudes.

Ces notions établies, citons maintenant quelques faits propres à les mettre dans toute leur évidence.

OBS. II. — *Tumeur dans la fosse iliaque droite. — Ouverture extérieure. — Mort. — Autopsie.* — Un jeune homme de vingt-trois ans, blond; peu robuste, d'aspect scrofuleux, travaillant beaucoup, éprouva, dans le mois de décembre 1828, divers symptômes d'entéro-colite qui furent d'abord abandonnés à eux-mêmes, puis plus tard traités par des purgatifs. Du reste, le malade ne voulut jamais s'astreindre à aucun régime. Une tumeur phlegmoneuse s'étant développée dans la fosse iliaque droite, elle fut traitée par les topiques émollients. Le malade vint à l'Hôtel-Dieu, à une époque où l'abcès était sur le point de s'ouvrir; la peau fut d'abord incisée en arrière de la crête iliaque, vers l'insertion du carré lombaire, là où l'on sentait une fluctuation qui correspondait avec celle de la tumeur antérieure. Le bistouri fut porté à une grande profondeur, et le pus s'écoula en abondance. Bien que la position déclive de la plaie dût empêcher la stagnation du pus dans le fond du foyer, celui-ci ne se vida pas complètement, et la tumeur située en dedans de l'arcade crurale continua de se développer. La contre-ouverture fut pratiquée, et cette double issue donnée à la suppuration n'apporta pas de changements favorables dans l'état du malade. Les forces diminuèrent; le membre abdominal droit s'infltra; il survint de la diarrhée, une fièvre hectique, et la mort enfin au bout de cinq mois de maladie.

L'ouverture du cadavre fit voir un large foyer ayant son siège dans le tissu cellulaire environnant le cœcum, avec des clapiers, s'étendant suivant la direction des muscles pscas et iliaque. En quelques points, les surfaces osseuses

étaient à nu. Le cœcum ne communiquait pas avec ce foyer, mais en arrière il était évidemment aminci; sa muqueuse offrait de l'épaisseur, une teinte ardoisée, et plus de mollesse que dans l'état habituel. On trouva une pleurésie chronique et une hépatisation commençante dans les lobes inférieurs des poumons. Tous les autres organes étaient exempts d'altération.

OBS. III. — *Engorgement inflammatoire dans la fosse iliaque droite. — Vaste abcès qui s'ouvre dans l'intestin. — Guérison.* — Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, fort et bien constitué, éprouvait depuis trois semaines des coliques sourdes, surtout après le repas; il reçut la pluie sur le corps pendant une journée entière, et se trouva beaucoup plus incommodé; enfin il ressentit une douleur assez forte dans la fosse iliaque droite, et se rendit alors à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu le 24 octobre 1825.

Nous le trouvâmes dans l'état suivant: douleur, tension et gonflement borné à la fosse iliaque droite, le reste du ventre étant souple et indolent; coliques sourdes, répétées, mais de courte durée, pendant lesquelles le malade exprime la plus vive souffrance; cependant le pouls est peu différent de l'état naturel, la température de la peau n'est point augmentée, les urines sont rendues librement, mais les selles sont rares et difficiles, la langue est humide et large, l'appétit est diminué. (Saignée de deux palettes; trente sangsues sur le point douloureux, tisane de chiendent et de réglisse, diète.)

Le lendemain, les coliques sont moins fréquentes et moins vives, mais la douleur à la pression, la tension et le gonflement persistent dans la fosse iliaque droite. (Soixante sangsues sont appliquées dans le même lieu.)

Le 26, fortes coliques revenant par exacerbations et aboutissant dans le centre de l'engorgement; constipation, émission difficile des gaz stercoraux; accroissement de la tuméfaction qui existe dans la fosse iliaque droite; légère fréquence du pouls, sans chaleur fébrile, sans altération de la face. (Saignée de deux palettes; vingt sangsues sur le même point, lavement purgatif.)

Le 27, l'engorgement s'accroît et représente une sorte de tumeur hémisphérique appliquée sur la fosse iliaque, s'étendant de la crête iliaque au pubis et à l'ombilic; des douleurs pulsatives se font sentir dans son intérieur, la pression en est très douloureuse, la constipation persiste; cependant on n'observe point de symptômes généraux graves. (Demi-bain, sirop de nerprun, huile de ricin, de chaque une once.)

Le 28, l'engorgement de la fosse iliaque semble grossir à vue d'œil, il dépasse aujourd'hui la ligne médiane du ventre, et forme une espèce de globe dur et circonscrit, semblable à l'utérus au septième mois de la grossesse; son relief est d'autant plus apparent, que le reste de l'abdomen est affaissé comme dans l'état naturel; une fluctuation obscure paraît se faire sentir dans son intérieur; le malade éprouve de fréquentes envies d'aller à la selle, mais sans aucun résultat. (Bouillon aux herbes avec sulfate de soude deux gros, cataplasme, demi-bain.)

Le 29 et le 30, quatre selles copieuses suivies d'un grand soulagement; aucun changement dans l'état de l'engorgement; toujours absence de symptômes généraux. (Marmelade de Tronchin deux gros.)

Les jours suivants, nous observons que la tuméfaction de bas-ventre diminue sensiblement, et se resserre peu à peu vers la fosse iliaque droite où elle avait pris naissance. Le malade nous apprend en même temps que, depuis trois jours, il avait remarqué quelque chose de *blanchâtre* dans ses selles; on fait aussitôt apporter le vase de nuit, et on trouve (le 6 novembre) une selle entièrement purulente, composée d'une matière blanche, épaisse, très abondante. Dès lors il a été facile de voir que la diminution du volume de la tumeur datait du moment où ce genre de selles avait commencé à paraître. Cette tumeur se trouve à présent concentrée dans la fosse iliaque; elle est plus dure et plus sensible à la pression que dans le principe, et ne surpasse guère le volume du poing. (On continue la marmelade de Tronchin.)

Jusqu'au 14 novembre, les selles, qui sont assez abondantes, présentent un mélange de matière purulente et de

matières stercorales; l'engorgement iliaque continue à s'affaïsser.

Enfin, le 20 novembre, le malade est sorti de l'hôpital; il se trouvait très bien, et supportait la demi-portion de nourriture sans trouble dans ses digestions; les selles ne contenaient plus de matière purulente, mais on sentait encore dans la fosse iliaque un noyau profond d'engorgement.

Peu de jours après, le même malade est rentré à l'hôpital éprouvant quelques symptômes de dysenterie provoqués par une alimentation copieuse et mal choisie. Une diète ménagée et quelques calmants ont suffi pour le rétablir entièrement (1).

En résumant les symptômes que présente cette observation, d'après l'ordre de leur développement, on voit que des coliques sourdes, fréquentes et passagères ont précédé et accompagné la formation d'un engorgement dans la fosse iliaque droite; que, plus tard, cet engorgement s'est rapidement converti en un vaste abcès, dans lequel l'inflammation s'est concentrée sans passer au péritoine, comme il est arrivé dans les observations précédentes; qu'enfin des selles purulentes, coïncidant avec l'affaïssement du foyer, ont annoncé son évacuation dans l'intestin.

D'après ces données, le siège de la maladie ne nous paraît pas douteux; c'est hors de la cavité du péritoine qu'elle s'est développée, car les phlegmasies aiguës de cette membrane sont ordinairement accompagnées de phénomènes généraux qui n'ont point existé chez notre malade; c'est dans le tissu cellulaire qui recouvre la fosse iliaque droite et enveloppe le cœcum par sa face postérieure, que cet engorgement paraît avoir pris naissance et que la collection purulente s'est formée. Les coliques, la constipation, l'émission difficile des gaz stercoraux, ont probablement dépendu de la compression exercée sur le cœcum par la tumeur phlegmoneuse, de l'interruption du mouvement péristaltique, et peut-être de l'irritation et du spasme de cette portion du canal intestinal environnée d'un foyer de phlegmasie.

(1) Observation recueillie par M. Dance.

L'évacuation de la matière purulente dans l'intestin prouve que le foyer qui la contenait était placé profondément et en contact avec les parois de ce viscère creux. Plus rapproché de la peau, ce foyer se serait fait jour à l'extérieur; mais, circonscrit en avant par les parois résistantes de l'abdomen, il a trouvé plus de facilité à s'avancer et à s'ouvrir du côté du cœcum, dépourvu de son enveloppe séreuse dans le point où la collection purulente s'est formée; d'où est encore résulté moins d'obstacle à la perforation de l'intestin. Quoi qu'il en soit, cette terminaison favorable est un exemple des ressources de la nature dans des cas où l'intervention de l'art est ordinairement plus incertaine dans ses résultats.

OBS. IV. — *Tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque droite. — Ouvertures fistuleuses. — Issue des matières fécales. — Guérison.* — Un jeune tailleur âgé de vingt-quatre ans vint à l'Hôtel-Dieu (1829), portant dans la région iliaque droite plusieurs ouvertures fistuleuses par lesquelles s'échappaient du pus, puis des matières fécales. La maladie primitive, traitée à l'hôpital d'Orléans, consistait dans une tumeur phlegmoneuse d'abord négligée par le malade, et sur laquelle, plus tard, on fit des applications d'émollients locaux. Il rendit du pus par les selles; la santé se rétablit, du moins partiellement. Ce jeune homme vint à Paris pour achever sa guérison; mais il vit sa maladie augmenter, l'engorgement faire des progrès, et des abcès s'ouvrir au-dessus de l'arcade crurale. Ces accidents s'accompagnèrent d'un amaigrissement considérable, de toux, de diarrhée, d'œdème aux membres inférieurs; et plusieurs fois, depuis son séjour à l'Hôtel-Dieu, il fut sur le point de succomber.

Enfin, après un traitement de quelques mois, l'état général s'améliora; la convalescence s'établit, et le malade, après avoir pris un grand nombre de douches et de bains, sortit guéri.

OBS. V. — *Engorgement inflammatoire dans la fosse iliaque droite terminé par un abcès qui s'est ouvert dans le cœcum.* — Un jeune homme âgé de vingt ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 6 septembre 1827, éprouvait depuis quinze jours

les symptômes suivants : envies fréquentes d'aller à la selle imitant le ténésme dysentérique, mais sans émission de matières fécales ni de gaz intestinaux; coliques passagères accompagnées de borborygmes et de tourments d'entrailles; douleur avec tuméfaction circonscrite dans la fosse iliaque droite, sans fièvre et sans trouble général. Au début, quelques nausées, et plus tard quelques ardeurs et difficultés en urinant. Aucune cause particulière n'avait précédé le développement de ces accidents; le malade n'était pas sujet à la constipation, il n'avait commis aucun excès, seulement il avait eu la diarrhée deux jours avant l'invasion de sa maladie. (Une saignée fut pratiquée en ville, et trente sangsues furent mises sur la région iliaque.)

Le jour même de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade a rendu une selle purulente assez abondante. Le 17 et le 18, il a eu plusieurs évacuations sanguines de même nature; le 29, on voyait encore du pus mélangé avec quelques parcelles de matières fécales; la tumeur iliaque s'était affaissée en grande partie; les selles commençaient à reprendre leur cours ordinaire; les coliques avaient cessé; et le quatrième jour de l'ouverture de l'abcès, le malade était en pleine convalescence.

D'après les considérations tirées du siège de ces engorgements, de leurs symptômes et de leurs terminaisons, on voit que ce sont de véritables phlegmons développés au voisinage du cœcum, en dehors de la cavité du péritoine, mais susceptibles de communiquer l'inflammation à cette membrane.

Le diagnostic de ces engorgements et abcès phlegmoneux, continue M. Dupuytren, nous paraît assez important pour que nous lui consacrons quelques réflexions.

Il n'est pas rare d'observer indistinctement dans la fosse iliaque droite ou gauche des engorgements inflammatoires paraissant avoir le même siège que les précédents; mais ils se développent réellement dans le tissu cellulaire qui réunit les faisceaux des muscles psoas et iliaque, et au-dessous de l'aponévrose qui a reçu le nom de fascia iliaque. Cette ma-