

## MALADIES CHIRURGICALES DU BASSIN

Laissant de côté les affections traumatiques, qui gagneront à être rapprochées des traumatismes portant sur la racine du membre inférieur et sur les voies urinaires, nous nous bornerons dans ce volume à l'étude des inflammations et des tumeurs du bassin.

### CHAPITRE PREMIER

#### PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE

S'il est une question chirurgicale pour laquelle l'importance des notions anatomiques soit clairement démontrée, c'est assurément celle qui nous occupe.

Comment comprendre la division des phlegmons iliaques, si l'on ne se rappelle la superposition des plans : 1° péritoine enveloppant à droite l'origine, et à gauche la terminaison du gros intestin ; 2° tissu cellulaire sous-péritonéal remarquable par sa laxité ; 3° fascia iliaca, enveloppe aponévrotique du muscle iliaque qui s'étale au-dessous ; 4° squelette osseux de la fosse iliaque interne, tapissé de son périoste.

Comment se faire une idée de la marche des phlegmons iliaques, si l'on n'a pas présentes à l'esprit les communications du tissu cellulaire sous-péritonéal avec le tissu cellulaire périnéphrétique, avec celui du petit bassin, pour ne parler que des plus importantes, et la prolongation jusqu'au petit trochanter de la gaine aponévrotique du muscle ?

Comment enfin apprécier la valeur pathogénique des lymphatiques et des ganglions iliaques, si on ne les a pas étudiés avec soin ? Les ganglions iliaques forment deux groupes assez distincts : l'un, *interne*, aboutissant des lymphatiques viscéraux si nombreux du petit bassin, répond aux vaisseaux hypogastriques ; l'autre, *externe*, est accolé

aux vaisseaux iliaques externes, et comprend, dit Sappey, des ganglions au nombre de trois en général, dont un est situé en avant des vaisseaux derrière l'arcade crurale, un autre en dedans de la veine, le dernier en dehors de l'artère.

Les lymphatiques si volumineux qui se rendent au groupe interne ne nous intéressent que secondairement à cause des propagations qui peuvent se faire par leur intermédiaire, soit dans les ganglions, soit dans le tissu cellulaire voisin. Ils sont fournis en partie par ces lymphatiques utérins, dont Lucas Championnière a montré toute l'importance pathologique.

Les lymphatiques du groupe externe, au contraire, continuent les lymphatiques du membre inférieur, qui viennent de traverser les ganglions de l'aîne ; un peu plus haut, ils communiquent avec les lymphatiques internes pour accompagner l'artère iliaque primitive, et reçoivent les lymphatiques épigastriques et circonflexes iliaques.

Nous devons insister sur les rapports du cæcum et de la fosse iliaque, car leur connaissance exacte permettra seule de comprendre la part des altérations du cæcum et de l'appendice dans l'étiologie des phlegmons iliaques du côté droit. Jusqu'à ces dernières années la théorie du revêtement incomplet du cæcum par le péritoine resta classique en France. On admettait sans conteste qu'au moins dans l'état de réplétion moyenne sa paroi postérieure était en contact immédiat avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Trèves (1885) en Angleterre, et Tuffier (1887) en France démontrèrent l'inexactitude de cette description. Comme l'avaient déjà dit Bardeleben, Luschka, Krause, le cæcum est tout entier tapissé d'un revêtement séreux qui l'entoure comme un doigt dans un gant. Quand à l'appendice il occupe le bord libre d'un repli péritonéal, véritable méso de l'appendice, dans lequel chemine une petite artériole qui lui est destinée. La face postérieure du cæcum est donc séparée du tissu cellulaire qui recouvre le fascia iliaca par son revêtement péritonéal propre et par le péritoine qui tapisse la fosse iliaque.

**Historique.** — Le phlegmon iliaque était déjà connu des chirurgiens et accoucheurs du siècle dernier : de la Motte, Ledran, Levret, qui le considéraient comme consécutif à des couches pathologiques.

Dupuytren appela ensuite l'attention sur les inflammations succédant aux lésions cæcales ; Dauce en 1817, Menière en 1818, insistent

à leur tour sur ce rôle étiologique du cæcum. Enfin Grisolles a publié dans les *Archives de médecine* de 1859 un mémoire très complet pour l'époque et qui est resté longtemps classique.

Tout en admettant l'existence de la péritonite iliaque enkystée, tous croyaient que le siège ordinaire de la tumeur phlegmoneuse péri-cæcale se trouvait dans le tissu cellulaire sous-cæcal. Depuis que les rapports exacts du cæcum et du péritoine sont mieux établis, on a reconnu qu'il fallait faire une part plus large aux péritonites péri-cæcales. En réalité, au moins primitivement, le tissu cellulaire du bassin est rarement mis en cause, ainsi que nous l'avons énoncé plus haut à l'article APPENDICITE. Signalons encore l'article du *Dictionnaire de Jaccoud* dû à Desprès, et la thèse de Paquy (1876), où le rôle important de l'adénite dans l'origine du phlegmon iliaque est bien mis en lumière.

**Division.** — Chassaignac distinguait quatre variétés de phlegmons iliaques : 1° des phlegmons intra-péritonéaux ; 2° des phlegmons sous-péritonéaux ; 3° des phlegmons sous-aponévrotiques ; 4° des phlegmons sous-périostiques. — Mais les phlegmons intra-péritonéaux ne sont autre chose que le résultat de l'inflammation du péritoine entourant l'appendice et le cæcum ; nous n'avons plus à nous en occuper ici. Quant aux phlegmons sous-périostiques, fort difficiles d'ailleurs à distinguer des phlegmons sous-aponévrotiques, ils rentrent plutôt dans l'étude des ostéites de l'os iliaque. Les phlegmons sous-aponévrotiques, ou de la gaine du psoas seront étudiés dans le chapitre suivant.

Il ne nous reste donc à étudier que le phlegmon développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, le phlegmon de la fosse iliaque proprement dit.

Dans tout phlegmon sous-péritonéal se pose la question de savoir si l'inflammation s'est développée *primitivement* dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, ou si elle n'est que la *propagation* d'un foyer de péritonite enkystée péri-cæcale ou la *fusée purulente d'un phlegmon de voisinage* péri-néphrétique, péri-utérin ou autre. Cette distinction n'est pas toujours facile à faire.

**Étiologie et pathogénie.** — Le phlegmon iliaque est une maladie de la jeunesse. Il est plus fréquent de vingt à trente ans. On l'observerait particulièrement, au dire de Grisolles, chez des sujets robustes.

L'infection du tissu cellulaire sous-péritonéal survient de façons bien différentes suivant les cas.

Elle peut résulter de l'envahissement de la fosse iliaque par extension d'un phlegmon de voisinage : péri-néphrétique, péri-utérin, plus exceptionnellement péri-prostatique ainsi que Segond en rapporte un exemple dans sa thèse (1880). Un psotitis après destruction du fascia iliaca pourra gagner aussi la région sous-péritonéale.

Un traumatisme est quelquefois le point de départ de l'inflammation : plaies par armes à feu, pénétration de corps étrangers, contusions. Citons encore les efforts, les marches pénibles, et les suppurations qui surviennent sans cause locale apparente à la suite de la fièvre typhoïde par exemple ou au cours de la pyohémie. Dans le cas de plaie pénétrante intéressant la fosse iliaque, les germes pyogènes ont pénétré par la plaie ; dans les autres, l'infection s'est faite par la voie sanguine.

Un groupe étiologique beaucoup plus important renferme les phlegmons consécutifs à l'inflammation des ganglions iliaques et inguinaux (Velpeau, Van Lair, Desprès, Paquy), consécutive elle-même à des lymphangites du membre inférieur, ou à de simples ulcérations sans lymphangite intermédiaire apparente.

Nous arrivons maintenant à deux catégories de causes qui dominent toute l'étiologie des phlegmons iliaques. Ce sont : 1° des affections intestinales ; 2° des affections génitales et surtout puerpérales.

Parmi les *maladies du tube digestif* qui peuvent se compliquer d'inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque, la première place revient sans contredit aux *altérations du cæcum* et de son appendice. — Grisolles pensait en avoir fourni la démonstration la plus éloquente, par la statistique des faits qu'il avait pu rassembler : 53 fois sur 75, le phlegmon iliaque siégeait à droite. Les inflammations du cæcum, surtout les perforations du cæcum ou de son appendice, avec issue d'un corps étranger ou de matières fécales, avaient été bien indiquées aussi dans les travaux de John Burne, d'Albers de Bonn, de Louyer-Villermay, les thèses de Paulier (1875), de Dautel (1884).

Grisolles croyait peu à la propagation de l'inflammation simple de la muqueuse intestinale ; les perforations du cæcum et surtout de son appendice étaient pour lui les causes les plus fréquentes des phlegmons.

Leur pathogénie semblait très claire. On admettait sans conteste que la paroi postérieure du cæcum était le siège ordinaire des perforations et que l'épanchement des matières se faisait directement dans le tissu cellulaire rétro-cæcal. Cette conception est malheureusement en complet désaccord avec les données anatomiques que nous résumons tout à l'heure. Lorsque survient une perforation du cæcum même à sa partie postérieure, et à plus forte raison de l'appendice, c'est dans le péritoine lui-même et non dans le tissu cellulaire que l'épanchement se fait. Il y provoque une péritonite tantôt généralisée, tantôt localisée au territoire péricæcal. Il est évident que les observateurs anciens ont confondu souvent les phlegmons du tissu cellulaire et les péritonites circonscrites de la fosse iliaque. Les 55 cas de Grisolle par exemple comprennent certainement un bon nombre de phlegmons intrapéritonéaux. Il faut donc restreindre dans une certaine mesure le rôle du cæcum et de l'appendice dans l'étiologie des phlegmons iliaques; il faut dans tous les cas donner de ce rôle une explication qui s'accorde avec l'anatomie normale. Voici comment on peut interpréter les phénomènes de cet ordre.

Dans un premier groupe de faits il s'agira d'un foyer enkysté intrapéritonéal d'origine cæcale ou appendiculaire propagé secondairement au tissu sous-péritonéal. C'est ainsi que, dans la thèse de Maurin (Paris, 1890), nous trouvons 26 abcès sous-péritonéaux secondaires sur 36 cas de pérityphlite suppurée. Mais s'agit-il toujours d'une simple propagation secondaire d'un foyer intrapéritonéal. Ce n'est pas probable, et les deux interprétations suivantes, proposées par Aug. Broca (*Gazette hebdom.*, 1888) nous paraissent de mise pour un certain nombre de faits :

On peut admettre que dans quelques cas des adhérences s'établissent d'abord entre le péritoine viscéral du cæcum et de l'appendice et le péritoine pariétal de la fosse iliaque; survienne alors la perforation, et l'épanchement des matières détermine un phlegmon stercoral extrapéritonéal. — D'autre part l'inflammation du cæcum ne pourrait-elle pas se propager par la voie lymphatique aux ganglions sous-séreux de la face postérieure et de l'angle ilio-cæcal? De là un adéno-phlegmon rétro-cæcal et non stercoral à son début quoique d'origine ilio-cæcale.

Enfin les ruptures du cæcum et de l'appendice peuvent à l'extrême rigueur se faire dans l'intervalle des feuillettes de leur méso.

Quelques phlegmons du côté gauche ont succédé à des maladies du rectum, de l'S iliaque (Desprès).

L'influence des *affections puerpérales et génitales* est incontestable. Grisolle a rencontré 27 fois le phlegmon iliaque chez des femmes, et 17 fois à la suite des couches.

Nous ne serions pas éloigné de croire que ces chiffres sont à peine suffisants; le phlegmon iliaque figure rarement dans les statistiques des maternités : les malades en sortent trop tôt; par contre, on en voit davantage dans les services de crèches et de chirurgie. — Les primipares y sont plus sujettes que les autres; enfin l'influence des accidents septiques est incontestable; depuis l'emploi de la méthode antiseptique en obstétrique, les phlegmons iliaques sont devenus plus rares, comme les autres accidents puerpéraux.

Velpeau, Piotay ont rapporté quelques cas, très rares d'ailleurs, d'inflammations utérines et péri-utérines non puerpérales, qui sont devenues l'origine de phlegmons iliaques; ces faits, malgré leur rareté, nous ont paru intéressants à rapprocher des phlegmons post-puerpéraux.

Ces derniers, remarque intéressante, siègent plus souvent à gauche qu'à droite, ce qui est le contraire des phlegmons non puerpéraux. Sur 17, Grisolle en a trouvé 11 à gauche et 6 seulement à droite.

Sur 14 phlegmons puerpéraux l'affection se serait montrée 11 fois du troisième au dixième jour après l'accouchement, 2 fois avant le quinzième; — depuis que les accidents septiques ont diminué de fréquence et de gravité après les accouchements, il semble en outre qu'ils se développent moins rapidement.

Sauf les cas où l'abcès de la fosse iliaque n'est que la propagation d'un foyer du ligament large ou péri-utérin ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, les phlegmons d'origine génitale résultent de l'expansion par voie lymphatique des angioleucites utérines ou péri-utérines.

Ici encore la lymphangite joue donc un rôle important dans la pathogénie du phlegmon iliaque et dans l'état actuel de la science, il nous paraît incontestable que la plupart des phlegmons iliaques sont des phlegmons adéniques ou angioleucitiques. C'est l'opinion de Dolbeau et de Desprès que Paquy résume ainsi : « Les neuf dixièmes de ces inflammations naissent autour des vaisseaux et des ganglions lymphatiques ».

De telle sorte qu'il ne reste plus en dehors de cette catégorie que les phlegmons par propagation, — ceux qui sont dus à l'infection du tissu cellulaire par la voie sanguine, — les phlegmons résultant de la pénétration des germes par une plaie pariétale, — ceux enfin qui se sont développés à la suite de l'épanchement de matières stercorales consécutif à l'ulcération du cæcum ou de son appendice.

**Symptomatologie.** — D'après Grisolle, les symptômes du phlegmon iliaque varient peu, quelle que soit la variété clinique à laquelle on a affaire. Cette opinion s'explique si l'on songe que le grand clinicien a eu surtout en vue dans sa description les accidents de la pérityphlite. Nous ne pouvons admettre qu'au moins à ses débuts un phlegmon stercoral consécutif à une pérityphlite ou à une appendicite perforante ait la même allure qu'un adéno-phlegmon iliaque ou qu'un abcès par propagation. Quoi qu'il en soit, deux symptômes locaux attirent l'attention. Ce sont : 1° *la douleur*; 2° *la tuméfaction*.

Autour d'eux se déploient les troubles généraux de deux ordres : *symptômes fébriles et troubles digestifs*.

La *douleur* marque presque constamment le début de l'affection : 49 fois sur 57 (Grisolle). Ordinairement vive, lancinante, exacerbante, elle consiste parfois dans un engourdissement mal limité. — Son siège le plus fréquent est la région iliaque plus de la moitié des cas); assez souvent elle est plus vague, occupe tout le ventre; elle présente plus rarement des sièges un peu insolites, ou bien encore s'irradie vers les membres inférieurs, vers les organes génitaux. Elle détermine parfois la flexion de la cuisse sur le bassin; nous disons flexion plutôt que véritable rétraction.

La *tumeur iliaque* est quelquefois le premier signe observé, particulièrement dans les cas bien nets d'adéno-phlegmon. Grisolle avait noté ce début dans quelques faits, et il ajoute qu'il en a été probablement de même dans beaucoup d'autres cas. — Cette tumeur est dure, un peu résistante au toucher, d'autant plus immobile qu'elle est plus étalée et plus profonde; elle est en général facile à circonscrire; son volume varie de celui d'un œuf à celui d'une orange. — Lorsque les phénomènes sont plus avancés, la tumeur est moins nettement circonscrite, mais elle proémine davantage à la peau de la région inguinale, dont l'invasion et la rougeur révèlent la suppuration sous-jacente.

Les *phénomènes fébriles* ne sont pas toujours précoces; le frisson est rare au début; plus tard la fièvre ne fait presque jamais défaut; elle reste en général modérée, mais continue. — La suppuration se traduit par des frissons irréguliers, des ascensions vespérales, des sueurs nocturnes.

On observe des *troubles digestifs* très variés, surtout accusés et précoces lorsqu'ils se lient à la cause même du phlegmon iliaque. Tantôt c'est de la diarrhée, tantôt de la constipation, quelquefois des alternatives de l'une et de l'autre, enfin des vomissements qui peuvent être d'origine péritonitique ou dépendre simplement d'une inflammation péri-cæcale, d'une adénite (Desprès).

L'inflammation intestinale ou péri-intestinale détermine souvent du météorisme.

Enfin les phénomènes dus à la compression des parties voisines par la tuméfaction phlegmoneuse ne sont pas rares : douleurs par compression nerveuse, œdème, troubles circulatoires; Grisolle a même vu la diminution des battements artériels dans la fémorale.

**Marche.** — **Durée.** — **Terminaison.** — Le phlegmon iliaque se termine quelquefois par *résolution*; celle-ci, lorsqu'elle survient, est souvent lente, demandant de un à trois mois.

La *suppuration* est la terminaison la plus fréquente, mais elle est loin d'apparaître toujours à la même époque; suivant Desprès, elle se produit plus vite dans les abcès adénitiques; les phlegmons angioloécitiques suppureront également de bonne heure, mais nous n'avons aucune donnée certaine. Elle arrive en général vers le 12<sup>e</sup> jour; elle met dans certains cas plus longtemps (vingt, trente-cinq jours) à se faire; enfin on ne l'a constatée ailleurs qu'au bout d'un mois et demi ou deux mois.

Les abcès iliaques donnent assez souvent, au dire de Chassaignac, l'exemple de ce qu'on a appelé le *faux avortement des abcès*; il est bon d'en être prévenu.

La fluctuation apparaît d'abord circonscrite, puis plus étendue.

L'*ouverture abdominale* est la règle 2 fois sur 3; elle se fait près de l'arcade crurale ou vers l'épine iliaque antérieure et supérieure; elle peut encore aboutir à la partie supérieure de la cuisse, soit en avant des vaisseaux (phlegmon sous-péritonéal), soit dans la gaine du psoas au-dessus du petit trochanter; ce phénomène se produit surtout lorsque le phlegmon a perforé l'aponévrose iliaque et

s'est propagé au tissu cellulaire sous-aponévrotique; plus rarement on a vu la fusée purulente se diriger vers la région lombaire, vers le petit bassin, et gagner l'échanerure sciatique.

Au lieu de marcher vers la peau, ou simultanément, le pus peut se diriger vers l'intestin, surtout vers le gros intestin; on a noté des ouvertures dans le rectum, le vagin et plus rarement la vessie, l'utérus (Dance, Husson); il faut citer comme heureusement fort rare l'ulcération de la veine cave inférieure (un cas de Demeaux).

Ces diverses ouvertures livrent passage à une quantité variable de pus, quelquefois fétide soit par voisinage, soit après perforation de l'intestin, soit enfin dans le cas de phlegmon gangréneux: en dehors de ces circonstances, le pus est bien lié, blanc et inodore.

Une fois l'évacuation faite, les phénomènes de compression disparaissent rapidement, la fièvre tombe, et la guérison survient, tantôt très rapide, principalement à la suite d'ouverture intestinale, d'autres fois plus lente, à la suite d'ouverture cutanée chirurgicale ou spontanée; elle met alors de quinze jours à deux mois à se faire. Encore tout n'est-il pas terminé, il reste souvent une induration qui nécessite des précautions.

Enfin il n'est pas rare, surtout lorsque le phlegmon méconnu n'est ouvert que tardivement, de voir le malade succomber, soit à la péritonite, soit à l'hecticité, au marasme que provoque une longue suppuration. Les inflammations gangréneuses sont particulièrement graves. Dans certains cas la mort peut survenir par suite d'une péritonite aiguë due à la propagation ou à l'ouverture du foyer rétro-péritonéal dans la séreuse.

On a vu persister l'engorgement œdémateux du membre inférieur avec induration, et la cicatrice de l'abcès a été dans quelques circonstances la cause prédisposante d'une éventration, d'une hernie du cæcum.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions observées à l'autopsie se rapportent soit au foyer, soit à son contenu.

Le foyer purulent est extrêmement variable dans ses dimensions; parfois limité autour du ganglion, ou nettement borné au tissu cellulaire sous-péritonéal et recouvert par le péritoine épaissi, il est, dans d'autres cas, lorsque la marche de l'abcès a été abandonnée à elle-même, étendu au loin, remontant jusqu'aux reins, jusqu'au foie, jusqu'aux fausses côtes, descendant dans le petit bassin ou encore à

la partie supérieure de la cuisse. Les parois sont en général épaissies, noirâtres, tomenteuses, tantôt constituées par le tissu cellulaire et le péritoine épaissis et sclérosés (phlegmon sous-péritonéal), tantôt par la surface noircie et altérée du muscle iliaque et du psoas qui ont été atteints secondairement et par le fascia iliaca perforé. Les lésions du muscle iliaque se voient surtout à ses parties moyenne et supérieure, celles du psoas sont plus marquées vers son bord externe; les branches collatérales du plexus lombaire traversent le foyer; elles sont souvent altérées; quant aux vaisseaux iliaques, situés sur le bord interne du foyer, on les trouve quelquefois plus friables et quelquefois aussi enveloppés d'une coque indurée. La destruction des tissus par la suppuration atteint quelquefois jusqu'à l'os iliaque qui est mis à nu. On manque de renseignements précis et de faits récents sur l'état des vaisseaux lymphatiques et des ganglions; ce serait là une lacune fort intéressante à combler.

Le pus est ordinairement franc, bien lié, mais il peut être gangréneux, mélangé à des gaz par imbibition ou par perforation intestinale.

La présence de matières intestinales ne s'observe guère qu'à la suite de perforation de l'appendice iléo-cæcal; ce n'est pas une conséquence obligée de l'ouverture intestinale. — Enfin on peut encore dans le foyer rencontrer des corps étrangers, venus du dehors, projectiles de guerre, ou venus de l'intestin.

Ayant déjà traité longuement des fistules stercoro-purulentes, nous ne reviendrons pas ici sur leurs caractères spéciaux; qu'il nous suffise de rappeler que, sur 72 de ces fistules, 31 étaient consécutives à des phlegmons iliaques et 18 à des abcès résultant de péri-typhlites suppurées (Blin).

**Diagnostic.** — Le diagnostic du phlegmon iliaque n'est point toujours facile; on a cité des cas où il avait été confondu avec des tumeurs du foie, des reins, des inflammations et des tumeurs de l'ovaire; l'exploration attentive de ces organes permettra cependant en général de faire ce diagnostic différentiel.

Avant que l'on ne constate la fluctuation, la confusion est possible avec des tumeurs stercorales siégeant dans les fosses iliaques; on devra se rappeler que ces dernières sont moins résistantes à la palpation, et qu'elles présentent des modifications importantes par l'administration de purgatifs. — Le mæna, la cachexie, feront de

même reconnaître le *cancer intestinal*; de plus, l'évolution plus lente de la maladie ou les accidents si fréquents d'obstruction feront éliminer l'hypothèse d'un phlegmon rétro-cæcal. Les mêmes raisons permettront de ne pas confondre le phlegmon iliaque avec la *tuberculose du cæcum*. Quant à l'ostéo-sarcome du bassin, il est rarement limité à cet os et s'étend presque toujours à la partie supérieure de la cuisse; de plus les irradiations sciatiques, si fréquentes et si douloureuses, devront éveiller l'attention.

Nous ne croyons pas que les symptômes fébriles du phlegmon iliaque sous-péritonéal permettent de le confondre avec un *abcès par congestion* de la région. La recherche de la lésion osseuse fournirait en tout cas des données importantes.

Les *adénites iliaques tuberculeuses* se caractériseront de même par l'absence de réaction inflammatoire vive; de plus, elles accompagnent l'adénopathie inguinale et existent souvent en même temps que d'autres manifestations ganglionnaires. Elles surviennent fréquemment au cours de la coxalgie.

Les phénomènes inflammatoires étant bien localisés dans la fosse iliaque, on doit se demander si l'on n'a point affaire à une *péritonite circonscrite*, c'est-à-dire à ce que Chassaignac appelait l'*abcès péritonéal*, ou à une ostéite du bassin (*abcès intra-périostique* du même auteur), ou enfin au *psôitisme*.

Il faut bien convenir que les progrès réalisés dans l'étude de l'anatomie normale et pathologique du cæcum et de son appendice, s'ils ont éclairé la pathogénie des affections inflammatoires de la fosse iliaque, n'ont pas dissipé toutes les obscurités du diagnostic entre le phlegmon sous-péritonéal et la péritonite enkystée. Lorsque l'affection est ancienne la distinction est impossible; ne savons-nous pas d'ailleurs que les barrières anatomiques sont souvent renversées par la suppuration et que même à l'autopsie il est parfois difficile d'assigner au foyer un siège péritonéal plutôt que cellulaire. Au début cependant la distinction est moins embarrassante. Si les commémoratifs permettent de reconnaître à l'inflammation une origine intestinale, si on y retrouve les symptômes mieux connus aujourd'hui des différentes variétés de l'appendicite, il y a bien des chances pour qu'on ait affaire à une péritonite enkystée péricæcale. De plus on répète avec les classiques que dans ce cas les phénomènes péritonitiques dominent. Le frisson serait de règle, la tumeur plus molle, plus fluctuante dès le

début, enfin les vomissements, les nausées, le hoquet, le météorisme, la sensibilité du ventre, seraient particulièrement fréquents.

Dans l'*abcès sous-périostique*, fort difficile à distinguer du phlegmon sous-aponévrotique ou du *psôitisme*, on constaterait des douleurs vives et profondes, le peu de relief de la tumeur, la marche progressive du pus vers la grande circonférence de l'os et enfin une putridité remarquable de ce pus; il faudrait ajouter un état général, un aspect particulier d'anxiété, qui n'existent jamais au même degré dans les autres formes (Chassaignac).

Dans le *psôitisme*, la douleur est plus vive et plus irradiée; le gonflement est moins appréciable; la rétraction du membre se produit dès les premiers moments et d'une façon très marquée; l'ouverture de la collection tend à se faire à la racine de la cuisse ou vers la région lombaire.

Enfin quelques données permettront, si on est appelé assez tôt, de reconnaître la cause et la variété du phlegmon: 1° l'existence d'une lésion quelconque des membres inférieurs ou des organes génitaux, l'inflammation du réseau lymphatique, la constatation primitive d'une tuméfaction franchement ganglionnaire, l'état puerpéral, plaident pour une péri-adénite suppurée ou un phlegmon angioleucitique.

2° Lorsque ces caractères feront défaut et que les troubles digestifs, en particulier les signes d'appendicite auront ouvert la scène du côté droit, on inclinera avec raison vers une inflammation péricæcale; de plus Paquy fait remarquer que dans ce cas la tuméfaction siège primitivement plus haut et plus en dehors; l'ouverture intestinale serait plus fréquente.

Ce ne sont cependant là que des signes de probabilité qui supposent un examen attentif et fait de bonne heure, car à une période avancée la distinction devient impossible, en raison de l'extension de l'inflammation aux tissus voisins et des difficultés de la palpation.

**Pronostic.** — Grisolles nous a laissé des indications précieuses sur la gravité du phlegmon iliaque: sa statistique comporte 20 morts et 14 cas très inquiétants sur 75 observations. Les phlegmons post-puerpéraux ont été particulièrement graves, ils ont donné 7 morts sur 17. Avant eux pourtant il convient de placer les abcès stercoraux, 5 morts sur 7, en raison des altérations gangréneuses et péritonéales qu'ils provoquent. — Il est classique d'accorder une gravité moindre au phlegmon cellulaire rétro-cæcal, qu'au foyer intra-péritonéal.

Talamon combat cette opinion. Mieux vaut, dit-il, une perforation intra-péritonéale, à condition, bien entendu, que la collection s'enkyste, car on peut intervenir en temps utile pour évacuer le pus; dans les perforations extra-péritonéales on ne peut ni prévoir, ni arrêter à temps les ravages de l'inflammation qui devient souvent fatale. Le phlegmon propagé au tissu cellulaire sous-aponévrotique est plus grave que le phlegmon sous-péritonéal simple; et, parmi les variétés de ce dernier, les phlegmons adénitiques comporteraient le pronostic le moins sévère.

Les diverses ouvertures ne sont pas également avantageuses : l'ouverture intestinale, au dire de Grisolle, ne serait pas toujours aussi favorable qu'on l'a prétendu; il en serait de même de l'ouverture vaginale que l'on pourrait croire meilleure en raison de sa situation déclive.

Ajoutons encore les dangers de l'épuisement dans les longues suppurations, les indurations si longtemps persistantes, et on comprendra toutes les sévérités du pronostic, que tempèrent à peine quelques cas de résolution franche.

**Traitement.** — Il faut donc intervenir au plus tôt, et avec énergie. Au début on devra tenter d'obtenir la résolution à l'aide des vésicatoires et des émissions sanguines; les applications de sangsucs faites de très bonne heure ont donné d'excellents résultats dans un quart des cas où on les a employées. — Leur action sera favorisée par l'usage des émoullients, des laxatifs et même des purgatifs légers, pour peu qu'il y ait de l'embarras intestinal.

Aussitôt qu'il soupçonne la formation d'une collection purulente, le chirurgien doit s'armer du bistouri et se diriger vers la fosse iliaque. En procédant lentement couche par couche comme dans une opération de ligature de l'artère iliaque, en faisant à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale une incision parallèle à la moitié externe de cette arcade, on évitera la lésion du péritoine, qui d'ailleurs est souvent refoulé par le gonflement inflammatoire.

L'exploration du foyer sera faite attentivement avec le doigt pour connaître les prolongements où devront être dirigés les tubes à drainage; en cas de nécessité, il faudra employer le grand trocart courbe explorateur de Chassaignac, guide précieux pour pratiquer une utile contre-ouverture, soit à la cuisse, soit aux lombes, soit à la partie supérieure et latérale du vagin.

Lorsqu'on est appelé à une période plus avancée, l'imminence d'une perforation spontanée peut naturellement amener le chirurgien à inciser le phlegmon iliaque en un point différent de la région ilio-inguinale; il n'en est pas moins vrai que c'est là le siège d'élection de l'ouverture.

Le foyer traité antiseptiquement se ferme quelquefois assez vite, mais il persiste souvent de l'induration, contre laquelle on se trouvera bien des vésicatoires répétés et de l'application de cautères *loco dolenti*.

Inutile de dire combien il est nécessaire de soutenir le malade, pour combattre l'affaiblissement résultant d'une suppuration qui était toujours extrêmement longue et abondante avec les anciens pansements.

## CHAPITRE II

### PHLEGMONS ET ABCÈS DU PSOAS

On s'est efforcé depuis longtemps de séparer des phlegmons de la fosse iliaque l'*inflammation du muscle psoas* sous le nom de *psœitis* ou *psœite*. Le muscle iliaque participe le plus souvent à l'inflammation du psoas. Dans l'esprit des auteurs, alors même que cette opinion n'est pas nettement formulée, une différence capitale sépare le psœitis du phlegmon iliaque; le psœitis serait essentiellement une myosite. Il débiterait au sein même du psoas, et ce point de départ semble en effet démontré dans nombre de cas par la physionomie et la marche clinique spéciales de la maladie.

De la Motte est le premier chirurgien qui ait rapporté des observations d'inflammation du psoas et décrit cette affection (1771). Parmi les mémoires publiés sur ce sujet, une mention spéciale doit être faite du travail de Kyll de Wesel, publié en 1854 dans le journal de Rust.

On consultera encore la thèse de Marcano, 1877; les articles classiques, une communication de Polaillon à la Société de chirurgie en 1879 et un travail de Beck, dans le *Medical Times* de 1883.

**Étiologie.** — Toute suppuration suppose une infection. L'infection du muscle psoas peut se faire dans des conditions différentes.