

en général, rapidement, le long du muscle psoas-iliaque et viennent soulever le repli péritonéal, au niveau du ligament de Poupart. En ce point le phlegmon cesse de bonne heure de rester rétro-péritonéal pour envahir les couches musculaires de la paroi abdominale. C'est, en effet, au-dessus du ligament de Poupart qu'une partie de ces abcès s'ouvrent spontanément, ou sont incisés par le chirurgien ; parfois aussi ils se font jour au-dessous du ligament ; dans ce cas, ils suivent la gaine des vaisseaux ou descendent en dehors de cette gaine pour arriver ensuite presque toujours rapidement à la surface.

Nous sommes loin d'avoir épuisé les modes de terminaison de ces supurations. Les abcès de longue durée, à contenu plus ou moins putride, avec tendance à la destruction des tissus, s'étendent volontiers aux muscles de la fosse iliaque dont ils suivent la gaine, et sortent du bassin soit au côté interne, soit au côté externe du tendon du muscle psoas-iliaque pour s'ouvrir en avant du petit trochanter ; dans d'autres cas le pus se fraye un passage au-dessous des adducteurs et arrive à la face interne et postérieure de la cuisse, ou bien il se dirige en dehors, vers le couturier et perfore la peau sur le trajet de ce muscle. L'abcès peut enfin s'ouvrir dans l'articulation coxo-fémorale, par l'intermédiaire de la bourse séreuse sous-jacente au tendon du muscle psoas-iliaque. Les abcès situés plus profondément dans la cavité de Douglas perforent assez souvent l'intestin, la vessie ou l'utérus, et s'étendent jusque sous les muscles fessiers, à travers la grande échancrure sciatique. Rarement ils s'ouvrent dans la cavité péritonéale.

Les foyers de suppuration, dans le voisinage du cœcum, suivent les mêmes voies après s'être étendus du côté du bord interne de la crête iliaque. Cependant le pus se dirige aussi assez souvent de bas en haut, le long du tissu conjonctif lâche qui recouvre le muscle carré des lombes, ou bien il se porte directement vers la surface cutanée. Ces abcès s'ouvrent, en outre, plus volontiers dans l'intestin ou dans la cavité péritonéale que ceux qui se sont développés plus bas, dans le tissu conjonctif sous-séreux de la cavité pelvienne.

La formation de ces abcès s'accompagne aussi d'une fièvre plus ou moins intense. Dans la majorité des cas un accouchement a précédé leur développement, ce qui facilite le diagnostic ; lorsque l'abcès provient d'une péritiphylite, des symptômes intestinaux s'étaient déjà montrés antérieurement, ou bien la douleur et la tuméfaction localisées dans la région du cœcum apparaissent de si bonne heure que l'on ne peut guère avoir des doutes sur la nature de l'affection ; les formes à marche lente pourraient seules être confondues avec une tumeur rétropéritonéale. L'abcès est, au début, recouvert par le côlon et le cœcum et il donne, par conséquent, volontiers un son tympanique à la percussion ; du reste il n'est pas rare que la poche purulente elle-même contienne des gaz, car souvent elle se forme à la suite d'une perforation de l'intestin ou de l'appendice vermi-

culaire, après que ce dernier a contracté des adhérences avec le péritoine ; il n'est même pas rare de voir des particules alimentaires ou des corps étrangers (noyaux de cerise, aiguilles, etc.) pénétrer de l'intestin dans le tissu sous-séreux. L'abcès revêt alors facilement un caractère phlegmoneux et s'accompagne d'une gangrène du tissu conjonctif.

Dans le voisinage du cœcum on observe parfois des processus phlegmoneux avec fièvre intense, lesquels se terminent par résolution, sans que l'on soit jamais parvenu à constater l'existence de la fluctuation. Une tuméfaction dure se produit vers la partie externe du ligament de Poupart et dans la fosse iliaque. Si l'on fait une incision dans la région de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on arrive dans un tissu inflammatoire dense sans rencontrer le pus que l'on s'attendait à y trouver. Il s'agit probablement ici de processus inflammatoires dus à la pénétration, dans le tissu conjonctif sous-séreux, de très petites quantités de substances septiques provenant de l'appendice vermiforme perforé, substances qui s'enkystent, dans la suite, et sont peut-être résorbées. Ainsi s'explique assez bien la grande tendance de ces abcès aux récurrences.

Dans la région de la fosse iliaque les abcès sous-séreux sont faciles à reconnaître, car ils remplissent l'espace en question et se présentent sous la forme de tumeurs superficielles. Seuls les abcès intrapéritonéaux enkystés de cette région peuvent créer des embarras au chirurgien, et dans nombre de cas le diagnostic est même impossible. Le plus souvent, ce qui permet de les reconnaître, c'est la marche de la tumeur, le fait bien constaté d'une péritonite antérieure à son développement, péritonite qui précède rarement les abcès extrapéritonéaux, enfin la forme typique de l'extension de la tumeur dans les processus dont il est ici question. Les abcès situés dans la cavité de Douglas peuvent être reconnus par le toucher vaginal et rectal, ainsi que par le toucher combiné avec la palpation externe. Les abcès de la région iliaque produisent volontiers des symptômes de contracture, ainsi que des douleurs excentriques dans la cuisse correspondante. La contracture est due à l'extension au psoas du processus inflammatoire, tandis que les douleurs excentriques sont causées par la compression des différents nerfs qui franchissent le bassin et se trouvent en contact avec l'épanchement purulent.

Un phénomène que l'on observe dans les exsudats pelviens volumineux s'étendant jusque vers le ligament de Poupart, c'est l'ascension de la ligne respiratoire de l'abdomen. Je désigne sous ce nom la ligne qui, dans la région du ligament de Poupart, forme la limite d'extension des mouvements respiratoires des parois abdominales. Comme au niveau de ce ligament le péritoine est refoulé en haut par l'épanchement purulent, et que, par conséquent, la cavité abdominale proprement dite s'arrête à la limite supérieure de l'abcès, il en résulte que les mouvements respiratoires disparaissent au-dessous de cette même limite.

Dans les processus phlegmoneux que nous venons de décrire, on

cherchera au début à enrayer le développement de l'abcès par l'action du froid. Si ce moyen ne réussit pas, on ouvrira aussitôt que possible le foyer purulent. Les perforations dans la vessie, l'intestin, le vagin et l'utérus suivent souvent, il est vrai, une marche très favorable, et particulièrement celles qui se font dans l'intestin et la vessie présentent volontiers, grâce à l'obliquité de leur trajet, une sorte de fermeture valvulaire qui empêche la pénétration des matières fécales et de l'urine dans la cavité de l'abcès ; néanmoins l'incision hâtive agit toujours favorablement en limitant l'extension du foyer purulent et en prévenant la perforation, rare il est vrai, dans la cavité péritonéale, perforation qui entraîne une péritonite le plus souvent mortelle. Mais ce sont surtout les processus phlegmoneux septiques consécutifs aux perforations de l'intestin que l'on devra traiter de bonne heure par de larges incisions.

L'incision des abcès volumineux de la fosse iliaque peut être pratiquée au-dessus du ligament de Poupart, dans la zone que nous avons déjà mentionnée plusieurs fois comme étant dépourvue de séreuse. Souvent le pus à ce niveau est déjà arrivé à la surface, et le point qui doit être incisé donne au doigt la sensation d'une petite lacune dans les tissus. ROSER accorde la préférence à l'incision pratiquée au côté externe de l'artère fémorale. Après avoir incisé la peau et divisé les tissus dans la profondeur en dehors de l'artère, on glisse une pince à pansements de bas en haut sous le ligament de Poupart, et on la retire en écartant ses branches de façon à agrandir l'orifice. Par des contre-incisions dans les points où la fluctuation devient superficielle, ainsi que par l'introduction de tubes à drainage, on accélère notablement la guérison, qui, souvent, s'opère rapidement lorsqu'on a eu soin d'ouvrir l'abcès de bonne heure. Il est probable que la guérison est ici favorisée par la pression régulière exercée par le péritoine sur la fosse iliaque. Dans les suppurations étendues et de longue durée, il n'est pas rare, cependant, de voir le malade succomber à la pyémie et à l'hectisie qui en sont la conséquence.

Nous renvoyons à un autre chapitre l'étude des abcès profonds de la fosse iliaque, lesquels siègent dans le domaine du psoas-iliaque, à une certaine distance du péritoine ; il s'agit le plus souvent, dans ces cas, d'abcès par congestion provenant d'une suppuration des os et du périoste du bassin et de la colonne vertébrale.

6. Inflammation et suppuration circonscrites intrapéritonéales.

§ 29. — Lorsque des processus inflammatoires évoluent dans des organes qui sont tapissés par le péritoine, on voit volontiers survenir des inflammations locales des parties correspondantes de l'enveloppe péritonéale. Ces péritonites circonscrites, lorsqu'elles sont la conséquence d'une irritation modérée et passagère, peuvent revêtir d'emblée les ca-

ractères d'une néoplasie du tissu conjonctif se manifestant par la production de masses fibreuses et par des adhérences de l'organe enflammé avec les parties voisines. Si l'irritation est plus intense et plus persistante, il se produit, en outre, une transsudation et une abondante prolifération cellulaire. On a alors affaire à une **péritonite enkystée**, c'est-à-dire à une poche remplie d'un liquide séreux, séro-fibrineux ou tout à fait purulent, poche qui se trouve comprise entre les viscères grâce aux adhérences que ces derniers ont contractées entre eux, ou qui, au contraire, fait librement saillie dans la cavité péritonéale, au niveau du siège de l'inflammation, et n'est limitée que par ses propres parois formées de tissu conjonctif.

Tandis que la **forme adhésive**, comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois, et comme nous aurons encore assez souvent l'occasion de le rappeler, surtout à propos des hernies abdominales, entraîne les adhérences les plus variées entre les organes de l'abdomen, adhérences réunissant les intestins entre eux et avec le péritoine, dans la **forme exsudative**, par contre, on assiste à la formation de tumeurs qui, suivant la nature de leur contenu, persistent longtemps à l'état de cavités semblables à des kystes, ou peuvent disparaître tôt ou tard par voie de résorption. Lorsque le contenu de la poche est purulent, il survient presque toujours finalement une perforation et le pus s'écoule soit à l'extérieur, soit dans un organe creux du voisinage, soit enfin, ce qui est bien plus grave, dans la cavité péritonéale.

Des inflammations locales de ce genre peuvent se développer, à l'occasion, sur chacun des organes de l'abdomen, sur le foie, la rate, l'épiploon, etc. ; souvent elles restent comme résidus d'une péritonite diffuse (voir plus haut § 23) ; elles se montrent avec une fréquence relative, chez la femme, dans le voisinage de la matrice.

Nous n'insisterons sur l'étude de la **périmérite** qu'autant que nous le jugeons nécessaire pour permettre au chirurgien de poser le diagnostic de cette forme typique d'épanchement intrapéritonéal, et nous renvoyons le lecteur pour plus de détails aux traités de gynécologie. Nous ferons seulement remarquer ici, au point de vue de l'étiologie, que la périmérite, bien plus souvent que le phlegmon du tissu conjonctif sous-séreux décrit plus haut, survient en dehors de l'état puerpéral, à la suite de processus inflammatoires, de tumeurs ou de lésions traumatiques de l'utérus, parfois aussi consécutivement à de manœuvres chirurgicales, le cathétérisme utérin par exemple. Tout dernièrement on a fait intervenir également comme cause de cette affection la pénétration directe du virus blennorrhagique dans le péritoine, le long des trompes de Fallope, mais on a, semble-t-il, singulièrement exagéré l'importance de cette forme particulière d'infection (NOEGGERATH).

L'épanchement en question, tant qu'il n'est pas très abondant, a son siège dans la cavité de Douglas, et en vertu des lois de la pesanteur, il occupe la partie la plus déclive de cette cavité que remplissent les intestins à l'état normal. Mais lorsque la masse du liquide augmente, ce dernier gagne aussi les fosses