

§ 12. — Les **suppurations** qui se produisent à l'intérieur du bassin, suivent des voies bien déterminées qui leur sont imposées par la situation anatomique des différents organes, et par les interstices de tissu conjonctif qui séparent ces derniers. Abstraction faite des abcès relativement peu fréquents qui se sont développés primitivement dans la cavité pelvienne, le bassin sert, en outre, de lieu de passage à des suppurations provenant soit du tronc, soit plus rarement de la cuisse. Ces **abcès dits par congestion**, ont une tendance à la migration de haut en bas; mais cette direction n'est due que pour une faible part à l'action de la pesanteur, car on voit aussi parfois des abcès vaincre cette dernière pour remonter dans le bassin. Leur migration est due à l'élévation de la pression hydrostatique, dans l'intérieur du foyer purulent par suite de l'augmentation de la quantité de pus; ce dernier suit alors les interstices de tissu conjonctif en relation avec l'abcès primitif; en outre, le pus provoque dans son voisinage une inflammation des tissus qui se propage également de préférence dans les interstices en question, et ajoute encore à l'action de la pression hydrostatique. Mais dans l'intérieur du bassin la grande dilatabilité des espaces occupés par le tissu conjonctif, leur permet de recevoir une grande quantité de pus et d'arrêter ainsi pendant longtemps la migration de ce dernier; les collections purulentes formées dans ces conditions, en imposent alors assez souvent pour des abcès nés primitivement dans la région où on les rencontre.

Dans notre description des suppurations du bassin, nous ferons abstraction, tout d'abord, de la question de savoir si les collections purulentes que l'on y rencontre, se sont formées sur place ou y sont arrivées par les voies du tissu conjonctif. En conséquence, nous distinguons *trois grands groupes d'abcès*, dont chacun présente un tableau symptomatique assez typique. Ces trois groupes s'observent principalement dans les parties latérales du bassin, et sont plus ou moins en relation avec la fosse iliaque; suivant la couche de tissu conjonctif qui devient le siège de la suppuration, on distingue les **abcès sous-péritonéaux ou sous-séreux**, et les **abcès intra ou sous-musculaires**. Ces derniers, suivant qu'ils sont en relation avec le psoas ou avec l'iliaque situé plus latéralement et remplissent la fosse de même nom, se divisent à leur tour en **abcès du psoas** et en **abcès de l'iliaque**. Les trois groupes en question comprennent donc : 1° les **abcès sous-séreux**; 2° les **abcès du psoas**, et 3° les **abcès du muscle iliaque**.

§ 13. — On peut facilement déterminer le domaine d'extension de chacun de ces trois groupes d'abcès par des expériences consistant à introduire une canule dans la couche correspondante du tissu conjonctif, et à y injecter, sous une pression continue mais modérée, un liquide ou une masse capable de se solidifier (gélatine, etc.). Lorsque l'injection est pratiquée au niveau du bord supérieur du petit bassin, à la partie la plus élevée du ligament large, le liquide soulève d'abord le péritoine qui recouvre le muscle psoas iliaque, et se

porte ensuite vers le point de réflexion de la séreuse, au niveau du ligament de Poupart. Même dans les suppurations peu abondantes, ce décollement du péritoine est tellement étendu que, jusqu'à deux centimètres au-dessus du ligament de Poupart, surtout dans la moitié interne de ce dernier, la paroi abdominale n'est plus tapissée par la séreuse. Les abcès en question perforent les parties molles et la peau le plus souvent à la face antérieure du corps; tantôt ils se font jour directement au-dessus du ligament de Poupart, dans la zone que nous avons dit être dépourvue de péritoine, grâce au décollement de ce dernier, tantôt ils s'ouvrent plus bas le long du trajet inguinal, tantôt enfin le pus se fraye un passage au-dessous du ligament, le long des vaisseaux qui passent par l'anneau crural, plus rarement le long du muscle psoas ou encore plus en dehors (nerf fémoro-cutané). Ainsi donc le pus perfore les téguments presque toujours dans le voisinage immédiat du ligament de Poupart. Mais quelquefois aussi l'abcès s'ouvre dans la vessie ou le rectum, ou apparaît sous la peau soit au niveau de la marge de l'anus, soit, plus rarement, à la partie postérieure du bassin, à travers la grande échancrure sciatique.

Si l'on fait l'injection au côté interne du muscle psoas, après sa sortie du bassin au-dessous du ligament de Poupart, le liquide remplit tout d'abord le voisinage des vaisseaux et le domaine du muscle en question; puis il remonte dans l'intérieur de la gaine du psoas ou entre les faisceaux musculaires, jusque sur la partie latérale correspondante de la colonne vertébrale, après avoir ainsi franchi de bas en haut la cavité du bassin. Lorsque la pression est plus forte, le liquide se répand en haut latéralement vers le carré des lombes, et plus bas il envahit la région du muscle iliaque. Si l'on élève encore plus la pression, et si l'on injecte une plus grande quantité de liquide, ce dernier finit par remplir les fosses iliaques : à l'abcès du psoas s'ajoute ainsi l'abcès de l'iliaque.

Les abcès qui suivent cette voie, s'ouvrent ordinairement à la face antérieure de la cuisse, au bord interne de la gaine du psoas. De cette dernière le pus peut aussi se répandre dans les adducteurs et atteindre la surface cutanée au niveau de la face interne ou de la face postérieure de la cuisse; ou bien encore le pus descend jusqu'au genou le long de l'interstice qui sépare le vaste interne des adducteurs. Quant aux voies secondaires de migration du pus, elles sont les mêmes que dans les abcès iliaques.

Le liquide injecté prend une direction différente lorsqu'on le fait pénétrer non plus au côté interne, mais bien au côté externe de la gaine du psoas. Dans ce cas, il se répand dans le domaine du muscle iliaque. Il envahit l'espace occupé par ce muscle et qui se trouve compris entre la surface de l'os et l'aponévrose iliaque, et il pénètre entre les faisceaux musculaires. Après avoir rempli cet espace, le pus remonte le long du bord externe du psoas, et atteint latéralement le carré des lombes, et de là le tissu périnéphritique. Lorsque la fosse iliaque est fortement remplie de pus, le muscle de même nom soulevé par ce liquide le long de son bord inférieur, dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, décolle le péritoine du ligament de Poupart et refoule en haut cette membrane. Par conséquent l'épanchement à ce niveau n'est plus recouvert par le péritoine, et le bistouri arriverait directement dans le foyer purulent, à travers l'aponévrose iliaque.

Les abcès en question, ou **abcès du muscle iliaque**, se comportent de diverses manières :

1. Ils peuvent s'ouvrir dans la région lombaire, au niveau du bord externe du muscle carré des lombes.

2. Par exception, de même que les abcès du psoas, ils apparaissent dans la région de la fesse à travers la grande échancrure sciatique.

3. Tous les abcès que nous venons de décrire, avant de se faire jour au dehors, se frayent parfois un passage jusque dans l'articulation coxo-fémorale, par l'intermédiaire de la bourse séreuse du muscle psoas-iliaque.

4. Les abcès du muscle iliaque ont une tendance à descendre à la face antérieure de la cuisse suivant une direction bien caractéristique.

Le pus passe au-dessous du ligament de Poupart, le long du bord latéral du tendon du muscle psoas-iliaque; il pénètre dans l'interstice qui sépare ce tendon du bord interne du muscle droit antérieur de la cuisse. Arrivé à ce niveau, le pus peut se faire jour directement au dehors à travers les téguments, ce qui, toutefois, est très rare. Le plus souvent, une partie de l'épanchement suit l'interstice de tissu conjonctif qui sépare le muscle droit du tenseur du fascia lata, et perfore la peau le long de cette ligne à une hauteur variable, tandis qu'une autre partie du pus se répand le long du bord interne du muscle droit, d'où il se rend à l'intérieur ou sur les côtés de la gaine du muscle couturier. C'est alors le long du bord interne ou externe de ce dernier que se forment les fistules.

§ 14. — Nous pouvons nous dispenser d'entrer ici dans des considérations cliniques, au sujet des **abcès sous-séreux**, et nous renvoyons le lecteur à la description que nous avons faite des abcès de paramérite, de typhlite, etc., dans la partie du second volume consacrée aux maladies inflammatoires de l'abdomen.

Il ne nous reste plus qu'à décrire brièvement une forme d'abcès sous-séreux qui n'a pas été mentionnée dans cette partie de notre ouvrage, nous voulons parler des abcès qui suivent le trajet du cordon.

L'inflammation du tissu conjonctif lâche de l'enveloppe du cordon s'observe quelquefois dans les affections chroniques suppurées de l'épididyme, plus souvent à la suite de la castration; ici encore le processus phlegmoneux suit la voie qui lui est tracée par le tissu conjonctif; il s'étend dans le canal inguinal qu'il remplit, pour envahir ensuite la cavité abdominale (ou pelvienne). Comme les parties constituantes du cordon : vaisseaux, nerfs et canal déférent, suivent des directions différentes dès qu'elles ont franchi l'anneau inguinal interne, il se peut parfaitement que le pus suive chacun de ces éléments en arrière du péritoine, dans la couche du tissu sous-séreux. Ainsi le long de l'artère spermatique, il peut arriver jusqu'à l'aorte et à la région rénale; dans d'autres cas il suit le trajet de l'artère funiculaire ou des veines du cordon etc. Il est possible que le tissu conjonctif qui entoure le canal déférent, soit particulièrement apte à recevoir les produits inflammatoires, ou que les processus phlegmoneux développés primitivement dans le tissu interstitiel des canalicules séminifères, aient une certaine tendance à remonter le long du canal déférent. Quoi qu'il en soit, il est certain que le pus suit de préférence cette voie pour gagner les côtés de la vessie. En tout cas, j'ai assez souvent observé chez l'homme des **abcès paravésicaux** en relation avec des affections inflammatoires de la

région du cordon. Dans ces cas, par conséquent, à la tuméfaction du trajet inguinal, laquelle s'étend bientôt au-dessus du ligament de Poupart, s'en ajoute une autre située sur le côté correspondant de la vessie, et s'étendant au-dessus de la symphyse jusqu'à la ligne médiane. Le long du canal déférent le pus peut se porter plus profondément jusque vers le col de la vessie, à l'endroit où celle-ci n'est séparée du rectum que par une couche de tissu conjonctif lâche. Le gonflement inflammatoire peut ainsi s'étendre jusqu'au rectum, et d'après la disposition des foyers de suppuration, on s'explique les douleurs qui se produisent dans la miction et la défécation, chez les malades affectés d'un phlegmon du cordon. Le pus peut se faire jour à travers les parois abdominales, mais il faut s'attendre aussi à une perforation de l'abcès dans la vessie ou le rectum. Plus tard on peut voir également le pus descendre du col de la vessie le long de l'urètre, pour s'ouvrir soit au périnée, soit dans la région du scrotum. Le rectum doit être examiné de bonne heure, et si l'on y constate la présence d'une tumeur fluctuante, c'est par cette voie que l'on donnera issue au contenu de l'abcès.

Comme nous l'avons vu dans notre étude des *abcès sous-séreux*, ces derniers sont le plus souvent la conséquence de processus inflammatoires plus ou moins aigus développés dans le voisinage d'organes situés, au moins en partie, en arrière du péritoine (utérus, cœcum, vessie, canal déférent, etc.).

Rappelons encore une fois brièvement les symptômes de ces abcès. La tuméfaction (surtout, dans les cas de paramérite) est superficielle, et sa base correspond aux deux tiers internes du ligament de Poupart. Dans cette région, le péritoine est soulevé, et la ligne respiratoire de l'abdomen se trouve reportée plus haut (voir t. II § 28). Un fait qui peut être aussi utilisé pour le diagnostic, c'est la situation élevée des fistules au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale.

§ 15. — Après les abcès sous-séreux dont nous venons de parler, il nous reste à décrire les soi-disant **abcès du psoas**, qui sont certainement plus souvent que les *premiers des abcès chroniques par congestion*.

Nous voulons conserver l'ancienne dénomination d'abcès du psoas, sans que nous admettions pour cela que le tissu de ce muscle soit le point de départ de l'inflammation. Ce n'est pas que nous voulions nier absolument la possibilité de la production de foyers purulents métastatiques dans le muscle lui-même ou d'abcès dus à une rupture de ce dernier ou à un épanchement sanguin dans la substance musculaire. Mais évidemment ces formes de suppuration sont si rares qu'elles ne sauraient être prises en considération en présence des cas, beaucoup plus fréquents, dans lesquels le psoas ne représente que la voie suivie par les processus inflammatoires nés dans des parties plus élevées, surtout dans les vertèbres, et parfois aussi dans une cavité pleurale. En effet, il arrive assez souvent alors que le muscle lui-même, et non pas sa gaine aponévrotique, trace une voie à la migration du pus. Dernièrement VOLKMANN a fait remarquer, avec raison, que l'on peut parfaitement admettre, dans ce