

Maintenant que la disposition générale de la fosse iliaque nous est connue, revenons en détail sur chacun des plans qui entrent dans sa constitution.

*Couche péritonéo-intestinale.* — Le péritoine tapisse toute la fosse iliaque interne. Remarquable en ce point par sa résistance et son extrême laxité, il se comporte différemment à droite et à gauche. A droite, le péritoine entoure ordinairement le cæcum dans toute sa circonférence et ne lui forme pas de méso-cæcum. Le cæcum (sur lequel je reviendrai plus loin dans un chapitre particulier) est donc le plus souvent libre de toutes parts dans la fosse iliaque et n'est pas en contact avec le tissu cellulaire sous-séreux, ainsi que je l'ai écrit dans les premières éditions de cet ouvrage. La propagation de la typhlite à la couche sous-péritonéale de la fosse iliaque ne saurait donc se comprendre avec cette disposition anatomique. Ce que l'on observe, ce sont des péritonites qui se propagent au péritoine pariétal, et dont le point de départ est, le plus souvent, l'appendice vermiculaire.

Le cæcum peut servir, chez les personnes qui sont très constipées, de réservoir aux matières fécales, au point de former une *tumeur fécale*; celle-ci est volumineuse, dure, bosselée, immobile, indolente, s'il n'y a pas d'inflammation de voisinage; mais elle devient bientôt douloureuse, spontanément et à la pression, lorsque le péritoine péricæcal s'enflamme. Il est même possible d'observer alors des symptômes d'occlusion intestinale qui peuvent faire croire à l'existence d'une hernie ou à un étranglement interne (1). Ces tumeurs fécales du cæcum ont été la cause de méprises; j'ai vu traiter de semblables tumeurs par les vésicatoires, la teinture d'iode, l'iodure de potassium, etc. Bien que l'appendicite attire aujourd'hui, et avec juste raison, presque exclusivement l'attention du praticien, je tiens à dire qu'il n'en existe pas moins une tumeur fécale du cæcum, dont le traitement est absolument différent de celui de l'appendicite.

L'interrogatoire du malade mettra sur la voie du diagnostic, car il apprendra que les selles sont très rares, ou qu'à un moment donné elles ont été très rares; que les matières rendues sont des boules dures, sèches, arrondies, bosselées, noirâtres comme des truffes, et font du bruit en tombant dans le vase. Le malade peut être atteint de diarrhée, bien que ces scybales remplissent encore le cæcum; le diagnostic devient alors plus difficile. Il l'est également davantage lorsque la tumeur stercorale a provoqué une phlegmasie de voisinage.

Le cæcum reçoit la fin de l'intestin grêle: aussi, l'incision pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite donne-t-elle de grandes chances de découvrir une portion d'intestin très éloignée de l'estomac. C'est une des principales raisons qui ont conduit Nélaton à choisir la fosse iliaque droite pour pratiquer l'entéro-

(1) Le premier jour de l'année 1868, le hasard me fit appeler au Séminaire de Saint-Sulpice pour examiner un jeune prêtre qui venait d'être pris, me dit-on, d'une hernie étranglée. Il devait quitter l'établissement le jour même, et c'est en faisant ses préparatifs de départ, en soulevant une malle, qu'il avait été pris d'une douleur subite et violente dans l'aîne droite; survinrent en même temps des vomissements. Les médecins de l'établissement constatèrent l'existence dans l'aîne droite d'une tumeur douloureuse au toucher, se prolongeant dans la fosse iliaque, et demandèrent un chirurgien pour réduire ou opérer cette hernie. Or, tous les accidents s'évanouirent en vingt-quatre heures, en même temps que la tumeur, à l'aide de purgatifs qui expulsèrent de nombreuses boules fécales noires. Ce jeune homme avait éprouvé une constipation opiniâtre; de plus, il était monorchide et présentait une ectopie testiculaire inguinale droite dont il ne s'était pas aperçu jusque-là, ce qui avait contribué à faire porter le diagnostic herniet