

tomie, opération sur laquelle je reviendrai en étudiant la cavité abdominale.

A gauche, le péritoine enveloppe l'S iliaque, mais lui forme un méso-côlon : aussi, jouit-elle d'une certaine mobilité. L'S iliaque est même très mobile chez les enfants, ainsi que l'a fait remarquer Huguier, au point de se déplacer et d'occuper la fosse iliaque droite ; il faut tenir compte de cette mobilité pour l'établissement d'un anus artificiel. D'ailleurs, je m'occuperai plus loin de ce sujet.

*Couche cellulo-adipeuse sous-péritonéale.* — En arrière du péritoine existe une couche celluleuse extrêmement abondante (Voy. fig. 223). Cette couche est très lâche, lamelleuse, et contient seulement quelques pelotons adipeux. Elle se continue sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin, et, en particulier chez la femme, avec celui des ligaments larges. Il en résulte que les inflammations, qui se développent si fréquemment dans ces ligaments à la suite de l'accouchement, se propagent avec la plus grande facilité au tissu cellulaire de la fosse iliaque. C'est l'inflammation de ce tissu qui constitue le *phlegmon de la fosse iliaque*. On peut se rendre très bien compte, sur nos coupes horizontale ou verticale de la fosse iliaque, du point où siège primitivement le foyer ; le péritoine en forme la paroi antérieure et le *fascia iliaca* la paroi postérieure. Il ne faut pas être trop anatomiste en chirurgie, et toujours subordonner la marche des phlegmasies à la disposition des plans fibreux : on éprouverait de fréquents mécomptes ; mais dans la région qui nous occupe, les connexions qui existent entre le *fascia iliaca* et le *fascia transversalis* sont si intimes et si puissantes, qu'elles impriment, le plus souvent, une marche spéciale au pus développé dans les diverses couches de la fosse iliaque. Ce point me paraît être de la plus haute importance, et c'est principalement pour en fournir la démonstration que j'ai pratiqué les coupes précédentes.

Examinez la figure 224 ; elle est destinée à montrer la manière dont le *fascia iliaca* s'unit au *fascia transversalis* au niveau de l'arcade crurale ; le péritoine (figuré en pointillé blanc) descend au-devant du *fascia iliaca* et, arrivé à l'arcade crurale, où il n'adhère nullement, se réfléchit de bas en haut pour tapisser la face postérieure du *fascia transversalis*. Le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque se continue directement avec le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi abdominale : il n'est donc pas étonnant que l'inflammation se propage de l'un à l'autre. C'est, en effet, la marche classique du phlegmon de la fosse iliaque ; le pus peut rester circonscrit dans cette fosse, envahir le tissu cellulaire pelvien ou remonter vers les lombes, mais, s'il descend, ce qui est le plus fréquent, il gagne la paroi abdominale antérieure et ne tarde pas à former un foyer que l'on sent au-dessus de l'arcade crurale. C'est en ce point que l'on perçoit la fluctuation et qu'il faut donner issue au pus.

Le pus, en se développant au-dessous du péritoine, repousse nécessairement cette membrane en haut, la décolle du *fascia iliaca* et du *fascia transversalis*, ainsi que le démontre le schéma ci-joint (fig. 226). Il se forme ainsi dans la fosse iliaque un vaste foyer sous-péritonéal dont les parois sont limitées : en avant par le *fascia transversalis*, en arrière par le *fascia iliaca*, et en bas par l'arcade crurale. Pour ouvrir cet abcès, il faut donc pratiquer au-dessus de l'arcade, dans le point où l'on sent la fluctuation, et en dehors de l'artère épigastrique, une incision horizontale et traverser successivement avec le bis-