

du muscle iliaque devenues noirâtres, ramollies et exhalant une odeur fétide. Aucun symptôme ne peut faire diagnostiquer sûrement cette fâcheuse terminaison ; mais lorsqu'on donne issue à la matière épanchée, celle-ci exhale une odeur fétide, et entraîne avec elle des gaz, parfois des fèces et des lambeaux de tissu cellulaire, de muscles et de tendons mortifiés. On conçoit que la mort doit être la suite la plus ordinaire de pareils désordres.

Les efforts de la nature et de l'art peuvent quelquefois enrayer les accidents. Sur sept cas d'abcès stercoraux et gangréneux que je connais, la guérison a été observée deux fois. Il y a environ vingt-cinq ans, on traita à la clinique de Heidelberg un jeune homme affecté de carie vertébrale, chez lequel se développa graduellement une inflammation, puis un vaste abcès dans la fosse iliaque droite ; cet abcès s'ouvrant au dehors, laissa écouler un pus mêlé à des matières fécales et à des pepins de melon. Le foyer se ferma après quelques semaines ; mais le malade ayant succombé au bout de plusieurs mois au progrès du mal vertébral, on reconnut à l'autopsie que l'appendice avait été le siège d'une perforation ; il adhérait intimement à la cicatrice de l'abcès, et présentait des traces évidentes d'une inflammation antérieure. Le huitième fait du mémoire de Burne est encore plus remarquable, à cause des graves lésions qu'on observa, puisque le malade rendit, par les incisions que l'on pratiqua, plusieurs lambeaux gangrenés de muscles et de tendons, dont quelques-uns avaient plus de 5 à 6 centimètres de longueur. Il eût été intéressant de savoir si une perte de substance aussi considérable avait, par la suite, rendu difficiles les mouvements de flexion et d'adduction du membre inférieur correspondant.

Les auteurs ont, en effet, généralement négligé de décrire l'état des malades après la guérison ; cependant il n'est pas très-rare d'observer consécutivement aux abcès divers accidents qui persistent quelquefois indéfiniment. J'ai cité précédemment un fait de Blandin, qui prouve qu'une hernie du cæcum peut s'effectuer à travers le trajet fistuleux qui aboutit à la peau. Des éventrations pourront aussi se faire à travers les cicatrices, parce que la paroi abdominale se trouve beaucoup affaiblie dans ce point. Enfin, le membre inférieur correspondant peut être le siège d'un œdème permanent lorsque la veine iliaque comprise dans le foyer a eu son calibre diminué, soit par un caillot qui s'est formé dans sa cavité, soit peut-être par la cicatrice qui a succédé à l'abcès.

Diagnostic. — Le diagnostic des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque n'est pas toujours facile, car cette région est souvent le siège d'affections fort diverses, dont les symptômes se rapprochent plus ou moins de ceux de la maladie que j'ai décrite. C'est ce qui a souvent donné lieu à des méprises fâcheuses. Mais il y a de ces erreurs tellement grossières, qu'on a de la peine à croire qu'elles aient jamais pu être commises : telle est, par exemple, celle qui consisterait à prendre pour un phlegmon de la fosse iliaque une tumeur formée par le foie (1) ; comme si la percussion et surtout la palpation, indépendamment des troubles fonctionnels, ne devaient pas toujours permettre de distinguer aisément une intumescence générale ou partielle de l'organe hépatique. Les reins simplement déplacés ou devenus plus volumineux par suite d'une phlegmasie qui a frappé leur parenchyme, pourraient mieux en imposer pour des abcès iliaques ; j'ai rapporté dans mon mémoire une erreur de ce genre. Si le rein n'était que déplacé, mais sans altération dans son tissu, il serait possible de le reconnaître en ayant égard à la forme et au volume de la tumeur, dont on pourra exactement dessiner les contours par la percussion et

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 349.

par la palpation (1) ; mais si ce rein, dans une situation aussi insolite, devient malade, si son tissu s'enflamme et suppure, on pourra croire aisément à l'existence d'un abcès dans le tissu cellulaire : car alors il y a tumeur douloureuse, fluctuation et selles purulentes dans le cas où le foyer s'ouvre dans le colon ou le rectum, comme M. Cruveilhier en cite un exemple (2). L'ovaire malade est encore un organe qui, en se déplaçant, peut venir former une tumeur douloureuse et plus ou moins volumineuse dans la fosse iliaque, et simuler un phlegmon de cette région. Le diagnostic pourra être précisé, si l'on se rappelle que la tumeur dépendant de l'ovaire, de forme en général globuleuse, est parfois bosselée et très-souvent mobile ; elle semble même fuir sous la main, et dans certains moments son déplacement est tel, qu'on ne la retrouve plus dans la fosse iliaque ; il est possible enfin, en portant le doigt dans le vagin, de lui imprimer des mouvements en agissant sur l'utérus.

Il y a des péritonites circonscrites aiguës ou chroniques qui, produisant des tumeurs appréciables à la vue et au toucher, pourraient aussi faire croire à la présence du phlegmon. Cependant, si l'on a égard aux symptômes et à leur ordre de succession, on pourra reconnaître aisément la nature de l'affection. C'est ainsi que, dans la péritonite, un frisson plus ou moins violent marque le début ; ce symptôme, au contraire, est rare dans le phlegmon. La douleur de la péritonite est vive, pongitive, et diffère beaucoup, quant à son intensité et à sa nature, de celle que produit le phlegmon ; la première d'ailleurs s'accompagne, en général, de vomissements ou tout au moins de nausées, de hoquets et de fièvre intense. Enfin, dans les cas où une tumeur se dessine, elle n'offre jamais cette élasticité, cette résistance, cette dureté qu'on rencontre dans le phlegmon ; mais la tuméfaction présente, dès les premiers moments de son apparition, une mollesse remarquable, et parfois même une véritable fluctuation. Cependant assez souvent, et sans que le péritoine soit envahi d'emblée, en raison même de l'acuité du phlegmon, la douleur est exceptionnellement vive, et elle l'est à un point tel, que l'exploration, même la plus circonspecte, ne peut faire sentir la tumeur ; c'est tout au plus si l'on peut saisir profondément une rénitence obscure et diffuse. Cependant, si l'on réfléchit combien rare est une péritonite spontanée, idiopathique, circonscrite à l'une des fosses iliaques, combien, par contre, le phlegmon iliaque est commun ; c'est lui surtout qu'on devra soupçonner et même diagnostiquer dans les cas où la sensibilité péritonique ne permettrait pas de reconnaître la tumeur formée par l'induration du tissu cellulaire.

Chez plusieurs malades atteints de péritonite chronique, j'ai vu des anses intestinales agglomérées entre elles, et unies par des fausses membranes épaisses, former vers les fosses iliaques des tumeurs assez volumineuses et douloureuses qui ont été attribuées plusieurs fois par des hommes instruits à un phlegmon iliaque. On ne commettra pas une pareille méprise, si l'on sait que la tumeur formée par des anses intestinales agglomérées et par des fausses membranes est inégale à sa surface, d'une sonorité variable, que jamais elle n'est mate ; enfin la déformation du ventre, la dureté particulière qu'il présente, les troubles digestifs et les accidents généraux éclaireront suffisamment le mé-

(1) Le déplacement du rein s'accompagnerait, dit-on, de dépression dans la région lombaire correspondante ; ce signe n'est pas constant ; je n'ai pu le vérifier sur plusieurs individus qui offraient l'anomalie dont je parle : cependant l'an dernier je l'ai constaté de la manière la plus nette sur un homme.

(2) Cruveilhier, *Anatomie*, t. II, 1^{re} édit., p. 694.

decin et ne permettront pas de méconnaître une péritonite chronique. (Voyez plus haut, page 594.)

De toutes les maladies dont les fosses iliaques sont le siège, les tumeurs stercorales sont celles que l'on confond le plus souvent avec les inflammations phlegmoneuses. Dans le tome XX des *Archives*, page 581, on trouve la relation d'un cas de tumeur stercorale prise d'abord pour une néphrite, et plus tard pour un abcès. On crut même reconnaître un point fluctuant : on regardait l'ouverture comme *indispensable*, lorsque l'un des médecins eut l'idée, avant de la pratiquer, d'administrer un laxatif, qui fit aussitôt disparaître la tumeur. Cependant, avec un peu d'attention, il est facile de ne pas tomber dans une pareille erreur, qui pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Les tumeurs stercorales se présentent, en effet, sous forme de masses plus ou moins volumineuses, *inégales à leur surface*, peu ou point douloureuses à la pression, à moins pourtant que l'intestin ne soit très-distendu, car alors la douleur peut être assez vive. Ces tumeurs se déplacent d'un instant à l'autre; elles diminuent ou disparaissent sous l'influence des contractions péristaltiques des intestins, et surtout après l'administration d'un purgatif. Il n'est même pas rare de pouvoir faire cheminer la tumeur produite par les fèces à l'aide de pressions exercées sur elle.

Je fus appelé un jour par Auguste Bérard, pour voir un ostéosarcome de la fosse iliaque interne, pouvant simuler une tumeur phlegmoneuse. Il est facile cependant de n'être pas induit en erreur si l'on observe que l'ostéosarcome s'annonce communément par des douleurs vives et profondes qui se déclarent quelquefois longtemps avant qu'il se manifeste aucune tuméfaction. Lorsque celle-ci apparaît, elle est dure, immobile et bosselée, et la compression a rarement pour effet d'augmenter les douleurs dont elle est le siège. La tumeur est-elle devenue fluctuante par le ramollissement du produit hétéromorphe, on trouvera dans la marche de la maladie et dans les signes de la cachexie des éléments suffisants pour assigner à la tumeur sa nature véritable.

Lorsque le phlegmon s'est terminé par suppuration et que le pus a fusé à travers les anneaux inguinal et crural ou à travers le trou obturateur, il sera impossible, en ayant égard à la marche que les symptômes ont suivie, de confondre l'abcès avec une hernie ou avec un anévrysme. Un abcès par congestion, par cela seul qu'il est indolent et fluctuant dès le principe, ne saurait être pris non plus pour un abcès phlegmoneux, qui nécessairement a dû être précédé par une induration plus ou moins considérable. Cependant, on a vu, dans quelques cas rares, un abcès symptomatique se prononcer avec les symptômes d'un phlegmon aigu. Bérard a rapporté des faits de ce genre (1) observés chez deux malades qui avaient subi antérieurement plusieurs ponctions pour un abcès lombaire demeuré fistuleux. Il suppose que, dans ces deux cas, les ponctions répétées et l'introduction de l'air ayant enflammé le foyer lombaire, la phlegmasie s'était ensuite propagée de là dans le trajet qui descendait vers l'aîne avant que la tumeur de ce côté fût apparente. Dans les faits de ce genre, le diagnostic ne peut guère être établi que d'après des présomptions : c'est ainsi que, si un abcès se développe avec des symptômes aigus dans la fosse iliaque ou à la partie supérieure de la cuisse, chez un sujet qui depuis longtemps souffre de douleurs lombaires ou qui porte une incurvation du rachis, il serait rationnel de le rattacher plutôt à une carie vertébrale qu'à une inflammation idiopathique du tissu cellulaire.

(1) Dictionnaire, en 30 volumes, t. I, p. 66.

Il faudra aussi bien prendre garde de croire à une terminaison de l'engorgement par résolution, tandis qu'un abcès se viderait peu à peu dans le vagin, dans la vessie, et surtout dans le gros intestin. On voit, en effet, quelquefois le phlegmon s'abcéder partiellement et la suppuration ne frapper que le point de la tumeur qui touche à l'intestin. Dans ces cas, le pus, profondément placé et recouvert par une couche indurée plus ou moins épaisse, ne peut fournir le phénomène de la fluctuation. Ajoutez à cela que le fluide morbide, étant peu abondant, ne détermine pas de phénomènes généraux ou n'en produit que de très-obscurs. Pour éviter l'erreur que je signale, il n'y a pas d'autre moyen que d'examiner *tous les jours* l'urine et les matières fécales, et de s'enquérir auprès des femmes de l'abondance et de la couleur des écoulements qui peuvent se faire par les parties sexuelles.

Est-il possible de distinguer, pendant la vie, un abcès borné à la fosse iliaque interne d'une suppuration occupant le muscle psoas, maladie que nous décrivons plus tard sous le nom de *psôitisme*? Le diagnostic différentiel des deux affections serait à peu près impossible, si l'on acceptait comme des exemples de *psôitisme* la plupart des observations auxquelles on a donné ce titre, et qui sont consignées dans les divers recueils scientifiques. En effet, dans le plus grand nombre de ces cas, on voit la suppuration frapper à la fois le tissu cellulaire du psoas, du muscle iliaque, quelquefois du carré lombaire, et enfin le tissu cellulaire sous-péritonéal; si l'on étudie les symptômes observés pendant la vie, on nous parle bien de douleur, de tuméfaction, de rétraction du membre, mais sans qu'il soit possible cependant de connaître quel a été l'ordre suivant lequel les divers symptômes se sont succédés et le point précis que la tumeur occupait pendant la vie. Néanmoins je crois qu'il y a certains symptômes à l'aide desquels on pourra souvent distinguer un phlegmon iliaque d'un abcès n'occupant que le muscle psoas. Pour établir ce diagnostic différentiel, on aura surtout égard au siège de la douleur et aux caractères de tuméfaction. C'est ainsi que, dans le phlegmon des fosses iliaques, c'est en général dans cette région que réside la douleur; elle est assez souvent vive et lancinante, la pression l'exaspère toujours. Dans le *psôitisme*, au contraire, les malades rapportent leur souffrance dans les lombes; la douleur sourde et profonde n'occupe guère qu'un des côtés de cette région, ou du moins elle y est plus marquée que du côté opposé. Communément on ne la voit pas s'exaspérer sous la pression, mais elle augmente dans la marche et par les divers mouvements du tronc. Celui-ci n'est presque jamais dans l'attitude verticale, et se trouve plus ou moins fléchi sur les membres inférieurs. Si l'on explore l'abdomen, on ne distingue aucune tumeur circonscrite dans la fosse iliaque, mais sur le côté le plus interne de cette région on sent une rénitence allongée dont on ne peut pas toujours bien préciser le siège. Cette tuméfaction reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long; bientôt elle s'accompagne de frissons irréguliers, de fièvre le soir, de sueurs abondantes, d'amaigrissement; enfin la tumeur, se prolongeant inférieurement, est mieux appréciable au toucher. Il est commun alors d'y percevoir de la fluctuation; il peut arriver même que le pus, s'engageant sous le *fascia iliaca*, arrive en dehors du canal *crural*, jusqu'au petit trochanter, comme dans un fait rapporté par le docteur Christ Pfenfer, qui a vu dans un *psôitisme* la suppuration former tumeur au-dessus et au-dessous du ligament de Poupart, qui la partageait en deux parties (1). Ces

(1) Cahier IV du XX^e volume du *Journal de chir. et d'ophthalm.* de Græfe et Walther. Extrait de la *Gazette médicale*, 1834, n^o 21.

abcès du psoas offrent encore ceci de particulier, que, contrairement à ceux qui se développent dans la fosse iliaque, ils n'ont presque aucune tendance à devenir superficiels. La rétraction du membre abdominal correspondant, l'impossibilité de l'étendre complètement, les douleurs éprouvées dans l'abdomen et dans les lombes, quand on essaye de lui imprimer ce mouvement, ne sont pas, quoi qu'on en ait dit, un symptôme constant de la suppuration du muscle psoas. C'est ainsi que, dans une observation que j'ai rapportée en détail dans mon mémoire, on voit une suppuration qui avait détruit en grande partie le muscle psoas du côté droit, ne s'accompagner néanmoins, à aucune époque de la maladie, de rétraction dans le membre inférieur correspondant, tandis que j'ai vu la suppuration bornée aux muscles iliaques produire de la douleur et de la rétraction dans la cuisse. Ainsi ce symptôme isolé indiquera, suivant moi, indifféremment une souffrance dans le muscle psoas ou dans le muscle iliaque; mais, pour déterminer si l'altération occupe l'un de ces muscles plutôt que l'autre, il faudra avoir égard au siège de la tumeur, circonstance sur laquelle j'ai insisté précédemment.

Pronostic. — Les phlegmons des fosses iliaques doivent être regardés comme une maladie grave et traités comme tels : car sur 73 malades ils ont amené la mort 20 fois, et dans 11 autres cas les symptômes devinrent assez fâcheux pour inspirer les plus vives inquiétudes sur l'issue de la maladie. Les phlegmons qui sont consécutifs à un accouchement sont plus graves que ceux qui surviennent en dehors de la puerpéralité : car, dans le dernier cas, la mortalité a été d'un peu moins que le quart, tandis que dans le premier elle s'est élevée presque à la moitié (7 sur 17). La gravité plus grande de la maladie, après les couches, dépend probablement de ce que, en général, le phlegmon occupe un plus grand espace, de ce qu'il se termine à peu près inévitablement par la suppuration, et que celle-ci est plus abondante et plus opiniâtre. Disons, en outre, que l'état puerpéral est par lui-même une circonstance qui ajoute à la gravité d'une maladie, de quelque nature qu'elle soit. Chez l'homme, les phlegmons des fosses iliaques sembleraient être un peu moins graves que ceux qui se déclarent chez la femme, même à la suite de couches, puisque la mortalité, qui chez le premier a été un peu moindre que le quart, s'est élevée jusqu'au tiers chez les femmes.

Les abcès stercoraux sont incomparablement plus fâcheux que les autres, car sur sept individus qui en furent affectés, cinq ont succombé. Cette gravité s'explique par la gangrène qui les complique toujours, par les pertes de substance et par la suppuration abondante qui en sont la suite inévitable, et enfin par la péritonite qui les accompagne plus souvent.

En général, le pronostic n'acquiert de la gravité que lorsque le phlegmon a passé à l'état de suppuration. Il faut néanmoins se rappeler ces cas, rares il est vrai, où l'on voit la phlegmasie du tissu cellulaire s'étendre rapidement au péritoine, avant que le pus soit formé ou lorsqu'il n'est encore qu'infiltré. Un phlegmon iliaque qui, dès le début, s'accompagnera de douleur vive, de fièvre intense, devra tout d'abord inspirer des craintes. D'ailleurs, quelque marche que la maladie ait suivie, du moment que l'on constate la présence du pus dans la fosse iliaque, on doit être inquiet sur l'issue de l'affection. Car, quelque peu abondant qu'il soit, le liquide peut se faire jour dans le péritoine et déterminer une péritonite très-prompement mortelle. La voie par laquelle le pus arrive à l'extérieur, influant sur la marche de la maladie, sera une circonstance dont on devra tenir compte pour le pronostic. On pense assez généralement que les abcès qui s'ouvrent à la surface de la peau se trouvent dans les

conditions les plus défavorables, parce que le pus placé dans un lieu déclive doit s'écouler avec difficulté. On a, au contraire, signalé comme une circonstance favorable l'ouverture de l'abcès dans le gros intestin, opinion émise depuis longtemps par Baglivi (1). Cependant l'examen des faits contenus dans les archives de la science ne confirme pas pleinement cette assertion. C'est ainsi que, sur 14 individus chez lesquels le pus s'est frayé une issue à travers les parois abdominales, deux ont succombé; tandis que sur 10 sujets chez lesquels l'abcès s'est vidé exclusivement dans le gros intestin, deux également sont morts. La mortalité a été bien plus considérable pour les abcès qui se sont ouverts à la fois à l'extérieur et dans le tube digestif, puisque, sur sept cas de ce genre, il y en a quatre qui ont eu une issue funeste.

Tous ces faits me porteraient donc à penser, contrairement à l'opinion reçue jusqu'à ce jour, que l'ouverture des abcès iliaques dans le gros intestin doit être une circonstance fâcheuse et qui ajoute à la gravité de l'affection. Ceci, d'ailleurs, s'explique très-bien par la disposition anatomique des parties. Lorsque, en effet, le pus veut se frayer une issue à travers la paroi abdominale antérieure, le foyer tend alors à se circonscire sur un petit espace, et tous les efforts de la nature se portent de ce côté; l'art venant bientôt lui-même au secours du malade, une large incision est faite, qui donne issue à la matière purulente, et prévient aussi les désordres que celle-ci aurait pu occasionner en se portant au loin. Mais si le pus se vide dans le cæcum ou dans le côlon, l'ouverture qui le fait communiquer avec l'intestin est presque toujours petite, l'écoulement se fait donc lentement; placé d'ailleurs dans un tissu cellulaire lamelleux et très-lâche, il fuse au loin avec facilité, finit ordinairement par décoller largement le côlon ascendant ou descendant dans toute sa longueur, et il est ordinaire de voir alors à l'autopsie le pus arriver jusqu'au niveau des reins et du foie. L'étendue du foyer, l'abondance de la suppuration, expliquent donc pourquoi l'abcès qui s'ouvre du côté de l'intestin semble plus grave que lorsqu'il se porte à la surface de la peau. Il est à remarquer cependant que si l'abcès qui pénètre dans le cæcum et dans le côlon est peu volumineux, s'il est bien circonscrit et s'il ne décolle pas les parties voisines, il se trouvera dans des conditions plus favorables pour l'évacuation de la matière morbide que lorsqu'il aboutit à la paroi abdominale antérieure. Aussi ai-je dit plus haut que, dans les cas où l'abcès marchait rapidement vers la guérison, celle-ci arrivait communément plus vite quand l'évacuation du pus avait eu lieu par l'intestin, que lorsqu'elle s'était faite à travers les parois abdominales.

De tous les modes d'évacuation du pus, le plus utile devait être celui dans lequel ce liquide se fraye une issue à travers le vagin, parce que dans ce cas l'ouverture est toujours placée au-dessous du niveau du foyer. Cependant, sur six malades qui ont présenté ce mode de terminaison, une d'elles a succombé.

Étiologie. — Les causes qui président au développement des phlegmons iliaques sont en général obscures; les auteurs en ont invoqué un grand nombre, mais l'examen attentif des faits que la science possède ne confirme pas toujours les assertions qui ont été émises à cet égard.

On est généralement d'accord que les tumeurs phlegmoneuses sont plus fréquentes dans la fosse iliaque droite que dans la gauche : la différence est même assez grande, puisqu'en réunissant les observations connues à l'époque où je publiai mon travail, j'ai trouvé que les abcès ont occupé le côté droit cinquante-trois fois, et le gauche vingt fois seulement. On a cru trouver la rai-

(1) *Prax. med.*, lib. I, p. 64.

son de cette fréquence plus grande à droite dans la disposition qu'affecte dans ce point le tube digestif, qui fait que les matières alimentaires, obligées de circuler contre les lois de la pesanteur, s'y accumulent en plus grande quantité. La fréquence et la diversité des lésions organiques du cæcum deviennent quelquefois aussi une cause efficiente de phlegmasie pour le tissu cellulaire ambiant. Enfin, s'il est vrai que l'inflammation de la muqueuse intestinale puisse s'étendre à travers les membranes jusqu'au tissu cellulaire des fosses iliaques, cette transmission serait plus facile à droite qu'à gauche, parce que, dans le premier point, l'intestin est dépourvu de mésentère; sa face postérieure, n'étant point protégée par le péritoine, offre par conséquent moins de résistance à l'envahissement du travail inflammatoire. Cependant je n'oserais affirmer que la prédilection des abcès pour la fosse iliaque dépendit uniquement de la circonstance que je viens d'énoncer. Je pense que le lecteur partagera mes doutes à cet égard lorsque, plus tard, j'aurai examiné quelle est l'influence qu'exerce l'inflammation du gros intestin dans la production des phlegmons iliaques.

Lorsque les abcès surviennent dans le cours de l'état puerpéral, quelques médecins ont prétendu qu'on les observait presque toujours à gauche; d'autres, avec Dance, les regardent au contraire comme plus communs à droite; et, chose remarquable, les uns et les autres expliquent cette fréquence plus grande dans un côté, par l'inclinaison que l'utérus présente ordinairement à droite pendant le cours de la grossesse. L'analyse des faits démontre que, contrairement à ce que nous avons vu tantôt, les abcès iliaques survenant après les couches sont deux fois plus communs à gauche. Pour expliquer ce fait, je n'invoquerai pas, à l'exemple des auteurs, l'inclinaison habituelle de l'utérus à droite, disposition qui doit, à ce qu'on assure, tirer le ligament large du côté gauche: car je nie d'abord que, dans l'inclinaison latérale, le ligament large du côté opposé soit tiré. Pour qu'il le fût, il faudrait que l'utérus éprouvât un déplacement considérable, et que ne lui permet pas la résistance des muscles abdominaux. Supposons même que ce tiraillement soit possible, il me semble alors que le phlegmon devrait se déclarer dans les derniers temps de la grossesse, et nullement après la délivrance. J'ajouterai enfin que l'inflammation devrait dans tous les cas, ou tout au moins le plus souvent, avoir son point de départ dans le ligament large. Or, c'est ce qui n'a presque jamais lieu, comme je le dirai plus tard. Je pense donc que nous ne connaissons nullement encore la raison qui rend les abcès iliaques puerpéraux plus fréquents à gauche.

Le sexe masculin doit être considéré comme une des causes prédisposantes les plus puissantes. En effet, sur 56 observations d'abcès iliaques survenus hors de l'état puerpéral, on en trouve 46 chez l'homme et 10 seulement chez la femme. Dupuytren, Dance, Ménière, ont également constaté que le sexe masculin était une cause réelle pour le développement de la maladie. Il est d'ailleurs impossible d'expliquer cette fréquence plus grande chez l'homme par aucune disposition anatomique spéciale. Les deux tiers des abcès iliaques observés chez les femmes sont consécutifs à un accouchement.

On n'a pas observé que les femmes qui avaient eu une grossesse pénible en fussent plus souvent atteintes que celles qui n'avaient éprouvé aucune incommodité pendant toute leur gestation. On ignore l'influence qu'exerce la longueur du travail; il est à présumer cependant qu'un accouchement long et pénible doit prédisposer à la maladie; c'est là peut-être ce qui explique pourquoi le phlegmon iliaque est plus fréquent chez les primipares. Les accouchements qui pour être terminés nécessitent l'introduction de la main ou des

instruments, ne sont pas une cause efficiente bien certaine des phlegmons iliaques; tandis que le phlegmon diffus, les vastes suppurations de la cavité pelvienne, succèdent assez fréquemment aux manœuvres répétées et surtout aux applications de forceps faites peu méthodiquement. Le docteur Kyll (1) attribue plusieurs des abcès consécutifs aux couches, à la déchirure, au tiraillement du psoas produit par un trop fort écartement des cuisses pendant le travail de la parturition. Le médecin allemand ne cite aucun fait concluant en faveur de sa doctrine; mais, si l'étiologie qu'il indique était réelle, on verrait les symptômes du phlegmon se déclarer immédiatement après la délivrance: or c'est ce qui n'a pas lieu le plus communément.

Les phlegmons iliaques ne surviennent pas avec une fréquence égale à tous les âges de la vie. Dance et Ménière ont vu que, sur 16 malades, 11 avaient moins de trente ans; et j'ai constaté moi-même sur 51 cas que la période de vingt à trente ans était celle qui prédisposait le plus à l'affection dont je parle (2). La maladie est observée aussi plus chez les sujets bien constitués que chez les individus débiles et malades, puisque, sur un total de 34 malades, il y en avait 23 dont la constitution était robuste, tandis que 11 seulement avaient une santé délicate ou étaient atteints de quelque maladie organique, spécialement de tubercules pulmonaires. La saison est sans influence sur le développement et la fréquence plus ou moins grande des abcès iliaques, car, d'après mes relevés, ils se seraient montrés en nombre égal pendant l'été et durant l'hiver. On a accusé certaines professions de prédisposer à la maladie. C'est ainsi que Ménière signale les peintres en bâtiments, les broyeurs de couleurs, ceux qui respirent certaines poussières métalliques, comme étant plus sujets que d'autres aux tumeurs phlegmoneuses. Je ne saurais, à ce sujet, partager l'opinion de ce médecin distingué: car, en faisant le relevé des faits que je puis analyser, je ne trouve que 2 individus appartenant aux professions de peintres ou de broyeurs; les autres malades exerçaient des états les plus divers, en sorte que je suis autorisé à conclure qu'aucune profession ne prédispose au développement des phlegmons iliaques. Jusqu'à présent il est impossible de déterminer la part qu'a l'alimentation dans la production de la maladie. Mais une importante question se présente actuellement: il s'agit de déterminer l'influence que peuvent exercer sur le développement du phlegmon, les affections du tube digestif.

On pense assez généralement que les abcès des fosses iliaques, spécialement ceux du côté droit, sont souvent consécutifs à une phlegmasie aiguë ou chronique de la muqueuse iléo-cæcale. Cette opinion émise par Dance, défendue avec talent par Ménière, a été adoptée depuis par M. Lebatard et Téallier (3), et cependant elle me semble contredite par les faits. Rien n'est plus rare, en effet, que de voir le tissu cellulaire des fosses iliaques et des lombes s'enflammer consécutivement aux phlegmasies intestinales. Je citerai à cet égard la fièvre typhoïde et la dysenterie, dans laquelle, nonobstant des ulcérations profondes et nombreuses, on ne voit pas néanmoins le travail morbide se propager au tissu cellulaire ambiant. Ceci n'a rien d'extraordinaire, il faut considérer ce fait comme étant une application de cette idée développée par Bordeu

(1) *Rust's Magazine*, t. XLI, part. II, p. 314, trad. dans les *Archives*, t. VI, 2^e série, p. 98.

(2) Sur 51 malades: 7 avaient de 11 à 20 ans.

27 — 20 à 30 ans.

12 — 30 à 40 ans.

5 — 40 à 60 ans.

(3) *Journal général*, t. CVIII, p. 7.