

vous voyez encore les parois recouvertes de caillots sanguins, et je me demande si les parties colorantes du sang n'ont pas pu pénétrer dans les diverses parties de la tumeur et de là gagner les lymphatiques.

Est-il sûr même que la plupart de ces petits foyers noirs, que nous voyons autour du grand kyste, ne sont pas eux-mêmes des foyers accessoires où du sang se serait épanché? Il semble que cette matière noire soit en plusieurs points formée par des caillots sanguins.

Je ne veux pas insister d'avantage, Messieurs. Nous discuterions peut-être longtemps sur des probabilités qui, bien douteuses aujourd'hui, seront, je l'espère, bientôt éclairées par un examen histologique très sérieux.

Plus tard, je vous donnerai le résultat de cet examen et nous saurons s'il donne complètement raison aux diverses hypothèses que j'ai cru devoir aujourd'hui soutenir devant vous.



TREIZIÈME LEÇON

Abcès par congestion. — Diagnostic différentiel avec le psoriasis.

Observation du malade.

Signes divers présentés par cette observation : attitude du membre inférieur, exploration du bassin, exploration de la région lombaire. Etat général.

Diagnostic différentiel avec le psoriasis et la coxalgie.

Nature de la tumeur observée. — Diagnostic précis de la lésion : diagnostic.

Traitement : il se heurte à une double difficulté, l'attitude vicieuse du membre inférieur et la nature spéciale de la lésion accompagnée d'une vaste collection.

MESSIEURS,

Nous avons aujourd'hui examiné un jeune homme dont l'état pathologique très intéressant soulève une question de diagnostic différentiel du plus haut intérêt.

Il a vingt-deux ans, était encore il y a quelques jours marin mécanicien au service de l'Etat, et vous savez qu'il n'a jamais eu de maladies graves, n'a

jamais dans son jeune âge présenté d'affections chroniques capables d'expliquer celle dont il souffre maintenant. Dans cette dernière année seulement, il y a dix mois environ, il eut dans la région coslo-sternale droite un abcès qui évolua avec lenteur.

J'attire de suite votre attention sur ce début : abcès froid. Il est bien certain qu'une collection purulente développée sans réaction inflammatoire vive, qu'on fut obligé de traiter par l'incision, le grattage, et qui guérit bientôt après ce traitement énergique, qui enfin laissa après elle une cicatrice dure, adhérente aux parties profondes, était bien un abcès froid. C'était le début d'une maladie grave qui devait plus tard amener dans d'autres régions des manifestations identiques.

En effet, la maladie sérieuse qui nous a conduit ce jeune marin commença bientôt après. Il venait de faire une dure campagne de trois mois dans le Levant; il avait éprouvé de grandes fatigues sous les ardeurs d'un soleil brûlant. Rentré à Toulon, au bout de deux mois il éprouvait dans la région lombaire une douleur sourde qui ne l'arrêta pas de suite; il ne suspendit pas son travail, bien qu'il éprouvât une lassitude extrême. Après avoir résisté un mois, il fut obligé de demander du repos. C'est alors que peu à peu les douleurs devinrent aiguës, s'irradièrent en ceinture accompagnées d'un sentiment de constriction pénible et de gêne très marquée de la locomotion.

Cet état durait depuis quelques mois, quand les phénomènes douloureux se propagèrent vers le membre inférieur gauche, et désormais le jeune malade traîna ce membre, boîta péniblement, si bien qu'après trois mois, durant lesquels le mal sembla faire d'assez rapides progrès, la marche devint presque impossible: le membre s'était fléchi et la flexion s'était accompagnée de cambrure lombaire.

A l'hôpital de Toulon, où le malade avait été admis, on fit des pointes de feu sur la colonne vertébrale; on prescrivit le repos et l'immobilité, tout un traitement enfin qui indiquait assez la gravité de la situation, puis après six mois, c'est-à-dire à un an du début à peu près, on donnait au patient son congé définitif; il rentrait dans ses foyers.

Il paraît que, pendant cette première période, où la maladie peu à peu présenta tous les signes que vous avez retrouvés ces derniers jours, ce jeune homme ne perdit pas absolument ses forces: il maigrit seulement, mais n'offrit aucun trouble du côté des grandes fonctions, pas même du côté des fonctions digestives. Depuis quelque temps, la maigreur disparaît, et la force, diminuée dès le début, reprend d'une façon notable.

Quand vous avez examiné cet homme, vous avez été frappés par l'attitude caractéristique de son membre inférieur gauche. La jambe est fléchie sur la cuisse, la cuisse à son tour est fléchie sur le bassin et légèrement inclinée en dedans.

On pouvait s'attendre à voir ce membre fortement immobilisé, mais le mouvement d'adduction et celui de la rotation en dedans sont absolument conservés : on peut les produire sans provoquer la moindre douleur.

Il n'en est pas de même de l'extension, qui, très difficile, amène une douleur violente toujours rapportée à la partie antérieure de l'abdomen, et de l'abduction qui ne peut être essayée sans déterminer, elle aussi, une souffrance des plus pénibles et une tension exagérée, une contracture de tous les muscles adducteurs. Voyez donc quelle opposition existe entre l'adduction et la rotation interne demeurées à peu près libres et le mouvement en dehors ou l'extension entravés par la tension des muscles et la douleur!

J'ajoute de suite, Messieurs, que vous pouvez saisir le genou, le relever pour porter en haut la cuisse et la fléchir jusqu'à ce qu'elle rencontre presque la paroi abdominale, sans rencontrer de difficultés : le malade ne se plaint pas de ce côté, le mouvement est encore resté libre.

Continuant cet examen, vous m'avez vu relever les signes que pouvait présenter à son tour la colonne vertébrale au milieu de ces déviations diverses. Il y a de la cambrure lombaire qui s'accuse quand on cherche à étendre le membre, et disparaît au contraire quand on le fléchit sur le tronc. Ce nouveau signe, bien constaté quand on regarde le malade couché, se

trouve immédiatement confirmé par d'autres, quand on l'examine debout.

Il devient alors très évident que, sous l'influence du raccourcissement produit par la flexion et de la rotation interne, l'épine iliaque du côté correspondant s'est abaissée et que la colonne vertébrale s'est inclinée légèrement du côté sain, en conservant toujours son ensellure. Si alors on veut engager le malade à rapprocher ses deux membres et à détruire par ce rapprochement la différence établie par la flexion, la cambrure s'exagère encore, tandis qu'elle disparaît s'il porte franchement le même membre dans la flexion.

Tout cela, Messieurs, ne vous rappelle-t-il pas la coxalgie? Ne retrouvez-vous pas, dans cette douleur, dans ces déviations, dans ces mouvements contrariés par elle et par la contracture, les principaux symptômes de l'arthrite coxo-fémorale? Et, cependant, il n'y a point de coxalgie; beaucoup de traits importants de cette maladie articulaire vous manquent, ce qui prouve combien, dans certains cas, il faut peu se laisser aller à une première impression.

Il n'y a pas de coxalgie, vous ai-je dit. Et, en effet, quand il existe une lésion profonde de l'articulation de la hanche, non seulement l'extension, si la flexion s'est produite, devient difficile et impossible, mais encore tous les autres mouvements : la flexion, l'adduction, l'abduction, les diverses rotations sont

abolies; la cuisse est immobilisée sur le bassin qui la suit dans les attitudes variées qu'on lui communique; de telle sorte que la colonne lombaire est le seul centre mobile sur lequel cuisse et bassin prennent un appui pour obéir aux changements de situations communiqués par la main du chirurgien. — Ici, rien de semblable, il n'y a de limitées que l'abduction et l'extension; dans les autres sens, la jointure est mobile.

S'il y avait coxalgie, la douleur ne présenterait pas les caractères et le siège que nous lui reconnaissons chez notre malade. Elle est, chez le coxalgique, dans le pli de l'aîne : ici elle s'en éloigne singulièrement; quand vous pressez sur le grand trochanter, il ne se fait aucun retentissement douloureux vers la hanche, tandis que, dans l'arthrite, une vraie souffrance se produirait aussitôt. Frappez encore sur la plante du pied, de manière à ébranler tout le membre et à heurter pour ainsi dire médiatement l'articulation, vous n'obtenez rien, preuve évidente qu'elle est indemne.

Je crois donc, Messieurs, que l'hésitation n'est plus permise et que nous devons de suite rejeter tout à fait le diagnostic de coxalgie. Du reste, en faisant exercer au membre malade les divers mouvements restés encore intacts, nous n'avons perçu ni froissements, ni craquements, de nature à vous avertir que les parties intimes de la hanche se trouvaient ulcérées ou détruites.

Constatons, à l'encontre de tous ces faits, que la douleur, élément précieux de diagnostic dans les affections chroniques de cette région, se trouve située beaucoup plus loin et qu'elle est unie à d'autres troubles dont la valeur va bientôt apporter, dans vos esprits, une conviction plus affermie. Les doigts enfoncés profondément dans l'abdomen sur la fosse iliaque et la région vertébrale vont d'abord vous faire trouver une corde saillante du volume de la moitié de l'avant-bras, qu'on peut suivre facilement de la partie latérale gauche de la région lombaire jusque dans la fosse iliaque qu'elle traverse pour s'arrêter au-dessus de l'arcade de Fallope. C'est une saillie lisse, régulière, sans bosselure, dure, qui, par son volume, sa forme et sa direction, dessine d'une façon précise le muscle psoas.

Voici que, nous reportant vers la région lombaire où le début de la maladie s'affirma par des douleurs assez vives, vous voyez, à gauche toujours, très près de la colonne vertébrale, une voussure oblongue, verticale dans son plus grand diamètre, qui met en relief la masse musculaire sacro-lombaire sans la dépasser ni en dehors, ni en dedans où elle s'arrête au voisinage des apophyses épineuses. Elle est limitée en haut par la dernière fausse-côte, en bas elle s'arrête sur la crête iliaque. Là, le palper vous fait découvrir une mollesse des tissus, puis une sensation bientôt reconnue pour de la fluctuation.

Ces nouvelles constatations vont vous servir, Messieurs, pour affirmer votre diagnostic, mais elles soulèvent de nouveaux problèmes qu'il faut résoudre avant d'atteindre ce but.

Une collection liquide, dans cette région, accompagnée d'une rétraction du membre correspondant, que peut-elle bien signifier?... Établissons de suite que, sur sa nature intime, il ne saurait y avoir de doutes; c'est bien du pus qui s'est réuni là en foyer. Vous ne songeriez point à une tumeur kystique, quand vous vous trouvez en présence d'un empâtement diffus, assez rapidement formé, avec un caractère inflammatoire tout chronique c'est vrai, mais indéniable cependant.

Puisque nous sommes bien certains qu'il existe une collection de pus, attachons-nous à résoudre la double question de son siège et de sa provenance.

D'abord, elle n'est pas superficielle; les muscles sacro-lombaires refoulés et sur lesquels il faut appuyer avec énergie pour trouver la fluctuation l'attestent suffisamment. Elle est donc profonde et elle occupe une des couches multiples qui, depuis le tissu cellulaire périnéphrétique, s'étendent jusqu'aux loges aponévrotiques établis par les feuillets d'insertion du muscle transverse. Question de siège qui va aussi nous donner la clef du diagnostic; car nous n'avons plus qu'à choisir entre l'abcès périnéphrétique, le psoïtis et l'abcès par congestion.

Croyez-vous d'abord qu'il s'agisse d'un phlegmon périnéphrétique? Vous ne pouvez y penser: l'affection dont nous étudions les signes et la marche n'est point aiguë. Je sais bien que, dans quelques cas, les abcès de l'atmosphère celluleuse des reins peuvent avoir une évolution lente et durer trois, quatre et même six mois, mais jamais ils ne mettront un an à se développer. Ces abcès-là, bien au contraire, marchent assez vite et reconnaissent ordinairement pour causes, un traumatisme, une allération des voies urinaires indiquée par des coliques néphrétiques, de la néphrite, de la pyélonéphrite: circonstances diverses que nous rechercherions en vain chez notre malade. — Les abcès périnéphrétiques enfin n'occupent pas du tout le siège où la collection purulente, aujourd'hui constatée, est née et s'est lentement étendue: ils sont situés autour du rein, dans le tissu conjonctif lâche et graisseux qui l'enveloppe; ils sont, par conséquent, beaucoup plus en dehors, et ne soulèvent pas la masse musculaire-sacro-lombaire qui les limite en dedans. J'ajoute un dernier trait: ces abcès-là se compliquent fort rarement de douleurs irradiées sur le membre inférieur et de contractures musculaires capables d'amener la cuisse sur le bassin.

Nous arrivons ainsi, Messieurs, à un diagnostic différentiel beaucoup plus difficile; je veux parler du psoïtis.

Lorsqu'on voit l'attitude prise par le membre

malade, le mouvement de flexion; quand on constate cette corde dure tendue de la région lombaire vers la fosse iliaque, on ne peut s'empêcher de penser qu'il y a peut-être chez cet homme une grave lésion inflammatoire du psoas, un psoïtis. Le psoïtis, en effet, s'accorde assez bien avec les antécédents du sujet, avec la marche même de la maladie et une partie des signes objectifs que vous avez retrouvés. Le psoas a pour action de fléchir la cuisse sur le bassin et de la porter en rotation externe; et si, fixé par la position qu'il occupe, quand il s'est contracté, on vient à exercer sur lui des tractions en voulant étendre la cuisse, il est certain que la douleur avertira vite la main du chirurgien. Mais, je vous le demande, Messieurs, reconnaissez-vous exactement chez notre malade l'attitude physiologique de la contraction du psoas, l'attitude qu'il donnera nécessairement au membre, quand il se sera raccourci sous l'influence d'une poussée inflammatoire violente? Assurément non, la cuisse est fléchie sans doute, mais elle n'est pas en rotation externe, elle se trouve, au contraire, un peu portée en dedans, et si le muscle psoas est dans une certaine limite atteint par la lésion, il ne l'est que secondairement et d'autres éléments viennent s'ajouter à son action qui doivent fixer notre attention. Aussi, n'hésité-je pas à invoquer ici l'action des adducteurs dont la contraction, disons le mot: la contracture me paraît avoir été provoquée. Ces muscles sont

innervés par le nerf obturateur, branche du plexus lombaire, qui, dans sa marche vers la cuisse, traverse le muscle psoas. Or, si une cause quelconque intervient pour agir, en l'irritant, sur le muscle psoas, elle peut aussi exercer son influence sur ce nerf, sur l'obturateur et déterminer de la contracture des muscles qu'il est chargé d'innervier.

Je veux donc, en définitive, m'attacher à discuter cette lésion prédominante qui a pour manifestation un abcès lombaire et de la contracture. Déjà vous prévoyez qu'il ne s'agit pas de psoïtis? Cette affection, quand elle se produit, prend presque toujours une marche aigue, et notre malade est malade depuis un an. Elle arrive vite à la suppuration et alors la collection, en se portant en avant, fuit le long de la gaine du muscle pour venir apparaître au-dessous de l'arcade crurale vers la racine de la cuisse, c'est-à-dire au point d'insertion du psoas lui-même. Ce que vous sentez avec les doigts au-dessus de l'arcade crurale n'est point une collection liquide, c'est une partie dure, résistante, uniforme dans ses contours, rappelant bien un muscle raccourci par de la contracture. Loin de trouver en avant une collection liquide, vous devez vous rejeter en arrière, près de la colonne vertébrale, où la fluctuation se présente avec netteté.

Ne m'objectez pas qu'on a vu des psoïtis donner lieu à des collections purulentes retrouvées à la partie postérieure du tronc, car, dans ces cas fort rares, le