

pus doit se réunir dans le voisinage du rein, là précisément où les abcès périnéphrétiques se développent, parce qu'en ce point l'aponévrose est plus faible et forme moins obstacle à la marche envahissante du pus. Aussi, quand il suit ce trajet exceptionnel, le pus ne s'avance-t-il pas vers la colonne vertébrale et reste-t-il dans la région qui a les muscles lombaires pour limite interne.

Vous le voyez, Messieurs, la forme de la rétraction, l'attitude du membre, la marche lente, le siège de la collection, sont des raisons suffisantes pour repousser le diagnostic de psoïtis, et admettre, au contraire, celui d'*abcès par congestion de la partie latérale gauche de la colonne lombaire*. Je m'explique :

Je viens de dire : abcès de la colonne lombaire. C'est qu'en pressant avec force sur la région lombaire, au voisinage du rein, dans le point occupé par lui et le muscle psoas, on ne fait naître aucune douleur, tandis qu'en se portant du côté de la crête épinière, sur la colonne vertébrale elle-même, on la provoque de suite et tellement vive que le malade se renverse brusquement en arrière comme pour se défendre contre cette pénible impression. — Autre signe important : le malade étant assis ou debout, cherchez à incliner le tronc en avant; vous voyez la colonne lombaire rester immobile, comme fixée par une force invisible, tandis que la flexion s'accuse vers la partie supérieure du tronc, je veux dire dans la région

dorsale. Or, ne l'oubliez pas, cette immobilité d'un département étendu de la colonne vertébrale est un des meilleurs signes auxquels vous deviez recourir pour préciser le siège d'une lésion des vertèbres et votre diagnostic deviendra certain, si vous le voyez se produire, en même temps qu'apparaît une douleur aiguë quand vous cherchez à mouvoir le tronc.

Douleur et immobilité, voilà deux symptômes précieux; et si maintenant vous vous rappelez qu'il se produisit, dès le début de la maladie, des douleurs en ceinture, haute expression de la névrite qui atteint des branches nerveuses sorties des trous de conjugaison, où elles se trouvent atteintes par l'inflammation née sur un foyer purulent ou sur des méninges envahies de proche en proche; si vous vous souvenez que notre malade compte dans ses antécédents un abcès froid de la région sternale qui ne guérit que par le grattage, vous finirez par avoir un faisceau de preuves importantes vous autorisant à dire qu'il y a bien ici un abcès par congestion.

Il nous reste à préciser son siège :

Le fait le moins probable est l'altération des corps vertébraux. Pourquoi une lésion aussi profonde, qui produit un volumineux abcès, si elle était développée sur les corps des vertèbres, n'aurait-elle pas amené déjà une incurvation, une gibbosité. La rectitude est parfaite : il n'y a point de déformation apparente. Et,

du reste, ne semble-t-il pas que tout ici, depuis les débuts eux-mêmes, accusés par de violentes douleurs en ceinture jusqu'à la marche, qui s'est encore affirmée par des lésions du psoas, se trouve beaucoup plus en rapport avec une lésion des parties latérales des vertèbres : apophyses transverses ou apophyses articulaires sont certainement intéressées.

Je crois plutôt que l'abcès part des apophyses articulaires et, ce qui me le prouve, c'est le siège de la collection purulente elle-même. Cette collection est profonde, et semble avoir soulevé toute la masse musculaire, ce qu'elle n'aurait certainement pas fait, si, développée sur les apophyses transverses, elle avait envahi la loge postérieure circonscrite par les aponévroses du transverse. Partie des apophyses articulaires, elle occupe alors la loge profonde, et, ainsi se trouve expliqués et le cantonnement du pus dans une région circonscrite et sa situation très profonde.

S'il en est ainsi, Messieurs, vous ne devez pas oublier que le muscle psoas s'insère sur les apophyses transverses de la région lombaire, et vous comprendrez comment ce muscle s'est trouvé en rapport avec un foyer d'inflammation chronique, qui a déterminé son irritation et sa contracture d'abord, et a retenti du côté du nerf obturateur ensuite. Vous savez quelles ont été les conséquences de ces diverses complications : il suffirait de relire devant vous

l'observation détaillée du malade soumis à votre examen.

Le diagnostic histologique, par lequel je veux maintenant terminer, n'offre plus de difficulté ; il s'impose de lui-même : nous savons, de par les travaux importants qui depuis longtemps ont étudié ces lésions des os, qu'il s'agit ici de la tuberculose. Nous sommes, en effet, bien loin de l'époque où Louis affirmait qu'il ne saurait y avoir de tubercules dans un organe quelconque, si déjà le poumon n'était pas atteint, et le malade dont je vous ai rapporté l'histoire est un de ces exemples vulgaires de la tuberculose localisée dans les os, dans un tissu, sans que les poumons présentent la moindre lésion.

Cependant, quand la tuberculose est locale, un seul os par exemple se trouvant envahi, quand vous ne trouvez rien dans les viscères, rien sur les organes génitaux, ne devez-vous pas, quant même, faire des réserves pour l'avenir ? Notre malade est directement menacé, il porte une lésion qui compromet sa vie, parce qu'une circonstance quelconque peut, ailleurs, amener l'explosion d'accidents plus graves.

Ici se place, naturellement, en présence d'un tel fait, la question de l'intervention. Faut-il intervenir pour éteindre ce foyer ? La réponse est facile. Quand vous pouvez atteindre et dépasser les limites du mal, vous devez le détruire ; vous devez, dans tous les cas, chercher à le détruire par une voie détournée, si, sur

lui, vous ne pouvez arriver par les moyens ordinaires.

Irai-je, ici, par une incision, ouvrir le foyer et ensuite ruginer le point malade! J'y renonce. Non pas que je croie une telle opération impraticable et nuisible absolument, mais parce qu'il me semble qu'on peut encore modifier les surfaces et tarir le pus par d'autres agents qu'une opération sanglante dont l'issue est toujours incertaine et quelquefois fort grave dans ces lésions chroniques.

Dois-je, enfin, avant de chercher à agir sur l'abcès, redresser le membre et le placer dans une bonne position? Certainement, il n'y aurait pas là de difficulté sérieuse. Après anesthésie par le chloroforme, je redresserais peu à peu, sans violence, et je serais toujours à temps de m'arrêter si je reconnaissais que la résistance est telle que je ne dois pas chercher à la vaincre. Mais une telle pratique ne me paraît pas exempte de dangers.

L'inflammation dans ce foyer n'est pas encore éteinte, et je pourrais, sur la lésion osseuse, déterminer un retentissement fâcheux. De plus, si attentifs que soient mes mouvements, si proportionnée que soit la force employée par mes mains, je pourrais produire sur les fibres du psoas déjà malade et contracturé des déchirures. Et ces déchirures avec la petite perte de sang qui les accompagnerait, que deviendraient-elles si non des foyers à suppu-

ration, une cause enfin de psöitis sur un muscle tout préparé pour recevoir le processus inflammatoire.

Je crois donc qu'il faut se restreindre et songer uniquement au foyer. J'emploierai l'iodoforme.

Il y a un an, vous avez pu voir, dans ma salle 8, une jeune fille qui avait un volumineux abcès par congestion saillant du côté de la fesse et vers l'arcade crurale. Elle fut tour à tour traitée par le professeur agrégé Lagrange, qui me remplaçait, et par moi de la même façon. Nous lui fimes des injections d'éther iodoformé après avoir évacué le pus. La suppuration, qui avait fini par s'établir par des trajets restés perméables, se tarit peu à peu et jamais nous n'observâmes d'accidents putrides, tant le traitement suffisait pour rendre aseptiques ces trajets eux-mêmes. Comparez ce résultat avec ce qu'on observait autrefois : tous les abcès ponctionnés ou ouverts devenaient bientôt des foyers d'infection putride.

L'iodoforme, s'il ne modifie pas d'emblée tout le foyer dans lequel on l'injecte, a du moins le mérite de mettre à l'abri de la putridité les trajets fistuleux quand ils s'établissent.

Ensuite, on a tout lieu d'espérer, surtout quand le foyer se rétracte, que l'iodoforme injecté, restant en contact avec les parois, pourra modifier les surfaces et agir même sur le point malade qui a été l'origine de tous les accidents.

Je me résume, Messieurs, en vous disant que je vais de suite pratiquer une première ponction suivie d'injection à l'iodoforme, que je répéterai cette ponction et cette injection s'il y a lieu, et qu'enfin je me déciderai plus tard à intervenir par une large incision et le grattage, si je reconnais que ces moyens plus simples n'ont pas réussi, et qu'il faut tenter encore un suprême effort pour obtenir la guérison.



QUATORZIÈME LEÇON

Sur un cas de phlegmon de la fosse iliaque.

Observation établissant la liaison probable entre l'état puerpéral et la maladie actuelle.

Diagnostic de la lésion elle-même, — de sa cause première, — de son siège. — Influence du système lymphatique. — Comparaison entre les abcès profonds sous-aponévrotiques et les abcès sous-péritonéaux.

Marche de la maladie. — Indications qui en découlent. — Traitement.

MESSIEURS,

Dans deux des précédentes leçons, je vous ai démontré que les affections développées dans la région de la hanche et cependant étrangères à l'articulation, pouvaient présenter des symptômes qui en imposaient pour une lésion profonde de l'articulation, pour une coxalgie. Les muscles contracturés ou altérés dans leur texture amènent, en effet, des déviations, et la douleur, compagne presque obligée de ces attitudes vi-