à faire pour elle, comme pour les autres affections organiques du tissu osseux, un exposé général de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement. Mais comme ces divers points de la description générale seraient nécessairement décalqués sur la description de l'affection tuberculeuse des vertèbres, des phalanges et des extrémités articulaires des os longs, et que ces diverses maladies seront décrites spécialement avec tous les détails qu'elles comportent, il me paraît utile, pour éviter un double emploi, de supprimer ici cet exposé général. Remarquons bien, d'ailleurs, que les propositions que nous pourrions formuler sur l'affection tuberculeuse des os, envisagée isolément, en faisant abstraction des altérations des parties circonvoisines, se réduiraient à quelques données nécessairement vagues, et tout à fait impropres à faire ressortir le véritable caractère de cette affection.

ARTICLE V.

DES ABCÈS PAR CONGESTION. — MIGRATEURS, OSSIFLUENTS (*Gerdy*).

Lorsque nous avons décrit l'ostéite, la carie, la nécrose et les deux formes de l'affection tuberculeuse des os, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de parler des abcès par congestion, qui se manifestent si souvent comme une des conséquences de ces affections; maintenant que nous connaissons ces diverses altérations du tissu osseux, une description générale de ces abcès se présente naturellement comme le complément de leur histoire.

Sous le nom d'*abcès par congestion*, les anciens désignaient les collections purulentes qui se forment sans avoir été précédées par un travail phlegmasique local; ce terme correspondait donc à la dénomination moderne d'abcès froid. Mais les chirurgiens de ce siècle ont restreint la signification de ce mot, et ne l'emploient que pour désigner les amas de pus qui, ayant pour point de départ une altération osseuse, viennent se montrer dans une région plus ou moins éloignée de leur source; définition attaquable, sans doute, en ce qu'elle n'embrasse point tous les cas particuliers, mais que nous conserverons cependant, parce qu'elle s'applique au plus grand nombre, et qu'elle a pour elle l'usage et l'autorité des meilleurs auteurs.

Boyer propose de n'appliquer ce nom qu'aux abcès causés par la carie du corps des vertèbres, ou d'une grande articulation, comme celle du fémur avec le bassin. Mais si l'on considère que ces abcès présentent les mêmes symptômes, suivent la même marche, entraînent les mêmes dangers, réclament le même traitement, quel que soit leur point d'origine, on concevra facilement ce qu'il y aurait de vicieux à envisager

la question d'une manière aussi restreinte : en vain alléguerait-on la fréquence relative des abcès vertébraux et de ceux qui ont une autre origine ; en effet, bien que les premiers soient sans contredit les plus fréquents, il n'est cependant pas rare non plus de voir ces abcès succéder à une affection des côtes, des omoplates, des os iliaques, du fémur, etc. Nous consacrerons donc cet article à la description des abcès par congestion envisagés d'une manière générale, nous réservant de faire ressortir, lorsque nous traiterons du mal de Pott ou des affections articulaires, les particularités que présentent les abcès que l'on observe dans ces diverses maladies.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Lorsqu'un os est atteint de l'une de ces affections qui entraînent à leur suite la formation de pus, comme l'ostéite, la carie, la nécrose, ou de matière tuberculeuse, ces produits morbides s'accumulent d'abord dans le voisinage de leur point d'origine, où ils forment, par le refoulement graduel des parties molles circonvoisines, un foyer exactement circonscrit. Ce foyer grandit chaque jour, et tend à s'approcher de la surface du corps; mais si les dispositions anatomiques de la région où il a pris naissance présentent quelque obstacle à son développement, il chemine lentement, en se portant vers les points où il rencontre moins de résistance, jusqu'à ce qu'il soit parvenu à une des surfaces tégumentaires.

Cette migration du pus est certainement le fait le plus généralement observé dans l'affection que nous décrivons ; cependant il n'est pas très-rare de rencontrer des cas qui font exception à cette règle : ainsi, lorsque ce liquide est fourni par un os qui occupe une région où le tissu cellulaire présente des mailles souples et extensibles, il s'accumule tout de suite dans cette région, au niveau même ou dans le voisinage du point altéré du tissu osseux. Ce transport du pus dans un lieu éloigné de sa source n'est donc pas une condition essentielle et indispensable pour la formation d'un abcès par congestion, ainsi que cela semblerait résulter de la définition que nous avons donnée; et c'est là précisément ce qui nous faisait dire que cette définition était attaquable.

Nous avons dit d'une manière générale que le pus qui va former l'abcès par congestion se porte dans le sens où il rencontre le moins de résistance ; mais il est possible d'indiquer d'une manière plus précise le trajet que suivent ces abcès. Le plus souvent le pus parcourt les gaînes que lui présentent les plans fibreux qu'il rencontre : ainsi, tantôt c'est dans la gaîne d'un muscle qu'il s'introduit, et il la suit jusque dans sa partie la plus déclive; d'autres fois il entre dans une gaîne vasculaire, ou se propage en suivant le trajet d'un cordon nerveux, fait sur lequel M. le docteur Bourgeot-Saint-Hilaire a surtout attiré l'atten-

tion dans ces derniers temps; d'autres fois, enfin, il s'insinue dans un canal osseux, comme le canal vertébral, qu'il parcourt dans une certaine étendue, ou dans un canal à parois ostéo-fibreuses, comme celui que forment les aponévroses des muscles intercostaux interne et externe en s'insérant au rebord des côtes, etc., etc.

Les causes sous l'influence desquelles s'opère cette migration du pus sont faciles à comprendre; nous avons déjà signalé la plus importante peut-être en mentionnant la résistance des parties qui s'opposent à la formation d'un foyer dans le lieu même où le pus est fourni. La contraction des muscles qui passent au devant de la collection purulente peut également forcer le liquide à chercher un passage dans les points où le tissu cellulaire se laisse déplacer avec le plus de facilité. Aux deux causes précédentes, il faut encore joindre l'action de la pesanteur, cause moins puissante sans doute, que les précédentes, mais qui n'est pas sans influence; en effet, je ne sache pas que l'on ait jamais vu un de ces abcès migrateurs se porter en sens inverse de cette force.

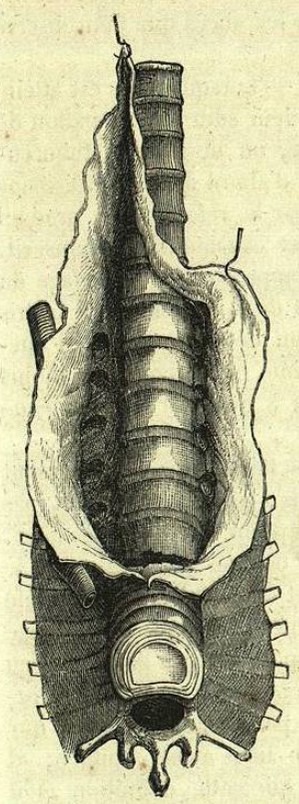

Fig. 21. — Abcès par congestion de la colonne vertébrale ouvert à sa surface antérieure. (Echeverria.)

Étudions maintenant les dispositions anatomiques que nous présentent ces abcès : arrivés à un certain degré d'accroissement, ils représentent une poche plus ou moins vaste qui s'adapte par un orifice d'une largeur variable à l'os altéré, de manière à circonscrire exactement le point malade.

L'étendue et la forme de ce kyste purulent offrent des différences : dans les premiers temps de sa formation, il représente une petite poche assez régulièrement arrondie; plus tard il s'allonge, et paraît alors suspendu à l'os par une sorte de pédicule plus ou moins rétréci, auquel succède un canal d'une longueur variable, présentant des dilatations et des resserrements alternatifs, et qui conduit dans le fond du foyer. Celui-ci offre souvent des dimensions considérables, 20 ou 30 centimètres de longueur et même davantage, comme on le voit tous les jours lorsque le pus fourni par une altération des vertèbres dorsales vient former un dépôt dans la région de l'aine.

Lorsque l'on étudie la structure de ces kystes, on voit qu'ils sont formés par un tissu cellulaire très-fin, formant une couche membraneuse, mince et comme feutrée, dans laquelle on aperçoit à peine quelques vaisseaux extrêmement fins. A l'extérieur, elle est doublée par les aponévroses et les muscles de la région, qui sont ordinairement étalés en forme de membranes et adhèrent à la poche, dont on parvient cependant à les détacher par la dissection. A l'intérieur, elle offre une surface molle, pulpeuse, d'un blanc jaunâtre, à laquelle sont attachés des grumeaux de pus concret ou de matière tuberculeuse : tel est du moins l'aspect que présentent ces foyers lorsqu'ils n'ont point été ouverts pendant la vie des malades. Mais lorsque l'abcès est depuis longtemps en communication avec l'air extérieur par une ou plusieurs fistules, sa surface interne semble avoir atteint un degré d'organisation plus complète; elle est d'un rouge foncé, extrêmement vasculaire; le tissu cellulaire qui la double est blanc grisâtre, induré, comme cela s'observe ordinairement dans le voisinage des trajets fistuleux qui suppurent depuis longtemps.

La matière que l'on trouve dans ces abcès est tantôt du pus séreux, filant, contenant en suspension des grumeaux blancs fibrineux; d'autres fois, une sorte de bouillie épaisse, blanche, caséeuse, tuberculeuse, en un mot; enfin, mais cela est rare, on y rencontre quelquefois du pus bien lié, semblable à celui que l'on trouve dans les abcès phlegmoneux; à ces divers liquides se trouvent quelquefois mélangées des parcelles osseuses qui forment des séquestres plus ou moins volumineux, ou se rencontrent sous la forme pulvérulente, de sorte que l'on n'en reconnaît la présence qu'en les faisant rouler sous le doigt.

Quelles sont les parties qui fournissent ce liquide? Tout porte à croire qu'il vient de deux points : 1° de l'os altéré, et c'est même cette partie qui le produit presque exclusivement dans les premiers temps; 2° du kyste lui-même. Celui-ci jouit, en effet, de la faculté d'exhalation et d'absorption, ainsi que le prouvent, d'une part, la réplétion rapide de la poche purulente après l'évacuation de la matière qu'elle contenait, et la disparition graduelle du pus accumulé dans son intérieur; d'autre part, l'absence de rapport qui existe assez fréquemment entre la suppuration et la destruction du tissu osseux. Il n'est pas rare, en effet, de voir un vaste abcès accompagner une altération superficielle et très-circonscrite de l'os. Ce kyste peut, comme toutes les membranes qui sont douées de la vie, s'enflammer, suppurer, s'ulcérer; c'est un nouvel organe dont les altérations pathologiques réagissent sur tout l'organisme.

Lorsqu'un abcès par congestion est formé, deux choses peuvent arriver : ou la source d'où vient ce pus continue à en produire, ce qui est malheureusement le plus ordinaire, ou elle se tarit peu à peu. Dans le

premier cas, le volume de l'abcès augmente d'une manière graduelle; puis, lorsqu'il est parvenu à un certain point, il tend à s'ouvrir au dehors. Dans le second, le foyer reste d'abord stationnaire, puis on le voit peu à peu diminuer de volume, et l'on observe alors quelquefois un travail pathologique des plus curieux : le canal qui faisait communiquer la partie renflée du foyer avec son point d'origine ne donnant plus passage au pus qui a cessé d'être sécrété, se rétrécit peu à peu, et finit par s'oblitérer; de sorte qu'une portion de l'excavation purulente se trouve ainsi isolée, séparée de sa source, et l'abcès par congestion ossifluent se trouve transformé en un abcès qui présente tous les caractères des abcès froids idiopathiques. Quelquefois même la poche revient peu à peu sur elle-même, et se transforme en un cordon cellulo-fibreux.

Les abcès par congestion peuvent se montrer dans presque toutes les régions du corps, à l'exception toutefois de la tête et des extrémités des membres. Les régions où ils apparaissent le plus fréquemment sont : la partie postérieure du tronc, les parties inférieures de l'abdomen, le périnée et surtout la racine des membres pelviens.

Symptomatologie. — Les phénomènes qui précèdent la formation des abcès par congestion doivent être étudiés avec le plus grand soin, car c'est le plus souvent l'étude de ces phénomènes qui nous permet de déterminer la nature de l'abcès. Une douleur souvent assez vive se fait ordinairement sentir dans un point plus ou moins éloigné de celui où l'abcès vient se montrer; cette douleur est continue; elle est augmentée par la pression, par certains mouvements. Les choses restent dans cet état pendant plusieurs mois, puis les douleurs cessent, tantôt complétement, d'autres fois elles ne sont que diminuées. En même temps il n'est pas rare de voir une déformation, une saillie osseuse se montrer dans le point même où la douleur a existé. Tels sont les phénomènes précurseurs des abcès qui nous occupent; mais je dois dire que ces phénomènes ne sont pas constants, de sorte que dans certains cas l'abcès se montre sans avoir été annoncé par aucun symptôme.

Les abcès par congestion appartiennent à la classe des abcès froids, et l'on peut dire qu'il n'en est aucun qui présente plus nettement exprimés les caractères propres à ces abcès; aucun n'est, en effet, aussi complétement exempt d'inflammation. Ils forment ordinairement une tumeur sur laquelle la peau a conservé son aspect et sa température normales. Cette tumeur est molle dans toute son étendue; la fluctuation y est toujours très-évidente, et se montre d'emblée, c'est-à-dire aussitôt que la tumeur apparaît; une pression lente exercée sur sa surface la fait quelquefois disparaître : c'est ce qui arrive lorsqu'une portion de l'abcès est contenue dans une des cavités splanchniques, le thorax ou l'abdomen. Dans certaines circonstances, la tumeur augmente

ou diminue par les efforts, les changements brusques de position. On comprend que ces divers actes ont pour effet de vider la partie extérieure de la tumeur dans la partie profonde. Pareille chose s'observe encore lorsque l'abcès présente deux poches qui communiquent entre elles par un canal intermédiaire; on peut encore, dans ce cas, percevoir la fluctuation en posant une main sur chacune des tumeurs, et en faisant refluer le liquide de l'une à l'autre.

Il n'est pas très-rare de voir de ces abcès qui, après avoir pris de grandes dimensions, au point de contenir un litre de pus par exemple, restent plusieurs mois et même plusieurs années stationnaires, et semblent ne porter aucune atteinte à la santé générale; plus souvent les sujets atteints de cette maladie sont faibles, valétudinaires; les fonctions digestives ont chez eux peu d'énergie; ils ont assez fréquemment des accès fébriles de peu de durée, qui se reproduisent pendant quelques jours, puis cessent pour reparaître au bout d'un temps plus ou moins long.

Mais il vient un moment où le kyste purulent, après avoir subi une distension extrême, tend à s'ouvrir à l'extérieur. La peau s'altère alors dans un point; elle devient lisse, tendue, chaude; elle rougit, se perfore, et laisse couler au dehors une quantité considérable de pus présentant les caractères que nous avons indiqués précédemment. L'ouverture s'agrandit par un travail ulcératif; puis elle se convertit en un orifice fistuleux: celui-ci fournit chaque jour une certaine quantité de pus séreux qui, dans quelques cas, offre une odeur qui rappelle celle des macérations anatomiques. Il n'est pas extrêmement rare de voir sortir avec le pus quelques fragments osseux en général d'un petit volume.

Tant que l'abcès n'est pas ouvert, il paraît n'exercer, ainsi que nous l'avons dit, que peu d'influence sur la santé générale; mais il n'en est plus de même aussitôt que le foyer purulent vient à s'ouvrir. L'inflammation, qui d'abord était bornée à cette portion des parois où s'est faite l'ouverture spontanée, s'étend rapidement à toute la cavité purulente; la peau qui recouvre l'abcès devient chaude, douloureuse; le pus qui s'écoule par l'ouverture est fétide, il sort mélangé à des bulles de gaz résultant de l'introduction dans le foyer de l'air extérieur et de la décomposition putride.

Cette inflammation, ordinairement annoncée par un frisson initial, est bientôt suivie d'une fièvre intense; le pouls est fréquent et dur, la soif vive, l'appétit nul. Mais, au bout de huit à dix jours, tous les symptômes généraux ou locaux se dissipent graduellement; le pus perd en partie sa fétidité, s'écoule avec moins d'abondance. Quelques malades, après avoir échappé aux dangers qui suivent immédiatement l'ouverture de l'abcès, semblent revenir à la santé; les principales

fonctions reprennent leur régularité, et le médecin serait disposé à se laisser aller à l'espoir d'une guérison prochaine, s'il ne savait pas combien est rare cette heureuse terminaison. En effet, après quelques semaines de rémission, l'orifice fistuleux se ferme et s'ouvre alternativement, ou bien de nouveaux abcès se forment, et le malade ne tarde pas à présenter la série des symptômes qui caractérisent l'infection putride. Il est en proie à une fièvre continue, présentant chaque soir des redoublements; ses digestions s'altèrent; il maigrit rapidement; un œdème qui se montre d'abord aux extrémités inférieures s'étend peu à peu et gagne le tronc; le dévoiement s'établit, et persiste malgré le traitement le plus convenable; le marasme arrive, et la mort ne tarde pas à avoir lieu (1).

La mort, terminaison presque constante de cette maladie, arrive plus ou moins promptement, suivant l'âge et la constitution du malade: elle a lieu le plus souvent vers le troisième ou quatrième mois après l'ouverture de l'abcès; quelquefois beaucoup plus tôt. Cependant quelques sujets, en bien petit nombre à la vérité, sont assez heureux pour voir les fistules dont ils sont affectés se tarir complétement et pour revenir à la santé. Des faits de ce genre ont été publiés par David, Abernethy, Dupuytren, MM. Bouvier et Denonvilliers. J'en ai moi-même observé plusieurs exemples. Mais la plupart de ces exemples de guérison spontanée surviennent chez les enfants, tandis que chez l'adulte cette heureuse terminaison est extrêmement rare.

Ai-je besoin de dire que les accidents résultant de l'inflammation du foyer, bien que fréquemment observés, n'ont point toujours lieu, et qu'on les voit se manifester également après l'ouverture artificielle de l'abcès? que, dans certains cas, les accidents propres à l'infection putride succèdent immédiatement à ceux dépendant de l'inflammation du foyer, dont ils semblent être la continuation?

Quelques auteurs ont pensé que l'existence d'un long canal sinueux étendu entre le point d'origine de l'abcès et son ouverture extérieure est une condition favorable en ce qu'elle permet plus difficilement l'accès de l'air. Le fait et son explication sont l'un et l'autre contestables; cette opinion aura sans doute été déduite de quelque vue théorique plutôt que d'une observation exacte. Bien loin d'être favorable, cette disposition m'a paru exposer les malades à la rétention du pus dans un des points du foyer, ce qui amène ordinairement un redoublement de fièvre qui ne tombe que quand le pus a repris son cours.

(1) Chez un enfant qui pendant trois jours eut une hémorrhagie peu de temps avant de succomber, M. Echeverria reconnut, à l'autopsie, qu'aucun vaisseau de quelque importance n'était resté béant, et qu'il y avait eu exhalation de sang pur provenant des vaisseaux de l'intérieur du kyste.

La plupart des auteurs attribuent les symptômes graves qui suivent l'ouverture spontanée ou artificielle du foyer à la viciation du pus, et à l'absorption, sinon de ce liquide en nature, du moins de ses éléments (P. Bérard); mais ils varient quant à l'explication qu'ils donnent de cette viciation. Suivant les uns, elle serait due au simple contact de l'air; suivant d'autres, à l'inflammation des parois du foyer; enfin, M. J. Cloquet a cru pouvoir l'expliquer par la diminution de pression favorisant la décomposition putride du liquide: explication que repoussent à la fois la théorie chimique et l'expérience clinique. En effet, on ne voit point ordinairement cette altération du pus succéder à la soustraction par une ouverture étroite d'une certaine quantité de pus, et cependant dans ce cas la diminution de pression est inévitable. Quant à l'influence de l'air, elle ne saurait être niée, soit qu'il provoque l'inflammation des parois du foyer, soit que ce fluide agisse directement sur le pus sécrété. En effet, suivant M. Mialhe, l'oxygène atmosphérique agit sur les éléments azotés du pus comme sur l'urine; il transforme l'urée du pus, comme celui du liquide urinaire, en carbonate d'ammoniaque. Ce qui prouve que les choses se passent pour le pus comme pour l'urine, c'est que le pus mis à l'abri du contact de l'air se conserve sans s'altérer, et l'on sait que Liebig a démontré que l'urine préservée du contact de ce fluide élastique se conserve presque indéfiniment sans présenter la moindre décomposition.

Enfin, suivant quelques auteurs, tous ces symptômes attribués à l'infection putride ne seraient que des troubles sympathiques dépendant de l'inflammation du foyer. Rien n'est plus réel que cette influence sympathique exercée par la phlegmasie locale sur l'économie tout entière. Nous voyons, en effet, les troubles généraux et l'altération locale suivre la même marche ascendante et rétrograde; mais vouloir expliquer tous les phénomènes par cette influence sympathique, ce serait ne voir qu'une seule des faces de la question. L'étude de la marche des abcès par congestion nous montre en effet des symptômes de deux ordres, dépendant de deux causes différentes: les uns, résultant de l'inflammation du foyer, apparaissent presque immédiatement après l'ouverture de l'abcès, et cessent spontanément au bout de quelques jours; les autres, résultant de l'infection putride et des pertes journalières qu'éprouve le malade, apparaissent plus tard et se terminent presque constamment par la mort.

Diagnostic. — Le diagnostic des abcès par congestion est un des points les plus importants de la pratique chirurgicale, et quelquefois un des plus difficiles. En effet, bien que parmi les observations nombreuses d'erreur de diagnostic que renferment les recueils scientifiques, la plupart témoignent, ou de l'inattention, ou de l'ignorance des auteurs qui les ont commises, tels sont, par exemple, certains cas dans lesquels

un abcès par congestion a été pris pour un bubon, une hydrocèle ou une hernie, il en est d'autres dans lesquels le praticien le plus exercé reste nécessairement dans le doute, d'autres qui sont accompagnés de circonstances tellement trompeuses, que l'erreur est, pour ainsi dire, inévitable.

Le diagnostic de ces abcès doit être établi aux diverses périodes de leur évolution : 1° lorsque la collection purulente en voie de formation est encore renfermée dans l'une des cavités splanchniques ; 2° lorsque l'abcès est apparent à l'extérieur ; 3° lorsqu'il a été ouvert et que son ouverture reste fistuleuse.

Comme les considérations relatives au diagnostic des abcès apparents à l'extérieur sont en grande partie applicables aux abcès contenus dans les cavités splanchniques, telles que la poitrine ou l'abdomen, et qu'elles servent, en outre, à déterminer si un trajet fistuleux a pour point d'origine une altération des os ou des parties molles, c'est par elles que nous commencerons.

Ces collections purulentes peuvent être confondues avec une tumeur encéphaloïde, un lipome, un kyste séreux, sanguin ou hydatique, un anévrysme, un abcès ganglionnaire, une hernie, un abcès froid idiopathique.

A vrai dire, il est difficile, dans la majorité des cas, de prendre une tumeur solide telle qu'un cancer ou un lipome pour un abcès par congestion, L'erreur a cependant été commise par des chirurgiens habiles. De même, un abcès par congestion en voie de guérison a pu être pris pour une tumeur fibro-plastique. Chez un malade observé par M. Denonvilliers (1), l'abcès ressemblait si bien à une tumeur fibro-plastique de la région inguino-crurale, que cet habile chirurgien n'hésita pas à opérer par dissection. Ce fut seulement au moment où le pédicule fut sectionné, qu'il reconnut la nature de la tumeur. Nous avons d'ailleurs eu soin d'indiquer, dans les articles consacrés à la description du cancer et du lipome, les signes à l'aide desquels on distinguera ces tumeurs d'avec les abcès froids (voy. les chapitres IX, *Diagnostic des affections cancéreuses*, et XII, *Hypertrophie du tissu cellulaire*). Ces données sont également applicables au diagnostic des abcès par congestion ; car la première question à résoudre est celle de savoir si la tumeur que l'on explore est un abcès froid, sauf à décider, après un plus ample examen, si cet abcès est idiopathique ou s'il dépend d'une altération des os.

La transparence de la tumeur, la nature séreuse du liquide que fournira une ponction exploratrice, le frémissement hydatique perçu par la

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences méd.* (Paris, 1864), art. ABCÈS.

percussion, donneront le plus souvent le moyen de reconnaître un kyste séreux ou hydatique. La méprise peut néanmoins avoir lieu quand la tumeur est enflammée et siége dans une région où les abcès par congestion sont très-fréquents. C'est ce qui arriva dans un cas observé par M. Péan pendant qu'il était interne de M. le professeur Denonvilliers. La tumeur, née sous le ligament de Fallope, avait été reconnue par le malade au moment où elle était devenue douloureuse. Peu à peu elle avait grossi et refoulé les vaisseaux, l'aponévrose et la peau de la région crurale. Sa mollesse, sa fluctuation, étaient très-accusées; il n'y avait pas de frémissement hydatique. La peau qui recouvrait la collection liquide était enflammée et menaçait de s'ulcérer. M. Denonvilliers fit l'ouverture de la tumeur. Au grand étonnement de l'opérateur et des assistants, un flot de liquide purulent mélangé de débris d'hydatides jaillit au dehors. La mort survint quelques jours après. A l'autopsie, on trouva l'os iliaque et le sacrum remplis d'hydatides.

Ce que je viens de dire au sujet des kystes séreux et hydatiques s'applique également aux kystes sanguins. Ce sont encore les antécédents et la ponction qui pourront le mieux empêcher de les méconnaître quand ils occuperont une région dans laquelle les abcès par congestion sont excessivement fréquents. C'est ce qui eut lieu pour une jeune femme qui, en 1858, entra dans mon service à l'hôpital des cliniques. Cette malade portait dans la région dorsale, au niveau des dernières côtes et sur les côtés de la colonne vertébrale, une tumeur liquide, volumineuse, qui refoulait les muscles de la gouttière rachidienne et la peau. Bien que la tumeur offrît presque tous les signes physiques et fonctionnels des abcès par congestion, je pratiquai la ponction exploratrice. Ma surprise fut grande quand je vis jaillir au dehors un sang noirâtre, un peu épais et mélangé de quelques paillettes de cholestérine. J'ai revu la malade il y a quelques jours, et j'ai pu m'assurer que la tumeur n'avait pas augmenté notablement de volume depuis cette époque. Il est beaucoup plus rare de voir les collections séro-sanguines qui succèdent aux contusions violentes donner lieu à des erreurs de diagnostic. Cependant M. Péan observait dernièrement dans son service un cas de ce genre chez un homme qui portait dans la région inguino-crurale du côté droit une tumeur fluctuante grosse comme le poing. Au premier abord, cette tumeur offrait toutes les apparences d'un abcès par congestion : en outre, le malade affirmait que la tumeur s'était développée spontanément et sans cause connue. Malgré ces renseignements, M. Péan ne craignit pas d'affirmer que la tumeur était due à une contusion ancienne et qu'elle contenait un liquide séro-sanguin. Il se fondait sur l'existence d'une petite ecchymose située au voisinage de la tumeur. La ponction confirma cette manière de voir ; ce fut alors seulement que le malade finit par avouer que l'accident