avait été produit quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, pendant qu'il était en état d'ivresse.

Pour ce qui concerne l'anévrysme, il suffit d'être prévenu de la possibilité d'une erreur pour l'éviter sûrement. Cependant on trouve, dans la *Clinique* de Pelletan, l'histoire d'un ancien militaire chez qui, à la suite de douleurs, il se manifesta une gibbosité dans la région lombaire et une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque droite. On crut à l'existence d'un abcès symptomatique d'une carie vertébrale, et ce ne fut qu'après un examen prolongé pendant plusieurs semaines que le chirurgien reconnut des battements qui lui firent connaître la nature du mal : c'était un anévrysme qui avait détruit en partie le corps de quatre vertèbres. — J'ai observé, à l'hôpital Saint-Louis, un fait semblable à celui que je viens de citer; l'observation en a été recueillie par le docteur Legendre, alors interne sous Biett.

Les abcès ganglionnaires offrent trop peu de ressemblance avec l'abcès par congestion, pour qu'il soit utile de faire le diagnostic de ces deux affections. Cependant M. Bouvier assure que, chez les enfants, il a vu plusieurs fois les abcès nés des premières vertèbres dorsales suivre une marche ascendante, et donner naissance à des collections purulentes qui furent prises pour des adénites chroniques suppurées de la région sus-claviculaire. Le siége spécial de ces abcès, leur mollesse, joints à l'absence d'inflammation apparente, permettront d'éviter une semblable méprise.

Quant à une hernie, elle a ses signes propres que nous exposerons dans un chapitre particulier.

Il ne nous reste plus à traiter ici que du diagnostic différentiel de l'abcès froid idiopathique et des abcès par congestion.

Les symptômes propres à ces deux espèces d'abcès sont identiques; ils ne peuvent servir à faire distinguer l'un de l'autre. C'est donc par les circonstances commémoratives qu'il faut chercher à établir cette distinction. Ainsi, l'abcès par congestion a généralement été précédé de douleurs dans un point plus ou moins éloigné de celui où s'est formée la collection purulente; quelquefois ces douleurs existent encore, ou, si elles ont disparu, la percussion exercée sur le point où elles se sont fait sentir produit une sensation pénible, une sorte de retentissement douloureux, qui ne se montre pas lorsque l'on percute les régions voisines. Quelquefois cependant aucune douleur n'a précédé la formation de l'abcès, ou elle a été tellement peu prononcée qu'elle n'a pas attiré l'attention du malade. Comme cette proposition est en opposition avec ce que l'on professe généralement, je crois devoir citer à l'appui quelques observations. Je pourrais en rapporter un grand nombre; mais il me suffira, je pense, pour dissiper tous les doutes, de faire connaître les trois suivantes.

Un jeune homme de quinze ans, admis en 1838 dans le service de Gerdy, à l'hôpital Saint-Louis, présentait, à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, une tumeur qui offrait tous les caractères d'un abcès froid. Interrogé à plusieurs reprises et avec le plus grand soin par le chirurgien et par les personnes qui suivaient sa visite, ce jeune homme affirmait qu'il n'avait jamais ressenti la moindre douleur sur le trajet de la colonne vertébrale, sur aucun point de l'enceinte pelvienne, ou au niveau de l'articulation coxo-fémorale ; tous les mouvements de cette articulation avaient conservé leur étendue et leur liberté ; le malade marchait sans souffrir et sans boiter. Toutes ces circonstances firent croire à l'existence d'un abcès froid idiopathique. En conséquence, le chirurgien se décida à l'ouvrir, et fit choix de la potasse caustique. Dès que l'intérieur du foyer fut en contact avec l'air extérieur, les symptômes les plus graves se manifestèrent, et le malade succomba au bout de sept ou huit jours. L'autopsie montra que le fond de la cavité cotyloïde et plusieurs points de la tête du fémur étaient privés de cartilage et présentaient une carie superficielle.

A l'époque où j'étais chargé du service de la clinique chirurgicale à l'hospice de perfectionnement, je reçus dans mes salles un jeune homme qui présentait une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque gauche : l'absence de douleurs antérieures et de difformité dans aucun point du système osseux, l'état stationnaire de l'abcès depuis plusieurs mois, me portèrent à croire qu'il s'agissait là d'un abcès froid, indépendant d'une altération des os. Je résolus donc de le traiter par la méthode de Boyer, c'est-à-dire par des ponctions successives, de manière à laisser revenir peu à peu le foyer sur lui-même, jusqu'à ce qu'il eût éprouvé un retrait qui permît de l'inciser largement sans danger ; mais une des ponctions ne se cicatrisa point, se convertit en un trajet fistuleux ; des accidents d'infection putride se développèrent et firent périr le malade. Je reconnus à l'autopsie que l'abcès avait pour point de départ une carie superficielle de la face antérieure du sacrum.

Lorsque je pris par intérim le service de Roux à l'Hôtel-Dieu (août 1845), je trouvai dans sa salle des femmes une malade qui présentait un vaste collection purulente au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du côté gauche. Roux, croyant, sans doute, avoir à traiter un abcès idiopathique, avait appliqué à sa surface une large traînée de potasse caustique. Pendant les jours qui précédèrent l'élimination de l'eschare, j'interrogeai souvent la malade à l'effet de savoir si l'apparition de son abcès n'avait point été précédée de douleurs dans quelque point plus ou moins éloigné de l'abcès; toujours ses réponses furent négatives. Comme dans les cas que je viens de citer, l'ouverture de l'abcès fut suivie d'accidents graves, qui ne tardèrent pas à enlever la malade; et l'examen cadavérique nous montra que l'abcès recon-

naissait pour cause la nécrose de l'une des côtes cachées derrière l'omoplate.

Concluons donc que l'absence de douleurs antérieures ne permet point d'affirmer avec certitude qu'un abcès froid appartient à la classe des abcès idiopathiques; et que si l'existence de douleurs qui ont précédé la formation de l'abcès permet de conclure que celui-ci reconnaît pour cause une altération osseuse, la proposition inverse ne saurait être admise.

On trouve assez fréquemment une déformation du squelette, une saillie osseuse anormale dans une région plus ou moins éloignée du foyer purulent; mais on comprend que ce signe n'est pas plus constant que le précédent: en effet, une déformation du squelette suppose un changement dans la forme ou dans les rapports des os, et l'on sait que ceux-ci peuvent être altérés de manière à produire une collection purulente sans cependant avoir perdu leur forme et leurs rapports normaux.

Le défaut de signes suffisants pour éclairer le diagnostic dans ces cas difficiles a suggéré à M. F. Darcet la pensée de rechercher si la composition chimique du pus ne fournirait point un signe propre à faire connaître s'il est produit par une altération du tissu osseux ou par les parties molles. Suivant cet auteur, le pus franchement phlegmoneux ne contient que 1/300e de matière terreuse, tandis que celui qui vient des os n'en contient jamais moins de 1/100e, et même 1/70e. Sans appliquer ici l'analyse dans toute sa rigueur, et en accordant quelque chose aux chances d'erreurs possibles dans le pesage d'aussi petites quantités, on peut établir que le pus qui contient plus de 1/200e, soit par exemple 1/170e ou 1/150e de matière terreuse, ne provient pas de la suppuration des parties molles, mais bien des os.

L'auteur rapporte, dans la note qu'il a insérée dans le *Journal de chirurgie* (février 1843), le résultat de plusieurs analyses qui lui ont permis de vérifier l'exactitude de la proposition qu'il tend à établir. Ce signe, fourni par l'analyse chimique du pus, constituerait sans contredit une des acquisitions les plus importantes pour le diagnostic des abcès froids, et, par conséquent, pour la pratique de la chirurgie; mais il aurait besoin d'être soumis à un nouvel examen, car tous les auteurs qui se sont occupés de ces recherches n'ont point obtenu le même résultat.

Voici, d'ailleurs, le moyen conseillé par M. Darcet pour faire cette analyse. Après avoir recueilli, à l'aide d'une ponction exploratrice, une certaine quantité de pus douteux, on en pèse 10 grammes, qui sont desséchés, puis brûlés dans une petite capsule de platine, ou même de porcelaine; le résidu de la calcination est pesé, et l'on voit quelle est sa proportion par rapport aux 10 grammes de matière employée.

Quelques auteurs ont avancé qu'il est facile, à l'aide du microscope, de distinguer le pus des os de celui des parties molles; d'autres ont été jusqu'à prétendre que l'on peut reconnaître, à l'aide de cet instrument, si le liquide provient d'une carie, d'une nécrose ou de l'une des variétés de l'affection tuberculeuse. Toutes ces affirmations n'ont, en pratique, aucune valeur.

En résumé, lorsque l'apparition d'un abcès froid aura été précédée de douleur ou de déformation dans un point du squelette, on pourra affirmer que l'abcès reconnaît pour origine une altération osseuse; si ces symptômes manquent, on devra prendre en considération : 1° le volume de l'abcès, car il est rare que les abcès froids idiopathiques acquièrent une ampleur aussi considérable que les abcès froids ossifluents; 2° la possibilité ou l'impossibilité de réduire la tumeur en faisant refluer le liquide vers sa source par une compression lente et uniforme, ou de modifier le volume de l'abcès par l'attitude des malades, la toux, les efforts; 3° la situation du foyer. On sait, en effet, que les abcès par congestion sont très-fréquemment observés, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du bassin ou à la partie supérieure de la cuisse; mais, je le répète, ce sont là des données à l'aide desquelles on arrivera à poser un diagnostic probable, mais non certain.

Lorsque l'abcès ne fait point saillie à l'extérieur, aux causes d'incertitude que je viens de signaler précédemment il s'en ajoute de nouvelles, dépendant de la difficulté que l'on éprouve à explorer la tumeur qui se soustrait à la palpation. C'est alors que la percussion peut nous faire soupçonner sa présence; ce moyen sera surtout utile pour faire découvrir une collection purulente encore renfermée dans la cavité thoracique.

Les exemples d'abcès par congestion dont l'ouverture restée fistuleuse a été prise pour une fistule stercorale ou pour une fistule à l'anus ne sont pas rares; cependant un chirurgien attentif ne commettra jamais cette faute, mais il pourra rester dans le doute sur la question de savoir si la fistule est entretenue par une carie, une nécrose, une affection tuberculeuse ou une disposition particulière des parois du foyer qui met obstacle à leur rapprochement. C'est encore à l'aide du commémoratif et par l'examen des circonstances concomitantes que l'on arrivera à éclairer le diagnostic. Quelquefois, en introduisant un instrument explorateur dans le trajet fistuleux, on parvient à toucher les os dénudés, cariés, nécrosés; d'autres fois le pus qui sort par la fistule entraîne quelques parcelles osseuses. Dans ces deux cas, le diagnostic ne laisse rien à désirer.

Pronostic. — Un abcès par congestion est toujours une affection très-grave. Cette proposition ressort assez de tout ce que nous avons dit précédemment pour n'avoir pas besoin de nouveaux développements; mais sa gravité varie suivant le point d'origine et la cause de la

collection purulente. En effet, s'il dépend de l'altération d'un os qui par sa position se soustrait à l'emploi de nos moyens chirurgicaux, et si l'altération que présente cet os n'est point de nature à guérir sans une opération, la maladie devra être considérée comme incurable. Dans les conditions opposées, le pronostic sera nécessairement moins grave : ainsi il est facile de comprendre qu'un abcès qui dépendra d'une nécrose pourra guérir complétement, après l'élimination spontanée ou l'extraction d'un séquestre ; qu'un abcès par congestion dépendant de la forme enkystée de l'affection tuberculeuse des os, qui, comme nous l'avons vu, tend à guérir spontanément, sera moins grave que s'il reconnaît pour cause la seconde forme, c'est-à-dire l'infiltration tuberculeuse. L'état de l'abcès devra encore faire varier le pronostic. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, un abcès de petites dimensions inspirera des craintes moins immédiates qu'un vaste abcès ; car les phénomènes de l'ouverture spontanée se montreront plus prochainement pour le second que pour le premier. Enfin, un abcès par congestion qui menace de s'ouvrir spontanément et celui dont l'ouverture reste fistuleuse doivent faire craindre le développement prochain des accidents d'infection putride et l'épuisement, qui ne tarderont point à enlever le malade. Il faut, en effet, considérer comme exceptionnels les cas dans lesquels on dit avoir vu la source d'un abcès par congestion se tarir peu à peu, et le trajet fistuleux se cicatriser.

Traitement. — La thérapeutique des abcès par congestion comprend trois choses : 1° le traitement de l'affection d'où dérive l'abcès ; 2° le traitement de l'abcès lorsqu'il est apparent à l'extérieur ; 3° le traitement des fistules qui succèdent à son ouverture spontanée ou artificielle. Pour ce qui concerne les moyens curatifs propres à combattre l'affection dont l'abcès n'est qu'une conséquence, telle que la carie, la nécrose, etc., nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit précédemment (voy. *Carie*, tome II, page 25, et *Nécrose*, page 30). Nous nous occuperons donc principalement du traitement local des collections purulentes.

Un des faits pathologiques les plus remarquables dans l'histoire des abcès par congestion, c'est leur innocuité relative, tant qu'ils restent fermés, et leur extrême gravité quand ils s'ouvrent d'eux-mêmes. L'importance de ce fait domine tellement la thérapeutique de ces collections purulentes, que les chirurgiens ont cherché tous les moyens de conjurer les dangers inhérents à leur ouverture spontanée : aussi n'est-il point étonnant qu'un grand nombre de méthodes curatives aient été proposées. Ainsi, on a tour à tour préconisé la ponction simple ; la ponction oblique, dite sous-cutanée ; la ponction suivie de l'aspiration du liquide, soit avec la ventouse, soit à l'aide d'une seringue ; la ponction suivie d'une injection aqueuse, ou avec une solution iodée ou

caustique, de manière à modifier les parois du foyer ; les grandes incisions et le lavage fréquemment répété de l'intérieur du foyer avec des liquides antiseptiques ; l'ouverture de l'abcès avec les caustiques, avec le cautère actuel ; enfin l'extirpation des parois de l'abcès.

Comme toutes ces méthodes se réduisent en dernier lieu à l'ouverture du foyer purulent, nous pouvons préalablement nous poser cette question capitale : Faut-il ouvrir les abcès par congestion ? La réponse que nous ferons à cette question nous servira de guide pour l'appréciation que nous avons à faire de chacune de ces méthodes. Boyer, après avoir longtemps professé qu'il faut différer, autant qu'il est possible, l'ouverture de ces abcès, avait réformé sa pratique sur ce point. Il donnait le précepte formel de pratiquer l'ouverture des abcès par congestion, dès qu'ils se montrent à l'extérieur et que la fluctuation y est sensible. Il se fondait sur ce que « ces abcès sont d'autant plus graves, que la carie est plus étendue et que l'abcès est plus vaste : or, dit-il, au commencement de la maladie, la carie n'occupe pas une grande surface, le foyer a des dimensions assez restreintes ; mais l'un et l'autre prennent chaque jour plus d'extension, et l'on peut d'autant moins espérer la guérison de la carie, qu'elle a fait des progrès plus considérables, et, en outre, l'étendue du foyer rend le rapprochement de ses parois plus difficile. » Mais on peut faire à cette doctrine les objections suivantes : 1° La ponction ne peut en aucune manière mettre un terme aux progrès de la carie. 2° Ce qui s'oppose au recollement des parois du foyer, ce n'est point son ampleur, mais la production incessante d'une certaine quantité de pus par les os altérés. 3° Lorsqu'on pratique l'ouverture de l'abcès avec les précautions convenables, il est vrai de dire que l'on obtient en général la cicatrisation immédiate des premières ponctions : mais avant que l'on ait eu le temps de répéter plusieurs fois cette opération (quatre ou cinq fois, par exemple), une des ouvertures reste fistuleuse, et le malade se trouve alors exposé aux accidents qui résultent de l'introduction de l'air dans le foyer, accidents qui ne se seraient montrés que beaucoup plus tard, si l'on avait attendu l'ouverture spontanée. 4° Enfin, en admettant même que l'on pût, à l'aide d'un procédé opératoire plus perfectionné, obtenir l'occlusion immédiate de ces ponctions successives, on se demanderait encore quelle est leur utilité, puisqu'il se fait une nouvelle accumulation de pus, et que le foyer se trouve, au bout de deux ou trois jours, aussi plein qu'avant la ponction. Ces objections paraîtront sans doute de quelque valeur, mais il est surtout curieux d'examiner les faits que Boyer cite à l'appui du précepte qu'il pose. On trouve dans son *Traité de chirurgie*, tant à l'article *Abcès par congestion* qu'à l'article *Carie des vertèbres*, l'observation détaillée de quatre malades traités par sa méthode : une de ces observations, ne portant pas l'indication de l'époque où

l'abcès s'est montré, ne peut nous servir ; il nous en reste donc trois. Nous voyons que, chez ces trois malades, la mort eut lieu au bout de sept, six et dix-neuf mois après la formation de l'abcès : or, les ponctions furent faites à partir du quatrième et du troisième mois pour les deux premiers malades, et seulement à partir du onzième chez celui qui survécut jusqu'au dix-neuvième mois. Il était impossible de choisir des faits qui missent plus en évidence les dangers attachés à l'ouverture prématurée des abcès par congestion.

Ces dangers, bien compris par la plupart des praticiens de notre époque, les ont conduits à poser en principe qu'il faut s'abstenir d'ouvrir ces foyers purulents, tant qu'ils ne menacent point de s'ouvrir spontanément. Telle était la pratique que nous avons vu mettre en usage par Dupuytren, et nous pourrions citer, pour prouver ses avantages, les observations de plusieurs malades affectés d'abcès par congestion, dont la vie s'est prolongée pendant un temps plus long qu'on ne l'observe généralement lorsqu'on pratique l'ouverture; nous avons même vu un de ces malades guérir complétement par absorption graduelle du pus, en conservant, il est vrai, une gibbosité, qui ne l'empêcha pas cependant de prendre le service d'infirmier dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, où nous l'avons vu pendant plusieurs années après sa guérison.

En résumé, l'ouverture des abcès par congestion doit être proscrite d'une manière générale ; et tous les soins du chirurgien doivent tendre à retarder l'époque de l'ouverture spontanée et à favoriser la résorption du pus. Pour remplir la première indication, il devra s'abstenir de tous moyens thérapeutiques qui pourraient avoir pour effet d'enflammer les parois du foyer, tels que la compression, les cautères, les moxas, la cautérisation transcurrente, moyens dangereux qui ont été conseillés par quelques auteurs dans le but de provoquer la résorption du pus contenu dans l'abcès.

Tout au plus pourra-t-il, ainsi que le conseille M. Bouvier, appliquer à la surface de l'abcès quelques topiques locaux légèrement excitants, tels que vésicatoires volants, teinture d'iode, onguents stibiés, etc. Les moyens les plus efficaces, pour remplir la seconde médication, sont tous les agents hygiéniques et pharmaceutiques capables d'activer les fonctions organiques ou de fortifier la constitution du sujet. C'est ainsi que l'administration des bains salins ou sulfureux, de l'insolation, l'usage des viandes grillées ou rôties, d'un vin généreux, de l'huile de foie de morue, du fer, de l'iode, des amers, produiront d'excellents effets, si leur emploi est subordonné à l'exercice régulier des fonctions de l'organisme.

Bien que cette méthode offre des chances de succès, il est vrai de dire qu'elle n'atteint ce but qu'au bout d'un temps fort long, des mois,

des années, et qu'elle parvient rarement à faire disparaître la collection purulente. Mais si, malgré cette médication, l'ouverture spontanée paraît inévitable, il est indiqué de donner issue au pus dans le but de prévenir la destruction des parois de l'abcès dans une grande étendue, et l'établissement d'une fistule qui livrera un libre passage à l'air dans le foyer. La ponction sera faite, non pas dans le point où les téguments amincis et enflammés menacent de s'ouvrir, mais bien dans un lieu où la peau, intacte, permettra plus facilement une réunion immédiate. Il n'est pas nécessaire que cette ouverture occupe le point le plus déclive, puisque ce n'est point par son propre poids, mais bien par une pression uniforme sur les parois du foyer, ou par une aspiration exercée par un instrument approprié que le liquide doit être évacué. Le précepte que nous venons de donner est très-rationnel sans doute, et l'on fera bien de s'y conformer; mais il ne faudrait pas croire que cette ponction retarde toujours l'ouverture spontanée : bien souvent, en effet, le travail ulcératif se poursuit après l'évacuation du pus, la peau se perfore et l'ouverture reste fistuleuse.

Il est encore une circonstance dans laquelle l'ouverture de l'abcès nous paraît indiquée; nous voulons parler des cas où, la source de l'abcès s'étant peu à peu tarie, l'abcès par congestion se trouve isolé de son point d'origine, et ramené aux conditions d'un abcès froid idiopathique. Je dois dire cependant que Dupuytren proscrivait même dans ce cas l'ouverture artificielle, dans la crainte qu'elle ne provoquât une récidive de l'altération osseuse. Cette crainte ne nous paraît point fondée ; mais peut-être objecterait-on avec plus de raison que nous n'avons point de signe qui, pendant la vie des malades, nous permette de reconnaître d'une manière certaine cet isolement du foyer de son point d'origine.

D'après le jugement que nous venons de porter sur l'ouverture artificielle des abcès par congestion, nous pourrions à la rigueur nous dispenser de décrire chacune des méthodes qui ont été proposées pour pratiquer cette opération; cependant, comme quelques-unes d'entre elles ont joui d'une certaine faveur, et comptent encore des partisans, et que, d'ailleurs, il peut se présenter quelque circonstance exceptionnelle qui engage à y recourir, nous croyons devoir en parler brièvement.

Nous avons dit, à l'occasion du traitement des abcès froids idiopathiques (t. I, p. 125) que la ponction directe permet l'accès de l'air dans le foyer et empêche la petite plaie de se cicatriser. Nous avons ajouté que cette circonstance fâcheuse avait engagé presque en même temps Boyer, en France, et Abernethy, en Angleterre, à abandonner ce procédé pour la ponction oblique ou sous-cutanée, aujourd'hui généralement admise. Le procédé du chirurgien français est simple dans son exécution et aussi sûr dans ses résultats que les procédés plus compli-