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-

qués qui ont été conseillés depuis ; c'est bien là certainement la première indication de la méthode *sous-cutanée*.

En 1834, le docteur F. Alliot, médecin à Montagny, faisait subir à ce procédé une modification qui avait pour but de donner plus de longueur au trajet sous-cutané. Voici sa description : Je pratiquai, à deux pouces et demi en dehors de la tumeur, une incision où la seule épaisseur de la peau se trouva intéressée ; une sonde d'assez médiocre calibre fut alors dirigée au milieu du tissu cellulaire sous-cutané, jusque dans le foyer ; tandis que le liquide coulait, une main abaissait les téguments, qui, constamment appliqués sur la masse décroissante du fluide, ne permettaient aucun vide..... (*Gazette méd.*, 1834, p. 348.) Cette manière d'opérer est plus compliquée que celle de Boyer, plus longue, plus douloureuse ; inconvénients qui ne nous paraissent point compensés par les avantages que présente la longueur du trajet sous-cutané.

Une autre modification apportée à cette méthode est celle que lui a fait subir M. J. Guérin. Nous ne ferons que la rappeler ici. (Voyez *Abcès froids*, t. I, p. 122.) D'ailleurs ce changement ne porte en réalité que sur l'appareil instrumental et n'a pas donné des résultats sensiblement différents de ceux qu'avaient obtenus les chirurgiens précédents.

Un autre perfectionnement dont il nous reste à parler est l'application des injections au traitement des abcès par congestion. Déjà, en 1838, M. Denonvilliers conseillait de pousser dans l'intérieur du foyer un liquide irritant, pour modifier ses parois et les disposer à la cicatrisation. Mais cette injection ne saurait tarir la source qui fournit le pus, et, par conséquent, donner, comme on l'a prétendu, des guérisons complètes. Les injections d'eau tiède faites dans le kyste purulent, de manière à enlever tout le pus qui tend à y séjourner, ont été aussi préconisées comme un moyen propre à prévenir l'infection putride. Les choses en étaient là, lorsqu'en 1849, MM. Abeille et Boinet publièrent leurs premiers travaux sur les injections iodées. Suivant ces honorables praticiens, la teinture d'iode, mélangée d'eau à parties égales et rendue soluble par l'iodure de potassium, aurait la propriété : 1° de prévenir la décomposition du pus dans le foyer ; 2° de modifier les parois de la poche, de façon à en favoriser l'accolement, la cicatrisation et l'oblitération définitive ; 3° enfin d'agir directement sur les os malades et d'accélérer leur guérison sans laquelle on ne peut espérer celle de l'abcès. Pour obtenir cet heureux résultat, dit M. Boinet (*Traité d'iodothérapie*), il convient de persévérer dans l'emploi du traitement et de faire des injections successives durant des mois et des années si cela est nécessaire et si les forces du malade le permettent. Rien de plus rationnel que ce moyen, mais cependant nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater son impuissance.

D'autres auteurs ont conseillé l'ouverture de ces abcès avec les caustiques ou à l'aide d'un petit cautère actuel (Marc-Antoine Petit, Larrey). Ce que nous avons dit des dangers attachés à la persistance d'un trajet fistuleux doit faire pressentir que nous blâmons cette opération.

Lisfranc, qui attribuait, ainsi que nous l'avons dit, à l'inflammation des parois du foyer les accidents que l'on observe après son ouverture, employait une méthode bien différente de celles que je viens de faire connaître. Au lieu de faire une ponction étroite, il ouvrait largement l'abcès, et, pour parer aux accidents inflammatoires, il faisait appliquer immédiatement 30 à 40 sangsues sur le foyer, et réitérait au besoin cette émission sanguine. Comme on le voit, ce traitement si énergique n'a d'autre but que de prévenir et de combattre les accidents inflammatoires qui suivent immédiatement l'ouverture de l'abcès, mais non l'infection putride. Or, nous avons vu que ces accidents ne sont point en général très-graves, qu'ils se dissipent spontanément au bout de quelques jours : nous craindrions donc, pour obtenir ce résultat, qui nous paraît secondaire, de faire subir une perte de sang à des malades dont on ne saurait trop ménager les forces. Ce mode opératoire est encore celui que préfèrent aujourd'hui MM. Payan (d'Aix), Michel (de Strasbourg) et Laugier. Néanmoins nous ne pensons pas, d'après les essais que nous avons faits et que nous avons vu faire de cette méthode, aujourd'hui presque complétement abandonnée, qu'elle parvienne à retarder les accidents formidables auxquels doit être attribuée la mort des malades.

Enfin, il me reste à parler d'une méthode qui a été proposée par Seutin (*Gazette médicale*, 1841, p. 237). Elle consiste à exciser les parois du kyste. — Mais cette excision ne saurait comprendre dans toute leur étendue les trajets fistuleux, souvent si anfractueux, qui aboutissent à l'altération des os, cause première de l'abcès. D'un autre côté, ces abcès par congestion forment quelquefois des poches si vastes, que l'extirpation de leurs parois serait elle-même une opération grave chez un sujet affaibli. Rappelons enfin, en terminant, ce fait qui nous servira à juger toutes les méthodes que nous venons de passer en revue, à savoir : que dans cette maladie l'abcès est une chose secondaire ; le mal est plus éloigné, plus profond, et tant qu'on ne l'a point détruit, on ne fait que fort peu de chose pour le malade.

Lorsque l'abcès est ouvert et que son ouverture reste fistuleuse, lorsque la fièvre, l'abattement des forces, la décomposition du pus, se manifestent, Bonnet conseille surtout l'emploi des vomitifs (*Traité des maladies des articulations*, t. II, p. 504) et les injections irritantes antiputrides dans le trajet fistuleux. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'employer cette méthode, et elle m'a paru être de quelque utilité pour retarder le terme fatal.

Enfin, si la fistule vient à se boucher, de sorte que le pus stagne dans quelque clapier, il faut déboucher son orifice, faire des injections détersives, donner à la partie une position qui facilite la sortie du pus.

C'est en pareilles circonstances que les injections iodées, poussées par l'orifice fistuleux au moyen des tubes élastiques de M. Chassaignac, produisent d'excellents effets.

ARTICLE VI.

DU MAL VERTÉBRAL DE POTT.

L'affection dont nous allons donner la description a été désignée sous les noms de *carie vertébrale*, *arthrite vertébrale*, *affection tuberculeuse des vertèbres* (Delpech), *ostéite vertébrale* (Sanson), *phthisie vertébrale*, *mal de Pott*, etc.; nous préférons cette dernière dénomination, parce qu'elle ne préjuge rien sur la nature de la maladie. Nous verrons, en effet, que celle-ci est loin de reconnaître pour cause immédiate une altération anatomique toujours la même dans tous les cas, comme semblerait l'indiquer les noms plus précis, et par cela même inexacts, que nous venons de rappeler. S'il est vrai que, le plus souvent, cette affection ait pour point de départ des tubercules vertébraux, cela ne doit pas nous empêcher de reconnaître que dans certains cas, très-rares à la vérité, les vertèbres présentent une véritable carie; d'autres fois une ostéite, une nécrose; que ces diverses altérations peuvent se trouver réunies; que dans des circonstances peut-être plus rares encore les disques intervertébraux paraissent avoir été le point de départ de la maladie. Cependant il est facile de comprendre que si, dans la grande majorité des cas, cette maladie reconnaît pour cause une affection tuberculeuse des vertèbres, nous devrons présenter celle-ci comme le type, tout en tenant compte des autres altérations que l'on rencontre, pour ainsi dire à titre d'exceptions. Les phénomènes pathologiques qui résultent de l'altération des deux premières vertèbres et de leurs articulations différant, sous plusieurs rapports, de ceux que l'on observe à la suite de l'affection des vertèbres suivantes, il ne sera question que de celles-ci dans cet article; la maladie des deux premières vertèbres sera l'objet d'un article à part dans le chapitre consacré aux affections des articulations.

Nous ne ferons que rappeler ici les notions historiques que nous avons données dans l'article consacré à la description générale de l'affection tuberculeuse des os. On se souvient, en effet, que ce sont presque exclusivement les tubercules vertébraux qui ont occupé les auteurs.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Nous aurons à étudier sucessivement les altérations que présentent : 1° les *vertèbres;* 2° les *fibro-cartilages intervertébraux;* 3° la *moelle épinière et ses annexes;* nous devrons ensuite exposer, avec les détails qu'ils comportent, deux points importants de l'histoire de cette maladie qui se présentent comme conséquence immédiate de diverses altérations que nous décrirons, à savoir : la *déformation du rachis* et *du thorax;* les *abcès par congestion.* Mais avant d'aborder cette partie de la question, nous devons prévenir le lecteur qu'il lui serait impossible de la bien comprendre s'il n'a présentes à l'esprit les notions relatives à l'anatomie pathologique et à l'évolution des deux formes de l'affection tuberculeuse du tissu osseux, notions que nous ne ferons que rappeler ici, attendu qu'elles ont été exposées avec détail dans l'article précédent.

1° Les *vertèbres* présentent dans le mal de Pott des altérations de diverse nature, ainsi que nous l'avons déjà dit, mais la plus fréquente est, sans contredit, une affection tuberculeuse. Celle-ci se présente ici sous les deux formes que nous avons décrites. Ainsi ce sont tantôt des excavations remplies de matière tuberculeuse qui creusent le corps des vertèbres, les détruisent sans laisser de résidu; d'autres fois ces parties sont envahies par une infiltration tuberculeuse plus ou moins étendue.

Dans le premier cas on trouve, soit une caverne centrale régulière, ou anfractueuse et encore contenue dans les limites de l'os; soit une excavation largement ouverte à l'extérieur, avec destruction d'une partie plus ou moins considérable de l'os. Cette perte de substance porte sur la partie antérieure, la partie postérieure, ou l'une des moitiés latérales du corps d'une vertèbre. Quelquefois elle le comprend dans son entier, de telle sorte qu'il ne reste plus de cet os que les masses apophysaires et l'arc postérieur. Il n'est même pas rare de voir ainsi disparaître complétement plusieurs corps vertébraux, quatre, cinq, six, et même jusqu'à huit, comme j'ai eu l'occasion de l'observer. L'extrémité postérieure des côtes est elle-même quelquefois détruite; mais cette destruction s'observe moins fréquemment, et elle occupe rarement une grande étendue. Cela tiendrait-il à ce que ces os sont séparés, en partie du moins, du corps des vertèbres par de petites cavités synoviales qui interrompent la continuité et s'opposent à la propagation du travail destructeur? Le tissu osseux qui forme les limites de cette perte de substance se présente avec ses caractères normaux; il a sa coloration, sa consistance, sa densité habituelles; notons seulement qu'on voit assez souvent naître à sa surface des végétations osseuses, de véritables colonnes de renforcement qui s'étendent d'une vertèbre à la vertèbre voisine, disposition sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

Les vertèbres dont le tissu est envahi par l'infiltration tuberculeuse présentent des caractères anatomiques bien différents de ceux que nous