

Notons que plusieurs variétés de ces abcès peuvent coïncider chez un même malade.

Lois de progression du pus. — On a cherché à découvrir les lois auxquelles obéissait le pus dans sa progression. C'est ainsi que Bourjot Saint-Hilaire a prétendu que le pus suivait le trajet des nerfs; d'autres ont dit qu'il suivait les vaisseaux, les muscles et les gaines aponévrotiques. Comme le fait remarquer Denonvilliers, toutes ces opinions ont du vrai; mais l'influence que subit avant tout le pus dans sa migration, c'est celle de la pesanteur. Il faut faire intervenir encore l'envahissement des tissus de proche en proche par la tuberculose, fait sur lequel a beaucoup insisté M. Lannelongue dans la pathogénie des abcès froids, et qui rend leur marche plus ou moins analogue à celle des tumeurs malignes.

Forme de l'abcès. — Au début, l'abcès par congestion constitue une poche appendue aux parties latérales de la colonne vertébrale par une sorte de goulot ou portion rétrécie, renflée au contraire à son extrémité libre; ce qui l'a fait comparer à une sangsue gorgée de sang.

Plus tard, en augmentant de volume, il rencontre çà et là des obstacles à sa dilatation; de là, un ou plusieurs resserrements le long de son trajet. Enfin, dans la forme la plus habituelle, lorsqu'il s'étale à la fois dans la fosse iliaque et à la partie supérieure de la cuisse, il présente deux poches séparées par un resserrement formé par l'arcade crurale; il affecte par conséquent la forme en bissac.

Symptômes, marche et terminaisons. — Dans certains cas, un abcès par congestion se montre sans que rien ait fait pressentir sa formation, mais le plus souvent les douleurs au niveau du rachis précèdent l'abcès. Son apparition est quelquefois brusque; mais habituellement la marche est lentement progressive. On sent d'abord dans la profondeur de l'abdomen une tumeur qui devient de plus en plus appréciable, gagne la fosse iliaque, où elle forme une saillie facile à constater, mate à la percussion et manifestement fluctuante. Puis cette tumeur iliaque, s'engageant sous l'arcade de Fallope, vient former un relief, et enfin une saillie bien évidente à la partie supérieure de la cuisse.

Il arrive quelquefois qu'une même lésion vertébrale donne naissance à deux abcès qui remplissent les deux fosses iliaques, et qui

peuvent du reste communiquer ou ne pas communiquer l'un avec l'autre.

Lorsque l'abcès par congestion fait saillie à la partie supérieure de la cuisse, il présente tous les symptômes des abcès froids; c'est une tumeur fluctuante, sans rougeur, sans douleur, sans chaleur, sans adhérence à la peau. Mais son signe caractéristique, c'est la réductibilité. Pour la percevoir, il faut placer une main à plat sur la fosse iliaque, l'autre embrassant la tumeur fémorale, et exercer des pressions alternatives d'une main vers l'autre. On acquiert ainsi la certitude que le liquide reflue d'une poche dans l'autre à travers le resserrement formé par l'arcade crurale.

L'abcès peut rester pendant longtemps stationnaire, ou du moins augmenter lentement de volume, sans que la santé générale en souffre trop. Mais au bout d'un certain temps, soit sous l'influence d'un traumatisme, soit par les seuls progrès de la distension, la peau s'ulcère, et le pus s'écoule au dehors. Quelquefois l'ouverture de la poche ne se fait pas par simple distension, mais elle est précédée, comme l'a fait remarquer Bérard, d'accidents phlegmoneux.

Quoi qu'il en soit, un trajet fistuleux s'établit, l'air pénètre dans la poche, se mélange au pus qui stagne dans son intérieur, et produit ainsi un empoisonnement septicémique auquel le malade finit le plus souvent par succomber.

Toutefois l'ouverture de l'abcès n'est pas nécessairement mortelle: la fistule, au bout d'un certain temps, peut se fermer, les accidents cessent: mais la poche se remplit de nouveau; un second orifice se forme, et l'on voit la même succession de phénomènes se reproduire. Après une série d'accidents semblables, le pus peut cesser d'être sécrété, et le malade revenir à la santé.

Exceptionnellement, l'ouverture de l'abcès peut se faire dans les viscères: vessie, côlon, rectum.

On a vu également l'ouverture dans la trachée et dans l'œsophage. Le *Dictionnaire en 50 volumes* signale le cas d'un abcès ouvert à la fois dans le canal rachidien et dans l'œsophage.

L'ouverture dans le poumon a été étudiée dans les thèses de MM. Guérineau (de Poitiers) et Chénieux. Elle se fait grâce à l'adhérence des deux feuillettes de la plèvre, puis à l'ulcération du poumon; enfin le foyer purulent s'ouvre dans une bronche qui rejette au dehors le pus quelquefois mélangé de parcelles osseuses.

Nous avons déjà signalé l'ouverture possible dans l'articulation coxo-fémorale. Mais l'ouverture de l'abcès par congestion n'est pas le seul mode de terminaison qu'on puisse observer. Il arrive quelquefois, et le fait n'est pas très rare chez les enfants, d'après Bouvier, que le pus se résorbe et que la guérison survienne par ce mécanisme. Une autre terminaison favorable, c'est celle dans laquelle la communication entre la poche et la lésion osseuse s'oblitére; l'abcès se trouve ainsi réduit à un abcès froid ordinaire, susceptible de guérison.

Diagnostic. — Il doit être établi à trois périodes : 1° lorsque l'abcès est encore caché; 2° lorsqu'il est apparent; 3° lorsqu'il est ouvert.

1° Lorsque l'abcès est encore caché, il faut, pour le reconnaître, palper avec soin et *profondément* la cavité abdominale. Pour cela, il faut engager le malade à respirer largement, et lui faire fléchir les cuisses sur l'abdomen afin de relâcher les muscles. Grâce à ces précautions, on arrive parfois à limiter une tumeur qui, rapprochée des douleurs, des troubles nerveux, de la gibbosité existant quelquefois du côté du rachis, conduit au diagnostic.

2° Quand l'abcès est apparent, sa réductibilité est son signe le plus caractéristique; mais cette réductibilité elle-même expose à le confondre avec d'autres tumeurs également susceptibles de réduction, telles que des hernies, des anévrysmes. J'ai vu un abcès par congestion faisant saillie au niveau de l'orifice inguinal externe gauche pris pour une hernie inguinale, d'autant plus que la jeune fille qui le portait disait que la tumeur était survenue à la suite d'un violent effort fait pour éviter une chute dans un faux pas. Un bandage fut employé; mais, plus tard, l'inflammation et l'ouverture de l'abcès vinrent rectifier le diagnostic.

Au cou, on pourrait confondre les abcès par congestion avec les abcès ganglionnaires, si fréquents dans cette région. L'examen soigneux du rachis, et, en cas de fistule, le cathétérisme avec un stylet conduisant sur la lésion osseuse, permettront de faire le diagnostic.

Les abcès de la partie supérieure de la cuisse pourraient être attribués, soit à une psoitis, soit à la coxalgie. L'étude des mouvements de l'articulation et celle des mouvements dus au psoas, aussi bien que l'étude des antécédents, trancheront la question.

3° Quand l'abcès est ouvert, le diagnostic n'offre plus en général

de difficultés, d'autant que la grande quantité de pus qu'il verse, les parcelles osseuses auxquelles il livre passage, indiquent suffisamment une lésion osseuse.

Signalons enfin une erreur de diagnostic possible, à la période où l'abcès, privé de sa communication avec la lésion osseuse, subit la résorption et se transforme en une tumeur solide. Denonvilliers rapporte qu'il a extirpé un de ces abcès, qu'il avait pris pour une tumeur fibro-plastique. On comprend que l'étude très soignée des antécédents permettrait seule d'éviter une semblable erreur.

Pronostic. — D'une manière générale, le pronostic des abcès par congestion est excessivement grave. Il dépend de deux éléments : d'abord de la marche de l'abcès lui-même dont l'ouverture est trop souvent suivie d'accidents septicémiques mortels; puis, de la lésion osseuse, dont l'abcès est symptomatique. Si la lésion osseuse se guérit, le pus cessant d'être sécrété, l'abcès pourra arriver à la guérison. D'autre part, plus la lésion osseuse sera distante du siège de l'abcès, plus le pronostic sera grave; car il sera impossible d'agir directement sur l'os malade pour le modifier et tarir la source de la sécrétion purulente.

Traitement. — Nous n'avons pas à revenir ici sur le traitement de la lésion osseuse dont nous avons déjà parlé. Nous nous occupons seulement du traitement de l'abcès. Deux méthodes peuvent être employées, l'une tendant à favoriser la résorption du pus, l'autre pratiquant son évacuation. Mais, bien loin de s'exclure l'une l'autre, ces deux méthodes peuvent être successivement employées; car elles répondent à des périodes différentes de la maladie.

C'est un principe, en effet, de différer autant que possible l'ouverture des abcès par congestion. On se contentera d'abord des moyens propres à favoriser la résorption du pus, tels que les vésicatoires, les applications de teinture d'iode, la compression douce des parois de l'abcès. Mais ces moyens ne doivent être employés qu'avec une sage réserve; car, en irritant outre mesure la peau, ils vont quelquefois directement contre le but qu'on se propose, et favorisent l'ulcération de la poche.

Quand il est évident que l'abcès grossit sans cesse, et que l'ouverture ne peut tarder à se faire, il faut intervenir. Comprenant les dangers de l'introduction de l'air dans la cavité, Abernethy et Boyer ont conseillé les ponctions obliques, dans le but d'éviter le parallé-

lisme entre l'incision cutanée et celle des parois de l'abcès. Aujourd'hui ce but est rempli plus aisément à l'aide de la ponction aspiratrice. Une fois le liquide évacué, on pratiquera l'occlusion de l'orifice avec la baudruche ou la ouate collodionnée; puis on exercera une compression molle sur les parois de l'abcès. Généralement le liquide ne tarde pas à se reproduire; on peut alors répéter un certain nombre de fois la même opération. Mais presque toujours, après quelques ponctions, on voit la poche s'enflammer, la peau rougit et s'amincit, puis se perfore, et un trajet fistuleux s'établit. Aussi est-ce une raison pour donner la préférence à la méthode qui a été conseillée par le professeur Verneuil. Elle consiste à faire dans la poche, après l'évacuation du pus, une injection d'éther iodoformé. Dans le cas d'un volumineux abcès par congestion occupant la fosse iliaque et le triangle de Scarpa et fusant à la région fessière par la grande échancreure sciatique, une seule injection d'éther iodoformé nous a permis d'obtenir la guérison. Plus de deux ans après l'opération, nous avons pu nous assurer que le malade restait guéri.

Mais il arrive parfois qu'en dépit de tous nos efforts, la poche tend à s'ulcérer et à se rompre. Nous avons déjà, à plusieurs reprises, indiqué les dangers résultant pour le malade de cette ulcération. Aussi, sans même attendre qu'elle se soit produite, quand il devient évident qu'on ne pourra plus l'empêcher, vaut-il mieux ouvrir très largement la poche. Aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, cette large incision peut être faite avec de plus grandes chances de succès. Tout le pus est évacué; la poche est soigneusement lavée à plusieurs reprises avec les solutions antiseptiques; un drainage suffisant est établi, puis la plaie est pansée d'après la méthode de Lister. Grâce à cette manière de faire, on évite les accidents septicémiques. Mais dans les cas habituels où la lésion osseuse siège loin de l'abcès, on ne peut agir directement sur elle; aussi la suppuration continue-t-elle. C'est là l'objection qu'on peut faire à ceux qui, confiants dans la méthode antiseptique, conseillent de ne point attendre qu'on ait la main forcée et d'ouvrir prématurément les abcès par congestion. Certes, dans un grand nombre de cas, on réussira à éviter les accidents, mais il est douteux qu'on abrège la durée de la maladie. Il en va tout autrement, bien entendu, dans les cas où la lésion osseuse est assez voisine de la poche pour qu'on puisse agir sur elle directement. Dans ces cas, en effet, en supprimant le foyer pathologique

osseux, on supprimera du même coup la cause de la suppuration, et l'on abrégera la durée de l'affection.

3° MAL VERTÉBRAL SOUS-OCCIPITAL

De même que les luxations des deux premières vertèbres, les tumeurs blanches de leurs articulations doivent être décrites à part, à cause des phénomènes graves auxquels peut donner lieu le voisinage du bulbe.

Historique. — Bien que des observations éparses existassent dans la science, c'est seulement Schupke, élève de Rust (de Vienne), qui, le premier, en 1816, en traça une histoire d'ensemble dans sa thèse inaugurale. Rust lui-même publia dans son *Traité d'arthrokakologie* une description de la maladie basée sur 13 observations personnelles.

En 1829 parut la thèse d'Aug. Bérard sur les luxations spontanées de l'atlas sur l'axis, et de l'occipital sur l'atlas. Depuis lors, de nombreux travaux ont été publiés, notamment la thèse de Tessier (de Lyon), les articles que Bouvier, dans son *Traité des maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, Malgaigne, soit dans son *Traité des luxations*, soit dans ses *Leçons d'orthopédie*, ont consacrés au mal vertébral sous-occipital.

Étiologie. — Les arthrites des articulations des deux premières vertèbres entre elles et avec l'occipital ne sont pas rares. Elles reconnaissent pour cause, soit des mouvements forcés, soit des refroidissements; les arthrites rhumatismales, entre autres, sont très fréquentes, mais il ne faut pas les confondre dans une même description avec les arthrites tuberculeuses, qui, seules, constituent le mal sous-occipital.

Ainsi compris, c'est-à-dire réduit à l'étude des arthrites et ostéites tuberculeuses, le mal sous-occipital, comme les autres manifestations osseuses de la tuberculose, se voit surtout chez les enfants; il est plus rare chez les adolescents et chez les adultes, et devient tout à fait exceptionnel chez les vieillards.

Anatomie pathologique. — En général, comme le dit M. Denucé dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud*, les deux articulations atlo-occipitales et atloïdo-axoïdiennes sont atteintes simultanément, souvent même l'affection s'étend aux autres articulations cervicales; mais c'est surtout dans l'articulation atlo-axoïdienne que se font les déplacements consécutifs, et ce sont eux qui présentent le

plus grand intérêt. Les lésions de la tuberculose sont en effet les mêmes que partout ailleurs, et nous ne nous en occuperons pas.

La destruction des os et des ligaments, telle est la cause générale des luxations pathologiques; mais, pour expliquer leur fréquence dans cette variété du mal de Pott, il faut faire intervenir aussi la grande mobilité de cette région, due à la disposition diarthroïdale des articulations.

C'est à Malgaigne que nous devons la classification de ces luxations.

L'occipital se luxe rarement sur l'atlas; les luxations de l'atlas sur l'axis sont au contraire les plus communes; et tandis que les déplacements de l'occipital sur l'atlas se font le plus souvent en arrière, l'atlas se luxe presque exclusivement en avant de l'axis.

Malgaigne décrit trois variétés de ces luxations en avant :

1° La *subluxation par inclinaison*, dans laquelle les ligaments transverse et odontoïdiens ramollis, venant à se rompre dans un mouvement brusque de la tête en avant, l'atlas s'incline sur l'axis, dont l'apophyse odontoïde tend à s'arc-bouter contre son arc postérieur. La compression du bulbe est instantanée, et la mort immédiate;

2° La *luxation bilatérale ou par glissement*, qui s'opère lentement et par degrés successifs. Comme par instinct, le malade, retenant l'occiput en arrière, empêche la bascule de l'atlas. Par le fait de l'usure des os et du ramollissement des ligaments, les apophyses articulaires de l'atlas glissent peu à peu en avant de celles de l'axis; et l'apophyse odontoïde se rapproche de l'atlas en rétrécissant progressivement le canal rachidien, mais sans se placer en travers de lui, comme dans le cas précédent;

3° La *luxation unilatérale*, qui paraît plus fréquente que les deux premières, tient à ce que les lésions sont unilatérales, ou du moins prédominent d'un côté. Elle tend à imprimer à l'atlas un mouvement de rotation sur l'axis. Elle peut du reste exister seule, ou se combiner avec le glissement en avant. Dans cette variété, l'apophyse odontoïde ne menace plus aussi directement la moelle; elle tend cependant à rencontrer l'arc postérieur de l'atlas et à rétrécir le canal rachidien, en se plaçant sur ses parties latérales.

Mentionnons seulement pour mémoire les luxations doubles de l'atlas à la fois sur l'axis et sur l'occipital, dans lesquelles, sous l'influence du ramollissement des ligaments, de la destruction par-

tielle de ses masses latérales, l'atlas, à la fois pressé par l'occipital et par l'axis, s'échappe entre l'un et l'autre, comme un noyau serré entre les doigts.

A côté des déplacements, il nous faut signaler les lésions de voisinage qui se montrent, soit dans les parties molles extérieures aux vertèbres, soit dans le canal rachidien.

Les lésions des parties molles extérieures aux vertèbres sont surtout des abcès. Ils peuvent se montrer à la nuque; mais le plus souvent ils se développent au-devant de la colonne vertébrale, dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien. Ils s'ouvrent généralement sur les parties latérales du cou, où ils produisent des trajets fistuleux.

Le pus peut aussi s'épancher dans le canal vertébral entre la dure-mère et les os; ou bien, perforant la dure-mère, il envahit la cavité arachnoïdienne. L'inflammation se propage quelquefois à la moelle et même à l'encéphale. Dans un cas, on a vu un abcès dans l'intérieur du quatrième ventricule. On a observé des apoplexies de la moelle, et, par suite de l'ulcération des artères vertébrales, des épanchements de sang dans le canal médullaire.

Ici, comme dans le mal de Pott en général, la moelle peut donc être intéressée par deux processus différents, soit par compression à la suite de déplacements osseux, soit par propagation de l'inflammation.

Symptômes, marche et terminaisons. — Le premier des symptômes, c'est la douleur; elle est exaspérée par les mouvements de la tête, et souvent aussi par les mouvements de déglutition; aussi pendant longtemps l'affection a-t-elle été rangée parmi les angines. La pression exercée au niveau de la fossette sous-occipitale et sur l'apophyse épineuse de l'axis exagère également la douleur.

Presque en même temps que les phénomènes douloureux, se produit l'attitude vicieuse de la tête et du cou. Comme dans toutes les arthrites chroniques, elle est due à l'action des muscles qui se contractent pour immobiliser les articulations malades. L'attitude que peut prendre la tête est variable; mais le plus souvent c'est l'inclinaison latérale avec rotation; d'autres fois, la tête est inclinée directement en avant; c'est exceptionnellement qu'elle se renverse en arrière, sous l'influence de positions instinctives que le glissement de l'atlas en avant, chaque jour plus imminent, tend à faire prendre aux malades.

Au fur et à mesure que le mal fait des progrès, aux douleurs et à l'attitude vicieuse se joignent des déformations de la région. Ces déformations viennent ou des parties molles, ou des os.

Celles qui viennent des parties molles sont dues, soit à l'œdème, soit aux ganglions lymphatiques engorgés, ou encore aux fongosités et aux abcès ossifluents. C'est surtout dans la fossette de la nuque que se montre le gonflement tenant à l'œdème, aux fongosités, aux engorgements ganglionnaires. Les abcès ossifluents ont plutôt tendance à faire saillie du côté de la face antérieure des vertèbres, en arrière du pharynx, où on peut les voir et les toucher du doigt. Ils repoussent en avant la langue et la mâchoire inférieure et apportent obstacle à la déglutition et à la respiration.

Les déformations osseuses ont un grand intérêt, en ce qu'elles permettent de juger de la réalité et de la nature des déplacements. Elles peuvent être reconnues du côté du pharynx, où l'on sent la tumeur formée par les masses latérales de l'atlas portées en avant; du côté de la nuque, l'apophyse épineuse de l'axis paraît plus saillante; suivant qu'il y a ou non rotation de la tête, elle est sur une même ligne verticale que la protubérance occipitale, ou plus ou moins déviée latéralement.

Restent enfin à signaler les phénomènes médullaires, qui varient beaucoup suivant les cas, et peuvent même faire complètement défaut. Les premiers qui se montrent, ce sont les douleurs et les troubles de la sensibilité sur le trajet des nerfs comprimés, hyperesthésie de la peau, fourmillements; ils peuvent exister de très bonne heure. Puis vient la paralysie, qui peut porter sur les quatre membres, mais qui siège parfois uniquement sur les membres supérieurs, ou même sur un seul des deux. On a expliqué le fait en disant que les conducteurs nerveux des membres supérieurs occupent un plan plus superficiel dans la moelle que ceux des membres inférieurs. Notons encore les vomissements, le ralentissement considérable du pouls et les phénomènes oculo-pupillaires, comme pouvant se montrer dans la compression de la moelle cervicale.

La marche de la maladie est en général très lente, et sa durée est rarement de moins d'une année; exceptionnellement, la mort arrive dans les premières semaines ou dans les premiers mois. Lorsque la terminaison doit être heureuse, on constate l'amendement des principaux symptômes et, en particulier, de la douleur. La guérison

survient par ankylose des articulations atteintes et laisse habituellement à sa suite une difformité. Elle est possible, même après suppuration et destruction des surfaces osseuses importantes. Cloquet a recueilli un fait de guérison par ankylose entre l'axis et l'occipital; il ne restait plus qu'un point osseux de l'atlas en arrière. Dans un cas de Wade, la guérison fut obtenue malgré l'expulsion au dehors de la plus grande partie de l'arc antérieur de l'atlas. Mais la terminaison fatale est de beaucoup la plus commune; elle survient comme conséquence de la septicémie chronique développée par la suppuration, ou par l'aggravation des phénomènes médullaires. Quelquefois enfin la mort subite est produite par la brusque inclinaison de l'atlas sur l'axis dans un mouvement de la tête. Sédillot a rapporté le cas d'un soldat souffrant d'un mal sous-occipital qu'on portait au Val-de-Grâce; pendant la route, les bras du soldat tombèrent subitement du brancard, et la mort suivit en quelques minutes. C'est parfois au moment où le malade se couche ou est déplacé dans son lit par l'infirmier que la mort survient tout à coup.

Pronostic. — Le pronostic est donc extrêmement grave; néanmoins, d'après ce que nous avons dit de la réparation, on comprend que, par un traitement convenable, on puisse conduire le malade à la guérison par ankylose.

Diagnostic. — Il présente à résoudre des questions fort délicates. Et d'abord il s'agit de savoir si l'on a réellement affaire à un mal de Pott sous-occipital. On pourrait confondre l'affection articulaire avec un simple torticollis musculaire. Bouvier lui-même, malgré sa grande compétence, a commis une erreur de ce genre sur une petite fille à laquelle il devait faire une ténotomie. L'enfant mourut de fièvre typhoïde, et l'autopsie vint démontrer qu'il s'agissait, non pas d'une affection du sterno-mastoïdien, mais bien d'un mal sous-occipital. L'étude des antécédents, l'exploration attentive de la partie supérieure du cou, la constatation de déformations osseuses, permettront de faire le diagnostic. On se rappellera aussi que l'attitude, variable dans le mal sous-occipital, diffère habituellement de celle qui appartient au torticollis du sterno-mastoïdien, où l'inclinaison latérale de la tête se combine avec la rotation du côté opposé.

Mais, étant admis qu'on est bien en présence d'une affection articulaire, il reste une autre question très délicate, quelquefois même tout à fait impossible à résoudre. C'est celle de savoir s'il y a oui ou

non un déplacement des surfaces articulaires. En effet, comme le fait observer Malgaigne, le déplacement n'est souvent pas loin de la position vicieuse, et le diagnostic précis est bien difficile. L'existence d'une paralysie ne prouve rien; car l'altération de la moelle la produit sans qu'il y ait aucun déplacement; et les déplacements considérables, mais se faisant lentement, peuvent n'amener aucune paralysie. Les seuls signes sur lesquels on puisse compter sont la déviation des apophyses épineuses en arrière, et la saillie des corps des vertèbres en avant. Encore ne faut-il guère espérer trouver ce dernier signe chez les enfants, où l'exploration pharyngienne est à peu près impossible.

On devra donc se guider surtout sur la position des apophyses épineuses, et, en particulier, sur celle de l'axis qui, grâce à son volume, peut être aisément reconnue. Dans la luxation de l'atlas en avant, l'apophyse de l'axis sera rendue plus saillante, en même temps qu'elle se rapprochera de la protubérance occipitale. Si la luxation est bilatérale, ces deux saillies osseuses seront sur une même ligne verticale, et toujours du côté qui regardera le menton.

Traitement. — Il doit être envisagé à deux périodes : 1° au début, alors qu'il n'y a qu'une arthrite avec ou sans attitude vicieuse; 2° à une période plus avancée de la maladie, lorsqu'il y a déjà un déplacement des surfaces articulaires.

1° Au début, le principe auquel on obéira, c'est celui du traitement de toutes les arthrites en général, savoir : l'immobilisation dans une bonne position. Malgaigne recommande comme moyen simple une cravate de carton, qui appuie à la fois sous la mâchoire, sous l'occipital et sur les épaules, et qu'on maintient avec une bande. On peut faire un appareil semblable, soit avec la gutta-percha qu'employait Broca, soit avec le plâtre. Il faut en même temps faire coucher le malade sur un plan horizontal et suffisamment résistant. On recommandera dans ce but un matelas de crin, et on glissera, au besoin, une planche sous le matelas; les oreillers seront supprimés. Si la contracture musculaire est telle que l'attitude vicieuse ne puisse être corrigée, on aura recours au chloroforme pour opérer le redressement avant l'application de l'appareil.

2° Quand déjà il existe un déplacement des surfaces articulaires, nul doute que les mêmes moyens ne doivent être employés avec une égale rigueur; mais une question nouvelle se pose, celle de l'oppo-

tunité du redressement. Les chirurgiens sont divisés d'opinion à cet égard. Tandis que les uns, avec Schupke, Béraud et Bouvier, proscrivent toute tentative de redressement; les autres, avec Tessier, Bonnet, Malgaigne, croient cette intervention justifiée. S'il ne s'agissait que de savoir si le redressement peut être effectué, il n'y aurait aucun doute au sujet de la légitimité des entreprises faites dans ce sens; mais il est à craindre que les tractions exercées dans ce but ne produisent la rupture des ligaments ramollis et ne fassent éclore les phénomènes médullaires graves qu'on a surtout en vue d'empêcher. C'est là une raison suffisante pour rejeter les tentatives de redressement brusque, qui s'accompagnent nécessairement de violence. Mais on pourra avoir recours au redressement lentement opéré, et les appareils nécessaires à l'immobilisation peuvent parfaitement être adaptés à cette nouvelle indication. Les colliers composés de pièces prenant leur point d'appui sur le menton et sur la nuque d'une part, et d'autre part sur les épaules, et reliées l'une à l'autre par des tiges métalliques qu'on peut allonger et raccourcir à l'aide de vis, permettent de faire de l'extension continue. Les minerves, avec leur point d'appui sur le front, peuvent exécuter d'avant en arrière le redressement de la tête sur le rachis.

L'appareil doit être conservé jusqu'à la production d'une ankylose solide; le malade lui-même peut renseigner le chirurgien à cet égard; il a conscience de la solidité des articulations malades, et il cesse alors de tenir sa tête avec les mains.

Puisque l'ankylose est le but désiré, il va sans dire qu'on ne tentera pas, après la guérison, d'obtenir par des mouvements forcés le rétablissement des fonctions.

Aux moyens que nous venons d'indiquer on peut joindre la révulsion sur la nuque à l'aide de la teinture d'iode, des vésicatoires et des pointes de feu.

Les règles applicables aux abcès par congestion de cette région sont les mêmes que partout ailleurs, sauf pour les abcès rétro-pharyngiens, qui doivent être ouverts de très bonne heure pour éviter la suffocation.