

CHAPITRE V.

DES ABCÈS.

Définition et espèces. On donne le nom d'abcès à toute collection de pus dans une poche circonscrite. Lorsque la formation du pus est accompagnée de phénomènes inflammatoires bien tranchés, l'abcès est dit *phlegmoneux* ou *chaud*, et la tumeur qui en précède la formation est appelée *phlegmon*. Les phénomènes inflammatoires sont-ils peu prononcés, l'abcès est dit *froid*: dans ce cas, s'il n'existe aucune lésion osseuse voisine ou éloignée, c'est un *abcès froid idiopathique*; si l'on constate une altération d'un des points du squelette en rapport avec l'abcès, c'est un *abcès froid symptomatique*. Le nom d'*abcès par congestion* est spécialement réservé à ceux de ces abcès qui se montrent dans une région éloignée du siège de la maladie du système osseux.

ARTICLE I.

Des abcès chauds ou phlegmoneux. — Du phlegmon.

Causes. Il en est qui se développent spontanément, ou bien à l'occasion d'une violence extérieure, d'un choc, d'une contusion, de frottements plus ou moins rudes, de plaies. D'autres sont la conséquence de la propagation au tissu cellulaire de l'inflammation d'un autre organe : c'est ainsi que se développent les abcès du tissu cellulaire autour des ganglions enflammés; ceux du grand angle de l'œil dans l'inflammation du sac lacrymal, etc. Ailleurs ce sont des corps solides, liquides ou gazeux, qui, introduits au milieu des tissus vivants ou sortis de leurs voies naturelles, déterminent un travail inflammatoire se terminant par suppuration : la perforation du cœcum donne lieu à une infiltration de gaz et d'humidités stercorales dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, suivie souvent d'un abcès de cette région; les infiltrations d'urine, en quantité médiocre, produisent des abcès urinaires; un lavement administré maladroitement, dont la canule perce le rectum et conduit le liquide dans le tissu cellulaire périmrectal, donne lieu à un abcès de la marge de l'anus; il a été question (p. 63 et 83) des abcès qui sont la conséquence du séjour de balles, d'éclats de mitraille au milieu des tissus, etc.

Siège. Tous les points du corps sans exception, mais plus spécialement les régions ou les organes riches en tissu cellulaire graisseux.

Anatomie et physiologie pathologiques. Il y a dans tout abcès à considérer trois éléments : le contenu, c'est-à-dire le pus; le contenant, ou la poche qui renferme ce liquide; l'état des parties qui entourent cette poche. 1° Le pus des abcès chauds présente des caractères particuliers qui lui ont fait donner le nom de *pus phlegmoneux*. C'est un liquide blanc jaunâtre, onctueux, opaque, homogène, de consistance crémeuse; il est mélangé par-

fois avec des grumeaux de fibrine ou avec une certaine quantité de sang; dans ce dernier cas, il a l'aspect lie-de-vin.

2° La poche qui renferme le pus a des dimensions variables; sa face interne présente une couleur rouge, un aspect tomenteux; des brides, qui sont des vestiges de cordons vasculaires et nerveux restés intacts, traversent parfois la cavité purulente de l'une à l'autre paroi. Elle est limitée de tous côtés par une zone de lymphes plastique infiltrée dans le tissu cellulaire, dont l'épaisseur varie de 1 à 3 centimètres, qui sert de barrière au pus, c'est-à-dire l'empêche de s'infiltrer au loin. Plus tard, cette zone s'amincit, s'organise de plus en plus et forme au pus une membrane d'enveloppe dite membrane *pyogénique*.

L'abcès chaud abandonné à lui-même tend à se porter vers l'extérieur; le pus chemine lentement des couches profondes vers les couches superficielles, en se frayant un passage à travers les différents tissus qu'il rencontre. Ces tissus sont soumis à un travail d'*absorption* qui les fait disparaître peu à peu. Il arrive un instant où la collection purulente n'est plus recouverte que par la peau; cette membrane est elle-même envahie par le travail d'*absorption progressive*; son épaisseur diminue et elle finit par s'ulcérer; le pus trouve alors un écoulement plus ou moins facile à l'extérieur.

Lorsque la collection purulente avoisine une cavité muqueuse, elle se porte vers cette cavité; le même travail d'absorption progressive que nous avons signalé tout à l'heure envahit les tissus intermédiaires. On voit des abcès de l'épaisseur des joues s'ouvrir dans la cavité buccale, des abcès de la région parotidienne se frayer une issue dans le conduit auditif, des abcès de la fosse iliaque perforer la vessie, etc. Toutefois il faut reconnaître que, même dans ces cas, le pus a une tendance plus marquée à se porter vers la peau; ainsi les abcès du foie se montrent à l'épigastre ou sur l'un des points de l'hypochondre droit; ils peuvent perforer successivement les deux feuillets du péritoine, sans qu'une goutte de pus tombe dans la cavité séreuse. Ce phénomène, commun à tous les abcès des organes splanchniques qui s'ouvrent à la surface de la peau, s'explique ainsi : le travail inflammatoire se propage aux deux feuillets de la membrane séreuse, la lymphe plastique sécrétée produit un accolement de ces deux feuillets et sépare ainsi la portion de péritoine que le pus doit traverser du reste de cette membrane.

Après l'ouverture de l'abcès, les phénomènes ultérieurs varient : quelquefois les parois du foyer se recollent immédiatement et l'abcès guérit promptement. D'autres fois une portion des parois s'agglutine, l'autre portion demeure en contact avec l'air et suppure; la membrane pyogénique se vascularise davantage et se transforme en une membrane *granuleuse*; celle-ci, par un mécanisme particulier, qui a été exposé p. 49, produit ultérieurement l'accolement des parois du foyer et finalement sa cicatrisation. Quelquefois encore l'abcès continue à suppurer longtemps et se transforme en une fistule (voy. *Fistules*).

3° Les tissus et les organes qui avoisinent une collection purulente ne restent pas étrangers au travail inflammatoire qui forme le pus. Le tissu cellulaire environnant est infiltré de sérosité; les membranes séreuses s'é-

paissent par le dépôt à leur surface d'une couche de lymphes plastique; les parois artérielles et les parois veineuses conservent en général leur consistance, la perforation des tuniques vasculaires est une très-rare exception; le névrilème ou enveloppe fibreuse des nerfs s'épaissit; les muscles et les tendons ne sont pas altérés; quelquefois les derniers s'exfolient; le périoste et le tissu osseux s'enflamment parfois, d'où peuvent résulter des altérations plus ou moins graves, telles que la dénudation des os, la nécrose, la carie.

Symptômes. Tout abcès chaud est précédé d'une tumeur que l'on désigne sous le nom de *phlegmon*; il est donc impossible de séparer la description de ces deux maladies.

Le *PHLEGMON* est une tumeur plus ou moins volumineuse, assez bien circonscrite, dure; lorsque cette tumeur est située superficiellement, les téguments qui la recouvrent sont rouges et chauds; la tumeur occupe-t-elle, au contraire, une région éloignée des téguments, le caractère précédent peut manquer: c'est ainsi que dans les phlegmons sous-aponévrotiques des membres, la peau conserve souvent sa couleur et sa température normales. Quel que soit le siège du phlegmon, les malades accusent dans la tumeur une douleur vive et continue. Pour peu que l'affection locale soit étendue, elle est accompagnée d'une réaction qui est caractérisée par tous les symptômes généraux décrits précédemment (voy. p. 92).

Le phlegmon peut se terminer par résolution, ce qui est rare; presque toujours il se forme du pus et, par conséquent, un abcès. Durant cette période, les malades accusent dans la partie enflammée des douleurs lancinantes; dès que le pus est formé, il survient une rémission dans l'intensité des douleurs.

L'*ABCÈS* se présente sous la forme d'une tumeur bien circonscrite, plus ou moins volumineuse, d'une consistance dure à la circonférence, molle et élastique dans le reste de son étendue et surtout au centre. Si on pose la face palmaire des doigts de l'une des deux mains sur un point de la tumeur, et qu'avec la face palmaire des doigts de l'autre on exerce sur un point éloigné du précédent une pression lente et continue, on sent que la main restée au repos est soulevée par un corps liquide; cette sensation, dont il est très-difficile de dépeindre les caractères précis, est désignée sous le nom de *fluctuation*. Elle demande à être étudiée avec soin; elle exige pour être perçue avec netteté une certaine habitude qu'on n'acquiert que par l'examen d'un grand nombre de malades. On la trouve dans toutes les tumeurs qui renferment un produit liquide; cependant des tumeurs demi-solides ou même solides, comme le cancer encéphaloïde, en voie de ramollissement, certaines tumeurs blanches des articulations, donnent souvent une sensation qui se rapproche de la précédente, qui en impose aux plus habiles et aux plus exercés, et que l'on désigne pour cette raison sous le nom de *fausse fluctuation*. D'un autre côté, lorsqu'une collection liquide, purulente ou autre, est située profondément, la sensation de fluctuation est très-obscurie ou ne saurait être perçue.

Marche et terminaisons. Il est extrêmement rare qu'un abcès abandonné à lui-même disparaisse spontanément. Quelques chirurgiens croient

cependant avoir observé ce mode de terminaison; que devient le pus dans ce cas; nous l'expliquerons dans l'histoire des abcès froids, où ce mode de terminaison est plus fréquent (voy. page 404).

Presque toujours le pus se fraye un passage à l'extérieur: si la collection est superficielle, l'évacuation de ce liquide se fait du côté de la peau; si elle existe au voisinage d'une cavité muqueuse, c'est dans cette cavité que l'abcès se vide. Lorsque la collection rencontre des obstacles à sa progression vers les membranes tégumentaires, comme dans les cas où des plans aponévrotiques ou osseux lui opposent une barrière, le pus fuse dans les gaines musculaires et aponévrotiques, et donne lieu quelquefois à des désordres très-étendus.

Diagnostic. Pour les abcès superficiels, il présente rarement des difficultés; il n'en est pas de même pour les abcès profonds où le signe pathognomonique, la *fluctuation*, fait presque toujours défaut. Dans quelques cas, il existe un œdème du tissu cellulaire sous-cutané, dans la région correspondante à la collection purulente, qui est d'une ressource précieuse pour le diagnostic. Néanmoins, dans les cas douteux, plutôt que de laisser au pus la faculté de s'étendre au loin et de produire de graves désordres, il est préférable d'avoir recours à une *ponction exploratrice*, à l'aide d'un bistouri à lame étroite. On plonge l'instrument tranchant au sein des parties; et si l'on voit s'écouler sur les côtés de la lame quelques gouttes de pus, on peut être assuré de l'existence de l'abcès. Dans les abcès qui se forment derrière les os, comme le sternum, les os du crâne, etc., le diagnostic présente de grandes difficultés; néanmoins il existe, dans ces cas, quelques signes particuliers dont nous ferons mention à l'histoire particulière de ces affections.

Le **Pronostic** est subordonné au siège de l'abcès, à son étendue, à la cause qui l'a produit, aux conditions individuelles.

Traitement. 1° L'abcès chaud étant la conséquence d'un phlegmon, il faut tout d'abord combattre celui-ci, afin de prévenir la terminaison par suppuration. Des émissions sanguines locales, et parfois une saignée générale, des topiques émollients (cataplasmes de farine de graine de lin et d'eau de guimauve), des bains d'eau tiède ou de guimauve, dans lesquels on plonge, plusieurs fois par jour, les parties malades; la position élevée de ces mêmes parties, de façon à favoriser le cours du sang, la diète, des boissons délayantes, telles que la limonade, du bouillon de veau ou de poulet, un purgatif en cas de constipation, forment la base du traitement. Serre (d'Uzès) a proposé de combattre le phlegmon par des onctions avec l'*onguent mercuriel*, pratiquées sur la région malade; et Velpeau a préconisé les *vésicatoires volants*. Nous avons remarqué que ces deux modes de traitement produisent des effets différents: parfois on obtient ainsi la terminaison des phlegmons par résolution; sinon l'onguent mercuriel ou les vésicatoires favorisent la formation du pus.

2° Dès que l'abcès est formé, l'indication à remplir est de créer une issue au pus. Il faut inciser les parois de l'abcès, en se servant de préférence d'un bistouri; la lancette ne convient que pour les abcès d'un très-petit

volume. L'emploi des caustiques doit être rejeté, excepté dans les cas où l'on veut pratiquer l'ouverture des abcès profondément situés, qui sont séparés de la peau par des organes importants, dont la lésion pourrait entraîner de graves inconvénients. Nous ferons connaître la méthode de traitement par les caustiques en décrivant les kystes acéphalocystes.

L'incision que l'on pratique aux parois d'un abcès est de longueur variable et subordonnée au volume de la collection purulente. Il importe, avant de faire l'incision, de s'assurer s'il n'existe pas sur le trajet qu'on veut lui donner quelque vaisseau important. En général aussi, l'incision doit être faite parallèlement à l'axe du corps ou à l'axe du membre, quelquefois parallèlement à des rides que présente la peau, pour dissimuler la cicatrice. Lorsque la collection est superficielle, on plonge l'instrument du premier coup dans le foyer; si, au contraire, celui-ci est situé profondément, il faut procéder avec circonspection à l'incision des parties molles, l'effectuer couche par couche, afin d'éviter dans le cours de l'opération de léser des vaisseaux d'un certain volume. Dans les abcès profonds, on est parfois obligé d'agrandir l'incision au moyen d'un bistouri droit, conduit sur une sonde cannelée, ou au moyen d'un bistouri boutoné. Si un vaisseau important est lésé dans le cours de l'opération, on en pratique immédiatement la ligature.

3° L'abcès ouvert, il faut, au moyen d'une douce pression exercée sur le fond, favoriser l'écoulement du pus et empêcher les lèvres de l'ouverture de s'agglutiner. Il suffit d'introduire entre les bords de la plaie quelques brins de charpie. Le pansement consiste, dans les premiers jours, à recouvrir le foyer d'un cataplasme de farine de graine de lin et d'eau de guimauve, jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires soient dissipés. Alors on substitue aux cataplasmes un linge troué enduit de cérat, par-dessus lequel on place des plumasseaux de charpie pour absorber le pus, au fur et à mesure qu'il est porté au dehors; des compresses de toile et un bandage approprié à la région malade complètent le pansement.

4° Dans les circonstances les plus heureuses, la suppuration diminuant graduellement, la guérison survient rapidement. Mais d'autres fois, l'abcès ne se cicatrise pas et fournit une suppuration de quantité égale à celle des premiers jours. Il faut rechercher la cause de cet arrêt dans le travail de la nature. Si l'exploration du foyer apprend l'existence d'un *corps étranger* qui entretient la suppuration, on en pratique l'extraction. La peau qui avoisine l'ouverture de l'abcès est-elle *très-amincie, décollée, privée*, par conséquent, des éléments de nutrition nécessaires à une adhésion des parois, il faut exercer une compression sur elle, et si celle-ci est insuffisante, l'inciser dans une plus ou moins grande étendue; si les parois du foyer ne peuvent se recoller, parce que la *disposition anatomique* de la région s'oppose à ce que ces parois se mettent en contact l'une avec l'autre, comme on le voit dans certains abcès de l'aisselle, de la marge de l'anus, on obtient la guérison en donnant aux parties une *situation* plus favorable, en exerçant sur elles une *compression* méthodique, en soumettant les malades à un régime qui leur permet de reprendre l'embonpoint qu'ils ont perdu,

en faisant, enfin, des incisions qui permettent aux parois du foyer de se mettre en rapport les unes avec les autres. Si l'abcès ne guérit pas, parce que le pus ne trouve pas une issue facile à travers l'ouverture qui existe, ou bien parce que ce liquide séjourne dans des anfractuosités de la poche, dans des *clapiers*, on agrandit l'ouverture déjà existante, on exerce une compression sur la partie déclive du foyer, ou, ce qui vaut mieux, on pratique une ou plusieurs autres incisions, désignées sous le nom de *contre-ouvertures*, pour favoriser l'écoulement du pus au dehors. Les sondes en gomme ou en gutta-percha, d'un calibre plus ou moins considérable, placées à demeure dans le foyer, rendent de grands services dans le traitement de certains abcès (voy. les *Abcès de la mamelle*). Il en est de même d'un séton auquel on fait traverser les parois opposées du foyer. Des injections, soit avec un liquide émoullit, soit avec un liquide légèrement stimulant, hâtent aussi la guérison.

5° Dans les abcès d'un petit volume et dans ceux d'un volume plus ou moins considérable où la suppuration est modérée, le traitement général ne comporte aucune indication spéciale. Lorsque la suppuration est abondante et de longue durée, il faut soutenir les forces du malade par un régime analeptique et lui recommander le séjour dans une atmosphère aussi pure que possible.

ARTICLE II.

Des abcès froids.

On désigne sous ce nom des collections purulentes qui se forment lentement, sans être accompagnées de douleurs, et dont le développement n'est pas dû à une maladie du tissu osseux.

Causes. Elles sont prédisposantes ou déterminantes. Le plus souvent ces abcès se montrent chez des enfants, des sujets d'un tempérament lymphatique, ou présentant les attributs de la diathèse scrofuleuse. Ces causes seules sont insuffisantes; quelquefois cependant ces abcès surviennent après une forte contusion, une pression ou des frottements prolongés; mais toujours alors leur développement se rattache aussi à une condition générale inhérente à la constitution de l'individu. On les observe dans tous les points du corps pourvus de tissu cellulaire graisseux, notamment au cou, dans l'épaisseur des parois de la poitrine, aux membres supérieurs et inférieurs; rarement dans les espaces intermusculaires et les viscères. J'en ai observé un cas dans l'épaisseur de la langue.

Anatomie et physiologie pathologiques. 1° Le contenu de ces abcès, ou le pus, présente des qualités différentes de celles du pus des abcès phlegmoneux. C'est un liquide peu consistant, séreux, de couleur jaune verdâtre, semblable à du petit-lait trouble, complètement inodore, tant que le foyer n'a pas donné accès à l'air atmosphérique.

2° La poche est bien limitée de tous côtés; les parois en sont tapissées par une membrane *pyogénique* douce au toucher, de couleur rouge ou grisâtre, parsemée souvent de plaques ardoisées ou de stries rougeâtres.

Cette membrane est doublée par une couche de tissu cellulaire condensé, infiltré de lymphes plastique. La membrane pyogénique elle-même est formée par la lymphe plastique sécrétée sous l'influence du travail inflammatoire obscur et lent qui préside à la formation du pus. On ne rencontre pas dans les abcès froids ces cloisons ou brides constituées par des vaisseaux et des nerfs, dont nous avons signalé l'existence dans les abcès phlegmoneux (p. 99).

Les abcès froids ont une tendance incessante à augmenter de volume; la membrane pyogénique sécrète continuellement une nouvelle quantité de pus qui s'ajoute à celle qui existait antérieurement. Mais comme cette membrane possède aussi la propriété d'absorber les produits liquides avec lesquels elle est en rapport, il arrive quelquefois que le travail d'absorption s'exécutant avec autant d'activité que le travail de sécrétion, l'abcès reste stationnaire. Parfois même l'absorption devenant plus active, la collection diminue et peut même disparaître complètement. Ce n'est pas à dire que, dans ce cas, le pus soit absorbé en nature; la sérosité seule du pus repasse dans le torrent circulatoire, l'élément globulaire se condense et forme à la place même occupée par l'abcès un noyau plus ou moins résistant, qui lui-même disparaît quelquefois, après une dissociation préalable des éléments des globules absorbés aussi à leur tour.

Lorsque l'abcès augmente de volume, le pus tend à se porter vers les points qui lui offrent le moins de résistance, il chemine le long des gaines aponévrotiques sans cesser d'être entouré par la membrane pyogénique, et s'il rencontre sur son passage quelque ouverture, il s'y insinue et arrive facilement sous la peau, où il forme une seconde poche séparée de la première par un étranglement.

L'abcès, une fois parvenu à ce point d'évolution, peut rester stationnaire; en général, au bout de quelque temps il devient le siège d'un travail inflammatoire subaigu. La peau elle-même s'échauffe et rougit, puis s'ulcère, et le pus s'échappe à l'extérieur. Quelquefois l'abcès se cicatrise; le plus souvent la membrane pyogénique conserve son organisation primitive, c'est-à-dire qu'elle ne se transforme pas en membrane granuleuse. Elle est donc impropre à subir le travail de l'adhésion, elle continue à sécréter du pus, et comme ce liquide se trouve en contact avec l'air, il ne tarde pas à subir des altérations préjudiciables au malade, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

Symptômes. Un abcès froid se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, bien limitée de toutes parts, rénitente, élastique, fluctuante. Les téguments qui recouvrent la tumeur ne sont altérés ni dans leur couleur, ni dans leur température; la tumeur est peu ou point douloureuse soit par elle-même, soit lorsque le chirurgien l'explore. En général, elle commence par un engorgement plus ou moins dur, qui se ramollit du centre à la périphérie. Tantôt il n'existe qu'une seule collection purulente, tantôt on en trouve plusieurs chez le même individu.

Marche et terminaisons. Un abcès froid guérit quelquefois spontanément, et d'après le mécanisme que nous avons précédemment exposé. Ou

bien l'abcès reste stationnaire pendant un certain temps; le plus souvent il augmente insensiblement de volume, la peau qui le recouvre s'échauffe, s'ulcère et le pus s'écoule au dehors. Tantôt, ce qui est rare, l'abcès se cicatrise; d'autres fois la suppuration ne diminue pas en quantité; le pus, en contact avec l'air atmosphérique, s'altère, prend une odeur fétide; les malades sont pris de fièvre, ils maigrissent, perdent l'appétit, s'affaiblissent, sont affectés de diarrhée et finissent par succomber en présentant un ensemble de symptômes désignés par les uns sous le nom de *fièvre hectique*, par d'autres sous le nom de *résorption putride* (p. 47).

Diagnostic. Les abcès froids diffèrent des abcès phlegmoneux en ce que ces derniers sont accompagnés de phénomènes inflammatoires à leur début. Les abcès froids symptomatiques d'une lésion osseuse offrent les mêmes caractères que les abcès froids idiopathiques. Mais ils sont presque toujours précédés pendant longtemps de douleurs qui ont leur siège sur un point du squelette, notamment le long de la colonne vertébrale, sur la circonférence du bassin, etc. Les adénites chroniques suppurées ressemblent aux abcès froids; elles en diffèrent par leur siège dans les régions pourvues de ganglions lymphatiques. Les lipômes présentent quelquefois une fausse fluctuation qui peut en imposer pour un abcès froid. Il arrive aussi qu'un abcès froid situé profondément est pris pour un lipôme. J'ai observé, il y a quatre ans, sur un homme de soixante ans, une tumeur située à la partie supérieure de la cuisse, tumeur présentant tous les caractères d'un abcès froid. Une ponction faite à la tumeur ne donna issue qu'à du sang rutilant, et, à partir de cette époque, il se déclara des hémorragies que rien ne put arrêter et qui finirent par faire succomber le malade, que je vis en consultation avec Velpeau et Michon. A l'autopsie, on reconnut une dégénérescence cancéreuse limitée du tissu cellulaire sous-cutané, dans la région correspondant à celle où la tumeur s'était développée. Les kystes se présentent avec des caractères qui simulent parfois une collection purulente, et souvent il est nécessaire d'avoir recours à une *ponction exploratrice* pour arriver à un diagnostic exact.

Pronostic. Il est plus grave pour un abcès froid que pour un abcès phlegmoneux; ce dernier étant une affection locale, l'abcès froid se rattachant souvent à une diathèse.

Traitement. 1° Au début de la formation d'un abcès froid, alors qu'il n'existe encore qu'un engorgement, on peut chercher à en obtenir la résolution par des frictions avec des pommades ou des liniments ammoniacaux et iodés; en administrant au patient des douches sulfureuses sur la partie malade, en le soumettant à un régime tonique.

2° Lorsqu'on est appelé plus tard, à une époque où le pus tend à se former, il faut favoriser ce travail, en recouvrant la tumeur d'un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, ou d'un emplâtre de diachylon gommé. Des vésicatoires volants promenés sur la région malade ont un effet analogue; il en est de même du massage prolongé et des ventouses sèches.

3° Lorsque la tumeur s'est ramollie, il convient d'évacuer le pus et de chercher à obtenir une adhésion des parois du foyer. Une simple *ponction*

ou une *incision* sont tout à fait suffisantes pour obtenir ce double but ; il faut en effet modifier la membrane pyogénique, chercher à la convertir en membrane granuleuse. On arrive à ce résultat en recouvrant la surface de la tumeur d'une traînée de potasse caustique ou de pâte de Vienne (mélange de poudre de chaux et de potasse). On produit ainsi une escarre qui donne lieu à un travail inflammatoire borné d'abord à la peau voisine, étendue plus tard au parois de la poche, c'est-à-dire à la membrane pyogénique. L'escarre elle-même doit être incisée dans toute son épaisseur, de manière à pénétrer dans le foyer que l'on vide du pus qu'il contient. Si la collection est profonde, et si la première escarre ne va pas jusqu'aux parois de la poche, on porte une nouvelle quantité de caustique sur le fond de l'escarre incisée. Les ponctions ordinaires, ou les ponctions sous-cutanées, sont utiles à titre de traitement préparatoire, pour diminuer le volume de la poche, avant de chercher à modifier celle-ci par la médication irritante.

On peut également produire l'irritation de la face interne de l'abcès, en évacuant le pus au moyen d'une ponction avec un trocart, puis en injectant dans la poche une certaine quantité de teinture d'iode, d'après la formule qui sera indiquée à l'article des *Abcès par congestion*. Qu'on n'oublie pas que les abcès froids se rattachant à un état général de l'organisme, il faut combattre ce dernier par une médication appropriée prise dans la classe des antistrumeux. On a aussi proposé d'ouvrir largement les abcès froids, soit par une incision simple, soit par une incision cruciale, de façon à mettre à nu la surface interne du kyste purulent, pour la modifier ensuite par des topiques irritants (Flaubert). Nous reviendrons sur cette méthode dans l'article suivant. Quant à l'*excision* de la paroi superficielle du foyer, elle n'est indiquée que lorsque les téguments sont amincis et altérés au point qu'ils ne peuvent se recoller.

ARTICLE III.

Des abcès par congestion.

Les abcès par congestion sont des abcès froids, occasionnés par une altération osseuse ou articulaire, qui se montrent sous la peau à une distance plus ou moins considérable du lieu où le pus s'est formé. On les a encore appelés abcès *ossifluents*, *migrateurs*, *dépôts par congestion*.

Causes. Ce sont toujours des altérations du tissu osseux de nature diverse, *ostéite*, *carie*, *tubercules*, qui sont le point de départ de la maladie ; les abcès par congestion reconnaissent donc les mêmes causes que les maladies du squelette auxquelles ils se rattachent.

Anatomie pathologique. Lorsque le pus se produit consécutivement à une lésion osseuse ou articulaire, ce liquide s'accumule d'abord au voisinage de la partie altérée, et si le tissu cellulaire environnant est lâche et se laisse distendre, si le point du squelette altéré n'est pas éloigné des téguments, l'abcès resté près de son point de départ. On l'appelle, dans ce cas, *abcès ossifluent sessile*. Si au contraire, par le fait de la disposition anatomi-

que des tissus qui entourent le foyer morbide, ou, par la profondeur que celui-ci occupe, le pus ne peut se creuser une assez vaste cavité dans le voisinage, le liquide, sollicité par les lois de la pesanteur et par la contraction des muscles qui passent au-devant du foyer, s'insinue dans les parties où il rencontre moins de résistance jusqu'à ce qu'il arrive sous la peau. Il s'engage au milieu des interstices musculaires ou des gaines aponévrotiques des régions qui avoisinent le foyer du mal ; parfois dans des gaines vasculaires ou nerveuses, dans un canal osseux comme le canal vertébral ; dans un canal ostéo-fibreux comme celui qui est formé par les aponévroses intercostales et les côtes. On peut même, jusqu'à un certain point, déterminer à l'avance la migration du pus et la région du corps où l'abcès proéminera tôt ou tard à l'extérieur. Pour démontrer cette proposition, il suffit de citer comme exemples les abcès par congestion qui se rattachent à une affection de la colonne vertébrale :

Lorsque c'est le corps des vertèbres qui est malade, le pus s'accumule dans une poche limitée en arrière par la face antérieure du rachis, en avant par le ligament vertébral commun antérieur ; plus tard, il perfore ce ligament et forme une poche placée au-devant de la colonne vertébrale et circonscrite en avant par le tissu cellulaire périvertébral. L'abcès, augmentant sans cesse de volume, tend à se porter en tous sens ; mais comme il trouve un obstacle en arrière de la part de la colonne vertébrale elle-même, en avant de la part des viscères thoraciques ou abdominaux, le pus se porte en bas. A partir de ce moment, le trajet ultérieur du liquide varie en raison du lieu où il s'est primitivement formé.

a. Si c'est dans la région *lombaire*, il fuse communément dans la gaine du muscle psoas et vient former une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse ; ou bien il s'échappe à travers une éraillure du *fascia iliaca*, se place et chemine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal pour venir former une tumeur dans le voisinage de l'épine iliaque ou dans le canal inguinal. D'autres fois, le pus parcourt la gaine celluleuse des vaisseaux iliaques externes et arrive ainsi à l'arcade crurale ; ou bien il s'engage dans le canal crural et se place soit au-devant soit en arrière de l'artère crurale ; ou bien encore, il suit la gaine des vaisseaux iliaques internes et sort par l'échancrure sciatique, d'où une tumeur à la fesse. Dans quelques cas, le pus s'infiltrant de proche en proche dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'excavation pelvienne, traverse l'aponévrose supérieure du périnée, le releveur de l'anus et s'accumule dans le creux ischio-rectal sur les côtés de la marge de l'anus. Enfin, ce liquide peut se porter de prime abord en arrière et former une tumeur dans la région lombaire. On voit donc, en résumé, que dans les cas où la portion lombaire de la colonne vertébrale est le point de départ du pus, il en résulte une tumeur dans l'une des régions suivantes : *la partie supérieure et interne de la cuisse, la partie antérieure du membre sur le trajet des vaisseaux fémoraux, la région iliaque, le canal inguinal, la fesse, le périnée, les lombes.*

b. Si c'est la portion dorsale de la colonne vertébrale qui est affectée, le pus s'accumule dans le médiastin postérieur ; parfois il se fraye un passage