

Il ne faut pas y voir une maladie parfaitement définie, mais bien un complexe symptomatique, pouvant être produit par bien des états anatomiques différents, ostéite, carie, tubercule des os, absolument comme le mal de Bright reconnaît pour cause des lésions très diverses du rein. De même aussi que le complexe symptomatique désigné sous le nom de mal de Bright n'est pas toujours complet, et que, des trois termes qui le constituent, lésion rénale, albuminurie, œdème, le dernier peut faire quelquefois défaut; de même, le mal de Pott ne se présente pas toujours à nous avec tous ses symptômes. Souvent la difformité du rachis existe seule; il peut y avoir une gibbosité avec un abcès par congestion, mais sans paralysie, ou, au contraire, une paralysie sans abcès.

Le mal de Pott doit son nom à l'illustre chirurgien anglais Percival Pott qui, en 1792, a donné de la maladie une description symptomatique qui, depuis lors, n'a pas été surpassée.

Anatomie pathologique. — Nous devons étudier trois ordres de lésions : 1° les altérations du rachis; 2° les lésions de voisinage qui portent sur la moelle et les nerfs rachidiens; 3° les lésions viscérales qui peuvent se montrer à titre de complications.

1° Lésions du rachis. — Elles affectent deux formes anatomiques principales, suivant que la lésion, pénétrant dans la profondeur du corps vertébral, y creuse une cavité, ou bien qu'elle reste superficielle et s'étend à un plus ou moins grand nombre de vertèbres. La première forme peut être appelée *forme limitée caverneuse*; la seconde, *forme diffuse superficielle*.

a. Forme limitée caverneuse. — Dans cette variété, le corps d'une ou de plusieurs vertèbres a disparu, et il est remplacé par une cavité, tantôt centrale, tantôt ouverte à l'extérieur. Les parois de la cavité sont limitées de toutes parts par le tissu osseux, inégal et rugueux, quand la cavité est centrale. Lorsqu'au contraire, elle est ouverte au dehors, la caverne se trouve limitée par places par du tissu fibreux, et principalement par le grand surtout ligamenteux antérieur; car, c'est du côté de la face antérieure des corps vertébraux, que s'ouvre le plus souvent la cavité. Le contenu de ces cavernes est constitué par une matière blanche, tantôt solide et comparable à du mastic, tantôt plus ou moins liquide. Elles renferment également des parcelles osseuses, et quelquefois même des séquestres assez volumineux.

En même temps que ces cavités, on constate souvent, dans l'épais-

seur du corps des vertèbres voisines, des noyaux jaunâtres, circonscrits, de matière caséuse.

b. Forme diffuse superficielle. — Dans cette seconde forme, les corps vertébraux, au lieu de présenter des excavations profondes, offrent seulement à leur partie antérieure des érosions superficielles, au niveau desquelles l'os, dépouillé de son périoste, est recouvert de bourgeons charnus fongueux et grisâtres. Cet état s'étend habituellement à plusieurs vertèbres voisines; les disques intervertébraux participent à cette altération. Ils sont ramollis, érodés, et finissent même par disparaître complètement.

Tel est l'aspect extérieur des lésions, reste à pénétrer leur nature.

Trois opinions sont ici en présence : celle qui rattache le mal de Pott à la tuberculose osseuse; celle qui en fait une carie vertébrale; enfin celle qui place dans les articulations des vertèbres le point de départ de la maladie.

Nul doute que la forme caverneuse, celle que Boyer appelait la carie profonde, ne se rapporte à l'affection décrite par Nélaton sous le nom de tubercule enkysté. Même la forme diffuse superficielle, carie superficielle de Boyer, n'est autre chose le plus souvent qu'une ostéite tuberculeuse. Cette forme, à laquelle Nélaton donnait le nom d'infiltration tuberculeuse, n'a pas paru pendant longtemps aussi bien démontrée que le tubercule enkysté. Tout en l'admettant, Ranvier faisait observer que, dans un grand nombre de cas, on avait dû la confondre avec certaines formes d'ostéite, dans lesquelles le pus infiltré et condensé dans les trabécules osseuses produisait un aspect semblable à celui de l'infiltration tuberculeuse véritable. Pour lui, la présence de granulations tuberculeuses dans le voisinage était nécessaire pour trancher la question. Les recherches modernes sur la tuberculose ont fait varier les idées à cet égard, et l'on tend aujourd'hui à revenir de plus en plus à la conception de Nélaton. Il est donc certain que, sous ses deux formes caverneuse et superficielle, le mal de Pott est le plus souvent de nature tuberculeuse. Toutefois il est des altérations vertébrales qui n'appartiennent pas à la tuberculose. Dans ce groupe se rangent les lésions décrites par Nichet, Ripoll et Broca, où la maladie débute par les articulations vertébrales; c'est la forme qui a reçu le nom de mono ou de polyarthrite vertébrale. Les fibro-cartilages intervertébraux ont disparu par usure; les corps des vertèbres, mis à nu, ont subi une véritable ébur-

nation, comparable à ce qui se passe dans l'arthrite sèche; quelquefois même il existe des jetées osseuses qui réunissent entre eux plusieurs corps vertébraux. De sorte qu'à côté du mal de Pott de nature tuberculeuse, qui est la forme de beaucoup la plus commune, il faut admettre la polyarthrite vertébrale, commençant par les articulations des corps vertébraux, et se rattachant, comme l'arthrite sèche des autres articulations, à la diathèse rhumatismale. Nous devons toutefois faire remarquer qu'à l'heure actuelle, bon nombre de chirurgiens, parmi lesquels M. Lannelongue, dans ses récentes leçons sur le mal de Pott, rejettent la forme anatomique admise par Ripoll et Broca, et rapportent à la tuberculose toutes les variétés du mal vertébral. C'est à l'avenir qu'il appartient de trancher définitivement cette question.

2° **Lésions de voisinage.** — Dans les parties molles voisines du rachis se développent les abcès par congestion, que nous ne faisons que signaler ici, puisque nous leur consacrerons une description spéciale. Mais nous devons insister sur les lésions de voisinage que peuvent présenter la moelle et ses enveloppes, et les origines des nerfs rachidiens.

La moelle peut souffrir de deux manières différentes du voisinage d'un mal de Pott. Elle peut être comprimée soit par les os déformés, soit par le pus d'un abcès par congestion pénétrant dans le canal rachidien. Dans d'autres cas, il ne s'agit plus de compression, mais de l'inflammation de voisinage qui se propage à la moelle et à ses enveloppes.

Ces deux mécanismes d'altérations médullaires sont loin de présenter le même degré de fréquence, ainsi que le montre la clinique. On a bien pu voir la paraplégie disparaître au moment où un abcès par congestion se manifestait au dehors, ce qui prouve que, dans ce cas, le pus était l'agent de compression. Mais on voit des maux de Pott accompagnés d'une déviation considérable du rachis, sans qu'il y ait pour cela de phénomènes médullaires; et d'autre part, des symptômes nerveux graves peuvent exister en l'absence de toute déformation osseuse. Ce n'est donc point à la compression mécanique qu'il faut attribuer le plus grand rôle dans les phénomènes médullaires du mal de Pott, mais bien à la propagation de l'inflammation à la moelle et à ses enveloppes, bien étudiée par M. Charcot et par son élève, M. Michaud, dans sa thèse de doctorat de 1871, par M. Bouchard et par M. Cornil.

La dure-mère acquiert parfois une épaisseur considérable et paraît recouverte d'une couche de pus caséux. Cet épaississement se rencontre sur la face externe de cette méninge à sa partie antérieure, c'est-à-dire dans les points qui sont en rapport avec le produit pathologique d'origine osseuse, par le fait de l'ulcération du ligament vertébral. Le pus caséux se met alors en contact avec la dure-mère, irrite directement sa face externe et y détermine la formation de plaques végétantes. Il s'agit, en un mot, d'une pachyméningite externe caséuse. M. Cornil a fait l'étude histologique de ces lésions, et il n'hésite pas à rattacher à la tuberculose ces masses caséuses et ce tissu bourgeonnant qui caractérisent la pachyméningite rachidienne du mal de Pott.

Exceptionnellement le processus inflammatoire retentit jusque sur la face interne de la dure-mère; il peut également amener la formation de petits abcès dans l'épaisseur de cette membrane.

Cette pachyméningite est elle-même pour la moelle un agent de compression. Tantôt le cordon médullaire a conservé son volume, tantôt il présente un rétrécissement considérable. Au point comprimé, il se produit un foyer de myélite, souvent plus prononcé d'un côté que de l'autre. Au-dessus du foyer principal de myélite, il existe une sclérose ascendante des cordons postérieurs et, au-dessous, une sclérose descendante des cordons latéraux.

Les racines des nerfs rachidiens sont souvent aussi le siège de lésions. Elles résultent moins de la compression par les os que de celle que leur fait subir la dure-mère altérée. Souvent, en effet, plusieurs trous de conjugaison se réunissent en un seul orifice suffisant pour mettre les nerfs à l'abri d'une compression osseuse; mais l'inflammation de la dure-mère se propage aux troncs nerveux, qui présentent tous les caractères de la névrite.

5° **Lésions viscérales.** — Elles n'ont rien de spécial au mal de Pott; elles s'y produisent comme conséquence d'une longue suppuration, et consistent dans des dégénérescences, soit graisseuses, soit amyloïdes des viscères.

Les lésions que nous venons de passer en revue amènent trop souvent la mort des sujets; mais lorsque la guérison survient, nous devons examiner par quel mécanisme elle se fait. La réparation peut se produire, non seulement du côté des os, mais encore dans la moelle elle-même.

a. **Réparation des lésions osseuses.** — Dans les cas où la lésion affecte la forme caverneuse, la partie supérieure de la colonne vertébrale s'affaisse en formant avec la partie inférieure un angle saillant en arrière, puis les portions osseuses mises en contact se soudent, et le malade guérit à l'aide de la gibbosité qui s'est ainsi produite. Quelquefois cependant la cavité ne se comble pas, ou du moins ne se comble qu'incomplètement; et la réparation se fait alors à l'aide de jetées osseuses périphériques qui rétablissent la continuité de la tige rachidienne. Lorsqu'il n'y a que des lésions superficielles, la réparation est plus facile; des lames de tissu compact, fournies par le périoste et les tissus fibreux voisins, arrivent à combler la perte de substance, sans qu'il se produise une déformation aussi marquée.

b. **Réparation de la moelle.** — Comme les os, la moelle peut réparer ses lésions. Quelquefois, dans les cas où la paralysie a guéri, il n'y a en apparence rien de changé dans l'état de la moelle; elle est réduite à un mince cordon sclérosé, mais l'examen histologique permet de constater qu'il y a eu dans ce point une régénération des tubes nerveux, rétablissant la continuité entre le bout supérieur de la moelle et son bout inférieur, et expliquant la réapparition de ses fonctions.

Étiologie. — Le mal de Pott se voit surtout chez les enfants et les adolescents, plus rarement chez l'adulte. La cause principale, c'est la scrofule dont les autres manifestations s'accompagnent souvent. La masturbation, à laquelle Boyer attachait une grande importance, n'agit sans doute que comme cause débilitante chez des sujets prédisposés par leur constitution lymphatique. Le rhumatisme se trouve beaucoup plus rarement dans l'étiologie du mal de Pott, ainsi que les traumatismes de la colonne vertébrale, contrairement à l'opinion de Sayre, qui place au premier rang les causes traumatiques et n'attribue à la scrofule qu'un rôle secondaire.

Symptômes. — Le début de l'affection peut être assez obscur; toutefois ce qui domine à ce moment, ce sont les douleurs et la gêne des mouvements du rachis. La douleur est spontanée, mais elle est exagérée par la pression et par la percussion au niveau des apophyses épineuses; elle présente quelquefois des exacerbations nocturnes.

La gêne des mouvements de la colonne vertébrale se traduit par une raideur d'une portion du rachis, qui se meut tout d'une pièce dans les mouvements d'extension et de flexion.

Plus tard se manifestent les symptômes caractéristiques de l'affection que nous allons étudier, en faisant de nouveau observer que, suivant les cas, un ou plusieurs d'entre eux peuvent faire défaut.

Le premier de ces symptômes, c'est la gibbosité, dont le double caractère est d'être médiane et angulaire. Mais cette forme n'est pas constante, et dans les cas où plusieurs vertèbres sont atteintes, on observe quelquefois, au lieu d'un angle brusque, une courbe plus ou moins molle, qui peut ne pas être toujours située dans le plan antéro-postérieur, mais affecter au contraire le caractère d'une déviation latérale. Cette courbure anormale de la colonne vertébrale amène dans les autres régions du rachis la production de courbures de compensation. Par le fait de la flexion du tronc, le sternum est projeté en avant, où il forme une bosse saillante; les côtes aplaties offrent un allongement apparent dû à l'ouverture de l'arc qu'elles décrivent. Le bassin lui-même est altéré dans sa forme; il y a élargissement du détroit supérieur et rétrécissement du détroit inférieur, portant surtout sur le diamètre transverse, et dû au rapprochement des ischions, comme l'ont montré, dans leurs thèses de doctorat, MM. Chantreuil (1869) et Pinard (1874).

La gibbosité se produit ordinairement peu à peu, par le tassement graduel des corps vertébraux. Mais, exceptionnellement, elle peut avoir une apparition brusque. Dans un fait rapporté par Nélaton, un garçon marchand de vin portant un broc de chaque main, vit tout à coup sa taille diminuer, en même temps qu'apparaissait dans son dos une gibbosité. Jusque-là ce malade n'avait accusé aucun symptôme. Le plus souvent, quand les choses se passent ainsi, la mort est immédiate. Tel est le cas rapporté par Tillaux d'un malade chez lequel une chute provoqua une incurvation instantanée de la colonne vertébrale, et qui mourut le lendemain.

Les troubles de l'innervation ne sont point en rapport direct avec la gibbosité, puisqu'ils peuvent manquer avec une déformation très marquée, ou au contraire exister en l'absence de toute déformation. Ils consistent en troubles de la sensibilité, du mouvement et de la nutrition.

Les premiers troubles de la sensibilité sont les douleurs en ceinture, qui s'accompagnent quelquefois de sensations de constriction, de brûlure. Ces douleurs sont surtout marquées au début de la maladie; plus tard, elles font place à l'affaiblissement de la sensibilité,

aux fourmillements dans les membres, qui coïncident, parfois avec des points d'hyperesthésie : mais il n'y a jamais abolition complète de la sensibilité.

Les troubles de la motilité sont presque toujours plus marqués que ceux de la sensibilité. Bouvier les divise en trois degrés : dans le premier degré, les malades marchent encore, mais avec peine; leurs genoux fléchissent souvent. Dans le deuxième degré, les malades ne peuvent plus se tenir debout ni marcher; mais ils peuvent encore imprimer des mouvements aux membres inférieurs, quand ils sont assis ou couchés. Enfin, dans le troisième degré, tout mouvement volontaire est aboli. Même à ce point, la sensibilité est ordinairement conservée. Les mouvements réflexes, d'abord exagérés, disparaissent avec les progrès de la lésion médullaire. L'irritabilité musculaire peut également persister; quand les muscles perdent leur contractilité électrique, cela dénote une altération grave dans leur structure, dégénérescence fibreuse ou grasseuse. Enfin on peut observer au début des crampes, et plus rarement des contractures.

Les troubles du côté de la vessie et du rectum sont en général moins marqués que dans les paralysies traumatiques; rarement il y a une rétention ou une incontinence d'urine persistante.

A ces troubles du côté de la sensibilité et du mouvement peuvent se joindre ici, comme dans les lésions traumatiques de la moelle, des troubles de la nutrition, arthropathies, éruptions diverses, eschares, etc.

Enfin, le dernier symptôme consiste dans l'apparition de l'abcès par congestion, dont nous ferons une étude isolée.

Marche, durée, terminaisons. — La marche du mal de Pott est essentiellement chronique, et sa durée n'est jamais inférieure à six ou huit mois; elle dépasse quelquefois deux années.

Même après l'existence d'une paraplégie, même après la formation et l'ouverture d'abcès par congestion, la guérison est possible.

Quand la mort survient, elle est causée soit par la tuberculisation généralisée, soit par la septicémie à la suite de l'ouverture des abcès, ou bien encore par les progrès des eschares ouvrant le canal rachidien.

Diagnostic. — Quand le mal de Pott est confirmé et traduit son existence par des phénomènes médullaires, un abcès par congestion, une gibbosité, le diagnostic n'est pas douteux. Si l'abcès manque,

il faut étudier surtout les caractères de la gibbosité, et ne pas oublier que si la déformation est le plus souvent angulaire et médiane, elle peut aussi affecter la forme d'une courbure allongée et latérale. C'est ce qui explique qu'on puisse la confondre avec celles que déterminent les tumeurs de la colonne vertébrale, certains anévrysmes de l'aorte, certaines formes de scoliose. Enfin, quand abcès et gibbosité font à la fois défaut, ce qui arrive surtout au début de la maladie, on n'a pour se guider que les troubles fonctionnels et la douleur. Celle-ci pourrait en imposer pour une affection rhumatismale, une névralgie intercostale simple ou symptomatique d'une maladie viscérale (reins, utérus, ovaies); l'examen du malade, le siège précis de la douleur permettront d'éviter l'erreur. On pourrait encore confondre le mal de Pott, à cette période, avec cette singulière affection nerveuse de la colonne vertébrale à laquelle Brodie a donné le nom de névralgie spinale. Mais, tandis que dans le mal de Pott la douleur sur les apophyses épineuses s'accompagne d'une gêne considérable dans les mouvements, dans la névralgie spinale, les vertèbres conservent au contraire toute leur mobilité.

Quant à diagnostiquer la nature du mal vertébral, tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que l'affection tuberculeuse est de beaucoup la forme la plus commune; habituelle chez les enfants et les jeunes gens, elle peut se voir aussi chez l'adulte. Elle détermine souvent des gibbosités angulaires et des abcès par congestion. La polyarthrite vertébrale de nature rhumatismale se voit plutôt chez les adultes; elle ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'abcès; enfin, au lieu de courbure angulaire brusque, elle détermine des courbures longues et arrondies. Elle ne se complique pas de paraplégie.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave; il l'est infiniment plus dans la forme tuberculeuse que dans la polyarthrite rhumatismale, où la guérison est presque la règle.

La formation d'abcès, l'existence d'une paraplégie aggravent beaucoup le pronostic. Quant à la gibbosité, elle aurait plutôt une signification favorable; elle indique en effet que, grâce à l'affaissement des corps vertébraux, les os malades arrivent au contact et vont pouvoir fournir les matériaux nécessaires à la réparation.

Traitement. — Ici, comme dans les maladies osseuses et articulaires en général, le premier principe à formuler, c'est celui de l'immobilisation. Mais celle-ci peut être obtenue de deux manières,

ou bien par le séjour prolongé au lit dans un appareil convenable, comme la gouttière de Bonnet, ou bien à l'aide d'appareils qui, tout en maintenant immobile la colonne vertébrale, permettent au malade de se lever et de marcher. De ce nombre sont les différents corsels, et surtout le bandage plâtré de Sayre, qui, en soutenant efficacement la colonne vertébrale, fait souvent cesser les douleurs et la paralysie. Le choix est délicat à faire entre ces deux ordres de moyens; mais, d'une manière générale, on peut dire que tant que l'affection osseuse est douloureuse, il faut maintenir le malade au lit; l'existence d'abcès par congestion impose la même nécessité. C'est seulement à une période plus avancée de la maladie, quand la réparation osseuse commence à se faire, quand il n'existe qu'une gibbosité indolente, qu'on peut se départir de cette rigueur et se contenter de l'immobilité relative que donne le port d'appareils permettant la marche et la station. Jamais, par des mouvements communiqués, par des massages, il ne faudra chercher à rétablir les mouvements de la colonne vertébrale, sous peine de voir se produire une récurrence.

En même temps qu'on soigne l'état local, il faut se préoccuper de l'état général: une bonne hygiène, le séjour à la campagne, au bord de la mer, une alimentation tonique, la médication antisérofuleuse, l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, tels sont les principaux moyens qui constituent la base du traitement général.

S'il existe une paraplégie, on la combattra par les préparations de seigle ergoté, de noix vomique, et surtout par les pointes de feu le long du rachis, que M. Charcot considère comme le moyen le plus favorable à l'arrêt des phénomènes inflammatoires et à la reproduction des éléments nerveux.

2° ABCÈS PAR CONGESTION.

Bien que les abcès par congestion n'appartiennent pas en propre aux lésions de la colonne vertébrale, ils s'y rencontrent avec une telle fréquence, leurs migrations y offrent un si grand intérêt, qu'ils trouvent naturellement leur place à la suite du mal de Pott.

Pathogénie. — Les conditions nécessaires à la formation de ces abcès ont été nettement formulées par Denonvilliers dans l'article *ABCÈS* du *Dictionnaire encyclopédique*.

Elles sont au nombre de trois; il faut qu'il y ait:

- 1° Un obstacle à la réunion du pus dans le point qui l'a fourni;
- 2° Un transport facile du pus dans un point déclive;
- 3° Une sécrétion lente et continue du pus. Toutes ces conditions

se trouvent réunies à la colonne vertébrale, dans les cas de mal de Pott.

Le pus incessamment sécrété par la lésion osseuse est arrêté en arrière par les apophyses transverses et les lames fibreuses qui les relient. Il est bridé en avant par le ligament vertébral commun antérieur, qui, beaucoup plus fort sur la ligne médiane, ne se laisse pas distendre en ce point et refoule le liquide sur les parties latérales. Aussi est-ce sur les côtés du rachis que le pus se collecte; quelquefois même il occupe en même temps les deux parties latérales des vertèbres, et forme deux abcès qui marchent parallèlement l'un à l'autre.

Quant aux causes qui facilitent la progression du pus, elles sont nombreuses; la première, c'est la pesanteur qui conduit sans cesse le liquide des parties supérieures vers les régions déclives de la colonne vertébrale; il faut y joindre la laxité du tissu cellulaire prévertébral, les contractions musculaires, les mouvements des organes thoraciques et abdominaux, les secousses de la marche et de l'exercice.

Marche. — Très importante à connaître pour le chirurgien, la marche des abcès par congestion est variable suivant les cas et suivant les points de la colonne vertébrale d'où vient la suppuration. Elle a été soigneusement étudiée par Bouvier dans son *Traité des maladies chroniques de l'appareil locomoteur*.

1° Le pus venant de la région lombaire ou de la partie inférieure de la région dorsale suit la gaine fibreuse du psoas; il arrive ainsi dans la fosse iliaque, passe au-dessous de l'arcade de Fallope, et suit le muscle psoas-iliaque jusqu'au petit trochanter, en formant une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse.

Ces abcès de la gaine du psoas peuvent, à un moment donné, communiquer avec l'articulation coxo-fémorale, en raison des rapports intimes et de la communication possible de la bourse séreuse du psoas avec l'articulation. Bouvier leur donne le nom d'*abcès ilio-fémoraux*.

2° Quelquefois le fascia iliaca est perforé et le pus passe alors

entre le péritoine et les muscles abdominaux, constituant les abcès *ilio-abdominaux*.

Ou bien encore le pus, au lieu d'être situé primitivement dans la gaine du psoas, s'est collecté d'emblée dans le tissu cellulaire prévertébral. C'est ce qui arrive quand il vient d'un point élevé de la région dorsale, au-dessus des insertions du psoas. Le pus fuse alors dans le médiastin postérieur, accompagne l'aorte, passe avec elle dans la cavité abdominale ; puis il chemine dans la fosse iliaque, non pas entre le muscle et l'aponévrose, mais bien entre le péritoine et le fascia iliaque.

De là, ces abcès peuvent suivre diverses directions :

a. Ils peuvent accompagner les vaisseaux fémoraux dans le canal crural, et venir faire saillie à la partie supérieure de la cuisse.

b. Plus rarement ils gagnent le canal inguinal, où ils forment une tumeur simulant une hernie.

c. Parfois ils suivent le nerf sciatique, passent avec lui par la grande échancrure sciatique, font saillie au-dessous du grand fessier ; exceptionnellement même ils peuvent suivre le trajet du nerf dans toute l'étendue de la cuisse, et venir former tumeur dans le creux poplité ; ce sont les abcès *ischio-fémoraux*.

d. Ils peuvent enfin, perforant l'aponévrose périnéale supérieure et le releveur de l'anus, gagner la fosse ischio-rectale et venir faire saillie au pourtour de l'orifice anal.

Telles sont les marches les plus habituelles des abcès par congestion ; mais il y en a d'exceptionnelles :

1° Des abcès venant des 4 ou 5 premières vertèbres dorsales peuvent remonter au-devant du rachis, contre la pesanteur par conséquent, et venir se collecter dans le creux sus-claviculaire ; Bouvier cite trois cas de ces abcès, auxquels il donne le nom d'abcès *dorso-cervicaux antérieurs*.

2° A la région dorsale également, le pus peut suivre le trajet des côtes et venir faire saillie sur les parties latérales du sternum.

3° A la région cervicale, le pus fuse le long des racines antérieures des nerfs cervicaux, et forme tumeur dans le creux sus-claviculaire, ou bien, descendant au-devant des scalènes, il se collecte sur la ligne médiane, en arrière du pharynx et du larynx, dont il gêne les fonctions.

4° Quelquefois enfin, au lieu de rester circonscrit sur les parties

antéro-latérales de la colonne vertébrale, le pus gagne la partie postérieure du rachis en passant entre les apophyses transverses, et vient faire saillie à la région postérieure du tronc. Cette marche de la suppuration n'est pas rare à la région lombaire.

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.

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 vol.* 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 feuillets 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'oblitère ; l'abcès se trouve ainsi réduit à un abcès froid ordinaire, susceptible de guérison.

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