

que la séparation devient tout à fait complète, la région intermédiaire s'étant entièrement réparée, du tissu fibreux s'étant substitué au tissu de fongosité. Un cordon cicatrisé reste comme seul vestige du trajet. Mais, je le répète, cette indépendance de l'abcès est un fait exceptionnel ; en général, le trajet fistuleux extérieur conduit jusqu'à la lésion osseuse. On doit encore pour les abcès froids isolés indiquer un mode de production théoriquement un peu différent. Il se pourrait, dis-je, qu'un foyer tuberculeux apparût à quelque distance du foyer osseux vertébral, comme les abcès ganglionnaires, ou autour de granulations semées çà et là et plus ou moins loin. Mais c'est là une hypothèse à l'appui de laquelle je ne puis citer aucun fait.

Les abcès froids s'implantent le plus fréquemment sur les côtés des corps vertébraux ; en avant la couche fibreuse du grand surtout ligamenteux antérieur oppose, en effet, une résistance plus grande à l'envahissement tuberculeux ; latéralement, au contraire, les corps des vertèbres ne sont recouverts que par un mince périoste en rapport avec un tissu cellulaire lâche : là se trouve un chemin ouvert à la propagation tuberculeuse par continuité.

2° *Mode de progression des abcès tuberculeux.* — Pour expliquer la migration des abcès tuberculeux, on a invoqué un certain nombre de causes physiques et anatomiques. Voici ce qu'en dit Nélaton : « Les causes sous l'influence desquelles s'opère la migration du pus sont faciles à comprendre : nous avons déjà signalé la plus importante peut-être, en mentionnant la résistance des parties qui s'opposent à la formation d'un foyer dans le lieu même où le pus est formé. La contraction des muscles qui passent au-devant de la collection purulente peut également forcer le pus à chercher un passage dans les points où le tissu cellulaire se laisse déplacer avec le plus de facilité. Aux deux causes précédentes, il faut encore joindre l'action de la pesanteur, cause moins puissante, sans doute, que

les précédentes, mais qui n'est pas sans influence ; en effet, je

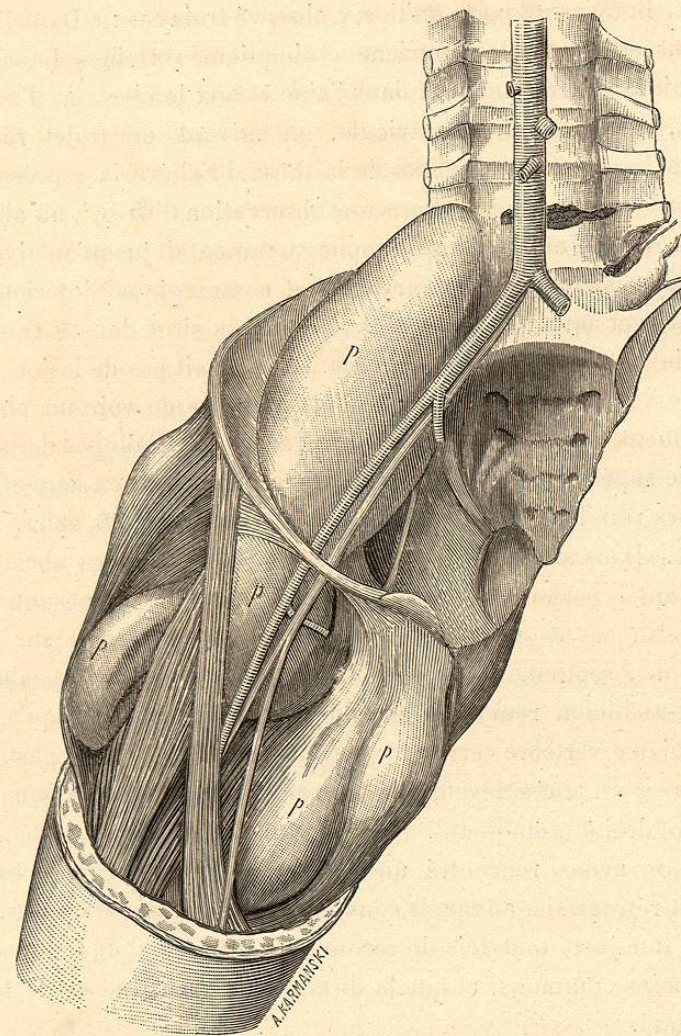


FIG. 9. — Vaste abcès à poches multiples d'origine lombaire. Le trajet suit le muscle iliaque ; dans la cuisse, il se détache de la poche mère des diverticules externes récurrents qui remontent dans la fesse et des diverticules internes qui se rendent au milieu des adducteurs. Ces poches secondaires adhèrent aux muscles. La pièce a été injectée à la paraffine pour mieux faire voir les renflements sacciformes.

ne sache pas que l'on ait jamais vu un de ces abcès migrants

se porter en sens inverse de cette force¹. » Cependant on a rencontré des abcès se développant en sens inverse de la pesanteur. Bouvier rapporte qu'il en a observé trois cas : « Dans l'un, le pus, provenant des quatrième et cinquième vertèbres dorsales, s'était fait jour d'une part dans l'aîne et aux lombes, et, d'autre part, au-dessus de la clavicule, en suivant un trajet rétrograde². » Une des planches de la thèse d'Echévéria représente un fait du même genre. Dans une observation d'Urdy³, un abcès prévertébral, ouvert dans l'œsophage, remontait jusqu'au niveau de la troisième vertèbre cervicale, et communiquait inférieurement avec un autre abcès plus volumineux situé dans le thorax au-devant des vertèbres altérées. Il n'y avait pas de lésion osseuse à la région cervicale: Il n'est pas rare de voir un abcès ossifluent, parvenu au-dessous de l'arcade de Fallope, dans la partie supérieure du triangle de Scarpa, remonter en haut et en dehors vers la fosse iliaque externe. (V. fig. 9, p. 85, et fig. 10, p. 91.) Dans le canal vertébral, le développement des abcès se fait aussi parfois dans la direction opposée à la pesanteur. Dans un cas de mal de Pott dont la lésion siégeait sur les sixième, septième et huitième vertèbres dorsales, un abcès intra-rachidien remontait dans le canal rachidien jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale; il communiquait d'autre part en bas avec un abcès développé en avant du foyer osseux sous la plèvre droite (Chuquet)⁴.

Nous avons rencontré un certain nombre de ces abcès à trajet rétrograde, auxquels convient l'épithète de *récurrents*. Il n'est que juste toutefois de reconnaître qu'ils sont de beaucoup les moins communs, et que la direction descendante est le fait habituel.

Les influences physiques ne jouent cependant qu'un rôle

1. Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1^{re} éd., t. II, p. 82.
 2. Bouvier, *Leç. clin. sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, 1858, p. 30.
 3. Urdy, *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 185.
 4. Chuquet, *Bull. de la Soc. anat.*, t. LII, p. 580.

secondaire et adjuvant dans ce développement des abcès tuberculeux, ossiflents ou autres; le rôle essentiellement actif appartient à la membrane tuberculogène. Nous savons déjà quel est son mode de fonctionnement; nous avons montré comment toute paroi tuberculeuse d'une collection se détruit progressivement par dégénérescence sur sa face cavitaire, tandis qu'elle se propage par sa face extérieure, et comment par cette évolution continue elle infiltre de follicules nouveaux les couches successives des tissus. La rapidité du développement de l'abcès est en réalité sous la dépendance de l'activité variable de cette membrane. Mais cette activité rencontre dans les tissus périphériques, ici des obstacles, des résistances considérables, là une facilité très grande à son développement. Entre tous les tissus, le tissu conjonctif se prête le mieux à cet envahissement; là où il est lâche et abondant, la progression est rapide. Ainsi s'explique l'influence exercée par les dispositions anatomiques; les abcès suivent, en effet, fréquemment les gaines des nerfs, des vaisseaux, des muscles, en un mot les espaces conjonctifs, tandis que les membranes fibreuses, les parois des vaisseaux, les aponeuroses, résistent mieux à l'infiltration, et s'opposent ainsi dans une certaine mesure à l'avancement des abcès. Kœnig a montré que des injections d'eau dans les espaces conjonctifs amènent une infiltration qui progresse suivant un trajet qui est sensiblement le même que celui des abcès tuberculeux. Mais, malgré l'intérêt qui s'attache à ce résultat expérimental, rien ne permet d'assimiler le phénomène physique de l'infiltration par un liquide à l'envahissement tuberculeux. Le pus de l'abcès froid ne s'infiltré pas dans les lames du tissu conjonctif; mais la membrane tuberculogène qui limite la collection envahit de proche en proche les tissus les plus favorables à l'infection tuberculeuse. C'est elle qui règle la direction des trajets; c'est elle aussi qui explique les faits assez nombreux qui échappent à la disposition commune, ceux dans lesquels les abcès, comme dit Bouvier, ont des aboutissants que l'anatomie ne prévoit pas.

Les ouvertures anormales deviennent ainsi faciles à interpréter : telles sont les ouvertures dans les bronches, dans l'estomac, dans l'intestin, dans le vagin, dans la vessie. Les influences mécaniques doivent donc être reléguées au second plan ; elles ne font que modifier dans une certaine mesure l'activité de développement des tubercules dans telle ou telle direction. En un mot, ce n'est pas le pus qui fuse comme un liquide qui s'infiltré, c'est la tuberculose qui progresse par ensemencement de proche en proche.

DISPOSITION RÉGIONALE DES ABCÈS TUBERCULEUX DU MAL DE POTT

Cette partie de l'histoire des abcès par congestion a été autrefois étudiée avec soin par Bourjot-Saint-Hilaire, Tavignot et Nélaton. Sans y insister longuement, nous devons indiquer les principales dispositions qu'ils affectent et les trajets qu'ils suivent pour devenir apparents à l'extérieur dans chacune des régions cervicale, dorsale et lombaire.

1° *Région cervicale.* — Les abcès cervicaux peuvent se développer sur les faces antérieure, latérale ou postérieure du rachis. Ils sont ordinairement descendants, et s'éloignent plus ou moins de leur origine ; il n'est pas rare cependant qu'ils restent sessiles.

Ceux qui se forment en avant, dans la région prévertébrale, repoussent la paroi postérieure du pharynx ou plus bas l'œsophage et la trachée ; d'où il résulte des troubles fonctionnels plus ou moins marqués, dysphagie et gêne respiratoire. Après avoir acquis un certain volume, ils s'ouvrent dans l'un de ces organes creux, surtout dans le pharynx et l'œsophage, exceptionnellement dans la trachée. D'autres fois, la collection prévertébrale descend en suivant la couche de tissu cellulaire lâche qui entoure l'œsophage et pénètre dans le médiastin postérieur. Les abcès nés sur les côtés de la colonne cervicale se portent assez

souvent aussi en dehors, suivant le trajet des nerfs cervicaux, et viennent faire saillie dans le creux sus-claviculaire derrière le bord externe du sterno-mastoidien ; quelquefois même ils se prolongent plus loin, passent sous la clavicule pour aboutir enfin au creux axillaire, où ils forment une tumeur plus ou moins volumineuse. Enfin, il n'est pas rare de voir des abcès dont l'origine est dans une lésion des corps vertébraux ou des apophyses transverses, se porter dans l'épaisseur des muscles de la nuque et faire saillie directement en arrière, ou descendre plus bas au-dessous du trapèze vers la partie supérieure du dos.

2° *Région thoracique.* — Le mal de Pott des dix premières vertèbres dorsales donne naissance à des abcès qui se développent sur la ligne médiane ou de chaque côté. Pendant un certain temps, les petites collections sessiles soulèvent les organes du médiastin, l'œsophage et l'aorte, ou latéralement la plèvre et le poumon ; plus tard la membrane tuberculogène en progressant amène des adhérences pleurales et envahit même le poumon. La collection peut acquérir sur place un volume assez considérable pour simuler un épanchement pleurétique ; dans quelques cas, elle s'est ouverte dans les bronches, et son contenu, pus, matière caséeuse, séquestre, s'élimine par cette voie. Chénieux a pu rassembler quinze observations de mal de Pott dorsal avec rejet de fragments osseux par la trachée et le larynx¹. Plus rarement, les abcès tuberculeux suivent la direction des nerfs intercostaux, forment dans quelques cas au-devant du cœur une collection fluctuante pulsatile (empyème pulsatile), ou bien perforent de dedans en dehors les muscles intercostaux pour devenir sous-cutanés à une distance plus ou moins grande du rachis. Les abcès postérieurs restent voisins de la ligne médiane et à peu près sessiles. Nous avons indiqué précédemment la

1. Chénieux, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 160, et thèse de Paris, 1873. Indications bibliographiques des quinze observations.

marche de certains abcès thoraciques qui suivent une direction ascendante, remontent vers le cou le long de l'œsophage, ou s'étendent latéralement vers le creux sus-claviculaire et le creux de l'aisselle, en suivant les faisceaux vasculo-nerveux du membre supérieur. Enfin les abcès qui descendent vers le diaphragme, et plus particulièrement ceux qui ont leur origine dans une altération des deux dernières vertèbres dorsales, trouvent dans les insertions du psoas une voie facile pour pénétrer dans l'abdomen ; le passage peut aussi s'effectuer à travers le plan musculéux du diaphragme, par l'orifice de l'œsophage, de l'aorte ou des nerfs splanchniques.

3° *Région abdominale.* — Au début de leur développement, et à l'état sessile, les abcès du mal lombaire sont placés aussi bien sur la ligne médiane que sur les côtés ; mais ce sont surtout les abcès latéraux qui effectuent une longue migration. Le plus généralement leurs trajets suivent la gaine du psoas, tantôt en arrière au contact du squelette, tantôt sur le bord interne, tantôt en avant, sous le péritoine. Ils se prolongent souvent jusqu'au-dessous de l'arcade de Fallope, sans former dans le ventre aucune collection sensible. A la cuisse, il se produit une tumeur fluctuante, qui s'ouvre, soit dans la partie supérieure du triangle de Scarpa, en dehors ou en dedans des vaisseaux, soit au niveau du petit trochanter sur la face interne du membre. Il n'est pas très rare qu'un prolongement se produise en haut et en dehors au-dessous du tenseur du fascia lata et du moyen fessier. (V. fig. 10, p. 91.)

Assez fréquemment, avant de passer de la fosse iliaque dans la cuisse, l'abcès froid forme une collection occupant tantôt la région des lombes comme un abcès périnéphrétique, tantôt la partie supérieure de la fosse iliaque, tantôt la fosse iliaque tout entière. Dans quelques cas, la paroi abdominale soulevée et distendue se laisse perforer au niveau du triangle de J. L. Petit, ou plus haut, sur le bord externe de la masse sacro-lom-

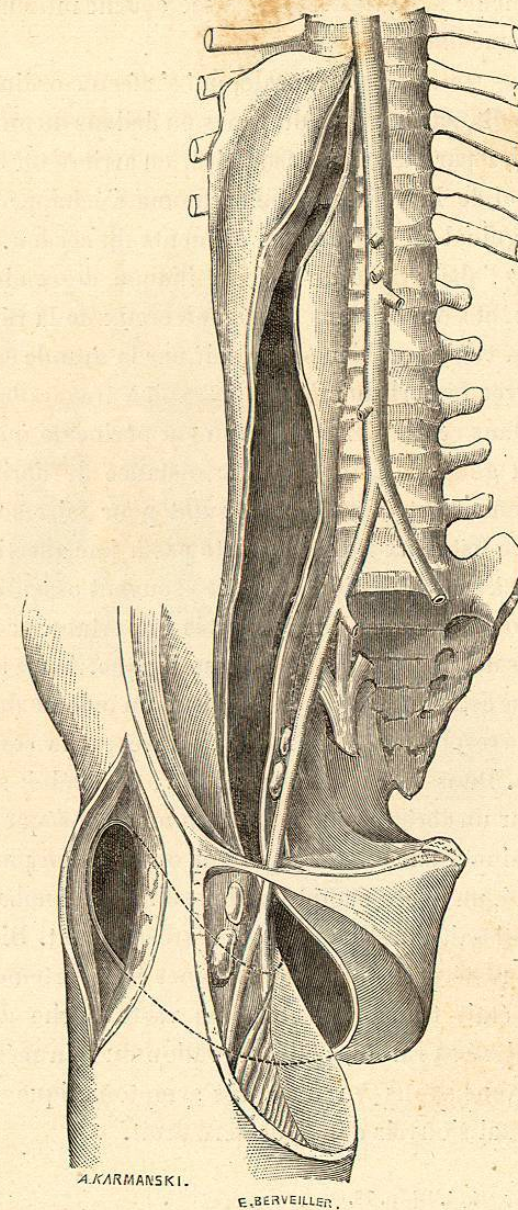


FIG. 10. — Mal de Pott dorsal. Abscès symptomatique suivant le psoas jusqu'au petit trochanter ; il devient ensuite récurrent et gagne la fesse en passant en arrière de la hanche. (Voir obs. XVII, p. 372.)

baire, ou même à travers cette épaisse couche musculaire, près de la ligne médiane.

Le passage sous l'arcade crurale, qui s'effectue ordinairement, avons-nous dit, par la gaine du psoas en dedans du muscle, peut aussi se faire par l'anneau vasculaire, en arrière ou en dedans de l'artère et de la veine; le tuberculome s'échappe aussi par le canal inguinal en suivant les éléments du cordon.

D'ailleurs l'abcès peut de la fosse iliaque descendre dans le petit bassin, et s'ouvrir dans un organe creux de la région, rectum, vessie, vagin, ou bien sortir soit par la grande échancrure sciatique avec le nerf du même nom, soit à travers le plancher périnéal. Dans ce dernier cas, la tumeur périnéale qui se forme s'ouvre, en général, à une certaine distance de l'orifice anal; cet éloignement est à noter : il suffit pour faire soupçonner qu'un orifice fistuleux ne se rapporte pas à une affection anale, mais plutôt à une altération éloignée, souvent osseuse.

On a signalé quelques particularités importantes concernant les rapports des collections de la fosse iliaque. Assez souvent la veine iliaque est comprimée, et il s'ensuit un œdème du membre inférieur correspondant. Un fait plus rare est la compression de l'uretère. Dans un cas, Boyer¹ avait vu ce conduit soulevé et distendu par un abcès ossifluent, et, comme conséquence de ce fait, le bassinnet était dilaté. Dans une observation plus récente de Gaucher², un abcès symptomatique d'un mal lombaire soulevait et aplatisait l'uretère du côté correspondant. Bien que ce conduit fût resté perméable, le bassinnet était fortement dilaté, et le rein était transformé en une vaste poche d'hydronéphrose. Malgré sa rareté, cette altération du rein mérite d'être signalée. Nous avons vu un abcès symptomatique d'un mal cervico-dorsal s'ouvrir dans l'uretère droit.

1. Boyer, *loco cit.*, t. III, p. 78.

2. E. Gaucher, *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, t. LII, p. 117.

INFECTION GANGLIONNAIRE

Lorsqu'on dissèque avec soin la région correspondant à l'angle rentrant de la déviation rachidienne et aux abcès tu-

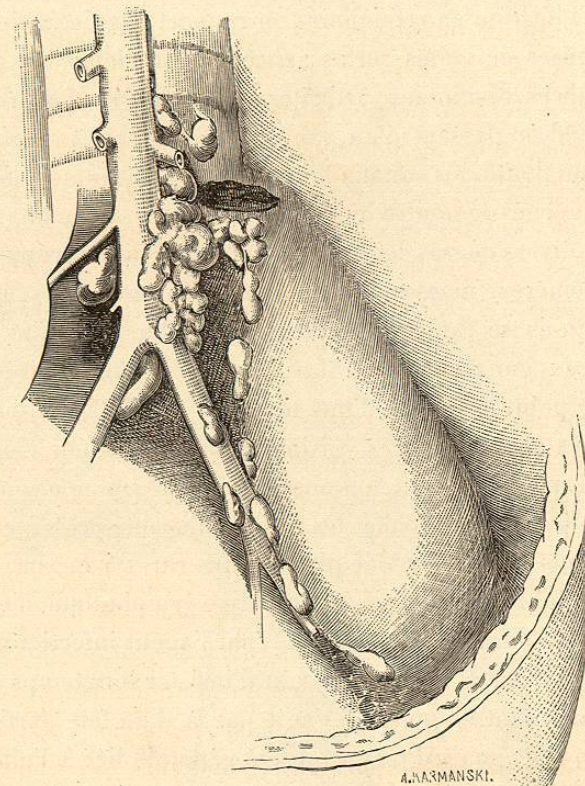


FIG. 11. — Mal de Pott dorso-lombaire. Abscès symptomatique avec nombreux ganglions lymphatiques disséminés à sa surface et le long des vaisseaux. (Voir obs. XVI, p. 370.)

berculeux, il est fréquent, pour ne pas dire constant, de découvrir un certain nombre de ganglions altérés, quelquefois toute une chaîne continue qui s'étend plus ou moins loin. La figure 11 en représente un exemple remarquable. Dans ce cas de mal de Pott lombaire, compliqué d'un vaste abcès froid qui

s'étend de la lésion vertébrale à l'arcade de Fallope, et qui remplit une bonne partie de la fosse iliaque gauche, on aperçoit, sur le trajet de l'artère iliaque et plus haut de l'aorte, une série de ganglions engorgés, peu volumineux inférieurement, plus gros à la partie supérieure. Ce point d'anatomie pathologique n'est pas spécial au mal de Pott, et j'ai depuis longtemps signalé l'infection ganglionnaire en rapport avec les collections tuberculeuses de toutes sortes : abcès tuberculeux des parties molles, abcès ossifluents, arthrites tuberculeuses. La propagation s'étend en passant d'un ganglion à l'autre, et en suivant, sans aucun doute, les canaux lymphatiques. L'examen des ganglions engorgés démontre qu'ils renferment des éléments tuberculeux à divers degrés de développement : petits noyaux isolés ou conglomérés, masses caséifiées plus volumineuses. Il peut arriver qu'ils se ramollissent et forment de véritables abcès tuberculeux ganglionnaires. Les ganglions tuberculés sont parfois le point de départ d'une nouvelle étape d'infection pour les groupes ganglionnaires voisins ou plus ou moins éloignés. (V. fig. 11, p. 93.) Quelquefois aussi l'infection suit une voie différente : de proche en proche, les tissus adjacents présentent des granulations disséminées de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne du foyer primitif. Le système lymphatique n'est, en résumé, que l'une des voies suivies par l'agent infectieux dans sa généralisation. Il n'est pas besoin d'insister longtemps sur ce sujet, pour montrer qu'il ne s'agit pas là d'un fait particulier au mal de Pott, mais d'une propriété générale liée à l'affection tuberculeuse. On sait, en effet, que les tubercules pulmonaires sont accompagnés d'infiltration des ganglions trachéo-bronchiques, la tuberculose intestinale de gonflement et de dégénérescence caséuse des ganglions mésentériques. Virchow¹ signale brièvement cette invasion ganglionnaire dans les affections tuberculeuses, et ne doute pas qu'elle ne se produise « absolument

1. Virchow, *Pathologie des tumeurs*, trad. d'Aronsohn, t. III, p. 166.

comme celle des ganglions axillaires dans le cancer du sein, et

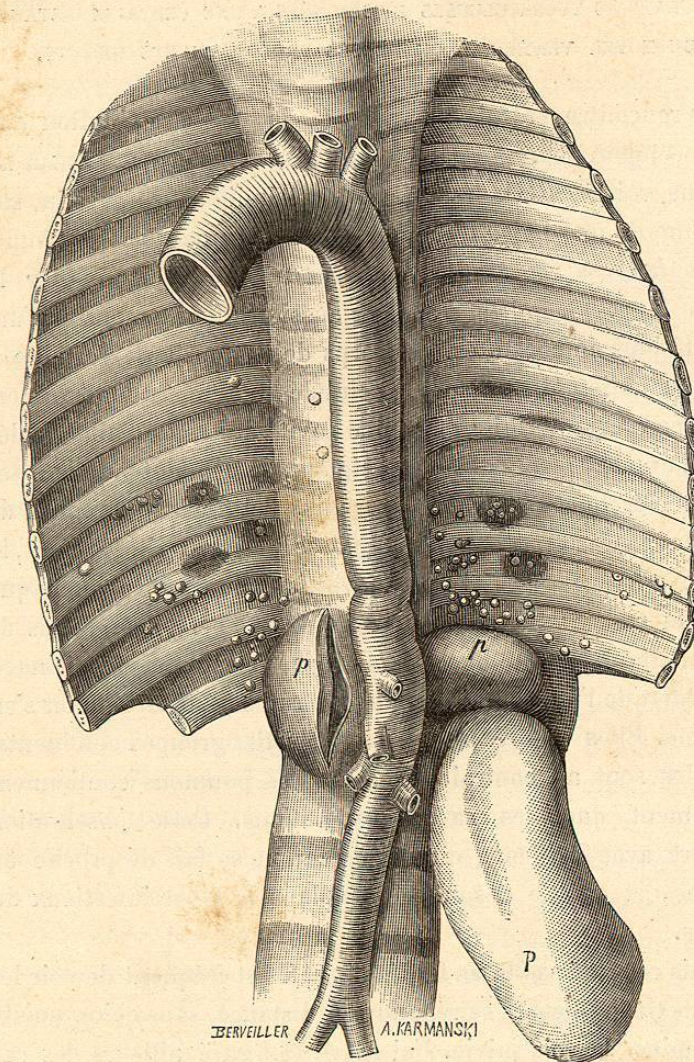


FIG. 12. — Mal de Pott dorso-lombaire. Abscès tuberculeux médian et latéral. Adhérences de l'aorte, plissement de ce vaisseau, dilatation aortique au-dessus de la lésion vertébrale. Granulations tuberculeuses pleurales au voisinage des foyers tuberculeux attestant l'infection. (Voir obs. XV, p. 369.)

celle des ganglions épigastriques dans le cancer de l'estomac ».