

rables à l'appui de leur pratique ; presque tous affirment qu'ils corrigent plus ou moins les difformités, mais il faut faire largement la part de l'illusion vraie ou simulée qui rapproche si singulièrement en général les résultats réels des résultats cherchés. En fait, la gibbosité résiste le plus souvent aux moyens employés ; le redressement qu'on obtient est toujours fort limité ; les cas dans lesquels il est très appréciable doivent être considérés comme de grandes et heureuses exceptions. En effet, pour juger exactement du degré de redressement, il convient de connaître la part qui revient aux courbures de compensation dans le redressement apparent qu'on a obtenu, et cette part n'est pas facile à distinguer. C'est dans ces courbures, il faut bien le dire, et dans leurs modifications ultérieures que se trouve la cause du rétablissement de l'équilibre du tronc dans la station verticale, la marche, etc.

2° *Paralysie.* — Lorsque le mal de Pott n'est pas suivi de mort, les sujets frappés de paralysie guérissent en général spontanément et progressivement de cet accident. Quelquefois l'ouverture d'un abcès, ou simplement l'apparition sous la peau d'une collection profonde est suivie d'une amélioration rapide de la paralysie. La plupart des moyens préconisés à diverses époques n'ont guère fourni les preuves d'une réelle efficacité. Pott ayant avancé que les cautères appliqués de bonne heure, avant la naissance des abcès, conduisaient infailliblement à la guérison de la paralysie, Boyer et beaucoup d'autres font un titre d'honneur au chirurgien anglais de sa découverte, et cet enthousiasme s'est prolongé jusqu'à une époque récente. Aujourd'hui les cautères sont tombés en désuétude, et les malades n'en guérissent pas moins de leur paralysie. La chose se conçoit : condamnés au repos par leur paralysie, ils trouvent dans le décubitus horizontal où ils se placent d'habitude une condition des plus favorables à la cure de cet accident. Au reste, on comprend que l'application d'un seul cautère soit inoffensive ; mais il n'en est pas de même de l'exagération qui consiste à

entretenir indéfiniment quatre ou cinq cautères, à les renouveler jusqu'à ce que l'on compte une trentaine d'ulcérations ouvertes successivement, quatre à six à la fois, durant une période d'un ou deux ans. Sous une autre forme, la méthode révulsive peut avoir certains avantages. Charcot a observé des résultats bienfaisants produits par les pointes de feu ; il recommande d'en renouveler fréquemment l'application. Les heureux effets qu'il a obtenus s'expliquent par une action favorable exercée sur la pachyméningite et la congestion médullaire qu'elle entraîne. L'innocuité de ce procédé permet d'y recourir sans inconvénient. On voit, d'après cela, que le traitement approprié aux altérations osseuses est aussi celui qui convient à la paralysie. David (de Rouen), qui recommandait le repos, était plus près de la vérité que Pott.

Que doit-on penser de l'électricité sous forme de courants galvaniques ou faradiques, de la strychnine, de la noix vomique, du massage ? Ces moyens accessoires, destinés à entretenir la nutrition et à mettre en jeu la contractilité des muscles paralysés, sont utiles, non seulement en cas de paralysie persistante, mais surtout lorsque la paralysie est en voie de guérison, en hâtant le retour complet des mouvements volontaires.

3° *Abcès symptomatiques.* — Il n'y a pas de règle invariable à suivre dans le traitement des abcès froids d'origine vertébrale. La conduite chirurgicale varie, en effet, selon la marche de ces collections.

Dans quelques faits, l'abcès, d'un petit volume en général, cesse de s'accroître, et on assiste à sa guérison spontanée. Malheureusement il en est autrement d'habitude, et le développement des abcès est continu ; la collection devient progressivement plus superficielle et tend inévitablement à s'ouvrir. A ces deux types d'évolution correspondent deux méthodes thérapeutiques : l'une a pour but d'empêcher l'ouverture, en cherchant à obtenir la résorption du contenu, la rétraction et l'occlusion de la poche ; la seconde se propose, étant donné que

L'ouverture extérieure est inévitable, de la rendre aussi peu nocive que possible.

a. *Moyens thérapeutiques qui favorisent la résorption des abcès tuberculeux d'origine vertébrale.* — David (de Rouen), qui signala le premier la résorption spontanée d'un abcès froid d'origine vertébrale, attribua cette heureuse terminaison à l'influence du repos. D'un autre côté, l'étude de l'évolution du foyer vertébral nous apprend que l'abcès tuberculeux, presque constant anatomiquement, n'apparaît pas toujours à l'extérieur. Ces cas que je crois assez nombreux, dans lesquels le mal de Pott guérit sans qu'on découvre cliniquement l'existence d'un abcès, sont autant d'exemples de limitation des foyers et de leur résorption spontanée; que la collection ait été large ou étroite, peu importe, le fait seul de l'arrêt, puis de la réparation du tuberculome est important en lui-même. En outre, les abcès volumineux, très positivement reconnus, guérissent sans ouverture beaucoup moins exceptionnellement qu'on ne le pensait autrefois. Bouvier exprime cette idée sous la forme d'un soupçon, et il en induit l'indication thérapeutique de rechercher la résorption par deux moyens qui se confondent pratiquement, à savoir : 1° en diminuant l'abondance de la suppuration; 2° en activant l'absorption. Toutes les applications locales par lesquelles on se propose d'atteindre ce double but ne sont pas très actives. Pott et Boyer, qui étaient partisans des cautères, y renonçaient lorsque l'abcès était apparu; Larrey appliquait des moxas; Abernethy, des vésicatoires; la plupart des chirurgiens ont recours aujourd'hui aux révulsifs légers, en particulier au badigeonnage iodé: ce dernier moyen, entre tous, paraît mériter la préférence; mais on ne doit fonder qu'une bien mince confiance sur son emploi.

L'indication posée par David, mettre la lésion au repos, subsiste tout entière, et on la réalise par cette double condition du séjour au lit et de l'extension continue. C'est là le moyen rationnel d'éviter l'irritation locale et les complications inflam-

matoires, qui sont les causes les plus actives de l'agrandissement des foyers tuberculeux, et par suite du développement des abcès.

b. *Méthodes évacuatrices et ablation des foyers tuberculeux.*

— Autrefois, la conduite des chirurgiens était surtout guidée par la crainte qu'on avait des redoutables complications infectieuses qui suivaient immédiatement l'entrée de l'air dans la cavité suppurante, et qui souvent entraînaient la mort du malade à bref délai ou plus tardivement. Aussi, naguère encore, était-ce presque une règle d'attendre l'ouverture spontanée, afin de retarder ce qu'on ne pouvait éviter. Cependant cette expectation, ou mieux la crainte d'agir, n'est pas sans inconvénients; le volume de l'abcès augmente avec le temps, les désordres locaux qu'il entraîne sont plus nombreux, et son ouverture amène alors un péril qui va croissant. Ce point avait été mis en lumière par Abernethy, puis par Boyer, qui l'un et l'autre ouvraient de bonne heure les abcès, en prenant d'ailleurs des précautions contre l'entrée de l'air. Aujourd'hui les indications sont autres: la méthode antiseptique vient mettre les sujets à l'abri de tout danger d'infection consécutive; de telle sorte que s'il s'agissait d'un abcès dont l'origine fût assez superficielle pour qu'elle pût être mise à nu, il n'y aurait pas à hésiter; l'ouverture large, suivie de l'extirpation de la paroi de l'abcès et de la lésion osseuse, devrait être faite de bonne heure. Mais comme, dans l'espèce, il s'agit d'abcès tuberculeux à long trajet, destinés à rester fistuleux parce qu'on ne peut atteindre les vertèbres malades, au moins dans un grand nombre de cas, l'intervention est beaucoup moins facile à régler. Cependant je reste convaincu qu'on ne doit pas attendre l'ouverture spontanée de ces collections. Sitôt qu'il est démontré que, malgré le repos, malgré la médication reconstituante, un abcès symptomatique augmente de volume et que la résorption n'est plus à espérer, on doit intervenir dans la mesure que permet la région.

Plusieurs méthodes sont aujourd'hui en usage : 1° la ponction simple ou avec aspiration ; 2° la ponction suivie d'une injection modificatrice ; 3° l'ouverture large par une ou plusieurs incisions ; 4° l'extirpation de l'abcès par les incisions et le grattage.

Ponction. — On est assez souvent appelé à faire la ponction d'un abcès froid à titre d'exploration, ou plus souvent comme traitement palliatif pour éviter une ouverture spontanée et en attendant une intervention plus active ; il est rare, en effet, que la ponction simple, même répétée, soit suivie de guérison. Pour éviter tout au moins qu'elle ne soit nuisible, il faut se servir d'un trocart rendu aseptique par un nettoyage attentif, ou mieux par le flambage, si l'on ne veut pas être exposé à provoquer une poussée inflammatoire qui transforme l'abcès froid en phlegmon d'une extrême gravité. Le trocart que l'on choisit doit être d'un assez gros calibre pour ne pas s'engorger facilement. Quelques chirurgiens font l'aspiration avec l'appareil de Dieulafoy ou de Potain. Autrefois J. Guérin se servait d'une seringue spéciale, qui remplissait le même rôle. A mon avis, l'aspiration est inutile, et elle peut être nuisible. A l'aide du simple trocart, on évite facilement, si l'on veut, l'entrée de l'air, et l'on arrive aisément à vider la poche d'une manière suffisante. L'aspiration ne facilite guère l'écoulement : car souvent un amas caséux vient boucher la canule, et l'on est obligé d'introduire à plusieurs reprises le trocart moussé pour la déboucher. L'emploi de l'aspiration a un autre inconvénient ; celui de vider trop rapidement et trop complètement la cavité. Le changement brusque de pression qui en résulte occasionne assez souvent une hémorrhagie d'autant plus prompte à se faire que la paroi saigne facilement et abondamment. Aussi est-il préférable de faire la ponction simple. Lorsqu'il s'agit d'un abcès sous-cutané, il est utile, après l'évacuation, d'appliquer sur la poche une compression ouatée qui a l'avantage, en immobilisant les parties, de favoriser l'adhérence des surfaces et de s'opposer à la reproduction rapide du liquide.

Ponction suivie d'une injection modificatrice. — C'est la méthode inaugurée par Velpeau et largement appliquée plus tard par Boinet ; l'un et l'autre se sont proposé de modifier par des injections de teinture d'iode diverses cavités pathologiques, entre autres celles des abcès froids. Boinet rapporte dans son *Iodothérapie* un certain nombre de guérisons obtenues par ce procédé. Cependant les injections iodées ne sont plus en usage dans le traitement des abcès froids ; on a reconnu que d'une part elles n'avaient pas une action spécifique, et que d'autre part elles amenaient une irritation trop vive, source fréquente de complications inflammatoires.

Récemment l'iodoforme a pris la place de l'iode. Mikulicz et Billroth d'abord se sont servis d'un mélange d'iodoforme et de glycérine ; Mosetig et Verneuil ont employé plus tard une solution d'iodoforme dans l'éther à 4, 5, ou même 10 pour 100. L'un ou l'autre de ces liquides introduit dans la cavité de l'abcès dépose à la surface interne de la paroi de l'abcès une mince couche d'iodoforme.

L'efficacité des injections iodoformées dans le traitement des abcès tuberculeux, et plus spécialement des abcès symptomatiques du mal de Pott, n'est pas admise sans conteste, malgré un grand nombre de succès publiés tant en France qu'en d'autres pays. Les observations de ce genre demandent à être suivies pendant un temps fort long, plusieurs mois et même deux ou trois ans, avant que les résultats heureux puissent être appréciés à leur juste valeur et que le danger de la récurrence soit écarté. J'ai relevé récemment vingt-huit cas d'abcès tuberculeux, dont dix abcès symptomatiques du mal de Pott, traités dans mon service par la méthode des injections iodoformées. Bien qu'un certain nombre de ces faits remontent déjà à près de deux ans, je ne crois pas le moment venu de donner en détail les résultats de mon expérience personnelle, la plupart de mes observations étant encore incomplètes.

Aussitôt après l'injection d'éther iodoformé, le développement

des vapeurs d'éther distend fortement la poche qui devient sonore à la percussion. Les inconvénients de cette tension sont diminués par une ou deux ponctions faites avec l'aiguille tubulée de la seringue de Pravaz. Une douleur vive se produit souvent dans la région de l'abcès et même s'irradie à distance sur le trajet des nerfs. Elle se montre presque immédiatement après l'injection et peut se prolonger plusieurs heures et même deux ou trois jours. Elle semble due d'habitude à la distension trop forte de la poche, et il est facile alors de la conjurer. Il n'en est plus de même lorsque la douleur est provoquée par le contact de l'iodoforme agissant comme substance irritante. Un accident d'un autre genre, peu commun, il est vrai, est l'intoxication par l'iodoforme. Cette complication, beaucoup plus à redouter chez les sujets âgés que chez les enfants, survient d'une manière très irrégulière et n'est pas toujours en rapport avec la quantité d'iodoforme employée. Elle est par suite difficile à prévoir; aussi l'emploi des injections iodoformées dans les grandes cavités d'abcès commande-t-elle une certaine prudence.

Mais si on laisse de côté ces accidents, en général peu graves, pour n'envisager que les suites thérapeutiques de l'injection iodoformée, on est amené à ranger les faits en plusieurs catégories. Ainsi, sur les 10 cas d'abcès symptomatiques du mal de Pott auxquels j'ai appliqué cette méthode, 4 fois il s'est développé pendant les jours qui ont suivi l'injection une inflammation vive avec tension et chaleur locale, avec un état général grave qui m'a obligé à inciser largement les collections et à pratiquer des lavages antiseptiques; 3 fois la réaction a été peu vive; mais au bout de quelques jours, de deux ou trois semaines, l'abcès s'est ouvert spontanément, et on a dû recourir encore à des pansements antiseptiques. Il y a eu amélioration de l'état général chez ces trois sujets; l'un d'eux a guéri assez rapidement de son abcès. Enfin, chez les 3 derniers malades, la collection est restée fermée; chez l'un deux le liquide s'est

reproduit constamment, malgré quatre injections successives; les deux autres ont été améliorés.

Ces faits sont trop peu nombreux pour juger sans appel dans un sens ou dans un autre la méthode des injections iodoformées. Ils établissent cependant la variabilité des résultats: inflammation vive obligeant à inciser d'urgence; inflammation lente aboutissant à l'état fistuleux; reproduction du contenu sans inflammation, et enfin guérison immédiatement après l'opération ou par résorption lente du liquide collecté.

La proportion des succès est difficile à déterminer, par ce motif que ce traitement ne s'adresse qu'à un des éléments du mal de Pott, l'abcès symptomatique; toutefois, comme ces abcès constituent une des complications les plus graves du mal de Pott, on doit considérer comme un bienfait toute méthode thérapeutique qui non seulement les guérit quelquefois, mais qui enraye leur marche en modifiant leur caractère infectieux. Ce dernier point de vue est celui sous lequel il convient d'étudier la méthode par de nombreux et nouveaux faits patiemment recueillis, afin d'en fixer la valeur définitive. Pendant qu'on traitera de la sorte le diverticule du foyer vertébral, on cherchera la réparation des désordres osseux contre lesquels l'injection est impuissante par le traitement ordinaire, c'est-à-dire par l'extension continue dans le décubitus horizontal. Verneuil recommande l'immobilisation prolongée dans une bonne attitude; il « enferme le tronc dans une cuirasse » ou tient « le sujet couché pendant de longs mois, permettant à peine la promenade en voiture, dans une gouttière de Bonnet, ou sur une planche convenablement matelassée¹. »

Large ouverture simple ou suivie de l'extirpation de la paroi des abcès et des foyers vertébraux. — Abernethy et Boyer évacuaient le contenu des abcès ossifluents par une ouverture étroite qu'ils faisaient avec le bistouri poussé obliquement sous

1. Verneuil, *Sur le pronostic et le traitement du mal vertébral*: Bull. de l'Acad. royale de Belgique, 3^e série, t. XX, 1886, p. 1189.

la peau ; puis ils refermaient cette ouverture à l'aide d'un emplâtre. C'était une ponction plutôt qu'une incision à proprement parler. Le liquide se reproduisait, et une seconde, puis une troisième ponction devenaient nécessaires. Les accidents inflammatoires, à peine marqués ou nuls la première fois, apparaissaient après l'une des ponctions suivantes. Une fistule s'établissait dans les conditions les plus défavorables ; aussi cette manière d'agir a-t-elle été depuis longtemps abandonnée. Comme ouverture intermittente, elle est inférieure à la ponction avec le trocart ; comme ouverture permanente, elle offre infiniment plus de dangers que l'incision large.

J. L. Petit et Larrey croyaient se mettre à l'abri des complications en pratiquant l'ouverture avec les caustiques ou le fer rouge, comme si l'infection septicémique se faisait exclusivement par la surface de la plaie opératoire. Lisfranc, après avoir incisé largement la poche au bistouri, appliquait trente ou quarante sangsues sur la région pour combattre les complications inflammatoires : autre erreur inspirée par les doctrines de l'époque. Bonnet (de Lyon) opposait à la fièvre opératoire, à l'abattement des forces, l'emploi des vomitifs, des injections irritantes et antiputrides ; c'était se rapprocher davantage d'une pratique rationnelle. Cependant Bonnet ajoute : « La maladie est en général si grave que l'on ne peut attendre que de médiocres résultats d'un moyen quelconque. » La question a changé d'aspect depuis l'introduction de l'antisepsie. Celle-ci permet de se mettre à l'abri des complications infectieuses ; grâce à elle, on a entrepris des opérations plus larges, et même on est allé à la recherche de la lésion vertébrale. Un certain nombre de succès ont suivi ces tentatives.

Dès que l'ouverture est devenue inévitable, tout le monde est maintenant d'accord : on doit inciser largement sur le point déclive, vider complètement la collection, pratiquer des injections antiseptiques et même légèrement caustiques avec une solution d'acide phénique, de chlorure de zinc, etc., puis

drainer et appliquer un pansement large, mettant à l'abri du contact de l'air. A l'aide de ces moyens on évite les complications inflammatoires et septiques ; on peut même obtenir qu'il ne survienne presque aucune élévation de température après l'opération. Mais la cavité ne se cicatrise pas à la suite de cette simple incision ; elle reste fistuleuse. On n'obtient une guérison rapide que si le foyer vertébral est en voie de réparation ou bien si l'abcès est d'avance isolé de ce foyer. La cure peut encore être définitive, quoique très tardivement, après des alternatives de cicatrisation et de reproduction de l'orifice fistuleux. Enfin il est malheureusement fréquent que la fistule persiste d'une manière indéfinie, que la suppuration épuise le sujet et amène la mort dans le marasme, si elle n'est causée par une complication viscérale.

Les données anatomo-pathologiques qui ont fixé la constitution des abcès tuberculeux devaient conduire à une pratique plus rationnelle : l'extirpation de la paroi de l'abcès et du foyer osseux lui-même, toutes les fois que la chose est possible. On ouvre largement la poche, on décortique la paroi ; je me sers pour cela de longues spatules ou curettes d'un usage très commode. Si on peut atteindre le foyer vertébral, on le gratte, on l'évide avec la curette de Volkmann ; on enlève tout qui est suspect. Mais on devine que cette méthode, la seule rationnelle en somme, n'est pas, il s'en faut, toujours applicable au mal de Pott et qu'elle n'est pas sans inconvénients et même sans quelques dangers.

Ainsi, en présence d'un abcès tuberculeux du psoas lié à un mal lombaire, on ouvre d'abord cet abcès à la racine de la cuisse, là où il fait saillie extérieurement ; ensuite on pratique une contre-ouverture sur le point le plus rapproché de la lésion osseuse. On incise donc verticalement la région lombaire, en dehors de la masse sacro-lombaire ; on élargit au besoin par un prolongement oblique en avant, ajouté à l'une des extrémités de l'incision verticale ; on arrive ainsi au psoas, en passant en