

phénomènes inflammatoires paraissent se calmer, au point que le médecin non prévenu peut croire à la résolution complète; mais, au bout de quelques jours, la réapparition des phénomènes inflammatoires démontre que cette trêve apparente a permis à la suppuration de se produire insidieusement et de causer des désordres étendus. Le chirurgien devra donc se tenir en garde contre ces fausses apparences.

L'induration s'observe plus souvent; mais c'est surtout après la suppuration que l'on voit la région atteinte demeurer profondément empâtée et indurée; les adéno-phlegmons se terminent fréquemment ainsi.

La gangrène est une terminaison fort grave; elle se produirait surtout chez les diabétiques, les cachectiques, etc., et on l'a observée à la suite de la perforation de l'œsophage par corps étranger.

**Complications.** — Sous ce titre, nous rangerons la progression du pus dans les régions voisines, les lésions inflammatoires de l'appareil broncho-pulmonaire, les lésions des organes, et enfin celles des vaisseaux.

Les fusées purulentes se font suivant des directions qui ont été étudiées à propos de chaque variété; elles apparaissent surtout, dit Walther (1), chez les débilités et chez les convalescents d'une affection générale grave (scarlatine, variole, etc.); le plus souvent elles se font en bas; et, à cela, il y a deux raisons; d'une part, l'influence de la pesanteur, d'autre part, celle de l'aspiration thoracique: Ajoutons cependant que ces fusées médiastines sont en somme plus rares qu'on ne pourrait le supposer; les cas les plus connus sont ceux de Malassez et Lucas-Championnière, dont il a déjà été parlé (p. 708), et celui de Linon (*Soc. de chirurgie*, 1892).

Les lésions de l'appareil respiratoire, en dehors des compressions ou ulcérations dont nous aurons à parler, se traduisent par la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, la pleurésie purulente, enfin et surtout l'œdème de la glotte; dans une observation de Panas, citée par Gillette, on fut obligé de pratiquer la laryngo-trachéotomie.

Les organes de la région peuvent être ou comprimés ou ulcérés.

La compression peut s'exercer sur les nerfs du plexus cervical (douleurs irradiées), sur le grand sympathique (altérations de la pupille), sur le pharynx et l'œsophage (dysphagie), et surtout sur le conduit laryngo-trachéal (dyspnée).

Les ulcérations peuvent perforer soit l'œsophage et le pharynx, soit le larynx et la trachée; cette dernière complication s'accompagnera naturellement de vomique; notons aussi qu'elle peut laisser après elle soit le rétrécissement du conduit aérien, soit, comme dans

(1) WALTHER, *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus. Paris, t. V, 1891.

le cas cité par Gillette (1), des végétations dont le développement pourra amener une asphyxie progressive.

Bien autrement importantes et plus graves sont les complications vasculaires; Monod en a rapporté de nombreuses observations en 1882 à la Société de chirurgie; leur gravité nous oblige à nous y arrêter.

Quelquefois, ce sont de simples compressions. Si c'est une veine, même la jugulaire interne, qui est comprimée, la circulation collatérale ne tarde pas à rétablir le cours du sang et à conjurer les accidents. Mais les compressions artérielles sont déjà plus graves; celles qui portent sur la carotide primitive ou la carotide interne s'accompagnent de phénomènes cérébraux, coma, délire, qui rappellent les accidents consécutifs à la ligature de ces artères. Walther pense toutefois que les compressions doivent céder le pas aux accidents qui résultent de la coagulation.

Les perforations peuvent aussi porter soit sur les veines, soit sur les artères.

Les processus inflammatoires de la paroi veineuse s'accompagnent fréquemment d'endophlébite et de thrombose: il peut se produire alors des embolies de l'artère pulmonaire ou des infarctus du poumon, des embolies cérébrales, des embolies septiques avec abcès métastatiques dans les divers viscères.

Les perforations sont particulièrement fréquentes au cou; on sait depuis longtemps que les bubons scarlatineux ont sous ce rapport un fâcheux privilège. Gillette compte douze perforations de la jugulaire interne et une seulement de la jugulaire externe. Trois fois seulement, l'hémorragie a été foudroyante.

Les ulcérations artérielles ont plus d'importance; sur les 88 cas de Monod, 28 se rapportaient à des artères du cou. Gross, cité par Gillette, compte 5 fois la carotide primitive, 3 fois la carotide interne, 1 fois la sous-clavière, 2 fois la thyroïdienne supérieure; la linguale, la faciale, la thyroïdienne inférieure, chacune 1 fois. Dans 11 cas, on n'a pu déterminer exactement le vaisseau intéressé.

La cause première de ces lésions est certainement l'action du pus; tantôt il n'y a pas d'autres causes; tantôt l'influence du pus a été associée à celle d'un corps étranger, drain, etc.; mais ces cas ne sont pas les plus nombreux; tantôt enfin on a pu incriminer l'état général, une altération du sang, une lésion préalable de la paroi artérielle, une action nocive spéciale du pus (2).

D'après Monod (3), le processus ulcératif résulterait de l'extension

(1) GILLETTE, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. Cou, 1878.

(2) FLOUS, De l'ulcération des artères au contact du pus, thèse de doctorat. Paris, 1884, n° 262.

(3) CH. MONOD, De la perforation des artères au contact des foyers purulents (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. VIII, Paris, 1882).

de la phlegmasie à la paroi vasculaire ou de la suppuration des deux tuniques moyenne et externe; peut-être faut-il y ajouter avec Cauchois la destruction des vaso-vasorum de la tunique externe.

Quoi qu'il en soit, ce sont toujours les gros troncs qui sont atteints plutôt que leurs branches. La perforation est généralement unique: elle a la forme d'une simple fissure de la tunique interne, la tunique externe et moyenne étant détruites sur une certaine étendue.

L'hémorragie, conséquence de la perforation, peut survenir à l'ouverture de l'abcès; d'autres fois elle ne se produit que tardivement, alors que le phlegmon s'est depuis longtemps ouvert à l'extérieur. Quelquefois elle est foudroyante et la mort est immédiate; dans d'autres cas, il se fait une série de petites hémorragies qui avertissent le chirurgien et lui donnent le temps d'intervenir.

Le pronostic de cette complication est grave, puisque sur 25 cas de Gillette, 10 seulement se terminent par la guérison, 6 par la ligature de la carotide primitive, 1 par celle de la carotide externe, 3 par la compression directe.

Dans quelques cas, la perforation avait intéressé à la fois une grosse artère et une grosse veine.

**Pronostic.** — Nous ne nous y arrêtons pas; il résulte, avec assez d'évidence, de ce que nous avons dit.

**Diagnostic.** — Il est facile en général, dit Tillaux, et, en effet, il suffit la plupart du temps de connaître la durée de l'affection et de palper la tumeur pour établir le diagnostic.

On attachera une grande importance à la rapidité d'évolution; une tumeur douloureuse du cou développée en quelques jours est presque sûrement un abcès. Tantôt la fluctuation sera évidente, la peau amincie, la collection superficielle et l'erreur de diagnostic impossible; tantôt le pus sera plus profondément placé, il n'y aura pas de fluctuation, mais un œdème considérable, douloureux, produisant le torticolis, et la présence du pus sera seulement soupçonnée comme nous le verrons plus loin. — On a pourtant pris, dit Gillette, un abcès du cou pour une hypertrophie du corps thyroïde; mais il s'agissait d'un abcès tuberculeux. — Un examen sommaire éliminera diverses tumeurs du cou, kystes congénitaux, lipomes de la nuque, tumeurs gazeuses, anévrysmes, etc.

Les lésions ganglionnaires autres que les phlegmons seront reconnues en général avec assez de facilité; la micro-polyadénopathie ne peut guère causer d'erreur de diagnostic, l'adénite tuberculeuse surtout l'adénite monoganglionnaire suppurée, pourrait être l'occasion d'une erreur; mais l'évolution de la maladie surtout, les autres manifestations de la tuberculose, l'existence quelquefois d'autres cicatrices lèveront les doutes.

Les abcès par congestion sont fluctuants; mais ils se développent beaucoup et lentement, sans réaction inflammatoire, avec peu de

douleur, et il sera facile le plus souvent de les rattacher à une lésion osseuse.

Il sera plus difficile de reconnaître les lésions inflammatoires du cou; telles sont les inflammations de la glande thyroïde saine ou en état de goitre (1); dans ce dernier cas, le siège de la tumeur, son adhérence à la trachée, sa forme spéciale due à la capsule qui enveloppe l'organe, lèveront les doutes.

Vergely (2) a rapporté, sous le nom de *pseudo-phlegmon rhumatis-mal*, un cas analogue à ceux de Davaine, Kirmisson, etc. Il s'agit d'une lésion ganglionnaire développée chez un arthritique, accompagnée de fièvre, d'empatement considérable, dont « l'aspect est celui d'un phlegmon », mais il n'y a pas de suppuration.

Les causes d'erreur varient encore avec la variété des phlegmons.

Le phlegmon sous-maxillaire pourrait être confondu avec une inflammation de la glande. « Les observations en sont si rares, dit Tillaux, qu'on peut négliger cette cause d'erreur. »

On pourra songer aussi à une périostite alvéolo-dentaire, à une ostéomyélite du maxillaire inférieur; mais la tuméfaction siégerait alors sur le corps même de l'os et son maximum serait à la face. De plus, l'examen du vestibule de la bouche révélerait l'existence d'une tuméfaction avec ou sans fluctuation occupant la face externe du maxillaire inférieur; il ne faut jamais négliger cette exploration en cas de phlegmon sous-maxillaire.

S'il s'agit de phlegmon thyro-hyoïdien, on éliminera facilement l'hypothèse de glossite simple; le phlegmon sous-hyoïdien médian se porte directement vers la peau; on rejettera le phlegmon sous-hyoïdien latéral, le phlegmon sublingual dont les signes prédominent au niveau du plancher buccal et non à la base de la langue: le phlegmon juxta-laryngien siège plus bas, est unilatéral, a plutôt tendance à descendre, ne produit pas d'œdème vers la base de la langue.

Si l'on a affaire à un abcès profond, on sera guidé par l'existence de troubles fonctionnels qui relèvent de la compression des organes, quelquefois par les troubles de la pupille et surtout par la possibilité d'isoler le sterno-mastoïdien.

On n'oubliera pas que ces sortes d'abcès ont de la tendance à fuser le long des gaines celluluses plutôt qu'à se porter vers la peau, et qu'ils peuvent suppurer avant que la rougeur des téguments ou même une tuméfaction appréciable aient eu le temps de se montrer.

L'étendue des lésions, la gravité de l'état général feront songer au phlegmon diffus.

Enfin, en cas de phlegmon chronique, on sera quelquefois porté, au début, à faire le diagnostic de cancer primitif des ganglions, d'ad-

(1) Voy. art. CORPS THYROÏDE, par M. Lyot, *Traité de Chirurgie clinique*, t. VI.

(2) VERGELY, *Arch. clin.* Bordeaux, août 1892.

nite cancéreuse, de lymphadénome; on se basera surtout sur la marche de l'affection.

Le diagnostic du phlegmon du cou établi, on songera naturellement à en établir la cause; et l'on recherchera sur la peau, sur la muqueuse de la bouche ou de l'isthme, toutes les lésions susceptibles d'avoir fourni une porte d'entrée aux microbes; on ne négligera pas les antécédents (scarlatine); on examinera les dents avec soin, et si l'on est suffisamment outillé, la perte de transparence, les modifications de la sonorité, la trépanation exploratrice pourront révéler une lésion restée ignorée.

Enfin, on arrivera à une recherche très importante dans la pratique, celle de la fluctuation. Or, nous avons déjà dit combien elle pouvait être tardive et difficile à percevoir. Sans doute les adénophlegmons superficiels ne tardent pas à fluctuer; mais il en va tout autrement des abcès profonds; souvent on n'aura pas d'autres sensations que celle de l'œdème et de l'empâtement profonds; or, c'est précisément dans les cas de ce genre que l'on n'aura pas le temps d'attendre et que l'incision précoce sera le meilleur moyen de raccourcir la durée du mal et d'en diminuer les dégâts. Au bout de cinq à six jours, dit Peyrot, de six à huit, dit Gillette, on pourra admettre que le pus est collecté; nous nous rallions volontiers à la première opinion en faisant remarquer qu'il vaut mieux faire une incision inutile que de retarder une intervention indispensable.

Quant aux complications, les unes (compressions d'organes) se reconnaîtront facilement, les autres (ulcérations) ne deviendront le plus souvent évidentes qu'à l'ouverture des abcès.

**Traitement.** — Le traitement prophylactique, facile à imaginer, consistera à surveiller les dents, à maintenir la propreté de la bouche en cas d'angine ou de lésion ulcéreuse, etc.

Mais nous nous trouvons en présence d'un phlegmon constitué. Que faire? Les vésicatoires volants, les saignées, les sangsues, etc., appartiennent à l'histoire; l'onguent napolitain a perdu la vogue dont il a joui pendant si longtemps; les cataplasmes sont un bon moyen de calmer la douleur, mais ils sont malpropres et on les remplacera avantageusement par des gâteaux d'ouate hygroscopique imbibés d'une solution antiseptique chaude; le tout sera recouvert d'une toile imperméable et maintenu à l'aide de quelques tours de bande; de la sorte, on aura réuni aux avantages du cataplasme, chaleur et humidité, ceux d'un pansement antiseptique qui préparera la peau à la future intervention.

Sous l'influence de ce traitement, on pourra voir quelquefois le phlegmon rétrocéder et la suppuration ne se produira pas.

Mais le plus souvent, les signes d'inflammation persisteront et l'on devra songer alors à une intervention plus sérieuse. A quel moment sera-t-elle indiquée? Lorsqu'il y a de la fluctuation, c'est immédiate-

ment; mais dans les cas où le pus est profond et difficile à sentir, nous avons vu précédemment qu'il est prudent de ne pas attendre au delà du cinquième jour; ici encore, du reste, la règle est sujette à modifications; si l'on a affaire à une tuméfaction à marche rapide, avec œdème considérable, empâtement très profond, on pourra inciser avant; au contraire, en cas d'adénite inflammatoire bien limitée, superficielle, facile à percevoir, il sera permis d'attendre quelque peu.

Il est classique de donner le résultat des recherches de Gray-Croly sur la direction que doit suivre le bistouri dans l'ouverture d'un phlegmon. Il a figuré dans son mémoire :

Des lignes de sûreté : raphé médian du cou, bord postérieur du sterno, bord inférieur du maxillaire inférieur.

Des lignes de danger : bord antérieur du sterno et ligne allant de l'angle de la mâchoire au milieu de la clavicule.

Si les premières n'ont pas une très grande importance, il est utile pour le chirurgien d'avoir présentes à l'esprit les lignes dangereuses.

L'intervention est décidée; voyons le procédé auquel nous donnerons la préférence?

S'il s'agit d'un phlegmon visiblement superficiel, soulevant franchement la peau, on pourra sans doute se borner à la ponction et au lavage avec une solution antiseptique; une légère compression permettra d'obtenir une guérison sûre et rapide. On aura l'avantage d'avoir évité à son malade une cicatrice ultérieure qui peut présenter quelques difformités; mais, à vrai dire, une incision courte n'aurait guère plus d'inconvénients. Il en va autrement s'il s'agit du phlegmon profond et l'incision est ici de toute nécessité.

Prenons d'abord le phlegmon sous-maxillaire; ici, il faut rejeter absolument la ponction. Si l'on opère à temps en effet, l'œdème quelquefois très considérable augmente encore la profondeur du foyer: celui-ci est souvent petit, quelquefois même n'existe pas encore; le trocart mal guidé par une fluctuation obscure aura des chances de ne pas le rencontrer; enfin la ponction ne permettra pas l'évacuation ultérieure du pus qui n'est pas encore complètement formé. L'incision est donc indispensable et l'on se trouvera bien, pour la faire, de suivre le vieux précepte. Les doigts rechercheront le siège de la fluctuation, ou, si elle n'existe pas, le point central, culminant, le plus empâté et le plus dur de la tumeur; en cet endroit, et parallèlement au maxillaire inférieur, pour que la cicatrice puisse être dissimulée par la suite, le bistouri fera, à la peau seulement, une courte entaille de 1 centimètre de long; il faut, à partir de ce moment, laisser le bistouri et recourir à la sonde cannelée; son bec émoussé, introduit dans la plaie et manœuvré avec une certaine force, sera dirigé vers le centre de la tuméfaction; il détruira facilement l'aponévrose superficielle, pénétrera dans les tissus enflammés qui recouvrent la collection et arrivera jusqu'à l'abcès: on verra à ce moment le pus

s'écouler et quelques mouvements de va-et-vient de la sonde augmenteront les dimensions du canal qu'elle a créé. Par quelques coups donnés à droite et à gauche, on s'assurera qu'il n'existe pas d'autre collection purulente dans les environs. Il est bon alors, pour faciliter encore la sortie du pus, d'introduire dans la plaie une pince à forcipressure fermée que l'on retirera après en avoir écarté les branches.

La poche évacuée, on introduira un drain jusque dans sa cavité, on lavera avec une solution antiseptique et on appliquera une quantité de coton suffisante pour qu'il ne soit pas traversé par le liquide de la plaie.

Si, malgré toutes ces manœuvres, on ne trouve pas de pus, on sera en droit de conclure qu'il n'est pas collecté, mais on ne devra pas permettre à la plaie de se fermer; on introduira un drain dans le trajet créé par la sonde, et il ne sera pas rare, le lendemain, de trouver les pièces du pansement souillées, soit qu'une poche ignorée se soit ouverte à l'extérieur par suite de la décompression produite par l'incision, soit même que le pus se soit formé seulement après l'opération.

Sauf complications, la guérison sera rapide; on enlèvera le drain au bout de deux, trois, quatre jours, suivant les cas et en se basant sur l'abondance de l'écoulement; le trajet ne tardera pas à se cicatrifier et la plaie à se fermer. Nous avons insisté sur les plus minutieux détails de cette petite intervention; c'est qu'il s'agit là d'une affection fréquente et que tout praticien sera appelé à observer et à traiter.

On a songé à ouvrir par la bouche les phlegmons de l'espace thyroïdien.

Tillaux conseille de les ouvrir directement par la peau, lorsque le foyer est nettement perçu. C'est là incontestablement la conduite la plus sûre, témoin les deux cas d'ouverture spontanée du côté de la bouche, pour lesquels, le foyer se vidant mal, le chirurgien dut faire une contre-ouverture à la peau. (Follin et Duplay.)

Lorsqu'on a affaire à un phlegmon très profondément situé à la base du cou, Chassaignac pose en principe qu'il faut inciser sur la ligne médiane jusqu'à la rencontre de la trachée; on manœuvre alors la sonde cannelée, comme nous l'avons dit tout à l'heure, en longeant la trachée dans la direction de la colonne vertébrale que l'on peut atteindre du reste.

En cas d'abcès sus-claviculaires, le bistouri devra ménager avec soin la jugulaire externe; la sonde cannelée sera manœuvrée avec une extrême prudence. On a, dit Chassaignac, des exemples de perforations de la veine sous-clavière, accident qui a toujours été promptement mortel. L'incision devra être dirigée en bas et en dehors parallèlement aux vaisseaux sous-claviers et aux nerfs du plexus brachial. (Broca.)

Les phlegmons sterno-mastoïdiens seront ouverts de préférence sur le bord postérieur du muscle.

Contre le phlegmon chronique, Reclus recommande les ouvertures multiples au bistouri et au thermocautère. Les injections de sérum antidiphthérique, auxquelles ont fait songer les conclusions de l'examen bactériologique, paraissent donner des résultats favorables.

Quant aux phlegmons diffus, ils nécessitent une prompt intervention; c'est ici surtout que l'on ne devra pas attendre la fluctuation. Profitant des lignes de Gray-Croly, on fera de longues incisions, des débridements multiples au thermocautère, heureux encore si l'on parvient à enrayer la marche de l'affection.

Enfin on devra veiller aux complications.

Les propagations purulentes seront ouvertes et drainées, devrait-on, comme chez le malade dont l'histoire a été communiquée par Linon à la Société de chirurgie en 1892, faire la trépanation du sternum pour drainer le prolongement médiastinal.

À la compression du larynx, à l'œdème de la glotte se traduisant par la dyspnée, on remédie par la trachéotomie. La renaissance de la méthode de Bouchut justifie les tentatives de tubage (1). Lorsqu'il s'agit d'un enfant, il semble que rien ne sera plus facile, et les observations contenues dans la thèse de Ferroud (2) prouvent la très réelle efficacité de cette intervention en cas d'œdème de la glotte. Pour l'adulte, la question est plus délicate à résoudre. On trouvera dans le même travail des observations de Massei, Hopkins, Ferroud, relatives à des adultes (laryngite tuberculeuse, œdème de la glotte).

D'après Masséi, l'œdème de la glotte, l'érysipèle et l'abcès du larynx constituent les meilleures indications du tubage. L'intubation, dit Bernard Pitts, est destinée à remplacer la trachéotomie dans la grande majorité des cas d'œdème de la glotte par brûlure; c'est aussi l'avis de Lefferts, de Macewen. Nous ne doutons pas que le tubage ne trouve quelque jour une de ses indications dans les phlegmons du cou accompagnés de dyspnée.

Une dernière complication doit nous arrêter, c'est l'hémorragie; le plus souvent elle survient après ouverture de l'abcès; c'est surtout l'adéno-phlegmon de la scarlatine qui produit l'ulcération des vaisseaux. Subitement, et sans cause provocatrice souvent, le médecin est appelé pour une hémorragie énorme qui traverse le pansement, inonde les oreillers; on défait le pansement et, après hémostase provisoire spontanée ou obtenue par le tamponnement, on voit la cavité pleine de détritiques; des ganglions énormes, plus ou moins ramollis, la limitent; entre eux, des interstices creusés dans un tissu friable, à travers lesquels s'échappe le sang.

(1) Voy. Maladies du larynx par LUBET-BARON, *Traité de chirurgie clinique*, t. VI, p. 597.

(2) FERROUD, thèse de Lyon, 1894.

Le tamponnement ne peut être utile que s'il s'agit d'une petite artère; la ligature de deux bouts, dans beaucoup de cas, est absolument impossible; au milieu de ces tissus ramollis, dans cette région dont les rapports ont été profondément modifiés, il est presque impossible de se reconnaître. La meilleure conduite en pareil cas nous paraît être la ligature à distance du tronc principal; et c'est le plus souvent à la ligature de la carotide primitive, malgré ses dangers, que l'on devra recourir. Si l'hémorragie s'était arrêtée à l'arrivée du médecin, il faudrait se garder de rien faire qui puisse la provoquer; une compression suffisante, une surveillance attentive permettront d'éviter sa réapparition ou du moins de pratiquer à temps la ligature du tronc principal.

## II. — ABCÈS FROIDS.

Les abcès froids de la région cervicale peuvent être d'origine ganglionnaire; cette variété sera étudiée plus loin; d'autres fois, ils sont consécutifs à une lésion osseuse ou cartilagineuse, ce sont de vrais abcès confluents.

Le plus ordinairement, la lésion primitive siège sur un organe de la région: tuberculose du rachis, du larynx, de la trachée, de l'os hyoïde, de l'œsophage; mais parfois la collection purulente suit une marche plus compliquée et son origine se rattache à une altération des os du crâne ou de la face (base du crâne, rocher, antre mastoïdien, maxillaire inférieur), ou bien le pus remonte du thorax au cou (sternum, côtes et cartilages costaux, clavicule, omoplate). On a vu une cavité pulmonaire s'ouvrir dans le triangle sous-claviculaire (Voisin, cité par Walther; Gillette, dans son article du *Dictionnaire de Dechambre*, en cite d'autres observations).

Le plus ordinairement, les abcès froids consécutifs à une lésion rachidienne siègent en arrière du pharynx, dont ils soulèvent la paroi postérieure; ils peuvent cependant devenir latéraux et occuper alors la région sus-claviculaire.

**Symptomatologie.** — Les symptômes ne diffèrent pas de ceux des abcès froids en général:

Tumeur lisse, régulière, fluctuante, indolente, sans coloration de la peau, tant que celle-ci ne tend pas à s'ulcérer. Lorsqu'ils sont en rapport avec une grosse artère, celle-ci peut leur imprimer des pulsations qui ont pu faire songer à un anévrysme.

Les signes de compression des voies respiratoires et digestives ne sont jamais aussi intenses que dans les abcès aigus, dit Kœnig; c'est qu'il y a ici moins de réaction inflammatoire autour de la poche, et d'autre part les organes ont le temps de s'accommoder à la compression et de fuir devant elle.

Les perforations des organes creux et surtout des vaisseaux sont par contre particulièrement fréquentes.

Ces abcès ont de la tendance à se porter à l'extérieur et à s'ouvrir à la peau.

Leur *pronostic* se relie étroitement à celui de la lésion causale.

Quant au *diagnostic*, il peut être dans quelques circonstances assez délicat. Nous avons vu qu'on a pu prendre un anévrysme pour un abcès froid. L'erreur sera encore plus facile à commettre lorsque la collection aura ulcéré le vaisseau. Luton ouvrit ainsi un abcès qui communiquait avec la carotide.

Les lipomes, les kystes congénitaux ou autres seront ordinairement reconnus sans difficulté.

L'abcès reconnu, il faudra le rattacher à sa cause. C'est ici qu'il ne faut jamais négliger l'examen de la colonne vertébrale; on l'explorera avec soin par la bouche et par la nuque; on recherchera l'existence d'un point douloureux, d'un torticolis. Lorsque l'abcès est en rapport avec la voie respiratoire, on pourra reconnaître cette particularité, après ouverture de la poche, à ce que le liquide se videra plus abondamment pendant l'expiration.

**Traitement.** — Il dépendra de la cause qui leur a donné naissance.

Lorsqu'ils sont consécutifs à une lésion susceptible d'être abordée chirurgicalement, l'incision ne sera que le premier temps d'une intervention qui conduira sur un cartilage, sur un os atteints de tuberculose; on extirpera avec soin à la curette toutes les parties malades, on grattera les parois de la poche et l'on refermera avec ou sans drain, suivant les indications.

Mais lorsque la lésion originelle peut être considérée comme inaccessible, s'il s'agit d'un mal de Pott sous-occipital par exemple, nous n'hésitons pas à repousser l'incision, dont la conséquence la plus favorable ne peut jamais être qu'une réunion par première intention, résultat insuffisant et tout aussi bien obtenu par la ponction.

On se contentera donc de faire, au point fluctuant, une ponction évacuatrice, et par la canule, après avoir lavé à l'eau boricisée, on injectera soit de l'éther iodoformé, soit du naphthol camphré. Cette petite opération sera répétée aussi souvent qu'il sera nécessaire et combinée à une action thérapeutique, dirigée contre la lésion osseuse (immobilisation), elle aboutira souvent à la guérison. Enfin, si l'on avait par erreur ouvert un abcès par congestion d'origine vertébrale, le mieux serait, après avoir gratté les fongosités, de le refermer purement et simplement.