

nente du volume du membre, mais sans impotence.

L'hypertrophie des parties dont les veines sont obstruées, et dont j'ai fait mention, est très-notable dans les cas rares de phlébite chez les jeunes enfants. J'ai vu dernièrement un enfant âgé de cinq ans, dont le membre inférieur droit était depuis trois ans plus développé que le gauche. Pendant le jour, et lorsqu'il est depuis longtemps dans une position déclive, il devient œdémateux; mais pendant la nuit l'œdème disparaît, et le membre paraît seulement beaucoup trop volumineux. Certains points de la cuisse sont marbrés, sombres, violacés, et une partie de la peau du genou a une texture épaisse et verruqueuse. L'aspect général du membre est comme celui des membres d'adultes chez lesquels, comme chez le professeur Laurie, les veines fémorale ou iliaque primitive ont été longtemps oblitérées. On pourrait supposer que c'est un cas d'hypertrophie simple, mais le membre est froid, et non trop chaud; ou d'obstruction des lymphatiques, avec développement par rétention de la lymphe; mais les pustules sur la peau sont caractéristiques d'une obstruction veineuse.

XII

ABCÈS RÉSIDUEUX

Abcès qui se forment dans les foyers anciens d'inflammation. — On les rencontre surtout dans les affections du rachis, de la hanche, dans certains cas de nécrose de l'intérieur des os longs; dans les abcès ganglionnaires. — Intervalle souvent très-long entre les rechutes. — Ces abcès offrent tantôt les caractères des abcès aigus, tantôt ceux des abcès froids. — Difficultés du diagnostic dans ce dernier cas.

Sous le nom d'abcès résiduels (*residual abscesses*) je comprends tous les abcès formés dans les restes d'inflammations anciennes, ou dans les parties voisines. La plupart se forment dans des points où le pus, produit longtemps auparavant, a été retenu en totalité ou en partie, est devenu sec, en d'autres termes a vieilli. Mais il est probable que certains d'entre eux sont formés dans les épaissements, adhérences, ou autres produits d'inflammations très-antérieures lentement organisés.

Les abcès de ce genre sont probablement bien connus de beaucoup de chirurgiens; mais en donner une dénomination et des exemples particuliers, peut servir à démontrer qu'ils surviennent plus fréquemment qu'on ne le suppose communément, et qu'il est souvent important de les diagnostiquer.

La suppuration qui survient parmi les produits d'une in-

flammation ancienne est probablement un exemple de ce qu'on peut admettre comme généralement vrai en ce qui concerne des inflammations à rechutes nombreuses, à savoir qu'elles sont dues à une nutrition troublée ou interrompue, non-seulement des tissus détériorés par des inflammations antérieures, mais encore des tissus nouvellement formés dans leur foyer. Ainsi dans les inflammations à rechutes fréquentes des testicules, des articulations, et d'autres parties que l'on voit dans un état constant d'irritation, *la faiblesse, la vitalité lente, ou le manque de ténacité de composition*, qui sont les indices d'une inflammation survenant à la plus légère provocation, doivent être attribués plutôt aux restes des inflammations antérieures qu'aux tissus normaux de la région. Ainsi les adhérences s'enflamment, et les résidus du pus, dégénérant sous l'influence de l'irritation, provoquent une nouvelle suppuration ou y prennent part.

Certains des cas les plus remarquables d'abcès résiduels sont liés aux affections du rachis.

Une malade d'environ quarante ans avait eu ce que l'on supposait être une pleurésie aiguë; mais on peut croire que, avec ou sans pleurésie, elle eut une carie aiguë du rachis, car lorsqu'elle fut guérie de la douleur et des autres signes graves de sa maladie, on trouva une courbure angulaire très-prééminente à la partie inférieure de la région dorsale du rachis. Elle continua à avoir une mauvaise santé, avec diverses manifestations de scrofule, mais il ne survint pas de nouveaux accidents au rachis ou dans le voisinage, dans les six années qui suivirent la formation de la courbure angulaire; mais alors un abcès lombaire volumineux se forma. Sa formation s'accompagna de très-peu de troubles de la santé générale; il demeura presque stationnaire pendant près de deux ans, puis disparut et ne donna lieu à aucun

trouble dans la suite. Plus tard il survint une nécrose scrofuleuse du tibia, et environ un an après la mort fut causée par une bronchite aiguë.

Je suppose que dans ce cas l'abcès se forma dans les restes ou au voisinage de produits inflammatoires qui étaient restés en repos pendant six années. Cette hypothèse est justifiée par deux cas analogues, mais plus évidents.

Une dame âgée de 30 ans environ avait une saillie angulaire bien marquée des deux dernières vertèbres lombaires, et un abcès du psoas, qui s'étendait en bas à la partie externe de la cuisse, et dont le contenu pouvait être évalué à deux pintes de pus. Elle n'avait pas souffert beaucoup pendant la marche de sa maladie, mais elle était très-faible et amaigrie. Je lui conseillai de garder le repos parfait et constant au lit, de se bien nourrir, et de se maintenir autant que possible dans une bonne santé générale.

Au bout de deux ans, pendant lesquels ce traitement fut ponctuellement suivi, l'abcès, qui avait lentement diminué, avait disparu. On ne sentait rien que ce qui pouvait passer pour la coque rétractée et indurée de l'abcès, et la malade était grasse et robuste. Elle reprit ses habitudes de vie, et parmi d'autres preuves de bonne santé elle fit l'ascension du Righi et de quelques autres montagnes de la Suisse. Elle continua ainsi à être bien portante et vigoureuse pendant quatre années; alors elle eut une bronchite grave et fatigante, et devint très-faible; puis il se forma rapidement un abcès aussi volumineux que le premier.

Elle reprit le repos pendant deux ans, mais sans autre avantage que de regagner les forces qu'elle avait perdues pendant sa bronchite. L'abcès augmenta lentement, mais avec peu de symptômes généraux; et deux ans et demi après son apparition il s'ouvrit spontanément et se vida. Mainte-

nant encore, après plus de deux ans, le pus continue à s'écouler, mais la santé générale paraît bonne et la guérison très-probable.

Un gentleman âgé d'environ 20 ans eut une affection que l'on crut être une inflammation aiguë du bassin ou de la fosse iliaque; sa vie fut quelque temps en danger, mais il guérit et put mener une vie active comme légiste.

Vingt ans après il commença à souffrir de différents troubles intestinaux, et de douleurs dans le dos et les membres, qui, comme il les observait et les décrivait très-scrupuleusement, le firent passer pour hypochondriaque, jusqu'à ce qu'un abcès volumineux apparût à la partie supérieure de la cuisse droite. Il en vint ensuite un autre à la région lombaire, qui s'ouvrit dans l'intestin tandis que l'autre se vida à l'extérieur. Il dépérit lentement, avec fièvre hectique, et mourut au bout de deux ans environ.

L'autopsie démontra que les abcès étaient liés à une carie ancienne des corps des vertèbres lombaires. L'os carié était devenu dur et lisse, et des ponts d'os nouveau avaient réuni les corps des vertèbres; ils étaient si durs et compactes qu'on ne pouvait raisonnablement douter qu'ils aient été formés pendant et après la maladie qui survint plus de vingt ans avant la mort, et qui avait été suivie par au moins quinze ans de santé et d'intégrité apparente des tissus.

L'état des parties, dans les intervalles de suspension du mal, dans ces cas, aussi bien que beaucoup de points de l'histoire générale des abcès résiduels, est mis en lumière par une pièce du musée de l'hôpital (1).

On y voit deux muscles psoas avec des cavités occu-

(1) Série V, n° 30, représenté dans les *Hospital Reports*, vol. V, pl. I.

pant la place de toute la substance intérieure. Les cavités, dont la paroi interne est formée par une mince couche de tissu musculaire persistant, étaient tapissées par de minces membranes et remplies de restes de pus à moitié desséché. Extérieurement les muscles paraissaient sains, sinon qu'ils étaient pâles; ils étaient de volume normal, et les tissus adjacents étaient tous sains, sauf des rugosités peu prononcées et superficielles siégeant sur le corps d'une des vertèbres lombaires.

L'histoire de ce cas n'est pas connue; les pièces furent prises sur un cadavre envoyé aux salles de dissection; cependant il est assez clair qu'il s'était formé deux abcès du psoas, qu'ils ne s'étaient pas vidés, et que le pus retenu s'était desséché, était devenu caséux et vieilli; et il est tout aussi évident que les parties laissées dans cet état d'altération doivent avoir été très-sujettes à une inflammation nouvelle, et si elles s'étaient enflammées elles seraient devenues le siège d'abcès résiduels, comme cela a eu lieu dans les cas que j'ai rapportés.

Il n'est pas rare de rencontrer des collections semblables de pus desséché, à moitié sec, au voisinage d'articulations qui, malades longtemps auparavant, sont actuellement saines en apparence. On en voit quelquefois en pratiquant la résection du genou, en particulier dans les cas dans lesquels l'opération est faite non par suite d'une gravité considérable de l'affection, mais pour des récidives répétées d'inflammation articulaire, rendant le membre impotent, sans qu'il y ait de suppuration évidente.

C'est ainsi que, dans le cas suivant, on trouva un abcès qui était resté latent pendant de longues années, et dont le pus n'était que peu modifié.

Une femme de trente ans environ, d'une bonne santé gé-

nérale, fut admise dans le service de M. Stanley avec une tumeur circonscrite, indolente, élastique, et siégeant au niveau et au-dessus de la symphyse sacro-iliaque gauche. On la prit pour une tumeur graisseuse; mais l'opération, commencée pour son ablation, fit sortir du pus d'une cavité conduisant, par un trajet étroit, à l'articulation coxo-fémorale. Une affection de cette articulation avait existé vingt ans auparavant, et avait disparu sans suppuration apparente après un an de repos. La malade était restée boiteuse, avec raideur de la jointure, mais sans autre accident; et l'abcès n'avait pas été remarqué plus de deux ans avant son ouverture.

Des cas d'abcès résiduels analogues aux précédents sont quelquefois la cause de méprises dans des cas d'affection articulaire, spécialement dans les affections de la hanche guéries en apparence sans suppuration, et restant, selon toute évidence, guéries pendant une ou plusieurs années.

Une femme de vingt-cinq ans, saine et vigoureuse, vint dans mon service avec un abcès au niveau de la hanche gauche. A l'âge de onze ans, elle avait eu une affection de cette articulation et il s'en était suivi un raccourcissement du membre de près de 2 pouces. A dix-huit ans, après un très-long intervalle de guérison apparente, il se forma sous la gaine des vaisseaux fémoraux une tuméfaction qui actuellement, à vingt-cinq ans, contenait une demi-pinte d'un liquide qui sans aucun doute était du pus. La tuméfaction était indolente et avait augmenté lentement sans aucun trouble de la santé générale. On attendit que l'ouverture se fit spontanément.

Un étudiant, âgé de vingt ans, raconta qu'il avait eu souvent dans son enfance des manifestations scrofuleuses dans les ganglions cervicaux, et à treize ans une inflammation de la hanche qui, sans suppuration apparente, fut suivie d'un

raccourcissement du membre d'environ trois pouces. De ces trois pouces, la moitié était due au développement du membre, le reste à l'ulcération ou à la résorption de la tête et du col du fémur. Mais la jointure de nouvelle formation, s'il y en avait une, était librement morbide et tellement saine que, pendant les cinq dernières années, le membre avait constamment gagné en force et que l'étudiant avait pu mener une vie active sans douleur ni maladie.

Pendant les dix derniers mois, il avait observé une tuméfaction croissant peu à peu, à la partie supérieure et externe de la cuisse; mais elle n'amena ni douleur ni trouble jusqu'au moment où, deux jours avant que je le visse pour la première fois, la peau qui la recouvrait s'enflamma.

La tumeur parut alors faire une saillie comme un abcès chronique et fut ponctionnée après deux jours de traitement. Il en sortit environ dix onces de pus épais. Il ne s'ensuivit ni fièvre ni autre symptôme grave, et les parois de l'abcès se rétractèrent peu à peu, laissant un trajet fistuleux de quatre à cinq pouces de long et conduisant aux restes de l'acetabulum. On injecta de la teinture d'iode pour le faire cicatriser. Trois jours après, il survint des frissons et un violent accès de fièvre suivis de tuméfaction de la peau qui recouvrait le trajet, puis d'un écoulement abondant de matière crayeuse et de pus épais.

Une grande quantité de cette matière crayeuse, que l'on ne pouvait regarder que comme le résidu du pus formé cinq ans ou plus auparavant, dans les premières périodes de l'affection articulaire, s'écoula avec du pus de nouvelle formation et de petits fragments d'os. Après de longs mois, l'écoulement diminua et il ne resta plus qu'un trajet fistuleux assez étendu; mais des signes d'une affection tuberculeuse