

des organes génitaux et urinaires apparurent, et le malade en mourut, neuf ans environ après les premiers signes d'affection de la hanche, et environ trois ans après l'apparition de l'abcès résiduel.

Un autre groupe de cas qui d'après moi peuvent être rapportés aux abcès résiduels se rencontre parmi les faits de nécrose de l'intérieur des os longs. Deux exemples remarquables ont été récemment observés à l'hôpital.

En février dernier une femme âgée de trente-huit ans était dans mon service, salle Sitwell, pour ce que je crus être un abcès de la tête du tibia. Il y avait une tuméfaction générale de la partie et par moments des douleurs telles, que la malade les appelait épouvantables, une véritable torture.

A l'âge de dix ans, c'est-à-dire vingt ans avant son admission, elle eut une inflammation de la jambe à la suite d'un coup, et il s'ensuivit une exfoliation de plusieurs petits fragments de la partie supérieure du tibia. Leur issue se fit par des abcès ou fistules qui restèrent ouverts pendant cinq ans, et autour desquels il survint plusieurs accès inflammatoires. Au bout de ces cinq ans, la malade paraissait bien; elle resta ainsi pendant vingt ans, menant une vie active et ne ressentant dans la jambe ni douleur, ni autre symptôme fâcheux. Trois ans avant son admission, probablement par suite d'excès de fatigue, la jambe commença à être douloureuse et à se tuméfier légèrement à la partie supérieure du tibia; et depuis lors elle éprouva, surtout pendant l'hiver, ces accès de douleur atroce pour lesquels elle entra à l'hôpital.

Peu de temps après son admission, je perforai la tête du tibia au point où la douleur était la plus vive, près des cicatrices des ouvertures par lesquelles étaient sortis les séquestres. L'instrument pénétra dans un petit abcès, d'où il sortit

quelques gouttes de pus. L'opération fut suivie d'un soulagement complet de la douleur.

Dans le lit voisin de cette malade était une jeune fille de treize ans, qui avait eu une nécrose semblable à la partie supérieure du tibia à la suite d'une blessure, cinq ans auparavant. A diverses époques des séquestres étaient sortis ou avaient été extraits; puis avait succédé un intervalle de santé apparente, et enfin un abcès, que l'on pourrait appeler résiduel, dans la cavité qui avait contenu les séquestres. Cet abcès fut perforé et guérit lentement.

En 1860, je vis, avec M. Edgar Barker, un garçon de quatorze ans, qui, quinze mois auparavant, avait eu une périostite aiguë avec nécrose des deux tibias aux environs de la réunion du tiers moyen et du tiers inférieur. J'enlevai des portions des couches internes des parois des deux tibias; les séquestres étaient presque aussi symétriques que la maladie l'avait été; ils siégeaient tous deux dans des cavités semblables situées dans les parois et avec des cloaques semblables. Les plaies se cicatrisèrent convenablement et tout parut aller bien pendant près de sept années.

Au bout de ce temps, la santé générale du patient ayant été fort détériorée pendant un séjour en Chine, un abcès se forma lentement à la partie inférieure du tibia droit, et j'eus à le perforer. La cavité de l'abcès était évidemment au point d'où l'on avait extrait les séquestres sept ans auparavant, ou dans son voisinage. Les plaies de l'opération se cicatrisèrent, mais le tibia s'enflamme encore fréquemment.

Dans aucun de ces cas je ne retrouvai distinctement des résidus de pus dans les cavités d'où les séquestres avaient été enlevés et dans lesquelles, longtemps après, la suppuration s'établit. Cependant il est très-probable que,

par des recherches plus minutieuses qu'il n'est possible d'en faire pendant une opération, on aurait trouvé de ces résidus; car l'état des cavités à séquestres, avec leurs parois rigides et leur membrane suppurante, est justement celui dans lequel nous pouvions rencontrer une réparation incomplète à l'aide de tissu nouveau, et des espaces remplis de résidus de pus.

Beaucoup d'autres cas d'abcès résiduels pourraient être cités avec des détails et des caractères très-voisins des précédents. Ainsi, dans les ganglions lymphatiques qui restent volumineux et indurés après une inflammation scrofuleuse survenue dans la première enfance, il n'est pas rare de voir, beaucoup d'années plus tard, une inflammation suivie d'abcès et d'issue d'une substance épaisse, caséuse, calcaire, qui constitue les résidus des premiers produits inflammatoires. Et au rectum, les indurations, restes d'inflammations annonçant ou produisant des abcès, suppueront presque à coup sûr, bien qu'il ait pu s'écouler de longues années de guérison apparente. J'ai ainsi observé un intervalle de quatorze années écoulées entre la cicatrisation d'un abcès du rectum et le retour de la suppuration dans les résidus cicatriciels et les tissus morbides qu'il avait laissés.

Pris ensemble, les cas peuvent suffire à confirmer le fait général que les abcès sont très-aptés à se former dans les sièges d'inflammations passées depuis longtemps, surtout lorsqu'il y reste des résidus de pus. Ces abcès résiduels peuvent se former, comme dans les points qui ont été le siège d'une nécrose, avec toute la douleur et les symptômes généraux qui accompagnent communément les abcès aigus; mais, le plus souvent, ils se forment len-

tement, sans douleur, sans fièvre ni autre accident. Dans ces cas, ils acquièrent un grand intérêt à cause de la difficulté du diagnostic. Ils peuvent ressembler à des kystes, ou à des tumeurs graisseuses ou fibro-cellulaires, et il n'y qu'une recherche attentive des antécédents qui puisse lever les doutes. En ce qui concerne les antécédents, un abcès résiduel peut être soupçonné chaque fois qu'une tuméfaction, qui n'est pas entièrement semblable à un abcès, se montre au niveau ou aux alentours d'un point qui longtemps auparavant a été le siège d'une inflammation, surtout si elle apparaît ou augmente aussitôt après quelque chose qui a altéré la santé générale.

Dans le traitement des abcès résiduels, on n'a pas besoin d'observer d'autres règles que celles qui sont généralement acceptées pour le traitement des abcès aigus et chroniques ordinaires. Je n'ai vu qu'une fois un abcès résiduel disparaître sans issue de pus; et la probabilité d'une telle terminaison est si minime, que je voudrais plutôt hâter que retarder la suppuration. Quant à l'époque où il faut ouvrir ces abcès, à la manière d'opérer et au traitement consécutif, les règles générales relatives aux abcès ordinaires peuvent suffire.

La plupart des cas que j'ai rapportés sont des exemples du très-long temps pendant lequel une partie qui a été une fois atteinte d'inflammation peut rester altérée; et les mécomptes que l'on éprouve lorsque survient un abcès résiduel peuvent; pour certaines personnes, jeter du discrédit sur la pratique qui consiste à permettre ou à aider la résorption ou le dessèchement des abcès chroniques liés à une affection du rachis ou d'une jointure. Mais ce discrédit ne serait pas juste; car beaucoup de malades chez lesquels ces abcès ont disparu n'en ont jamais

souffert dans la suite ; et, d'après ce que j'ai vu, la cicatrisation d'abcès résiduels vidés est plus rapide, et s'accompagne de beaucoup moins d'accidents que celle des premiers abcès de même dimension et siégeant aux mêmes points.

## XIII

## DES VIRUS CADAVERIQUES

Différence de gravité des accidents consécutifs aux piqûres anatomiques. Causes : nature du virus, soins immédiats, susceptibilité individuelle, immunité acquise. — Cette immunité peut se perdre : exemple personnel de l'auteur et d'autres anatomistes. — Histoire de la maladie de sir James Paget. Influence de la fatigue, d'une affection antérieure, de la distribution des lymphatiques, de la constitution, sur le développement, la marche et les complications de cette maladie. — Virulence du pus des abcès pyohémiques.

Le sujet des plaies anatomiques (*dissection-wounds*) a, dans ces derniers temps, paru moins important qu'on ne le croyait il y a quelque trente ans. Lorsque j'étais étudiant, on pensait que ces plaies étaient assez souvent mortelles, et qu'elles déterminaient fréquemment des affections graves ; mais, maintenant, on en fait souvent peu de cas. Ma récente maladie me porte à croire que cette opinion est erronée. Il est très-peu probable qu'il y ait eu un changement quelconque dans la virulence des poisons engendrés dans le cadavre, et, s'il y en avait eu dans les conséquences de leur inoculation, je penserais qu'elles sont dues aux modifications dans la manière de les traiter. Dans ma vie d'étudiant, les premiers signes d'inflammation consécutive à ces plaies étaient généralement traités