

diarrhée, et le malade finit par succomber à cette forme de la septicémie chronique, que les anciens chirurgiens désignaient du nom d'*infection putride*.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'ouverture d'un abcès par congestion fût nécessairement mortelle. Bien loin de là; on peut voir, au bout d'un certain temps, la fistule se tarir et les accidents septicémiques cesser. Mais souvent la poche se remplit de nouveau, un second orifice se forme et l'on voit quelquefois la même succession de phénomènes se reproduire un certain nombre de fois. Après une série d'accidents semblables, le pus peut cesser définitivement d'être sécrété, et le malade revenir à la santé.

Exceptionnellement, l'ouverture de l'abcès peut se faire dans les viscères : vessie, colon, rectum. Ce mode d'ouverture donne naissance à de nouveaux accidents et place les malades dans des conditions particulièrement défavorables au point de vue de la septicémie, du fait du mélange du pus avec l'urine et les matières fécales.

On a vu également l'ouverture se faire dans la trachée et dans l'œsophage, en donnant naissance à de la suffocation ou à des vomissements purulents. Le *Dictionnaire en 50 volumes* signale le cas d'un abcès ouvert à la fois dans le canal rachidien et dans l'œsophage. L'ouverture dans le poumon et dans les bronches a été étudiée d'une manière spéciale dans les thèses de Guérineau (de Poitiers) ⁽¹⁾, et de Chénieux ⁽²⁾. Elle se fait grâce à l'adhérence des deux feuillets de la plèvre entre eux, puis à l'ulcération du poumon; le foyer purulent s'ouvre enfin dans une bronche, qui rejette au dehors le pus parfois mélangé de parcelles osseuses. Nous avons observé, il y a quelques années, à la Pitié, une jeune fille atteinte d'un mal de Pott dorsal, qui rejetait par la toux du pus mélangé, à diverses reprises, de petits séquestres. Déjà nous avons signalé l'ouverture possible de l'abcès dans l'articulation coxo-fémorale.

Nous devons faire remarquer, en terminant, que l'ouverture de l'abcès par congestion n'est pas le seul mode de terminaison qu'on puisse observer. Il arrive parfois, et le fait est loin d'être rare chez les enfants, d'après Bouvier, que le pus se résorbe et que la guérison survienne spontanément. Un autre mode de terminaison favorable, c'est celle dans laquelle la communication entre la poche et la lésion osseuse s'oblitére; l'abcès se trouve ainsi ramené aux conditions d'un abcès froid ordinaire, qui peut guérir spontanément, ou sous l'influence d'un traitement chirurgical.

Diagnostic. — Suivant les circonstances dans lesquelles on se trouve placé, l'abcès par congestion peut être très facile à reconnaître, ou, au contraire, exposer à de nombreuses erreurs. Le diagnostic doit être établi à trois périodes : 1^o lorsque l'abcès est encore caché; 2^o lorsqu'il est apparent au dehors; 3^o lorsqu'il est ouvert.

1^o Lorsque l'abcès est encore caché, il faut, pour le reconnaître, palper avec soin et profondément la cavité abdominale. Pour cela, on engage le malade à respirer largement et on lui fait fléchir les cuisses sur l'abdomen, afin de relâcher les muscles. A l'aide de ces précautions, on arrive parfois à délimiter une tumeur, qui, rapprochée des commémoratifs, des douleurs accusées par le

⁽¹⁾ GUÉRINEAU, *Sur un mode de terminaison des abcès par congestion*. Thèse de doctorat de Paris, 1859, p. 151.

⁽²⁾ CHÉNIEUX, *Des abcès par congestion ouverts dans le poumon, etc.* Thèse de doctorat de Paris, 1875, n^o 377.

malade, des troubles nerveux, de la gibbosité existant en même temps du côté du rachis, conduit au diagnostic. La certitude devient beaucoup plus grande s'il est possible de déterminer la fluctuation.

2^o Lorsque l'abcès est devenu apparent, son signe le plus caractéristique est la réductibilité. Mais cette réductibilité même expose à le confondre avec d'autres tumeurs également susceptibles de réduction, telles que les hernies, les anévrysmes. Il m'est arrivé de voir un abcès par congestion faisant saillie au niveau de l'orifice inguinal externe gauche, qui fut pris pour une hernie inguinale. L'erreur était d'autant plus explicable qu'au dire de la jeune fille atteinte de cet abcès la tumeur était apparue brusquement, à la suite d'un violent effort fait pour éviter une chute dans un faux pas. Un bandage fut employé tout d'abord; mais, plus tard, l'inflammation et l'ouverture de l'abcès vinrent rectifier le diagnostic.

Au cou, on pourrait confondre les abcès par congestion avec les abcès ganglionnaires si fréquents dans cette région. L'étude des antécédents, la déformation et la gêne des mouvements du rachis permettront le diagnostic.

Lorsque les abcès par congestion se manifestent dans le voisinage de la région anale, on pourrait les prendre tout d'abord pour de véritables abcès à l'anús, c'est-à-dire pour des abcès dépendant d'une lésion de l'intestin lui-même. Mais il est à remarquer que les abcès par congestion viennent se montrer à quelque distance de la région anale, tandis que les abcès à l'anús proprement dits se forment près de l'orifice anal.

Les abcès de la partie supérieure de la cuisse pourraient être attribués, soit à une psoriasis, soit à une coxalgie. L'étude des mouvements de l'articulation coxo-fémorale, et celle des mouvements dus au psoas, aussi bien que l'étude des antécédents, élucideront la question.

3^o Lorsque l'abcès est ouvert, le diagnostic n'offre plus en général de difficultés, d'autant que la grande quantité de pus qu'il verse, les parcelles osseuses auxquelles il livre passage, et, au besoin, le cathétérisme avec le stylet, indiquent suffisamment une lésion osseuse.

Il est enfin une erreur de diagnostic qui mérite d'être signalée; c'est celle qu'on peut commettre à la période où l'abcès, privé de sa communication avec la lésion osseuse, subit la résorption et se transforme en une tumeur solide. Denonvilliers rapporte qu'il a extirpé un de ces abcès, qu'il avait pris pour une tumeur sarcomateuse. On comprend que l'étude attentive des antécédents permettrait seule d'éviter une semblable erreur.

Pronostic. — D'une manière générale, le pronostic des abcès par congestion présente une extrême gravité. Celle-ci est subordonnée d'ailleurs à deux éléments : d'abord, la marche de l'abcès lui-même, dont l'ouverture est souvent suivie d'accidents septicémiques mortels; puis, le siège et l'étendue de la lésion osseuse, dont l'abcès est symptomatique. Si la lésion osseuse tend à la guérison, le pus cessant d'être sécrété, l'abcès pourra lui-même guérir. D'autre part, plus la lésion osseuse elle-même est distante de l'abcès, plus le pronostic acquiert de gravité. Il est, en effet, bien difficile, impossible même dans certains cas, d'agir directement sur la lésion osseuse pour la modifier et tarir la source de la suppuration.

Traitement. — Il est un certain nombre de principes généraux qui doivent

servir de base au traitement. Ces principes sont les suivants : 1° les abcès par congestion sont susceptibles de guérison spontanée; 2° leur ouverture peut être suivie des plus graves accidents; nous devons donc, par tous les moyens, chercher à obtenir leur résorption.

De tous les moyens qui sont à notre disposition pour favoriser la résorption des abcès par congestion, il n'est pas douteux que le plus puissant ne soit l'immobilité. C'est à tort qu'on a pu penser que l'immobilisation, en compromettant la santé générale, était peu favorable à la guérison. Bien au contraire, si la région malade de la colonne vertébrale est soigneusement immobilisée au moyen de la gouttière de Bonnet, d'un appareil plâtré ou autre, les douleurs sont supprimées, les lésions osseuses tendent à la réparation, et, par là même, la résorption de l'abcès est favorisée. S'il s'agit d'un enfant, on peut aisément, en le transportant tous les jours à l'aide d'une petite voiture, ou d'un lit mobile, compenser par l'exposition à l'air ce que l'immobilisation absolue a de peu favorable à la santé générale. Les différents moyens que l'on employait autrefois dans le but d'activer la résorption, et qui tous consistaient dans une révulsion faite à la surface de la poche, cautères, moxas, vésicatoires, doivent être rejetés. Ils imposeraient au malade d'inutiles souffrances; car leur efficacité ne saurait plus être admise aujourd'hui. Tout au plus, peut-on conseiller les applications de teinture d'iode, qui ont du moins l'avantage de ne causer qu'une douleur insignifiante, et qui peuvent être pendant longtemps répétées.

Si, au lieu de tendre à la résorption, l'abcès fait, au contraire, de nouveaux progrès, quelle conduite faut-il tenir? Les anciens chirurgiens, effrayés de la gravité des accidents consécutifs à l'ouverture des abcès par congestion, préconisaient l'abstention; ils espéraient par cette conduite retarder autant que possible l'éclosion des accidents considérés comme inévitables à la suite de l'ouverture des abcès par congestion; et, en laissant cette ouverture se faire spontanément, du moins ils échappaient au reproche de s'être faits les agents provocateurs de la septicémie. Cependant dès longtemps on s'était préoccupé de tâcher, par un mode d'ouverture spécial, d'éviter la pénétration de l'air dans la poche, et, par suite, la production des complications septiques. C'est ainsi qu'Abernethy et Boyer faisaient des ponctions obliques de la peau, dans le but d'éviter le parallélisme entre l'incision cutanée et celle des parois de l'abcès. En dépit de toutes les précautions prises, on n'arrivait pas le plus souvent à éviter les accidents, à une époque où l'on ne possédait pas encore la véritable théorie des infections chirurgicales.

Aujourd'hui nous sommes beaucoup plus puissamment armés pour lutter contre les abcès par congestion; aussi les résultats obtenus sont-ils infiniment supérieurs à ceux de l'ancienne chirurgie. Le procédé qui nous semble le plus recommandable, c'est l'évacuation du pus au moyen de la ponction aspiratrice suivie d'une injection iodoformée dans la cavité de l'abcès. Déjà autrefois Velpeau et Boinet avaient préconisé les injections de teinture d'iode dans l'intérieur des abcès par congestion; Mikulicz et Billroth se sont servis d'un mélange d'iodoforme et de glycérine; Mosevig Moorhof et M. Verneuil ont employé une solution d'iodoforme dans l'éther. Bien pratiquées, ces injections ont donné des succès importants. Nous-même, nous avons rapporté, entre autres, le fait d'un volumineux abcès par congestion occupant la fosse iliaque et le triangle de Scarpa et fusant par la grande échancrure sciatique à la

région fessière, qui fut guéri par une seule injection d'éther iodoformé (1). Plus de deux ans après l'opération, nous avons pu nous assurer que le malade restait guéri. Tout ce que j'ai pu voir depuis lors n'a fait que me confirmer dans mon opinion, et les injections d'éther iodoformé me semblent, à l'heure actuelle, le traitement par excellence des abcès par congestion (2).

Mais le résultat fourni par les injections iodoformées n'est pas toujours aussi avantageux. Il peut arriver qu'après un succès apparent la poche se remplisse de nouveau de pus; ou bien même l'inflammation s'empare de l'abcès, la peau se laisse distendre de plus en plus, s'ulcère, et il en résulte un trajet fistuleux. L'intervention s'impose alors au chirurgien comme une absolue nécessité; il faut ouvrir largement la poche, évacuer son contenu, constitué par un pus granuleux, caséux, auquel sont souvent mélangées des esquilles osseuses, pratiquer des lavages abondants dans son intérieur, et un drainage rigoureux. Un pansement antiseptique termine l'opération.

Dans ces dernières années, sous l'influence de l'heureuse révolution que la méthode antiseptique a faite en chirurgie, bon nombre de chirurgiens ont pensé qu'on pouvait être plus hardi dans le traitement des abcès par congestion, et que, sans attendre qu'on eût la main forcée, il convenait de pratiquer la large ouverture de ces abcès. Cette conduite a été suivie par Lister, Volkmann, Koenig, J. Bœckel (3). Dernièrement encore, elle était préconisée par le docteur Dollinger (de Budapest) (4), mais il faut bien avouer que, si l'on a enregistré des succès, on a échoué dans bon nombre de cas. Sans doute, on peut, grâce à des précautions antiseptiques bien observées, éviter les accidents infectieux pendant les jours qui suivent l'ouverture de l'abcès; mais trop souvent la suppuration continue, un trajet fistuleux se forme, et l'on ne parvient pas à éviter tous les accidents qui étaient autrefois la conséquence de l'ouverture spontanée. En effet, il est bien difficile, sinon même tout à fait impossible, dans les cas où l'abcès est lié à une affection vertébrale située à une grande distance, d'agir sur la lésion osseuse elle-même: de là, l'incertitude des résultats. Aussi préférons-nous, pour notre part, nous en tenir à la conduite que nous venons de formuler plus haut, c'est-à-dire: avoir recours à l'immobilisation, tant que l'abcès est profondément situé dans la cavité abdominale. Dès qu'il forme un relief appréciable dans la fosse iliaque, ou à la partie supérieure de la cuisse, et qu'on peut considérer l'ouverture spontanée comme certaine, il convient, sans l'attendre, d'employer la ponction et l'injection iodoformée. Celle-ci vient-elle à échouer, il faut, sans hésiter, recourir à la large ouverture antiseptique de l'abcès. Une contre-ouverture pratiquée à la région lombaire permettra d'évacuer facilement le contenu de la poche, et de faire dans son intérieur des injections antiseptiques.

Mais on a fait plus encore, et l'on a voulu, sinon extirper, du moins détruire par le grattage avec la curette tranchante les parois de la poche, et même évider ou réséquer les vertèbres malades. C'est ainsi qu'Israel (de Berlin) (5) a

(1) KIRMISSON, *Sur 2 cas d'abcès froids volumineux, guéris par l'injection d'éther iodoformé. Gaz. hebdomadaire*, 5 mars 1886.

(2) KIRMISSON, *Bons effets des injections iodoformées dans les abcès du mal de Pott. Congrès français de chirurgie*, 1894, Lyon, p. 580.

(3) J. BOECKEL, *Cure des abcès ossifluents, etc. Premier Congrès français de chir.*, avril 1885.

(4) DOLLINGER, *Wann soll der tuberkulöse Wirbelabscess geöffnet werden. Centralbl. für Chir.*, 27 juillet 1889, n° 50.

(5) ISRAEL, *Operative Eröffnung eines Abscesses im Rückgratscanal. Berliner klin. Wochenschr.*, 6 mars 1882, n° 10.

pu, en évitant un corps vertébral, pénétrer dans le canal médullaire, et évacuer un abcès qui comprimait la moelle. Cette tentative ne fut malheureusement pas couronnée de succès, car le malade mourut de pleurésie, trente-sept jours après l'opération. Un autre fait intéressant est celui qui a été rapporté par Fränkel⁽¹⁾. Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, qui portait un abcès par congestion au niveau de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire. Une injection d'iodoforme ayant échoué, on fit, le 26 janvier 1888, une opération sanglante, qui consista dans l'évidement du corps de la première vertèbre lombaire jusqu'à la dure-mère; mais on dut s'arrêter en présence d'une hémorragie veineuse très abondante. La réparation fut marquée par un incident intéressant: au cours d'injections de sublimé pratiquées dans le foyer opératoire, le liquide injecté fut rejeté par la bouche; ce qui dénote l'existence d'une communication de l'abcès avec les bronches; néanmoins on put obtenir la guérison. Un cas plus intéressant encore, c'est celui qui a été communiqué à la *New-York Surgical Society* par le docteur Abbe⁽²⁾. Il a traité un jeune homme de vingt et un ans qui présentait, au niveau des 9^e et 10^e vertèbres dorsales, une saillie volumineuse, en même temps qu'il avait une paraplégie incomplète provoquant de vives douleurs. On pratiqua, au niveau de la tumeur, une opération qui permit de constater l'altération des lames et des apophyses épineuses des 8^e, 9^e et 10^e vertèbres dorsales; ces parties furent enlevées. Il existait, en outre, un abcès tuberculeux, situé entre la paroi du canal vertébral et la dure-mère, et dépendant de l'altération de cette dernière membrane. Deux onces de pus environ furent évacués; les troubles fonctionnels s'amendèrent graduellement, et, trois mois plus tard, ils avaient complètement disparu.

Sans doute les faits précédents sont fort dignes d'intérêt; mais les conditions anatomiques sont loin d'être toujours favorables à l'intervention. Lorsque l'abcès siège à une grande distance de la lésion osseuse dont il est le symptôme, le grattage de ce long canal qui relie l'abcès à la colonne vertébrale malade présente de graves inconvénients. Tout d'abord il est bien difficile, impossible même, que ce grattage soit complet; il y a toujours quelques diverticules tuberculeux qui échappent à la curette. En outre, on est exposé à léser les organes voisins, ou à produire des hémorragies graves, si l'on poursuit ce grattage dans la profondeur des tissus. Quant à une action sur les vertèbres elles-mêmes, on ne saurait y penser, quand on est séparé des os malades par une aussi longue distance. Le mieux est donc, en pareil cas, de se contenter de la large ouverture de l'abcès, suivie d'un drainage exact et de lavages antiseptiques. C'est seulement quand l'abcès est très voisin du point osseux malade, comme cela se présente à la région lombaire, ou au cou, par exemple, qu'on peut songer à gratter toute l'étendue des parois de la poche, ou à agir sur les vertèbres elles-mêmes. Sous ce rapport, la distinction établie par M. Lannelongue dans le mal vertébral, qu'il divise en mal de Pott proprement dit comprenant les altérations des corps vertébraux, et mal vertébral postérieur, est fort intéressante. En effet, dans cette dernière variété, l'abcès siège au niveau même de la lésion osseuse, et il devient facile d'agir sur elle, pour assurer la guérison. De plus, comme le dit M. Lannelongue⁽³⁾, le volume de

(1) FRÄNKEL, *Zur Behandlung der tuberculösen Wirbelcaries*. *Wiener klin. Wochenschrift*, 12 juillet 1888.

(2) VOY, *Bulletin médical*, 6 mars 1889.

(3) LANNELONGUE, *Tuberculose vertébrale*, p. 258.

ces abcès est habituellement minime. L'ouverture de la collection purulente, l'extirpation et le grattage de sa paroi seront facilement pratiqués. On peut aussi agir sur la lésion osseuse, qu'elle ait pour siège une apophyse épineuse ou une apophyse transverse. M. Polaillon⁽¹⁾ a rapporté deux faits de ce genre, dans lesquels il a obtenu très rapidement la guérison.

III

DU MAL VERTÉBRAL SOUS-OCCIPITAL

Le mal de Pott, en se localisant à telle ou telle région spéciale de la colonne vertébrale, donne naissance à des symptômes particuliers qui peuvent devenir le point de départ d'une description isolée. Ainsi, dans ses *Leçons* sur la tuberculose vertébrale, M. Lannelongue décrit isolément le mal de Pott cervico-brachial, le mal dorso-lombaire, et le mal lombo-sacré. Mais nulle part le mal vertébral ne donne lieu à des symptômes aussi spéciaux, et n'appelle plus nécessairement une description particulière, que lorsqu'il se localise sur les deux premières vertèbres cervicales, et sur leurs articulations avec le crâne. Aussi tous les auteurs consacrent-ils un chapitre spécial au mal vertébral sous-occipital; nous suivrons cet exemple.

Historique. — Déjà on trouve dans Hippocrate⁽²⁾ la description d'une angine très particulière se caractérisant par un déplacement des vertèbres cervicales, par un enfoncement derrière le cou, par de la paralysie, et entraînant la mort des malades. Il n'est pas douteux que la description d'Hippocrate ne se rapporte au mal sous-occipital. Dans la collection des thèses de Haller se trouvent deux travaux importants sur les luxations spontanées de l'atlas et de l'axis, ceux de Tager et de Schmidt. Mais c'est seulement Schupke, élève de Rust (de Vienne), qui, le premier, en 1816, traça de la maladie une histoire d'ensemble dans sa thèse inaugurale. Rust lui-même publia l'année suivante (1817), dans son *Traité d'arthrokakologie*, une description du mal sous-occipital basée sur 15 observations personnelles. En 1820, parut la thèse d'Aug. Bérard sur les luxations spontanées de l'atlas sur l'axis, et de l'occipital sur l'atlas, qui résume l'état de la science à cette époque. Les traducteurs d'A. Cooper, Chassaignac et Richelot, ont retracé une histoire assez complète du mal sous-occipital; ils ont traduit aussi un mémoire de Lawrence, et relevé 25 observations d'ankylose de l'atlas et de l'axis (1857). Depuis lors, de nombreux travaux ont été publiés, notamment la thèse de Tessier (de Lyon)⁽³⁾; les articles que Bouvier, dans son *Traité des maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, Malgaigne, soit dans son *Traité des luxations*⁽⁴⁾, soit dans ses *Leçons d'orthopédie*⁽⁵⁾, ont consacrés au mal vertébral sous-occipital. Enfin, dans son *Traité de la tuberculose vertébrale*,

(1) POLAILLON, *Union médicale*, 1885.

(2) HIPPOCRATE, *Deuxième livre des Épidémies*.

(3) TESSIER, *De la tumeur blanche des articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne*, Thèse de doct. de Paris, 1841.

(4) MALGAIGNE, *Traité des luxations*, p. 535. Paris, 1855.

(5) MALGAIGNE, *Leçons d'orthopédie*, p. 275 et suiv. Paris, 1862.