

3 à 6 mois. Les corsets de feutre, lorsqu'ils sont bien imprégnés, sont tout aussi durables, sinon davantage. On peut même éventuellement les imprégner une seconde fois et les faire porter de nouveau au malade.

Si, à notre avis, les corsets confectionnés suivant la méthode de SAYRE, ont réalisé un grand progrès dans le traitement de la cyphose, par contre, nous ne pensons pas que ces appareils puissent donner à beaucoup près d'aussi bons résultats dans les cas de scoliose (voir page 890). On se tromperait grandement si l'on mettait toute sa confiance dans un appareil de ce genre, au point de le faire porter continuellement au malade. Comme nous l'avons déjà dit, on ne peut en obtenir un bon résultat qu'à la condition d'alterner le port du corset avec des exercices destinés à développer les muscles du dos (gymnastique, position assise sur un plan incliné, etc.); c'est avant tout dans les formes légères de scoliose que le traitement, ainsi institué, est efficace, mais peut-être obtiendrait-on encore de meilleurs résultats par les autres moyens, sans avoir recours à un appareil. Parfois cependant, le corset a été d'une grande efficacité dans des formes graves de scoliose, sans que nous soyons au clair sur la cause du succès obtenu dans tel ou tel cas particulier. Dans les formes anciennes tout à fait graves, l'appareil fait parfois promptement disparaître certains symptômes nerveux violents, les douleurs, la gêne respiratoire, etc. Bien que, comme nous venons de le voir, nous soyons loin d'accorder à l'emploi du corset dans la scoliose la valeur que possède ce mode de traitement dans la cyphose, nous sommes d'avis néanmoins qu'un corset appliqué par le chirurgien lui-même sur le malade en suspension, est bien préférable à tous les appareils de fabrique; aussi pensons-nous qu'il est parfaitement inutile de chercher à remplacer par ces derniers les corsets de plâtre ou de feutre que nous venons de décrire.

§ 63. — Sous l'influence de la méthode antiseptique le **traitement des abcès par congestion** a subi peu à peu une transformation complète. Il n'y a pas encore bien longtemps que STROMEYER proscrivait à bon droit l'ouverture des abcès froids de la colonne vertébrale; si cette opération n'était pas justifiée, suivant lui, c'est qu'elle entraînait presque toujours la mort ou conduisait tout au moins le malade à un état grave de marasme. Aujourd'hui, par contre, le chirurgien est autorisé à entreprendre l'opération sans avoir à craindre que le malade succombe aux conséquences de cette dernière: la septicémie ou la pyémie. Nous sommes loin de prétendre, cependant, que tout abcès doive être nécessairement ouvert aussitôt après son apparition. Les abcès intrapelviques, aussi longtemps qu'ils ne sont pas arrivés à la face postérieure du corps, au bord externe de la masse des extenseurs du dos, ou qu'ils ne font pas saillie au-dessus ou au-dessous du ligament de Poupert, disparaissent encore assez souvent par résorption sous l'influence d'un traitement convenable (position horizontale, appareil de Sayre). En tous cas,

L'ouverture de ces abcès est très dangereuse, surtout pour le chirurgien encore peu expérimenté, et l'on fera bien d'attendre, pour pratiquer l'incision, que le foyer purulent soit devenu accessible au bistouri, au niveau du ligament de Poupert ou à la face postérieure du tronc. Mais alors c'est toujours à l'incision que l'on aura recours, et l'on ne se contentera pas de la ponction et de l'aspiration. Même lorsqu'elle est faite suivant les règles de l'antisepsie, et qu'elle n'a pas de graves conséquences par importation de ferments putrides avec la canule du trocart, cette opération est trop peu sûre dans ses effets pour être d'une grande utilité; pour des motifs faciles à comprendre, l'abcès une fois vidé se remplit de nouveau, et au bout de peu de temps, ou seulement après une année, il a acquis de nouveau ses dimensions primitives. Nous ferons remarquer toutefois qu'à la clinique de BILLROTH, on est revenu, dans ces dernières années, à l'évacuation de l'abcès par le trocart, suivie de l'injection d'iodoforme, procédé qui, paraît-il, a donné tout d'abord de bons résultats. Mais nous n'en sommes pas moins d'avis qu'il faut chercher dans les garanties que nous donnent l'incision et les pansements antiseptiques, la cause de la transformation complète qui s'est opérée dans notre manière de voir sur le traitement de cette affection. Le premier but que l'on cherche à atteindre par cette méthode, est de déterminer l'oblitération des gros foyers purulents secondaires et d'établir à leur place une petite fistule sécrétant aussi peu de pus que possible. On ne réussit que très rarement à obtenir en peu de temps une guérison complète; pour des motifs aisés à comprendre et empruntés à l'anatomie pathologique de la maladie, les moyens dont nous disposons pour atteindre ce but sont bien limités, et nous sommes ici dans la même position que lorsque nous trouvons en présence d'articulations malades, nous ne sommes pas en état d'extirper les foyers tuberculeux suppurés contenus dans les épiphyses. Cependant, nous savons que dans un certain nombre de cas, on peut encore voir se cicatriser peu à peu, au bout d'une année et même davantage, des trajets fistuleux en relation avec le foyer morbide.

Il est donc indiqué d'ouvrir les abcès en voie d'accroissement, qu'ils s'accompagnent ou non de fièvre, dès qu'ils sont devenus accessibles au bistouri. Dans les formes parfaitement enkystées, que l'on voit souvent, surtout à la cuisse, persister pendant nombre d'années sans aucun changement de forme ni de volume, on n'a pas de raison particulière pour intervenir, mais, d'autre part, on n'a pas non plus de motif pour refuser l'ouverture de l'abcès.

La sécrétion des abcès froids a une tendance très grande à la décomposition putride. C'est pourquoi, lorsqu'on ouvre de gros abcès de ce genre, on doit observer, de la façon la plus scrupuleuse, toutes les mesures de précaution propres à empêcher la décomposition du pus. Ainsi, nous déconseillons formellement l'ouverture d'abcès de la cuisse chez les

femmes, au moment de la menstruation, car une quantité minime de sang menstruel arrivant sous le pansement, peut provoquer une décomposition rapide des liquides sécrétés par la plaie. C'est dans les quatre premiers jours que cette tendance à la putréfaction est le plus prononcée. Aussi, comme nous le dirons encore plus particulièrement, conseillons-nous aux médecins peu exercés de changer souvent le pansement pendant les premiers jours. Un bon drainage est une autre condition sans laquelle on ne peut maintenir facilement un gros abcès par congestion à l'abri de la putréfaction. On ne se contentera pas de placer des drains à la partie inférieure de la cavité de l'abcès, mais on en introduira, si possible, jusque dans le voisinage de la source de suppuration. Tels sont les principes qui vont nous servir de guide dans notre description de l'ouverture de ces abcès.

§ 64. — Admettons que nous ayons affaire à un abcès de la fosse iliaque ou à un abcès du psoas déjà parvenu au-dessous du ligament de Poupart. Cet abcès provient des vertèbres dorsales inférieures ou lombaires supérieures; il siège dans le domaine du psoas, dont il franchit le plus souvent les limites latéralement pour arriver sur le muscle carré des lombes. Assez souvent, le pus arrive même à la surface vers le bord externe de ce dernier muscle, entre les côtes et la crête iliaque, après avoir traversé les couches musculaires de la région (grand dorsal et muscles abdominaux) ou s'être fait jour à travers le triangle de J. L. PETIT. Mais, dans tous les cas, l'abcès est situé en arrière du péritoine, contre la paroi postérieure de l'abdomen. Arrivé dans le bassin, ou bien il reste en relation avec le muscle psoas principalement, et il soulève alors le péritoine au niveau de la partie externe du ligament de Poupart, ou bien il suit le muscle iliaque et refoule en haut le péritoine comme nous l'avons décrit à propos des abcès du bassin (§ 28). Au-dessous du ligament de Poupart, l'abcès est situé au côté externe des vaisseaux, ou bien il s'étale largement sous ces derniers et les soulève à la sortie du bassin.

Si nous rappelons encore une fois la disposition topographique de ces abcès, c'est qu'elle est de la plus grande importance pour la question de savoir où et comment il convient de les ouvrir. Conformément aux principes formulés plus haut, nous devons établir, dans ces cas, des orifices d'écoulement nombreux et, avant tout, favorablement situés. Il est bien évident que, dans le décubitus dorsal des malades, les ouvertures postérieures pratiquées au niveau du bord externe du muscle carré des lombes, sont les plus favorables au libre écoulement du pus; on s'explique ainsi facilement le fait que, dans le cas où l'abcès venait faire saillie dans la région lombaire, l'ouverture spontanée ou artificielle donnait d'excellents résultats déjà à une époque où l'on ne connaissait pas l'antisepsie. Une large incision pratiquée dans cette région, est parfaitement suffisante lorsque l'abcès ne s'est pas encore étendu d'une façon notable dans la direction du bassin. Dans le cas contraire, les poches secondaires de

l'abcès doivent naturellement posséder aussi des orifices d'écoulement, et ce sont ces derniers que l'on devra établir tout d'abord, lorsque la collection purulente, ce qui est habituellement le cas, ne s'est pas encore manifestée par du gonflement et de la fluctuation dans la région du dos. Dans ces conditions, lorsque l'abcès a déjà fait son apparition au-dessous du ligament de Poupart, c'est à ce niveau que l'on pratiquera la première incision, et l'on usera des précautions nécessaires pour ne pas blesser les vaisseaux de la région. Rappelons, d'ailleurs, que l'opération en question est, en somme, difficile et qu'elle exige toute l'attention du chirurgien. En règle générale, je choisis, pour les incisions, les points où la fluctuation est le plus manifeste; après avoir incisé la peau, je divise l'aponévrose sur une sonde cannelée, ou bien j'introduis jusque dans l'abcès une pince à pansement que j'ouvre ensuite de façon à dilater immédiatement l'orifice. Les fusées purulentes qui peuvent s'être produites dans la cuisse, doivent être pourvues d'orifices de drainage particuliers. Dans les cas si fréquents où le pus a suivi la voie des adducteurs, on aura soin d'établir ces ouvertures de façon qu'elles ne soient pas trop rapprochées des parties génitales et, par conséquent, du bord du pansement. Le mieux est de mettre une distance d'au moins un travers de main entre les orifices de drainage et les parties génitales. Quant à la question de la blessure des vaisseaux, question que divers auteurs ont discutée dans ces derniers temps, nous devons encore faire remarquer que dans les nombreuses incisions d'abcès que nous avons pratiquées, une seule fois nous avons eu affaire à une hémorragie devant être mise sur le compte de l'opération. Par contre, c'est à une arrosion tuberculeuse des parois des vaisseaux qu'il faut ramener les autres cas peu nombreux d'hémorragie que nous avons observés. Lorsque l'ouverture pratiquée sous le ligament de Poupart, a une largeur suffisante pour permettre l'introduction du doigt, on cherche, à l'aide de ce dernier, la voie suivie par le pus sous ce ligament. En règle générale, c'est au côté externe des vaisseaux que l'on trouve le trajet de l'abcès; on pénètre facilement jusqu'au-dessus du ligament de Poupart et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, où l'on trouve un point que l'on peut refouler de dedans en dehors avec le doigt destiné à servir de guide au bistouri; on parvient ainsi facilement à pratiquer, selon le procédé décrit plus haut, et sans danger pour le péritoine, une seconde ouverture d'écoulement du pus contenu dans la cavité pelvienne. Généralement, on est ensuite obligé d'avoir recours à de longues sondes conductrices. J'emploie, dans ce but, des sondes munies d'un manche et semblables à celles dont se sert ROSER pour les rétrécissements de l'urètre, avec cette différence qu'elles sont largement boutonnées à leur extrémité, et faites d'un métal flexible, par exemple de cuivre, plutôt que d'étain ou de plomb. A moins que le doigt ne suffise, ce qui peut être le cas chez les enfants, on introduit la sonde conductrice dans le bassin à travers la dernière ou-