

les conséquences sont des plus graves. Quand on a à traiter une infiltration tuberculeuse, on observe à peu près les mêmes phénomènes au début; mais il ne faut plus s'attendre à une guérison comme dans les tubercules enkystés. Cet état est rendu plus grave par la présence de séquestres qui ne sortent que difficilement et peuvent même, dans le cas où l'élimination ne se fait pas, entretenir une suppuration qui épuise et fait succomber le malade.

Les signes que nous venons de rappeler sont aussi ceux de l'ostéite, de la carie, de la nécrose. Aussi le *diagnostic* est-il entouré des plus grandes difficultés. On pourra être mis sur la voie de la nature tuberculeuse de l'affection : 1° par les caractères de la matière grumeleuse, jaunâtre, expulsée avec le pus; 2° par la constitution éburnée des séquestres; 3° enfin par les renseignements que fournit l'état général du sujet.

Le *pronostic* de cette affection repose en partie sur le siège de la lésion. Mais si le sujet est déjà épuisé par des suppurations prolongées, la probabilité d'une cicatrisation des cavernes tuberculeuses est peu probable. Enfin, la forme enkystée est de beaucoup moins grave que l'infiltration tuberculeuse.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'affection tuberculeuse des os comprend des moyens généraux et des moyens locaux.

Les moyens généraux sont ceux que nous avons déjà souvent indiqués parmi les reconstituants : huile de foie de morue ou huile iodée, ferrugineux, bains salés ou sulfureux, tisanes amères, viandes rôties, vins généreux, air salubre, etc. Nous nous bornons à ces simples indications.

Les moyens locaux seront plus utilement étudiés quand nous ferons l'histoire particulière de la tuberculisation dans les différents os. On peut dire ici, d'une façon générale, que lorsqu'un abcès tuberculeux s'est formé, il faut donner issue à la matière à l'aide d'une ponction oblique et sous-cutanée, si l'on est au voisinage de quelque cavité splanchnique ou articulaire, et d'une incision directe, s'il s'agit d'un os long et superficiel comme le tibia. Lorsque le pus s'écoule au dehors, on peut laver la poche purulente plusieurs fois par semaine, puis tous les jours à l'aide d'une injection iodée de force variable. On cherche en même temps si quelque séquestre ne peut pas être expulsé au dehors.

Il n'est pas rare de voir guérir de la sorte un bon nombre d'affections tuberculeuses, des os, mais dans tous les cas il faut user longtemps de ces moyens avant de recourir à quelque chose de plus grave. On devra être très-réservé sur les amputations des membres pour des affections tuberculeuses, qui souvent à la longue guérissent toutes seules.

Quand on jugera qu'il faut enlever l'os malade, on devra encore rechercher si une résection ne conviendrait pas mieux qu'une amputation. Dans la tuberculisation des extrémités articulaires, les portions d'os ne sont point en général malades dans une grande étendue. Aussi la résection peut-elle être dans quelques cas avantageusement substituée aux amputa-

tions. Mais quand il s'agit d'une tuberculisation de quelques os du tarse, l'amputation est préférable à des résections qui m'ont paru presque toujours suivies de regrettables résultats.

ARTICLE VIII

ABCÈS OSSIFLUENTS. — ABCÈS PAR CONGESTION

Nous avons, dans les articles précédents, étudié les différentes lésions des os qui s'accompagnent d'une suppuration plus ou moins abondante. Ainsi, nous avons vu que des dépôts purulents peuvent se former rapidement sous le périoste, tandis que d'autres se développent lentement à l'intérieur de l'os et y restent enkystés. Ce n'est point de ces deux sortes d'abcès que nous voulons parler ici, mais de ceux qui, nés d'altérations osseuses superficielles ou profondes, tendent à fuser plus ou moins loin du point malade.

D'anciens chirurgiens désignaient sous le nom d'*abcès par congestion*, toutes les collections purulentes qui n'étaient pas précédées d'un travail phlegmasique local. C'est ce que nous étudions maintenant sous le nom d'abcès froid. Boyer désigna plus particulièrement sous le titre d'*abcès par congestion* ceux produits par la carie des vertèbres ou d'une grande articulation, comme celle du fémur avec le bassin. C'est en effet dans ces régions que prend plus particulièrement naissance cette sorte d'abcès, dont la description a surtout été faite d'après ce qu'on observe à la suite de diverses lésions des vertèbres.

Il ne faut pas restreindre ainsi le cadre des abcès par congestion, et mieux vaut les étudier dans leur expression la plus générale, et désigner avec Gerdy sous le nom d'*abcès ossifluents*, tous les abcès qui viennent d'un os. Parmi ces abcès, les uns se trouvent directement en rapport avec la partie altérée de l'os : ce sont les *abcès sessiles*; et les autres, plus ou moins éloignés de la lésion osseuse, ne reçoivent que par une sorte de migration le pus qu'ils renferment : ce sont les *abcès migrants* ou *par congestion proprement dite*. On observe encore, au voisinage d'os malades, certains abcès qui ne communiquent pas avec eux; on doit les désigner sous le nom d'*abcès par propagation* de la phlegmasie, d'*abcès de voisinage*.

HISTORIQUE. — Ces abcès ont été connus de tout temps et désignés sous des noms variés; mais c'est seulement vers la fin du XVIII^e siècle qu'on commence bien à distinguer ce que nous étudions ici sous le nom d'abcès par congestion. David (de Rouen), dans sa *Dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales*, 1779, fit bien connaître l'origine de quelques-uns de ces abcès. Plus tard, Benjamin Bell étudia avec soin les abcès lombaires par congestion (*System of surgery*, 1787, t. V, p. 419), et Abernethy (*On the lumbar abscesses*, *Surgic. Works*,

t. II, 1811 et 1827), compléta ces études. L'ouvrage classique de Boyer devait sanctionner la division des *abcès en chauds, froids et par congestion*. Nous indiquerons dans le courant de cet article les principaux travaux à consulter sur ce sujet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il convient, en faisant l'histoire de ces abcès, d'étudier : 1° leur origine; 2° leur trajet; 3° la collection qu'ils forment; 4° enfin les métamorphoses qu'ils éprouvent et qui conduisent assez souvent à la mort du malade, mais quelquefois à la guérison.

1° L'origine d'un abcès ossifluent est dans la carie, la nécrose, le ramollissement tuberculeux d'un os. Lorsque ces lésions existent dans les couches osseuses superficielles, il se forme, en un point du tissu cellulaire qui entoure l'os, un amas de pus qui chaque jour s'accroît un peu et exerce sur les parties voisines une certaine pression. Si ce tissu cellulaire est lâche, il se laisse uniformément distendre, et le pus n'abandonne pas de suite le point malade de l'os. C'est alors un *abcès ossifluent sessile*.

2° Mais par des causes variées dont la pesanteur est la principale, le pus finit par se déplacer peu à peu. La migration de cet abcès est favorisée par l'inégale résistance des tissus voisins et par la contraction des muscles. Ainsi le pus fusera d'autant plus facilement, qu'il trouvera devant lui une gaine celluleuse entourant un muscle, des vaisseaux, des

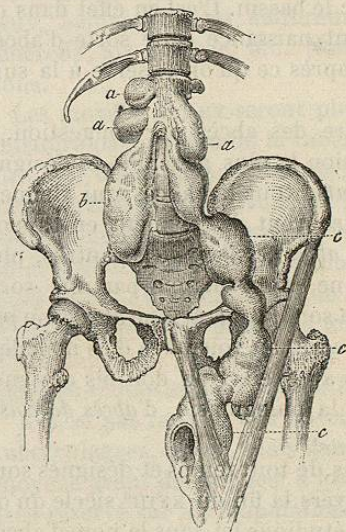


FIG. 139. — Divers degrés d'un abcès par congestion (Paletta).

nerfs, et c'est de la sorte que le pus s'introduit et marche dans la longue gaine du muscle psoas, le long des vaisseaux fémoraux, suivant le trajet du nerf sciatique. Des abcès ossifluents provenant de l'ischion malade peuvent suivre le trajet du nerf sciatique et gagner ainsi le creux poplité. Bourjot-Saint-Hilaire (1) avait essayé de montrer comment les abcès ossifluents suivent le plus souvent le trajet des nerfs rachidiens, et quelles ressources peut offrir au diagnostic la connaissance de ce trajet du pus. Mais les conclusions de son travail ne sauraient être acceptées d'une façon absolue, quoiqu'elles puissent s'appliquer à un certain nombre de cas. On a vu aussi le pus provenant d'une carie vertébrale fuser librement dans la cavité rachidienne.

3° Lorsque l'abcès est complètement développé, il représente une

(1) *Mémoire sur les abcès symptomatiques d'une lésion du rachis* (Revue médicale, nov. 1834).

poche plus ou moins arrondie qui tient, par un goulot de longueur variable, à un point malade de l'os. La figure 139, empruntée à Paletta, donne une bonne idée de la disposition générale de ces abcès. On voit en *a, a, a*, l'origine de ces abcès qui, en *b*, s'allongent et se dilatent. Le fond de la poche purulente est quelquefois renflé, et le canal qui conduit de là au point malade de l'os est souvent rétréci en certains endroits et dilaté en d'autres, *c, c*.

La structure de ces abcès est des plus simples : leur membrane fondamentale est constituée par du tissu cellulaire disposé en feuillets plus ou moins minces. Des aponévroses et des muscles étalés à la surface externe de cette membrane renforcent en ces points la paroi de l'abcès. En dedans, on trouve une couche molle, jaunâtre, formée en grande partie par du pus concret disposé en couche et en grumeaux, qu'on peut facilement racler. Si la face interne de cette poche reste pendant quelque temps en contact avec l'air, elle devient rougeâtre et assez vasculaire.

Le contenu de ces abcès doit varier suivant la nature de la lésion qui donne lieu à la collection ossifluente. Dans certaines caries, on trouve soit une bouillie sanieuse, soit un pus séreux qui renferme en suspension des grumeaux épais. Si l'abcès provient de tubercules des os, on voit à l'intérieur de l'abcès une masse blanchâtre, épaisse, demi-liquide, qui ressemble tout à fait à une crème épaisse. Des fragments d'os cariés ou nécrosés se mêlent assez souvent au pus de ces abcès.

L'os malade et la surface du kyste purulent contribuent chacun pour leur part à la formation de l'abcès.

4° Ces collections purulentes tendent en général à augmenter de volume, et, peu à peu amincissant les parties qui les recouvrent, elles finissent par ulcérer la peau et s'ouvrir au dehors. Dans ce dernier cas, il se produit à l'intérieur de l'abcès une modification importante. La surface interne de la collection purulente se vascularise et devient d'un rouge très-foncé; en même temps le tissu cellulaire qui double l'abcès s'épaissit notablement. On a souvent l'occasion d'étudier ces lésions à l'autopsie des malades qui succombent aux conséquences d'une suppuration prolongée de ce genre. Il est plus rare de trouver sur le cadavre des abcès par congestion guéris ou très-heureusement modifiés. C'est dans ces cas qu'on découvre une lésion osseuse cicatrisée, un cordon fibreux, trace d'un ancien canal qui sépare la partie de l'os altéré d'une poche plus ou moins remplie d'une matière jaunâtre, assez analogue à du mastic, et constituée micrographiquement par des granulations amorphes ou calcaires des globules graisseux et des cristaux variés.

SYMPTOMATOLOGIE. — Dans quelques cas assez rares, les abcès ossifluents n'ont point de signes prémonitoires. Ils se montrent à l'extérieur sans être annoncés par aucune douleur, aucune gêne, aucune lésion apparente du système osseux. Mais, le plus souvent, il y a des signes précurseurs de la collection purulente formée par l'os. Les malades accusent

alors, dans un point plus ou moins éloigné de l'abcès, une douleur fixe, plus ou moins vive, assez souvent continue, avec des exacerbations produites par les mouvements et une pression forte sur le point où la douleur a d'abord existé. Ces douleurs, qu'on observe surtout au rachis, siège de prédilection des lésions osseuses qui amènent les abcès par congestion, sont souvent prises au début pour des douleurs rhumatismales; parfois ce phénomène existe quelques mois avant la manifestation extérieure de l'abcès, mais dans d'autres cas la douleur a une durée bien plus longue, et on l'observe quelques années avant l'apparition de la collection ossifluente; enfin, notons encore que ces douleurs prémonitoires ont pu disparaître pendant quelque temps, puis se manifester de nouveau avant l'apparition de l'abcès. Il est rare qu'une déformation osseuse se produise au début des accidents; toutefois, le fait a été constaté plusieurs fois chez des adultes.

La collection purulente a en général deux phases dans son développement. Elle a d'abord, surtout lorsqu'elle vient du rachis, une existence latente. Placée profondément, elle est plus souvent méconnue par ceux qui n'ont pas pris l'habitude d'explorer, par une palpation profonde, l'abdomen des malades chez lesquels on peut soupçonner le développement des abcès par congestion. Plus tard l'abcès se montre en dehors, et son apparition est alors brusque ou lente. On voit dans le premier cas, à la suite d'un effort, d'un mouvement brusque, d'accès violents de toux, se produire rapidement dans l'aîne, au bas de la fesse, à la partie interne de la cuisse, certains abcès par congestion qui, depuis quelque temps déjà, étaient confinés au voisinage de l'anneau crural ou de l'échancrure sciatique, dans les gaines musculaires de cette région, etc.; mais le plus souvent la collection du pus se montre lentement. On découvre peu à peu une tumeur molle, sans changement dans la couleur ni la température de la peau, indolente et fluctuante. Cette fluctuation est ordinairement très-facile à percevoir. Il n'y a de difficultés qu'à cause de la situation profonde de l'abcès et de la couche épaisse du tissu qui le recouvre. Cette tumeur, lorsqu'elle se montre à l'aîne, à la cuisse ou à la fesse peut se réduire assez facilement; mais dès qu'on cesse de la comprimer, le liquide reparaît dans la poche. L'anatomie pathologique explique bien comment on peut réduire ces abcès dont le liquide est refoulé dans le canal qui conduit de la lésion osseuse au fond de la poche du pus. On voit quelquefois deux poches purulentes pour un seul point malade de l'os. C'est dans ce cas que la compression exercée sur l'une des poches fait refluer le pus dans la poche opposée qui se tend. Certains mouvements du malade, des efforts, font aussi plus ou moins saillir les abcès par congestion.

Les phénomènes généraux qu'on observe dans ce cas, avant l'ouverture de l'abcès, sont très-variables. Dans un assez bon nombre de cas, la santé générale du malade n'est pas altérée; la collection purulente se développe très-lentement et avec indolence. Cet état, en apparence satisfai-

sant, dure plus ou moins longtemps et quelquefois jusqu'à l'ouverture de l'abcès. Chez d'autres malades, la santé générale est mauvaise, les digestions sont pénibles, la nutrition insuffisante, et des abcès fébriles erratiques viennent rappeler au médecin la gravité de la lésion locale.

Enfin, après un temps souvent fort long, durant lequel le pus s'est accru lentement ou par secousses brusques, la peau s'amincit, devient rouge ou bleuâtre et s'ouvre pour laisser couler à l'extérieur une quantité souvent énorme d'un pus séreux, mêlé de flocons caséeux et qui exhale une odeur infecte; mais dans quelques cas le pus qui s'écoule d'abord peut n'exhaler aucune mauvaise odeur. Il contient parfois quelques fragments osseux cariés ou nécrosés.

Après l'ouverture spontanée comme à la suite de certaines ouvertures artificielles, la maladie peut suivre deux voies différentes. Dans quelques cas, une inflammation violente succède à l'ouverture de l'abcès. La peau qui entoure le point ouvert devient chaude, tendue, douloureuse. La phlegmasie, d'abord limitée à la poche purulente, se propage au delà, le long du trajet de l'abcès, dont le pus acquiert une odeur infecte et exhale des gaz fétides. Tout cela ne s'établit pas sans une fièvre vive, des frissons répétés, et souvent aussi des phénomènes plus graves qui, en quelques jours, amènent la mort du sujet. Dans d'autres cas, tout se calme en huit ou dix jours, et l'écoulement du pus se fait sans autres accidents pendant un temps variable.

Mais on voit aussi reparaître, chez quelques-uns de ces malades, tous ces phénomènes à des intervalles de temps assez rapprochés, et la santé s'altère promptement.

Le plus souvent les accidents ne se montrent qu'un certain temps après l'ouverture de l'abcès. Ils commencent par quelques mouvements fébriles mal définis, avec des redoublements le soir; en même temps la santé, jusqu'alors assez bonne, change, le malade maigrit, digère mal, perd ses forces et son appétit; ses jambes s'œdématisent, et, en dernier lieu, il tombe dans un marasme dont il ne peut sortir. Cela peut durer quelques mois avant d'amener la mort. Beaucoup de médecins ont attribué cet état à une infection putride, sans rechercher s'il ne se rattache pas à quelques-unes des grandes altérations viscérales. Or, je me suis plusieurs fois assuré que les malades succombent assez souvent à une des formes de la maladie de Bright ou à une urémie à marche lente. C'est alors qu'on trouve une quantité plus ou moins considérable d'albumine dans l'urine de ces individus.

Durant toute cette période de la maladie dont nous parlons, on observe par intervalle d'autres accidents dus à quelque obstacle, à la libre circulation du pus. Dans ce cas, le malade voit les accès fébriles redoubler, la région de l'abcès se tendre, devenir chaude et douloureuse, enfin tout céder au passage du pus au dehors.

Au lieu de s'ouvrir du côté des téguments, les abcès ossifluents peuvent se faire jour dans quelque viscère comme l'œsophage, la trachée,