

la cavité intestinale; on a vu de ces abcès arriver dans l'articulation coxo-fémorale par la bourse séreuse du psoas. De vives douleurs dans la hanche et dans le genou, une certaine impossibilité de marcher, annoncèrent la propagation de la phlegmasie à l'articulation. J'ai vu en 1849, dans le service de Velpeau, un abcès par congestion de la région dorsale du rachis s'ouvrir dans une bronche ou dans la trachée. Le pus fut rapidement expectoré, et le malade, guéri de cette lésion si grave, vit encore aujourd'hui.

Il y a une autre terminaison des abcès ossifluents, terminaison favorable, sur laquelle, dans ces derniers temps, l'attention des chirurgiens a été appelée à propos des abcès symptomatiques de quelques altérations des vertèbres. C'est la terminaison par résorption du pus. On conçoit que si, dans un abcès par congestion, la quantité de sérosité purulente continuellement résorbée devient supérieure à celle qui se produit par l'effet de la lésion, la guérison puisse avoir lieu. On voit alors l'abcès s'affaïsser graduellement, puis se réduire au point de ne plus être perçu par la main. On trouve dans un mémoire déjà cité de David (1) le premier exemple de ce genre de guérison, qui, depuis lors, a été assez souvent observé, mais qui n'avait point été assez remarqué jusqu'au moment où Bouvier fit mieux connaître ce mode de guérison des abcès par congestion (2). Notre savant collègue établit bien, dans son mémoire, que la guérison de ces abcès par résorption du pus est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, et qu'il y a certaines médications qui favorisent cette absorption. Dupuytren (3) a rapporté dans ses leçons cliniques un fait intéressant à cet égard : c'est l'histoire d'un jeune homme mort de pneumonie plusieurs années après avoir été soigné d'une affection du rachis, accompagnée d'abcès par congestion. On trouva à l'examen cadavérique la lésion vertébrale guérie, l'abcès réduit et même complètement effacé dans quelques points, contenant, au lieu de pus, une matière grasse et consistante. La diminution de la lésion osseuse, certaines modifications provoquées ou spontanées de l'économie, favorisent ce mode de terminaison des abcès par congestion.

Enfin, il ne faut pas oublier que, dans quelques cas, l'abcès ossifluent se trouve, par la guérison de la lésion osseuse, séparé de l'os malade, et la poche purulente prend alors tous les caractères d'un abcès froid ordinaire sans tendance à l'accroissement.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des abcès par congestion offre quelques difficultés aux différents degrés du mal.

1° Ces difficultés sont grandes lorsque l'abcès par congestion est encore contenu dans quelque cavité, le thorax, l'abdomen, le petit bassin, et elles

(1) *Dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales.* Paris, 1779, p. 113.

(2) *Archives de médecine*, 5^e série, 1857, t. IX, p. 1.

(3) *Leçons de clinique chirurgicale*, t. I, p. 532.

doivent engager le chirurgien à se livrer à un examen minutieux de ces cavités, lorsqu'un malade se plaint de douleurs fixes dans un point du rachis, d'une certaine difficulté à étendre la cuisse, car c'est alors qu'on trouve des collections purulentes qu'on n'avait pas d'abord soupçonnées.

2° Si l'abcès s'est montré à l'extérieur, on doit rechercher la fluctuation de la poche et l'absence de battements. On constate assez bien la fluctuation en procédant à la double pression sur des points un peu éloignés l'un de l'autre. Dès qu'on a pu s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une tumeur solide, on doit s'enquérir s'il n'existerait pas là un simple abcès froid idiopathique. L'abcès ossifluent est le plus souvent précédé de douleurs sur un point plus ou moins éloigné du squelette, et la percussion augmente ces douleurs. Rien d'analogue ne se voit dans les abcès froids idiopathiques; mais il importe de savoir que les douleurs ont absolument manqué dans des abcès par congestion. S'il existait en même temps quelques déformations du squelette, les principaux doutes seraient levés. Le volume considérable des abcès par congestion, leur réductibilité, leurs variations dans certaines positions du corps, leur siège habituel, sont autant de signes différentiels d'avec les abcès froids idiopathiques.

Malgré tous ces signes, d'assez nombreuses erreurs ont été commises. On a pris des bubons de l'aine pour des abcès par congestion, et *vice versa*. Là l'erreur est assez difficile à commettre; mais on comprendra mieux qu'elle ait été faite à la région cervicale, où des abcès des premières vertèbres dorsales viennent se montrer dans la région sus-claviculaire. Ces abcès, qui reposent au milieu des ganglions de cette région, sont moins larges que des abcès ganglionnaires simples, sans induration locale, et, par un examen attentif, on finit par les en séparer. Des anévrysmes profonds ne peuvent guère être pris pour des abcès par congestion. Cependant on trouve dans Pelletan (*Clinique chirurgicale*, t. I, p. 97) l'observation d'un ancien militaire qui, à la suite de douleurs et d'une gibbosité dans la région lombaire, eut, le long du psoas droit, une tumeur mal circonscrite, fluctuante, qui ressemblait beaucoup à un abcès par congestion, mais dans laquelle on finit par découvrir des battements artériels.

Une tumeur encéphaloïde fluctuante peut parfois donner lieu à des erreurs de ce genre.

Quelques erreurs inverses ont été signalées; ainsi un véritable abcès par congestion dans l'aine a été pris pour une hernie crurale réductible. Les signes communs sont la mollesse, la réductibilité de la tumeur, qui peut, comme nous l'avons dit, sortir brusquement du ventre à la suite d'efforts, etc. Mais les hernies intestinales peuvent être distinguées des abcès ossifluents par la résonnance à la percussion et parce qu'on ne trouve point, lorsque cette réduction a eu lieu, la tuméfaction qui se perçoit encore dans les abcès.

3° Lorsque l'abcès est devenu fistuleux, on doit chercher à se rensei-

gner sur l'origine de la fistule purulente. Est-elle produite par la carie, la nécrose ou quelque masse tuberculeuse en voie de ramollissement, ou bien est-elle simplement due à une certaine disposition des parois, l'exploration avec un stylet ne conduit que rarement à un diagnostic exact sur l'origine de la fistule, et cela s'explique par la longueur et les sinuosités du trajet. L'examen des produits qui s'écoulent de la fistule peut conduire à des résultats plus satisfaisants, car on y trouve dans certains cas de petits séquestres. Mais dans un cas d'abcès de la fosse iliaque qui s'était ouvert au pli de l'aîne, et qui avait pour origine des altérations osseuses, j'ai observé une complication peu ordinaire : c'était une fistule intestinale par laquelle se déversaient dans l'abcès des matières de l'intestin; c'était là une cause d'erreur.

Il y a de réelles difficultés dans le diagnostic de certaines fistules à l'anus chez des tuberculeux. Elles proviennent quelquefois d'altérations osseuses du sacrum, et peuvent être fondues avec la fistule anale simple.

PRONOSTIC. — Les abcès ossifluents sont toujours des lésions graves, et cette gravité dépend de conditions diverses, le siège du mal, sa nature, le volume de l'abcès, etc.

Les abcès ossifluents profonds, à long trajet, comme ceux qui proviennent d'altérations vertébrales, sont en général plus graves que les autres. Il faut aussi tenir compte de la nature de la lésion osseuse. Ainsi, après l'expulsion d'un séquestre, la source du pus peut se tarir, et le malade guérir; il en est de même lorsqu'un tubercule ramolli est expulsé au dehors mêlé à du pus, et que les parois de la cavité tuberculeuse s'affaissent. Ce sont les lésions de la carie qui sont les plus dangereuses. Les conditions pour la cure spontanée de la carie profonde sont des plus mauvaises, et les abcès consécutifs à cette carie, en général, ne guérissent pas.

Le volume considérable de l'abcès, l'état inflammatoire des couches qui le recouvrent, l'ouverture fistuleuse de la collection ossifluente et la propagation de l'inflammation à cette poche ajoutent encore à la gravité du pronostic.

TRAITEMENT. — Tous les chirurgiens, pénétrés des dangers qui résultent de l'ouverture des abcès par congestion, sont à peu près d'accord aujourd'hui pour recommander l'emploi des moyens qui favorisent la résolution de ces abcès et pour retarder le plus possible leur ouverture.

On conçoit que si la quantité de sérosité purulente continuellement résorbée à la surface interne de l'abcès, devient supérieure à celle qui se produit par l'effet de la maladie, la guérison puisse avoir lieu par l'affaiblissement graduel et la réduction de la gravité morbide. Bouvier, qui, dans un travail déjà cité, a montré la fréquence de ce mode de terminaison des abcès par congestion chez les enfants, a indiqué aussi les conditions qui favorisent ce mode de guérison de la collection du pus.

Le premier exemple connu de guérison spontanée des abcès ossifluents se trouve rapporté par David dans le mémoire que nous avons déjà cité.

Abernethy en a aussi cité des exemples auxquels viennent se joindre les observations de Bouvier.

On peut espérer cette terminaison de l'abcès chez les enfants, lorsque leur constitution n'est pas trop altérée, que le volume de l'abcès est peu considérable, et qu'on peut soumettre les malades à une bonne hygiène et à un régime tonique. Quant au traitement médico-chirurgical, il est des plus simples et doit consister dans le repos, l'emploi de quelques ferrugineux, des iodés à l'intérieur, de quelques purgatifs favorables à une absorption séreuse, et d'une légère stimulation des parois par l'application de quelques couches de teinture d'iode. La compression des parois du foyer a, dit-on, été utile dans quelques cas; mais elle est le plus souvent d'une application impossible.

Les eaux minérales et l'hydrothérapie, qui agissent à la fois sur la santé générale et sur la collection de pus, peuvent être utiles. Les procédés de révulsion vive, comme le moxa, le cautère, les vésicatoires même, doivent être proscrits du traitement des abcès par congestion.

Quand on met tous ces moyens en usage, on doit compter sur une longue durée du traitement avant d'obtenir l'arrêt de la maladie. Mais malheureusement, dans un grand nombre de cas, la collection purulente fait des progrès incessants, et l'abcès tend à s'ouvrir spontanément après avoir aminci et ulcéré la peau.

Il est d'une bonne pratique de retarder le plus possible l'ouverture de ces abcès, dans lesquels l'introduction de l'air fait toujours d'assez grands dégâts. Aussi repoussons-nous l'ouverture de ces abcès par les caustiques, le cautère actuel, le séton ou les larges incisions, vantées naguère par Lisfranc, avec cette précaution d'appliquer de suite, sur les bords de l'incision, un nombre de sangsues assez considérable pour empêcher le développement des accidents phlegmasiques. L'expérience a fait justice de ces moyens, aussi bien que de la ponction directe, et nous n'en parlerons pas. Quant à cette excision des parois du kyste, proposée naguère par Seutin, on a peine à comprendre qu'elle ait pu venir dans l'esprit d'un chirurgien tant soit peu familiarisé avec l'anatomie pathologique des abcès ossifluents.

L'expérience apprend toutefois que ces abcès, lorsqu'ils font des progrès incessants, doivent être ouverts; mais c'est par des ponctions obliques, dites sous-cutanées, qu'il faut évacuer le pus. L'idée première de ces ponctions, qui ne laissent point pénétrer dans le foyer, appartient à Abernethy, et Boyer les employait aussi. La méthode dite valvulaire (*valvular method*), du chirurgien anglais, est des plus simples : il conseille d'enfoncer obliquement et à plat un bistouri étroit dans la paroi de l'abcès, et de la sorte il fait à la peau, puis à l'enveloppe cellulaire de l'abcès, une double ouverture dont les deux trous sont séparés par une étendue plus ou moins considérable. Lorsque le liquide s'est écoulé au dehors, cette sorte de valvule ferme exactement la communication de l'abcès avec l'extérieur.

Boyer mettait en pratique un procédé analogue; il se servait d'un bistouri à lame très-étroite, le plongeait très-obliquement dans l'abcès après avoir fortement tiré de côté la peau qui le recouvrait. Les téguments, en revenant ensuite sur eux-mêmes, détruisaient le parallélisme entre la piqûre des téguments et l'ouverture de la collection de pus.

Il faut, quand on pratique ces ouvertures avec le bistouri, exercer constamment à la surface de l'abcès une compression uniforme, puis fermer hermétiquement, par un emplâtre agglutinatif, l'ouverture faite à la peau. Toutefois, malgré ces précautions, il n'est pas rare de voir ces ouvertures s'ouvrir de nouveau, et la communication de l'abcès avec l'extérieur s'établir au grand détriment du malade. C'est pour éviter ces dangers du bistouri qu'on a remplacé l'incision par une ponction avec le trocart, dont les plaies se cicatrisent plus rapidement. On a d'abord employé le trocart simple; mais J. Guérin, en 1841, a proposé un trocart évacuateur d'une forme spéciale, et pouvant s'adapter à une seringue qui vide l'abcès sans laisser pénétrer l'air à son intérieur.

Le trocart de J. Guérin est long, aplati, assez large, percé, dans une petite étendue, de trous sur ses faces. Il est muni d'un robinet et d'une douille à vis, ce qui permet de le mettre en communication avec une seringue qui, par un certain système de soupapes, fonctionne comme une pompe aspirante et foulante. Le trocart enfoncé dans l'abcès, on ferme le robinet dès qu'on aperçoit une gouttelette de pus. On visse ensuite la seringue sur le trocart et l'on aspire le liquide, qui remplit peu à peu le corps de l'instrument. Il suffit alors de fermer l'un des robinets de la seringue et de pousser sur le piston pour faire sortir sur le côté tout le liquide purulent. Cette manœuvre peut être renouvelée plusieurs fois jusqu'à l'évacuation complète du pus.

Les premières ponctions sont toujours suivies de la reproduction du liquide; on est donc obligé d'avoir recours à des ponctions nouvelles. Dans les cas les plus heureux, mais aussi les plus rares, la reproduction du pus se fait lentement et dans des proportions moindres; mais en général il ne faut guère compter sur ce dernier résultat. On voit souvent après plusieurs ponctions une des ouvertures s'enflammer, s'ulcérer, et l'abcès communique alors avec l'extérieur. De nouvelles modifications ont encore été faites à la méthode du traitement par les ponctions, auxquelles on joint les injections détersives. Abeille et Boinet ont, vers 1849, vanté ces injections dans le traitement des abcès par congestion, et depuis lors, Boinet a fait tous ses efforts pour mettre en lumière les avantages des injections sous-cutanées de teinture d'iode. Voici d'ailleurs comment on procède dans ce cas. L'abcès est ponctionné obliquement sous la peau, et le pus est évacué le plus complètement possible sans laisser pénétrer de l'air; cela fait, on injecte dans la cavité purulente une certaine quantité de teinture d'iode iodurée. La quantité de cette teinture varie suivant la capacité de l'abcès. On tâchera que le liquide pénétre loin dans la cavité purulente, et, à cet effet, on placera le

malade dans la position la plus propre à arriver à ce but. Après avoir lavé de la sorte la surface interne de l'abcès, on peut laisser couler le liquide au dehors. A la vérité, cela n'arrive point toujours, car la teinture d'iode, mêlée au pus, donne souvent lieu à des caillots qui obstruent le calibre du trocart. Il n'y a pas grand inconvénient à cela, et quelques chirurgiens conseillent même d'abandonner un peu de teinture d'iode dans l'abcès. L'iode est facilement absorbé et s'élimine par les urines.

Il y a en général peu de douleurs à la suite de ces injections; mais il n'est pas rare de voir une réaction générale et locale se manifester à la fois. Le pouls s'élève, la peau devient chaude, en même temps que la partie où siège l'abcès est un peu tendue et sensible à la pression. Tous ces phénomènes s'effacent peu à peu, et dans les cas les plus heureux, la quantité de liquide qui se reproduit est moindre qu'avant l'injection. On doit alors renouveler au bout d'un certain temps la ponction et l'injection iodée.

Ce mode de traitement, vanté outre mesure il y a quelques années, est aujourd'hui apprécié à sa juste valeur. Il est certain qu'à ce sujet plus d'une espérance a été déçue. Les injections peuvent exciter utilement les parois du foyer morbide, et en même temps agir pour modifier les os malades; mais le plus souvent on est obligé de renoncer à ce traitement, reconnu insuffisant, ou bien suivi de quelques ulcérations des piqûres faites par le trocart.

Mais si les abcès sont devenus fistuleux, les injections iodées peuvent être des plus utiles; elles modifient les surfaces malades au point de changer la nature et l'odeur du pus qui s'en écoule. Elles doivent alors être faites tous les jours et portées aussi loin que possible à l'aide d'une sonde fine de gomme élastique.

En résumé, le chirurgien doit chercher à obtenir, par tous les modificateurs généraux et par quelques modificateurs locaux, l'absorption du pus de ces abcès et l'arrêt de la maladie. Il éloignera le plus longtemps possible le moment de l'ouverture de ces abcès, et quand, par le volume de la tumeur, l'amincissement de la peau et quelques douleurs locales, il s'y décidera, il aura soin de faire, sur des points encore sains de la peau, une ponction sous-cutanée suivie d'une injection iodée. Boyer, qui avait d'ailleurs modifié sa pratique primitive, ponctionnait de bonne heure les abcès par congestion, et il s'appuyait pour agir ainsi sur ce fait, qu'au début la carie est peu étendue et l'abcès d'un petit volume. Mais la pratique contraire, vantée par Dupuytren, qui conseillait de temporiser, a aujourd'hui prévalu en chirurgie.