

Bibliothèque numérique

medic@

**Sanson, Alphonse. - Des abcès
symptomatiques**

1832.

***Paris : De l'Imprimerie de
Lachevardiere***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1832x01x05](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1832x01x05)

5
910981

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE.

DES
ABCÈS SYMPTOMATIQUES.

THÈSE

SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Le Décembre 1832,

PAR SANSON (ALPHONSE),
DOCTEUR EN CHIRURGIE.



PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE LACHEVARDIERE;
RUE DU COLOMBIER, N° 30.
1832.



JUGES DU CONCOURS.

MM. DUBOIS, Président,	
DESGENETTES,	
MOREAU,	
CLOQUET (JULES),	} Juges titulaires.
MARJOLIN,	
DUBLED,	
HATIN,	
BLANDIN	
	Suppléant.

COMPÉTITEURS.

MM. NORGEU.
MALGAIGNE.
DELMAS.
ROBERT.
MONOD.
RICORD.
DAGNEAU.
MICHON.
SÉDILLOT.
HALMA-GRAND
BASIGNAN.

DES ABCÈS SYMPTOMATIQUES.

Les chirurgiens décrivent sous le nom d'abcès symptomatique celui dont le pus provient d'une source éloignée. C'est aussi l'abcès par congestion. Il est ainsi désigné par opposition à l'abcès idiopathique. Ce dernier est en effet le siège de tous les phénomènes inflammatoires qui se terminent par la formation du pus, et comporte l'inflammation, dont il est le produit; et ces diverses opérations de la nature s'y observent également, soit que l'inflammation succède à une violence extérieure, à l'introduction d'une épine, d'une matière irritante échappée de ses réservoirs naturels, soit qu'elle se rapporte aux causes dites internes, soit qu'elle survienne dans le cours ou à la fin d'une maladie fébrile, d'une disposition générale connue sous les noms de diathèse, d'affection constitutionnelle, qu'il y ait spécificité ou non dans la cause de l'inflammation, que la propagation ait lieu pour sympathie ou continuité, etc.

Bien que dans un grand nombre de ces cas les données diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques, fournies par la cause, dominent les indications tirées de la collection purulente, l'abcès ne saurait être considéré que comme idiopathique; il n'est, sous le point de vue pathologique, symptôme nécessaire d'aucune de ces affections; il est seulement accident concomitant, et sous le rapport chirurgical il ne présente en général que peu de difficultés de diagnostic relativement à sa cause.

Quant à la source du pus de la plupart des abcès idiopathiques, elle ne réclame pas des soins chirurgicaux propres à chacune de ses espèces de causes; mais les indications sont bien plutôt fournies par les conditions locales de situation, d'étendue, de configuration, de maturité et d'acuité, etc.

Ce sont en général les moyens de la médecine interne qui varient en raison des causes.

Les abcès par suite de l'écoulement d'un produit irritant au-dehors de ses réservoirs naturels, se rapprochent toutefois, quant aux difficultés du

diagnostic de leurs causes, des abcès par congestion. Comme dans les abcès par congestion, il importe de déterminer une source éloignée, non celle du pus, mais la source éloignée d'où provient la matière irritante donnant lieu à l'inflammation qui se termine par l'abcès. Leur traitement a quelque chose d'analogue, en ce qu'il se compose, en général, de soins chirurgicaux, également appliqués à une maladie distincte de l'abcès. Ils en diffèrent toutefois, en ce que la cause d'irritation est contenue dans l'abcès lui-même; que cette terminaison n'est donc, comme dans tous les abcès *idiopathiques*, que symptomatique de l'inflammation même, qui a son siège dans le lieu même de l'abcès.

Certains abcès qui se manifestent avec une grande rapidité, et simultanément avec la disparition d'une inflammation, ou d'un abcès ayant son siège dans un endroit éloigné; d'autres abcès qui se développent vers quelques points déclives, comme dans l'aîne, ou vers la fesse, après une amputation de cuisse, sans trajet qui indique le passage du pus, et lors de la formation desquels on n'a pas observé la série des accidens inflammatoires, indices de la suppuration, se rattachent aux abcès symptomatiques, si l'on admet que le pus ait été vraiment transporté tout formé d'ailleurs; mais ils en diffèrent en ce sens qu'ils ne sont encore symptômes que de leur propre existence, et que leur relation avec une cause éloignée n'est qu'hypothétique.

Ainsi restreint, le sens du mot de *symptomatique* appliqué aux collections purulentes est donc synonyme de l'expression d'abcès par congestion.

Entendu dans ce sens, l'abcès symptomatique suppose nécessairement un point en suppuration, communiquant avec l'amas du liquide purulent. Cette affection est la cause dont l'abcès est l'effet; elle constitue la maladie dont il est le symptôme. Une lésion de cette nature peut toutefois subsister, sans que l'abcès existe avec ses caractères bien établis; telle peut être la disposition des parties que le pus sécrété ne puisse pas trouver place pour former l'abcès accessoire, et qu'il reste en contact avec la surface ulcérée. L'affection, dans ce cas, manque de son symptôme propre, et qui, lorsqu'il subsiste, n'a réellement d'existence que par elle.

On peut admettre néanmoins qu'il y a identité d'affection entre les cas où l'abcès n'est pas formé au loin, et ceux où il existe d'une manière tranchée. Il semble que cette absence exceptionnelle du caractère spécial de la collection du pus se présente pour rendre impossible toute définition par-

faitement générale. Il n'en reste toutefois pas moins exact que l'abcès par congestion, ou n'existe pas, ou existe comme symptôme.

La connaissance de la nature et du siège de l'affection qui produit le pus, est la notion importante à acquérir; elle domine toutes les données que pourrait fournir le cas pathologique étudié dans son ensemble; mais les signes qui révèlent l'existence de *l'affection-cause*, sont quelquefois si obscurs que *l'abcès-symptôme* en donne souvent le premier et le plus sûr indice, etc. C'en est qu'à grand-peine que quelques signes commémoratifs peuvent, dans certaines circonstances, être tirés du récit incertain des faits antérieurs. C'est donc sous le rapport de diagnostic, aux lois qui président à la formation de l'abcès, et aux caractères par lesquels il se produit, qu'il faut recourir pour remonter jusqu'à la détermination de la maladie primitive, et qui doit surtout être traitée. Le rapprochement des signes formés par cet examen avec ceux propres à la cause de la purulence, constitue toutes les données du diagnostic.

L'interprétation des lois qui président à la formation de l'abcès par congestion repose 1° sur la tendance du pus, une fois formé, à céder à la pesanteur, et à se faire jour vers les points les moins résistants; 2° sur la disposition anatomique qui trace la route du pus; 3° sur les mouvemens musculaires qui en commandent la progression.

Sous le rapport de la tendance qu'a le pus à céder à la *pesanteur*, on comprend qu'en formant incessamment de nouvelles molécules de pus, l'action organique dont il est le produit détermine promptement une collection qui, une fois rassemblée, tend d'autant plus à presser vers les points inférieurs, qu'elle devient plus considérable. Quant aux *dispositions anatomiques* qu'il est impossible de reproduire ici pour chaque région, on sait que toutes nos parties ont un lien commun qui est le tissu cellulaire; que ce tissu, qui, à l'état pur, est le plus perméable, le plus flexible des tissus de l'économie, remplit les intervalles que laisse entre les diverses parties du corps la diversité des formes présentées par les côtés qui les mettent en contact, et se prolonge en couches intermédiaires entre les surfaces des organes plats.

C'est ainsi que la colonne vertébrale étant prise comme le centre d'où, suivant la disposition générale de l'économie, irradiant tous les appareils de l'organisme, le tissu cellulaire qui l'entoure se continue par des prismes ou des lames, jusqu'aux parties les plus extrêmes.

Ces voies celluluses sont toutefois limitées par les organes qui les bordent; mais ce sont surtout les toiles aponévrotiques qui les coupent, les infléchissent, les rétrécissent et leur imposent des conditions de configuration et d'étendue fixes. A la hauteur de l'abdomen, les insertions des aponévroses constituent des étuis qui renferment les muscles de la région postérieure et profonde du tronc, et là circonscrivent trois espaces distincts : le premier, dont la portion rachidienne, formée par la face antérieure du corps des vertèbres, répond à la cavité abdominale, envoie ses prolongemens cellulux, d'une part par les trous destinés au passage des vaisseaux et de l'œsophage à la cavité de la poitrine; de l'autre, c'est-à-dire en bas, jusque dans le bassin, et même jusqu'au dehors, en-dessous des fessiers, avec les branches de l'hypogastrique; sur les côtés, et plus haut, avec les iliaques externes, jusque dans le canal crural, et, de dedans en dehors, entre le péritoine et le *fascia transversalis*, jusqu'au canal inguinal; le second intervalle, bien moins considérable, est limité en avant par l'aponévrose, qui, du cintre du diaphragme, descend à la crête iliaque, au-devant du carré des lombes, et se continue avec l'étui aponévrotique du psoas et la lame qui recouvre l'iliaque; en arrière, cet intervalle, dans lequel s'insèrent, à la base des apophyses transverses, le carré des lombes et le psoas, est limité par l'insertion de la lame aponévrotique, qui passe, au-devant de la masse commune aux sacro-lombaire et long dorsal, et qui s'implante au sommet des apophyses transverses. Une particularité qu'il est important de ne pas laisser échapper ici, c'est que le psoas, en s'insérant à la colonne vertébrale, laisse entre chacun de ses faiceaux d'implantation des lacunes qui s'ouvrent au niveau du corps des vertèbres, et communiquent directement avec le tissu cellulaire appliqué sur les surfaces osseuses. Ce sont autant d'entonnoirs cellulux dans lesquels s'engage le pus, lorsque les surfaces osseuses en rapport sont à l'état de suppuration.

Enfin en arrière de cette toile aponévrotique, au reste assez mince, vient celle fournie par les apophyses épineuses qui revêt en arrière et en haut la masse sacro-spinale; le tout est recouvert en bas par l'aponévrose du grand dorsal.

Trois plans aponévrotiques partagent en deux étages le tissu cellulaire de la paroi inférieure du bassin. De l'articulation coxo-fémorale, l'espace cellulux se prolonge librement en arrière jusqu'au devant des muscles qui se fixent à la tubérosité. A l'extérieur et sous la peau, le *fascia super-*

ficialis, en se portant du tronc sur le membre inférieur, forme avec l'aponévrose fémorale une enveloppe qu'on ne peut pas omettre. L'adhérence du diaphragme avec l'aponévrose du carré de lombes ferme incomplètement en arrière la communication de la poitrine avec l'abdomen. L'espace cellulaire qui se continue entre les piliers du diaphragme, s'élargit dans le médiastin postérieur, se prolonge sur les côtés avec le tissu cellulaire sous-pleural; en avant cet espace cellulaire communique avec le médiastin antérieur, largement ouvert lui-même en bas, derrière la paroi antérieure abdominale; les médiastins font suite avec les plans profonds du cou, en suivant les vaisseaux et les nerfs; la couche celluleuse remonte ensuite vers la tête, et redescend vers l'aisselle et le membre supérieur.

A partir de l'aisselle, les intervalles cellulaires suivent ou les vaisseaux ou les muscles. Une couche celluleuse assez lâche s'étend de l'articulation scapulo-humérale au-dessous du triceps jusqu'à l'olécrâne, le tout enfermé dans l'aponévrose d'enveloppe. Il existe au cou des plans cellulaires serrés. Les couches cellulaires du crâne sont séparées par l'aponévrose épicro-nienne, etc.

Cet aperçu rapide et nécessairement incomplet permet de concevoir la nature des voies que le pus trouve le plus facilement ouvertes, et quelles sont les digues qui en resserrent le cours.

Enfin, la *contraction musculaire*, en faisant varier l'épaisseur et la longueur des faisceaux contractiles, agit en même temps sur l'étendue en divers sens des espaces cellulaires, et presse ainsi le pus qui chemine sous cette action.

Les causes de la congestion du pus dans un point éloigné du lieu de sa production étant entrevues, il est intéressant d'en étudier les effets.

Fourni par une surface plus ou moins large, et sécrété ordinairement avec lenteur, le liquide distend, écarte ou déchire les aréoles du tissu cellulaire. Par suite de la pression et de l'irritation, deux effets contraires semblent se produire à l'aide du temps sur les parties voisines de la cavité qui le contient: en même temps que le pus se fraye un trajet ordinairement étroit, les parois cellulaires de celui-ci s'épaississent, et la substance propre des organes en contact disparaît. C'est ainsi que le muscle *psaos* se convertit entièrement en une poche purulente, transformation attribuée aussi à l'inflammation de ce muscle, qu'aucune raison de fonction ni d'organisation ne prédispose plus que les autres à une fonte purulente, mais qu'une

raison de position ouvre à l'infiltration du pus, à son accumulation en dépôt, conséquemment à l'atrophie du tissu fibrineux.

La cavité de l'abcès et du trajet de communication se revêt d'une membrane. Celle-ci comme veloutée, d'un blanc plus ou moins rosé, et soutenue par une couche dense, blanche, serrée, criant sous le scalpel. La partie la plus déclive de l'abcès s'élargit; si quelque cause l'empêche de fuser plus loin, il s'accroît en s'arrondissant aux dépens de ce qui l'entoure. Sous l'action de cette distension lente, les tissus, après avoir prêté, s'enflamment, perdent leur élasticité, et se rompent; le liquide se fait jour par une seule ou plusieurs ouvertures successives. Après cette évacuation, une certaine quantité de pus continue à couler journellement. Cette quantité est variable. Des accidens divers peuvent dès lors survenir. Dans le cas le plus simple, l'abcès et son trajet diminuent de capacité; le pus continuant à couler, l'ouverture extérieure devient calleuse; et enfin si la source du pus se tarit, il peut survenir rapprochement des côtés opposés de la membrane de la poche et du trajet, exhalation de lymphes coagulable, réunion, transformation de la cavité en un cordon fibro-cartilagineux, puis fibro-celluleux, puis simplement celluleux; dans des cas plus communs, le pus se vicie, et si on n'arrête pas cette viciation, des accidens graves doivent mettre fin à la vie du malade; ou enfin le pus continue à couler, et la fistule ne tarissant pas, le malade meurt dans le marasme, épuisé par les effets du mal. Il en est qui vivent avec une fistule qui ne se ferme pas. Dans les cas où le malade meurt à la suite de l'abcès par congestion, l'ouverture du corps fait reconnaître des lésions variées en raison de la cause de la purulence.

L'affection, cause de la formation du pus, peut être, 1° la carie; 2° la nécrose; 3° l'altération ulcéralive des parties molles articulaires; 4° un corps étranger.

Suivant donc que l'une ou l'autre de ces affections produira l'écoulement du pus, le point de départ offrira des lésions spéciales.

Il appartient à l'histoire de ces affections de retracer les nuances diverses de couleur, de consistance, de surface, que peuvent offrir les parties cariées, hérissées parfois d'un nombre variable de productions stalactiformes; combien de formes différentes, d'arrangemens divers peuvent présenter ces séquestres, quel procédé la nature emploie pour réparer la perte de substance éprouvée, quelle altération auront subie les parties

molles articulaires affectées de ramollissement, de gonflement, de suppuration; enfin quelles conditions présentent ces corps étrangers.

De pareilles notions sont indispensables à se rappeler auprès du malade, le cas pathologique s'offrant dans l'état de complication, c'est-à-dire réunissant l'abcès à l'une de ces affections. L'abcès, quoique symptôme et comme symptôme, est l'objet essentiel de ce travail.

On ne saurait omettre qu'un gonflement inflammatoire précède constamment la sécrétion purulente, que la destruction ou le ramollissement des corps des vertèbres ne donne lieu quelquefois à la courbure de la colonne vertébrale, à la compression de la moelle; qu'il en est de même de l'altération des fibro-cartilages, dans le mal de Pott; que la suppuration d'une articulation diarthrodiale s'accompagne fréquemment de l'altération des os, etc.

Les signes communs à ces diverses maladies ou propres à chacune d'entre elles, rapprochés de l'histoire de leurs causes, fournissent des données de la plus haute importance pour résoudre le problème complet qui se présente à l'aspect de l'abcès par congestion.

La carie des vertèbres ou l'ulcération des fibro-cartilages s'observe particulièrement chez les jeunes gens. La constitution scrofuleuse y prédispose. La masturbation est, suivant M. Boyer, une cause déterminante. Des douleurs rhumatismales ont quelquefois précédé chez les adultes; enfin il se manifeste une douleur fixe plus ou moins intense vers un point quelconque de la colonne vertébrale. Dans certains cas celle-ci se courbe; une saillie se prononce vers quelque point de sa hauteur; c'est surtout au dos que les apophyses épineuses soulèvent plus fortement la peau. Avec ces symptômes coïncident fréquemment de la faiblesse, de l'engourdissement, des douleurs dans les membres inférieurs, quelquefois dans les supérieurs; les malades trébuchent fréquemment, sans que des obstacles aient barré leur route; on éprouve une extrême difficulté à plier leurs articulations. Si la courbure de la colonne qui est toujours anguleuse, se prononce à un haut degré, ils peuvent perdre complètement la faculté de pouvoir exercer leurs membres inférieurs; la paralysie peut s'étendre à la vessie, au rectum. La hauteur de l'affection peut déterminer des lésions dans des fonctions différentes; la respiration et le mouvement des extrémités supérieures s'altéreront d'autant plus, que la courbure sera plus élevée; quelquefois l'altération de la moelle remonte beaucoup

au-dessus de la carie des vertèbres et conséquemment au-dessus du point où l'organe nerveux est comprimé. A mesure que le corps perd de sa hauteur, les bras semblent proportionnellement s'allonger.

Il est rare que ces diverses altérations soient très prononcées avant que l'abcès par congestion ait commencé à paraître vers quelques points du corps.

De toutes les causes d'abcès par congestion, la carie de la colonne vertébrale est la plus grave et la plus fréquente. L'abcès apparaît quelquefois que la douleur a été presque inaperçue, et les accidens à peine sensibles ou nuls.

C'est presque constamment sur les os longs des membres que l'on observe la névrose comme cause des abcès par congestion; elle est aussi plus fréquente chez les jeunes sujets que sur les autres: des douleurs sourdes l'annoncent communément; elle s'accompagne du gonflement des os, de la déformation du membre. Des commotions, des contusions éprouvées par l'os peuvent la provoquer: l'état scrofuleux y prédispose. (On accuse également le mal vénérien et les affections rhumatismales de contribuer à son développement. Plus rarement que la carie des vertèbres, elle donne lieu à la formation d'abcès par congestion: ce sont le plus ordinairement des fusées de pus et des clapiers.

On peut, relativement à la configuration des abcès par congestion, faire la même observation pour les maladies articulaires. Ce ne sont toutefois que les articulations entourées d'une épaisseur considérable de muscles qui puissent, lorsqu'elles suppurent, donner lieu à la formation d'abcès par congestion: telle est l'articulation coxo-fémorale, telle est l'articulation scapulo-humérale. Le gonflement des parties articulaires, connu sous le nom de tumeur blanche, développé sous l'influence de causes internes, à l'occasion ou non des causes externes (causes internes parmi lesquelles la disposition scrofuleuse occupe encore le premier rang, après laquelle viennent les rhumatismes, etc.), donnent un caractère non douteux à ces affections, d'ailleurs plus ou moins douloureuses, plus ou moins rapides, etc., et permettent de leur rapporter l'abcès par congestion, formé à distance de ces articulations, vers quelques points des membres.

Le point du corps où se manifeste l'abcès par congestion varie suivant le lieu où se forme le pus, et les diverses circonstances anatomiques et physiologiques précédemment indiquées.

Dans la carie de la colonne vertébrale, l'abcès peut, suivant les hauteurs

auxquelles existe la carie, le point de la vertèbre ou des vertèbres affectées, l'état plus ou moins avancé de la collection purulente, occuper des régions très diverses.

On l'a vue à son premier degré, et partant d'une carie des corps des vertèbres cervicales, faire saillie sous la membrane pharyngienne, la soulever très fréquemment, étranglée à son milieu par le grand surtout ligamenteux; s'élargir en dehors, sur chaque côté, et offrir alors une double tumeur; elle a pu dans cette région déplacer la mâchoire inférieure, simuler un polype, et produire divers accidens, résultats ordinaires des tumeurs développées dans cette région.

Plus bas, lorsque la carie affecte la partie antérieure des corps des vertèbres dans la portion thorachique de la colonne, c'est en-devant vers les médiastins, et jusques au sternum, au-dessous de celui-ci, et sur les côtés, même à l'extérieur des plèvres, que quelques uns de ces abcès viennent faire saillie. D'autres cheminent plus loin encore; c'est à la partie postérieure du diaphragme qu'ils arrivent; ils écartent les attaches postérieures du muscle, et quittent la plèvre pour passer sous le péritoine en devant de l'aponévrose iliaque, suivre le trajet des vaisseaux dans le canal crural, ou se porter vers la fosse iliaque, du côté de l'épine antérieure ou extérieure, ou sortir par le canal inguinal.

De ces abcès d'origine thorachique, il en est qui suivent sous les plèvres un trajet plus ou moins long, dans le sens de la direction des côtes, et qui viennent se faire jour à travers les muscles intercostaux à des distances variables de leur origine, et même au-devant du sternum.

Des directions analogues peuvent être suivies par les abcès qui proviennent de la carie des corps des vertèbres lombaires. Mais plus fréquemment c'est au niveau des attaches du psoas que le pus fourni par la carie de ces vertèbres se sépare pour s'engager dans la gaine de ce muscle, et descendre avec lui jusqu'à la région supérieure et interne de la cuisse, bridé par l'aponévrose iliaque et celle du psoas réunies. Si la carie affecte le bas de la colonne lombaire, les symphises sacro-iliaques, l'angle sacro-vertébral ou le sacrum lui-même, la suppuration s'étend dans le bassin; quelquefois le pus suit la direction du rectum, et sort sur ses côtés par le périnée; d'autres fois, c'est à la marge de l'anus, sur les côtés du vagin, ou par ce canal lui-même, que ces abcès procèdent. Il en est qui suivent les vaisseaux fessiers, d'autres les parties supérieures de l'échancrure ischia-

tique, pour sortir au-dessus du grand fessier; d'autres parcourent avec le grand nerf sciatique l'espace celluleux qui le renferme jusqu'au jarret, et viennent faire saillie à diverses hauteurs de la cuisse.

En général, le pus qui tend à s'écouler par le bassin est dévié par le mode d'insertion de l'aponévrose iliaque, et par la disposition de l'aponévrose pelvienne.

Les barrières aponévrotiques sont néanmoins elles-mêmes fréquemment écartées. Il en est de même d'autres membranes; l'oesophage, le poumon, la plèvre, le colon ont été traversés par le pus; on en a trouvé épanché dans le rachis

Le pus provenant de la carie des faces latérales des vertèbres et des parties postérieures, donne lieu plus ordinairement aux dépôts sous-scapulaires, lombaires, sacrés postérieurs, etc... Les abcès antérieurs se prolongent quelquefois en arrière par des embranchemens. Toutes ces données conduisent à juger l'abcès par congestion résultant d'une carie de la colonne vertébrale.

Celui des membres, quoique moins commun, offre ordinairement des signes de désordres tels, au point de départ de la maladie, qu'il est rare de ne pas le lui rapporter immédiatement. Il en est de même de celui qui est la conséquence d'un corps étranger dans les parties.

A ces signes rationnels, commémoratifs et actuels, viennent se joindre ceux de la tumeur, dès que sa situation permet de la soumettre à l'inspection des sens.

La tumeur formée par l'abcès congestif, apparaît sans changement de couleur à la peau, mal circonscrite, à base large, précédée fréquemment d'un empâtement ou infiltration du tissu cellulaire: sa consistance est molle, fluctuante; le toucher n'y développe pas de douleur, et elle est indolente par elle-même; dans le cas où il existe deux poches en communication, si l'on vient à comprimer l'une d'elles, on peut voir l'autre se gonfler en proportion de l'affaissement de la première. Dans le cas où l'abcès est placé dans une cavité à capacité variable comme l'abdomen et la poitrine, la tumeur qu'il détermine éprouve de la tension dans la circonstance où cette capacité diminue. Dans les positions du corps où l'abcès est déclive, il se remplit davantage et fait une saillie plus considérable. Quelques symptômes généraux en accompagnent ou suivent la formation dans certaines circonstances, tels sont les frissons, les sueurs nocturnes, etc.

L'abcès peut rester long temps caché, à cause de l'épaisseur des parties qui le recouvrent.

La tumeur étant bien signalée, la fluctuation même reconnue, il peut rester des doutes encore sur l'espèce de maladie qu'elle constitue. Il faut les signes locaux propres à déterminer l'existence de l'affection-cause, pour décider que l'abcès est symptomatique.

Sans ces signes, il peut être un abcès froid : sous des enveloppes profondes, une fluctuation douteuse peut faire confondre l'abcès par congestion, dans l'absence des caractères de la carie, etc, avec une tumeur stéatomateuse, etc.

Certaines positions de l'abcès et l'absence de symptômes bien caractéristiques, ont pu induire en erreur.

On a pu le confondre avec un anévrisme, une hernie. Pareilles erreurs n'ont pu être commises que dans les cas où la fluctuation était obscure et rapprochait la consistance de l'abcès de celle de l'anévrisme ; car lorsque la fluctuation est sensible, l'anévrisme est ordinairement reconnaissable à son mouvement de dilatation. Quant à la hernie, l'habitude de distinguer la fluctuation, de la consistance de l'épiploon, de celle de l'intestin, n'est pas difficile à saisir, et prévient la méprise.

L'abcès venant d'être ouvert, la nature du pus de la carie, dans le cas d'abcès dépendant de cette cause, fournit encore un moyen de distinction. Ce pus est mal lié, séreux, grisâtre, jaunâtre, pauvre de globules, rempli de grumeaux ou de flocons blanchâtres, il contient peu ou point de matière couenneuse.

Enfin, il faut ajouter que tantôt premier symptôme aperçu, tantôt au contraire annoncé presque à coup sur par la netteté des caractères de l'affection avec laquelle il coïncide, l'abcès par congestion est quelquefois deux ans à paraître ; qu'il peut être rendu stationnaire ; que parfois il est résorbé. L'acuité de l'affection est quelquefois extrême.

L'abcès n'existe plus dans un certain degré de maladie ; il n'y a plus qu'une fistule. Comment déterminer la nature de la cause qui entretient l'écoulement du pus ? La nature du liquide écoulé, le cathétérisme, quand l'affection est à la portée des instrumens explorateurs, les signes commémoratifs coïncidant laissent rarement du doute.

Il est rare qu'aux symptômes locaux il ne s'en ajoute pas de généraux ;

dans ce dernier cas, l'ensemble d'accidens connus sous le nom de fièvre hectique conduit fréquemment les malades à la mort.

Dans des cas plus heureux, la fistule se referme, et la nutrition se rétablit; quelquefois elle subsiste long-temps sans altérer notablement la santé générale.

Le pronostic de cette affection doit être constamment grave. Les abcès par congestion, suite de nécrose des os des membres, offrent des chances plus heureuses que ceux qui sont suite des affections articulaires ou de la carie de la colonne vertébrale. Les corps étrangers sont à peine cités ici comme mémoire; on conçoit que tout est variable par rapport à cette dernière cause d'abcès par congestion.

Dans cette espèce de maladie le pronostic se rapporte surtout à la cause; cependant les circonstances de l'abcès, son étendue, sa profondeur, son éloignement, l'état d'ouverture ou de conservation de la peau, sont elle-mêmes digne d'attention; les fistules constituent une condition fâcheuse; la viciation du pus est un accident grave. Les règles de pronostic se tirent trop facilement des données précédemment émises, pour qu'il soit nécessaire de les rappeler modification par modification. La carie même de plusieurs vertèbres est *curable*.

Le traitement des abcès par congestion varie en raison de la cause de l'abcès.

La nécrose se traite en raison des conditions sous lesquelles elle se présente. Les indications consistent à favoriser l'issue des os morts: des incisions, des procédés d'extraction divers sont mis en usage dans ce but quand ils sont mobiles. Quelquefois il faut détruire une partie de l'os reproduit pour dégager les parties mortes. Quant à l'abcès, il doit être promptement ouvert, sa présence produisant des désordres qu'il convient d'éviter. L'amputation est rarement mise en usage, parce que la situation de la nécrose la rend presque constamment impraticable dans ces cas.

L'abcès par congestion déterminé par la présence d'un corps étranger, offre les mêmes indications. Il est rare que la source du pus ne se tarisse elle-même par la sortie de ce corps.

L'abcès par congestion provenant d'une carie articulaire doit être ouvert tardivement, et cependant il convient d'éviter les désordres qui sont les résultats de la présence du pus. On doit l'ouvrir par des incisions étroites afin d'éviter le contact de l'air. Peut-être les résultats du traite-

ment qui sera exposé pour les abcès par carie de la colonne vertébrale doit-il enhardir à ouvrir les abcès, résultat d'une affection articulaire, plus promptement et avec plus de sécurité?

Quant au traitement propre aux tumeurs blanches, les émissions sanguines, les émolliens, les révulsifs, le repos, en forment les bases. M. Rust incise jusqu'à la carie. C'est particulièrement sur les indications du traitement de l'abcès par congestion, suite de d'une affection ayant son siège dans la colonne vertébrale, qu'il importe d'insister.

La cause se traite par le repos, les émissions sanguines sur le point jugé malade, les cautères, etc., et par l'administration du traitement approprié.

Mais quelle est la conduite à tenir lorsque l'abcès est à la portée des instrumens? Faut-il, dans la crainte de la viciation du pus, attendre qu'il s'ouvre par lui-même, ou ne faire l'incision que quand il est prêt de s'ouvrir? faut-il, dans l'intention d'éviter que l'abcès ne s'agrandisse, et n'expose au moment de son ouverture plus sûrement encore aux accidens qu'on veut éviter, se hâter de pratiquer une issue au pus? faut-il les ouvrir par une ponction étroite et ne donner écoulement que successivement au liquide?

Sous les deux derniers rapports, cette conduite, prescrite par M. Boyer, est celle qui est suivie par la plupart des chirurgiens. L'incision est faite en dédolant avec une aiguille, ou mieux avec un bistouri à lame étroite; elle se ferme aussitôt que l'écoulement a eu lieu. On réitère ces incisions aussitôt que l'abcès est de nouveau formé.

M. Lisfranc a récemment changé quelque chose à cette pratique. Il ne craint pas de vider tout le pus, quelle que soit la capacité du foyer. Des sangsues appliquées sur les parois de l'abcès lui ont réussi à suspendre constamment les effets de la viciation du pus.

Une partie des abcès par congestion ainsi traités ont été, suivant les résultats obtenus à la Pitié, complètement guéris. Dans d'autres cas, des malades ont survécu en conservant une ouverture fistuleuse. D'autres sont morts; mais constamment la viciation du pus a été prévenue ou suspendue dans ses effets.

L'intention d'empêcher l'ouverture de rester béante a engagé Petit de Lyon à ouvrir l'abcès avec un instrument rougi à blanc. M. Larrey se sert d'un cautère actuel.

L'évacuation du pus a été aidée par une pompe (M. Pelletan) ou des ventouses (Petit de Lyon).

Avec une moindre crainte sur les suites de l'introduction de l'air, ces moyens perdent de l'utilité de leur application.

Le traitement des abcès par congestion ne diffère pour tout le reste en rien du traitement des autres abcès.

Les suites et les accidens sont les mêmes.

Les bandages compressifs ne doivent s'employer qu'avec la précaution de conserver un passage libre au pus.

Les indications applicables à l'état général de l'économie, varient avec la nature de cet état même.