

MANUEL
DE PATHOLOGIE
ET DE
CLINIQUE CHIRURGICALES

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES QUI PEUVENT SE MONTRER DANS TOUTES OU PRESQUE
TOUTES LES PARTIES DU CORPS.

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

ARTICLE 1^{er}. — INFLAMMATION.

Il est évident que l'étude de l'inflammation doit précéder celle de toutes les autres altérations pathologiques qui peuvent se montrer dans toutes ou presque toutes les parties du corps. Cependant, ne voulant pas faire un chapitre de pathologie générale, et trouvant cette étude très-complète dans Cornil et Ranvier (1), nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer le lecteur.

ARTICLE II. — ABCÈS.

« On désigne sous le nom d'*abcès* toute collection de pus dans une cavité *accidentelle* » (Follin), ou mieux dans une cavité de nouvelle formation.

Les auteurs, il est vrai, ne sont pas tous d'accord à cet égard, et pour certains chirurgiens, on pourrait désigner sous le nom d'*abcès*

(1) *Manuel d'histologie pathologique*, 1^{re} partie, p. 70, Paris, 1869. — Consulter aussi : Chalvet, *Physiologie patholog. de l'inflammation*, th. d'agrégat. en médecine, Paris, 1869.

En augmentant de volume, les abcès ont toujours une certaine tendance à se porter vers l'extérieur; toutefois le pus ne se fait pas fatalement jour vers les téguments, il gagne aussi en profondeur, ou bien dans l'interstice des organes, y formant des *fusées purulentes*. Si la collection liquide a plus de tendance à s'ouvrir du côté de la peau ou des muqueuses, c'est parce qu'elle trouve dans cette direction une résistance moins grande.

Toutefois, quelques auteurs ont invoqué l'existence d'une sorte d'impulsion intérieure, résultant du jeu des organes, des contractions musculaires et des battements artériels, impulsion repoussant à l'extérieur tout corps étrangers introduit ou produit dans l'épaisseur des tissus (*Comp. de chirurgie*). De toutes ces causes, Follin n'en admet qu'une seule, c'est l'action des battements artériels, action incontestable d'après les expériences de Piégu (Follin).

La peau ou la membrane muqueuse à travers laquelle le pus doit se faire jour, s'amincit plutôt par une absorption des couches qui la composent que par la distension que lui fait éprouver l'accumulation du liquide. Le foyer devient plus saillant à l'extérieur, et la peau est bientôt tellement mince qu'elle est transparente et qu'on aperçoit facilement le pus à travers l'épiderme.

Lorsqu'un abcès marche lentement, les parties qui l'avoisinent, et surtout les membranes fibreuses, résistent à son action; mais quand sa marche est rapide, celles-ci ne tardent pas à être détruites par les progrès du mal. Aussi les abcès à marche très-aiguë décollent-ils rapidement les aponévroses, le périoste lui-même, et causent-ils des accidents que l'on ne prévient qu'en donnant une large issue à la suppuration.

L'action des abcès sur les membranes séreuses est importante à étudier: lorsque la maladie marche avec lenteur, le tissu cellulaire sous-séreux s'épaissit, devient dur, résistant, et forme une sorte de digne que le foyer ne peut franchir. Si au contraire l'abcès marche rapidement, la séreuse pariétale s'enflamme, contracté avec le feuillet viscéral des adhérences qui oblitèrent sa cavité; de cette manière, le pus ne peut pénétrer dans la cavité séreuse. C'est ainsi que des abcès des parois thoraciques, du foie, se sont ouverts dans les bronches, etc.; mais la terminaison n'est pas toujours aussi favorable, et l'on dit que le fils de J.-L. Petit est mort d'un abcès de l'aisselle, qui se serait ouvert dans la plèvre. Cet accident est à craindre quand un épanchement concomitant se développe dans la séreuse, ses deux feuillets ne pouvant plus contracter d'adhérences, le pus s'épanche facilement dans la cavité qu'ils circonscrivent.

L'action du pus sur les os peut déterminer leur mortification; mais c'est lorsque le périoste est décollé que cette complication doit être redoutée.

Les vaisseaux qui traversent les foyers purulents ne paraissent pas éprouver d'altération par le contact du pus; cependant Breschet, Liston, etc., ont signalé des cas dans lesquels une artère en contact avec le pus avait été ramollie. On a aussi rapporté des observations analogues sur l'altération des parois veineuses (Follin).

Les nerfs et les muscles ne subissent en général aucune altération par leur contact avec le pus des abcès. Les tendons finissent quelquefois par s'exfolier.

Le pus qui sort d'un abcès et qui est en contact avec les téguments détermine toujours une certaine rougeur qu'il faut prévenir par des soins de propreté, car elle peut être le point de départ d'un érysipèle, complication toujours fâcheuse des plaies; de plus, en irritant les bords de la solution de continuité, cette inflammation peut retarder la cicatrisation.

Les abcès peuvent se terminer par absorption ou par l'évacuation de la matière purulente.

Dans le premier cas, l'abcès, après avoir acquis son maximum de développement, reste pendant quelque temps stationnaire; peu à peu il diminue de volume, les parois du foyer reviennent sur elles-mêmes et la maladie disparaît. Cette terminaison rare est la plus favorable de toutes.

Le plus souvent le pus s'écoule au dehors, et quel que soit le moyen que l'on ait mis en pratique pour lui donner issue, la cicatrisation du foyer se fait de deux manières différentes: tantôt, c'est le cas le plus rare, l'abcès se vide entièrement, les deux faces de la prétendue membrane pyogénique se mettent en contact; il y a, pour ainsi dire, réunion par première intention.

Le second mode de cicatrisation est plus long: la résorption des parois du foyer se fait des parties profondes vers les téguments, la quantité du pus excrété diminue, des bourgeons charnus se développent à la surface de la cavité de l'abcès, ils se rapprochent, semblent adhérer les uns aux autres et se résorbent en partie; le foyer devient chaque jour moins grand et ne tarde pas à s'oblitérer complètement.

Symptômes. — Les abcès donnent lieu aux signes de l'inflammation des tissus vasculaires, c'est-à-dire à de la douleur, de la tuméfaction, de la chaleur et enfin de la rougeur. Ces phénomènes locaux, très-accusés quand l'abcès est superficiel, deviennent très-

obscur dans les cas d'abcès profonds, et quelques-uns, surtout la rougeur, peuvent manquer absolument.

Les phénomènes généraux, d'autant plus marqués que l'abcès est plus étendu, sont ceux de la fièvre dite inflammatoire. Souvent la formation du pus est annoncée par de petits frissons irréguliers.

Diagnostic. — Le diagnostic des abcès est d'une grande importance, car cette maladie est très-fréquente, et des erreurs peuvent être fort préjudiciables aux malades.

La *fluctuation* est le signe à l'aide duquel on peut toujours reconnaître un abcès. Très-facile à sentir lorsque les abcès sont superficiels, elle est au contraire très-difficile à percevoir dans les abcès profonds.

Lorsqu'un foyer purulent est considérable, que ses parois sont minces, il est facile, en appliquant une des mains sur une des parois du foyer et en donnant de l'autre main un coup un peu sec, de sentir un *flot de liquide*. Mais rarement les abcès sont assez étendus pour qu'il soit possible d'user de ce moyen, il faut alors employer un procédé à peu près analogue, mais beaucoup plus minutieux.

On applique une main sur un côté de la tumeur, tandis que de l'autre main, appliquée sur l'autre côté, on dirige le liquide vers la première; les doigts éprouvent alors un soulèvement graduel dû à la pression du liquide sur la paroi interne du foyer. C'est à cette sensation qu'on a donné le nom de *fluctuation*. Avec un peu d'habitude, ce signe est facile à percevoir; mais il faut se mettre en garde contre une sensation analogue qui pourrait être causée par le déplacement des parties molles. C'est ainsi qu'il faut presser alternativement des deux côtés; qu'il faut, lorsqu'on veut diagnostiquer un abcès situé dans l'épaisseur d'un membre, chercher la fluctuation parallèlement à l'axe du membre, afin de ne pas être trompé par le déplacement des masses musculaires (Nélaton); qu'il faut placer les deux mains à la plus grande distance possible, afin de déplacer une plus grande quantité de liquide et de déterminer autant qu'on le peut l'étendue du foyer. Quand la fluctuation aura fait reconnaître la présence du liquide dans la tumeur, on cherchera, à l'aide des signes commémoratifs, s'il n'y aurait pas lieu de soupçonner une autre affection, car des kystes, des lipomes, peuvent souvent donner la sensation de la fluctuation.

Lorsque les abcès présentent un trop petit volume pour qu'il soit possible de placer même un doigt sur un des côtés de la tumeur et un doigt sur l'autre côté, on exercera sur le sommet de la tuméfac-

tion une légère pression, de manière à appliquer la partie antérieure du foyer sur la partie profonde; le doigt se trouvant repoussé par le liquide, qui tend à reprendre sa place, le chirurgien éprouve une sensation de *choc en retour* (Lisfranc) qui lui fait reconnaître la présence du pus. Il faudrait agir de la même manière si le foyer purulent était trop profondément situé pour qu'il fût possible d'y porter les deux mains. C'est ainsi qu'on reconnaîtra les abcès du vagin, du pharynx, etc.

Il arrive quelquefois que le foyer purulent se trouve séparé des téguments par une épaisseur considérable de parties molles; dans ces cas, la fluctuation est très-difficile à sentir, quelquefois même impossible; on fait alors une *ponction exploratrice*. On s'aide encore des signes commémoratifs, on s'informe de la manière dont la maladie a débuté, de sa marche; on demande si le malade a éprouvé des frissons irréguliers; enfin, la sensation d'élançements dans une tumeur qui s'est développée rapidement dans une partie où l'on est en droit de supposer un abcès, met le chirurgien sur la voie du diagnostic.

Une tumeur encéphaloïde (1) peut être fluctuante, lancinante; mais elle marche plus lentement; enfin elle ne débute pas, comme les abcès, par des symptômes inflammatoires.

La marche des anévrysmes, pris si malheureusement quelquefois pour des abcès, est toute spéciale; d'ailleurs, les battements isochrones aux battements du cœur pourront guider le chirurgien la plupart du temps. A la vérité, il existe des cas d'une difficulté telle qu'il est presque impossible d'arriver à un diagnostic certain.

Pronostic. — Le pronostic des abcès varie avec leur siège, leur profondeur et leur étendue. La constitution des individus, leurs maladies (diabète, alcoolisme), les complications qui surviennent souvent, doivent nécessairement apporter de modifications dans le pronostic.

Traitement. — Lorsqu'un abcès s'est formé, le pus se fraye lui-même une route à l'extérieur, ou bien on lui en ouvre une artificiellement.

Les abcès superficiels peu étendus se vident facilement à l'extérieur et ne laissent, lorsque la peau n'est pas décollée, qu'une cicatrice peu marquée, quelquefois à peine visible; on peut donc les abandonner à eux-mêmes sans inconvénient. Mais il est à remarquer que grâce à l'incision on épargne aux patients plusieurs

(1) Nous n'employons ce mot que dans son sens clinique.

jours de souffrances, on évite le décollement de la peau, et on arrête les progrès du mal en empêchant le foyer de s'étendre; il faudra donc préférer, dans la plupart des cas, l'ouverture artificielle.

Quant aux abcès profonds, on doit toujours les ouvrir. Mais ici il se présente deux cas : faut-il ne faire d'incision que lorsque l'abcès sera tout à fait *mûr*, ou bien faut-il l'ouvrir prématurément? Certes, dans quelques cas, on doit éviter d'ouvrir un abcès trop tôt, car le pus est encore infiltré dans les mailles du tissu conjonctif. Mais on doit préférer les incisions prématurées lorsque l'abcès situé profondément, fait craindre que la suppuration ne détruise au loin le tissu cellulaire; lorsque l'abcès siège dans des points où le recollement de la peau est très-difficile, au creux de l'aisselle, au périnée, par exemple; quand le foyer comprime un organe important, et quand cette compression apporte quelques troubles dans l'exercice des fonctions du malade; quand on craint qu'il ne se fasse jour à travers quelque organe ou dans quelque cavité; enfin, lorsqu'il est urgent de donner issue à des liquides épanchés dans le tissu cellulaire, ceux-ci pouvant en déterminer la mortification (urine).

Les abcès peuvent être ouverts soit au moyen des incisions, soit au moyen des caustiques.

1° *Incisions*. — L'incision des abcès peut se faire avec une lancette ordinaire ou une *lancette dite à abcès*; le plus souvent on se sert du bistouri.

Nous n'allons signaler que quelques particularités importantes. Ainsi il faut explorer la tumeur avec soin, afin de s'assurer s'il n'existe pas en avant d'elle des vaisseaux volumineux à ménager. On doit, autant que possible, pratiquer l'ouverture d'un abcès sur la partie de la peau la plus amincie, mais toujours vers le point le plus déclive, afin de faciliter la sortie du pus. Enfin, lorsque les abcès sont profonds et qu'on craint de blesser quelque organe important, les parties seront incisées couche par couche, afin que l'on puisse arriver sur le foyer purulent sans danger pour le malade.

Lorsqu'un abcès est ouvert, on ne doit pas introduire son doigt dans l'intérieur du foyer afin de détruire les brides. Cette manœuvre est nuisible, elle cause de la douleur, détruit les vaisseaux nutritifs de la peau, et par conséquent expose à la gangrène des téguments.

Les pansements que l'on doit faire après l'ouverture des abcès sont très-simples. On place entre les bords de la plaie une bandelette, une mèche enduite de cérat, afin d'empêcher la réunion des lèvres de la solution de continuité. Le lendemain, cette bandelette

est inutile, et, si l'on introduit une mèche dans un abcès ouvert, ce n'est que pour servir de guide à la suppuration.

Si le pus s'écoulait difficilement au dehors, on changerait la position du malade, afin de disposer l'ouverture de la plaie le plus favorablement possible pour la sortie de la suppuration. On peut encore faire une légère compression sur le foyer, pour empêcher la rétention du pus et la formation de *clapiers*. Mais il peut arriver que la position et la compression soient insuffisantes pour vider complètement le foyer; dans ce cas, on doit pratiquer des contre-ouvertures, c'est-à-dire faire des incisions pénétrant directement jusqu'aux points où le pus s'accumule.

On peut encore faire passer un séton dans le foyer même de l'abcès, ou mieux un tube de caoutchouc vulcanisé percé de trous multiples permettant un facile écoulement au pus. Chassaignac a généralisé ce mode de traitement qu'il a désigné sous le nom de *drainage chirurgical* (1).

2° *Caustiques*. — Les abcès phlegmoneux sont rarement ouverts par les caustiques : ce n'est guère que lorsqu'on a affaire à des malades pusillanimes, qui craignent l'instrument tranchant, qu'on doit y avoir recours. Néanmoins il faut employer les caustiques pour ouvrir les abcès développés dans l'abdomen (abcès du foie, par exemple), l'action de ces agents détermine des adhérences entre les deux feuillettes de la membrane séreuse.

L'abcès ouvert, on y applique des cataplasmes pendant quelques jours; aussitôt que l'induration inflammatoire des parois du foyer est en pleine résolution, on panse à plat. Dans quelques cas la cicatrisation du foyer est retardée par la présence d'un corps étranger qu'il faut extraire; d'autres fois ce retard tient au décollement de la peau qu'il faut exciser; ou bien enfin à la mobilité des parties (abcès des parois abdominales, abcès de la fosse ischio-rectale, etc.) Dans ces dernières circonstances, il faut immobiliser les parties autant que possible, et souvent avoir recours à des moyens thérapeutiques spéciaux, comme la compression méthodique des parois. Les injections détersives, excitantes et antiseptiques seront indiquées pour faciliter la cicatrisation du foyer.

BIBLIOGRAPHIE. — Quesnay, *Traité de la suppuration*, Paris, 1749, in-12.
— David, *Mémoire sur les abcès*, in *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 121. — Petit (M. A.), *Mémoires et Observations sur*

(1) Voyez A. Jamain, *Manuel de petite chirurgie*, 5^e édition, p. 530, Paris, 1873.

une nouvelle méthode de vider les dépôts, etc., in *Actes de la Société de santé de Lyon*, t. I, p. 163, 1789. — Hunter (John), *Traité de l'inflammation*, trad. Richelot, t. III, p. 572. — Bell (Benj.), *A Treatise on the theory and management of ulcers, etc.*, Edinburgh, 1778, in-8., trad. française par Bosquillon, Paris, 1778. *Ibid.*, 1803, in-8. — Heurteloup, *Dictionnaire* en 60 vol., t. I, p. 2, 1812. — Delpech, *De la suppuration, de sa source et de ses conséquences*, in *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. I, p. 381, 1829, et *Précis des maladies chirurgicales*. — Vidal (de Cassis), *De la fluctuation des abcès considérée dans ses diverses modifications*, in *Gazette médicale de Paris*, 1831, p. 121, et *Traité de pathologie externe*, 4^e édit., t. I, p. 362. — Maslieurat-Lagémar, *Mémoire sur les effets du pus en contact avec le tissu osseux*, in *Archives générales de médecine*, 1837, 2^e série, t. XIII, p. 274. — Roux et Ph. Bérard, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., Paris, 1832, 2^e édit., art. ABCÈS EN GÉNÉRAL, t. I, p. 6. — Velpeau, *Abcès fétides*, in *Clinique chirurgicale*, 1841, t. III, p. 371. — Lisfranc, *Ouverture des abcès*, in *Précis de médecine opératoire*, 1845, t. I, p. 404. — Chassaing (E.), *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, Paris, 1859, in-8., 2 vol. — Denonvilliers, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, 1864, t. I, p. 13 (Histoire et Bibliographie, par Raigedelorme, p. 70). — S. Laugier, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1864, p. 1 (Bibliographie). — Consulter en outre les classiques.

§ 2. — Abcès froids.

Les abcès froids sont des abcès qui se sont développés lentement sans avoir été précédés d'un travail inflammatoire bien manifeste.

Pour Follin, les abcès dits froids ne sont pas symptomatiques d'une affection tuberculeuse ou osseuse; d'un autre côté Denonvilliers les fait développer dans le tissu cellulaire et en dehors de toute lésion primitive des os ou des articulations. Nous avouons ne pouvoir accepter ces distinctions toutes théoriques, puisque, comme tous les abcès, les abcès froids sont idiopathiques ou symptomatiques. Ce sont les abcès idiopathiques qui vont nous occuper ici, les abcès symptomatiques rentrant pour la plupart dans le cadre des abcès par congestion.

Étiologie. — Les causes de ces abcès sont générales et locales. La fatigue, le froid, la misère, la convalescence des maladies graves, prédisposent aux abcès froids. Les contusions, les pressions répétées donnent aussi naissance à ces abcès, mais encore faut-il que les sujets soient préalablement débilités, et le traumatisme ne joue alors que le rôle d'une cause occasionnelle (Boyer). Cette étiologie est manifeste chez les jeunes soldats, qui présentent souvent de ces collections li-

quides au cou, au dos, à l'avant-bras, etc., endroits exposés aux chocs du fusil ou aux frottements rudes du fournement.

Ces abcès siègent dans les régions où le tissu cellulaire est abondant, et on les rencontre souvent sous la peau; cependant ils peuvent être profonds et sous-aponévrotiques (Denonvilliers).

Anatomie pathologique. — Le pus des abcès froids n'est pas homogène, bien lié comme celui des abcès phlegmoneux; il se compose d'un liquide visqueux, demi-transparent, grisâtre, au milieu duquel nagent des grumeaux blancs, caséeux. Ce liquide s'altère avec une grande rapidité et répand alors une odeur infecte.

La cavité qui contient le pus est généralement bien circonscrite et semble recouverte d'une membrane (membrane pyogénique), ce qui résulte de l'infiltration plastique des tissus voisins, infiltration s'étendant assez peu et formant au liquide une véritable coque d'aspect membraneux, et douée de propriétés d'exhalation et d'absorption.

Les abcès froids altèrent peu les parties qui les environnent; ils tendent à s'ouvrir du côté des téguments, mais ne suivent pas pour cela une voie bien directe. L'abcès arrivé au contact de la peau, l'amincit, l'ulcère, et le pus s'écoule à l'extérieur; la prétendue membrane pyogénique s'épaissit, devient fongueuse, revient peu à peu sur elle-même et laisse exsuder longtemps un liquide séro-purulent, puis séreux. Enfin la fistule finit par se cicatrifier (voyez *Fistules*).

Symptômes. — Les abcès froids ne sont précédés d'aucun travail inflammatoire apparent. Quelquefois il survient seulement un peu d'engorgement dans les tissus, et, sans que le malade ressente la moindre douleur, la tumeur devient molle et fluctuante. Une fois l'abcès développé, il augmente de dimensions sans qu'il y ait de phénomènes locaux marqués. De cette manière il peut acquérir jusqu'au volume de la tête d'un fœtus; la peau qui le recouvre s'amincit, devient luisante, violacée, il y survient de l'inflammation, elle se perforé, et le pus s'écoule à l'extérieur. Parfois les bords de la solution de continuité se recollent pour s'ouvrir plus tard et donner passage à une nouvelle quantité de pus qui est rapidement exhalée par la soi-disant membrane pyogénique; mais le plus souvent la peau ulcérée, l'ouverture s'agrandit, devient fistuleuse et donne toujours passage au pus, car le foyer purulent n'a pas de tendance à se cicatrifier.

Quelquefois l'abcès, après avoir acquis un volume assez considé-

rable, diminue tout à coup, et disparaît sans laisser aucune trace. Lorsque cette terminaison s'observe après l'amincissement de la peau, il existe au centre du foyer une dépression analogue à celle d'une cicatrice.

Quand l'abcès est volumineux et qu'il s'ouvre à l'extérieur, il n'est pas rare de voir survenir, au bout de trois à quatre jours, des phénomènes locaux et généraux, dus à l'inflammation aiguë des parois de la collection purulente. Dans d'autres cas, le pus séjournant dans le foyer s'altère; apparaissent alors des symptômes d'intoxication septicémique donnant naissance à de la fièvre hectique (voyez *Infection putride*).

Diagnostic. — Les abcès froids, formant une tumeur molle, fluctuante, indolente, parfaitement circonscrite, recouverte par une peau sèche, amincie, rarement enflammée, sauf au dernier degré de la maladie (Denonvilliers), ont été confondus surtout avec des kystes, et avec des tumeurs solides présentant une *fluctuation fausse* (suivant l'expression adoptée): tels sont les lipomes, les tumeurs dites encéphaloïdes. Toutefois l'étude attentive de la marche de la maladie, le lieu où elle s'est développée, ses causes probables, enfin la ponction exploratrice, faite suivant la méthode de Dieulafoy (1), permettront toujours de formuler un diagnostic exact.

L'abcès froid reconnu, il faut encore déterminer s'il est idiopathique ou symptomatique d'une altération plus profonde, en particulier d'une lésion osseuse (*abcès ossifluents*), d'une lésion articulaire, voire même d'une altération du système lymphatique. On comprend facilement que la connaissance anatomique de la région où s'est développée la collection liquide, soit d'une importance capitale pour élucider ce second point du diagnostic (2).

Le *pronostic* des abcès froids est souvent grave, car il ne faut pas oublier qu'ils se développent souvent chez les individus de mauvaise constitution, et que ce n'est pas l'abcès seulement qui présente de la gravité, mais aussi l'état général ou local qui en est la cause.

Traitement. — Dans le traitement des abcès froids, deux indications se peuvent présenter: 1° favoriser la résorption du foyer; 2° évacuer le pus.

(1) Voyez *Manuel de petite chirurgie*, 5^e édit., p. 759, 1873.

(2) Les abcès par congestion, qui ne sont autres que des abcès froids symptomatiques, seront décrits plus loin avec les *maladies du rachis*.

Il est très-difficile d'obtenir la disparition du foyer; quoi qu'il en soit, on peut l'essayer, en appliquant des fondants, des résolutifs sur la tumeur: tels sont les pommades iodées, la teinture d'iode, des vésicatoires, etc.; mais il faudrait bientôt cesser l'emploi de ces moyens, si l'on voyait l'abcès augmenter de volume. On doit songer alors à donner une issue au pus.

Les moyens proposés pour évacuer le pus des abcès froids sont:

1° La *ponction*; elle doit être pratiquée avec un trocart ou avec un bistouri à lame étroite; de plus, elle doit être faite très-obliquement, afin d'empêcher l'entrée de l'air dans la cavité du foyer.

Boyer enfonçait obliquement un bistouri à travers les parois de la tumeur, après avoir déplacé la peau dans un sens, et, lorsque le foyer était vide, il abandonnait les téguments à eux-mêmes. Ceux-ci, revenant à leur place, fermaient complètement l'ouverture faite aux parois de l'abcès et empêchaient l'air d'exercer une influence funeste sur la maladie.

Jules Guérin conseille de faire la ponction par la méthode sous-cutanée; il se sert d'un trocart plat dont la canule est munie d'un robinet: il fait à la partie inférieure de l'abcès un pli à travers lequel il enfonce obliquement son instrument; il retire la lame, et, en exerçant de légères pressions sur la tumeur, il fait sortir le pus. Lorsque la tumeur est vide, il ferme le robinet, lâche le pli fait aux téguments, et retire doucement la canule. Enfin nous conseillerons surtout les ponctions faites avec les appareils aspirateurs de Dieulafoy et autres (1).

Il ne faut pas croire que la ponction soit suffisante pour guérir l'abcès; on ne tarde pas au contraire à voir le foyer se remplir de nouveau, et l'on est obligé de faire une seconde ponction. Lorsque l'abcès est assez vaste, il vaut mieux pratiquer la seconde ponction avant que celui-ci ait repris son volume primitif; par ce moyen, on peut espérer obtenir plus facilement, sinon la guérison, du moins la diminution de la poche purulente (Boyer.)

2° *Incision* (Flaubert). — Elle amène plus rapidement la guérison des abcès froids; elle doit être très-grande, afin que le foyer soit largement à découvert, et qu'on puisse y introduire de la charpie ou d'autres corps étrangers pour déterminer l'inflammation de la paroi de l'abcès. Une incision étroite donnerait une ouverture fistuleuse, et l'on aurait

(1) Voyez le *Manuel de petite chirurgie*, 5^e édit., p. 757 et suivantes, 1873.

perdu tous les avantages des ponctions obliques. Mais comme la guérison ne peut s'obtenir qu'en modifiant la surface du foyer par des substances plus ou moins irritantes, il peut y avoir du danger à provoquer une inflammation sur une surface trop étendue. Aussi, lorsqu'on aura à traiter un vaste abcès froid, devra-t-on pratiquer plusieurs ponctions comme nous venons de le dire; la seconde avant que le foyer ait repris son volume primitif, et ainsi des autres jusqu'à ce que l'étendue de la surface de l'abcès soit assez diminuée pour que son inflammation ne détermine pas d'accidents.

3° *Excision*. — Si les parois du foyer sont très-limitées, et si elles sont le siège d'une altération notable, on peut en faire l'*excision*; mais cette méthode ne doit être employée que dans des cas exceptionnels.

4° *Caustiques*. — Ce procédé est souvent mis en usage avec succès pour guérir les abcès froids, car non-seulement il ouvre passage à la suppuration, mais encore il enflamme légèrement les parois du foyer et en facilite la cicatrisation. On peut combiner la cautérisation à l'incision (Denonvilliers).

5° Le *séton*, dont on traverse la tumeur, détermine dans le foyer une inflammation favorable à sa cicatrisation (B. Bell); nous lui préférons de beaucoup le *tube à drainage* (Chassaingnac).

6° Les *injections* irritantes, vineuses, aromatiques, chlorurées, phéniquées, iodées surtout, agissent de la même manière, c'est-à-dire en irritant la face interne de la poche purulente et en empêchant la décomposition putride du liquide qu'elle peut retenir dans ses anfractuosités. Les injections sont très-faciles à faire lorsque l'abcès est traversé par un ou plusieurs drains en caoutchouc; aussi est-ce à la combinaison du drainage et des injections antiseptiques que nous donnons la préférence.

A ces moyens locaux, seuls applicables lorsqu'il s'agit d'abcès idiopathiques, on doit ajouter un traitement général, dirigé contre les causes probables de la maladie: tel est un traitement tonique, antiscrofuleux, etc.; cette thérapeutique est peut être plus indiquée quand l'abcès est lui-même symptomatique d'une altération des os, des articulations, etc.

Abcès soudains. — Delpech (1) a décrit sous ce nom des abcès

(1) *Précis élément. des mal. réputées chirurgicales*, t. I, p. 69, Paris, 1816.

survenant très-rapidement sans manifestation inflammatoire primitive accusée, et qui sont déjà volumineux lorsqu'on s'aperçoit de leur existence.

Ces abcès se rencontrent le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire. Ils s'observent chez les sujets affaiblis par l'âge, les maladies, les privations; on a cru pouvoir expliquer leur apparition en invoquant l'existence d'une *diathèse purulente*, ce qui ne dit pas grand'chose.

Symptômes. — Une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans une région du corps, et déjà les téguments sont soulevés par une quantité variable de pus; le foyer purulent s'accroît et peut prendre d'énormes dimensions. L'état général est grave, le pouls est petit, fréquent, irrégulier; la langue rouge et sèche, la face pâle et grippée; il survient souvent une diarrhée fétide et abondante. Le foyer ouvert par le chirurgien, il s'en écoule une énorme quantité de pus plus ou moins odorant et infect, quantité qui se renouvelle chaque jour. Parfois cependant la suppuration diminue tout à coup, et de nouveaux abcès se forment jusqu'à ce que le malade succombe dans le marasme.

La mort est en effet presque fatale, et cela malgré l'emploi rationnel des toniques, des antiseptiques, etc., qui ne produisent qu'une passagère amélioration (Delpech).

BIBLIOGRAPHIE. — Heurteloup, *Dict.* en 60 vol., t. I, p. 32, 1812. — H. E. Bailleul, *Essai sur les abcès froids idiopath. et leur traitement*, thèse de Paris, n° 96, 1820. — J. G. A. Lugol, *Emploi des inj. iodurées dans les abcès froids*, in *Gaz. des hôpitaux*, 1846, p. 158. — Jobert, *Des abcès froids*, in *Gaz. des hôp.*, 1855, p. 109. — Bouvier, *Mém. sur le séton et Rapport de Larrey*, in *Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. IV, p. 85 et 112, 1857. — Baugé, *Des abcès froids*, th. de Paris, 1863, n° 80. — S. Laugier, *Nouv. Dict. des sciences médicales*, t. I, p. 21, 1864. — Denonvilliers, *Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. I, p. 34 (Bibliographie, par Raige-Delorme, p. 71), 1864. — G. Dieulafoy, *De l'aspiration pneumatique sous-cutanée*, Paris, 1870, brochure. — H. Julié, *De l'aspiration combinée avec la ponction capillaire*, thèse de Paris, 1872, n° 66.

CHAPITRE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

ARTICLE 1^{er}. — AFFECTIONS TRAUMATIQUES EN GÉNÉRAL.

On doit entendre sous ce nom « des affections circonscrites, primitivement locales, succédant à une violence venant du dehors ou du dedans » (Verneuil).