

## ABCÈS, FISTULES ET PHLEGMON DIFFUS

PAR HOWARD MARSH

Membre du collège Royal des chirurgiens, chirurgien assistant au Saint-Bartholomew's Hospital, à Londres (1).

### ABCÈS

L'Encyclopédie internationale de chirurgie contenant déjà un article sur l'inflammation (2), nous y renvoyons le lecteur pour ce qui concerne les processus antérieurs à la formation du pus. Il ne sera question ici, en fait de pathologie, que des points qui ont un rapport direct avec le traitement chirurgical des abcès.

#### Nature des abcès.

Le mot *abcès* est souvent employé dans un sens extrêmement étendu; cependant on peut le définir nettement et simplement comme une *collection purulente circonscrite*. Cette collection peut être enfermée dans une des petites cavités naturelles du corps, par exemple dans l'antrum d'Highmore au maxillaire supérieur, dans la synoviale d'une articulation, dans une bourse muqueuse. D'autres fois les parois de la cavité sont formées par la gaine d'un muscle, par un fascia résistant, par exemple dans les abcès du psoas, les abcès autour du bassin, les abcès logés dans l'enveloppe capsulaire de la parotide ou de la prostate. Mais plus fréquemment la cavité s'est formée par la destruction ou le déplacement des tissus de l'organe où l'abcès s'est développé. La

cavité, quelle que soit sa genèse, est tapissée, dans les cas types, par un sac ou membrane plus ou moins distinct, résultant de l'organisation des produits inflammatoires à la limite de la zone malade. Cette membrane, dite *pyogénique*, est souvent très nette dans les abcès chroniques des os, dans la pleurésie chronique, à la surface de la plèvre. On peut la détacher sous la forme d'un tissu bien formé, très épais, résistant, ayant l'aspect de la surface de bourgeons charnus riches en vaisseaux. Au début d'un abcès, et en général en cas de phlegmon aigu, il ne se forme pas de membrane, et le pus est cerné seulement par une enveloppe de lymphes coagulés, remplie de leucocytes et se confondant avec le tissu où son exsudation a eu lieu. Si la tendance à la coagulation, une des propriétés de la lymphes normale, vient à manquer, le pus chemine au loin dans toutes les directions, surtout entre les plans du tissu cellulaire inter-musculaire et sous-cutané et le long des gaines vasculaires, et le processus revêt les caractères d'un phlegmon diffus.

#### CARACTÈRES ET PROPRIÉTÉS DU PUS.

Le pus louable, ou normal, est un liquide d'un blanc jaunâtre, de la consistance d'une crème épaisse, doux et onctueux au toucher, d'un goût légèrement salé, et d'une odeur particulière, nauséabonde et fade quand on vient

(1) Traduit par M. le Dr E. de La Harpe (de Lausanne).

(2) Voy. Van Buren, *Inflammation in Encyclopédie de chirurgie*. t. I, p. 53.

de l'évacuer et qu'il est encore chaud. Sa réaction est alcaline, mais elle devient aisément acide à la suite d'une légère fermentation lactique (c'est là du moins l'hypothèse généralement admise). Si on laisse le pus reposer, il se divise peu à peu en ses deux constituants : d'une part les globules du pus, qui forment un sédiment plus ou moins considérable; de l'autre, un liquide qui surnage, exactement semblable au sérum du sang et qu'on appelle souvent sérum du pus. L'aspect des globules du pus est identique à celui des leucocytes. Une fois morts, ils se présentent sous la forme de corps demi-transparents, arrondis ou de contour irrégulier, légèrement aplatis. Leur diamètre est de 8,3 à 10  $\mu$ ; ils contiennent de nombreuses granulations foncées et un, deux ou plusieurs noyaux obscurs. L'acide acétique leur donne une forme sphérique et les rend transparents, de façon que leurs noyaux se distinguent beaucoup plus aisément.

L'origine des globules du pus a été le sujet de grandes discussions. Aujourd'hui on peut affirmer avec certitude qu'ils sont pour la plupart ni plus ni moins que des leucocytes émigrés du système circulatoire. Il est très probable cependant que quelques-uns d'entre eux doivent leur naissance à la prolifération des éléments cellulaires des tissus enflammés. Quelle que soit leur origine, les globules du pus jouent un rôle très important dans le développement des abcès. Pendant la période active de leur vie, ils sont doués de mouvements amiboïdes, et peuvent voyager au loin dans les tissus environnants (1). Ils ont aussi la faculté d'inclure un corps solide dans leur propre substance. « Si l'on introduit un morceau de tissu cellulaire tout frais sous la peau d'un animal vivant, et qu'on l'y abandonne pendant quelques jours, on le trouve imprégné d'un liquide fourmillant de leucocytes doués de mouvements amiboïdes, dont chacun a la faculté d'inclusion que je viens de signaler. Il n'a pas encore été démontré expérimentalement que les leucocytes rongent les parties nutritives d'une escharre, mais ils semblent certainement déterminer son ramollissement. » (Sanderson). Le même auteur ajoute : « L'existence, dans les leucocytes, de la faculté d'absorber les tissus avec lesquels ils viennent en contact, explique probablement la tendance destructive qui constitue un des plus importants caractères de toute inflammation intense. » Cette tendance amène la formation de la cavité purulente, ainsi que

(1) Dr Burdon Sanderson, article sur l'Inflammation. Holmes's System of surgery, 2<sup>e</sup> éd., vol. V, p. 784.

le ramollissement et l'érosion des tissus; le pus décolle et perce la peau, processus que nous décrirons plus tard. D'autre part, c'est bien certainement grâce aux leucocytes que se forme la membrane limitante ou sac de l'abcès (membrane pyogénique). A la limite de la zone atteinte, là où l'inflammation n'est plus aussi intense, aussi aiguë qu'au centre, il se fait une exsudation de lymphes plastique ou de substance fibreuse chargée de leucocytes. La coagulation de ce mélange a lieu, et l'on voit apparaître de grandes cellules, formées soit par la croissance de petites cellules, soit par leur fusion. Plusieurs de ces cellules se ramifient; les ramifications voisines s'unissent entre elles et produisent ainsi une structure plus ou moins réticulée. Ce tissu se vascularise, des canaux se creusant probablement dans le réseau cellulaire. Ce nouveau tissu, à qui l'on attribuait autrefois la production du pus, comme son nom l'indique (pyogénique), semble, d'après les idées modernes, contribuer d'une façon secondaire à l'augmentation de l'abcès qu'il circonscrit. En effet, comme le Dr Sanderson l'a démontré, ses vaisseaux jeunes et délicats sont bien propres à favoriser la diapédèse des leucocytes, étant donnés leur nombre, leur structure et leur arrangement.

#### DIVERSES VARIÉTÉS DE PUS.

Le pus peut s'écarter sur plusieurs points du type normal que nous venons de décrire. Nous savons que l'on distingue dans les ouvrages classiques le pus *sanieux*, qui est mêlé de sang, le pus *ichoreux*, qui est âcre et amène des excoriations de la peau qu'il baigne, le pus *floconneux* ou *caillé*, qui contient des masses peu serrées de fibrine coagulée, le pus *séreux*, qui est aqueux et fluide. Rien ne s'oppose à ce que l'on conserve ces dénominations, si on le désire; elles peuvent quelquefois être utiles. Mais les propriétés qu'elles indiquent sont absolument accidentelles et à peine assez spécifiques pour justifier cette classification. Sir James Paget fait les remarques suivantes au sujet de l'aspect microscopique du pus de mauvaise nature : « On trouve dans le pus qui n'est plus normal des globules modifiés; en outre, un mélange très varié de cellules fétides, de substances moléculaires et grasses, de noyaux libres ou sortis de leurs cellules, de globules rouges, de fragments d'une substance granuleuse ressemblant à des lambeaux de fibrine, et d'autres substances encore, telles que des

cristaux de cholestérine, de triple phosphate et des gouttelettes de graisse libre (1). »

#### Classification des abcès.

Pour essayer de classer les diverses formes d'abcès d'une manière satisfaisante, il me semble utile de modifier les termes employés jusqu'ici pour les désigner. Les qualifications telles qu'*abcès lymphatiques*, *par congestion*, *phlegmoneux*, ne me paraissent pas avoir un sens bien défini. La dénomination d'*abcès métastiques* ou *secondaires* est superflue, puisque ces abcès accompagnent la pyohémie ou la septicémie; on les désignera plus simplement d'après ces affections sous le nom d'*abcès pyohémiques* ou *septicémiques*. L'*abcès diffus* implique en quelque sorte une contradiction entre ses deux termes, puisque tous les auteurs définissent un abcès comme une collection purulente circonscrite. Enfin, distinguer des *abcès tympaniques* ou *emphysémateux*, c'est introduire dans une classification générale des détails qui appartiennent en réalité au chapitre des complications accidentelles.

En premier lieu, on peut diviser les abcès *grosso modo* en abcès *chauds* ou *aigus*, et abcès *froids* ou *chroniques*, deux groupes contrastant d'une façon bien marquée. Ils ont une évolution bien différente dans sa rapidité, et s'éloignent aussi l'un de l'autre par leurs symptômes, leurs tendances, les dangers que leur développement peut occasionner, et enfin par leur traitement. Il est presque inutile de dire qu'il existe un grand nombre de formes moins tranchées entre ces deux types extrêmes.

En second lieu, on peut classer les abcès d'après les causes qui les font naître, méthode de classement fort importante pour la pathologie et le traitement.

Prenons d'abord comme *première classe*, les abcès résultant d'une *cause générale*, avec les genres suivants : 1<sup>o</sup> abcès dus à un *état morbide constitutionnel*, engendrés par exemple par l'intempérance, par les fatigues, les privations, le séjour prolongé dans les climats torrides, ou chez la femme par la grossesse ou l'allaitement trop prolongé; 2<sup>o</sup> abcès survenant après diverses formes d'*infection virulente du sang*, pyohémie, septicémie, y compris la variété spéciale à la femme en couches; 3<sup>o</sup> abcès compliquant les *maladies infectieuses*, fièvre typhoïde, scarlatine,

(1) Paget, *Lectures on surgical Pathology*, 3<sup>e</sup> éd. Londres, 1870.

variole, etc.; 4<sup>o</sup> abcès *tuberculeux* ou *scrofuleux*.

2<sup>o</sup> *Classe*, abcès par *cause locale*, avec les genres suivants : 5<sup>o</sup> abcès se développant à la suite d'une lésion externe, désignés plus simplement sous le nom de *traumatiques*; par exemple, dans le cuir chevelu, le périoste, les articulations, les bourses muqueuses, les gaines tendineuses, etc.; 6<sup>o</sup> abcès produit par une *irritation locale* quelconque, par exemple par les infiltrations fécales ou urinaires, les épanchements sanguins en modification rétrograde, la rétention ou la modification chimique du produit des glandes sébacées, ou, chose moins fréquente, par les parasites, les hydatides, ou la filaire de Médine, accident encore plus rare dans la pratique ordinaire. Citons encore les lombrics sortis de l'intestin pour venir se loger dans la paroi abdominale, les calculs des amygdales, des canaux des glandes salivaires, des reins et de la prostate, les racines de dents nécrosées, les exfoliations osseuses lentes traumatiques, enfin les corps étrangers, — fragment de bois, etc., — dont on n'a peut-être même pas aperçu l'introduction accidentelle sous la peau. Cette énumération suffit pour indiquer le nombre considérable de causes possibles pour un abcès donné. Elle prouve qu'il est indispensable de rechercher les circonstances qui ont entouré la formation de l'abcès avant de décider le meilleur traitement à suivre.

Sir James Paget (1) a décrit sous le nom d'*abcès résiduels*. « les abcès formés dans les restes d'inflammations anciennes, ou dans les parties voisines. La plupart se développent dans des points où le pus produit longtemps auparavant a été retenu en totalité ou en partie, est devenu sec, en d'autres termes, a vieilli. » D'autres abcès de ce genre « sont formés dans les épaississements, adhérences ou autres produits inflammatoires très antérieurs, lentement organisés. »

Plusieurs cas d'abcès résiduels sont rapportés dans le livre de sir Paget, entre autres celui d'une femme, âgée de 30 ans, entrée au Saint-Bartholomew's Hospital; sa santé générale était bonne, mais elle portait à la symphyse sacro-iliaque une grosseur circonscrite, élastique et indolente. On diagnostiqua un lipôme; mais pendant l'opération entreprise par M. Stanley pour l'enlever, on vit sortir du pus d'une cavité communiquant par un canal étroit avec l'articulation de la hanche. Vingt ans auparavant, cette articulation avait été atteinte par une maladie qui avait disparu

(1) Paget, *Leçons de clinique chirurgicale*, trad. du Dr Petit, p. 395. Paris, 1877.

après un an de repos, sans amener de suppuration, en apparence. La malade s'était bien guérie, avec ankylose de la hanche toutefois, mais elle n'avait eu aucune souffrance, et l'abcès en question n'avait été observé que deux ans avant l'opération.

Chez une femme de 38 ans, un abcès se forma sur la crête du tibia, 28 ans après une nécrose partielle de l'os, la jambe ayant été parfaitement saine dans l'intervalle.

Récemment encore, on a soigné au Saint-Bartholomew's Hospital un homme qui avait eu une fracture compliquée de l'humérus, 25 ans auparavant, à la bataille de Balaklava. Trois mois après la bataille, la fracture était bien consolidée et les parties molles s'étaient cicatrisées. Pendant 24 ans environ, le malade travailla sans cesse, considérant son bras comme guéri. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, le bras enfla dans la région de la cicatrice et devint très douloureux. Un grand abcès se forma, et on dut évacuer le pus par une incision. La guérison fut rapide et 2 mois plus tard le malade put retourner à son travail.

Les régions voisines du rectum, suivant la remarque de sir James Paget, sont particulièrement favorables aux abcès résiduels. Les nodosités, derniers restes d'inflammations antérieures, qui ont suppuré ou qui ont été seulement proches de la suppuration, sont presque forcément destinées à suppurer de nouveau, même s'il s'est écoulé plusieurs années de calme apparent. Il se passa quatorze ans dans un cas, douze ans dans un autre entre la guérison d'un abcès de cette région et le moment où il se reforma dans les résidus cicatriciels et les tissus morbides qu'il avait laissés (1). Cependant ces cas n'ont pas toujours une issue aussi favorable. La quantité de dépôts anciens à éliminer, y compris quelquefois des fragments osseux, peut être si considérable que la santé du sujet est dangereusement atteinte par les souffrances et par la suppuration abondante et prolongée qu'entraîne cette élimination.

Une jeune dame a été récemment sous les soins de sir James Paget, pour un abcès résiduel découvert longtemps après la guérison apparente d'une affection de la colonne vertébrale. La suppuration était profuse; il y eut élimination d'une quantité notable de fragments osseux couverts de grands cristaux calcaires. Cela dura pendant plusieurs mois; la malade faillit mourir d'épuisement. A la fin cependant, les

(1) L'auteur de ces lignes soigne un malade qui a vu la suppuration reparaitre deux fois dans l'espace de quelques années, dans une ancienne fistule à l'anus guérie depuis longtemps; chaque fois l'abcès résiduel s'est fermé quelques jours après l'évacuation du pus.

produits morbides ayant été complètement expulsés, les fistules se fermèrent et la malade guérit.

En présence d'un abcès résiduel, il faut se rappeler que, dans la règle, leur existence ne prouve pas la réapparition de l'affection primitive; en général, ils ne compromettent pas non plus les résultats de la guérison d'autrefois. La suppuration semble en vérité n'atteindre que les produits morbides qui n'ont pu vivre, et laisser de côté ceux qui se sont organisés complètement en tissus nouveaux. Il s'ensuit que l'abcès résiduel a souvent une marche toute semblable à celle d'un abcès froid ordinaire, même s'il apparaît dans le voisinage immédiat des vertèbres ou d'une grande articulation. Le traitement est le même que celui des abcès chroniques. Une fois l'abcès résiduel ouvert, la guérison est souvent facile et rapide, sans fièvre ni complications sérieuses.

#### Symptômes des abcès.

Quand le processus inflammatoire aboutit à la suppuration, et qu'un abcès se forme, ce fait se traduit par des symptômes que nous allons exposer.

Auparavant il nous faut dire qu'ils sont très variables; les différences proviennent essentiellement peut-être de la rapidité de la production du pus et de la structure de l'organe dans lequel il se rassemble. Plus l'abcès est aigu, plus la tension des tissus est grande, plus aussi les symptômes sont accentués. Par contre dans les abcès à marche chronique, tous les signes habituels peuvent absolument faire défaut, excepté le gonflement, si bien que l'on se trompe assez souvent et que l'on croit être en présence d'un lipôme ou de quelque tumeur analogue.

**Douleur.** — Elle est d'intensité très variable. Quelquefois il y a exacerbation des douleurs quand le pus se forme, principalement à cause de l'augmentation de tension qu'il produit. C'est le cas dans les abcès logés sous des tissus inextensibles, par exemple dans les gaines tendineuses, sous les enveloppes glandulaires ou les fascias épais, au cou, au périnée, dans les abcès enfermés par du tissu osseux, abcès alvéolaires, abcès de l'extrémité articulaire des os longs. Les souffrances du malade augmentent d'heure en heure jusqu'à ce que le pus ait trouvé une issue. D'autre part, dans les tissus qui cèdent facilement à la pression, la production du pus est rapidement suivie par la dimi-

nution de l'inflammation, le pus marche sans obstacles vers la surface, la tension diminue, et tandis que la sensibilité locale va en augmentant, les souffrances du malade sont beaucoup moindres.

**Frissons.** — Bien qu'on les voie quelquefois dans les suppurations profondes, avec troubles généraux graves, et dans le cas d'abcès voisins de l'urèthre, on peut à peine les ranger parmi les symptômes ordinaires des abcès aigus. Quelquefois ils ont une bien plus grande importance, et indiquent le début de quelque forme d'infection, pyohémique ou septicémique (1).

**Symptômes locaux.** — Les symptômes locaux sont la fluctuation, un œdème mou dans lequel le doigt laisse une empreinte, ou un œdème dur avec une zone centrale molle, douloureuse au toucher.

**Fluctuation.** — Quand on suppose la présence du pus, on applique les doigts sur deux points différents de la peau, et on presse alternativement avec chaque main afin de chercher à sentir une vague liquide passant d'un côté à l'autre, reconnaissable à sa masse et à son élasticité. Autrement dit, on examine s'il y a une accumulation de liquide qui cède aux doigts de la main droite pour s'élever comme un gonflement élastique sous ceux de la main gauche, et vice versa. Il y a différentes manières de percevoir la fluctuation. S'agit-il d'un petit abcès superficiel, on n'emploie qu'un doigt de chaque main, placés à la distance d'un centimètre et demi l'un de l'autre, et on appuie très doucement. Par contre, pour un grand abcès profond, par exemple sous les fessiers, ou dans les muscles de la cuisse, du mollet, plusieurs doigts, et même tous les doigts, sont appliqués à plat sur la peau avec une certaine force, et chacun d'eux essaie à son tour de produire sous le doigt voisin alternativement une augmentation et une diminution de pression. La fluctuation est le plus facile à sentir dans les grands abcès voisins de la peau, couverts seulement par des parties molles minces et souples. Indiquons comme type des abcès de ce genre, les abcès froids si souvent observés à la suite des maladies des vertèbres ou de la hanche. La fluctuation est aussi très nette même dans

(1) Chez les malades qui ont eu la fièvre intermittente, la suppuration peut avoir comme conséquence la réapparition des accès fébriles, et les frissons accompagnant ceux-ci peuvent faire penser à la pyohémie; on s'aperçoit plus tard que ces craintes n'étaient heureusement pas fondées.

les petits abcès, s'ils sont tout à fait superficiels. Mais, par contre, quand la collection purulente est petite en même temps que profondément située, on ne peut pas sentir de fluctuation, spécialement si l'abcès se trouve sous des organes durs et solides, et si les parties sur lesquelles il s'appuie, pour ainsi dire, sont molles et élastiques. C'est le cas souvent pour les abcès de la région ischio-rectale. La fluctuation ne peut être perçue à cause de l'épaisseur et de la résistance de la peau et de la couche épaisse de graisse sous-cutanée, et de l'élasticité de l'intestin contre lequel l'abcès est situé. Au lieu de trouver une base solide sur laquelle on puisse fixer le pus pendant qu'on le comprime de côté et d'autre avec les doigts, on a un plan qui cède et anéantit l'effet de ces manœuvres. De même à l'aisselle, le pus se trouve placé entre le fascia axillaire résistant et la graisse, et le tissu cellulaire lâche de la région profonde du creux axillaire; on n'arrive pas à découvrir de fluctuation, même si la collection purulente est considérable.

En résumé, si la fluctuation nettement démontrée est un signe absolument caractéristique de la formation d'un abcès, il y a bien des cas où on ne la sent pas, bien qu'il y ait du pus. Il faut se rappeler ce fait d'autant plus important que les cas où il est difficile ou même impossible de trouver la fluctuation, sont justement ceux où l'évacuation immédiate du pus est le plus nécessaire. C'est par exemple quand il s'agit d'un abcès sur les parties latérales du cou, à l'aisselle, dans l'espace poplité, dans la profondeur du sein, au périnée, dans le voisinage de l'intestin, etc.

**Œdème.** — Quand il y a gonflement inflammatoire aigu, si l'on place le doigt sur l'endroit où la peau a son maximum de tuméfaction, ou bien là où elle est d'une couleur rouge sombre, et si l'on appuie pendant quelques secondes et que l'on retire alors le doigt, on verra qu'il laisse une trace sous la forme d'un creux distinct quoique peu profond, avec un bord franc, nettement accusé. Ce signe indique avec certitude la présence du pus. Cette manœuvre peut être très douloureuse, si le bout du doigt est pressé vivement et avec force sur l'enflure, surtout si l'ongle touche la peau. Mais elle n'occasionne pas la moindre souffrance si l'on se sert seulement de la pulpe du doigt, en ayant soin de débiter par une pression très légère que l'on augmente peu à peu et avec modération. La valeur de ce symptôme de l'empreinte du doigt est quelquefois méconnue, mais s'il

est présent, on peut souvent conclure à l'existence d'un abcès, lorsqu'on ne peut avoir aucune autre preuve de la présence du pus.

En passant le doigt sur le siège de l'inflammation, on peut fréquemment percevoir une zone molle, tranchant très nettement sur l'œdème dur qui l'entoure. Cette zone peut être ronde ou ovale, et si peu étendue qu'elle pourrait échapper à un examen qui ne serait pas des plus attentifs; elle peut être de forme irrégulière, assez grande, et nettement circonscrite par un rebord distinct et dur. Cette place de ramollissement indique l'endroit où le pus est arrivé à la surface depuis la profondeur, et se trouve arrêté seulement par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il se peut aussi qu'on ne puisse sentir nulle part un endroit mou; mais par contre on trouve une place si sensible qu'à la plus légère pression, le patient recule et sent une douleur aiguë et lancinante. Comme dans le cas précédent, c'est là que le pus s'avance vers l'extérieur, et la douleur au toucher vient de l'augmentation de pression dans la cavité de l'abcès. Souvent le même endroit est à la fois mou et sensible; la coexistence de ces deux symptômes rend encore plus probable la présence du pus sous la peau à une distance peu considérable.

*Maturation de l'abcès.* — A mesure que la quantité du pus augmente, il tend à s'avancer dans la direction où il éprouve le moins de résistance. De cette façon il s'approche de la peau ou, chose plus rare, d'une des cavités séreuses ou muqueuses du corps; la rapidité de sa marche est d'ailleurs très variable. Ce processus est en partie purement mécanique, résultant de la pression que la collection purulente exerce sur les tissus environnants. Mais il est dû aussi en grande partie à la liquéfaction et à l'absorption des tissus par les leucocytes qui en remplissent tous les interstices. Quand le pus est près de la surface, la tuméfaction prend une forme plus ou moins circonscrite et proéminente, quelquefois mamillaire; le centre se ramollit. S'il s'agit d'un abcès aigu, la peau devient rouge foncé, lisse et comme vernie, tandis qu'aux alentours elle est dure, résistante et œdématiée. Dans l'abcès chronique, la maturation se fait si graduellement que la peau se ramollit, s'amincit et change de couleur sans altération notable et active dans sa nutrition. S'il n'y a pas intervention de l'art, l'abcès suit sa marche naturelle: une fois la maturation complète, la peau est perforée et le pus s'écoule au dehors.

*Symptômes généraux.* — Les symptômes généraux d'un abcès sont à peine dignes d'être décrits, sauf ceux qui accompagnent la période de début. Il est bon d'observer qu'ils sont quelquefois sans importance, de même que les premiers symptômes généraux de l'inflammation; d'autres fois par contre, ils sont si graves, qu'ils réclament d'urgence l'évacuation du pus le plus tôt possible: le pouls est petit, compressible, rapide; la température est élevée, 39.5 ou 40; il y a de fréquents frissons, des sueurs abondantes, l'appétit et le sommeil disparaissent entièrement, le malade maigrit à vue d'œil et montre un état de dépression nerveuse extrême avec tendance à la syncope. C'est en présence de cet ensemble de symptômes qu'il s'agit d'évacuer le pus sur-le-champ, par exemple quand l'abcès est situé dans une grande articulation, dans le testicule, la prostate, ou sous des aponévroses résistantes à la main ou dans d'autres régions.

#### Diagnostic des abcès.

Les abcès sont une des plus vulgaires maladies chirurgicales, chaque praticien en rencontre fréquemment. Il n'y a pas de chirurgien qui ne connaisse par expérience leurs caractères, leur marche et leur traitement. Et cependant rien n'est plus difficile quelquefois que de diagnostiquer certains abcès; il n'est pas non plus de maladie qui expose davantage un médecin imprudent à des erreurs graves et embarrassantes. Il est vrai que les symptômes des abcès phlegmoneux sont en général sans équivoque, quoique même dans ces cas on ait commis des erreurs. Mais c'est devant les abcès subaigus et chroniques que le diagnostic s'est trouvé le plus souvent en défaut. Mettons de côté les erreurs que le chirurgien peut éviter avec un peu de savoir et d'attention; il sera cependant bon de rechercher les raisons qui peuvent rendre le diagnostic difficile.

Les symptômes typiques d'un abcès sont en premier lieu ceux de l'inflammation locale, — troubles circulatoires, tuméfaction, rougeur, douleurs générales, sensibilité à la pression; en second lieu, ceux qui annoncent l'apparition du pus dans les parties enflammées, fluctuation, maturation, œdème et autres symptômes déjà décrits. Souvent cependant, ces symptômes peuvent faire défaut complètement, excepté la tuméfaction; et même d'autres signes apparaissent à leur place, simulant l'existence de quelque autre affection bien différente.

Prenons un exemple: un abcès contenant 50 à 100 grammes de pus se forme lentement à la suite d'une maladie générale, ou d'une affection des vertèbres, d'une articulation, et cela absolument sans souffrances, sans chaleur, sans douleur à la pression. Une collection de ce genre peut rester dans le même état pendant bien des mois, quelquefois même pendant des années. Avec le temps, la membrane pyogénique devient serrée et résistante, la tension du pus qui s'accumule peu à peu durcit la poche de l'abcès, et il en résulte une dureté circonscrite ronde ou ovale, plus ou moins mobile, dans laquelle on ne découvre pas de fluctuation, si elle est placée entre des tissus mous et élastiques et une couche épaisse de graisse sous-cutanée. La ressemblance avec un lipôme ou une tumeur fibro-cellulaire est telle dans un cas de ce genre qu'il faut une ponction exploratrice pour révéler la vraie nature de l'affection. Voici encore un autre exemple: on constate une tuméfaction notable, de croissance lente, dans une région profonde, par exemple à la fosse temporale, sous les adducteurs de la cuisse ou les muscles du mollet. Ce gonflement est diffus, dur, vaguement élastique, sans trace de fluctuation; il n'y a ni chaleur ni douleur à la pression, ni souffrances générales; la peau est lisse, tendue, légèrement rougie; les veines superficielles sont gonflées. Cet ensemble de symptômes pourrait faire soupçonner à juste titre qu'il y a là quelque tumeur maligne. C'est dans ces conditions qu'il s'est produit un grand nombre d'erreurs de diagnostic; nous en donnerons quelques exemples.

Un négociant découvrit un jour une tuméfaction profonde dans son aine; il la fit voir à son médecin qui ne fut pas satisfait de son examen, et demanda une consultation. Celle-ci eut lieu; on décida qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, que probablement son évolution serait rapide et qu'elle amènerait la mort. Quelques semaines d'observation semblèrent confirmer cette prophétie; le patient accepta son verdict et se prépara à mourir. Il se retira des affaires lucratives dans lesquelles il était engagé, disposa de ses capitaux, nomma ses exécuteurs testamentaires et partit pour la campagne. A peine ces arrangements pris, un abcès se fit jour dans l'aine, la peau se rompit bientôt, et il en sortit environ 400 grammes de pus. Le malade reprit ses forces et guérit. Mais à son grand regret, ses affaires avaient passé en d'autres mains, et il ne put les reprendre.

Il y a plusieurs années, dans un des grands hôpitaux de Londres, on amputa un sein que l'on croyait atteint de carcinôme. A l'examen de la pièce, on trouva

non point le squirrhe qu'on s'attendait à voir, mais un abcès chronique aux parois très épaisses.

Je connais un enfant qui devait avoir, d'après l'opinion d'un éminent chirurgien, une tumeur maligne dans la région temporale; plus tard on reconnut qu'il s'agissait simplement d'un abcès profondément logé sous l'aponévrose temporale.

Dans la chirurgie des enfants, j'ai vu à plusieurs reprises des abcès profonds de l'épaule, de la cuisse, dans les parois abdominales ou le tissu cellulaire du bassin, pris pour des tumeurs malignes. Vice versa, une tumeur de ce genre peut ressembler quelquefois exactement à un abcès chronique.

On diagnostiqua chez un malade un abcès du foie; quelques semaines plus tard, on constata une grosseur saillante, molle, élastique; la peau qui la couvrait était mince et rouge; on crut trouver dans ces symptômes la confirmation du diagnostic primitif. On fit une ponction qui ne ramena que du sang, et plus tard enfin on reconnut que c'était un carcinôme.

J'ai vu deux fois, chez des enfants, ponctionner par la région lombaire des tumeurs malignes du rein, dans l'idée que le gonflement mou très élastique et la fluctuation apparente indiquaient un abcès.

Je me rappelle aussi un enfant de 10 ans qu'on avait admis à l'hôpital pour une affection du maxillaire supérieur; on pensait à quelque tumeur en voie d'ossification. Il y avait du gonflement local, la voûte palatine et la face antérieure de l'os offraient une voussure notable. La maladie datait de 4 mois; l'enfant ne souffrait presque pas, la tumeur était très peu douloureuse à la pression; il en avait été ainsi dès le début. On diagnostiqua une tumeur maligne, et on fit pour réséquer le maxillaire l'incision ordinaire partant du milieu de la lèvre et contournant le nez. A ce moment, un collègue du chirurgien, entrant dans la salle d'opérations, proposa une ponction exploratrice; elle révéla l'existence d'une collection de pus épais et crémeux dans l'antre d'Highmore, dont la cavité était considérablement agrandie, mais dont les parois étaient encore solides.

Le diagnostic différentiel entre un abcès et un anévrysme offre quelquefois des difficultés. Dans les abcès provenant des glandes lymphatiques ou d'autres organes situés sur les parties latérales du cou, ou dans ceux de l'aine, quand les tissus environnants sont résistants ou adhérents d'une façon anormale, chaque pulsation des gros vaisseaux voisins peut se communiquer distinctement à l'abcès. En cas de doute, on se posera les questions suivantes: 1° Les pulsa-

tions sont-elles constituées par une extension centrifuge, ou simplement par une secousse, un soulèvement imprimé à la tumeur sans changement de forme? 2° La pulsation est-elle perçue dans toutes les parties de la tumeur? 3° Peut-on, en déplaçant doucement la tumeur dans un sens ou dans l'autre, changer sa position par rapport à l'artère, et par là réduire sensiblement les pulsations? 4° La tumeur diminue-t-elle distinctement quand on comprime le vaisseau du côté du cœur, et revient-elle à son volume primitif quand on suspend la compression, en donnant la sensation d'un flot qui soulève la main? L'âge du malade, la présence ou l'absence d'un souffle, l'état du système artériel, l'existence d'athérome, de syphilis, la possibilité d'une lésion traumatique, — tous ces points et d'autres encore doivent être pris en considération, bien qu'il ne faille pas non plus leur accorder trop de valeur. Car si les anévrysmes ne se présentent en règle générale que chez l'adulte, on en a observé bien des exemples chez des individus plus jeunes. On voit souvent aussi des anévrysmes bien développés sans souffle. L'histoire du malade, les symptômes que nous venons d'énumérer contribuent souvent pour beaucoup à égarer le diagnostic. Outre le danger de prendre un anévrysme pour un abcès, ou vice versa, il existe encore une possibilité, c'est la présence simultanée de ces deux affections. Quelquefois un abcès s'ouvre dans un gros vaisseau, nous en verrons un exemple plus loin. Dans un cas de ce genre, on constate les symptômes suivants : la tumeur augmente soudain d'une façon notable, devient tendue et douloureuse, et présente des pulsations, d'ailleurs très variables suivant les cas. Quelquefois elles sont violentes, très étendues, avec une expansion manifeste; d'autres fois elles sont faibles, à peine perceptibles; dans d'autres cas encore elles peuvent faire entièrement défaut, circonstance qu'il est bon de conserver soigneusement dans sa mémoire.

#### Complications des abcès.

Il est inutile de discuter ici tous les dangers et les accidents qui peuvent accompagner la marche d'un abcès. Dans la section relative au traitement, nous parlerons des phénomènes de putréfaction, des décollements exagérés, de la mortification des tendons, de la formation d'adhérences ou de cicatrices difformes. J'exposerai ici d'autres complications qui peuvent avec avantage être considérées présentement.

*Hémorragies.* — Les vaisseaux avoisinant un abcès sont fréquemment oblitérés par thrombose, ce qui prévient l'hémorragie; cependant ce n'est pas toujours le cas, et quand l'abcès augmente, une artère ou une veine importante peut être ulcérée.

Un homme de 37 ans avait à la face latérale du cou un grand abcès qui fut ouvert par incision; trois jours après l'opération, il se produisit tout à coup une hémorragie si abondante que le malade tomba en arrière sur son lit, comme mort. L'hémorragie cessa, puis revint après un certain temps; on essaya de faire la ligature du vaisseau ouvert, qu'on croyait être une des branches de la carotide primitive. On ne put réussir, la perforation étant hors d'atteinte près de la base du crâne. On fit en conséquence la ligature de la carotide primitive, et on tamponna vigoureusement la plaie. Malgré cette opération, le malade mourut bientôt après. L'autopsie démontra que la cavité de l'abcès était gangreneuse, et que la paroi de la carotide interne présentait une grande déchirure tout près de la base du crâne.

Un homme, âgé de 23 ans, atteint de carie des vertèbres lombaires et d'un grand abcès du psoas par congestion, était tranquillement dans son lit quand il montra subitement tous les symptômes d'une hémorragie interne, pâleur, agitation, transpirations profuses, pouls rapide, à peine perceptible. On s'aperçut aussi que l'abcès dans la gaine du psoas avait augmenté de volume, était devenu plus douloureux qu'auparavant en même temps que plus dur et plus tendu. La mort survint 30 heures plus tard. A l'autopsie, on vit que l'abcès s'était étendu jusqu'à l'aorte, où il avait fait une ouverture ayant près de 6 mm. de diamètre. La cavité de l'abcès était distendue par une grande quantité de sang mélangé au pus.

Citons brièvement un exemple encore plus remarquable de cette terrible complication : Un malade entra au Saint-Bartholomew's Hospital avec une hémorragie alarmante par son intensité, survenue tout à coup et provenant de quelques fistules, derniers restes d'un petit bubon de l'aine consécutif à une blennorrhagie. La mort arriva par épuisement. L'autopsie révéla une ulcération de l'artère et de la veine fémorales, qui communiquaient avec la cavité de l'abcès.

On a publié récemment un cas d'ulcération de l'artère fessière par un abcès qui s'était fait jour à travers la grande échancrure sciatique, et un autre où l'artère honteuse interne a été ouverte par un abcès de la fosse ischio-rectale.

Le musée de Saint-Bartholomew's Hospital possède une pièce provenant d'un enfant de 8 ans, où l'on voit une perforation de la crosse de l'aorte par un abcès parti du médiastin antérieur.

Quand un grand abcès froid est vidé complètement à la première intervention chirurgicale, par aspiration ou incision, les vaisseaux de ses parois débarrassés subitement de la pres-

sion qu'ils subissaient se gonflent, et il peut en résulter une hémorragie dans la cavité de l'abcès. Cet accident peut donner de l'inquiétude quand la situation de l'abcès est telle qu'on ne peut faire la compression d'une manière efficace, ou quand le patient est très épuisé. Chez un enfant de neuf ans, atteint d'une coxite déjà très avancée, l'hémorragie persista longtemps dans la cavité d'un abcès de la face antérieure de la cuisse, qu'on avait ouvert; on ne put arrêter le sang qu'en injectant une solution concentrée de perchlorure de fer. Un suintement sanguin analogue se voit parfois après l'évacuation de grands abcès situés dans le voisinage de l'abdomen, par exemple dans la fosse iliaque.

*Communication de l'abcès avec une cavité interne.*

— Un abcès s'ouvre parfois dans une des cavités du corps, revêtu d'une séreuse ou d'une muqueuse. Pour ce qui concerne les abcès ouverts dans l'urèthre et le rectum, voyez les articles de cet ouvrage consacrés aux maladies de ces régions. L'ouverture d'un abcès dans l'œsophage n'amène habituellement aucune conséquence grave. Les abcès rétro-pharyngiens provenant d'affections vertébrales ou autres peuvent se vider et guérir de cette façon sans accidents sérieux. Si l'abcès perce dans la cavité péritonéale, par exemple après une suppuration autour de l'appendice vermiforme, il s'ensuit à l'instant une péritonite aiguë. Les symptômes dans ce cas peuvent ressembler si bien à une obstruction intestinale à marche rapide, que l'on peut aisément commettre une erreur de diagnostic.

Un homme âgé de 55 ans fut saisi tout à coup, pendant qu'il marchait dans la rue, d'une douleur très vive dans la région ombilicale, accompagnée de vomissements et d'une sensation particulière, « comme si quelque chose s'était décroché dans le ventre. » Depuis ce jour, il souffrit sans cesse, il eut de fréquents vomissements, l'abdomen se météorisa et la ressemblance avec une obstruction intestinale devint complète; il n'y avait pas même d'expulsion de vents par le rectum. L'abdomen ne présenta jamais la moindre trace de sensibilité. Le diagnostic posé fut celui d'occlusion intestinale, et la colotomie lombaire fut faite à droite. L'autopsie révéla une péritonite aiguë provenant d'une perforation de l'appendice vermiforme.

Le pus se fraye souvent un passage dans la vessie.

Une femme de 34 ans était en traitement pour une tumeur considérable, située entre la vessie et le vagin; on pensait à une hématocele périutérine. Trois

semaines avant sa mort, elle eut subitement des frissons, de très vives douleurs, et sa température atteignit 40°. Quatre jours plus tard, on vit apparaître les symptômes d'une cystite aiguë, et la malade rendit par l'urèthre plusieurs onces de pus fétide mélangé de sang provenant de la vessie. A l'autopsie, on découvrit que la suppuration s'était établie autour de l'hématocele, et que l'abcès s'était ouvert dans la cavité vésicale.

J'ai vu deux fois chez des enfants atteints de coxite avec perforation de la cavité cotyloïde, un abcès parti du bassin se vider dans le rectum. Les fèces passaient librement à travers la cavité de l'abcès et l'articulation, et venaient sortir derrière le trochanter. Dans les deux cas, la mort s'ensuivit. Il arrive aussi qu'un abcès se vide dans une articulation. Ainsi dans les abcès du psoas, le pus peut entrer dans la bourse muqueuse située entre le tendon du psoas et la capsule articulaire de la hanche, et de là pénétrer dans l'article lui-même, qui souvent communique librement avec la bourse en question. Le pus des abcès de la région poplitée peut gagner l'articulation du genou par les interstices de la capsule articulaire. Chez les enfants, un abcès aigu ou chronique formé dans l'épiphyse d'un os long menace de perforer la lame osseuse articulaire et le cartilage, et de se vider dans l'articulation. Voici un exemple de cet accident, assez fréquent d'ailleurs :

Un enfant de 5 ans portait depuis longtemps une petite fistule à l'extrémité inférieure du tibia. Il fut pris tout à coup d'une inflammation si violente de l'articulation tibio-tarsienne que 3 jours plus tard, on se vit obligé de faire l'amputation du pied d'après Syme. Pendant cette opération, à l'ouverture de l'article, on découvrit un trou irrégulier dans le cartilage du tibia, et par ce trou un petit séquestre tomba hors de la cavité creusée par l'abcès dans l'épiphyse.

Les abcès froids aux alentours des jointures peuvent avoir avec celles-ci une communication dont on ne se doute pas; ils se forment en effet soit dans une bourse muqueuse communicant avec la cavité synoviale, soit dans un diverticule de la synoviale elle-même, qui s'est ensuite séparé de la cavité articulaire par des adhérences, et s'est distendu de manière à représenter une collection en apparence indépendante.

Chez un garçon de 18 ans, une synovite suppurée du genou suivit la ponction d'un abcès froid au tiers supérieur du mollet, et nécessita l'amputation. Dans deux autres cas, une inflammation aiguë du genou fut