

la conséquence de l'ouverture d'un abcès situé au-devant de la cuisse, à son tiers inférieur. Dans tous ces cas, on n'avait pas eu le moindre soupçon d'une affection articulaire préexistante.

Traitement des abcès.

En règle générale, il faut évacuer le pus dès qu'il est formé. Cette règle est presque sans exception, en cas de *suppuration aiguë*. Nous possédons actuellement les moyens d'éviter les graves complications qui apparaissent autrefois à la suite de processus septiques, et l'évacuation du pus a pour effet utile la diminution de l'acuité des phénomènes inflammatoires.

Il y a de nombreuses situations où le chirurgien doit employer tous les moyens de diagnostic pour découvrir le pus le plus tôt possible, de façon à procéder sans retard à son évacuation. C'est une règle absolue quand il s'agit d'abcès logés sous un fascia résistant, spécialement dans le voisinage d'articulations, de tendons et de gaines tendineuses, de gros vaisseaux ou d'autres organes importants, et quand il est à redouter que le pus fasse de grands décollements. Au jarret, par exemple, si on laisse le pus s'amasser sous l'expansion du fascia lata qui entoure cette région, il peut atteindre l'articulation du genou, ou détruire le périoste et amener par suite une nécrose du fémur; ou bien il peut se répandre très loin en haut dans la cuisse ou en bas dans le mollet. Au cou, le pus, s'il n'est pas évacué de bonne heure, descend dans le médiastin antérieur ou dans l'aisselle, peut même ulcérer la carotide ou la veine jugulaire, et faire de larges décollements entre les muscles ou le long des vaisseaux profonds. Il faut vider aussi de bonne heure les abcès voisins du rectum, de l'urèthre, ceux du sein, ou des glandes ayant une enveloppe solide, comme la parotide, la prostate, le testicule. La même règle s'applique aux cas où la nutrition d'un os est en danger, par exemple quand il y a suppuration sous l'aponévrose crânienne, ou sous le périoste des os longs. C'est surtout important dans ce que l'on nomme abcès sous-périostés, ou périostite diffuse; dans ce genre d'affection, chez les enfants, tout le périoste peut être détaché de la diaphyse osseuse après vingt-quatre à trente-six heures. Dans tous ces cas, et dans beaucoup d'autres analogues, la marche de la maladie dépend entièrement de la constatation et de l'évacuation hâtives du pus.

La question de savoir s'il faut ouvrir les *abcès froids ou chroniques* n'est pas résolue par un

seul mot pour ou contre. Leur origine est si variable qu'il faut, pour déterminer le traitement à suivre, prendre en considération les causes qui les ont fait naître. Un abcès du genre dit spontané, c'est-à-dire sans connexion avec une affection des vertèbres, d'une grande articulation, des reins ou d'autres organes importants, peut être vidé sur-le-champ, en prenant les précautions voulues. Dans le cas contraire, si l'abcès dépend par exemple d'une maladie des vertèbres, les chirurgiens diffèrent beaucoup d'opinion sur la question du traitement. Il y en a de très distingués qui abandonnent l'abcès à lui-même, jusqu'à ce qu'il s'ouvre spontanément; ils sont d'avis que de graves complications se voient rarement après cette évacuation naturelle, tandis qu'elles accompagnent fréquemment l'intervention de l'art. La première affirmation est vraie sans doute. Mais d'autre part, il faut se rappeler que justement un des caractères de ces abcès, c'est d'augmenter sans cesse sans avoir grande tendance à percer; s'abstenir d'inciser, c'est donc condamner le patient à une attente longue et pénible, et, ajoutons-le, c'est l'exposer en outre à certains accidents dont nous parlerons plus loin. Autrefois les dangers liés à l'incision étaient souvent considérables, quand il s'agissait de grands abcès; mais ici, comme dans beaucoup d'autres branches de la médecine, on a fait d'immenses progrès, et l'expérience des dernières années semble nous garantir les moyens d'éviter dans une grande mesure les accidents qui pouvaient autrefois frapper le malade. Cependant, si l'on peut, en somme, conseiller une intervention, il faut choisir avec beaucoup de soin son moment. Les risques de complication dans un cas d'abcès du psoas, par exemple, dépendent pour une bonne part de la nature de l'affection vertébrale d'où l'abcès provient. Si celui-ci apparaît pendant que la maladie est encore aiguë, avec douleurs, fièvre, amaigrissement, augmentation de la difformité, il faut remettre l'évacuation du pus à plus tard, et tenir le malade au repos absolu jusqu'à ce que les symptômes les plus aigus aient disparu. Mais quand l'abcès se forme tardivement au cours d'une affection chronique, quand le patient a été longtemps au lit, et qu'il n'y a plus de symptômes aigus, alors les dangers de l'incision sont relativement peu considérables; c'est en résumé au moment où les troubles circulatoires ont disparu aux environs de l'abcès, et où les parois de celui-ci sont devenues résistantes et solides.

Les abcès aigus seront vidés par *incision di-*

recte. Pour plus de sécurité, et pour faciliter l'écoulement du pus, il est important que l'incision porte sur le point où le pus est le plus près de la surface. Ce point se trouve là où la fluctuation est le plus distincte, et là où les signes de maturité sont le plus manifestes. A défaut de ces symptômes (qui manquent souvent, comme je l'ai dit plus haut), on cherchera l'endroit le plus mou ou le plus douloureux, ou bien celui où l'empreinte du doigt se fait de la manière la plus distincte. La forme du bistouri n'a pas grande importance, bien qu'on ait insisté beaucoup sur ce point, pourvu qu'il soit bien pointu, bien tranchant, mince et effilé, de manière à offrir le moins de résistance possible. Un bistouri, comme un rasoir, coupe mieux si on l'immerge dans l'eau chaude avant l'usage. Le procédé d'incision le moins douloureux consiste à plonger le bistouri à angle droit avec la peau, d'un mouvement léger et rapide, et à élargir l'incision en retirant obliquement la lame, de manière à diviser les tissus en fauchant légèrement de dedans en dehors. Pour les abcès profonds, pour ceux qui se trouvent dans le voisinage d'organes importants, par exemple au cou, à l'aisselle, à l'aîne, au creux poplité, on opérera suivant le procédé de Hilton: une première incision traverse la peau et le fascia, puis on fait pénétrer doucement une sonde cannelée à travers les tissus qui se présentent, jusqu'à ce qu'on atteigne le pus, que l'on voit alors remonter le long de la cannelure de la sonde. A ce moment, on passe à côté de cet instrument une pince à pansement à branches minces, et on retire sonde et pince en ouvrant celle-ci de manière à créer une ouverture suffisante. Si l'abcès est situé sous un muscle sain, par exemple, dans la suppuration de la bourse muqueuse entre le grand fessier et le grand trochanter, l'incision faite à travers le muscle pour arriver sur le pus peut se fermer et empêcher ainsi le libre écoulement de ce dernier. Pour prévenir cet inconvénient, il faut introduire un drain, et s'en servir jusqu'à ce que l'abcès soit fermé. Sans cette précaution, il peut se produire de vastes décollements.

L'*aspirateur* de Dieulafoy rend d'excellents services pour le traitement des abcès. Il y a quelques points qu'il faut avoir dans l'esprit quand on veut s'en servir.

L'instrument le meilleur, et le plus simple à la fois, se compose d'un récipient de verre, avec un bouchon en caoutchouc, traversé par un tube métallique dont la partie intérieure a environ 30 millimètres de longueur et dont la partie externe se divise en deux branches ayant chacune

un robinet. A l'une de ces branches se relie une pompe aspirante au moyen d'un court tube de caoutchouc; à l'autre, on adapte un tube semblable armé d'une aiguille creuse. Cette aiguille, coupée obliquement en bec de plume à son extrémité libre, est en général d'un usage sûr, et plus simple et plus pratique qu'un trocart avec canule. On prépare l'aspirateur en fixant les deux tubes sur le flacon et en enlevant l'air que celui-ci contient. Une fois le vide fait, le flacon est séparé de la pompe et de son tube, ce qui le rend plus transportable: on a dans les mains simplement une aiguille creuse communiquant avec un récipient vide d'air. On fait bien d'insérer dans le tube près de l'aiguille un tube de verre d'environ 30 millimètres de longueur, afin de pouvoir distinguer d'emblée la nature du liquide qui s'écoule. Le tube, de l'aiguille au récipient, et la lumière du robinet doivent être d'un calibre un peu supérieur à celui de la plus grosse aiguille de l'aspirateur, de manière que ce qui traverse l'aiguille puisse continuer facilement son chemin vers le récipient.

Dans la règle, il vaut mieux ne se servir de l'aspirateur que pour les grands abcès rapprochés de la peau. L'incision est préférable pour les petits abcès. Quant aux abcès profonds, il pourrait être dangereux d'enfoncer l'aiguille à travers une épaisseur considérable de parties molles, et il est difficile de savoir quand on a bien pénétré dans le pus. Les cas les plus favorables à l'aspiration, ce sont ces grandes collections qui se forment au cours des affections vertébrales, des coxites, ces abcès à parois lâches qui se produisent dans la pyohémie, et les abcès chroniques simples observés chez des personnes malades. Les résultats de l'aspiration dépendent des circonstances au milieu desquelles le pus s'est formé. La suppuration provient-elle d'une maladie osseuse ou articulaire encore en activité, elle persistera, et l'abcès apparaîtra de nouveau jusqu'à guérison de l'affection primitive. S'agit-il par contre d'un abcès résiduel, ou d'un abcès sans liaison avec aucune cause actuelle de suppuration, une seule aspiration, suivie au plus d'une seconde, suffira pour la guérison. J'ai vu plusieurs de ces exemples favorables en cas d'abcès par congestion, au bassin ou au psoas, apparus pendant la période de réparation d'une maladie des vertèbres, ou en cas d'abcès péri-articulaires dans la coxite. Il est vrai que le pus est parfois trop épais ou trop floconneux pour passer à travers l'aiguille; mais cela n'arrive pas souvent si l'on se sert d'une aiguille courte et de gros calibre.

La proposition de *laver* ou *d'irriguer* avec une solution antiseptique la cavité dès qu'on l'a vidée, pour enlever les produits de dégénérescence inflammatoire, paraît être bonne en théorie; chaque fois qu'il y a eu putréfaction, il faut le faire si possible. Mais ces manipulations ne sont sûres et utiles que si la situation et la forme de l'abcès sont favorables. Quand il s'agit d'un abcès chronique simple, de dimension modérée, avec une membrane pyogénique bien distincte, ce lavage met souvent un terme à la suppuration, et la guérison est plus rapide. Par contre, dans les abcès consécutifs à une maladie osseuse ou articulaire, ce traitement peut faire beaucoup de mal, surtout si les processus sont aigus, si le pus est en quantité considérable, la membrane limitante mince et élastique, et si le drainage est rendu difficile par la situation de la cavité. Dans ce cas, une irrigation peut transporter des produits inflammatoires dans des régions jusqu'alors indemnes; elle peut être nuisible aussi en ce qu'elle oblige à déranger les malades, à moins de très grandes précautions. M. Callender a recommandé une méthode dite d'*hyperdistension*, dans laquelle on injecte sous pression de l'acide phénique dans la cavité, de manière à la remplir complètement et à mettre le liquide en contact avec chaque point de la surface de la membrane pyogénique. On réitère cette injection jusqu'à ce qu'elle revienne sans mélange de pus. Cette manœuvre est parfois très utile, mais je connais plusieurs cas où elle a été employée pour des abcès de l'espèce mentionnée en dernier lieu, et où il s'en est suivi une suppuration aiguë avec fièvre intense.

Recommandons fortement la *méthode de Lister*

pour l'ouverture des abcès; elle est sûre et commode. Elle consiste à inciser largement sous le spray phéniqué, à bien drainer avec des tubes introduits dans la cavité, et à panser avec la gaze phéniquée. Mais cette méthode est passible de la même réserve que nous avons faite à propos de l'aspiration et de l'hyperdistension. Bien que l'évacuation du pus ait été satisfaisante, il se reforme aussi longtemps qu'il y a une affection osseuse ou articulaire en activité, entretenant la suppuration. Les résultats attribués à cette méthode — guérison immédiate de grands abcès sans reproduction du pus — se rencontrent dans la règle seulement en cas d'abcès chronique simple ou d'abcès résiduels.

Les abcès situés au cou, ou dans tout autre endroit où il est important d'éviter une cicatrice, seront ouverts avant que leur maturation ait amené le décollement et le ramollissement du tissu cellulaire sous-cutané et arrêté la nutrition de la peau. En attendant trop longtemps, en cas de suppuration glandulaire, par exemple, l'épiderme, aussi bien que le tissu cellulaire, sont détruits, ce qui amène la formation d'une cicatrice adhérente, creuse et irrégulière. Par contre, si le pus s'écoule par une incision faite dans une peau saine encore, la cicatrice est linéaire et à peine visible. Pour assurer l'évacuation du pus, il est bon d'introduire pendant quelques jours dans la cavité de l'abcès une étroite bande de gutta-percha. Les petits abcès situés près de la peau seront ouverts avec un ténotome à lame étroite, qu'on introduit là où le pus est le plus voisin de la surface; s'ils sont plus profonds, on suivra la méthode de Hilton.

FISTULES

Quand la suppuration a eu lieu, l'évacuation du pus, qu'elle soit spontanée ou artificielle, est suivie dans des conditions normales par la cicatrisation complète de l'ouverture par où le pus s'est écoulé. Bien des circonstances peuvent cependant retarder ou empêcher cette issue favorable; l'ouverture se rétrécit, prend de très petites dimensions, mais n'arrive pas à l'occlusion complète. Il reste un canal étroit, parfois long et tortueux; quelquefois, il ne donne issue qu'à quelques gouttes de pus, ou même paraît fermé définitivement. A un moment donné, il se rouvre, et laisse échapper du pus normal, ou un fluide aqueux ou séro-purulent mélangé peut-

être d'un peu de sang. Tout canal conduisant ainsi de la peau dans les parties molles est un *canal fistulaire*. Citons comme exemples très ordinaires les fistules de l'aîne ou du cou après suppuration des glandes lymphatiques, celles qui partent de la peau d'un moignon d'amputation pour aboutir à l'os ou au périoste malades, celles qui pénètrent dans le sein, dans un testicule scrofuleux. Une *fistule* est un trajet anormal qui aboutit à une des cavités ou un des canaux naturels revêtus d'une muqueuse, ou se termine près de cette cavité, ou fait communiquer deux cavités de ce genre voisines. Les fistules sont quelquefois *congénitales* (par exem-

ple les fistules branchiales, ombilicales, quand l'ouraque, ou le canal omphalo-mésentérique, reste ouvert à l'ombilic); les fistules salivaires, intestinales se voient après une *lésion traumatique*, les fistules vésico-vaginales après une *gangrène*; les fistules consécutives aux tumeurs malignes entre le rectum et la vessie se forment par *ulcération*. Dans plusieurs variétés de fistule, il y a continuité directe entre la peau et la muqueuse, ou entre les deux muqueuses tapissant les cavités que la fistule relie. D'autres fistules au contraire ne sont qu'un canal plus ou moins long, tapissé de bourgeons charnus de mauvaise nature.

La description qui précède a pour but de distinguer entre une *fistule* proprement dite, qui communique avec une muqueuse, et un *canal fistulaire* quelconque. Cependant dans la pratique, non seulement dans le cas particulier d'une fistule anale borgne, mais aussi en général, on désigne ces deux variétés simplement par le terme de fistules; ainsi nous parlons d'une fistule conduisant sur un os nécrosé, dans une articulation malade. Les fistules proprement dites, recto-vésicales, salivaires, etc., seront étudiées dans d'autres chapitres, et les remarques suivantes ont essentiellement trait aux canaux fistulaires résultant de la cicatrisation défectueuse après une suppuration.

Dimension des fistules; leur structure.

La dimension et la structure des fistules varient suivant l'affection à laquelle elles sont reliées, suivant leur âge, le degré d'inflammation qui les accompagne, et bien d'autres circonstances encore. Elles peuvent être assez petites pour passer facilement inaperçues si elles ne sont pas révélées par les liquides qui sortent de leur ouverture; d'autres fois, elles ont un large orifice. Les fistules peuvent être constituées par un canal étroit, à parois molles, traversant des tissus sains; telles sont celles qui servent à évacuer la petite quantité de pus produit par un fragment d'*os nécrosé* ou *carié*, ou par une *racine dentaire nécrosée*. Les parois sont dures, épaisses ou calleuses dans les fistules qui s'établissent au cours d'une *affection articulaire* chronique ou d'une *nécrose* osseuse considérable, qui datent de loin et sont placées dans des tissus enflammés depuis longtemps et à plusieurs reprises. Les fistules consécutives à une *plaie par arme à feu* ou à une *plaie simple* suivies de gangrène et de perte de substance sont des canaux de direction et de calibre irréguliers, avec des ramifi-

cations secondaires et des culs-de-sac. Ces fistules passent à travers des parties qui sont transformées sur une certaine épaisseur en tissu cicatriciel résistant, et dans lesquelles la guérison par rapprochement des parois est fort difficile. La fistule qui suit une *affection scrofuleuse* des glandes lymphatiques ou d'une synoviale a les caractères de la maladie initiale; les tissus de ses parois sont mous, spongieux, et il s'y produit souvent des ulcérations et des décollements.

Les *bourgeons charnus* qui revêtent les fistules ont comme celles-ci bien des aspects différents. Dans les cas récents, ils sont mous, élastiques, exubérants, et prêts à se cicatriser aussitôt après la suppression de la cause qui entretient la fistule. Dans les cas anciens, ils sont pâles, peu saillants, faibles, semblables à ceux d'un ulcère indolent de la peau. Les bourgeons des fistules scrofuleuses se rattachent aux tissus d'organisation imparfaite qui caractérisent les ulcérations cutanées de cette nature. En un mot, le revêtement intérieur présente dans les processus d'ulcération ou d'inflammation toutes les modifications que l'on observe sur les parties exposées à la vue, — comme durée, caractère ou degré. L'examen microscopique confirme ce qui précède. Les cellules des bourgeons charnus peuvent être normales, et le pus présente au microscope les caractères du pus louable; plus souvent, les bourgeons sont mal développés, le pus qui en provient est de mauvaise nature, mêlé à des fragments de globules sanguins et à beaucoup de débris moléculaires et gras.

Aspect de l'orifice. — L'aspect de l'orifice fistulaire et de la peau avoisinante varie avec l'état des parties profondes, et en est le témoin. L'orifice peut se trouver au milieu d'une peau normale, être petit, entouré de bourgeons charnus sains, couverts de pus louable; ou bien, il peut être caché par des bourgeons pâles, œdématisés, sécrétant un liquide séreux; ses bords sont parfois irréguliers, décollés, entourés de peau livide, congestionnée et détachée par ulcération du tissu cellulaire sous-jacent; ou bien enfin, l'ouverture peut se trouver au fond d'une ulcération scrofuleuse. Si la fistule donne passage à l'urine, la peau environnante est épaissie, macérée, rouge et grossièrement mamelonnée. Dans les cas déjà anciens, chez un malade épuisé, quand les tissus voisins sont durs et résistants, l'orifice reste béant en pavillon de trompette et se couvre d'un tissu cicatriciel lisse, presque sans bourgeons. Les fistules empruntent une partie