

nement considérable de l'abdomen, ballonnement uniforme, occupant à la fois l'ombilic et les flancs; dans le second cas, le météorisme se développe surtout à la région ombilicale, et les trois portions du côlon, n'étant pas distendues, forment autour de la partie centrale du ventre une zone souple et déprimée.

Pronostic. — Cette lésion est extrêmement grave. Il faut donc être réservé dans le jugement qu'on portera sur une occlusion, même lorsque les symptômes marchent lentement ou que le malade se sent soulagé pendant un moment de rémission des symptômes.

Traitement. — Lorsqu'on peut arriver au diagnostic de la cause, c'est contre elle que doivent être dirigés tous les efforts du chirurgien; si l'on ne peut réussir à la faire disparaître, on se contente du traitement palliatif.

Il est rare que le traitement médical donne quelques succès. On a employé les *purgatifs*, les *vomitifs*, les *lavements* d'infusion de tabac, la *glace* en permanence sur le ventre, l'*opium* à haute dose.

On est presque toujours forcé de recourir au traitement chirurgical qui, il faut l'avouer, est bien rarement suivi de succès.

On a pratiqué la *ponction abdominale* avec un petit trocart, pour évacuer les gaz (Labric, Trousseau). On a essayé l'*anastomose intestinale* qui consiste à faire communiquer deux anses intestinales, celle qui est située au-dessus de l'occlusion et celle qui est située au-dessous (Maisonneuve). La *gastrotomie*, dans laquelle on ouvre la cavité abdominale pour chercher à détruire la cause de l'obstruction, est rarement employée.

Aujourd'hui, on a recours à l'*entérotomie* : on fait un anus contre nature.

L'étranglement interne siégeant presque toujours sur l'iléon, on fait une incision sur la partie droite de la paroi abdominale; l'intestin se présente au fond de la plaie; on y fait une incision, en prenant bien soin de ne point laisser pénétrer les matières dans la cavité abdominale, puis on réunit les lèvres de l'incision intestinale à celles de la paroi de l'abdomen. On trouvera les détails de l'opération dans les Traités de médecine opératoire.

CHAPITRE SECOND

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE L'ABDOMEN

Les inflammations peuvent se montrer dans les parois ou dans les parties profondes de l'abdomen; nous décrirons : 1^o les phlegmons et les abcès de la paroi abdominale; 2^o les phlegmons et les abcès de la fosse iliaque; 3^o la psôitite.

I. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA PAROI ABDOMINALE.

Les phlegmons et les abcès de la paroi abdominale peuvent siéger sur tous les points de la paroi abdominale; ils sont rares.

Leurs *causes* sont souvent inconnues. On les a vus se montrer à la suite d'une violente contusion des parois de l'abdomen, ou de frictions irritantes longtemps continuées. Dans beaucoup de cas, ils sont précédés d'affections intestinales, ce qui a fait dire à M. Bernutz qu'il y a un rapport inconnu entre les affections de l'intestin et les abcès des parois abdominales.

Les *symptômes* sont ceux de tous les phlegmons et abcès. Il faut dire, cependant, que la fluctuation est difficile à percevoir, à cause du peu de résistance de la paroi abdominale; on est souvent réduit à établir le diagnostic du phlegmon ou de l'abcès d'après la douleur, l'empâtement de la région et les symptômes généraux.

Leur *terminaison* varie selon le siège qu'ils occupent, et, souvent, selon des circonstances qu'il est difficile de préciser. Si l'abcès est *sous-cutané*, il s'ouvre du côté de la peau. S'il est situé *entre les muscles*, il se porte tantôt du côté du péritoine, tantôt, et le plus souvent, du côté de la peau. Lorsque l'abcès est *sous-péritonéal*, il peut s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite mortelle; il peut produire des adhérences entre la paroi abdominale et la vessie ou l'intestin, puis s'ouvrir dans l'un de ces organes creux. L'ouverture de l'abcès dans le péritoine n'est pas très-fréquente, à cause de l'épaississement du péritoine, par suite de l'inflammation et de la pression que l'intestin exerce contre la paroi de l'abdomen.

On pourrait, à la rigueur, confondre un phlegmon de la paroi de l'abdomen avec une entérite, une péritonite, un étranglement interne. Il est, en général, assez facile de lever les doutes par l'examen attentif des symptômes locaux et généraux.

Le *traitement* est le même que celui des autres phlegmons et abcès. Il faut donner issue au pus, aussitôt qu'on sera certain de sa présence.

II. — PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE.

Sous ce nom, on désigne les inflammations du tissu cellulaire de la fosse iliaque interne.

Examen du malade. — L'élève constatera, par le regard, une légère tuméfaction de la région inguinale, la position demi-fléchie que le malade donne au membre inférieur, quelquefois le gonflement œdémateux de ce membre. Par la palpation, il reconnaîtra dans la fosse iliaque une tumeur dure, immobile, diffuse; il appréciera l'élévation de température des téguments. A une période plus avancée, il sentira quelquefois la fluctuation. Par la pression, il fera naître de vives douleurs en ce point.

Causes. — Les phlegmons et abcès de la fosse iliaque se montrent fréquemment à la suite des couches, dans les premières semaines qui suivent l'accouchement (abcès puerpéraux). Souvent aussi, ils sont dus à une perforation du cœcum ou de l'appendice iléo-cœcal (abcès stercoraux).

Une violente contusion, des corps étrangers venus du dehors, tels que balles, plombs, fragments de bois, etc., ou du dedans, arêtes de poisson, noyaux de fruits, etc., peuvent déterminer un phlegmon de la fosse iliaque. Il est rare que l'abcès se développe par propagation de l'inflammation de l'intestin au tissu cellulaire, comme on l'admettait autrefois pour expliquer la plus grande fréquence de ces abcès à droite. Cependant, il est un certain nombre de cas dans lesquels le phlegmon de la fosse iliaque succède manifestement à une périptyphlite.

Lorsqu'on n'envisage que les abcès puerpéraux, on remarque qu'ils sont plus fréquents à gauche; on ne sait pour quelle raison. Ces abcès se montrent surtout chez les primipares.

Les abcès de la fosse iliaque se rencontrent principalement chez les adolescents et les adultes.

Anatomic pathologique. — Le phlegmon peut se développer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, en avant du fascia iliaca, ou bien entre le fascia iliaca et le muscle iliaque, d'où la distinction des abcès en sous-péritonéaux et sous-aponévrotiques.

Le pus des abcès sous-péritonéaux décolle le péritoine et fuse à une distance plus ou moins considérable, en suivant la couche celluleuse qui double le péritoine, soit du côté de la paroi abdominale où il monte à deux ou trois centimètres au-dessus de l'arcade crurale, soit en arrière, vers la région du rein, soit en dedans, vers le petit bassin, où il vient baigner la partie des organes dépourvue de péritoine : col de l'utérus, rectum, vessie. Cette migration, du côté du petit bassin, est plus facile et plus fréquente à gauche, ce qu'explique la présence du méso-côlon iliaque et du méso-rectum.

Le pus est le plus souvent crémeux, homogène; il présente quelquefois de la fétidité. Il est entouré par une membrane pyogénique qui double, d'un côté, la face profonde du péritoine épaissi et souvent

adhérent aux organes voisins; de l'autre côté, les organes de la fosse iliaque, où les nerfs et les vaisseaux subissent un certain degré de compression.

Dans les abcès sous-aponévrotiques, la collection purulente est séparée du péritoine par le fascia iliaca qui la bride. Le pus s'étale en suivant la surface du muscle, il détruit la couche celluleuse qui sépare les fibres charnues du fascia iliaca, et descend jusqu'au petit trochanter, en passant au-dessous de l'arcade crurale, comme dans les abcès par congestion. Dans certains cas, il remonte vers le rein, en suivant toujours la gaine du psoas. On a vu le pus passer par-dessus la crête iliaque et former un abcès dans la région fessière.

Les fibres du psoas sont quelquefois disséquées, détruites, et le pus arrive jusqu'à l'os coxal qu'il peut altérer.

Il n'est pas rare de voir l'aponévrose perforée et l'abcès sous-aponévrotique devenir sous-péritonéal.

Symptômes.

Début. — Ordinairement, une douleur, d'intensité variable, signale le début de la phlegmasie. Cette douleur devient vive, elle est exaspérée par la pression et tous les efforts du malade. Elle s'irradie spontanément vers la cuisse, le long du nerf fémoro-cutané jusqu'au genou, et quelquefois vers les organes génitaux. Dans quelques cas, un léger frisson et la fièvre se montrent en même temps que la douleur.

Symptômes locaux. — Lorsque la phlegmasie est bien confirmée, on constate les symptômes suivants :

- 1° La douleur persiste ;
- 2° La région inguinale paraît un peu proéminente ;
- 3° Le malade est dans le décubitus dorsal, il tient le membre inférieur correspondant dans l'immobilité et dans la demi-flexion; l'extension complète de la cuisse sur le bassin est une cause de très-vives douleurs.

Si l'on explore avec les mains, on constate :

- 1° Que la paroi abdominale ne se laisse pas déprimer comme du côté opposé ;
- 2° Qu'il existe dans la fosse iliaque une saillie, une masse indurée ;
- 3° Que cette masse dure est le plus souvent immobile et diffuse ;
- 4° Que la peau est chaude à son niveau ;
- 5° Que le membre inférieur correspondant est quelquefois tuméfié, ce qui tient à la compression de la veine iliaque.

Symptômes généraux. — L'état local retentit sur les appareils de nutrition. On observe tout le cortège des symptômes fébriles : le pouls est accéléré, dur et plein; la peau est chaude; l'appétit est perdu, la soif est vive; il y a souvent des vomissements bilieux; il existe de la constipation, elle est presque toujours très-opiniâtre; les urines sont chargées; ce sont,

en un mot, des symptômes de réaction inflammatoire, qui peuvent varier selon l'intensité de l'inflammation. On les a vus faire complètement défaut.

Marche. Durée. Terminaison. — Dans certains cas, au bout de quelques jours, les accidents généraux se calment, la douleur devient moins vive, et tous les symptômes finissent par disparaître. On dit alors qu'il y a *résolution* du phlegmon. On sent quelquefois, à la suite de ce mode de terminaison, une *induration* qui persiste pendant un certain temps; elle peut durer plusieurs mois. Le plus souvent, le phlegmon se termine par *suppuration*.

L'abcès ne se forme qu'au bout d'un temps fort long, que Grisolles évaluait à vingt ou vingt-six jours. Il n'est pas toujours facile de constater la présence du pus, car l'abcès est rarement franchement fluctuant. On peut la soupçonner par la mollesse de la partie centrale de la tuméfaction et surtout par l'état du malade : exacerbation de la fièvre et des douleurs; frissons; tuméfaction plus considérable.

Si l'abcès est abandonné à lui-même, plusieurs cas peuvent se présenter :

1^o Lorsqu'il est sous-aponévrotique, il vient souvent former une tumeur au pli de l'aîne, en dehors des vaisseaux fémoraux; il peut arriver aussi que le pus vienne former une collection dans la région fessière, après avoir franchi la crête iliaque. Ces abcès peuvent aussi présenter les mêmes modes de terminaison que les abcès sous-péritonéaux, puisque le pus traverse quelquefois le fascia iliaca.

2^o Les abcès sous-péritonéaux fument dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et peuvent s'ouvrir en divers points :

- a. Sur la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade crurale, à quelques centimètres de l'épine iliaque;
- b. Dans la région lombaire, en dehors de la masse commune;
- c. Dans le cœcum, dans le côlon ascendant ou dans le rectum, après avoir ulcéré les tuniques de l'intestin. Dans ces cas, le malade rend du pus avec les matières fécales;
- d. Dans le col de l'utérus;
- e. Dans le vagin. Le pus s'écoule à l'extérieur;
- f. Dans la vessie. Le malade est pris d'envie d'uriner, il rend du pus mêlé à l'urine;
- g. Dans le péritoine. Une péritonite mortelle en est la conséquence;
- h. Sur deux points à la fois : par exemple, sur la peau et dans l'intestin.

Il n'est pas rare de voir les abcès stercoraux déterminer la gangrène de la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque.

La durée de ces abcès est toujours fort longue; ils persistent souvent pendant cinq, six mois et même davantage.

Diagnostic. — *Au début*, on peut prendre pour un phlegmon de la fosse iliaque une péritonite et une névralgie lombo-abdominale. La *péri-*

tonite se distingue au frisson violent du début, à l'acuité de la douleur, aux vomissements verdâtres, à l'altération des traits, à la petitesse du pouls, à l'absence de tumeur. La *névralgie lombo-abdominale* peut siéger uniquement dans la fosse iliaque, elle peut s'accompagner de fièvre, et, comme elle se montre fréquemment après les couches, on peut la prendre pour un phlegmon; nous avons cité quelques exemples de cette erreur dans notre thèse sur la *névralgie lombo-abdominale*, en 1863. Le diagnostic est difficile; il faut attendre, l'exploration directe étant trop douloureuse. Cependant, on pourra constater l'absence de chaleur et de tuméfaction dans le cas de névralgie, et une douleur moins vive dans le phlegmon. Nous avons observé une douleur névralgique chez une dame, douze jours après l'accouchement : il y avait, dans la fosse iliaque gauche, une douleur violente fortement exaspérée par la moindre pression; il y avait eu un frisson d'intensité moyenne, la peau était très-chaude, le pouls était déprimé et battait 112. On a appliqué un cataplasme laudanisé, la fièvre a été intense pendant toute la nuit, et, au bout de trente-six heures, la malade n'avait plus qu'un léger endolorissement de la région. Il eût été facile de prendre ces symptômes pour ceux du début d'une péritonite ou d'un phlegmon de la fosse iliaque. Tous les jours, on observe des faits de ce genre.

Plus tard, on peut confondre l'abcès de la fosse iliaque avec la *psôitis*, un abcès par congestion de l'aîne, un abcès périnéphrétique.

La *psôitis* sera étudiée bientôt.

L'abcès par congestion ne présente pas de symptômes inflammatoires; il accompagne ordinairement les autres symptômes du Mal de Pott; il n'est pas douloureux.

Quant à l'abcès périnéphrétique, il n'a pas le même siège; il suffit d'un peu d'attention pour le distinguer. Du reste, nous compléterons ce diagnostic, lorsque nous étudierons les abcès du rein.

Pronostic. — Il est grave, en général; les causes de mort sont nombreuses. Nous avons vu qu'une péritonite mortelle peut être la terminaison de ces abcès. Il peut arriver aussi que le malade meure par infection putride, après l'ouverture de l'abcès. Il peut succomber à l'abondance de la suppuration. Les abcès stercoraux sont plus graves que les abcès puerpéraux. L'ouverture spontanée de l'abcès sur la paroi abdominale est une des plus heureuses; celle qui se fait en même temps sur la paroi abdominale et dans l'intestin est des plus graves.

Traitement. — 1^o Au début, on cherchera à empêcher la suppuration par un traitement antiphlogistique dont la maladie se joue le plus souvent.

2^o Lorsque la présence du pus est constatée, il faut évacuer ce liquide. Dans quelques cas, on est obligé d'ouvrir l'abcès à la région lombaire; quelquefois, au fond du vagin, lorsqu'il déprime la paroi vaginale et qu'il forme une tumeur manifeste. Dans presque tous les cas, le point d'élection est le point proéminent de la tumeur; il se trouve au-dessus de l'ar-

cade crurale. Le chirurgien *incise*, couche par couche, les divers plans de la paroi, qui sont faciles à distinguer. Arrivé près du fascia transversalis, il plonge le doigt dans la plaie pour examiner s'il existe des battements artériels, et si le pus est rapproché; puis il fait une petite boutonnière au fascia transversalis, qu'il incise ensuite sur la sonde cannelée. Le pus s'écoule et le péritoine n'est pas ouvert.

3° Il faut ensuite favoriser l'écoulement du pus, déterger le foyer purulent par des injections détersives fréquemment renouvelées, et soutenir les forces du malade par une médication tonique et reconstituante.

III. — PSOÏTIS.

La psoïtis est l'inflammation du muscle psoas.

Anatomie pathologique. — La gaine du psoas est pleine d'un putrilage noirâtre, mélange de pus et de fibres musculaires détruites. Le pus vient souvent former un abcès dans le pli de l'aîne, comme les abcès par congestion, ou dans la région lombaire. Quelquefois, il s'ouvre dans l'intestin; on l'a vu pénétrer dans l'articulation coxo-fémorale.

Causes. — La psoïtis se montre à la suite des couches et sous l'influence de contusions dans la région lombaire, d'efforts violents, de marches forcées, peut-être même du rhumatisme.

Symptômes. — *Douleur* le long du psoas, étendue de la région lombaire au pli de l'aîne, *marche impossible*, *décubitus dorsal*. Dans presque tous les cas, la *cuisse est fléchie* sur le bassin et la pointe du pied est tournée en dedans. Le moindre mouvement imprimé au membre inférieur exaspère considérablement la douleur.

Des symptômes généraux se montrent, le *malade dépérit* insensiblement, en même temps qu'une tumeur purulente se forme et s'ouvre à l'extérieur. La *terminaison* est presque toujours la *mort*, soit par marasme, soit par infection putride.

Diagnostic. — Il est facile de distinguer la psoïtis de la coxalgie, mais on peut la confondre avec un abcès par congestion et un abcès périnéphrétique. L'*abcès par congestion* ne s'accompagne pas de flexion de la cuisse, et l'on constate, en même temps, les autres symptômes du Mal de Pott. L'*abcès périnéphrétique* se distingue aussi par l'absence de rétraction du membre et par l'altération de l'urine.

Pronostic. Traitement. — Cette maladie est extrêmement grave. Les résolutifs et les antiphlogistiques conjurent exceptionnellement la suppuration. Lorsque la présence du pus est manifeste, on ouvre l'abcès soit à la région lombaire, soit au pli de l'aîne, selon les cas, puis on s'occupe du foyer purulent et de l'état général du malade.

SEPTIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DE L'APPAREIL URINAIRE.

Nous passerons en revue : 1° les maladies des reins; 2° les maladies de la vessie.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DES REINS

Les reins, organes excréteurs de l'urine, occupent la partie postérieure de la cavité abdominale. Ils sont situés au-dessous du diaphragme, de chaque côté de la colonne vertébrale; ils s'étendent de la douzième vertèbre dorsale au fibro-cartilage qui unit la deuxième et la troisième lombaire. Le rein droit descend ordinairement un peu plus bas que le gauche.

Enveloppés d'une couche cellulo-adipeuse abondante qui leur forme une véritable capsule, les reins sont en rapport : 1° par leur *face antérieure*, avec le péritoine et les circonvolutions intestinales; avec la face inférieure du foie, le colon ascendant, la veine cave inférieure, la deuxième portion du duodénum (rein droit); avec la rate, le colon descendant, le pancréas, la grosse tubérosité de l'estomac (rein gauche); 2° par leur *face postérieure*, avec le diaphragme, les deux dernières côtes, le muscle carré lombaire, les deux premiers nerfs lombaires, l'aponévrose du transverse; 3° par leur *bord externe*, avec cette même aponévrose, le diaphragme, la dernière côte, le carré lombaire et les muscles spinaux; 4° par leur *bord interne*, avec le hile du rein, les circonvolutions de l'intestin grêle, le muscle psoas; 5° par leur *extrémité supérieure*, avec les capsules surrénales; 6° par leur *extrémité inférieure*, avec la crête iliaque, dont les sépare un intervalle de deux à trois centimètres.

Les uretères conduisent l'urine du rein à la vessie. Ils naissent d'un entonnoir membraneux, le *bassin*, formé lui-même par la réunion de huit ou neuf entonnoirs plus petits, les *calices*. A peu près verticaux dans leur portion abdominale, où ils sont recouverts par le péritoine et croisés par l'artère spermatique, les uretères décrivent dans la cavité du bassin une courbe à concavité antérieure, pour venir s'ouvrir sur le bas-fond de la vessie par deux orifices obliquement taillés en bec de flûte.