

qu'il est très difficile, sinon impossible, d'aseptiser dans de pareilles conditions: il est beaucoup plus rapide, beaucoup plus simple et beaucoup plus sûr de réséquer largement cet épiploon. Mais pour cela il faut le repérer, dès le début de l'opération, pour qu'il ne disparaisse pas à l'improviste, comme cela m'est arrivé récemment; à peine avais-je débridé la plaie cutanée, sans avoir pris la précaution sus-indiquée, que, dans un mouvement d'inspiration, l'épiploon hernié fut, pour ainsi dire, « avalé » par la cavité abdominale où j'eus de la peine à le retrouver. On en usera de même avec l'intestin, qu'on aura la précaution de saisir avec une pince douce, à mors caoutchoutés; de cette façon, l'anse herniée ne pourra s'égarer et on aura tout le loisir de l'examiner et de la désinfecter avec soin avant de l'abandonner dans l'abdomen. Si cette anse herniée était perforée dans sa portion extra-abdominale, il est indiqué de traiter la ou les perforations accessibles, avant de débrider la plaie cutanée; si, par bonheur, on ne trouve pas d'autres lésions intestinales en dévidant ensuite l'intestin, on aura des chances pour que la grande séreuse n'ait pas été infectée.

Enfin, à la suite de ces opérations, on ne négligera jamais de drainer avec soin, sauf bien entendu quand on aura fait une laparotomie blanche.

En résumé: 1° en cas de hernie de l'épiploon, le repérer avant la laparotomie et l'exciser au-devant de bonnes ligatures; 2° en cas de hernie de l'intestin:

A. Si l'anse est perforée, la traiter par les sutures avant de débrider la plaie;

B. Si elle est saine, la saisir avec une pince et l'aseptiser avant le débridement, la réduire ensuite en explorant avec soin les segments y attenants.

Le tableau suivant résume les indications opératoires dans le traitement des plaies de l'abdomen:

Indications opératoires.

| | | | |
|---|---|---|---|
| PLAIE RÉCENTE. | { | 1° En séton..... | } Pas d'intervention. |
| | | 2° Balle sous la peau. | |
| PLAIE DATANT de douze heures et plus .. | { | 1° Symptômes nuls. | } Pas d'intervention. |
| | | 2° Symptômes d'infection. | |
| PLAIE RÉCENTE. | { | 3° Pénétrante ou soupçonnée. | } Laparotomie immédiate. |
| | | | |
| PLAIE RÉCENTE. | { | A. Vaste incision sur la ligne médiane..... | } a. Coups de feu. b. Plaies par armes blanches dans la région des muscles droits. |
| | | B. Incision moyenne au point d'entrée..... | |

III

AFFECTIONS NON TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

On peut les ranger en trois catégories suivant qu'il s'agit des parois de l'abdomen, de l'estomac et du duodénum, et enfin de l'intestin.

I

PAROIS DE L'ABDOMEN

D'une part, nous étudierons les infections qui peuvent atteindre les parois de l'abdomen et donner naissance à des suppurations. Puis nous décrirons les tumeurs qu'on peut rencontrer à ce niveau.

I. — PHLEGMONS ET ABCÈS DES PAROIS ABDOMINALES.

Il est d'usage, à l'exemple de Peyrot, de séparer les phlegmons de la paroi antéro-latérale des phlegmons de la paroi postérieure. Ces derniers ne méritent pas une place à part. Ceux qui sont profondément situés sont, le plus souvent, en rapport avec une affection rénale et seront étudiés avec les phlegmons périnéphrétiques. Dans d'autres cas, c'est le psoas qui est le siège de la suppuration et alors le liquide, bridé par l'aponévrose iliaque, vient se faire jour en passant sous l'arcade crurale, à la racine de la cuisse.

Les seuls abcès qui nous intéressent ici sont ceux qu'on rencontre parfois superficiellement à la région lombaire. Chassaignac les a décrits comme ayant pour siège des bourses séreuses accidentelles; et, de fait, on trouve à ce niveau des lésions superficielles de la peau, des érosions, des épaissements et des bourses séreuses sous-cutanées, produites par les pressions du ressort du bandage chez les hernieux; il y a là des portes ouvertes à l'infection; c'est une source de lymphangites qui peuvent suppurer et infecter les bourses séreuses voisines.

La caractéristique de tous ces abcès de la paroi abdominale postérieure, c'est qu'ils sont séparés de la cavité abdominale par le feuillet moyen ou principal de l'aponévrose du transverse qu'ils ne franchissent jamais; leur tendance est donc de gagner les couches superficielles; ils ne présentent jamais, par conséquent, l'importance et la gravité des phlegmons des parois antéro-latérales.

Phlegmons de la paroi antéro-latérale. — Étiologie. — Dans tous les traités classiques, on les divise en : 1° *phlegmons superficiels*; 2° *phlegmons intra-musculaires*; 3° *phlegmons sous-péritonéaux*. Je crois plus pratique d'adopter une classification pathogénique et de dire que ces phlegmons peuvent être d'*origine externe* ou d'*origine interne*. Les uns et les autres peuvent être superficiels, intramusculaires et sous-péritonéaux.

A. PHLEGMONS D'ORIGINE EXTERNE. — Toute plaie de la paroi peut s'infecter et donner naissance à une suppuration plus ou moins étendue et plus ou moins profonde; de plus, la peau de l'abdomen peut être le siège de furoncles, d'anthrax, etc.

Dans les deux cas, la lymphangite suppurée va siéger soit sous la peau, soit entre les divers plans musculaires qui constituent la paroi.

Les excoriations superficielles au niveau des bandages ou des pelotes des ceintures hypogastriques, les fissures, les érosions eczémateuses au fond des plis cutanés chez les obèses, les accumulations de sébum et de débris de flanelle, au fond de l'ombilic en entonnoir, enfin et surtout les plaies chirurgicales infectées au cours d'une laparotomie ou ultérieurement par des fils laissés à demeure pour reconstituer les divers plans pariétaux : telle est l'étiologie commune des abcès d'origine externe.

De beaucoup, les plus fréquents actuellement sont ceux qu'on observe à la suite des laparotomies, surtout depuis que s'est presque généralisée la pratique qui consiste à réunir les muscles par des fils de soie ou de catgut, après qu'on a fermé par un surjet le péritoine; c'est au point que nombre de chirurgiens tendent à revenir à la suture des parois en un seul étage — uniquement pour éviter ces abcès consécutifs, ces fistules qui persistent jusqu'à l'élimination des fils infectés.

B. PHLEGMONS ET ABCÈS D'ORIGINE INTERNE. — Ces abcès peuvent se produire par deux mécanismes différents, suivant qu'ils ne sont que la manifestation locale d'une infection générale ou bien qu'ils résultent d'une infection directe due au voisinage d'un viscère malade.

Dans la première catégorie se placent les abcès d'*origine puerpérale*, les abcès multiples de l'*infection purulente* et, peut-être même, ceux de la *blennorragie*, comme Faucon et Duplay l'ont signalé. L'infection se fait là par la voie sanguine, même, d'après Duplay, quand il s'agit de la blennorragie. Bouilly a aussi cité des cas d'abcès sous-péritonéaux d'origine typhique sans qu'il y ait de lésion locale prémonitoire. Il est clair que des colonies microbiennes diverses peuvent donner de la suppuration dans les parois de l'abdomen, comme partout ailleurs, au cours de toutes les maladies infectieuses.

Les plus fréquents et les plus intéressants sont sous la dépendance des maladies des viscères abdominaux et en particulier du tube digestif. A mesure qu'on pénètre plus avant dans l'étude pathogénique de la suppuration, on s'aperçoit que la classe des phlegmons

dités idiopathiques se restreint de plus en plus. En réalité, réserve faite des infections générales, c'est presque toujours à des phlegmons symptomatiques qu'on a affaire. Il est intéressant de lire le mémoire de Bernutz (1) où, pour la première fois, est décrit le phlegmon sous-péritonéal. On y voit que pour ces abcès, qu'on observe chez des jeunes gens de vingt à vingt-cinq ans (23 fois sur 27 chez l'homme), il y a toujours dans les commémoratifs un passé intestinal ou urinaire. En parcourant les observations, on trouve dans les antécédents la dysenterie, la constipation habituelle, les crises de coliques ou de dyspepsie.

Tous ces phlegmons sont d'origine interne et tous les viscères abdominaux sont susceptibles de leur donner naissance. Pour suivre l'ordre de fréquence, parlons d'abord de l'*intestin*.

Qu'une lésion intestinale (ulcération banale ou spécifique, tuberculeuse, typhique ou autre, cancer, etc.) ouvre une porte à l'infection, l'anse malade contracte des adhérences avec le péritoine pariétal, et l'infection se propage à la paroi abdominale soit de proche en proche, soit par l'intermédiaire de vaisseaux lymphatiques néoformés. Cela explique pourquoi si souvent dans la fièvre typhoïde les abcès abdominaux siègent au-dessous de l'ombilic dans la région où les muscles droits n'ont pas d'aponévrose d'enveloppe à leur face profonde.

Cependant, pour les abcès d'origine éberthienne, on sait depuis Labuze (2) qu'ils se produisent dans la partie sous-ombilicale des muscles droits par un mécanisme plus complexe. Sous l'influence de la dégénérescence granulo-vitreuse des muscles, au cours de la fièvre typhoïde, des causes légères, toux, éternuements, efforts quelconques, produisent une rupture musculaire; le foyer hémorragique qui en résulte suppure et l'abcès est constitué.

L'*estomac*, avec ses ulcères ronds et ses cancers, peut aussi infecter par propagation la paroi abdominale.

Le *foie* et la *vésicule biliaire* (3) sont souvent en cause; nombre de cholécystites suppurées et d'abcès du foie donnent naissance par propagation à des abcès de la paroi.

Il n'est pas jusqu'à la *rate* et même au *pancréas* qui puissent être incriminés. Viennent enfin les *organes génito-urinaires*; chez la femme, les *annexes suppurées* peuvent adhérer à la paroi, bien au-dessus du pubis et l'infecter secondairement. Chez l'homme, Bouilly, Segond, citent la propagation d'*abcès de la prostate*. Les vésicules séminales et le canal déférent peuvent aussi en être l'origine. Depuis les thèses de Castaneda y Campos et de Bouilly, de nombreux travaux ont spécifié les phlegmons périvésicaux ou *phlegmons de la loge de Retzius*, qui compliquent les affections urinaires, les

(1) BERNUTZ, *Arch. de méd.*, 1850.

(2) LABUZE, thèse de Paris, 1871.

(3) LOUIS POISSON, Des phlegmons de la paroi abdominale antérieure, thèse de Paris, 1877, n° 10.

cystites chroniques, les rétrécissements de l'urètre, les ulcérations et les calculs de la vessie, etc.

Anatomie pathologique. — 1° ABCÈS D'ORIGINE EXTERNE. — Rien à dire de ceux qui résultent de l'infection pilo-sébacée ou d'une lymphangite superficielle. Les phlegmons périombilicaux seuls ont une physionomie particulière. La cicatrice ombilicale est boursoufflée et le pus, contenu dans l'abcès, renferme des amas caséux de matière sébacée et parfois des débris de laine, de flanelle, des poils, etc. Ces abcès n'ont, en général, aucune tendance à se propager du côté du péritoine.

2° ABCÈS D'ORIGINE INTERNE. — Je crois qu'il est bon de ne pas sacrifier à l'usage d'après lequel on divise ces phlegmons en : 1° phlegmons périhépatiques ; 2° phlegmons sous-ombilicaux (Heurtaux) (1) ; 3° phlegmons prévésicaux ou de la cavité de Retzius.

Ce dernier seul mérite une place à part en raison de la loge, bien limitée, dans laquelle il se développe. Quant aux deux autres, ils n'ont rien de spécial ; on peut même dire que les phlegmons des autres régions de la paroi dus à une origine intestinale sont aussi fréquemment observés, sinon plus, que ceux de la région périhépatique.

Je ne m'arrête, au point de vue anatomique, qu'aux abcès suivants : A. les abcès des muscles droits ; B. les abcès de la loge de Retzius.

A. ABCÈS DES MUSCLES DROITS. — La poche est constituée par l'aponevrose antérieure du muscle droit en avant, en haut et en bas par la surface de section du muscle rompu ; en arrière par le tissu péritonéal, par le fascia propria épaissi ; le péritoine, à ce niveau, peut adhérer à une ou plusieurs anses intestinales, comme je l'ai observé dans une autopsie dont je parlerai plus loin (p. 414).

Le contenu de ces abcès du muscle droit n'est pas moins spécial ; ce sont des liquides verdâtres, irrégulièrement teintés de noir, avec du sang et même des caillots mêlés à des fibres musculaires dégénérées et macroscopiquement méconnaissables ; le bacille d'Eberth se rencontre dans ce liquide associé ou non à d'autres agents pyogènes.

B. PHLEGMONS PRÉVÉSICAUX. — Je renvoie à la thèse de Bouilly (2) pour les détails anatomiques. Ce qu'il faut se rappeler en clinique, c'est que la loge de Retzius est limitée en haut par une courbe à concavité inférieure, constituée par les arcades de Douglas. Sur les côtés, elle ne dépasse pas les bords externes des muscles droits ; en bas, elle se termine derrière la vessie, au niveau de la prostate. Cela donne l'idée de la forme que présentent les phlegmons siégeant dans cette cavité ; quant au pus qu'ils contiennent, il varie dans sa nature

(1) HEURTAUX (de Nantes), *Soc. de chir.*, 1877.

(2) BOUILLY, Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale, thèse de concours d'agrégation, 1880.

et dans son aspect suivant les causes qui lui ont donné naissance.

D'une manière générale, on peut dire que dans les abcès d'origine interne, quel que soit leur siège, le pus a presque toujours la fétidité qui caractérise les suppurations paraintestinales ; et cela sans qu'il y ait, comme on l'a cru longtemps, transsudation des gaz du tube digestif.

Symptômes. — Parmi les phlegmons que j'ai appelés d'origine externe, deux seulement méritent de nous arrêter : 1° l'abcès de l'ombilic ; 2° l'abcès consécutif aux laparotomies.

1° ABCÈS DE L'OMBILIC. — Il est remarquable par l'aspect marbré de la tuméfaction et par sa tendance à s'ouvrir à la peau, en laissant, parfois, des fistules interminables qui ne sont tarées que lorsque le débridement a permis d'évacuer le sébum et les corps étrangers septiques qui sont comme enchâssés dans les plis de la cicatrice ombilicale.

Parfois la fistule se ferme spontanément pour se rouvrir lorsque la cavité première s'est de nouveau remplie de pus. Ce sont alors de véritables abcès ombilicaux à répétition.

2° ABCÈS CONSÉCUTIFS AUX LAPAROTOMIES. — On les observe dans deux circonstances ; ou bien, c'est un des fils qui est infecté, ou bien la suppuration est due à ce que les divers plans de la paroi ont été souillés au cours de l'opération pour laquelle on a pratiqué la laparotomie (ablations d'annexes suppurées, etc.).

On s'aperçoit de ce fait en consultant la feuille de température de l'opérée ; en général, c'est vers le quatrième jour après l'intervention qu'on voit la température monter à 38° ou 38°,5 le soir, et cela sans qu'il y ait de phénomènes péritonéaux, vomissements, pouls abdominal, etc.

La malade (c'est surtout de femmes qu'il s'agit) se plaint d'une sensation de tension, au niveau de la plaie. En y regardant, on voit que les fils sont cachés sous la peau tendue, lisse et boursoufflée ; et parfois quelques gouttes de pus filtrent le long d'un fil. On sent, à la palpation, une zone indurée de chaque côté de la ligne de sutures.

Au point de vue clinique, les phlegmons d'origine interne ont une bien autre importance ; ce sont tous des phlegmons sous-péritonéaux, puisqu'ils ont pour origine la propagation à la paroi d'une affection viscérale. Si on les rencontre dans des régions plus superficielles, ils n'en sont pas moins des phlegmons profonds qui se font jour jusque sous la peau par un orifice plus ou moins étroit ; ce sont alors des abcès en bouton de chemise. Il faut leur décrire : 1° une forme aiguë ; 2° une forme chronique.

1° FORME AIGUE. — Les symptômes des phlegmons sous-péritonéaux, quels que soient leur siège et leur origine, doivent être étudiés en trois périodes.

a. *Période des troubles viscéraux*; b. *période du phlegmon*; c. *période de l'abcès*.

a. *Période des troubles viscéraux*. — Avant que l'attention du malade et du médecin soit attirée du côté des parois abdominales, une série de signes prémonitoires apparaissent. Est-ce l'intestin ou l'estomac qui est en cause? Le malade accuse des signes abdominaux : de la constipation ou de la diarrhée accompagnées de frissons, de fièvre, de malaises et de coliques plus ou moins vives ou des douleurs caractéristiques des ulcérations de l'estomac.

Est-ce le foie qui est primitivement malade? Il s'agit d'un hépatique, d'un sujet venant des pays chauds, d'un calculeux qui a été jaune, etc.

Est-ce enfin un malade atteint d'une affection urinaire? les troubles vésicaux sont alors manifestes au début; il y a des envies fréquentes d'uriner, des douleurs après la miction, une sensation de pesanteur dans le petit bassin, etc.

Mais, dans tous les cas, la douleur arrive très vite à son paroxysme au point où va siéger le phlegmon; le malade s'immobilise rapidement parce que tout mouvement lui arrache des cris; ces sensations pénibles se diffusent souvent à tout l'abdomen en provoquant même des vomissements et des phénomènes péritonéaux.

b. *Période du phlegmon*. — L'empâtement apparaît vers le huitième jour en moyenne; c'est une sorte de plaque, de pâté, de pavé, lisse, dur, résistant, de siège et de forme variables, suivant le segment atteint. La masse est globuleuse et arrondie dans le phlegmon sous-ombilical, et elle se termine en bas par une ligne courbe à concavité supérieure; c'est juste l'inverse pour le phlegmon de la loge de Retzius. Dans ce dernier, l'induration semble se continuer en bas avec le pubis.

Les phénomènes généraux atteignent, à cette période, leur maximum d'intensité; ce sont ceux de toutes les infections graves : fièvre élevée, soif intense, langue sèche, etc. Tous ces signes s'amendent lorsque le pus se collecte.

c. *Période de l'abcès*. — Si le bistouri n'intervient pas, c'est du côté de la peau que se fait, en général, l'ouverture spontanée.

Pour les abcès périombilicaux, Duplay (1) a bien marqué que le lieu d'élection de cette ouverture est la partie inférieure de la cicatrice ombilicale; cependant l'évolution spontanée de ces abcès peut déverser le pus dans les viscères abdominaux.

Villiers (2), réunissant 61 cas de phlegmons prévésicaux, a noté l'ouverture 10 fois dans la cavité péritonéale, 3 fois dans l'intestin grêle, 2 fois dans le rectum, 1 fois dans la vessie; mais il faut dire que, 17 fois, l'incision au bistouri avait évacué le pus à l'extérieur, arrêtant ainsi sa marche.

(1) DUPLAY, voy. la thèse de VAUSSY, 1875.

(2) VILLIERS, thèse de Nancy, 1885.

On comprend que la collection peut s'ouvrir à la fois du côté de l'intestin et du côté de la peau; aussi n'est-il pas rare d'observer ultérieurement des fistules pyostercorales.

On cite partout la terminaison par la résolution; mais cela est très exceptionnel, et les cas qui en ont été publiés (5 observations dans le relevé de Villiers) sont remarquables en ce que l'induration persista pendant très longtemps, ainsi d'ailleurs qu'à la suite des guérisons après suppuration et ouverture.

2^e FORME CHRONIQUE. — Je note à part les faits dans lesquels l'évolution est d'une lenteur extrême. Les symptômes généraux sont presque nuls et le malade va et vient sans souffrir et sans consulter le chirurgien.

Diagnostic. — Au début, le diagnostic ne peut qu'être hésitant, puisque le malade ne se plaint que de phénomènes viscéraux; mais, à la période de phlegmon, le diagnostic ne saurait être longtemps douteux. Je ne parle pas, bien entendu, des abcès de la fièvre typhoïde consécutifs aux ruptures des fibres des muscles droits; on ne peut s'y tromper; je n'insisterai que sur deux diagnostics : le *cancer profond* et les *abcès enkystés du péritoine*.

J'ai vu plusieurs fois certaines formes chroniques de phlegmons abdominaux en imposer pour un cancer profond; il faut y penser.

Quant aux infections localisées du péritoine, il est souvent délicat de se prononcer; ce qu'on peut dire, en général, c'est que le phlegmon de la paroi donne la sensation d'un gâteau relativement mobile, ou plutôt mobilisable en même temps que la paroi.

Il est inutile de prolonger indéfiniment cette étude du diagnostic, qui ne serait qu'une répétition de ce que j'ai dit à propos de la pathogénie.

Pronostic. — Cette affection n'est grave, en somme, que si un diagnostic erroné n'a pas permis d'intervenir de bonne heure; il est évident qu'abandonnée à elle-même, l'affection peut conduire aux pires désordres, à ce qu'on a appelé le *phlegmon large et total*, ou bien à ces fistules pyostercorales si difficiles à tarir.

Traitement. — D'un mot, on peut formuler le traitement de choix : il faut ouvrir largement la paroi, au centre même de l'induration, sans attendre que la fluctuation apparaisse et sans s'attarder à ces pratiques décevantes qui consistent à offenser la peau par des applications de sangsues, de ventouses scarifiées, de cataplasmes infects, d'onguents variés malpropres.

Longues incisions au bistouri sur la ligne médiane si c'est possible, en se rappelant que l'œdème est toujours considérable et qu'avant d'atteindre le foyer on a à traverser une épaisse couche de tissus; drainage soigné dans tous les sens : telles sont les règles à mettre en pratique.

Pour les abcès d'origine typhique, il faut les ouvrir avant qu'ils ne