

opposé. La réaction péritonéale s'observe dans une forte proportion chez les malades qui doivent guérir, mais elle tourne court comme l'a fait remarquer Ch. Nélaton.

Nous pensons donc qu'il faut dans les plaies de l'abdomen ne pas s'en tenir à des préceptes trop généraux, mais examiner chaque cas, et se déterminer rapidement, immédiatement, en connaissance de cause, pour l'abstention ou pour l'intervention.

Voyons rapidement quelle sera la *technique de l'opération* : La paroi abdominale sera divisée sur la ligne médiane sur une longueur de 12 à 15 centimètres au moins. En cas d'hémorrhagie constatée, nous savons ce que l'on doit faire. On ira ensuite à la recherche des lésions intestinales. Sauf certains cas, où l'on est conduit par l'épanchement des matières sur la blessure même, on se trouve dans la nécessité d'explorer méthodiquement le tube digestif. On part pour cela du cæcum et l'on suit dans une direction le gros intestin, puis dans une autre l'intestin grêle. Dans cette manipulation, les anses, dont on évitera autant que possible la sortie en masse, seront retenues par des compresses chaudes rigoureusement stérilisées. La manœuvre doit être aussi rapidement faite que possible; c'est une importante condition du succès. Suivant la nature des lésions constatées, on pratiquera la suture intestinale ou l'entérectomie suivie de l'entérorrhaphie. Nous renvoyons pour la description de ces opérations, aux traités de médecine opératoire.

Toutes les fois que le péritoine a été souillé par le contenu de l'intestin, et surtout s'il y a déjà des lésions de péritonite, on devra compléter l'opération par le lavage de la séreuse. Plusieurs litres d'eau à 40 ou 45 degrés stérilisée et contenant 7 pour 100 de chlorure de sodium devront passer dans l'abdomen. Enfin, s'il reste quelque doute sur l'asepsie de la cavité péritonéale, au lieu de refermer complètement l'abdomen, on établira le drainage avec de la gaze iodoformée suivant le procédé de Mikulicz.

En cas de plaie de la vésicule biliaire, l'agrandissement de la plaie, la suture de la vésicule ou même la cholécystectomie nous paraîtraient fort logiques, tandis que, dans les plaies du foie, l'extirpation du corps étranger, la surveillance des abcès qui pourraient se produire, constituent les seules règles du traitement chirurgical.

Si l'on pouvait avoir dans les statistiques une confiance absolue, l'extirpation de la rate devrait toujours être tentée dans le cas de

grave lésion de cet organe, puisque dans une intéressante revue publiée par Gilson dans la *Revue de chirurgie* (avril 1885), on trouve 18 succès pour 18 splénotomies pratiquées dans le cas de traumatismes de la rate. L'opération n'a pas toujours été immédiate, ni prévue; mais, tout en n'admettant qu'avec réserve de pareils succès, nous ne croyons pas moins qu'ils doivent être présents à la mémoire du chirurgien, et constituer pour lui un puissant encouragement dans la voie de l'intervention active.

DEUXIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES PAROIS DE L'ABDOMEN

CHAPITRE PREMIER

PHLEGMONS ET ABCÈS DES PAROIS ABDOMINALES

Les parois de l'abdomen sont le siège d'inflammations *primitivement* développées dans le tissu conjonctif et graisseux qu'elles renferment.

Ces inflammations seules doivent être étudiées ici; seules elles méritent le nom de *phlegmons des parois abdominales*; nous aurons à étudier séparément les *phlegmons de la paroi antéro-latérale* et les *phlegmons de la paroi postérieure*.

On ne doit pas ranger dans les phlegmons antéro-latéraux ceux qui sont en rapport de continuité avec les phlegmasies profondes du médiastin, de la fosse iliaque, ni même les abcès du foie et de la rate ouverts à l'extérieur; ce sont des phlegmons intra-abdominaux devenus *apparents* sur lesquels nous aurons soin d'insister à propos du diagnostic.

Il en est de même à la paroi postérieure pour les abcès périnéphrétiques, auxquels d'ailleurs leurs relations intimes et fréquentes avec des altérations rénales suffisent pour donner des caractères spéciaux ; ils seront étudiés à propos des affections du rein.

Enfin, avec Chassaignac, nous avons cru plus logique et plus clinique de décrire, avec les suppurations pelviennes, la psôte et le phlegmon iliaque.

I

PHLEGMONS DE LA PAROI ANTÉRO-LATÉRALE

Division. — Ces inflammations peuvent être subdivisées en trois variétés principales, d'après le siège qu'elles occupent dans l'épaisseur de la paroi.

- 1° *Phlegmons superficiels* ;
- 2° *Phlegmons intra-musculaires* ;
- 3° *Phlegmons sous-péritonéaux*.

L'intérêt chirurgical de ces trois variétés est d'ailleurs loin d'être égal, et va pour ainsi dire en croissant à mesure que le phlegmon siège plus profondément.

Historique. — En fait de description des phlegmons pariétaux de l'abdomen, on ne trouve guère dans les anciens auteurs autre chose qu'un tableau général manquant de précision et de netteté ; un bon nombre de ces phlegmons, les plus importants, étaient d'ailleurs rangés dans la classe aussi vaste que confuse des *hydropisies enkystées du péritoine*.

Bernutz, le premier, décrit fort nettement les *phlegmons sous-péritonéaux* dans un excellent mémoire publié dans les *Archives de médecine* de 1850. En 1871, Labuze étudie dans sa thèse inaugurale les abcès développés dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen. Vaussy (1875), Poisson (1877) reviennent sur les phlegmons sous-péritonéaux. Mais ceux-ci ne se présentent pas toujours avec les mêmes caractères, et la nécessité de créer de nouvelles subdivisions ne devait pas tarder à se faire sentir.

A côté du *phlegmon périhépatique* sur lequel avait insisté Poisson, Heurtaux (de Nantes) décrit le *phlegmon sous-ombilical* (Soc. chir. 1877). Sous l'inspiration du professeur Guyon, le *phlegmon*

prévésical ou de la cavité de Retzius se dessine à son tour, thèse de Castaneda y Campos, 1878 ; de Gérardin, 1879. L'étude de cette variété si intéressante se trouve complétée dans la thèse d'agrégation de Bouilly, 1880 ; depuis, nous citerons Macarez (thèse, Lille, 1881), et Villiers (thèse, Nancy, 1885), qui ont rapporté quelques observations nouvelles, surtout intéressantes au point de vue des terminaisons.

Nous verrons plus loin que ces phlegmons prévésicaux sont loin d'être liés aussi intimement qu'on pourrait le croire, d'après leur siège, à des affections vésicales ; sans doute, il existe de vraies péri-cystites suppurées, mais le plus souvent les phlegmons de la cavité de Retzius se développent en dehors de toute affection voisine, et leur histoire ne saurait être séparée de celle des phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure.

L'étude microbiologique des abcès de la paroi abdominale reste encore à faire.

Étiologie. — Les *phlegmons et abcès superficiels ou sous-cutanés* sont consécutifs à des contusions, des plaies, des excoriations superficielles, quelquefois encore à des lymphangites, à des érysipèles développés au fond de plis excoriés chez certaines femmes âgées et très grasses. La variété la plus fréquente est l'*abcès ombilical* consécutif à la rétention de matière sébacée dans les plis profonds de la cicatrice.

Les *phlegmons sous-aponevrotiques intra-musculaires* peuvent reconnaître pour cause une lésion traumatique : plaie, corps étranger. Dans ces cas l'introduction de l'agent pyogène est tout à fait directe. Le plus souvent ces inflammations sont observées en dehors de toute solution de continuité de la peau. Les microbes dans ce cas sont charriés par le sang. Un traumatisme préalable favorise sans aucun doute leur localisation sur tel ou tel point de la paroi. C'est ainsi que l'on a trouvé des bacilles d'Eberth dans certains abcès des muscles droits survenus au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde ; il est possible comme Labuze l'a soutenu, que ces abcès soient précédés par des ruptures des fibres musculaires dégénérées ; mais cette rupture ne suffit pas ; l'infection du foyer doit s'y ajouter. Celle-ci était bien nette dans un cas de Reclus : chez une femme atteinte de rupture du grand droit puis d'érysipèle de la face, le foyer de la rupture entre en suppuration et fournit

des streptocoques purs, c'est-à-dire les agents mêmes de l'érysipèle.

Les plus importants de ceux que nous avons à décrire dans ce chapitre sont les *phlegmons sous-péritonéaux*. Dans cette classe de phlegmons envisagés sous leur face étiologique, les uns reconnaissent une cause évidente : la lésion d'un viscère voisin, la propagation d'un travail ulcératif ou phlegmasique, on les a appelés *phlegmons symptomatiques*; les autres sont dus à des causes plus vagues, plus générales, à des influences mal connues : on leur a donné le nom de *phlegmons idiopathiques*.

Les *phlegmons* dits *idiopathiques* sont encore les plus intéressants et peut-être les plus nombreux. On les voit survenir le plus souvent chez de *jeunes sujets*, souvent chez de jeunes soldats de vingt à vingt-cinq ans, entre huit et trente et un ans (Bouilly) et presque toujours chez des hommes (23 sur 37), sans autre commémoratif que des *troubles digestifs* variables, tels que dysenterie, constipation, coliques, dyspepsie antérieures, sur lesquels Bernutz avait déjà appelé l'attention, ou encore des troubles urinaires vagues et mal définis.

Peut-être s'agit-il là d'une infection générale ou intestinale produisant ces troubles dyspeptiques et intestinaux dont le professeur Bouchard a montré toute l'importance (Michaux).

L'influence de l'infection microbienne générale est plus nette dans certains phlegmons de la blennorrhagie (phlegmon à gonocoque) que Duplay attribuait depuis longtemps à une influence générale et dans certains autres qui se développent sous l'influence de l'état puerpéral (Budin), de l'infection purulente, ou de la fièvre typhoïde, en dehors de toute lésion musculaire préalable (Bouilly).

Les *phlegmons* dits *symptomatiques* pourraient presque aussi bien être rangés dans la catégorie des phlegmons par propagation. — Les uns succèdent à une lésion intestinale précise : élimination de corps étrangers, d'helminthes, ulcération; d'autres résultent d'une affection périhépatique, d'une altération de la vésicule biliaire; mais les plus fréquents (Duplay) sont les phlegmons hypogastriques ou péri-ombilicaux qui se rencontrent à peu près aussi souvent chez la femme que chez l'homme (onze hommes, neuf femmes sur vingt).

Ces dernières inflammations sont quelquefois symptomatiques d'une carie pubienne, mais chez l'homme presque toujours elles sont

consécutives à des affections des organes génito-urinaires; cystites chroniques compliquant l'hypertrophie prostatique et le rétrécissement de l'urèthre, ulcérations de la vessie, qui peuvent être spontanées (Duplay) ou par calculs (Prescot Hewet), par corps étrangers. La prostatite s'y propage rarement, deux cas seulement (Bouilly); l'influence de l'inflammation des vésicules séminales (Reliquet), celle de l'épididymite (Faucon) qui aboutirait aussi par le canal déférent aux vésicules séminales est encore extrêmement rare.

Chez la *femme*, ce sont surtout des *affections utérines* ou *péri-utérines*, des propagations de phlegmons du ligament large ou de phlegmon iliaque. — Dans un cas, l'origine du phlegmon a dû être rapportée à une inflammation de la symphyse pubienne dans le cours de la grossesse.

Anatomie pathologique. — Les *phlegmons superficiels* sont provoqués par des furoncles; de petites lymphangites, ou bien au voisinage de l'ombilic par la rétention de bouchons formés de poussières et de matières grasses au fond d'une cicatrice ombilicale déprimée. Ce sont généralement des affections sans gravité. Dans un cas de Schleiter unique, mais cité partout, la paroi abdominale s'était rompue à la suite d'un abcès superficiel d'où l'issue d'une grande anse intestinale.

Les *phlegmons intra-musculaires* siègent à peu près exclusivement au niveau du muscle droit. Ils tendent à s'ouvrir au dehors et ne fusent pour ainsi dire jamais vers la profondeur. Ils restent peu étendus.

Les *phlegmons sous-péritonéaux* méritent seuls de nous retenir. Leurs caractères anatomiques sont, les uns, *généraux*, les autres, *particuliers* à leurs diverses *variétés*.

Les *caractères généraux* comprennent : 1° la *fétidité*, l'odeur stercorale du pus, signalée pour la première fois par Dance, indépendante en général d'une ouverture de l'intestin, due sans doute à la transsudation des gaz du tube digestif;

2° La possibilité de *fusées purulentes* vers le scrotum, la cuisse, la fosse iliaque, ces extensions étant d'ailleurs rares;

3° L'*induration* longtemps persistante des parois abdominales, due à l'*infiltration* notable de tout le tissu cellulo-graisseux tant de la paroi musculaire que du tissu sous-péritonéal, infiltration assez marquée pour augmenter très notablement l'épaisseur des parois

abdominales et dans quelques cas, éloigner énormément du bistouri la collection purulente (Chassaignac, Bernutz) ;

4° Enfin, la tendance générale à faire plutôt saillie vers la peau que vers les parties profondes, ce qui explique la fréquence de l'ouverture à l'ombilic, la rareté de l'ouverture dans la cavité péritonéale, ouverture presque toujours mortelle, et par conséquent le petit nombre d'autopsies qu'on a eu occasion de pratiquer.

Les caractères anatomiques particuliers à chaque variété méritent de nous arrêter un peu plus.

On a décrit trois variétés anatomiques bien distinctes :

- 1° Le *phlegmon périhépatique*, étudié par Poisson dans sa thèse ;
- 2° Le *phlegmon sous-ombilical*, de Heurtaux ;
- 3° Le *phlegmon prévésical*, dans la cavité de Retzius.

Ces trois variétés ne sont pas également fréquentes, et comme le fait très justement remarquer Duplay, les phlegmons hypogastriques et péri-ombilicaux sont plus communs que les phlegmons périhépatiques, malgré l'assertion contraire de Poisson. Il ne faudrait pas croire du reste que les autres régions soient complètement indemnes ; à côté des cas absolument typiques rentrant dans le cadre limité de ces trois variétés principales, il en est beaucoup d'autres qui s'en écartent plus ou moins et qui établissent entre ces diverses variétés des transitions qu'on ne doit pas oublier. Bouilly en rapporte dans sa thèse une observation très intéressante due à Nicaise.

Ces phlegmons notamment peuvent prendre une extension considérable et constituer ce qu'on a décrit quelquefois sous le nom de *phlegmon total*, *phlegmon profond de l'abdomen*.

La cavité purulente est variable dans ses dimensions ; *petite* dans le *phlegmon sous-ombilical*, elle occupe une loge plus ou moins bien distincte suivant les sujets, et limitée en avant par la gaine des muscles droits, en arrière par le fascia dit *infra umbilicalis*, en haut par les adhérences de ce fascia à la cicatrice ombilicale, sur les côtés par l'union intime du même fascia avec la gaine des muscles droits.

La cavité est au contraire *considérable* dans le *phlegmon prévésical* ; elle n'est bien limitée qu'en haut au niveau du repli de Douglas par les adhérences péritonéales et aponévrotiques (Bouilly) ; en avant, quelques fibres minces et transversales, continuant mal la gaine musculaire, constituent une paroi antérieure faible, surtout en

bas ; le péritoine doublé d'un fascia propria aréolaire constitue la paroi postérieure ; c'est entre ces deux lames que chemine la vessie, quand elle se distend. Cette cavité n'est en somme bien limitée qu'en haut, elle est mal fermée en bas et sur les côtés.

Quant au *contenu* de la cavité purulente, il présente parfois une coloration rougeâtre toute spéciale, signalée dans deux observations de phlegmon périhépatique, dont une est due à Poisson, et l'autre est rapportée dans les cliniques de Gosselin.

Dans certains *phlegmons hypogastriques*, succédant à un traumatisme, hématome sous-péritonéal suppuré, on a encore observé le mélange du pus avec une quantité variable de sang.

Symptômes et marche. — L'évolution clinique des *phlegmasies superficielles* ne mériterait pas même une mention, si nous ne devions rappeler la forme marronnée, saillante, que peut prendre la cicatrice ombilicale, enflammée consécutivement à la rétention de matières sébacées dans les sillons profonds qui la composent. Ces abcès s'ouvrent en général facilement ; ils fusent quelquefois vers le tissu sous-péritonéal ; la guérison par ouverture de l'abcès est la règle ; elle n'est pas toujours définitive, il n'est pas rare d'observer de véritables *abcès ombilicaux à répétition*.

Ces abcès, qui peuvent persister pendant plus d'une année, ne sont souvent terminés que par l'élimination d'une masse sébacée, caséiforme, parfois volumineuse.

Les *phlegmons intra-musculaires* ou *interstitiels* siègent, nous l'avons dit, surtout dans la gaine des muscles droits ; ils occupent rarement les deux côtés de la ligne blanche. — La tuméfaction, souvent très douloureuse, se tend, durcit, s'immobilise par contraction des muscles droits, devient au contraire mobile latéralement, lorsque ceux-ci sont dans le relâchement. — Bientôt la peau et les tissus superficiels sont envahis, le phlegmon s'ouvre à l'extérieur, et y déverse un pus sanguinolent, souvent mélangé de débris de fibres musculaires saines (contusions), dégénérées (fièvre typhoïde).

Les *phlegmons profonds* ou *sous-péritonéaux* se présenteraient, d'après Bernutz, sous deux formes cliniques principales : 1° une forme aiguë, que nous décrirons surtout, c'est le véritable phlegmon ; 2° une forme subaiguë, plutôt liée à l'élimination d'un de ces corps étrangers ou helminthes dont il a été question plus haut.

L'évolution clinique du phlegmon sous-péritonéal présente trois

phases assez distinctes, une première, assez difficile à observer, manquant parfois complètement : période de troubles digestifs ou vésicaux, une seconde plus nette dans laquelle la tuméfaction phlegmoneuse se présente avec tous ses caractères; une troisième période de résolution ou de suppuration.

1^{re} Période. — *Troubles digestifs ou vésicaux.* — Très variables, ce sont tantôt des coliques, tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée; il peut y avoir des nausées, des vomissements, de la pesanteur rectale.

Si le phlegmon est prévésical, on peut en outre observer des *troubles urinaires*. Ce sont en général ceux d'une cystite légère, envies fréquentes et douloureuses d'uriner, sensation d'une évacuation incomplète de la vessie; la rétention complète d'urine est rare; Bouilly n'en a trouvé qu'une seule observation.

Souvent le début est marqué par un grand frisson, bientôt suivi d'une fièvre assez intense; l'un et l'autre peuvent manquer. Le malade ressent de la douleur en un point de l'abdomen : cette *douleur*, un des signes les plus importants, ne tarde pas à devenir extrêmement vive, en même temps qu'elle s'étend beaucoup, tout en restant plus marquée au point primitif. Elle est tellement intense qu'elle empêche tout mouvement, toute exploration, et que le malade prend les positions les plus bizarres pour chercher à l'atténuer. — A ce moment, on observe souvent de la constipation, des coliques, des nausées, des vomissements bilieux.

L'*examen* local est fort difficile; on ne constate guère qu'une chose : la *tension* et la *rétraction* des parois de l'abdomen au début, parfois un *bombement léger* de la région primitivement affectée. Cependant peu à peu la douleur s'atténue; la fièvre diminue un peu ou se modifie; une tuméfaction se manifeste.

2^e Période. — *Tuméfaction.* — La tuméfaction inflammatoire devient presque toujours rapidement perceptible (du troisième au dixième jour, Bouilly); elle débute par un empâtement, une plaque dure; bientôt la tumeur s'acumine davantage, l'inflammation gagne les téguments; c'est alors que le chirurgien est en général appelé pour intervenir.

Cette tuméfaction inflammatoire présente quelques caractères spéciaux. Dans le *phlegmon sous-ombilical* : 1^o début et symétrie parfaite de la tumeur au-dessous de l'ombilic; 2^o tumeur demi-ovoïde,

dont la base supérieure est une ligne horizontale affleurant l'ombilic et dont le sommet inférieur convexe reste toujours distant de quelques millimètres de la symphyse pubienne.

Dans le *phlegmon hypogastrique*, la tumeur est globuleuse, médiane, ressemblant à la vessie distendue; sa base, inférieure, est cachée derrière le pubis; son sommet est convexe, dirigé vers l'ombilic qu'il atteint rarement, situé le plus souvent à 7 ou 8 centimètres du pubis; la tumeur est symétrique, quelquefois plus développée d'un côté que de l'autre; bridée en avant par les muscles droits, elle a moins de tendance à se limiter qu'à s'étendre. A la *palpation*, la tuméfaction semble moins régulière qu'elle ne le paraît à la vue.

La percussion, le cathétérisme, le toucher rectal et vaginal complètent utilement les données fournies par ces premières explorations.

3^e Période. — *Résolution ou suppuration.* — Les phénomènes généraux s'atténuent parfois au moment où la tuméfaction est devenue apparente; plus tard ils peuvent encore aller en diminuant graduellement, en même temps que disparaissent les signes physiques de la tuméfaction; le phlegmon se termine alors par *résolution*.

Le plus souvent, au contraire, c'est la *suppuration* qui se produit; la fièvre s'élève, des frissons irréguliers reparissent, accompagnés d'anorexie, de vomissements, de diarrhée. La tuméfaction est devenue plus considérable; on y trouve bientôt de la fluctuation qui, dans les phlegmons hypogastriques surtout, peut être très étendue. Il n'est pas rare de noter la présence d'une certaine quantité de gaz qui donnent à la poche de la sonorité, produisent du gargouillement quand on la malaxe, et contribuent à créer un contraste frappant entre la mollesse de la poche ainsi pleine de liquide et de gaz et l'induration parfois énorme de ses bords. Ces gaz s'échappent au moment de l'ouverture et répandent une odeur *fétide* sur laquelle nous avons déjà attiré l'attention.

La suppuration est à peu près fatale et toujours abondante dans les phlegmons appelés symptomatiques; le début est lent et insidieux, l'empâtement longtemps persistant sans grands changements jusqu'à ce qu'un jour se dévoilent les indices incontestables de la présence du pus : c'est le type subaigu indiqué par Bernutz.

Marche. — **Durée.** — **Terminaisons.** — Les phlegmons sous-péritonéaux idiopathiques, nous l'avons vu, se terminent quelquefois par résolution ou par induration; mais le plus souvent la suppuration

se produit, avec tendance à l'ouverture du côté de la peau. Exceptionnellement l'abcès se vide dans la cavité péritonéale, ou dans un des viscères abdominaux. Ces terminaisons sont fâcheuses, la première surtout; elles semblent plus communes dans le phlegmon pré-vésical que dans tout autre. Ainsi, nous trouvons, sur 61 cas de phlegmons prévésicaux relevés par Villiers :

5 cas de résolution complète, 5 faits d'induration sans suppuration et 55 suppurations sur lesquelles :

| | |
|---|----------|
| L'incision a été faite à temps. | 17 fois. |
| L'ouverture s'est faite à l'extérieur. | 40 — |
| Dont 7 à l'ombilic et à son voisinage. | |
| Il y a eu ouverture péritonéale | 40 — |
| Ouverture dans l'intestin grêle (observ. Rohmer, Wannebroucq, Trécourt) | 5 — |
| Dans le rectum. | 2 — |
| Dans le cæcum | 1 — |
| Dans la vessie (observ. de Sainz Blasquez). | 1 — |
| On a fait le drainage abdomino-vaginal | 5 — |

Enfin, il y a 6 terminaisons diverses, morts sans ouvertures.

Duplay a observé des fusées purulentes par le canal crural; on en a vu se faire dans le scrotum; ce sont là des faits exceptionnels.

Dans le cas de double ouverture, intestinale et cutanée, on se trouve en présence d'une véritable *fistule pyostercorale*. Ces *fistules pyostercorales* s'observent surtout à la suite de l'élimination de vers intestinaux, 18 fois sur 72 cas rapportés par Blin dans sa thèse (1879); 6 de ces fistules siégeaient à l'ombilic; la plupart conduisaient à une perforation du cæcum ou de son appendice.

L'orifice cutané est le plus souvent unique. La présence du pus dans les selles, l'issue par l'orifice cutané des gaz digestifs et surtout de parcelles alimentaires mélangées à du pus sont les deux signes principaux qui permettent de les reconnaître. L'examen attentif des matières qui passent par la fistule permettra seul de dire si la perforation siégeait sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin.

Quant aux ouvertures péritonéales, elles sont naturellement suivies d'une péritonite suraiguë rapidement fatale.

Diagnostic. — Après les détails que nous venons de donner, il nous reste peu de chose à dire sur le diagnostic différentiel des diverses variétés de phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen.

Nous rappellerons seulement que, dans les cas de phlegmons des muscles droits, l'affection occupe rarement les deux côtés; que l'inflammation s'étend rapidement à la peau; qu'elle ne s'accompagne pas de troubles urinaires ou digestifs, enfin que le pus qu'elle produit est souvent sanguinolent et renferme parfois des fibres musculaires.

A sa première période, le phlegmon sous-péritonéal de l'abdomen doit être distingué de la *péritonite aiguë* avec laquelle il a été souvent confondu; bon nombre de prétendues péritonites purulentes, ouvertes à l'ombilic, n'étaient vraisemblablement pas autre chose que des phlegmons sous-péritonéaux.

L'étude attentive de la douleur est à ce moment l'élément le plus important de ce diagnostic différentiel. — Dans la péritonite, en effet, la douleur est bien plus générale; elle est moins limitée, ne présente pas de centre fixe d'irradiation, de maximum d'intensité, comme dans le phlegmon; de plus, la prostration, l'altération des traits, la gravité de l'état général, la dépression du pouls, sont bien plus accusés en cas de péritonite; les nausées, les vomissements ont une fréquence et une intensité bien plus grandes; ils ne cèdent pas aux traitements les plus énergiques; enfin le météorisme, le ballonnement, la sensibilité générale du ventre diffèrent notablement de l'induration, parfois même de la rétraction de la paroi, qu'on observe dans le phlegmon.

A cette même période on peut encore confondre le phlegmon de l'abdomen avec une entérite, une entéralgie, une cystite, une poussée inflammatoire développée autour d'une tumeur abdominale.

Pour l'entérite, l'intensité des coliques, la diarrhée, la généralisation des phénomènes, ou bien au contraire leur localisation précise à l'intestin grêle ou au gros intestin, l'absence de tumeur en général, permettent de faire le diagnostic, et si quelquefois le tissu cellulaire s'enflamme autour du cæcum, c'est bien plutôt avec le phlegmon iliaque que le diagnostic est à faire. — On n'oubliera pas d'ailleurs l'importance des phénomènes intestinaux qui peuvent précéder et causer les phlegmons profonds de l'abdomen.

La confusion du phlegmon sous-péritonéal avec l'entéralgie sera de courte durée; si le chirurgien explore la région, il constatera dans le phlegmon la tuméfaction, la rétraction profonde de la paroi abdominale, l'état fébrile général, l'élévation de température locale,

tous symptômes faisant absolument défaut dans l'entéralgie; la douleur elle-même n'y est pas localisée, elle ne semble pas s'irradier autour d'un point maximum, comme cela s'observe dans le phlegmon.

A la période de tumeur, il n'est pas facile de distinguer toujours les péritonites enkystées, les péritonites chroniques, des phlegmons abdominaux. L'intégrité habituelle des téguments, l'œdème de la paroi se traduisant par les plis radiés produits par l'impression du stéthoscope, l'évolution longue de l'affection, souvent des antécédents suspects de tuberculose, l'étude attentive des résultats fournis par la palpation, la percussion, permettront dans certains cas de reconnaître une péritonite chronique simple ou tuberculeuse, enkystée ou non. Quelquefois cette péritonite enkystée sera symptomatique d'une tumeur abdominale, et le diagnostic deviendra plus délicat encore; on se basera principalement, pour établir le diagnostic de phlegmon, sur la participation de la paroi abdominale à la tumeur, sur son induration, et, à la période terminale, sur des signes non douteux d'une ouverture prochaine à l'extérieur.

Le diagnostic du phlegmon hypogastrique ou prévésical comporte en particulier la solution de deux problèmes: 1° ce n'est pas la vessie saine qui forme la tumeur; 2° ce n'est pas non plus la vessie malade.

La tumeur formée par la vessie distendue est régulière, non bosselée, plus molle; elle se vide par le cathétérisme.

Il n'est pas toujours aussi facile de diagnostiquer un diverticule anormal, une poche déterminée par une tumeur, une vessie déviée et comprimée par un corps fibreux ou quelque tumeur du bassin, un gros calcul. — L'étude attentive de la miction, des explorations soignées seules peuvent trancher la question en cas de doute. — On ne devra jamais oublier, à ce propos, que la vessie peut présenter des adhérences à la paroi abdominale antérieure, ce qui commande une certaine prudence lorsqu'on ouvre un phlegmon hypogastrique.

Quant aux tumeurs abdominales, plus d'une fois, à un certain âge, des phlegmons sous-péritonéaux à marche lente ont été pris pour des cancers de l'ombilic, de l'intestin, du bas-ventre; on hésite, malgré un état général relativement bon, à cause de la dureté de la tumeur profonde, jusqu'au jour où les phénomènes aigus apparaissent où la tumeur se ramollit, s'enflamme et vient envahir les tégu-

ments. — L'âge, les troubles digestifs antérieurs rendent fort bien compte des difficultés de ce diagnostic, très bien exposé dans les *Cliniques de Gosselin* (t. II, 63^e leçon).

Enfin, dans certains cas, on voit survenir des abcès profonds sous-péritonéaux, qui ne sont que des fusées purulentes ou des propagations d'inflammations d'autres régions; mais alors, à côté des symptômes du phlegmon abdominal et avant eux, on aura pu observer, par exemple, les signes des abcès du médiastin; la fusée purulente se fera au-dessous du sternum, dont l'altération est la cause première et facile à constater.

S'il s'agit de suppurations pelviennes, d'un abcès de la fosse iliaque, les commémoratifs, les lésions péri-utérines, le lieu de la propagation qui se sera faite plutôt à la partie inférieure et latérale au-dessus du pli de l'aîne, rendent le diagnostic assez facile. — Dans quelques cas, il sera nécessaire de pratiquer avec soin l'exploration du cordon, de l'urèthre, des testicules, d'examiner l'état général de l'individu, pour ne pas méconnaître une funite blennorrhagique, tuberculeuse ou typhoïde.

Pronostic. — Nullement grave pour les inflammations superficielles, peu redoutable dans les phlegmons interstitiels, malgré la dégénérescence musculaire dont ils peuvent être l'expression, le pronostic est sérieux, mais rarement mortel dans les phlegmons profonds sous-péritonéaux. Les signes se caractérisent en général assez tôt du côté de la peau pour amener une intervention chirurgicale rapidement suivie d'amélioration. De toutes les ouvertures spontanées la seule dangereuse est l'ouverture péritonéale; on l'évitera assez facilement en incisant de bonne heure le phlegmon sous-péritonéal. — Quant aux autres terminaisons, on se rappellera seulement la possibilité d'induration et de fistulisation des trajets purulents ou pyostercoraux, et en second lieu l'induration longtemps persistante qui suit ces phlegmasies, amène une certaine gêne fonctionnelle et commande par conséquent quelques réserves.

Traitement. — Les émoullients et l'ouverture rapide conviennent aux phlegmons sous-cutanés et interstitiels; en cas de phlegmon sous-péritonéal, on doit tenter d'amener la résolution; s'il s'agit de la forme aiguë, les antiphlogistiques doivent être employés avec énergie; on se trouvera bien d'une large application de sangsues *loco dolenti*; puis viendront les bains prolongés, les applications cal-

mantes, pommade belladonée, morphine; enfin, aussitôt que l'œdème de la peau, la fluctuation profonde dénonceront la présence du pus, on fera une ouverture large et profonde, en n'oubliant pas qu'on est presque toujours surpris de la profondeur énorme à laquelle il faut aller, profondeur telle qu'elle fait croire le plus souvent aux assistants non prévenus que le chirurgien a pénétré dans la cavité péritonéale. L'incision sera unique et médiane, sus-pubienne si on a le choix. Dans certains cas, elle devra être déplacée : incisions de nécessité; on pourra être amené, chez la femme, à faire le drainage abdomino-vaginal (Gosselin, Le Fort, Tillaux).

II

PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA PAROI POSTÉRIEURE

Indépendamment des abcès périnéphrétiques ou iliaques et des abcès froids par congestion qui peuvent venir faire saillie dans la région abdominale ou lombaire, on ne rencontre que rarement des collections purulentes dans cette région.

Chassaignac a cependant rapporté quelques observations curieuses d'abcès développés dans les *bourses muqueuses accidentelles* de la région lombaire. Ces sortes d'hygromas suppurés sont généralement consécutifs au port d'un bandage herniaire défectueux ou en mauvais état. Il suffit d'être prévenu de leur existence.

CHAPITRE II

TUMEURS DES PAROIS ABDOMINALES

Les caractères anatomiques et cliniques spéciaux, l'aspect particulier des tumeurs de l'ombilic motivent une description à part. — Cette première élimination faite, il convient d'en faire une seconde, plus importante encore, relative aux tumeurs d'origine herniaire qui viennent faire saillie dans les diverses régions des parois de l'abdomen. — Ce sont bien là sans doute des tumeurs incluses dans les

parois abdominales; mais leur histoire ne saurait être séparée sans grands inconvénients de l'étude des hernies.

Disons-le tout de suite, parmi les tumeurs proprement dites des parois abdominales, une seule classe doit appeler l'attention et mériter une étude approfondie, ce sont les fibromes, encore appelés tumeurs fibreuses péripelviennes.

Les autres sont plus rares, ou ne présentent aucun caractère particulier à la région qui nous occupe; nous les signalerons rapidement dans un second chapitre.

I

FIBROMES DES PAROIS ABDOMINALES

Cette dénomination, qui ne préjuge rien sur les connexions de la tumeur, nous semble préférable à celle de *tumeur fibreuse péripelvienne*, souvent employée aussi pour qualifier les tumeurs dont il s'agit.

Historique. — Quatre observations seulement avaient été publiées, et elles passaient inaperçues, lorsque Huguier, le premier, attira l'attention sur ces tumeurs, dans une communication faite à la Société de chirurgie en 1860 et suivie d'une discussion: il les appelait tumeurs fibreuses de la fosse iliaque. Des faits semblables furent alors rapportés par Michon et Nélaton. L'année suivante (1861), Bodin en fit le sujet de sa thèse inaugurale; en 1862, Nélaton y consacra une de ses cliniques, et deux ans après parut une intéressante communication de Chéron sur l'évolution de ces fibromes. — Puis une longue période de silence, aucun fait nouveau ne venant ranimer la discussion tombée. — En 1875, elle fut reprise par Tillaux à l'occasion d'un fait sur lequel nous aurons à revenir. — Guyon et Verneuil apportèrent des observations neuves; celles de Guyon ont été consignées dans la *Tribune médicale* de 1876; la même année, la Faculté de Paris reçut également la thèse de Salesse.

Plus récemment, dans une thèse de 1885, M. Guerrier avait recueilli tous les cas publiés jusqu'à lui, au nombre de 44, dont 2 ou 3 peut-être ne méritent pas le nom de fibromes; la thèse de M. Damalix (1886), ajouta quelques nouveaux faits. Enfin en