

TRAITEMENT. — Quelques questions préjudicielles doivent être élucidées avant d'aborder le traitement des abcès. Lorsque l'inflammation a donné lieu à un abcès, peut-on provoquer l'absorption du pus? Velpeau a plusieurs fois remarqué la disparition de petites collections purulentes sous l'influence de vésicatoires répétés, et nous pensons qu'il est possible d'arriver quelquefois à ce résultat, mais sans qu'on puisse jamais avoir de certitude à cet égard. Du reste, cette heureuse terminaison, achetée souvent au prix de vives souffrances, ne peut être tentée que dans des cas très-exceptionnels.

Lorsque les abcès ont une marche progressive vers la peau, quelques chirurgiens ont recommandé d'en attendre l'ouverture spontanée. Les raisons suivantes ont été mises en avant par les partisans de cette méthode, préconisée surtout par Hildebrandt (1). Certains abcès guériraient aussi vite, sinon plus vite, lorsqu'on attend leur ouverture spontanée; la difformité qui succède à cette ouverture serait moins grande que celle qui suit l'incision par le bistouri. Ces deux propositions sont chaque jour démenties par les faits, et d'autre part, il demeure évident que l'ouverture artificielle des abcès fait disparaître les douleurs, empêche l'accumulation du pus, et arrête le plus souvent l'absorption ulcéralive de la peau. Ces raisons sont suffisantes pour nous faire rejeter la pratique d'Hildebrandt, à laquelle Sam. Cooper (2) se rattache en partie, et que Boyer voulait conserver seulement pour les abcès de la face, du cou et du sein. Velpeau (3), qui reconnaît que dans les abcès glandulaires de la mamelle il y aurait quelque avantage à ne point se presser et à attendre l'ouverture spontanée, repousse toutefois cette pratique qui expose à des complications variées.

Que résulte-t-il de cette discussion? C'est qu'en général on doit ouvrir les abcès; c'est que les abcès très-petits peuvent sans grands inconvénients être abandonnés à eux-mêmes; c'est enfin qu'il reste à craindre un décollement étendu, et souvent une absorption ulcéralive d'une portion plus considérable de la peau, lorsqu'on ne donne pas issue au pus.

La préférence étant donnée à l'ouverture artificielle des abcès, il reste à déterminer l'époque où cette ouverture doit être pratiquée. On s'accorde, en général, à attendre le moment où l'induration périphérique diminue, et où le ramollissement central est nettement marqué. Toutefois la situation profonde de l'abcès (abcès sous-aponévrotique), son voisinage d'une articulation ou d'une cavité splanchnique ou d'un os, la crainte de le voir fuser vers des parties importantes à ménager (abcès du cou), l'excessive douleur (panaris), conduisent dans certains cas le chirurgien à pratiquer l'ouverture prématurée de la collection purulente.

Les abcès peuvent être ouverts par les *caustiques* ou par l'*instrument tranchant*.

1° On a, dans l'antiquité, songé à ouvrir les abcès par le *cautère actuel*,

(1) *Biblioth. germ. de Brewer*, t. V, p. 266.

(2) *Dictionnaire de chirurg. prat.*, art. SUPPURATION, 1826, p. 431.

(3) *Dictionnaire en 30 volumes*, art. MAMELLE.

et, vers la fin du siècle dernier, M.-A. Petit (de Lyon) en proposa de nouveau l'emploi, en conseillant d'enfoncer dans le foyer des abcès phlegmoneux ou froids une aiguille rougie à blanc, et d'en aspirer le pus à l'aide d'une ventouse. Ce procédé est aujourd'hui justement abandonné. Mais on fait quelquefois usage d'autres *caustiques* pour ouvrir certains abcès ganglionnaires ou des collections purulentes situées profondément dans une cavité séreuse, comme les abcès du foie, par exemple. L'action des caustiques doit amener dans ce dernier cas une inflammation adhésive des deux feuillets de la séreuse, et l'on n'a plus à craindre l'épanchement de pus dans l'abdomen.

Nous pensons que l'emploi des caustiques pour ouvrir les abcès chauds doit être assez limité; le bistouri, plus facile et plus prompt à manier, les remplace avantageusement dans presque tous les cas; mais il est d'une sage pratique d'ouvrir avec les caustiques les collections purulentes qui, comme celles du foie, peuvent se vider dans le péritoine. Quoique nous n'ayons pas la certitude qu'il se fasse entre les deux feuillets de la séreuse des adhérences aussi régulières que celles qu'on suppose, nous sommes, dans ce cas, partisan des caustiques.

On peut faire usage, pour ouvrir les abcès, du caustique de Vienne seul ou associé à la pâte au chlorure de zinc. La pâte de Vienne est formée de 5 parties de potasse caustique et de 3 parties de chaux vive. Lorsqu'on veut faire usage de cette pâte, on la délaye jusqu'à consistance molle avec de l'alcool, ou, mieux encore, avec de l'eau de Cologne, qui paraît donner au mélange plus d'homogénéité.

S'agit-il d'ouvrir un abcès superficiel, on fait une application du caustique sur un point ou suivant une ligne, selon l'étendue qu'on veut donner à l'ouverture. La pâte peut rester en place quatre à cinq minutes, si les tissus sont enflammés; mais quand la peau est saine, elle doit y séjourner plus longtemps, un quart d'heure au moins.

Très-souvent une seule application de caustique ne suffit pas pour pénétrer dans la collection purulente; il faut fendre la première eschare par le milieu et appliquer au fond de la plaie une nouvelle couche de caustique. C'est ainsi qu'on est forcé de procéder quand on ouvre par les caustiques un abcès du foie, par exemple. Dans ce cas, nous avons l'habitude d'associer à la pâte de Vienne le caustique au chlorure de zinc. En effet, si l'on met au fond d'une eschare incisée une couche de pâte de Vienne, il n'est guère possible d'en bien diriger l'action. Ce caustique peut s'étendre en largeur dans le tissu cellulaire sous-cutané et ne pas remplir convenablement le but qu'on se propose. On n'a point cet inconvénient avec le chlorure de zinc.

La pâte au chlorure de zinc, dont nous faisons journellement un très-fréquent usage, est composée de : chlorure de zinc, 1 partie, et farine de froment, 1, 2 ou 3 parties, suivant le degré de force qu'on veut donner au caustique. On associe quelquefois le chlorure d'antimoine au chlorure de zinc, et l'on remplace aussi la farine de froment par le gluten. Il y a dans la préparation de ces pâtes caustiques un tour de main assez difficile, et peu de

pharmaciens, à Paris, réussissent à obtenir une pâte bien homogène, douce, élastique, comme on l'obtient dans les hôpitaux de Lyon. Dans le cas d'ouverture d'abcès, on peut faire usage de pâte desséchée.

Voici maintenant comment nous procédons.

Deux heures après une application linéaire de pâte de Vienne, nous fendons l'eschare et nous disposons au milieu de cette fente une bandelette de pâte au chlorure de zinc de 1 millimètre de large. Au bout de quatre heures, nous enlevons cette bandelette; nous fendons encore l'eschare, et nous faisons une application analogue de chlorure de zinc. On peut, en procédant ainsi, arriver très-facilement au centre d'une collection purulente en suivant un trajet caustique régulier, sans aucune fusée dans le tissu cellulaire du voisinage. Quand, dans un cas d'abcès du foie, on est arrivé assez profondément et qu'on suppose être au voisinage de la cavité péritonéale, on doit procéder avec plus de lenteur, de façon à laisser aux exsudats qui doivent réunir les deux feuillets de la séreuse le temps de se former. On peut attendre de la chute spontanée de l'eschare l'ouverture de l'abcès; mais, dans les cas où cela se ferait trop lentement, on perforerait cette eschare avec le bistouri.

2° L'instrument tranchant peut être appliqué soit pour passer un séton dans l'abcès, soit pour y pratiquer une ponction ou une incision.

B. Bell (1) a conseillé d'introduire dans l'abcès, à l'aide d'une soude cannelée munie d'un œil, un séton composé d'un assez grand nombre de fils, et de l'y maintenir jusqu'au complet écoulement du pus, en retirant tous les deux jours un des fils du séton.

Sans mentionner le séton de B. Bell, le docteur Leriche (2) a proposé de nouveau ce moyen pour les abcès du cou, du sein, de l'aîne, régions où l'on a intérêt à éviter les cicatrices. On traverse ces abcès par une aiguille courbe dans le chas de laquelle est passé un cordonnet de soie. Les deux bouts en sont réunis sur l'abcès qui se vide lentement à travers les ouvertures. Le cordonnet est laissé en place de quatre à huit jours, puis on l'enlève et l'on panse à plat. Nous avons mis plusieurs fois en pratique ce moyen, et nous ne saurions trop le recommander pour les abcès du cou, du visage, etc., qui laissent trop souvent des stigmates que le chirurgien pourrait éviter. En général, deux points cicatriciels à peine visibles sont la seule trace de ces abcès guéris par les sétons filiformes.

C'est le plus souvent par ponction ou incision qu'on ouvre les abcès. La ponction simple et l'incision peuvent être pratiquées avec un bistouri ou avec une lancette ordinaire, car la lancette dite à abcès n'est presque plus employée aujourd'hui. Après s'être assuré qu'aucune artère importante ne peut être blessée, le chirurgien procède à l'ouverture de l'abcès, tantôt en y enfonçant un bistouri tenu comme une plume à écrire (fig. 10 et 11), tantôt en incisant ses parois couche par couche et de dehors en

(1) *Traité des ulcères*, p. 52.

(2) *Revue méd. chirurg.*, t. VII, p. 285.

dedans avec l'instrument tenu comme un archet (fig. 12). Dans les abcès superficiels et très-petits, une simple ponction est suffisante; s'ils sont



FIG. 10.

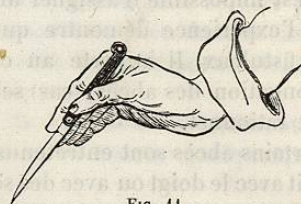


FIG. 11.

plus volumineux, on agrandit cette ponction en retirant le bistouri ou en lui faisant décrire un demi-cercle autour de sa pointe. La direction de l'incision varie suivant une foule de circonstances. On la pratique d'ordinaire parallèlement aux fibres musculaires et aux gros vaisseaux. On a conseillé d'inciser les abcès de l'aîne perpendiculairement à la direction transversale ou oblique des fibres de la peau, afin d'éviter une disposition qu'on suppose peu favorable à la cicatrisation de la plaie.



FIG. 12.

Dans certains abcès profonds, l'incision couche par couche de l'abcès est indiquée. On coupe d'abord la peau, puis les tissus sous-jacents et l'aponévrose; il est alors convenable de porter le doigt au fond de la plaie en l'explorant, et, si l'on perçoit une collection liquide, d'y faire une simple ponction. Si l'on pénètre dans un foyer purulent, on en agrandit l'ouverture à l'aide d'un bistouri boutonné. C'est ainsi qu'il faut agir dans quelques abcès sous-aponévrotiques du creux poplité, du cou, de la région palmaire profonde. Dans certains abcès très-voisins des gros troncs vasculaires, il serait imprudent d'y porter hardiment le bistouri. Celui-ci sera, après l'incision des couches superficielles, remplacé par une sonde cannelée qui ira, en déchirant peu à peu les tissus, ouvrir la paroi de l'abcès.

Ces ouvertures pratiquées, il faut s'abstenir de porter le doigt dans la plaie pour aller, à l'exemple de quelques chirurgiens anciens, y rompre des brides qui supportent des vaisseaux ou des nerfs, et ne peuvent que servir à la cicatrisation prompte de l'abcès.

L'abcès ouvert, si l'ouverture est étroite, on y place une mèche afin d'empêcher l'agglutination de ses bords. Des cataplasmes émollients sont, à plusieurs reprises dans la journée, appliqués sur la partie malade; on administre en même temps des bains locaux et généraux. Ce traitement par les émollients doit être continué pendant plusieurs jours; mais dès que la suppuration diminue, dès que le gonflement s'efface peu à peu, il faut supprimer les cataplasmes, qui maintiendraient dans les tissus une

réaction insuffisante pour amener la cicatrisation de l'abcès. Un pansement simple suffit alors, et doit être continué jusqu'à l'occlusion complète de la cavité purulente.

Il est impossible d'assigner une durée absolue à la guérison d'un abcès, mais l'expérience démontre que certains abcès ne guérissent qu'en devenant fistuleux. Il importe au chirurgien de connaître les causes de cette prolongation des abcès, car seules elles peuvent le conduire à un traitement rationnel.

Certains abcès sont entretenus par des corps étrangers ; il faut s'assurer du fait avec le doigt ou avec des sondes, et, dans ce cas, agrandir l'ouverture de l'abcès et aller à la recherche du corps étranger. D'autres fois, l'obstacle à la guérison consiste dans un décollement avec amincissement de la peau. Celle-ci, diminuée d'épaisseur et d'une coloration violacée, ne remplit plus les conditions de vitalité suffisantes pour la formation des bourgeons charnus et leur adhésion réciproque. Il faut alors exciser complètement cette peau désorganisée, et mettre à nu le fond de l'abcès, qui se cicatrisera à la façon des plaies exposées. Le retard dans la cicatrisation est souvent amené par la mobilité des parties (abcès de l'aisselle) ou la fonte du tissu cellulaire (abcès de la fosse ischio-rectale). A la première de ces conditions il faut opposer une immobilité absolue ; contre la seconde, on conseillera au malade les toniques, un régime substantiel, tout ce qui développe le tissu adipeux. Boyer rapporte que dans un cas d'abcès du ventre, il conseilla avec succès une grossesse durant laquelle l'utérus exerça sur la collection purulente une compression salutaire.

Dans certains abcès, le pus stagne et ne s'écoule que difficilement au dehors. Ce croupissement du pus se reconnaît aux deux signes suivants : à chaque pansement la région de l'abcès est soulevée, et par la pression il s'écoule une quantité de liquide plus considérable qu'on ne le croyait *a priori*. Cette stagnation du pus peut tenir à une position défectueuse ; la chose est facile à comprendre et à faire disparaître. Si l'ouverture est trop étroite et empêche l'écoulement du pus, on la débridera largement ; si, malgré cela, le pus reste stagnant au fond de l'abcès, il faut avoir recours à d'autres moyens. Il suffit souvent, pour faciliter l'écoulement du pus, de pratiquer dans un point plus ou moins éloigné de l'incision primitive une incision nouvelle qu'on désigne sous le nom de *contre-ouverture*. Celle-ci peut se faire en introduisant par la première ouverture une sonde cannelée qui soulève la peau dans un certain point sur lequel on pratique l'incision nouvelle. On peut se passer de sonde cannelée en retenant le pus dans l'abcès à l'aide d'une compression légère, et la contre-ouverture est alors pratiquée sur un point rendu ainsi plus saillant.

On peut s'opposer à l'accumulation du pus dans un abcès en y exerçant une compression douce, soit avec des bandelettes emplâstiques, soit avec des compresses graduées et des bandes simples. Nous avons souvent fait usage de ce mode de compression pour des abcès du sein, et nous en avons retiré quelque profit.

Enfin, pour favoriser cette expulsion de la matière purulente, il faudra, dans certains cas, avoir recours à l'emploi de canules à demeure et d'injections émoullientes ou légèrement détersives. Les petits tubes de caoutchouc, perforés de distance en distance, dont Chassaignac se sert pour ce qu'il appelle le *drainage des abcès*, conviennent très-bien dans ce cas. Ils permettent de pousser quelques injections dans la cavité purulente, à laquelle ils maintiennent une ouverture permanente.

La compression, les contre-ouvertures, les injections ne suffisent pas toujours à guérir certains abcès. Aussi a-t-on eu besoin quelquefois de recourir à d'autres moyens.

Dans un cas où un abcès de la région fessière se reproduisit deux fois, Moreau-Boutard en obtint en trois jours la guérison, en pratiquant à la surface interne du foyer trois scarifications dont on aida l'action par un léger bandage compressif et le repos absolu. Sous l'influence de la lymphe plastique épanchée, le recollement de l'abcès s'est facilement effectué (1).

Il faut dire maintenant deux mots de quelques méthodes exceptionnelles vantées pour ouvrir certains abcès ou pour amener leur guérison prompte.

Malapert a conseillé d'ouvrir les bubons suppurés avec un vésicatoire qu'on panse avec du sublimé. Sous l'influence de ce pansement, la paroi de l'abcès se perfora d'une infinité de trous par lesquels le pus s'écoula au dehors. Ce traitement long et douloureux n'est guère employé. Jules Roux a vanté dans des cas analogues une ponction suivie d'une injection iodée. Nous dirons, dans les chapitres consacrés aux affections des ganglions, notre opinion sur cette pratique. Enfin, Chassaignac, pensant, mais à tort selon nous, que les parois d'un abcès chaud ou froid que l'on vient d'ouvrir peuvent être assimilées aux surfaces d'une plaie récente, les a crues susceptibles de se réunir par première intention. Donc, quand il n'existe ni corps étranger ni altération osseuse, Chassaignac propose de ponctionner l'abcès, et, par cette petite ouverture, de laver le foyer purulent jusqu'à ce que l'eau ressorte limpide. Ce foyer détergé, les parois de l'abcès seront rapprochées, s'uniront, et la guérison sera complète en deux ou trois jours (2). C'est une erreur de physiologie pathologique de comparer les parois d'un abcès aux surfaces d'une plaie récente, et il suffira de lire la discussion que ce travail a soulevée au sein de la Société de chirurgie, pour voir que rien, dans les faits avancés, ne justifie une pareille pratique.

Telles sont les règles générales applicables à l'ouverture des abcès par l'instrument tranchant. Il ne faut point oublier quelles ressources puissantes le chirurgien trouve pour la guérison de ces affections dans un régime alimentaire convenable et dans une bonne hygiène aidée aussi par quelques médicaments toniques.

(1) *Journal de chirurgie*, 1844, t. II, p. 358.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. I, p. 679.

§ II. — Abscès froids.

On désigne sous le nom d'*abcès froids* une collection purulente qui se développe lentement, sans réaction inflammatoire apparente, sans douleur, et qui n'est en rapport ni avec une affection tuberculeuse, ni avec une altération des os. Ces abcès sont décrits à tort par quelques auteurs sous les noms d'*abcès scrofuleux*, *abcès lymphatiques* (Rust). Il faut conserver le nom d'*abcès froids*, qui ne préjuge rien sur la nature de ces abcès, et qui a l'avantage de les séparer des *ramollissements tuberculeux* et des *abcès ossifluents*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les abcès froids se développent ordinairement dans le tissu cellulaire, et on les trouve surtout au cou, sur ses parties latérales, dans les parois de la poitrine et de l'abdomen, et parfois aux membres, comme dans le tissu cellulaire qui sépare les uns des autres les muscles de la partie postérieure de la cuisse. Ces abcès varient en nombre, et il est assez commun d'en voir plusieurs sur le même individu. Leur volume est également très-variable, mais en général les abcès froids volumineux sont peu nombreux sur le même malade.

La disposition kystique est plus marquée dans les abcès froids que dans ceux que nous venons d'étudier. Leur cavité semble tapissée par une membrane lisse, tomenteuse, tantôt grisâtre, tantôt rougeâtre, quelquefois marquée de plaques ardoisées. Mais ce n'est point là une véritable membrane qu'on puisse isoler facilement des tissus sous-jacents indurés; elle n'en a que les apparences, et l'on ne trouve, en résumé, qu'une couche assez mince de lymphes plastique devenue accidentellement vasculaire. Le liquide contenu dans cette poche diffère du pus louable par son aspect séreux, sa teinte peu franche, qui est jaune-verdâtre, et ses flocons, qui le font ressembler au petit-lait. Il s'altère vite et répand parfois une odeur nauséabonde.

Dès son début, l'abcès froid est nettement enkysté. Il n'a aucune tendance à s'infiltrer dans les tissus et à former des *fusées purulentes*; à mesure qu'il acquiert du développement, il se porte vers l'extérieur, moins en faisant subir à la peau une absorption ulcérate qu'en écartant certains tissus, repoussant les aponévroses et subissant enfin les lois de la pesanteur. Mais quand l'abcès s'est mis au contact de la peau, celle-ci finit par éprouver à son tour le changement remarquable que nous avons décrit plus haut: elle s'amincit et se perforé. Après cette ouverture spontanée, les parois de cet abcès s'affaissent et se rétractent. La face interne de cette cavité éprouve à son tour quelques modifications. Elle s'épaissit, se plisse et semble devenir comme fongueuse; en même temps, le liquide sécrété change d'aspect: c'est un liquide très-ténu, très-séreux, une sorte de mucus. Ces modifications de l'abcès seront mieux comprises dans l'histoire des *fistules*. Les abcès froids, arrivés à un certain volume, peuvent rester

stationnaires, mais souvent ils augmentent. On ne les voit que très-exceptionnellement diminuer et disparaître.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les abcès froids sont, en général, précédés par un engorgement circonscrit, peu mobile, indolent, sans altération de la peau et sans trace de réaction inflammatoire. Cet engorgement peut persister dans cet état assez longtemps, mais il finit par se ramollir; alors surviennent parfois quelques traces légères d'inflammation, telles qu'un peu de chaleur, une rougeur légère des téguments, une douleur sourde surtout à la pression; mais ces symptômes ne persistent pas, et l'abcès froid se révèle sous la forme d'une tumeur convexe, fluctuante, indolente, sans changement de couleur de la peau, qui est seulement sèche et écaillée. Au bout d'un temps souvent assez long, la poche de l'abcès s'amincit et s'ouvre.

Lorsque l'abcès froid s'ouvre à l'extérieur, il se manifeste quelquefois une assez vive réaction inflammatoire dans la partie malade; il y a de la douleur, de la chaleur, etc.; mais, au bout de peu de temps, tout se calme, et tantôt la poche purulente marche vers la cicatrisation, tantôt elle reste fistuleuse. Les abcès qui guérissent après être restés longtemps fistuleux laissent après eux une dépression violacée des téguments. Les abcès qui se résorbent s'accompagnent aussi d'un changement dans l'aspect général de la peau. Cette membrane amincie se fronce et se déprime aussi en s'unissant aux parties profondes de l'abcès.

L'engorgement qui précède d'ordinaire le ramollissement de l'abcès froid n'est pas constant, et l'on voit des collections de ce genre qui, dès le principe, sont fluctuantes.

C'est ici le lieu de parler de quelques abcès désignés par Delpech sous le nom d'*abcès soudains*, et auxquels Nélaton a consacré quelques lignes dans son livre (1). Ce sont des abcès froids qui se montrent tout à coup dans le tissu cellulaire et chez des individus débilités. Ces abcès se développent très-rapidement et s'accompagnent d'une fièvre vive, d'une altération des traits, d'un dévoiement abondant et fétide. La sécrétion du pus est souvent fort grande, et les malades ne tardent point alors à succomber dans le marasme. Delpech assurait à ces abcès soudains une terminaison toujours funeste.

ÉTIOLOGIE. — Les causes des abcès froids nous échappent le plus souvent; toutefois on peut en distinguer de *générales* et de *locales*. Parmi les causes générales, on a placé les diathèses scrofuleuse et rhumatismale. Il faut reconnaître que, sous l'influence d'un état diathésique, scrofule, convalescence de certaines maladies, période critique de certaines autres, l'économie a une grande tendance à former du pus lentement et sans réaction inflammatoire. Des causes locales, les plus fréquentes sont des frottements brusques ou des contusions légères, ou des pressions trop longtemps continuées. C'est ainsi que s'explique l'apparition

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 89.