

L'on constate nettement de la fluctuation, on ouvre directement l'abcès par une large incision.

La **vésicule biliaire** peut être aussi le point de départ d'abcès lorsqu'elle contient des concrétions. Ils se font jour volontiers dans la région de l'ombilic. Dans quelques cas ils s'ouvrent à travers la peau, à une grande distance de la vésicule biliaire, et la guérison s'opère le plus souvent après la sortie des calculs. En opérant avec les précautions antiseptiques, j'ai vu dernièrement un abcès de ce genre, très volumineux, guérir avec une facilité remarquable après que j'eus brisé et enlevé un calcul énorme, ayant à peu près le volume d'un œuf de pigeon, et situé profondément dans le foyer de suppuration qui occupait la région de la vésicule. Il ne resta pas de fistule biliaire à la suite de l'opération. Dans quelques cas on a vu des fistules déjà cicatrisées se rouvrir pour laisser passer de nouvelles concrétions. Dans d'autres cas encore l'abcès s'ouvre intérieurement dans l'intestin.

Les empyèmes de la vésicule biliaire peuvent guérir par une opération, ainsi que KOCHER l'a prouvé. Il est vrai qu'ils sont rarement aussi volumineux que dans l'observation de ce chirurgien, mais ils peuvent être néanmoins diagnostiqués par le fait qu'ils suivent les mouvements respiratoires du foie. La ponction à l'aide d'un fin trocart est cependant toujours nécessaire pour un diagnostic exact. KOCHER opéra son malade suivant les règles exposées plus haut pour l'incision des abcès du foie, et appliqua ensuite un pansement antiseptique. La fistule traitée par les moyens antiseptiques se ferma complètement après avoir donné issue à un grand nombre de calculs biliaires. (Voir plus loin les tumeurs de la vésicule biliaire.)

**L'inflammation de la rate** suivie de suppuration a été observée à la suite de traumatismes ainsi que dans le cours des maladies infectieuses les plus diverses, principalement dans la pyémie; parfois elle survient sans cause connue. Sans le secours de l'anamnèse, le diagnostic reste très douteux tant qu'il n'est basé que sur la douleur locale, la fièvre et l'augmentation de volume de la rate. Il n'acquiert un certain degré de certitude que lorsque l'abcès a perforé la capsule de l'organe, et que le pus s'est accumulé dans les tissus voisins de ce dernier. De même les cas de **parasplénite** sont, en général, plus accessibles au diagnostic, et ce sont aussi ceux qui ont le plus d'intérêt pour le chirurgien.

L'inflammation suppurée du voisinage de la rate se développe soit spontanément, soit à la suite de la perforation d'un abcès de la glande splénique. Dans ces conditions se forment bientôt des fausses membranes qui empêchent le pus de se répandre dans la cavité abdominale. L'abcès ainsi constitué peut ensuite s'ouvrir librement dans la cavité péritonéale. Le plus souvent il reste longtemps enkysté, et ce n'est que tardivement qu'il s'étend sous le péritoine, vers une partie voisine de la rate. Il est relativement fréquent de voir l'abcès s'ouvrir à travers le diaphragme dans la plèvre et les poumons. Parfois aussi le pus pénètre

dans la veine splénique, ce qui constitue un accident d'une haute gravité. La propagation du pus le long des intestins et des mésentères est d'un pronostic moins défavorable. C'est ainsi qu'on l'a vu descendre le long du côlon pour venir se faire jour dans le tissu pérectal ou dans le vagin (CHOMEL et DELMAS cités par PÉAN). L'ouverture de l'abcès à l'extérieur à travers la paroi thoracique ou abdominale est le mode de terminaison qui offre le plus de chances de guérison.

Le **diagnostic de ces abcès en général**, et en particulier le diagnostic précis de leur siège, offrent toujours des difficultés. Lorsqu'à la suite d'une pyémie métastatique, avec tuméfaction considérable bien constatée de la rate, et après cessation des symptômes, on voit survenir, ainsi que nous l'avons observé une fois, une collection purulente que l'on est bientôt obligé d'ouvrir sur la ligne axillaire dans l'hypochondre gauche, il y a grande probabilité qu'il s'agit d'un abcès de la rate et d'une péri-splénite secondaire avec suppuration. L'existence antérieure de symptômes d'une affection splénique, les signes de péritonite localisée, les douleurs dans la région de la rate, la fièvre etc., ne prouvent certainement pas d'une façon absolue que l'on soit en présence d'abcès péri-splénitiques. Pour l'ouverture de ces abcès, tant qu'ils n'ont pas déjà abandonné le péritoine pour arriver directement au-dessous des téguments abdominaux, nous n'avons pas d'autres règles à suivre que celles que nous avons exposées à propos de l'incision des abcès du foie.

**L'intestin** peut être le point de départ de certaines formes particulières d'épanchements intrapéritonéaux. Lorsqu'une portion du tube intestinal est le siège d'un processus ulcéralif ayant débuté par la muqueuse, avant que la paroi intestinale soit perforée entièrement il s'est produit des adhérences entre la portion de la séreuse correspondant à l'ulcération et la surface péritonéale d'un autre organe ou de la paroi abdominale. Si cet autre organe est encore l'intestin, il peut se produire une perforation de ce dernier au niveau des adhérences et la conséquence de cet accident est la formation d'une **fistule** faisant communiquer entre elles deux anses intestinales; si c'est avec la vessie que les adhérences se sont produites, il en résultera une **fistule vésico-intestinale**. Lorsque l'anse intestinale s'est soudée directement à la paroi abdominale, la perforation de cette dernière aura pour conséquence l'établissement d'une **fistule intestinale** (ou stercorale) s'ouvrant à l'extérieur. Nous nous trouvons donc ici en présence de conditions semblables à celles que nous avons déjà décrites plusieurs fois, à propos des lésions traumatiques de l'abdomen et de l'intestin.

Lorsque la perforation s'opère librement dans la cavité péritonéale, la conséquence habituelle de cet accident est une péritonite aiguë septique, mais celle-ci peut ne pas se développer dans certains cas, comme nous l'avons déjà dit dans notre étude des lésions traumatiques de l'intestin. Nous avons vu à propos de ces dernières que lorsque l'agent trau-

matique atteint une portion d'intestin recouverte en partie seulement par le péritoine, le danger d'une péritonite n'est à craindre que dans les cas où la lésion intéresse la paroi de l'intestin tournée du côté de la cavité abdominale. De même dans la perforation ulcéralive du côlon se produisant sur un point de ce dernier privé de péritoine, l'épanchement stercoral se fait dans le tissu conjonctif correspondant à la paroi postérieure de l'intestin. Il en résulte un phlegmon septique et finalement un abcès stercoral (nous avons appris à connaître antérieurement le mode d'extension de ces phlegmons qui, provenant du côlon ascendant, se propagent dans la région du bassin et des lombes). Mais même dans la cavité péritonéale les épanchements et abcès stercoraux ne s'accompagnent pas nécessairement d'une inflammation diffuse. Il suffit, pour que cette dernière ne se produise pas, que l'anse intestinale ulcérée, avant de subir une perforation, ait déjà contracté des adhérences avec d'autres anses, avec l'épiploon ou avec la paroi abdominale, de sorte que les matières fécales trouvent à leur sortie de l'intestin une cavité toute formée pour les recevoir. Même dans les cas de lésion traumatique, il peut se produire rapidement des adhérences entre les anses intestinales, dans le voisinage de l'épanchement stercoral, pourvu toutefois que la sortie du contenu de l'intestin ne se fasse pas trop rapidement et en masse considérable.

Nous avons déjà donné antérieurement quelques indications sur le sort ultérieur de ces épanchements stercoraux. Ils provoquent nécessairement toujours une suppuration, qui, suivant l'abondance et la nature des matières épanchées, est plus ou moins de nature putride, et n'offre guère de tendance à la guérison par résorption. L'augmentation de volume du foyer putride peut déterminer une rupture de ce dernier dans la cavité abdominale, rupture généralement suivie d'une péritonite septique mortelle. Une seconde possibilité, c'est une large perforation dans une anse intestinale voisine, ou dans la vessie, l'utérus, etc., et l'évacuation de l'abcès dans l'une ou l'autre de ces cavités. Enfin, troisième possibilité, le pus peut se faire jour au dehors, à travers la paroi abdominale, après avoir provoqué un phlegmon septique des téguments.

Le diagnostic de ces différents modes de terminaison reste naturellement jusqu'à un certain point dans l'incertitude. Lorsqu'à la suite d'une blessure de l'intestin, ou chez un malade que l'on sait être affecté d'une ulcération intestinale, on voit survenir tout à coup des symptômes d'une péritonite circonscrite, on est autorisé à soupçonner qu'il vient de se produire un épanchement stercoral ; le soupçon ne devient une probabilité que lorsqu'on constate la présence d'une tumeur accompagnée des symptômes d'une fièvre hectique ; mais la preuve incontestable n'est fournie que par l'apparition d'un phlegmon septique des téguments avec présence de gaz dans les tissus se manifestant soit par de l'emphysème,

soit par un son tympanique à la percussion lorsque ces gaz remplissent un espace plus considérable. Dans ces cas on devra assurer par une large incision l'évacuation de l'abcès.

§ 32. — Le sang épanché librement dans la cavité abdominale provoque aussi parfois une péritonite circonscrite ayant pour conséquence l'enkystement du foyer sanguin. Le sang peut finalement disparaître par résorption, ou persister sous forme de kyste sanguin, ou provoquer la formation d'un abcès intra-péritonéal. S'il n'est pas immédiatement résorbé, le sang s'écoule dans le petit bassin et produit des phénomènes de compression de la vessie et de l'intestin, phénomènes qui présentent une certaine constance lorsque l'épanchement s'est enkysté grâce au développement d'une péritonite.

Le type de la marche clinique des épanchements sanguins associés à une péritonite locale, nous le trouvons ici encore dans les hémorragies provenant de l'enveloppe péritonéale de l'utérus, des ovaires, des trompes, hémorragies qui peuvent se produire dans un foyer enkysté dû à une périmérite antérieure, ou qui déterminent secondairement la formation d'une capsule péritonitique. La maladie décrite en premier lieu par NÉLATON, sous le nom d'hématocèle rétro-utérine, est localisée, comme son nom l'indique, dans l'espace compris entre l'utérus et le rectum. Elle refoule la matrice en avant et exerce une pression indirecte sur la vessie, tandis qu'en arrière elle rétrécit le rectum par compression. La tumeur elle-même peut être reconnue par la palpation des parois abdominales au-dessus de la symphyse, ou un peu à droite et à gauche de la ligne médiane, et, d'autre part, il est facile de constater sa présence par le toucher vaginal et rectal. On peut s'assurer que la matrice est située en avant de la tumeur lorsque celle-ci n'est pas trop volumineuse.

Outre les phénomènes locaux de compression, la malade présente des symptômes d'anémie et de péritonite. En général, l'affection est de longue durée, et le plus souvent on peut voir, même au bout d'un temps considérable, la résorption se produire ; la tumeur devient alors plus dure et son volume diminue. On observe plus rarement la perforation spontanée de l'hématocèle et l'évacuation de son contenu devenu purulent. Heureusement la perforation dans le péritoine, avec ses graves conséquences, est ici encore le mode de terminaison le plus rare. La perforation dans la vessie n'est pas non plus fréquente ; plus souvent elle a lieu dans le vagin, et encore plus fréquemment dans le rectum. La perforation dans cette dernière direction a ordinairement une terminaison favorable, bien que la malade soit exposée aux dangers de la décomposition putride du contenu de la poche, et de la fièvre d'infection, aiguë ou chronique, qui en est la conséquence.

Le traitement, au début, ne diffère pas essentiellement de celui que nous avons indiqué, à propos de la périmérite. Dans la suite on devra rester autant que possible dans l'expectation, et rejeter toute intervention chirurgicale sans indication particulière. Ainsi l'indication opératoire peut être fournie par le volume considérable de la tumeur et par des phénomènes très graves de compression de la vessie et du rectum. Dans ces cas, le chirurgien peut se trouver dans la nécessité d'évacuer par la ponction le contenu liquide de la tumeur.