

cation thérapeutique définie (Jaccoud) : on doit se guider sur l'état général de l'organisme, sur les troubles fonctionnels, etc.

Aussi le traitement ne peut-il être indiqué que dans l'étude spéciale de chacune de ces phlegmasies.

Les *inflammations chirurgicales* ou *externes* présentent certaines indications générales : — 1° On doit rechercher si l'inflammation n'est pas entretenue par une cause locale (corps étrangers, calculs, cils, etc.), qu'il faut se hâter de faire disparaître.

2° En outre, on peut combattre l'inflammation par des moyens locaux : — a) par les *émissions sanguines*, comprenant l'application de sangsues, de ventouses scarifiées, de petites piqûres faites avec la pointe d'une lancette; la saignée est plus rarement employée. On se rappellera que certaines inflammations à tendance gangreneuse, survenues chez des sujets débilités, ne doivent pas être traitées par les émissions sanguines.

b) Par l'*élévation des parties enflammées* : cette position, favorable à la circulation des régions malades, diminue leur état congestif et exerce une heureuse influence sur tous les symptômes.

c) Les *débridements* sont les moyens les plus actifs : en permettant aux parties enflammées de se gonfler sans obstacle, ils préviennent leur étranglement et dissipent la douleur.

d) Les *moyens pharmaceutiques* sont également d'un grand secours. Les plus usuels sont les bains faiblement antiseptiques, les émoullients sous forme demi-solide (cataplasmes de fécule de pomme de terre, de farine de lin, etc.), ou liquide (fomentations, injections); ils sont surtout convenables au début, mais leur emploi prolongé favorise la stagnation des liquides.

Les *pommades mercurielles et belladonnées*, au salicylate de méthyle et au gâiacol, sont susceptibles également d'exercer une influence favorable.

Les *topiques répercussifs* ont pour but de diminuer l'afflux sanguin en déterminant la contraction des capillaires : tels sont les réfrigérants, les styptiques, etc.

Il est souvent utile de pratiquer l'antisepsie générale (calomel à doses altérantes, quinine, etc.), l'antisepsie intestinale avec purgatifs (calomel, purgatifs salins), ou levure de bière, benzo-naphтол etc.

II. — ABCÈS (*abcedere*, écarter).

On donne le nom d'*abcès* à toute collection de pus dans une cavité de formation nouvelle. Si le pus s'est collecté dans une cavité naturelle comme la plèvre, il constitue un *épanchement purulent*.

Les abcès présentent quatre variétés principales :

A. — ABCÈS CHAUDS OU PHLEGMONEUX, succédant assez rapidement à une inflammation aiguë.

B. — ABCÈS FROIDS, à évolution lente, consécutifs à une inflammation chronique, ou même nés en dehors d'un processus inflammatoire appréciable.

C. — ABCÈS PAR CONGESTION : ces abcès, ordinairement engendrés par une lésion osseuse, se montrant plus ou moins loin de leur source (voy. *Abcès par congestion*, dans ma *Path. chirurgicale*, t. 1, p. 137).

D. — ABCÈS MÉTASTATIQUES : collections purulentes développées dans les viscères ou dans les membres, sous l'influence de l'infection purulente (voy. plus loin, *Infection purulente*).

Nous ne décrirons donc ici que les abcès chauds et les abcès froids.

A. — ABCÈS CHAUDS OU PHLEGMONEUX.

Ces abcès doivent leur nom à l'inflammation aiguë ou phlegmoneuse dont ils sont la suite immédiate.

Étiologie. — Les abcès chauds sont produits par une inflammation microbienne qui peut elle-même se développer sous deux ordres d'influences :

1° Elle est *primitive, spontanée*, c'est-à-dire survient sans causes appréciables : l'abcès est dit alors primitif ou idiopathique, mais en réalité il succède à une cause d'irritation ou à une petite plaie qu'on peut ne pas retrouver au moment de l'examen.

2° Elle est *consécutive à une autre altération* : l'abcès est alors secondaire ou consécutif.

Dans un cas comme dans l'autre, l'inflammation microbienne est singulièrement favorisée par certaines dyscrasies, comme le diabète et l'albuminurie.

= Les abcès chauds *secondaires* sont de beaucoup les plus fréquents :

Les plus communs sont ceux qui siègent dans les ganglions lymphatiques et qui sont dus à une lésion quelconque dans le territoire du réseau lymphatique correspondant au ganglion atteint, lésion ayant permis la pénétration et le transport jusqu'à lui, des agents infectieux.

Ils peuvent résulter encore :

1° De l'*inflammation d'un organe voisin* : abcès formé autour de phlébites, du canal de l'urèthre enflammé, d'un os carié ou nécrosé ;

2° D'un *traumatisme accidentel ou chirurgical* ;

3° De la *présence d'un corps étranger*, solide ou liquide, venu du dehors ou formé dans l'intérieur de nos tissus (projectiles de guerre ; calculs salivaires, urinaires ; esquilles, etc.), ou de liquides normaux sortis de leurs voies naturelles (urine, bile, sang, lait, matières stercorales, etc.)¹.

4° On appelle *abcès critiques* ceux qui se forment d'une façon spontanée dans le cours ou le déclin de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, à la suite de l'accouchement, etc.. On les considère généralement comme relevant d'une *infection secondaire*, c'est-à-dire comme étant sous la dépendance d'un microbe pyogène banal qui a pénétré secondairement dans un organisme malade ; ils peuvent se rattacher aussi à une embolie infectieuse venue d'une ulcération superficielle ou profonde.

Signalons encore — les cas assez rares d'abcès du foie, à la suite d'ulcérations typhoïdes, signalés par Leudet, Buckling, Delaire et Feltz ; — les abcès périnéphrétiques se développant

1. Ces abcès sont souvent désignés d'après leur cause : abcès urinaires, stercoraux, etc.

dans le tissu cellulaire qui enveloppe les reins, indépendamment de toute lésion inflammatoire appréciable de ceux-ci. Ces abcès périnéphrétiques ont une origine éloignée et difficile à expliquer ; ils peuvent se produire, par exemple, après une opération faite sur le testicule (Chopart), sur le rectum (Konig), sur l'utérus ou ses annexes. Trousseau, Tacheud et Nieden en ont signalé après des coliques néphrétiques et des cystites, sans lésions inflammatoires du rein. Il est probable qu'il y a une série de foyers intermédiaires entre l'abcès périnéphrétique et la lésion qui en est la cause.

Enfin, Delpech a signalé chez les débilités et les surmenés des abcès soudains qui présentent une gravité exceptionnelle.

Anatomie pathologique. — Il faut étudier : 1° le contenu de l'abcès ; 2° la cavité qui le renferme ; 3° son action sur les tissus voisins ; 4° son évolution.

Le *Contenu de l'abcès* est du pus qui se présente sous divers aspects. Au début il est séreux et sanguinolent, mais il devient rapidement épais, crémeux, onctueux ; on le dit alors *louable, phlegmoneux, ou de bonne nature*, et, dans ce cas, c'est le *staphylococcus aureus* qui domine. Le staphylocoque est, du reste, l'agent dominant dans les abcès superficiels, tandis que le streptocoque domine dans les suppurations profondes. Le pus peut encore être coloré par le sang, mêlé à des globules huileux, à des grumeaux, à des débris organiques, des gaz, de l'urine, des matières stercorales, etc. : dans ces derniers cas il renferme surtout le colibacille. Le pus formé par le foie est roussâtre, celui du cerveau est jaunâtre.

La *Cavité* qui renferme le pus a une étendue et une forme très variables : tantôt, elle est irrégulière et anfractueuse ; tantôt ses parois ont un aspect lisse, tomenteux et membrani-forme, résultant du refoulement des tissus infiltrés d'*exsudats* inflammatoires. C'est ce dernier aspect que l'on désignait jadis sous le nom de *membrane pyogénique*.

Action du pus sur les tissus voisins. — 1° *Sur les séreuses* : lorsqu'un abcès se forme dans le voisinage d'une séreuse, le tissu sous-séreux s'épaissit, s'indure, la membrane elle-même

s'enflamme et des *adhérences* s'établissent entre ses deux feuillets ; c'est ainsi que des collections purulentes, intraviscérales peuvent, sans se répandre dans la *cavité séreuse*, se frayer une voie à l'extérieur ¹.

2° *Sur les os* : l'abcès voisin d'un os détermine souvent une périostite qui peut se résoudre ou se compliquer de l'ostéite ou de la nécrose de l'os sous-jacent.

3° Les *vaisseaux* et les *nerfs* supportent généralement le voisinage d'une collection purulente. Cependant on a cité des cas de gros vaisseaux, artères et veines, ulcérés par le contact d'une collection purulente (Breschet, Liston, Monod).

4° Les *muscles* sont assez réfractaires à l'action du pus : dans quelques cas pourtant leurs fibres sont atteintes de myosite et leurs tendons s'exfolient.

5° Tout abcès chaud détermine l'*infiltration séreuse* et l'*œdème du tissu cellulaire* qui l'entoure.

Symptômes et diagnostic. — La formation du pus s'annonce par l'exagération de la chaleur locale, de la tension, par des douleurs plus vives, des élancements, et par des symptômes généraux tels que la fièvre, du frisson, etc. — L'abcès formé, il survient parfois une détente locale, la douleur est remplacée par une pesanteur incommode, et la rénitence de la tumeur fait place à une mollesse et à une fluctuation caractéristiques ; en même temps apparaît, dans les régions qui s'y prêtent, un œdème collatéral.

La *fluctuation* est le signe le plus certain de l'existence d'une collection purulente ; c'est une sensation particulière, donnant l'idée du déplacement d'un liquide, qui est perçue à l'aide des deux mains ou de deux doigts : l'un presse, l'autre est soulevé. Dans certaines régions, le déplacement des parties molles peut donner bien à une fausse sensation de fluctuation ². Lorsque

1. Récamier a utilisé ces adhérences séreuses par irritation de voisinage dans son procédé pour l'ouverture des kystes hydatiques du foie.

2. C'est surtout ce que l'on observe sur le dos du pied au niveau du muscle pédieux ; pour se mettre à l'abri de cette erreur, on

l'abcès est profond, la fluctuation est vague, difficile à apprécier, et, pour la percevoir, les mains devront être placées à la plus grande distance possible l'une de l'autre.

Si l'abcès est petit ou s'il est profondément placé (vagin, pharynx), pressez son sommet avec un seul doigt, puis cessez brusquement la pression : le doigt sera repoussé par le liquide qui reprend sa place (*choc en retour*, Lisfranc).

En cas de doute, la *ponction exploratrice*, pratiquée avec un appareil aspirateur, sera très utile ¹.

Marche. — Abandonné à lui-même, l'abcès a toujours de la tendance à se porter vers l'extérieur. Est-il *superficiel*, la peau ou la muqueuse qui le recouvrent se soulèvent de plus en plus, s'amincissent (plutôt par résorption des éléments anatomiques que par distension) au point de laisser voir la coloration jaunâtre du pus, puis elles se perforent et le pus s'évacue ; mais *si l'abcès est profond*, les aponévroses, les muscles rendent difficile sa marche vers l'extérieur, le pus peut alors s'insinuer dans les interstices cellulaires du voisinage, décoller les muscles et fuser plus ou moins loin (*fusées purulentes*) en entraînant de sérieux désordres. Ces fusées se font jour là où les tissus offrent une moindre résistance ; cependant, l'action de la pesanteur entre certainement en ligne de compte dans leur production.

Quoi qu'il en soit, lorsque le pus est évacué, spontanément ou par la main du chirurgien, la *cicatrisation* peut se faire de trois manières :

cherchera la fluctuation parallèlement à la direction des fibres musculaires.

Les *kystes*, les *lipomes* peuvent donner de la fluctuation, mais ils ne sont pas précédés de symptômes inflammatoires.

1. On cite plusieurs cas d'erreurs de diagnostic commises entre des abcès et des anévrysmes : ceux-ci sont pulsatiles, animés de bruits de souffle, mais ces caractères peuvent se rencontrer sur les abcès voisins de gros troncs artériels ; de plus, un anévrysme peut déterminer l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire qui l'avoisine. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on veut porter le bistouri sur une tumeur voisine d'une artère, il faut prendre des précautions spéciales.

1° Les parois de l'abcès se rapprochent et se réunissent : c'est la réunion par première intention, qui est assez rare.

2° Elles se recouvrent de bourgeons charnus qui, après un laps de temps toujours assez long, se fusionnent et se cicatrisent.

3° Dans certains cas, soit par la persistance de la cause, soit par un obstacle au rapprochement de ses parois (abcès de l'an us, de l'aisselle), l'abcès reste *fistuleux*. Cette terminaison est surtout fréquente dans les abcès de la fosse ischio-rectale.

L'évacuation du pus n'est pas absolument indispensable à la guérison d'un abcès ; il peut arriver exceptionnellement que ses parties liquides se résorbent, et qu'il ne reste qu'une masse compacte et caséuse.

Pronostic. — Il ne se prête pas à des considérations générales, tant il varie suivant la nature, le siège et l'étendue de l'abcès.

Traitement. — *Tout abcès doit être ouvert* : on a, je pense, complètement abandonné l'usage des caustiques dans l'ouverture des abcès superficiels (leur emploi n'est conservé que pour l'ouverture des abcès viscéraux) ; les ponctions avec l'appareil aspirateur donnent rarement de bons résultats, parce que le pus se reproduit presque infailliblement (à moins qu'elles ne soient suivies de l'injection de certaines substances en solution, comme le naphthol-β, l'iodoforme, le gaïacol, etc.) ; c'est donc au bistouri qu'il convient d'avoir recours de préférence, ou encore au couteau du thermocautère, chez les diabétiques, par exemple ¹.

1. On peut diminuer ou éteindre momentanément la sensibilité de la région sur laquelle on va porter l'instrument, en la soumettant pendant quelques minutes aux pulvérisations d'éther pratiquées avec l'appareil de Richardson ; à l'action d'un mélange réfrigérant, du chlorure de méthyle porté sur un tampon de ouate et de bourre de soie (stypage de Bailly), du chloréthyle ; à l'action d'un badigeonnage de gaïacol en solution dans son poids de glycérine ; à l'action d'une injection de cocaïne, etc.

L'ouverture au bistouri se pratique soit par une ponction que l'on élargit, soit par des incisions successives, faites couche par couche ¹.

L'abcès ouvert, on lave soigneusement sa cavité avec des liquides antiseptiques (acide phénique, sublimé, eau naphtholée, etc.), puis on recouvre d'un pansement également antiseptique. Par une compression méthodique, par la position, par l'emploi de tubes à drainage ou par des contre-ouvertures, on prévient la stagnation du pus dans les anfractuosités que peut présenter le foyer purulent.

Si la cicatrice tarde à se produire, il y a lieu de craindre qu'elle ne soit entretenue par une disposition anatomique (abcès de l'aisselle, du creux ischio-rectal), ou par un corps étranger.

B. — ABCÈS FROIDS.

On donne le nom d'abcès froids à des collections purulentes qui se forment sourdement, presque sans douleur, dans le tissu cellulaire.

Ces abcès sont : — 1° les uns, *idiopathiques*, c'est-à-dire indépendants de toute autre altération (osseuse, articulaire, etc.) ; c'est à eux que s'applique notre description ;

2° Les autres, *symptomatiques*, c'est-à-dire liés à une affection des os, des articulations ; les abcès froids symptomatiques sont décrits sous le nom d'*abcès par congestion* (voy. *Pathologie chirurgicale*, t. I, p. 135).

Pathogénie. — Au lieu de se produire, comme les abcès chauds, sous l'influence de causes locales et directes, les abcès froids se rattachent à un *mauvais état général* et relèvent le plus souvent de la *tuberculose* ; on les observe chez les gens débilités par la misère, la fatigue, les privations, par une maladie antérieure, etc. Souvent, d'ailleurs, une cause locale, telle que contusion, frottements répétés, provoque leur appa-

1. Lorsque l'abcès est voisin de gros troncs vasculaires ou nerveux, il faut redoubler de précautions et inciser sur la sonde cannelée les divers tissus qui couvrent l'abcès.

rition¹. Habituellement superficiels, ils s'observent surtout dans les régions abondamment pourvues de tissu cellulograsseux.

Des abcès froids peuvent être dus au staphylocoque doré (Walther, Butoye, Roger), au staphylocoque blanc, au streptocoque (Arloing et Achalme), et au pneumocoque (Condamin).

Mais on peut dire que, la plupart du temps, les abcès froids sont liés à la tuberculose.

Anatomie pathologique. — Le pus des abcès froids est mal lié, séreux, peu riche en leucocytes, et contenant des débris de cellules et des masses granuleuses. Il ressemble à un petit-lait trouble et tient en suspension des grumeaux caséux : exposé à l'air, il s'altère promptement et exhale une odeur fétide.

Les parois de l'abcès sont régulières, lisses et tapissées par une sorte de membrane pyogénique à surface villeuse. Autour d'elle existent généralement des *gommes tuberculeuses*, indiquant la nature de l'abcès.

Symptômes. — Le début des abcès froids est souvent peu appréciable, car ils n'éveillent que peu ou point de réaction inflammatoire : c'est un engorgement, de prime abord fluctuant ou qui ne tarde pas à le devenir ; à ce niveau, la peau a conservé sa couleur et tous ses caractères.

Le nombre des abcès froids est variable. Il n'en existe souvent qu'un seul. Leurs dimensions offrent d'assez nombreuses variétés ; il en est qui atteignent le volume de la tête d'un fœtus. Ils ne sont pas douloureux, mais ils le deviennent si les microbes provoquent, en se développant, un travail inflammatoire.

Marche. — Une fois formés, ces abcès ont des destinées variables :

1. Chez les jeunes soldats faibles et non encore habitués aux exercices militaires, on voit souvent des abcès froids se développer sur le cou, les épaules, les avant-bras, c'est-à-dire dans les régions pressées par le sac, le fusil, etc.

1° Quelquefois, ils *persistent indéfiniment* sans troubler notablement la santé de l'individu qui en est atteint, et ils peuvent subir alors une transformation *kystique* ou *caséuse* ;

2° Exceptionnellement, ils *se résorbent et disparaissent*, laissant à leur place une masse indurée et des taches pigmentaires.

3° Plus souvent, ils *s'ouvrent à l'extérieur* : la peau qui les recouvre devient tendue, luisante, violacée ; elle s'amincit, se perforé, c'est une véritable ulcération ; le pus s'évacue (parfois une poussée inflammatoire accélère la perforation de la peau) et continue à couler longtemps, car le recollement des parois est moins rapide que dans les abcès chauds ; l'ulcération peut même persister indéfiniment. Il n'est point rare d'observer, trois ou quatre jours après l'ouverture du foyer, une douleur locale accompagnée de symptômes généraux, ce sont les signes d'une *inflammation des parois du foyer*.

Une complication fréquente est l'*infection putride* ou *septicémie*, véritable intoxication produite par la décomposition du pus au contact des microbes provenant de l'air.

Enfin dans quelques cas, le malade est emporté par une *tuberculose aiguë*.

Diagnostic. — Un abcès froid est une tumeur molle, fluctuante, circonscrite, indolente, recouverte d'une peau amincie et violacée ; l'absence de phénomènes inflammatoires le distingue d'un abcès chaud.

L'*examen du squelette* indique si l'abcès froid est idiopathique ou symptomatique.

L'abcès froid peut être confondu avec certaines tumeurs, tels que les lipomes, les myxomes et les kystes. La ponction exploratrice avec un appareil aspirateur peut être alors d'un grand secours.

Traitement. — Les abcès froids réclament d'abord une médication interne capable de modifier l'état de l'organisme qui les a engendrés et de lui donner une résistance qui lui permette de suffire aux frais d'une suppuration longue et abondante.

Le *traitement général* consiste dans l'emploi des toniques

(huile de foie de morue, créosotée ou non ; vin de quinquina, iode, préparations ferrugineuses, arsenic, bains sulfureux ou salins, etc.).

Le *traitement local* consiste en procédés divers, dont la valeur est difficile à apprécier d'une façon générale.

On a cherché, par la *compression* et les *vésicatoires volants répétés* (Velpeau), à obtenir la résolution des abcès froids ; ces tentatives, habituellement infructueuses, sont aujourd'hui abandonnées.

Il est préférable d'ouvrir l'abcès dès qu'il est reconnu. Cette ouverture peut être pratiquée : soit exceptionnellement avec les *caustiques* (pâte de Vienne et chlorure de zinc) ; soit avec les *trocarts capillaires* (ponctions sous-cutanées, ponctions avec les appareils aspirateurs) ; soit enfin avec le *bistouri*. L'ouverture peut être étroite ou large. Dans certains cas, il y a lieu de traverser l'abcès avec un séton, avec un tube à drainage. — Souvent on a cherché à modifier la vitalité de ses parois par des *injections iodées* ou des injections d'*ether iodoformé*. On peut employer, dans le même but, la solution alcoolique de naphtol- β , préconisée par Bouchard dans le traitement local de certaines pleurésies purulentes (naphtol- β 5 gr. ; alcool à 90°, 33 gr. ; eau q. s. pour compléter 100 centimètres cubes) : le naphtol introduit à l'état de dissolution, se précipite au contact de l'eau des tissus et persiste un certain temps, à l'état solide, dans la cavité de l'abcès, et au sein de ses parois, en sollicitant la production de tissu fibreux. — On peut encore, avec avantage, lorsqu'il s'agit de petits abcès, retirer le pus avec une seringue analogue à celle de Pravaz mais à aiguille un peu plus forte, et injecter à la place une, quelques gouttes d'une solution de gâïacol cristallisé synthétique dans un poids égal de glycérine. — On emploie aussi la cautérisation au thermocautère. — Dans d'autres cas, on a dû recourir à l'*excision* d'une peau amincie et violacée, dont le peu de vitalité était un obstacle à la cicatrisation. — Le plus souvent aujourd'hui on a recours au *gratage* des parois ; cette opération suivie d'applications antiseptiques (particulièrement l'iodoforme) donne de bons résultats.

III. — FIÈVRE. — PYREXIE ($\pi\rho\rho$, feu).

La fièvre est un état pathologique dont les symptômes constants sont une augmentation de la température organique, et dont les symptômes plus variables sont des désordres dans la circulation, la nutrition et l'innervation.

Pathogénie. — La fièvre se produit :

1° A la suite de certains *troubles de l'innervation* provoqués — soit par l'émotion (terreur), la douleur (fièvre algique, fièvre hépatalgique), l'agitation cérébrale (aliénés), — soit par l'action hyperthermisante d'une substance toxique (fièvre réactionnelle de Roger), — soit par des traumatismes portant sur divers points des centres nerveux (lésion de la moëlle cervicale), ou par un état d'irritation du système nerveux utérin chez les hystériques ;

2° Dans certains *empoisonnements* par la vératrine, la strychnine, la caféine, le curare, etc. ; ou par des viandes gâtées ;

3° Dans certaines *auto-intoxications* (fièvre de surmenage, fièvres des goutteux, des chlorotiques, etc.) ;

4° Dans les *intoxications microbiennes* et particulièrement celles de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, du typhus, des fièvres palustres, de la dysenterie, du charbon, de la morve, de l'infection purulente, de la septicémie, etc.

Les *Théories pathologiques de la fièvre* (qui ne sont que des hypothèses) sont au nombre de deux ou trois principales :

1° La *théorie nerveuse*, d'après laquelle la cause de la fièvre, agissant sur le grand sympathique, déterminerait — d'abord l'excitation des nerfs vasomoteurs et par suite le resserrement des vaisseaux, ce qui produirait le frisson, — puis la paralysie de ces mêmes nerfs vasomoteurs (ou mieux une excitation des nerfs dilatateurs) et par suite la dilatation des vaisseaux, une activité plus grande des combustions organiques en rapport avec l'afflux plus considérable du sang, et, comme conséquence, l'augmentation de chaleur.

2° La *théorie humorale* qui suppose que l'agent fébrile agit d'une

1. Voir au chapitre de *Physiologie pathologique générale*, p. 232.