espérer d'en déterminer la résolution, afin de prévenir les fusées purulentes autant qu'il est possible de le faire, car elles ont l'avantage d'ouvrir une large issue au pus et aux lambeaux de tissu cellulaire.

M. le professeur Velpeau emploie avec beaucoup de succès la compression dans les phlegmons diffus; il la fait modérée, mais permanente. Elle détermine rapidement le dégorgement des tissus: aussi le bandage doit-il être réappliqué plusieurs fois en vingt-quatre heures. Cependant il ne faut pas employer ce moyen lorsque le phlegmon est assez avancé pour que l'on ne puisse compter sur la résolution, car il ne pourra faire rétrograder le mal; cependant si l'on avait l'espoir d'amener la résolution d'une partie du phlegmon, il ne faudrait pas hésiter à la mettre en pratique, car partout où la suppuration ne sera pas encore établie, on pourra conserver l'espoir de voir la maladie avorter.

Le vésicatoire est presque entièrement abandonné, car il est très douloureux, ne fait pas toujours avorter la maladie et prédispose à la gangrène des téguments. Si cependant on voulait se servir de ce moyen, les vésicatoires qu'il faudrait préférer sont ceux dont M. Velpeau a conseillé l'usage : ce sont de larges vésicatoires qui recouvrent la partie malade tout entière, et dont on ne doit pas entretenir la suppuration.

Lorsque l'on n'aura pu prévenir la suppuration, on pratiquera de larges incisions pour ouvrir au pus un libre accès, faire partout où la peau est saine et décollée une légère compression, afin de chasser le pus et de faciliter le recollement des téguments; si, malgré ces précautions, le pus sortait mal, des *contre-ouvertures* seraient indispensables.

Le traitement général devra aussi fixer l'attention du chirurgien. Au début, la diète et des boissons laxatives; mais dans la période de suppuration, il ne tiendra pas un régime trop débilitant, car il ne faut pas oublier qu'il doit fournir à une longue suppuration et à un travail de cicatrisation difficile. D'un autre côté, on fera attention à la diarrhée si fréquente dans la même période de cette maladie, et tout en prescrivant des aliments d'une digestion facile, on s'attachera à combattre cette complication par des moyens appropriés.

---



# CHAPITRE II.

## Abcès.

On donne le nom d'*abcès* à un épanchement de pus dans une cavité contre nature.

Lorsque l'abcès succède à une inflammation aiguë, on lui donne le nom d'*abcès phlegmoneux* ou d'*abcès chaud*; s'il succède à une inflammation chronique, ou s'il s'est développé sans travail inflammatoire manifeste, on l'appelle *abcès froid* ou *symptomatique*; si l'abcès est formé par une lésion des os, et que son siége soit loin de l'organe primitivement lésé, on lui donne le nom d'*abcès par congestion*; enfin, les *abcès métastatiques* sont ceux qui se développent dans les organes à la suite de l'infection purulente.

Nous ne décrirons ici que les *abcès phlegmoneux* et les *abcès froids*; nous ne parlerons dans les abcès par congestion que de l'abcès lui-même, sans nous occuper des lésions qui en sont le point de départ. Quant aux abcès métastatiques, il n'en sera pas question, leur description sortant tout à fait du cadre que je me suis tracé.

### § 1. — Abcès chauds.

La description des abcès phlegmoneux devrait nécessairement arriver après le phlegmon, car ce ne sont que des phlegmons arrivés à leur période de suppuration. Nous avons vu que lorsque le phlegmon commençait à suppurer, on trouvait dans les mailles du tissu cellulaire de petites masses purulentes; peu à peu les brides celluleuses se brisent par l'accumulation du pus et les progrès de l'inflammation; le pus se réunit au foyer: c'est à ce foyer qu'on a donné le nom d'*abcès*.

*Anatomie pathologique.* — Nous ne pouvons décrire que succinctement l'anatomie pathologique des abcès; une description complète nous entraînerait trop loin. D'ailleurs, les théories de la formation du pus ne pourraient pas trouver place dans ce manuel; nous nous contenterons de signaler les faits les plus importants.

Le pus est d'un jaune verdâtre, épais, crémeux; c'est ce pus qu'on appelle *pus phlegmoneux*, *pus de bonne nature*; il diffère essentiellement du pus des abcès froids dont nous allons parler tout à l'heure.

La cavité du foyer purulent est tapissée, à moins que la marche de la maladie n'eût été très rapide, d'une membrane de nouvelle formation, qui le circonscrit parfaitement ; cette membrane a reçu le nom de *membrane pyogénique*. C'est elle, en effet, qui sécrète le pus ; elle présente une surface interne en contact avec la matière purulente, couverte de bourgeons charnus tout à fait semblables à ceux qu'on trouve à la surface des plaies qui marchent vers la cicatrisation. Cette membrane semble formée par le refoulement du tissu cellulaire de la région, se prolonge autour des nerfs et des vaisseaux qui traversent le foyer, et les protége contre l'action du pus : aussi est-il rare que ces organes soient altérés. Il faut bien se garder, lorsqu'on ouvre un abcès, de détruire ces prolongements vasculaires et nerveux qui vont nourrir la peau qui forme une des parois du foyer. Les abcès, en s'agrandissant, ont toujours de la tendance à se porter vers l'extérieur ; mais il ne faut pas croire que le pus se fasse constamment jour vers les téguments, il gagne aussi en profondeur ; et s'il a plus de tendance à s'ouvrir sur la peau et sur les téguments, c'est parce que vers ceux-ci il trouve une résistance moins grande.

La peau ou la membrane muqueuse à travers laquelle le pus doit trouver jour s'amincit plutôt par une absorption des couches qui la composent que par la distension que lui fait éprouver l'accumulation du pus ; le foyer devient plus saillant à l'extérieur, et la peau est bientôt tellement mince qu'elle est tout à fait transparente et qu'on aperçoit très facilement le pus à travers.

*Action des abcès sur les parties qui les environnent.* — Lorsqu'un abcès marche lentement, les parties qui l'avoisinent, et surtout les membranes fibreuses, résistent à son action ; mais lorsque sa marche est rapide, celles-ci ne tardent pas à être détruites par les progrès du mal. C'est ainsi que l'on voit des abcès froids rester pendant longtemps renfermés dans un foyer sans qu'on puisse voir le pus fuser au loin, tandis que les abcès à marche très aiguë décollent très rapidement les aponévroses, le périoste lui-même, et causent des accidents que l'on prévient facilement en donnant une large issue à la suppuration.

L'action des abcès sur les membranes séreuses est importante à étudier. Lorsque la maladie marche lentement, le tissu cellulaire sous-séreux s'épaissit, devient dur, résistant, et apporte une digue que le foyer ne peut franchir. Si elle marche rapidement, au contraire, la séreuse pariétale s'enflamme, contracte avec le feuillet viscéral des adhérences qui oblitèrent sa cavité ; de cette manière le pus, dans le cas où le foyer s'ouvrirait à l'intérieur, ne peut pénétrer dans la cavité séreuse. C'est ainsi que des abcès des parois thoraciques se sont ouverts dans les bronches, etc. ; mais la terminaison n'est pas toujours aussi favorable, car tout le monde sait que le fils de J.-L. Petit est mort d'un abcès de l'aisselle qui s'était ouvert dans les plèvres. Dans ces cas, si un épanchement se développe dans la cavité de la séreuse, les deux feuillets ne peuvent plus contracter d'adhérence, et le pus fuse dans la cavité : aussi faut-il ouvrir de bonne heure les foyers purulents qui se développent dans les parois du thorax et de l'abdomen, crainte d'avoir à déplorer un accident qui entraîne presque toujours la perte du malade.



L'action du pus sur les os peut, dans certaines circonstances, déterminer leur mortification ; mais c'est dans les cas où le périoste serait décollé que cette complication serait à redouter. Les vaisseaux qui traversent les foyers purulents ne paraissent pas éprouver d'altération par le contact du pus ; cependant Breschet a signalé un cas dans lequel une artère en contact avec le pus avait été ramollie.

Le pus qui sort d'un abcès et qui est en contact avec les téguments détermine toujours une rougeur érysipélateuse qu'il faut prévenir par des soins de propreté ; car celle-ci peut être le point de départ d'un érysipèle, complication toujours fâcheuse des plaies, et en irritant les bords de la solution de continuité, cette inflammation peut retarder la cicatrisation.

*Diagnostic.* — Le diagnostic des abcès est d'une grande importance ; car cette maladie est très fréquente, et des erreurs pourraient être fort préjudiciables au malade.

La *fluctuation* est le signe à l'aide duquel on peut toujours reconnaître un abcès ; très facile à percevoir lorsque les abcès sont superficiels, dans les abcès profonds elle présente au contraire de grandes difficultés. Nous allons exposer les moyens de la sentir, et nous signalerons les causes d'erreurs contre lesquelles le chirurgien devra se mettre en garde.

Lorsqu'un foyer purulent est très étendu, que ses parois sont minces, il est facile, en appliquant une des mains sur une des parois du foyer, en donnant de l'autre main un coup un peu sec, de sentir un *flot de liquide ;* mais rarement les abcès sont assez étendus pour qu'il soit possible d'user de ce moyen ; il faut employer un procédé à peu près analogue, mais beaucoup plus minutieux.

On applique une main sur un des côtés de la tumeur, tandis que de l'autre main, appliquée sur l'autre côté, on dirige le liquide vers la première ; les doigts éprouvent alors un soulèvement

graduel dû à la pression du liquide sur la paroi interne du foyer. C'est à cette sensation qu'on a donné le nom de *fluctuation*. Avec un peu d'habitude, ce signe est facile à percevoir ; mais il faut se mettre en garde contre une sensation analogue qui pourrait être causée par le déplacement des parties molles : c'est ainsi qu'il faut presser alternativement des deux côtés ; qu'il faut, lorsque l'on veut diagnostiquer un abcès situé dans l'épaisseur d'un membre, chercher, ainsi que le conseille M. Nélaton, la fluctuation parallèlement à l'axe du membre, afin de ne pas être trompé par le déplacement des masses musculaires ; qu'il faut placer les deux mains à la plus grande distance possible, afin de déplacer une plus grande quantité de liquide et de reconnaître autant que possible l'étendue du foyer. Lorsque la fluctuation a fait reconnaître la présence d'un liquide dans la tumeur, on cherchera, à l'aide des signes commémoratifs, sur lesquels nous allons revenir tout à l'heure, s'il n'y aurait pas lieu de soupçonner une autre affection ; car des kystes, des lipomes peuvent souvent donner la sensation de la fluctuation.

Lorsque les abcès présentent un trop petit volume pour qu'il soit possible de placer même un doigt sur un des côtés de la tumeur et un doigt sur l'autre, on exercera sur le sommet une légère pression, de manière à appliquer la partie antérieure sur la partie profonde : le doigt se trouve alors repoussé par le liquide, qui tend à reprendre sa place ; le chirurgien éprouve une sensation qui lui fait reconnaître la présence du pus. C'est cette sensation qui a été désignée par Lisfranc sous le nom de *choc en retour*. Il faudrait agir de la même manière si le foyer purulent était trop profondément situé pour qu'il fût impossible d'y porter les deux mains. C'est ainsi qu'on reconnaîtrait les abcès dans le vagin, les amygdales, etc.

Il arrive quelquefois que le foyer purulent se trouve séparé des téguments par une épaisseur très considérable de parties molles. Dans ces cas, la fluctuation est très difficile à sentir, quelquefois même impossible. Il faut alors redoubler d'attention. Si cependant on ne pouvait la percevoir, on pourrait, ou bien faire une *ponction exploratrice*, ainsi que nous l'avons vu page 339, ou bien pratiquer une *incision* qui traverserait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose d'enveloppe, au-dessous de laquelle il serait souvent facile de sentir la fluctuation : d'ailleurs cette incision, bien qu'elle ne pénètre pas jusque dans le foyer, est quelquefois suffisante pour donner plus tard passage au pus. On s'aiderait encore des signes commémoratifs ; on s'informerait de la manière dont la maladie a débuté, de sa marche : on



saura si le malade a éprouvé des frissons irréguliers ; enfin, la sensation d'élancement dans une tumeur qui s'est développée rapidement dans une partie où l'on est en droit de supposer un phlegmon mettra facilement le chirurgien sur la voie.

Une tumeur encéphaloïde peut être fluctuante, lancinante, mais elle marche lentement ; elle ne débute pas, comme les abcès, par des symptômes inflammatoires. La marche d'un anévrisme, pris si malheureusement quelquefois pour des abcès, est toute différente ; d'ailleurs, les battements isochrones aux battements du cœur pourront facilement guider le chirurgien la plupart du temps ; à la vérité, il existe des cas d'une difficulté telle qu'il est presque impossible d'arriver à un diagnostic certain ; on devra examiner le malade plusieurs fois, de différentes manières, dans un nombre de positions aussi grand que possible, et rarement on aura à déplorer une erreur.

*Causes.* — Les causes des abcès sont absolument les mêmes que celles du phlegmon : aussi je ne crois pas devoir y revenir ; je signalerai seulement une variété d'abcès qu'on remarque à la suite de certaines fièvres graves, et qui ont été désignés sous le nom d'*abcès critiques*.

*Pronostic.* — Le pronostic des abcès varie avec leur siége, plus graves lorsqu'ils sont plus profonds ou qu'ils occupent des parties plus importantes, plus graves encore lorsqu'ils sont plus étendus que lorsqu'ils le sont moins. La constitution des individus, les complications dont ils sont souvent accompagnés, doivent nécessairement apporter quelque modification dans le pronostic.

*Terminaison.* — Les abcès peuvent se terminer par absorption ou par l'évacuation de la matière purulente.

Dans le premier cas, l'abcès s'est développé ; mais bientôt, après avoir acquis son maximum de développement, il reste pendant quelque temps stationnaire ; peu à peu il diminue de volume, les parois du foyer se recollent, et la maladie disparaît complétement. Cette terminaison est assez rare ; elle est la plus favorable de toutes, parce que la résorption de ce pus, qui n'a pas été en contact avec l'extérieur, n'exerce aucune action fâcheuse sur l'économie. Le plus souvent le pus sort au dehors ; quel que soit le moyen que l'on ait mis en pratique pour lui donner issue, la cicatrisation du foyer se fait de deux manières différentes : tantôt, et c'est le cas le plus rare, cette terminaison ne se présente que quand le foyer est peu étendu ; l'abcès se vide entièrement, les deux faces de la membrane pyogénique se mettent en contact : il y a pour ainsi dire réunion par première in-

tention. Il ne faut pas en général compter sur cette terminaison : la guérison est à la vérité plus rapide, mais il pourrait arriver qu'il y eût recollement partiel des parois du foyer, qu'il y eût réunion par première intention des bords de la solution de continuité pratiquée dans le but de donner issue au pus; alors, si les parois ne se réunissaient pas *immédiatement*, il faudrait recommencer : aussi conseille-t-on de mettre entre les lèvres de la plaie une mèche de linge afin d'en empêcher la réunion.

Le second mode de cicatrisation est un peu plus long : la réunion des parois du foyer se fait de la partie profonde vers les téguments, la quantité de pus sécrété diminue, les bourgeons charnus en contact se réunissent petit à petit; de cette manière le foyer devient chaque jour moins grand et ne tarde pas à s'oblitérer complétement.

*Traitement.* — Lorsqu'un abcès s'est formé, il faut que le pus sorte au dehors; car ce n'est que très rarement que l'on pourra espérer le mode de guérison dont nous avons parlé plus haut : on doit donc ou laisser le pus se frayer lui-même une route à l'extérieur, ou lui en ouvrir une artificiellement. Examinons dans quel cas on donnera la préférence à l'une ou à l'autre de ces deux méthodes.

Les abcès superficiels peu étendus s'ouvrent facilement à l'extérieur, ne laissent, lorsque la peau n'est pas décollée, qu'une cicatrice peu difforme, et même à peine visible; on peut donc les laisser s'ouvrir seuls, sans qu'il y ait d'inconvénient pour les malades. Mais il est à remarquer qu'au moyen de l'incision on épargne aux malades plusieurs jours de souffrance, qu'on évite le décollement de la peau, et qu'on arrête les progrès du mal en empêchant le foyer de s'étendre; il faudra donc préférer, dans la plupart des cas, l'ouverture artificielle, et ne laisser les abcès s'ouvrir que lorsqu'ils sont peu étendus, qu'ils peuvent facilement se faire jour à l'extérieur, et qu'on supposera que la cicatrisation laissera peu de difformité sur une partie exposée à la vue.

Quant aux abcès profonds, on doit toujours les ouvrir. Mais ici il se présente deux cas : faut-il ne faire d'incision que lorsque l'abcès sera tout à fait *mûr?* ou bien faut-il l'ouvrir prématurément? Certes, dans une multitude de cas on doit éviter d'ouvrir un abcès trop tôt; car le pus, encore infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, se réunit beaucoup plus difficilement en foyer lorsqu'on a pratiqué une incision sur la partie enflammée, par conséquent la maladie est beaucoup plus longue à guérir. Mais on doit préférer les incisions prématurées lorsque l'abcès est profond et que l'on craint que la suppuration ne détruise au loin



le tissu cellulaire : lorsque l'abcès siége dans des points où le recollement de la peau est très difficile, au creux de l'aisselle, au périnée, par exemple; lorsque le foyer comprime un organe important, et que cette compression apporte quelques troubles dans l'exercice des fonctions; quand on craint qu'il ne se fasse jour à travers quelque organe ou dans quelque cavité; enfin, lorsqu'il est urgent de donner issue à des liquides épanchés dans le tissu cellulaire lorsque ceux-ci pourraient en déterminer la mortification.

Les abcès peuvent être ouverts, soit au moyen des incisions, soit au moyen des caustiques.

1° *Incisions.* — L'incision des abcès peut se faire avec une lancette ordinaire ou une *lancette à abcès*, instrument presque abandonné, qui ne diffère de la lancette ordinaire que par ses dimensions, qui sont plus grandes; mais le plus souvent on se sert du bistouri. Nous avons vu plus haut, page 360, comment on pratiquait les incisions : tout ce que nous en avons dit est parfaitement applicable à l'ouverture des abcès.

Nous n'allons signaler que quelques particularités importantes. Ainsi il faut explorer la tumeur avec soin afin de s'assurer s'il n'existe pas, en avant, des vaisseaux qu'il est important de ménager. On doit, autant que possible, pratiquer l'ouverture d'un abcès sur la partie de la peau la plus mince, mais toujours, afin de faciliter la sortie du pus, sur la partie la plus déclive; enfin, lorsque les abcès sont profonds et qu'on craint de blesser quelque organe important, les parties seront coupées couche par couche, afin que l'on puisse arriver sur le foyer purulent sans danger pour le malade.

Lorsqu'un abcès est ouvert, on ne doit pas passer son doigt dans l'intérieur du foyer afin de détruire les brides. Cette manœuvre est tout à fait inutile; elle sera même nuisible, car quelquefois elle sera douloureuse, pourra détruire les vaisseaux nutritifs de la peau, et par conséquent exposera à la gangrène des téguments.

Les pansements que l'on doit faire après l'ouverture des abcès sont très simples. On place entre les bords de la plaie une bandelette enduite de cérat, afin d'empêcher la réunion des lèvres de la solution de continuité par première intention. Le lendemain cette bandelette est inutile, et si l'on introduit une mèche dans un abcès ouvert, ce n'est que pour servir de guide à la suppuration.

Si le pus s'écoulait mal au dehors, on changerait la position du malade, afin de disposer l'ouverture de la plaie le plus favorable-

ment possible pour la sortie de la suppuration. Si cette précaution était insuffisante, on ferait une légère compression sur tout le foyer, afin d'empêcher la formation de clapiers ; on aurait soin, dans ce cas, de comprimer tout à fait au fond du clapier, car, sans cette précaution, la compression serait inutile, et même nuisible, car elle apporterait un obstacle à l'écoulement du pus. Si, enfin, la compression n'était pas suffisante pour chasser toute la matière purulente, on pourrait encore pousser des injections d'eau tiède ou d'un liquide émollient, afin d'entraîner le pus avec le liquide ; ou bien enfin, quand tous ces moyens auraient échoué, on pratiquerait des incisions tout à fait au fond des foyers ; ces incisions ont reçu le nom de *contre-ouvertures*.

La contre-ouverture se pratique en incisant directement sur le foyer distendu par la suppuration, ou en introduisant dans le trajet une sonde cannelée, ou simplement une sonde de femme ; l'extrémité de l'instrument étant reconnue, on incise perpendiculairement les téguments jusqu'à ce qu'on soit arrivé au foyer. On fait passer l'instrument par la ponction, et il sert de conducteur pour faire une incision convenable. On place une mèche de linge dans les lèvres des solutions de continuité, comme on le fait pour un séton.

Dans certaines régions du corps, les tissus sont disposés de telle manière que les parois du foyer ne peuvent se recoller ; il faut alors rapprocher les parties molles, en faisant une légère compression dont le but sera de mettre en contact les parois de l'abcès et de déterminer la cicatrisation.

2° *Caustiques*. On ouvre très rarement les abcès phlegmoneux par les caustiques : ce n'est que quand on a affaire à des malades pusillanimes qui craignent l'instrument tranchant qu'on doit y avoir recours ; mais outre que l'escarre qui résulte de l'application des caustiques est longue à se détacher, et que la maladie se trouve prolongée outre mesure, l'ouverture ne peut avoir lieu sans qu'il y ait perte de substance, et la guérison ne peut se faire sans une cicatrice difforme. Il faut néanmoins employer les caustiques pour ouvrir les abcès développés dans l'abdomen ; l'action de ces topiques détermine des adhérences entre les deux feuillets de la membrane séreuse. (Voy. page 298).

### § 2. — Abcès froids.

Les abcès froids sont ceux qui se sont développés lentement sans avoir été précédés d'un travail inflammatoire bien manifeste.



*Anatomie pathologique*. — Le pus des abcès froids n'est pas homogène, bien lié comme celui des abcès phlegmoneux ; il se compose d'un liquide visqueux, demi-transparent, au milieu duquel nagent des grumeaux blancs caséeux. La membrane pyogénique est bien mieux organisée que celle des abcès phlegmoneux ; elle est plus épaisse, ressemble davantage à une membrane muqueuse. Les abcès froids peuvent rester très souvent en contact avec les parties environnantes sans les altérer.

*Symptômes*. — Les abcès froids ne sont, ainsi que nous l'avons vu tout à l'heure, précédés d'aucun travail inflammatoire apparent. Quelquefois il survient un peu d'engorgement dans le tissu cellulaire ; et sans que le malade ressente la moindre douleur, la tumeur devient molle, fluctuante. Il n'est pas rare que la formation de l'abcès ne soit pas même précédée de l'engorgement préalable du tissu cellulaire. Une fois l'abcès développé, il augmente le plus souvent de dimension sans qu'il y ait de douleur. Il peut acquérir de cette manière jusqu'au volume de la tête d'un fœtus ; la peau qui le recouvre s'amincit, devient luisante, violacée, et il survient un peu d'inflammation ; la peau se perce, et le pus coule à l'extérieur. Quelquefois les bords de la solution de continuité se recollent pour s'ouvrir plus tard et donner passage à une nouvelle quantité de pus qui est rapidement sécrétée par la membrane pyogénique ; mais le plus souvent la peau s'ulcère, devient fistuleuse, donne toujours passage au pus, car le foyer purulent n'a aucune tendance à se cicatriser.

Il est un autre mode de terminaison beaucoup plus favorable : l'abcès, après avoir acquis un volume assez considérable, diminue tout à coup, et disparaît même complétement sans laisser aucune trace. Il peut même quelquefois disparaître lorsque la peau est amincie ; mais alors il existe au centre du foyer une dépression analogue à une cicatrice.

Le *pronostic* des abcès froids n'est pas grave par lui-même ; mais il ne faut pas oublier qu'ils se développent souvent chez les individus de mauvaise constitution, et que ce n'est pas l'abcès lui-même qui présente de la gravité, mais bien l'altération qui en a été la cause.

*Traitement*. — Dans le traitement des abcès froids, deux indications se présentent : 1° favoriser la résorption du foyer ; 2° faire évacuer le pus. Il est très difficile d'obtenir la disparition du foyer ; la nature agit beaucoup mieux dans ce cas que les remèdes que l'on peut employer. Quoi qu'il en soit, on pourrait essayer de guérir le malade en appliquant des vésicatoires sur la tumeur ; mais il faudrait bientôt cesser l'emploi de ce moyen si on la voyait

augmenter ; alors on songerait seulement à ouvrir une ouverture au pus.

Plusieurs moyens ont été proposés pour évacuer le pus dans les abcès froids ; nous allons les examiner successivement :

1° *Ponction.* — La ponction doit être faite avec un trocart ou avec un bistouri à lame étroite ; elle doit être très oblique, afin d'empêcher l'entrée de l'air dans la cavité du foyer. On peut la pratiquer d'après la méthode de Boyer : il enfonçait obliquement un bistouri à travers les parois de la tumeur après avoir tiré ces mêmes parois vers la partie inférieure ; et lorsque le foyer était vide, il abandonnait les téguments eux-mêmes, et ceux-ci, revenant à leur place, fermaient complétement l'ouverture faite aux parois du kyste, et empêchaient l'action de l'air d'exercer une influence funeste sur la maladie. M. Jules Guérin conseille de faire la ponction par la méthode sous-cutanée ; il se sert d'une espèce de trocart plat dont la canule est munie d'un robinet : il fait à la partie inférieure de l'abcès un pli à travers lequel il enfonce obliquement son instrument ; il retire la lame, et en exerçant de légères pressions sur la tumeur, il fait sortir le pus. Lorsque la tumeur est vide, il ferme le robinet, lâche le pli fait aux téguments, et retire doucement la canule. Par ce procédé, comme dans le précédent, l'air ne peut pénétrer dans la cavité du foyer.

Il ne faut pas croire que cette ponction soit suffisante pour guérir la maladie, on ne tarde pas au contraire à voir le foyer rempli de pus, et l'on est obligé de faire bientôt une seconde ponction. Lorsque l'abcès est assez vaste, il vaut mieux pratiquer la seconde ponction avant que celui-ci ait repris son volume primitif ; par ce moyen, on peut espérer obtenir plus facilement, sinon la guérison du malade, du moins la diminution de la capacité du kyste, et l'on pourra, lorsqu'il sera rétréci, essayer un autre moyen qui puisse conduire à la guérison radicale.

L'action de l'air sur les foyers des abcès froids cause fort souvent des accidents qu'il faut avoir soin d'éviter ; la partie malade devient douloureuse, de légers frissons se font sentir, le pus prend une odeur infecte, et ces accidents ne tardent pas, s'ils se prolongent, à conduire le malade au tombeau. Mais c'est surtout dans les abcès symptomatiques des caries osseuses que ces phénomènes se manifestent ; nous y reviendrons en parlant des abcès par congestion.

2° *Incision.* — Elle amène plus tôt que la ponction la guérison des abcès froids ; elle doit être très grande, afin que le foyer soit largement à découvert, et qu'on puisse y introduire de la charpie



ou d'autres corps étrangers qui puissent en déterminer l'inflammation. Il ne faudra pas pratiquer d'incision étroite ; car le pus se trouvant toujours sécrété en grande quantité par la membrane pyogénique, le foyer ne se rétrécira pas, l'ouverture deviendra fistuleuse, et l'on aura perdu tous les avantages des ponctions obliques. Mais, d'un autre côté, on remarquera que la guérison ne peut s'obtenir sans qu'on ait modifié la surface du foyer par des substances plus ou moins irritantes ; que, par conséquent, il pourrait y avoir du danger à provoquer une inflammation sur une surface trop étendue : aussi, lorsqu'on aura à traiter un vaste abcès froid, devra-t-on pratiquer plusieurs ponctions comme nous venons de le dire ; la seconde avant que le foyer ait repris son volume primitif, et ainsi des autres jusqu'à ce que l'étendue de l'abcès ne soit plus assez grande pour que son inflammation détermine des accidents. Si les parois du foyer étaient peu étendues, et si elles étaient le siége d'une altération notable, on pourrait en faire l'*excision*, mais cette méthode ne doit être employée que lorsque les cas sont urgents, car il en résulterait une perte de substance, et une cicatrice difforme que l'on aurait souvent beaucoup de peine à obtenir.

3° *Caustiques.* — Ce procédé est souvent mis en usage avec succès pour guérir les abcès froids, car non seulement il ouvre passage à la suppuration, mais encore il enflamme légèrement les parois du foyer et facilite la cicatrisation. On les emploie de la même manière que pour les abcès phlegmoneux de l'abdomen. Nous avons donné, page 298, la manière de les appliquer.

4° Le *séton*, dont on fait traverser la tumeur, détermine dans le foyer une inflammation favorable à sa cicatrisation.

5° Les *injections* irritantes, vineuses, aromatiques, chlorurées, iodées surtout, agissent de la même manière, c'est-à-dire en irritant la face interne du kyste ; elles peuvent être employées avec succès.

On doit, quand on veut employer des moyens propres à enflammer les parois des kystes, les surveiller attentivement, car si l'inflammation était trop intense il faudrait la combattre par des saignées locales et des émollients.

Un traitement général serait dirigé contre les causes probables de la maladie : tel serait le traitement antiscrofuleux, etc.

### § 3. — Abcès par congestion.

Il ne faut pas s'attendre à trouver ici une description complète des abcès par congestion, car nous n'exposerons pas les causes de

ces abcès, dont le point de départ existe dans les os ou dans les parties fibreuses qui les environnent; nous supposerons l'abcès formé, et nous n'examinerons que les différences qu'il présente avec les abcès froids.

Les abcès par congestion se développent constamment loin du point qui est le siége primitif de la lésion ; ils sont toujours symptomatiques : aussi sont-ils précédés d'une douleur fixe, n'augmentant point à la pression vers le point dont l'affection a été la cause de l'abcès. C'est principalement à la région lombaire, et par suite de la carie vertébrale, ou des tubercules des os, que cette affection se développe : aussi est-il quelquefois difficile de distinguer les douleurs qui précèdent l'apparition de l'abcès par congestion et celles du lumbago.

Le pus de ces abcès est séreux, mal lié comme celui des abcès froids ; le foyer est tapissé par une membrane pyogénique ; mais il existe toujours vers un des points de la circonférence du foyer une ouverture fistuleuse qui communique par un trajet plus ou moins tortueux avec les parties malades : aussi ne doit-on jamais, *à moins que la maladie des os ne guérisse*, espérer obtenir la cicatrisation du foyer sans avoir obtenu la guérison de la maladie primitive.

Le pus des abcès par congestion est, encore plus que celui des abcès froids, susceptible de contracter une odeur infecte par suite du contact de l'air.

L'abcès par congestion ne reste pas sédentaire comme un abcès froid ; il augmente, au contraire, plus ou moins rapidement de volume, de telle sorte que la peau s'amincit, et ne tarde pas à se perforer ; l'orifice devient fistuleux, l'air pénètre dans le foyer, de là des accidents qui enlèvent rapidement les malades.

Plusieurs procédés sont mis en pratique pour le traitement des abcès par congestion : les uns veulent attendre que le foyer s'ouvre de lui-même, car on épargnera pendant longtemps au malade l'incommodité de ces écoulements continuels de pus qui salissent ses vêtements et son lit.

D'autres, d'après Boyer, veulent ouvrir l'abcès de bonne heure, en faisant, comme nous l'avons dit plus haut en parlant des abcès froids, une ponction oblique. On fait cicatriser la solution de continuité en la recouvrant d'un morceau de diachylon que l'on enlève dès que la cicatrisation est complète ; on fait une autre ponction lorsque le foyer a repris son volume primitif.

Enfin, Larrey conseille de laisser le foyer se distendre ; et lorsqu'il présente à son sommet une petite phlyctène qui annonce sa rupture prochaine, il veut qu'on pénètre dans la cavité au moyen d'un carrelet rougi au feu. Après l'écoulement du pus, le contour de l'ouverture se gonfle, empêche l'entrée de l'air, et la plaie se cicatrise. La méthode de Boyer est préférable en ce qu'elle empêche au foyer de prendre une trop grande extension.



---

# CHAPITRE III.

## Panaris.

Le *panaris* est l'inflammation phlegmoneuse des doigts. Tous les doigts peuvent être affectés de cette maladie ; mais le médius, l'indicateur et le pouce sont ceux qui en sont le plus souvent le siége. Le panaris n'attaque en général qu'un seul doigt. Heister rapporte qu'un soldat a eu tous les doigts attaqués en même temps.

On distingue quatre espèces de panaris, d'après les profondeurs de l'inflammation.

La première espèce, *panaris érysipélateux*, réside sous l'épiderme ; c'est à celle-ci que le nom de *panaris* (*paronychia*) convient spécialement, car son siége existe surtout autour de l'ongle.

Le siége de la seconde espèce, désignée sous le nom de *panaris phlegmoneux*, est dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre la peau et la gaîne des tendons.

La troisième espèce consiste dans l'inflammation de la gaîne des tendons.

La quatrième espèce, enfin, est caractérisée par l'inflammation du périoste.

A l'exception de la première espèce, qui fait fort souvent le tour de l'ongle et qui, pour cette raison, a reçu le nom de *tourniole*, le panaris siége sur la face palmaire des doigts. Cependant le panaris de la seconde espèce se montre quelquefois sur la face dorsale et sur les parties latérales des doigts : c'est cette variété qui a été désignée par Ravaton sous le nom de *panaris anthracoïde*.

*Symptômes.* — Le *panaris érysipélateux* s'annonce par un léger prurit avec un peu de rougeur à la peau, un peu de douleur ; bientôt l'épiderme se trouve soulevé par la suppuration, qui ne tarde pas à se faire jour au dehors. Quelquefois, cependant, on trouve sous l'ongle une assez grande quantité de pus qui peut