

d'une manière générale; extrêmement grave. La statistique fournie par la guerre d'Amérique, et qui est la plus large, nous donne un chiffre de 3690 plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu, avec ou sans désignation de lésions viscérales, et sur ce nombre on compte 3015 morts ou environ 80 pour 100.

TRAITEMENT. — J'ajouterai peu de choses à ce que j'ai dit précédemment du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen en général et en particulier. Je ne saurais trop approuver le conseil donné par Longmore (1), qui prescrit les plus grands ménagements dans le transport des blessés atteints à l'abdomen par un coup de feu, et qui donne comme précepte général, avant même d'entreprendre ce transport, d'administrer une large dose de morphine par la méthode sous-cutanée.

Si la plaie se complique de hernie viscérale, on doit tenter la réduction immédiate, toutes les fois que le viscère est intact, et que la hernie est récente. Dans le cas contraire, la réduction ne doit pas être faite, surtout lorsqu'il s'agit de l'épiploon. On sait que pour ce qui regarde le foie, la rate, le pancréas, l'excision précédée de la ligature d'une portion plus ou moins étendue de ces viscères a été suivie plusieurs fois de guérison. Relativement aux plaies du tube gastro-intestinal, nous avons discuté les principes qui doivent guider la conduite du chirurgien, soit que la partie blessée fasse hernie à l'extérieur, soit qu'elle reste renfermée dans l'abdomen. Nous renvoyons également aux chapitres précédents relativement au traitement des diverses complications, telles que : hémorragie, péritonite, corps étrangers, épanchements divers.

## ARTICLE II

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE L'ABDOMEN

Nous diviserons cet article en deux paragraphes comprenant : 1° les lésions vitales et organiques des parois; 2° les lésions vitales et organiques des viscères abdominaux.

#### § I. — Lésions vitales et organiques des parois

##### I. MALADIES INFLAMMATOIRES

Le *furuncle* et l'*anthrax* peuvent se rencontrer à l'abdomen, comme partout ailleurs, mais ils y sont rares. Cependant je signalerai à titre de complication du furuncle des parois abdominales le fait suivant, emprunté à Schleiter (2) : Un furuncle développé dans la paroi abdominale, chez une femme de soixante-douze ans, s'ouvrit spontanément au bout

(1) Holme's *System of surgery*, t. II, p. 209.

(2) *Archives de méd.*, 1857, 2<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 370.

de quelques jours. Dans un accès de toux, la paroi du ventre se rompit au niveau du point malade et donna issue au tiers du canal intestinal, qui, à l'arrivée du chirurgien, reposait sur les cuisses de la malade. Les intestins furent réduits, après un débridement de l'ouverture abdominale que l'on réunit ensuite par la suture; la malade guérit.

L'érysipèle, au contraire, s'observe assez fréquemment, et a souvent pour point de départ la région ombilicale.

L'étude des *phlegmons* et *abcès* des parois abdominales présente un grand intérêt et mérite une description spéciale. Suivant le siège qu'ils occupent, nous les rangerons en deux classes : A. *Phlegmons de la paroi antéro-latérale*; B. *Phlegmons de la paroi postérieure*.

#### 1° Phlegmons et abcès de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Les différentes variétés de phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen ne sont bien connues que depuis un temps assez rapproché. C'est à Bernutz que revient le mérite d'avoir publié, en 1850, le premier travail sérieux sur ce sujet longtemps négligé; depuis cette époque, le chapitre du *Traité* de Nélaton, l'article de Guyon dans le *Dictionnaire encyclopédique*, les thèses de Labuze, de Vaussy, de Poisson, de Castaneda y Campos, et un mémoire adressé récemment par Heurtaux à la Société de chirurgie, permettent de compléter l'histoire des phlegmons et abcès des parois antéro-latérales de l'abdomen.

BERNUTZ, *Des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen* (*Archives gén. de méd.*, 1850, 4<sup>me</sup> série, t. XXIII, p. 129-190) et *Nouveau Dict. de méd. pratique* (Art. *Abdomen*). — LABUZE, *Des abcès développés dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen*. Thèse de Paris, 1871. — VAUSSY, *Des phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure*. Thèse de Paris, 1875. — POISSON, *Contrib. à l'étude des phlegmons de la paroi abdom. antérieure*. Thèse de Paris, 1877. — HEURTAUX, *Phlegmon sous-ombilical* (*Bullet. de la Soc. de chir.*, 1877, nouvelle série, t. III, p. 641). — CASTANEDA Y CAMPOS, *Du phlegmon de la cavité préperitonéale de Retzius ou phlegmon péri-ombilical*. Thèse de Paris, 1878.

Les phlegmons et abcès de la paroi abdominale antérieure peuvent se développer : 1° dans le tissu cellulaire sous-cutané; 2° dans les plans sous-jacents à l'aponévrose, c'est-à-dire dans les interstices musculo-aponévrotiques; 3° enfin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; de là trois variétés de phlegmon de la paroi de l'abdomen que nous désignerons sous les noms de *superficiels*, *sous-aponévrotiques*, *sous-péritonéaux*.

ÉTIOLOGIE. — a. Les *phlegmons* et *abcès superficiels* succèdent le plus souvent à des contusions, à des plaies, à des excoriations de la peau suivies de lymphangite. A la région ombilicale, en particulier, le phlegmon reconnaît souvent pour cause l'irritation produite par la rétention dans les replis de la cicatrice ombilicale de la matière sébacée qui, parfois,

constitue une sorte de concrétion analogue aux bouchons cérumeux de l'oreille; j'ai eu récemment l'occasion d'observer un fait de cette nature. Dans d'autres cas, on a signalé la présence de corps étrangers venus du dehors (débris de vêtements, poussières, terre) qui, retenus dans les replis de l'ombilic, ont irrité la peau et déterminé la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire sous-cutané.

Chassaignac (1) a noté comme cause d'abcès superficiels des parois latérales de l'abdomen l'inflammation suppurative de bourses séreuses sous-cutanées, dues à la pression et aux frottements de la ceinture d'un bandage herniaire.

b. Les *phlegmons sous-aponévrotiques* sont souvent la conséquence de contusion, de plaies, surtout lorsqu'elles sont compliquées de la présence de corps étrangers. Ils succèdent quelquefois à des contractions musculaires énergiques, à des efforts; cependant, d'après les recherches de Labuze, les ruptures musculaires observées chez des sujets bien portants, quoique s'accompagnant parfois d'énormes épanchements sanguins, ne seraient presque jamais suivies de suppuration.

Mais il est une cause assez fréquente d'abcès sous-aponévrotiques des parois abdominales, qui réside dans la dégénérescence des fibres musculaires que l'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, des fièvres éruptives, de la phthisie aiguë, et dont on doit la connaissance aux travaux de Zenker (2) et de Hayem (3). Sous l'influence de la dégénérescence granuleuse et cireuse des fibres musculaires, il se produit, à l'occasion du plus léger effort, des ruptures accompagnées de foyers hémorragiques qui s'enflamment et suppurent. On s'expliquerait ce mode de terminaison, si rare à la suite des ruptures chez des sujets sains, par l'état d'altération du sang ou par les oblitérations artérielles signalées par Hayem, en même temps que les lésions des fibres musculaires. Ces abcès profonds de la paroi abdominale consécutifs à la fièvre typhoïde se rencontrent plus particulièrement dans l'épaisseur des muscles grands droits de l'abdomen, et Labuze en rapporte dans sa thèse plusieurs observations.

c. Les causes du *phlegmon sous-péritonéal* sont très-variées. Dans un certain nombre de cas, l'inflammation du tissu cellulaire qui double la séreuse n'est que la propagation d'une phlegmasie voisine ou plus ou moins éloignée. A l'ombilic notamment l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané peut se transmettre de proche en proche jusqu'au-dessous du péritoine. Dumas (4) a cité un fait de phlegmon profond de la région ombilicale qui ne reconnaît pas d'autre origine. Un intertrigo, accompagné de vives démangeaisons, avait déterminé un phlegmon du tissu

(1) *Traité de la suppuration*, t. II, p. 355.

(2) *Ueber die Veränderungen der willkürlichen Muskeln in Typhus abdominalis*. Leipzig, 1862.

(3) *Des myosites symptomatiques* (*Archives de physiologie*, 1870).

(4) *Du phlegmon profond des parois abdominales* (*Montpellier médical*, février 1877).

cellulaire sous-cutané de l'ombilic, propagé au tissu cellulaire profond de toute la région.

Dans d'autres circonstances, un abcès venu des régions voisines, des lombes (abcès périnéphrétiques), du bassin (fosse iliaque, ligaments larges), a pu fuser dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et se montrer à la paroi abdominale antérieure. A cette catégorie se rattachent encore les abcès de la poitrine et plus particulièrement du médiastin, qui peuvent apparaître au-dessous de l'appendice xiphoïde, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la région épigastrique.

Outre ces phlegmons et abcès par propagation, qu'il importait de signaler, il existe des inflammations primitivement développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi antérieure de l'abdomen, et que l'on peut distinguer en *idiopathiques* ou *symptomatiques*.

Les premiers succèdent à des contusions, des efforts, des contractions musculaires énergiques. J'ai eu l'occasion d'observer un phlegmon profond de la région ombilicale qui reconnaît évidemment cette dernière origine. C'était chez une femme obèse, qui portait depuis longtemps une petite hernie graisseuse de l'ombilic. Cette femme, que j'opérai d'une fistule vésico-vaginale, demeura, pendant près de deux heures que dura l'opération, appuyée sur les coudes et les genoux, et pendant tout ce temps ne cessa de s'agiter, de se plaindre, de crier; dans les jours qui suivirent, une fièvre vive se déclara, la région ombilicale devint douloureuse, profondément empâtée, et bientôt il se forma un vaste phlegmon profond dont l'ouverture donna issue à une énorme quantité de pus. La peau de l'ombilic n'offrait aucune altération et on ne peut admettre que l'inflammation se soit propagée de dehors en dedans; d'ailleurs le gonflement était primitivement très-profond. On ne peut s'expliquer le développement de cet abcès qu'en supposant une sorte de froissement, de contusion du tissu cellulaire sous-péritonéal, refoulé dans l'ouverture ombilicale par les efforts, les cris de la malade pendant le cours de l'opération qui avait duré environ deux heures.

Les phlegmons et abcès sous-péritonéaux de la paroi abdominale succéderaient aussi, d'après quelques auteurs, à l'action du froid; mais l'influence de cette cause est loin d'être prouvée.

Quant aux phlegmons et abcès *symptomatiques*, ils reconnaissent pour origine, tantôt une maladie générale, tantôt une affection des organes abdominaux. La fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, ont été indiquées parmi les maladies générales dans le cours desquelles on a vu se développer des phlegmons et abcès sous-péritonéaux de la paroi abdominale; mais relativement à la première, je pense avec Vaussy que la plupart des observations se rapportent à des phlegmons des ligaments larges propagés à la paroi abdominale antérieure, et relativement aux phlegmons profonds observés dans la fièvre typhoïde, il est probable qu'il s'agissait de ces myosites dont nous avons précédemment parlé, et non d'une inflammation primitive du tissu cellulaire sous-péritonéal.

On doit encore signaler la blennorrhagie parmi les causes du phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, quoique dans les rares faits observés il s'agisse plutôt de phlegmons de la paroi postérieure ou de la fosse iliaque. La pathogénie des phlegmons blennorrhagiques est discutable, car on peut se demander si le phlegmon sous-péritonéal est le résultat d'une influence générale constituée par la blennorrhagie ou d'une simple propagation inflammatoire. Dans un mémoire *sur la péritonite et le phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique*, Faucon (1) admet que ces deux complications rares de la blennorrhagie succèdent toujours à la propagation de la phlegmasie de l'urèthre, à l'épididyme, au canal déférent, aux vésicules séminales, et de là au péritoine ou au tissu cellulaire qui le double. Il est probable que telle est, en effet, la pathogénie du phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique, et d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit, les rares observations publiées jusqu'à ce jour se rapportent plutôt à des phlegmons de la fosse lombaire ou de la fosse iliaque. Dans le fait observé par Faucon, la phlegmasie ayant débuté dans la fosse iliaque avait envahi la paroi abdominale antérieure et succédait à une épépidymite.

Mais j'ai souvenir d'avoir vu un malade atteint, dans le cours d'une blennorrhagie, d'une inflammation suppurative du tissu cellulaire sous-péritonéal, exactement limitée à la région hypogastrique, et qui ne présentait aucune autre complication inflammatoire, si ce n'est une légère cystite du col. Quoique le développement du phlegmon sous-péritonéal puisse encore dans ce cas s'expliquer par la propagation de l'inflammation de la vessie au tissu cellulaire périvésical, cependant on ne saurait se refuser à admettre une sorte d'influence générale, qu'on est bien forcé d'accepter pour expliquer certaines manifestations éloignées de la blennorrhagie.

Les phlegmons et abcès sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure sont, d'ailleurs, quelquefois consécutifs à une affection viscérale, et se développent alors par simple effet de voisinage. Ainsi l'entérite simple, l'ulcération de l'intestin sans perforation, le cancer de l'épiploon, les tumeurs de l'ovaire, les affections de l'utérus, de la vessie, ont été signalées parmi les causes du phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure. On a vu la maladie succéder à l'accumulation dans le cæcum d'une certaine quantité de mercure métallique ingéré dans un but thérapeutique (2).

Enfin, le plus souvent, les phlegmons et abcès sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure sont produits par un travail ulcératif destiné à éliminer un corps étranger contenu dans l'abdomen, comme des calculs biliaires, des vers intestinaux, des aiguilles, des fragments d'os, etc. J'ai observé un cas d'abcès sous-péritonéal très-étendu, ayant débuté à la région hypogastrique, et reconnaissant pour

(1) *Archives génér. de méd.*, octobre et novembre 1877.

(2) *Holme's System of surgery*, t. I, p. 129.

cause une perforation spontanée de la paroi antérieure de la vessie.

On peut encore rapprocher de cette variété de phlegmons sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure, ceux qui se développent en un point de cette paroi envahie par la dégénérescence cancéreuse d'un viscère et en particulier de l'estomac ou de l'intestin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — a. Nous n'avons rien à dire des *phlegmons et abcès sous-cutanés* qui ne présentent aucune particularité à noter. Il n'en est pas de même des abcès musculaires et sous-péritonéaux.

b. *Abcès sous-aponévrotiques ou intra-musculaires*. — Ces abcès se rencontrent surtout dans l'épaisseur des muscles grands droits de l'abdomen. Tantôt ils occupent un seul de ces muscles, tantôt les deux à la fois; dans la plupart des faits observés, ils siègent au tiers inférieur, circonscrits par la gaine fibreuse d'enveloppe et les intersections fibreuses des muscles droits. Nous avons vu précédemment que ces abcès résultaient de la déchirure des fibres musculaires consécutive aux altérations granuleuse et cireuse de ces fibres dans le cours des fièvres graves, altérations qu'il n'y a pas lieu de décrire ici. En outre, d'après Hayem, les vaisseaux des muscles seraient presque continuellement atteints d'endartérite, et leurs parois seraient le siège d'une infiltration granulo-graisseuse.

Le pus de ces abcès renferme des fibrilles musculaires plus ou moins altérées et contient souvent des caillots sanguins, noirâtres et ramollis. Le pus formé dans la gaine d'un des muscles droits peut passer, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer, dans la gaine du muscle de l'autre côté, à travers les fibres de la ligne blanche, surtout à la partie inférieure où ces fibres sont beaucoup moins serrées. Lorsque l'abcès occupe la partie profonde du muscle, le pus peut se frayer un passage dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et de là dans le péritoine, en raison de l'absence ou de l'extrême ténuité de la gaine des muscles droits à la partie postérieure et inférieure. Wenzel Gruber (1) a rapporté un fait de cette nature.

c. *Abcès sous-péritonéaux*. — L'anatomie pathologique de cette variété d'abcès profond des parois abdominales antérieures est loin d'être élucidée, ce qui tient d'une part à la rareté des autopsies, et d'autre part à la confusion qui règne dans les descriptions de la plupart des auteurs, lesquels réunissent sous le titre d'abcès sous-péritonéaux des lésions différentes, soit par leur origine, soit par leur siège.

Rappelons d'abord que les abcès profonds de la paroi abdominale antérieure qui résultent de la propagation du pus des régions voisines jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal doivent être écartés de notre sujet. Ces fusées purulentes qui, après avoir pris naissance dans le médiastin, dans la région lombaire, dans la fosse iliaque, dans le petit bassin, viennent envahir le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, méritent assurément d'être notées, mais consti-

(1) *Virchow's Archiv*, 1862. Bd XXIV, 1 et 2 Hft.

tuent une complication des abcès médiastins, péri-néphrétiques, iliaques, pelviens, et leur histoire appartient à celle de ces dernières affections. Il importe donc de réserver le nom d'abcès sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure aux phlegmons développés primitivement dans le tissu cellulaire qui double le péritoine de cette paroi.

Cette classe de phlegmons et abcès profonds de la paroi abdominale antérieure est peut-être moins rare qu'on ne serait tenté de le soupçonner, et il est vraisemblable que bien des faits de prétendues péritonites suppurées, ouvertes à l'ombilic, ne sont autre chose que des phlegmons sous-péritonéaux.

Ces phlegmons peuvent être *circonscrits* ou *diffus*. Quoique susceptibles de se rencontrer dans tous les points de la paroi antérieure de l'abdomen, les phlegmons et abcès sous-péritonéaux semblent offrir trois sièges de prédilection qui sont : la région hépatique, la région ombilicale et la région hypogastrique ou mieux sous-ombilicale.

J'ai peine à accepter comme vraie l'opinion exprimée par Poisson dans sa thèse, savoir que les abcès sous-péritonéaux de la région hépatique sont les plus fréquents de tous. Malgré l'absence de documents statistiques suffisants, les faits de phlegmons profonds des régions ombilicale et sous-ombilicale me paraissent constituer l'immense majorité. D'ailleurs il me serait impossible avec les observations publiées de tracer les caractères anatomiques du phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique et de dire, par exemple, quelles sont les limites du foyer purulent lorsque le phlegmon s'est terminé par un abcès. Poisson cite cependant dans sa thèse un cas où Dolbeau put faire l'autopsie d'une femme morte d'une affection étrangère et chez laquelle il avait ouvert autrefois un abcès de la région hépatique, considéré pendant la vie comme un abcès sous-péritonéal. On put s'assurer que le péritoine était libre d'adhérences, le foie intact, et retrouver dans l'épaisseur des parois les traces de l'inflammation.

La seule particularité qu'il nous soit permis de signaler au sujet des abcès de la région hépatique, c'est la couleur rougeâtre du pus notée dans quelques cas, et notamment dans deux observations de Chauffard et de Gosselin : la première rapportée dans la thèse de Poisson, la seconde publiée dans la *Clinique de la Charité* (t. II, 48<sup>me</sup> leçon).

La fréquence des abcès sous-péritonéaux des régions ombilicale et sous-ombilicale s'explique très-bien par les dispositions anatomiques des couches profondes de la paroi abdominale antérieure. En effet, tandis que dans toute la partie supérieure de cette paroi la couche du tissu cellulaire interposée entre le péritoine et le feuillet profond de l'aponévrose existe à peine et est réduite à une mince lamelle ; au-dessous de l'ombilic, ce tissu cellulaire devient de plus en plus lâche et d'autant plus abondant qu'on se rapproche du pubis.

La présence de cette couche cellulaire est en rapport avec le trajet sous-ombilical du péritoine qui, soulevé d'abord sur la ligne médiane et

sur les côtés par l'ouraque et les artères ombilicales, abandonne bientôt la paroi abdominale pour se porter sur le sommet de la vessie. A ce niveau, il existe donc entre le péritoine, doublé du fascia transversalis, et l'aponévrose profonde des muscles droits, une sorte d'espace vide dont la coupe représente un V à sommet supérieur et qui est connu sous le nom de *cavité prépéritonéale* de Retzius, espace destiné à permettre l'ampliation de la vessie et comblé dans ce but d'un tissu cellulaire lâche et lamelleux. C'est dans cette couche celluleuse prépéritonéale que peuvent se développer des phlegmons, auxquels devra être réservé le nom de *phlegmons de la cavité de Retzius* ou *péri-vésicaux*.

Quoique la cavité prépéritonéale se continue avec le tissu cellulaire des régions voisines, et surtout avec celui des fosses iliaques et du petit bassin, cependant on peut lui assigner certaines limites, qui expliquent jusqu'à un certain point la circonscription et la forme des phlegmons qui y prennent naissance.

La partie supérieure de la cavité prépéritonéale se termine par l'adhérence plus intime du péritoine avec cette partie de l'aponévrose qui porte le nom de replis de Douglas, mais cependant on peut dire qu'elle se prolonge jusqu'à l'ombilic, grâce au tissu cellulaire qui entoure l'ouraque.

Latéralement, la cavité prépéritonéale est limitée par les arcades des replis de Douglas. Au-dessus de l'ombilic l'adhérence du péritoine devient assez intime pour qu'on puisse admettre que la cavité prépéritonéale cesse d'exister ; il en est de même sur les bords des muscles droits et en dehors des artères ombilicales, où le péritoine adhère solidement à l'aponévrose par l'intermédiaire du fascia propria.

Dans une communication récente à la Société de chirurgie, Heurtaux a appelé l'attention sur une variété de phlegmon de la paroi abdominale qu'il propose de désigner sous le nom

de *phlegmon sous-ombilical* et qui siègerait dans une loge circonscrite au-dessous de l'ombilic, limitée en avant par l'aponévrose de l'abdomen, en arrière par le fascia sous-ombilical, dépendance du fascia transversalis, et sur les parties latérales par l'union intime du même fascia avec l'aponévrose d'enveloppe des muscles droits. La fig. 113 représente, d'après Heurtaux, les limites de cette loge.

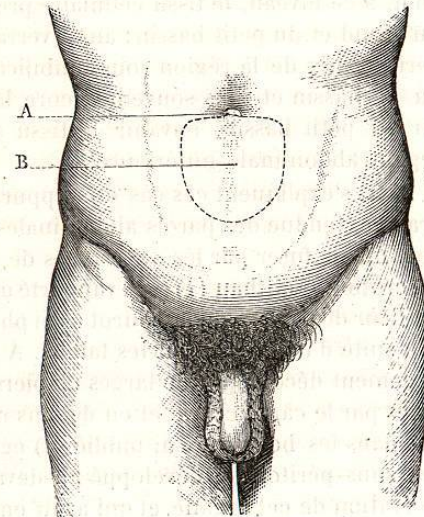


FIG. 113. -- Limites de la loge sous-ombilicale (Heurtaux).

Cette loge sous-ombilicale renferme du tissu cellulo-adipeux qui se continue avec celui de la cavité pré-péritonéale, en sorte que les inflammations peuvent se propager de l'une à l'autre; mais suivant leur point de départ elles peuvent aussi, probablement, en raison de conditions anatomiques spéciales, se localiser plus ou moins dans la loge sous-ombilicale ou dans la loge de Retzius, et constituer ainsi deux variétés distinctes de phlegmons de la région sous-ombilicale. Le phlegmon de la loge sous-ombilicale, ayant sa base à la cicatrice ombilicale, descendra plus ou moins vers la symphyse. Le phlegmon de la loge de Retzius, au contraire, aura sa base vers le pubis et se prolongera plus ou moins du côté de l'ombilic. En haut et latéralement l'adhérence intime du fascia transversalis et du péritoine avec l'aponévrose profonde de l'abdomen en dehors des muscles droits limite l'inflammation et prévient sa diffusion, mais cette barrière n'existe plus vers la partie inférieure.

Les phlegmons sous-péritonéaux des régions ombilicale et sous-ombilicale seront donc placés sur la ligne médiane, limités en haut par la cicatrice ombilicale, et latéralement par les bords externes des muscles droits. Les limites inférieures seront beaucoup moins précises; en effet, à ce niveau, le tissu cellulaire pré-péritonéal se continue avec celui du grand et du petit bassin; aussi verra-t-on parfois les phlegmons sous-péritonéaux de la région sous-ombilicale se propager à la fosse iliaque ou au bassin et plus souvent encore les phlegmons de la fosse iliaque ou du petit bassin, envahir le tissu cellulaire sous-péritonéal de la région abdominale antérieure.

Ainsi s'expliquent ces cas de suppurations diffuses qui occupent une grande étendue des parois abdominales en décollant le péritoine. Le pus peut même fuser par les ouvertures de l'abdomen et gagner la cuisse et le scrotum. Petithau (1) en a rapporté un exemple remarquable, chez un artilleur de vingt ans qui mourut d'un phlegmon sous-ombilical développé à la suite d'une chute sur les talons. A l'autopsie on trouva le péritoine largement décollé par de larges clapiers purulents; des fusées s'étaient faites par le canal crural et en dedans des piliers du canal inguinal jusque dans les bourses. J'ai publié (2) également un cas intéressant d'abcès sous-péritonéal, développé au-devant de la vessie par suite d'une ulcération de cet organe, et qui avait envahi le bassin, les fosses iliaques, les flancs, les hypochondres, et pénétré jusque dans la plèvre gauche. Le pus, suivant le tissu cellulaire qui entoure le cordon, avait glissé dans les bourses.

Le siège anatomique des phlegmons sous-péritonéaux étant ainsi nettement établi, il nous reste à indiquer certains caractères qui leur sont

(1) Archives belges de méd. militaire, 1859.

(2) Archives gén. de méd., Mai 1877.

propres. Dance (1) a attiré l'attention sur la fétidité particulière et l'odeur stercorale du pus provenant de ces abcès, quoiqu'ils ne présentent aucune communication avec l'intestin. Ce phénomène est aujourd'hui bien connu et s'observe dans un grand nombre de collections purulentes formées au voisinage des cavités muqueuses (tube digestif, organes génitaux, etc.). Dance avait également signalé dans une de ses observations la présence de gaz dans le foyer purulent, et depuis lors cette particularité a été plusieurs fois notée. Enfin le pus des abcès sous-péritonéaux des régions ombilicale et sous-ombilicale présente souvent une couleur brunâtre; il est séreux, mal lié.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les *phlegmons et abcès superficiels* de la paroi abdominale antérieure se présentent avec les caractères habituels qu'ils offrent dans toute autre région et ne méritent pas de nous arrêter.

Les *phlegmons profonds*, quelle que soit leur origine dans l'épaisseur des couches musculaires de l'abdomen ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, offrent entre eux, au point de vue symptomatologique, une telle ressemblance que la plupart des auteurs les confondent dans une description commune. Il est, en effet, le plus souvent impossible de distinguer en clinique le point de départ exact des phlegmons profonds développés dans les parties sus-ombilicales de l'abdomen et dans les régions occupées par les muscles obliques et transverse, mais à la partie inférieure de l'abdomen, dans les régions sous-ombilicale et hypogastrique, l'étude attentive des symptômes et de la marche de la maladie nous semble permettre cette distinction. Aussi, après avoir décrit d'une manière générale les symptômes communs aux phlegmons profonds de la paroi de l'abdomen, nous insisterons plus particulièrement sur les caractères propres aux phlegmons *musculaires et sous-péritonéaux* de la région sous-ombilicale.

Les phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure débutent souvent d'une manière lente et insidieuse. On a noté dans un certain nombre d'observations une sensation vague de douleur, un empâtement profond, persistant pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines sans s'accompagner de phénomènes généraux, puis ceux-ci se déclaraient tout à coup et le phlegmon passait rapidement à la suppuration, à la manière des abcès les plus aigus. Dans d'autres circonstances, le début est subit et marqué par un violent frisson, une fièvre vive, une douleur aiguë, un gonflement rapide. Mais quel que soit son mode de début, le phlegmon, une fois déclaré, se caractérise par des signes constants qu'il nous reste à étudier.

La douleur est toujours très-vive, elle s'exaspère par la pression, par la contraction des muscles abdominaux, par la toux, les efforts, les mouvements de flexion et d'extension du tronc. De là résultent des positions bizarres prises par les malades dans le but d'éviter la douleur.

(1) Archives gén. de méd., 1832, t. XXX, p. 152.

Delamotte cite le cas d'une femme qui demeurait jour et nuit dans la même situation, ayant les genoux appliqués contre le visage et les talons rejetés vers les fesses.

Cette douleur n'est pas toujours limitée au siège même de l'abcès, elle irradie souvent dans tous les sens et paraît généralisée, ce qui a contribué parfois à égarer le diagnostic. C'est seulement au moment où la suppuration s'établit que la douleur se localise.

La tuméfaction, qui varie dans sa forme et son étendue suivant le siège de la maladie, est toujours plus ou moins difficile à percevoir au début, en raison de la douleur et de la tension des parois abdominales. Elle s'accuse plus tard et se circonscrit. La peau qui recouvre la tuméfaction a conservé sa couleur, sa mobilité sur les parties profondes; on constate seulement une élévation de la température.

Des phénomènes généraux plus ou moins intenses accompagnent toujours le phlegmon profond des parois abdominales. Outre la fièvre vive que nous avons notée au début et qui persiste jusqu'à la période de suppuration, on observe souvent des nausées, des vomissements bilieux, de la constipation, des coliques, et dans quelques cas des accidents dysentériques. Castaneda rapporte un fait, observé par Guyon, et dans lequel les symptômes du début simulèrent un étranglement interne.

La *résolution* paraît être une terminaison extrêmement rare des phlegmons profonds de la paroi abdominale. Velpeau (1) en a cependant rapporté un exemple. Il en est de même de la terminaison par *induration*, dont Bernutz signale une observation.

Presque constamment ces phlegmons arrivent plus ou moins rapidement à la *suppuration*. Celle-ci s'annonce par les symptômes habituels: en même temps que les phénomènes généraux augmentent d'intensité, il survient des frissons irréguliers, la douleur devient pulsatile, la peau rougit, s'œdématie; la tumeur, qui était d'abord uniformément dure, s'empâte, se ramollit vers son centre, la fluctuation devient évidente; enfin, si le chirurgien n'intervient pas, il se produit une ou plusieurs ouvertures spontanées, qui donnent issue à une quantité de pus souvent considérable, lequel présente parfois des caractères particuliers, ainsi que nous le dirons tout à l'heure.

L'ouverture à la peau des abcès profonds de la paroi abdominale antérieure est la terminaison la plus habituelle, et qui conduit rapidement à la guérison. Cependant nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que les phlegmons dont il s'agit peuvent suivre une marche différente, devenir diffus, et s'ouvrir une voie du côté du péritoine ou des viscères abdominaux.

Les symptômes, la marche et les terminaisons de la maladie varient, suivant que le phlegmon occupe l'épaisseur des muscles ou le tissu cellulaire sous-péritonéal.

(1) *Gaz. médicale*, 1833.

1° *Phlegmon intramusculaire*. — Nous avons dit que le phlegmon intramusculaire, mal circonscrit au niveau des muscles obliques et transverse et difficile à différencier du phlegmon sous-péritonéal, présentait au contraire certains caractères spéciaux lorsqu'il occupe la gaine des muscles droits antérieurs, et plus spécialement la partie sous-ombilicale, où on le rencontre presque exclusivement.

La douleur, moins diffuse que dans le phlegmon sous-péritonéal, offre souvent aussi une intensité moindre. La tuméfaction, d'abord très-peu accusée, se prononce lentement et devient assez nettement circonscrite lorsque le pus est formé; elle est située soit sur la ligne médiane, soit d'un seul côté de cette ligne, suivant que les deux muscles droits sont envahis simultanément ou qu'un seul est atteint.

Dans le premier cas, on trouve à l'hypogastre une tumeur arrondie, de forme ovale, à grand diamètre vertical, à grosse extrémité supérieure, remontant jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic et se terminant en bas par sa petite extrémité au voisinage du pubis. Cette tumeur, par sa forme et sa consistance, donne à première vue l'idée de la vessie distendue par l'urine, et cette apparence a conduit dans bien des cas à pratiquer le cathétérisme pour s'assurer de l'état de la vessie.

Lorsqu'un seul muscle droit est atteint, la tumeur de forme ovoïde est latéralement placée, mais elle empiète souvent sur la ligne blanche qu'elle dépasse un peu.

Qu'elle soit médiane ou unilatérale, cette tumeur présente les deux caractères suivants: elle est mobile dans le sens transversal lorsque les parois abdominales sont dans le relâchement, mais ne peut être déplacée dans le sens vertical; si l'on engage le malade à faire effort, on ne sent pas de contraction musculaire au-devant d'elle.

La suppuration est la terminaison habituelle des phlegmons de la gaine des muscles grands droits. On voit, au bout d'un temps qui varie de deux à trois semaines, la peau jusque-là intacte rougir, devenir œdémateuse et, finalement, s'ouvrir si le chirurgien n'intervient pas. A ce moment le diagnostic sera éclairé par les caractères du pus, qui renferme souvent des caillots sanguins et des fibrilles musculaires plus ou moins altérées.

Les abcès de la gaine des muscles droits de l'abdomen se dirigent le plus souvent vers la peau; cependant, lorsque la maladie a débuté dans la profondeur, le pus a pu se frayer une voie du côté du tissu cellulaire sous-péritonéal et même jusque dans le péritoine. Dans ces cas, il sera difficile d'établir nettement le point de départ primitif du phlegmon, à moins que l'on n'ait assisté au début de la maladie.

2° *Phlegmon sous-péritonéal*. — La description symptomatologique générale que nous avons donnée précédemment s'applique surtout aux phlegmons du tissu cellulaire sous-péritonéal, quel que soit le siège qu'il occupe.

C'est principalement dans cette variété que le début est parfois subit,