

## ARTICLE IV

## DES ABCÈS.

DIVISION DES ABCÈS. — On désigne sous le nom d'*abcès* (*abcedere*, s'écarter) toute collection de pus dans une cavité accidentelle; l'existence d'une cavité sépare les abcès des *infiltrations purulentes*. On assigne le nom d'*épanchement de pus* au dépôt de ce liquide dans une cavité naturelle, comme le péritoine, la plèvre, etc. Ces distinctions doivent être conservées, car l'*abcès* est précédé et suivi d'un travail particulier qu'on ne rencontre point dans les épanchements de pus, par exemple.

On distingue, et avec raison, plusieurs espèces d'abcès : les *abcès chauds* sont ceux qui succèdent assez rapidement à une inflammation aiguë; les *abcès froids* se développent lentement, sans trace apparente d'une inflammation antérieure; les *abcès par congestion* sont ceux qui doivent d'ordinaire leur origine à une affection osseuse, et vont se manifester à une distance plus ou moins éloignée de leur source. Gerdy (1) proposa, en conséquence de ce dernier fait, de les appeler *abcès migrants*, mais ce mot n'a pas fait fortune. On appelle *abcès métastatiques*, des collections purulentes qui se forment spontanément, sur certains points du corps, à la suite de l'infection du sang par le pus.

Nous n'étudierons ici que les *abcès chauds* et les *abcès froids*. Les *abcès par congestion* seront décrits avec les *maladies des os*, et l'histoire des *abcès métastatiques* trouvera sa place dans l'article sur l'*infection purulente*.

§ 1<sup>er</sup>. — *Abcès chauds.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Très-communs dans le tissu cellulaire, les abcès chauds diminuent de fréquence dans différents organes ou tissus. Ainsi on les voit rarement dans l'axe cérébro-spinal, le foie, le poumon, le système musculaire et le système osseux.

On doit, dans un abcès, étudier deux choses, la *cavité* et le *contenu*.

A. *Cavité*. — Quand un abcès se développe, on voit, au milieu de l'exsudation plastique inflammatoire, un liquide jaunâtre se déposer primitivement dans les aréoles du tissu cellulaire. Cette formation purulente se limite assez promptement, et le pus se réunit dans de petites cavités qui, s'ouvrant les unes dans les autres, finissent par constituer un foyer unique. L'infiltration plastique persiste tout autour du point où le pus s'est réuni.

Mais les caractères de la lymphe infiltrée varient sur différents points. Ainsi, assez dense dans le voisinage de la cavité, elle n'est plus qu'une

(1) *Chirurgie pratique*, t. II, p. 172.

sérosité albumino-fibrineuse à une certaine distance. C'est ce liquide infiltré autour des abcès qui explique l'œdème inflammatoire, assez bon signe de la suppuration dans quelques cas.

A mesure qu'on se rapproche de la cavité de l'abcès, on voit l'infiltration plastique augmenter, et parfois, dans les collections purulentes qui durent depuis longtemps, l'intérieur de cette cavité paraît revêtu d'une membrane granuleuse, vasculaire, à laquelle on a attribué la fonction de sécréter le pus. Nous avons dit plus haut qu'Ev. Home, mais surtout Delpech, avaient insisté sur cette membrane, organe sécréteur du pus, selon ce dernier chirurgien, et nous avons établi que cette apparence membraneuse n'était visible que dans les abcès déjà anciens. C'est alors une couche fibrineuse en contact avec la cavité de l'abcès et devenue le siège d'un travail de vascularisation. Mais rappelons encore que cette prétendue *membrane pyogénique* ne se voit ni dans les infiltrations purulentes, ni dans les abcès métastatiques, ni à la surface des muqueuses qui suppurent, ni enfin dans les abcès chauds qui se cicatrisent promptement. Hypothèse ingénieuse, la signification étiologique assignée par Delpech aux membranes pyogéniques est démentie par un sérieux examen.

La cavité des abcès est souvent traversée par des brides que le chirurgien devra respecter, car elles supportent des vaisseaux et des nerfs. Dans certains cas elle est divisée en plusieurs loges communiquant par des pertuis étroits ou entièrement séparées.

B. — Le *contenu* de l'abcès a été étudié dans l'article qui précède, nous n'y reviendrons pas.

Parfois l'abcès ne reste pas *enkysté* avec les caractères que nous venons de lui assigner; le pus s'étale peu à peu, décolle le tissu cellulaire, pénètre dans les gaines musculaires ou vasculo-nerveuses. Ces *fusées purulentes* sont souvent influencées par la disposition anatomique (tissu cellulaire lâche, etc.) ou par l'action de la pesanteur. Les parties qui avoisinent les abcès subissent aussi certaines modifications qu'il est important de bien étudier.

1° Nous savons déjà que le tissu cellulaire périphérique s'infiltré de sérosité; nous ne reviendrons pas sur cette disposition.

2° Les séreuses, au voisinage d'un abcès, s'épaississent par dépôt de lymphe plastique à leur surface. Cette doublure de formation nouvelle est souvent d'une importance extrême : ainsi, un abcès de la face convexe du foie étant donné, nous voyons une lymphe plastique, exhalée entre la séreuse viscérale et son feuillet pariétal, jeter, pour ainsi dire, entre l'abcès et la paroi de l'abdomen, un pont qui sera pour le pus une voie toute tracée vers l'extérieur. Les abcès développés dans les parois thoraciques ou abdominales contribuent aussi à la formation d'un exsudat membraneux à la surface des séreuses voisines, et cet exsudat est un organe de renforcement qui s'oppose au passage du pus. Mais cet ingénieux mécanisme ne se réalise pas toujours, et l'on a vu plus d'une fois des abcès extérieurs s'ouvrir dans une des grandes cavités séreuses. Sans

rappeler l'histoire si souvent citée, et peut-être contestable, du fils de J.-L. Petit, il serait facile de trouver dans la science un nombre assez imposant de faits à l'appui de cette dernière assertion.

3° Développés autour des gros troncs vasculaires, les abcès, loin de les ramollir toujours, comme le craignaient quelques chirurgiens, en épaississent souvent au contraire les parois. P. Bérard (1) a cité quelques faits incontestables où les artères étaient restées intactes au milieu de parties enflammées et suppurées. Nélaton a tiré de ces faits, et d'autres qui lui sont propres, des préceptes importants pour la ligature des bouts artériels au sein d'une plaie qui suppure (2). Cependant il importe de faire ici quelques réserves sur l'indifférence du pus pour les grosses artères qui traversent les abcès. Il serait possible de recueillir quelques faits où l'on a vu les parois des troncs artériels ou veineux perforées par des collections purulentes voisines. La figure 8, empruntée à Liston (3), représente un de ces cas. L'artère carotide primitive *a*, coupée pour la facilité de la préparation, en deux lambeaux *f, f*, communique par une ouverture *b* avec un abcès *cc* qui s'ouvre en *e* à l'extérieur. Le cordon *f'* est le nerf vague.

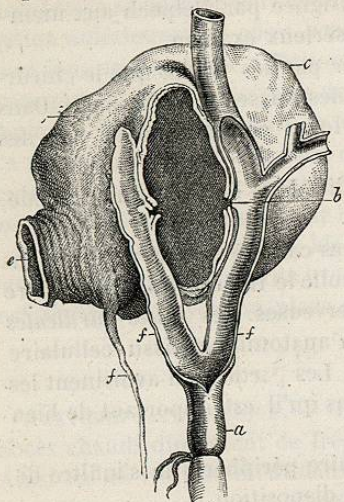


FIG. 8. — Ouverture de l'artère carotide dans un abcès (Liston).

Voici, en peu de mots, la relation de ce fait important sur lequel la critique s'est exercée en Angleterre, mais que nous acceptons tel que Liston l'a publié. Un enfant de douze ans, lymphatique, éprouva, deux mois avant son entrée à l'hôpital, un gonflement au-dessous de l'oreille droite. Cette tuméfaction, qui s'étendit peu à peu du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien jusqu'à la moitié de la branche horizontale de la mâchoire en avant et jusqu'à un pouce au-dessus de la clavicule en bas, prit tous les caractères d'une collection purulente. La fluctuation n'y était pas très-distincte, on ne sentait de battements que sur le trajet de la carotide, mais point sur les côtés de la tumeur, ni dans la bouche, où elle faisait saillie. Liston pratiqua une ponction, et il sortit un jet de sang qui donna en quelques secondes quatre onces de ce liquide. Cela fait, Liston lia, avec quelques difficultés, la carotide primitive à sa partie inférieure. Des hémorragies par la ligature enlevèrent le malade vers le

(1) *Archives génér. de méd.*, 1<sup>re</sup> série, t. X.  
(2) *Gazette médicale*, 1850.  
(3) *British and Foreign Review*, n° 27, p. 155.

quinzième jour, et à l'autopsie on constata qu'une poche analogue à celle des abcès communiquait avec la carotide au niveau de sa bifurcation, et que les tuniques du vaisseau n'avaient subi ni dégénérescence, ni dilatation; enfin aucune autre lésion qu'une ouverture circulaire à bords nettement tranchés, faite comme par un emporte-pièce, ouverture complètement bouchée déjà par un caillot de lymphé plastique.

L'examen impartial de ce fait nous conduit à admettre qu'ici la perforation de l'artère a été la conséquence du développement d'un abcès.

Cette communication des artères avec les abcès donne lieu à une variété d'anévrysmes faux. C'est dans les abcès profonds du cou bridés par les aponévroses cervicales qu'on a constaté ce fatal accident. Selon Miller, cette lésion du système vasculaire ne serait pas rare chez les jeunes gens après la scarlatine; elle serait surtout à craindre si, après avoir acquis lentement et froidement un certain volume, l'abcès passait tout de suite à l'état aigu, enfin si le vaisseau était situé entre la collection purulente et la surface extérieure du corps. Nous n'avons rien observé d'analogue, et nous nous en rapportons sur ce point aux indications contenues dans quelques recueils anglais, et rappelées dans l'ouvrage de Miller (1).

Les veines, comme les artères, peuvent, dans quelques cas exceptionnels, être perforées par des abcès, et alors, si le tronc veineux est gros, il peut en résulter une hémorragie fatale.

4° Les nerfs ne subissent aucune altération par le pus des abcès; ils baignent souvent au milieu de ce liquide, mais dans certains cas, ils en sont séparés par une couche fibrineuse.

5° Les muscles sont aussi réfractaires à l'action du pus, et il n'est pas rare de voir de gros faisceaux musculaires rester intacts au milieu de ce liquide dans les abcès profonds des membres. Quand les muscles viennent à suppurer, leurs fibres subissent certaines altérations qui ont été bien étudiées par Lauth dans la thèse indiquée plus haut, et sur lesquelles nous reviendrons à l'article MYOSITE. Quelquefois les tendons ne sont pas altérés par le pus; dans d'autres cas, ils perdent leur vitalité et s'exfolient.

6° Quand un abcès se développe au voisinage d'un os, que devient celui-ci? Tous les chirurgiens sont loin d'être d'accord à cet égard. Anciennement on admettait que le pus pouvait, par son contact, dénuder les os et les nécroser. Cette opinion, attaquée déjà au commencement de ce siècle, a trouvé dans Boyer un contradicteur. « Si, dit-il, à l'ouverture d'un abcès situé sur un os, on trouve celui-ci carié ou nécrosé, c'est qu'alors la substance osseuse a été primitivement affectée, et que l'abcès, dans ce cas, a été l'effet et non la cause de l'altération de l'os (2). » Dans un mémoire inséré dans les *Archives* (3), Maslieurat-Lagémard, reproduisant des leçons cliniques de

(1) *Principles of Surgery*, third edition, p. 182.  
(2) *Maladies chirurgicales*, t. III, p. 397.  
(3) *Archives*, 2<sup>e</sup> série, 1837, t. XIII, p. 274.

J. Cloquet, a cherché à faire revivre l'opinion ancienne. Les faits qu'il cite sont loin d'être probants. Où est la vérité dans ses opinions? Le plus souvent, un abcès situé au voisinage d'un os y subit son évolution complète sans amener de dénudation osseuse; mais l'inflammation se propageant parfois au périoste, devient la cause d'altérations osseuses consécutives. C'est donc par propagation de l'inflammation au périoste que peut survenir la dénudation de l'os.

ÉTILOGIE. — La cause première des abcès chauds, c'est l'inflammation; mais cette inflammation peut être spontanée (primitive) ou provoquée (consécutives). De là différentes espèces d'abcès. Les *abcès spontanés* ou *idiopathiques*, survenus sans cause connue, sont rares; les *abcès convulsifs* ou *secondaires* sont beaucoup plus fréquents, et reconnaissent plusieurs causes. Tantôt l'abcès est consécutif à la propagation de l'inflammation, et cette inflammation peut être propagée, comme nous l'avons vu, à l'aide des capillaires dans les parties voisines du siège primitif de la phlegmasie: de là ces abcès qui se développent autour d'une plaie, au voisinage d'une articulation enflammée, etc.; ou bien, et cela dans des cas plus fréquents, l'abcès siège dans les ganglions où aboutissent les lymphatiques d'une partie malade. Ce sont là les deux espèces d'abcès dus à la propagation de l'inflammation. Tantôt les abcès peuvent être provoqués par des corps étrangers solides introduits dans les tissus ou développés à leur intérieur par des liquides qu'un chirurgien a intempestivement injectés dans le tissu cellulaire, ou par des produits de sécrétion, comme l'urine, qui se sont infiltrés dans les tissus; ou enfin par du sang qui, épanché à la suite d'une contusion, a subi un travail de décomposition purulente.

Les abcès chauds ne sont pas rares après certaines affections générales, comme la variole, la fièvre typhoïde, et après l'accouchement. Ces abcès, qu'on a appelés *critiques*, sont souvent suivis d'un rétablissement assez prompt de la santé.

SYMPTOMATOLOGIE. — La formation des abcès est annoncée par une exagération des phénomènes inflammatoires, suivie d'une détente générale et locale. Lorsque, dans une partie enflammée, on voit la douleur et la tuméfaction augmenter, les téguments rougir et la température s'élever, si, en même temps, surviennent des frissons suivis d'une chaleur fébrile, on est en droit de croire à la formation d'un abcès. L'abcès formé, les symptômes locaux diminuent le plus souvent, en même temps qu'un calme général se rétablit.

Les symptômes des abcès varient suivant que ceux-ci sont superficiels ou profonds. Les *abcès superficiels* sont caractérisés par un soulèvement convexe de la peau qui tend de plus en plus à prendre une forme acuminée. Le centre de cette tuméfaction est le plus souvent le siège d'un ramollissement marqué et d'un changement dans la coloration des téguments, qui de la couleur rouge passent au blanc jaunâtre. Cette mollesse de la tumeur augmente encore jusqu'à ce que l'abcès, arrivé à maturité, s'ouvre au dehors.

Les *abcès profonds*, c'est-à-dire ceux qui siègent au-dessous des aponévroses ou de quelques plans osseux, sous le périoste ou dans l'intérieur des cavités splanchniques, ne se traduisent pas par des signes aussi évidents. Le plus souvent, une douleur sourde et profonde, un gonflement mal circonscrit, sans changement de couleur à la peau, quelques battements, une élévation locale de la température, sont les seuls signes qui annoncent ces collections profondes de pus. Parfois, à mesure que ce liquide se produit, surviennent des douleurs d'une acuité proportionnée à la tension des tissus qui forment barrière aux liquides exsudés. Ces abcès profonds ont une grande tendance à s'étaler et à fuser, soit dans les gaines musculaires, soit entre les tissus fibreux de ces gaines. On les voit alors se montrer dans divers points plus ou moins éloignés de leur lieu d'origine. Ils perforent, dans certains cas, les aponévroses d'enveloppe des membres, et viennent se placer dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Nélaton (1) a signalé une particularité assez curieuse sur la peau qui recouvre des abcès formés déjà depuis quelque temps: c'est la présence d'un assez grand nombre de sudamina. Mais ce phénomène n'est point constant.

MARCHE DES ABCÈS. — Arrivés à leur période d'état, les abcès passent ensuite par diverses phases qu'il nous faut maintenant étudier.

1° Dans certains cas, rares à la vérité, les abcès se résorbent. La partie liquide du pus s'absorbe seule d'abord; mais les éléments globulaires, après avoir persisté pendant quelques temps, finissent par éprouver à leur tour une décomposition moléculaire, une métamorphose granulo-graisseuse qui en favorise l'absorption.

2° Le plus souvent le pus marche vers l'extérieur; s'agit-il d'abcès superficiels, le tissu cellulaire sous-cutané et le derme subissent, des parties profondes vers la superficie du corps, une absorption ulcéralive qui a pour terme l'ouverture spontanée de l'abcès. Cette destruction si singulière de la peau s'opère souvent avec une grande rapidité, et l'épiderme seul, étranger à cette absorption, reste pour servir d'opercule. Bientôt la lamelle épidermique se rompt et le pus s'écoule à l'extérieur.

Le travail d'absorption ulcéralive se continue souvent pendant quelque temps encore, et l'on voit l'ouverture de l'abcès s'agrandir au delà de son diamètre primitif. La paroi de la collection purulente est alors formée par une peau amincie, bleuâtre, peu vasculaire, qui ne se prête guère à la cicatrisation.

Si l'abcès est profond, sous-aponévrotique, sous-périostique, ce travail d'absorption ulcéralive rencontre d'assez grands obstacles. Les aponévroses et le périoste ne se laissent que difficilement perforer par le pus; toutefois cette perforation finit aussi par s'accomplir, et des abcès profonds deviennent ainsi superficiels; la communication des uns aux autres s'éta-

(1) *Éléments de pathologie*, t. I, p. 78.

blit par un étroit canal. Cette disposition, qui a fait donner par Velpeau à quelques-unes de ces collections purulentes le nom d'*abcès en bouton de chemise*, est très-importante à connaître pour bien diriger les moyens d'évacuation du pus. Nous reviendrons dans diverses parties de ce livre sur les changements que les aponévroses impriment à la marche des collections purulentes.

Nous avons déjà vu par quel mécanisme les cavités séreuses échappent le plus souvent à l'ouverture des abcès dans leur intérieur. Quant aux cavités muqueuses, le pus qui les avoisine y trouve un accès plus facile.

C'est donc le plus souvent vers la peau, parfois vers les muqueuses, que le pus a de la tendance à se diriger. Existe-t-il quelque raison anatomique de ce phénomène? Les auteurs du *Compendium de chirurgie* invoquent à cet effet l'impulsion intérieure incessante qui résulte du jeu des organes, des contractions musculaires et des battements artériels, une pulsation qui repousse tout corps étranger engagé dans l'épaisseur de nos organes à la surface (1). De toutes ces causes, une seule nous paraît s'appuyer sur des raisons expérimentales. Il s'agit des *battements artériels*. D'ingénieuses expériences dues à un médecin distingué, le docteur Piégu, établissent que toutes les parties du corps sont soumises à un mouvement d'expansion remarquable et facile à constater. Pour prendre un exemple, il faut citer le mouvement d'expansion centrifuge qui se fait dans les membres à chaque battement artériel. Ce battement peut être démontré à l'aide d'un appareil très-simple que le docteur Piégu a fait voir naguère à la Société de biologie. Cela admis, nous sommes disposé à croire que cette seule cause est suffisante pour expliquer la tendance des abcès à marcher des parties profondes vers les régions superficielles.

L'abcès ouvert, le pus s'écoule à l'extérieur, et si la collection purulente est d'un très-petit volume, le recollement de ses parois peut se faire presque par réunion immédiate; mais cet heureux résultat n'est que rarement obtenu. Le plus souvent l'abcès continue à verser du pus pendant quelques jours, en même temps qu'il se produit à son intérieur des bourgeons charnus destinés à en oblitérer la cavité.

Ces granulations, dont Hunter a étudié avec soin le développement, se forment aux dépens de la couche de lymphes plastique qui double la cavité des abcès. Elles ont un aspect qui varie suivant la nature de l'inflammation: rouges et érectiles dans les abcès qui succèdent à une inflammation franche, elles deviennent flasques, œdémateuses et violacées dans les inflammations de mauvaise nature.

Thomson décrit avec soin à l'intérieur de ces granulations des grappes de vaisseaux, d'abord bien distincts, mais qui peu à peu s'anastomosent et perdent la netteté de leurs formes. Lebert a aussi minutieusement étudié la constitution de ces bourgeons charnus, et de toutes ces observations

(1) *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 190.

il résulte qu'ils sont formés: 1° d'une substance granulo-fibrineuse analogue à la lymphe plastique, et qui contient dans son intérieur des globules de pus à divers degrés de développement, 2° d'anses vasculaires bien distinctes. Nous avons représenté ci-contre la structure d'un de ses bourgeons charnus. On pourra très-facilement reproduire la préparation que nous avons figurée en soumettant à l'action de l'acide acétique une très-mince tranche de ces bourgeons charnus excisés par de petits ciseaux courbes.

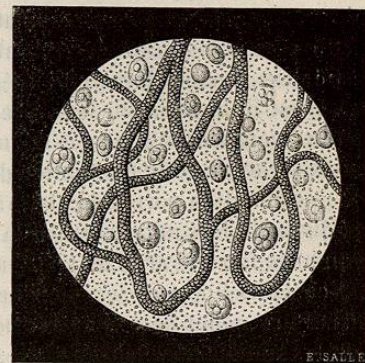


FIG. 9. — Structure des bourgeons charnus.

A mesure que se développent les bourgeons charnus, ils se rapprochent, adhèrent les uns aux autres, et finissent par combler peu à peu la cavité de l'abcès. Leur rétractilité considérable contribue encore à amener cette occlusion. C'est donc par réunion secondaire que l'abcès se cicatrise. Enfin quelques bourgeons charnus se montrent à travers l'orifice plus ou moins grand de l'abcès, et se recouvrent peu à peu d'une pellicule cicatricielle, seule trace de la collection purulente.

A cette dernière période de l'occlusion de l'abcès, il n'est pas rare de voir la nature du liquide sécrété changer, et, au lieu de pus, il s'écoule une sérosité citrine, indice d'une guérison très-prochaine.

Dans des cas moins heureux que les précédents, la cicatrisation de l'abcès ne s'effectue point, et celui-ci se transforme en *fistule*.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des abcès peut s'établir par la connaissance raisonnée des divers symptômes qui ont marqué le développement de cette affection, mais il implique surtout la connaissance d'un signe important, la *fluctuation*. Sous ce nom on désigne l'impression qui nous est transmise par le déplacement provoqué d'un liquide contenu dans une cavité. Cette fluctuation peut être obtenue de deux façons différentes, soit par un *choc brusque*, soit par une *pression alternative*.

La fluctuation par choc brusque se produit en imprimant un choc rapide sur un des points de la tumeur qu'on suppose purulente. La vibration se propage à travers ce liquide et est facilement perçue au point opposé de la tumeur sur laquelle la main est appliquée à plat. Ce procédé pour obtenir la fluctuation n'est applicable qu'aux vastes collections de pus. Il donnait des résultats très-évidents sur une malade que nous vîmes à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de Bouley, et qui portait dans le flanc gauche un dépôt purulent considérable.

La fluctuation par pressions alternatives s'obtient en déprimant légèrement d'une main l'un des points de la tumeur, pendant qu'un ou plusieurs doigts de la main opposée sont passivement appliqués sur un autre point. Ces

derniers doigts sont alors soulevés à mesure qu'agit le doigt qui déprime. Ces dépressions et ces soulèvements peuvent être alternativement obtenus, d'une main à l'autre. Ce signe exige toute l'attention du chirurgien. Ainsi, les doigts trop rapprochés les uns des autres déplacent les tissus intermédiaires et donnent une fausse sensation de fluctuation. Certains tissus normaux ou pathologiques sont essentiellement fluctuants. Les muscles sont dans ce cas, surtout lorsqu'on les déprime sur un plan osseux sous-jacent. Il est un muscle sur lequel cette fluctuation est des plus évidentes et des plus trompeuses pour des débutants : c'est le muscle pédieux. Il est facile de trouver cette fluctuation dans les muscles, lorsqu'on les examine dans une direction perpendiculaire à la longueur de leurs fibres ; mais l'erreur disparaît lorsqu'on cherche la fluctuation suivant un axe parallèle à ces mêmes fibres. Parmi les tissus morbides également fluctuants, on doit citer certains lipomes, les encéphaloïdes et les fongosités articulaires.

Il faut, au point de vue de la fluctuation, établir une grande différence entre les abcès superficiels et les abcès profonds. La fluctuation est, en général, facile à percevoir dans les abcès sous-cutanés. Il y a seulement quelque difficulté lorsque les abcès sont très-petits ou répandus en nappe au-dessous des téguments. Dans le premier cas, une douleur persistante en un même point appellera l'attention sur une collection purulente ; quant aux abcès en nappe, ils ont pu être confondus avec un œdème inflammatoire du tissu cellulaire, mais la dépression lente et continue de l'œdème permet de s'assurer qu'il n'existe pas de pus.

Les abcès profonds sont d'un diagnostic extrêmement difficile. La fluctuation y est surtout fort obscure, et, pour la constater, il faut user de procédés nouveaux. Ainsi, en supposant un abcès profond d'un membre, on embrassera avec l'une des mains la partie malade, pendant qu'avec l'autre on cherchera à refouler le liquide profondément situé ; de la sorte on parvient quelquefois à bien distinguer un abcès profond de la cuisse. Si la fluctuation fait défaut, il faudra, en l'absence de toute rougeur, chercher les éléments d'un diagnostic dans la chaleur de la partie, dans une douleur sourde et profonde, et souvent dans un gonflement mal circonscrit.

Dans les cas d'abcès profonds, et malgré l'examen le plus rigoureux, le doute est souvent permis, si l'on n'a pas recours à d'autres procédés de diagnostic. Les chirurgiens ont alors proposé divers moyens pour s'assurer de l'existence d'un abcès. Dupuytren conseillait de faire sur le point qu'on supposait correspondre à l'abcès profond une *incision exploratrice* qui intéressât la peau et les tissus sous-jacents jusqu'à l'aponévrose inclusivement. S'il s'agit d'une collection purulente, elle vient, dit-on, faire saillie entre les lèvres de la plaie, on en apprécie mieux la fluctuation, et alors il est possible d'y porter sans danger le bistouri. Il ne faut point attacher une grande valeur à cette pratique, car trop souvent, après cette incision exploratrice, on voit un assez long temps s'écouler sans que le pus vienne faire une notable saillie à travers les lèvres de la plaie.

Il vaut mieux préférer à ces incisions les *ponctions exploratrices*. Ces pon-

tions peuvent être pratiquées avec un trocart ordinaire, avec le trocart fin des trousseaux ou avec un bistouri à lame étroite.

Les ponctions faites avec les trocarts ne prouvent pas toujours l'absence du pus dans le point perforé. Ainsi un caillot purulent, un pus très-épais peuvent ne pas se faire jour à travers la canule toujours étroite du trocart. Le bistouri n'a point ces inconvénients, et son emploi est plus prompt. Aussitôt arrivé dans la cavité de l'abcès, il laisse le pus s'écouler sur les côtes de sa lame, et dès que le pus se montre à l'extérieur, il est possible d'agrandir immédiatement l'ouverture. Quoiqu'il soit difficile de poser ici des règles absolues, on peut dire que, dans la majorité des cas, le bistouri doit être préféré au trocart.

Parmi les abcès profonds, il en est quelques-uns qui exigent des procédés spéciaux d'exploration. Ainsi, certaines collections de pus, comme celles qui se développent entre le pharynx et le rachis, ne peuvent être explorées qu'à l'aide d'un seul doigt ; c'est alors que Lisfranc conseillait le mode d'examen suivant : Le doigt indicateur porté sur la paroi antérieure de l'abcès la déprime brusquement, puis en cessant toute pression active, on sent ce doigt refoulé en sens inverse, s'il existe une collection liquide ; mais pour cela il faut certaines conditions de résistance qui ne se rencontrent point partout.

Certains abcès développés sous des plans osseux ou sous des organes résistants peuvent être appréciés assez facilement. Prenons pour exemples des abcès situés sous l'omoplate ou sous la mamelle. Ces parties font d'abord une saillie anormale, et si l'on vient à les déprimer, on refoule le pus à leur circonférence, où il peut être facilement reconnu ; mais en abandonnant les parties à elles-mêmes, on les voit de nouveau faire une saillie différente de celle qu'on observe sur le côté sain.

Malgré toutes les ressources du diagnostic, quelques abcès échappent et échapperont toujours à l'appréciation du chirurgien : tels sont les abcès en nappe développés dans certaines cavités splanchniques ou dans l'intérieur des organes, comme à la face interne du crâne. Le diagnostic absolu des abcès ne peut aller dans ces cas au delà de certaines probabilités ; mais le diagnostic différentiel trouvera sa place dans l'étude successive des diverses tumeurs.

PRONOSTIC. — On ne peut rien dire de bien précis sur le pronostic en général des abcès, car il varie suivant la nature, le nombre, l'étendue, le siège des abcès ; l'étude des faits particuliers nous permettra seule d'établir quelques règles. Toutefois, en tenant simplement compte de la division des abcès en superficiels et profonds ou sous-aponévrotiques, on peut dire que ces derniers sont d'une gravité incontestablement plus grande que les abcès superficiels. Le décollement des muscles, l'altération des os, le croupissement du pus, ne tardent point à amener, dans le cas d'abcès profonds des membres, des accidents qui nécessitent trop souvent l'amputation. On peut lire avec fruit un fait de ce genre rapporté par Boyer(1).

(1) *Maladies chirurgicales*, t. I, p. 61.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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