

s'écouler avec l'urine, mais leur voie d'évacuation n'est pas suffisante et toujours on se retrouve à peu de chose près dans le cas d'un anus imperforé. En pareil cas, si l'on ne peut arriver à retrouver l'extrémité du rectum par l'incision du périnée, on en sera réduit à établir un anus abdominal et à rechercher plus tard les moyens capables de rendre une voie régulière aux matières fécales par un anus périnéal.

#### ARTICLE IX. — LÉSIONS CHIRURGICALES NUTRITIVES DES PAROIS DE L'ABDOMEN.

Nous nous bornerons à mentionner les furoncles simples ou anthracoides, les phlegmons superficiels déterminés par les contusions ou par les érysipèles périombilicaux; ces affections peuvent se produire sur les parois abdominales comme dans toutes les autres régions du corps, et ne nécessitent aucune description spéciale.

##### § 1. — Phlegmons sous-aponévrotiques des parois.

Quand, par suite d'un effort violent, d'une chute ou d'une contusion des parois abdominales, les fibres du grand droit de l'abdomen sont rompues ou brisées, un épanchement de sang se fait dans la gaine du muscle. Dans les cas habituels et sur des sujets en bon état de santé, l'épanchement se résorbe et les fibres musculaires rompues se cicatrisent. Quand au contraire le blessé est dans de mauvaises conditions de santé, quand il relève de fièvres graves, quand ses fibres musculaires sont altérées (dégénérescence cireuse), l'inflammation peut survenir et une collection purulente se formera. Le plus habituellement c'est vers la partie inférieure du muscle grand droit que ces phlegmons se produisent; ils tendent d'ordinaire à se faire jour, à travers la peau, vers la ligne blanche; on en a vu cependant se porter en arrière et passer dans le tissu connectif sous-péritonéal.

La tumeur qu'ils forment est allongée, dure, douloureuse; la peau ne rougit que lorsque déjà le pus a perforé la gaine d'enveloppe des muscles.

Ces phlegmons sous-aponévrotiques doivent être traités comme tous les phlegmons. On a fait remarquer, à juste titre, combien souvent en ce cas il persiste une fistule, elle est due à la difficulté de l'accolement des parois qui sont mises en mouvement à chaque mouvement respiratoire.

##### § 2. — Phlegmons profonds des parois.

Toujours ils ont leur siège dans le tissu connectif qui existe en lame plus ou moins condensée suivant la région, entre les parois musculomembraneuses et la face externe du péritoine. On peut trouver les phlegmons sur tous les points de la paroi abdominale, mais leur siège

de prédilection est la région ombilicale et la partie connective lâche qui existe au-devant de la vessie, à laquelle on a donné bien à tort le nom de *cavité* de Retzius. Ainsi que nous le verrons en étudiant les affections de la vessie, il n'existe pas de véritable cavité à ce niveau; si dans ce tissu cellulaire lâche on fait pénétrer une injection, on distend les mailles connectives et l'on crée artificiellement une cavité, tout comme dans un phlegmon le pus fait une poche qui en réalité n'existe pas.

Ce sont les traumatismes, la présence des corps étrangers dans les parois ou dans l'intestin, les accumulations de fèces, les ulcérations intestinales avec adhérences péritonéales, l'extension d'inflammations du voisinage, l'urétrite ayant remonté jusqu'aux vésicules séminales et au tissu connectif périvésical, qui sont la plupart du temps causes de la formation de ces phlegmons. Ils se développent d'autant plus facilement que l'état général de l'individu est plus mauvais.

Les phlegmons profonds des parois abdominales peuvent évoluer d'une manière hâtive et suraiguë; d'autres fois au contraire et le plus habituellement leur évolution est lente. Lorsque le pus est formé, il peut se vider naturellement au dehors par ulcération de la paroi; il peut fuser tout autour du foyer et s'étendre au loin; il peut encore perforer le péritoine épaissi qui forme la paroi postérieure de l'abcès, et la péritonite s'ensuit fatalement. Qu'on le vide ou qu'il se vide, toujours le phlegmon profond livre issue à une quantité considérable de pus d'une odeur stercorale et souvent à des gaz fétides. On attribuait autrefois ces gaz à une osmose gazeuse venue de l'intestin; aujourd'hui au contraire, depuis que l'on a pu constater dans le pus de ces phlegmons une quantité considérable de bactéries, il est plus rationnel de penser que ces gaz sont dus à des fermentations putrides.

Quand le phlegmon est aigu, la douleur est intense; elle est à son maximum, sur une étendue plus ou moins large, et s'irradie dans tous les sens; la pression, tous les mouvements des parois l'exaspèrent; aussi le malade évite-t-il toutes les contractions de ses muscles abdominaux, il en résulte une constipation, une gêne dans la miction et dans la respiration; par réflexe, il survient des vomissements glaireux ou bilieux; la fièvre est intense comme dans tous les cas de phlegmons aigus. Pour relâcher les muscles et calmer la douleur, on voit le malade prendre des positions de flexion exagérée de tous les segments du membre inférieur, il est accroupi dans son lit, le haut du corps incliné en avant, les cuisses ramenées vers le tronc, les jambes fléchies.

Lorsque le phlegmon se développe lentement, la tumeur met quelquefois plusieurs mois pour se former; le malade se plaint d'une douleur sourde, fixe, en un point déterminé; la pression, les mouvements, les contractions des parois l'exagèrent. Suivant la région où le phlegmon se développe et comprime ou irrite les organes voisins, il se produit des désordres du côté de la vessie, de l'intestin, etc., la tumeur se mani-

ferme ensuite lentement, et enfin la période aiguë intervient avec le cortège de symptômes que nous venons de signaler plus haut. Une fois le pus formé et collecté, la fluctuation devient manifeste. Quand la poche contient, outre le pus, une grande quantité de gaz, la tumeur donne à la percussion un bruit hydroaérique qui remplace la matité, souvent même ces gaz gênent le chirurgien pour constater l'existence de la fluctuation.

Quand le phlegmon est situé dans la partie inférieure de l'hypogastre, quand il est localisé dans la région prévésicale (cavité de Retzius), le toucher vaginal ou anal peut, en cas de doute, rendre de grands services pour constater la fluctuation, le liquide occupant nécessairement la partie la plus déclive du phlegmon.

On a vu quelques phlegmons profonds se résoudre sans passer à la suppuration; on en a vu s'indurer et passer à la transformation fibreuse après résorption du sérum; ce sont là des exceptions, car dans la très grande majorité des cas, la suppuration est la règle.

Il n'est pas toujours facile de différencier un phlegmon profond aigu d'avec la péritonite; il faut ne pas oublier cependant que les accidents du phlegmon vont en augmentant et ne deviennent graves qu'au bout de quelques jours, tandis que ceux de la péritonite sont graves d'emblée, que la douleur du phlegmon est bien plus limitée, et qu'enfin, l'on percevra bientôt l'existence d'une tumeur plus ou moins nettement limitée, mais toujours reconnaissable.

L'on a commis souvent des erreurs de diagnostic entre le phlegmon à marche lente et insidieuse et les différentes tumeurs malignes ou bénignes des parois abdominales; ce n'est que par un examen attentif et répété, par l'étude des conditions du développement que, jusqu'au moment où le pus sera collecté, on pourra se faire une opinion.

**Traitement.** — Si les cas où le phlegmon profond s'est ouvert dans le péritoine sont peu fréquents, il ne faut cependant jamais les perdre de vue; aussi, dès que l'on aura constaté l'existence du pus, faudra-t-il lui donner issue sans attendre l'ouverture spontanée; comme toujours on ouvrira sur les parties déclives du foyer, on videra, on drainera et on lavera, jusqu'à la guérison, avec des liquides antiseptiques.

Au début, quand l'existence du pus n'a pas encore été constatée, quelques cas de résolution ayant été signalés, on s'adressera aux émoullients, aux émissions sanguines locales et surtout au repos le plus absolu. Pour éviter le plus possible les contractions intestinales, on provoquera les garde-robes par des lavements ou des laxatifs.

### § 3. — Phlegmons de la région lombaire (phlegmons périnéphrétiques).

Dans la région lombaire, en arrière du péritoine se trouve le rein, qui par sa formation embryologique est avec son appareil en dehors de la

cavité péritonéale. Il est intermédiaire entre les formations pariétales, dues aux lames ventrales ou dorsales de l'embryon et les formations intérieures du tube digestif et de ses annexes. Le péritoine ne fait par conséquent que glisser au-devant du rein. Ce dernier organe se trouve donc logé, d'une part en avant des parois abdominales postérieures, en arrière des portions du tube digestif: côlon, foie, à droite; grosse tubérosité de l'estomac, rate, à gauche. Il est placé au-dessous du diaphragme refoulé par le foie en haut et à droite, bien au-dessus de la douzième côte; à gauche il est situé un peu plus bas. Il est enveloppé par une zone de tissu connectif lâche, infiltré de graisse (atmosphère rénale), qui se continue latéralement et en bas avec le tissu connectif sous-péritonéal auquel fait suite, plus bas encore, la lame connective du psoas-iliaque et qui arrive ainsi jusque dans le petit bassin, et jusqu'à l'arcade crurale. Mais immédiatement en arrière de la région rénale, l'obliquité en sens contraire des fibres du grand dorsal et du grand oblique laisse place à un triangle celluleux (triangle de J.-L. Petit), où les lames aponévrotiques sont en contact, et où par suite la résistance est moindre. Les limites de ce triangle sont, je dois le rappeler, en bas la crête iliaque, en dehors le bord postérieur du grand oblique, en dedans le bord externe du grand dorsal. Si donc un phlegmon vient à se produire dans l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein et si aucune condition particulière ne vient modifier l'état normal des rapports anatomiques, c'est vers ce triangle de moindre résistance que la collection purulente tendra à faire issue. Mais dans certains cas et pour des raisons mal déterminées encore, le pus peut se frayer une voie vers la cavité péritonéale, dans le côlon, vers le thorax en haut, en longeant les attaches du diaphragme aux ligaments cintrés, en bas vers la fosse iliaque, et même dans l'uretère. On comprend aisément que dans ces cas et suivant que le phlegmon s'est frayé une ouverture vers l'un ou l'autre de ces points, le pus qu'il contient peut être mélangé de sang, d'urine, de calculs urinaires, de matières stercorales, etc., etc.

Tout traumatisme porté sur la région lombaire, qu'il soit dû à une violence extérieure ou qu'il soit déterminé par un effort subit ou fréquemment répété, qu'il soit dû à des blessures par instruments piquants ou tranchants, à des projectiles de guerre, à des corps étrangers venus du dehors ou du dedans: calculs rénaux, calculs biliaires, à des lésions directes du foie, du côlon, et surtout du rein lui-même, toujours il pourra se produire un abcès du tissu connectif périrénal, un phlegmon périnéphrétique. Toujours encore l'état général appauvri du malade sera un facteur essentiel dans l'étiologie de ces phlegmons. Ajoutons que l'on fait jouer un grand rôle au refroidissement brusque, à l'influence du froid; sans entrer ici dans de grands détails de physiologie pathologique, disons cependant que la sécrétion rénale est corollaire de la fonction sudoripare et que si cette dernière est entravée brusquement par le froid, le rein devra y suppléer; des modifications de vaso-motricité

rénale surviendront donc presque instantanément, des ruptures vasculaires, qui entraînent des lésions nutritives dans l'organe urinaire; ces lésions pourront retentir à sa périphérie et être causes déterminantes ou occasionnelles du phlegmon périnéphrétique.

Comme dans tous les phlegmons profonds de l'abdomen, l'abcès périnéphrétique peut être aigu ou à marche relativement lente, beaucoup moins lente toutefois que dans les phlegmons que nous venons d'étudier, ce qu'explique facilement la nature, la laxité du tissu connectif périrénal. Dans le premier cas, la douleur est très aiguë, très violente, elle s'irradie le long des nerfs du plexus lombaire et gagne ainsi le pli de l'aîne et la cuisse; la moindre pression l'exaspère, aussi le malade ne saurait-il supporter le décubitus latéral sur le côté atteint, non plus que le décubitus dorsal et évite-t-il tout mouvement du tronc et tout effort. Lorsque la formation du phlegmon est plus lente, la douleur moins intense est gravative, profonde et souvent intermittente; la fièvre, qui dans le cas précédent était très vive, très ardente, est dans ce dernier plus irrégulière, elle revient toujours le soir avec frissons et exacerbation des douleurs.

Lorsque le pus se collecte, lorsque le foyer du phlegmon est formé, c'est vers le point de moindre résistance quel qu'il soit, naturel ou accidentel, que le liquide tend à faire saillie, comme dans la grande majorité des cas c'est le triangle de J.-L. Petit qui offre la partie faible des parois, c'est vers la région lombaire que se fait la saillie du phlegmon. Mais la circulation en retour des parois dorso-spinales étant, même normalement, moins facile que celle des parois ventrales, et cette difficulté se trouvant augmentée par la pression exercée par le phlegmon sur les branches dorso-spinales des veines intercostales et lombaires, la peau et les couches sous-jacentes deviennent rapidement œdémateuses et se tuméfient avant même qu'il ne soit possible de percevoir la moindre fluctuation. Cet œdème s'étend souvent au loin sans limites nettes et tranchées, puis la peau devient rougeâtre et la fluctuation manifeste. Il ne faut pas oublier que dans les couches sous-cutanées de la région, en avant du triangle de J.-L. Petit, se trouve souvent accumulée une assez grande quantité de graisse, qui, par extension de l'inflammation ou par fusée du pus, peut suppurer à son tour et donner ainsi naissance à un abcès en bissac, dont les deux poches communiqueront par le trajet compris entre le grand oblique et le grand dorsal.

On peut confondre facilement un abcès périnéphrétique avec une affection rénale, mais l'examen des urines fait voir que dans ce dernier cas on y trouve toujours mêlé du sang, des épithéliums tubulaires, du pus, des cristaux d'urate, etc., tandis que lorsqu'il s'agit d'un phlegmon, l'urine est analogue à celle que l'on constate dans toutes les affections fébriles intenses. Les abcès du foie ont pu être confondus avec les phlegmons périnéphrétiques, mais les premiers appartiennent à la glande

hépatique qui change de situation, s'abaisse et se relève pendant les grands mouvements respiratoires, ils sont donc relativement mobiles de haut en bas, tandis que, même les inspirations les plus profondes sont sans influence sur les abcès périnéphrétiques. C'est avec des abcès stercoraux provenant du côlon que l'on pourrait confondre les abcès périnéphrétiques, mais dans l'un et dans l'autre cas il faudra toujours livrer passage au pus et l'évacuer.

**Traitement.** — On ne connaît que fort peu de cas où un abcès périnéphrétique a pu guérir par résolution, et encore le diagnostic posé dans ces cas paraît-il fort peu certain; il ne faut donc pas compter sur la guérison spontanée et être toujours prêt à intervenir. Dès que la collection purulente aura été reconnue, il faudra inciser couche par couche dans le triangle de Petit. Arrivé dans la profondeur, pour éviter les accidents possibles, on déchirera les couches fibreuses au moyen de la sonde cannelée. Une fois le pus évacué, on établira par les parties déclives les contre-ouvertures nécessaires, on y mettra autant de drains qu'il sera nécessaire et on lavera le foyer, avec des injections antiseptiques répétées, jusqu'à cicatrisation complète. (Pour les détails, voir plus loin : *Maladies des reins.*)

#### § 4. — Lésions de la cicatrice ombilicale.

Les matières sébacées, des corps étrangers venus du dehors, des débris épidermiques, peuvent s'accumuler au fond de la cicatrice ombilicale et devenir le point de départ d'érythèmes, et d'érysipèles consécutifs.

Au même point central des parois abdominales peuvent s'ouvrir des kystes hydatiques venus des organes intra-abdominaux et du péritoine.

Les fistules urinaires ombilicales, de même que les extrophies vésicales, étant toujours dues à des arrêts de développement de la vessie, nous renvoyons leur étude au chapitre des affections de l'appareil urogénital.

Il existe encore un certain nombre de cas où, chez des nouveau-nés, l'on peut constater l'existence d'une fistule intestinale ouverte à l'ombilic. Indépendamment de celles que peut produire la présence dans le pédicule du cordon, d'une anse intestinale herniée, anse que la ligature du cordon comprime et étranglé; nous signalerons les fistules qui sont dues à la persistance anormale du diverticulum de l'intestin primitif auquel chez l'embryon est appendue la vésicule ombilicale.

Les unes et les autres de ces fistules stercorales ombilicales guérissent facilement par l'occlusion et la compression.

Disons enfin que l'on a vu, un assez grand nombre de fois, des vers intestinaux, lombrics, ténias, se frayer une voie au dehors par la cicatrice ombilicale et déterminer ainsi une fistule.

On connaît un cas unique dans la science où un abcès du foie s'est vidé par l'ombilic et a déterminé une fistule hépato-ombilicale. On a signalé en outre quelques cas où pareil phénomène s'est produit à la suite d'un kyste hydatique du foie.

Plus fréquemment la vésicule biliaire dilatée par des calculs nombreux et volumineux s'enflamme, adhère à l'ombilic ou au-dessous de cette cicatrice et forme un abcès qui s'ouvre au dehors après ulcération de la paroi; une fistule biliaire est alors constituée et par cette voie les calculs sont éliminés naturellement ou par le chirurgien qui devra dilater le conduit anormal et débarrasser la vésicule de tous les calculs qu'elle contient. La cicatrisation se fait facilement après l'issue de tous les corps étrangers.

Une ascite volumineuse peut distendre la cicatrice ombilicale, la faire céder et déterminer une fistule péritonéo-ombilicale.

A la suite de péritonite aiguë des enfants, de péritonite tuberculeuse, le pus en collection plus ou moins grande peut distendre l'ombilic, et se faire jour au dehors par cette nouvelle variété de fistule péritonéo-ombilicale. Quand le foyer tuberculeux a entraîné en même temps la perforation de l'intestin, la fistule devient pyo-stercorale.

#### ARTICLE X. — LÉSIONS CHIRURGICALES NUTRITIVES DES ORGANES ABDOMINAUX.

##### § 1. — Abcès du foie.

Cette grave affection est endémique dans les pays chauds, dans beaucoup de nos colonies par conséquent. Si donc elle se développe très rarement, jamais peut-être en France, nous sommes toujours exposés à en rencontrer des cas sur nos colons ou nos soldats revenus des pays chauds. L'abcès du foie est toujours en relation avec la dysenterie; en effet, les radicules d'origine de la veine porte se trouvent sur l'intestin, sur le côlon et le rectum. Toutes les ulcérations de l'extrémité inférieure du tube digestif, ulcérations qui toujours caractérisent la dysenterie des pays chauds, détermineront donc des phlébites, des caillots qui aboutiront aux divisions de la veine porte dans le foie, joueront le rôle d'embolies veineuses et détermineront des foyers inflammatoires dans l'organe hépatique. Il me semble presque inutile d'insister et d'ajouter qu'à ces causes mécaniques d'obstructions viennent se joindre les éléments microbiens transportés par les voies veineuses, éléments qui sont de nouvelles causes actives de suppuration.

L'étude histologique des abcès du foie a démontré que les éléments de la glande hépatique sont en réalité nécrosés, et que la formation de l'abcès, la formation du pus, est dans ce cas un phénomène de mortification d'une portion de l'organe. C'est presque toujours le lobe droit

qui est atteint, et souvent on y trouve deux et même trois foyers de suppuration.

Quant à ce qui est des influences hygiéniques, des précautions à prendre dans les pays chauds, ce serait sortir de mon cadre que d'y insister; je renvoie donc le lecteur aux traités de pathologie exotique et aux innombrables mémoires d'hygiène publiés sur cette question.

Il est bon de rappeler cependant que des traumatismes, portés sur la région ou sur le foie lui-même, peuvent être causes d'abcès de l'organe hépatique.

Nous n'insisterons pas ici sur les symptômes du début de la suppuration du foie, c'est là une question qui appartient au domaine médical, nous ne nous occuperons de cette grave affection qu'à partir du moment où le chirurgien doit intervenir.

L'abcès du foie peut, suivant le point où il fait saillie à la surface de la glande hépatique, se vider par la peau après que le péritoine aura contracté des adhérences avec la paroi abdominale; ce cas est assez rare; d'autres fois il s'ouvre dans le péritoine, et la mort devient fatale. Il peut encore s'ouvrir dans le côlon et se vider ainsi par l'intestin; il peut enfin se frayer une voie à travers le diaphragme, pénétrer dans la cavité pleurale, constituer un empyème. Le péritoine d'une part, la plèvre d'autre part, ayant tous deux contracté des adhérences avec le diaphragme, le pus peut se frayer une voie à travers le tissu pulmonaire et être évacué par les bronches.

Lorsque le chirurgien est appelé à intervenir dans le cas d'un abcès du foie, les douleurs scapulaires sont intenses; la fièvre hectique, les accidents gastro-intestinaux épuisent le malade; l'irritation du diaphragme détermine de la dyspnée et de la toux; l'ictère n'existe pas toujours; la quantité d'urine excrétée est diminuée. A ce moment la voussure de la région de l'hypochondre est manifeste, la percussion et la palpation accusent une augmentation de volume du foie, les côtes sont déjetées et les espaces intercostaux élargis; on parvient quelquefois à percevoir la fluctuation entre deux côtes.

**Traitement.** — En raison des accidents graves auxquels donne naissance l'abcès du foie livré à lui-même, en raison de la mort fréquente qui s'en suit, il est du devoir du chirurgien d'ouvrir une issue au pus aussitôt qu'il en aura constaté la présence. On a recommandé les ponctions capillaires répétées, mais mieux vaut aujourd'hui agir plus largement. Dans la majorité des cas quand l'abcès a déformé l'hypochondre, quand les côtes sont déjetées, le péritoine a déjà contracté des adhérences avec la paroi, on peut donc inciser largement; quand au contraire on conserve quelques doutes sur l'existence des adhérences, on se servira de la méthode de Récamier, on appliquera les caustiques sur la région, et quand on sera ainsi arrivé dans la profondeur, on incisera les dernières couches. Une fois l'abcès vidé, on le lavera, on le