



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS A MARCHÉ LENTE

DE LA

PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

PAR

Jean A.-C. BRAUN

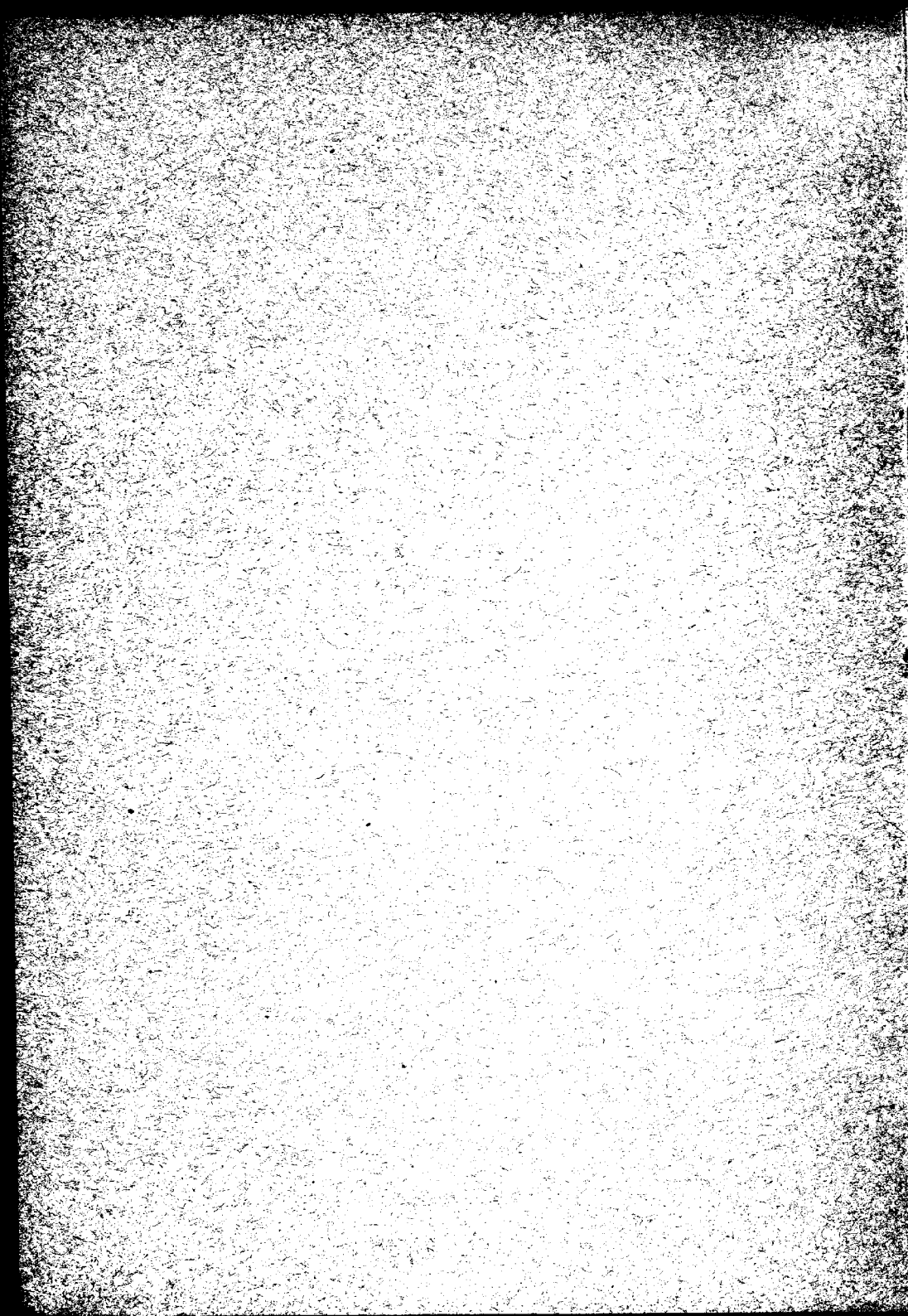
Médecin-Chirurgien diplômé de la Confédération suisse.



GENÈVE

IMPRIMERIE J. STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS, 3

1894



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS A MÀRCHE LENTE

DE LA

PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

PAR

Jean A.-C. BRAUN

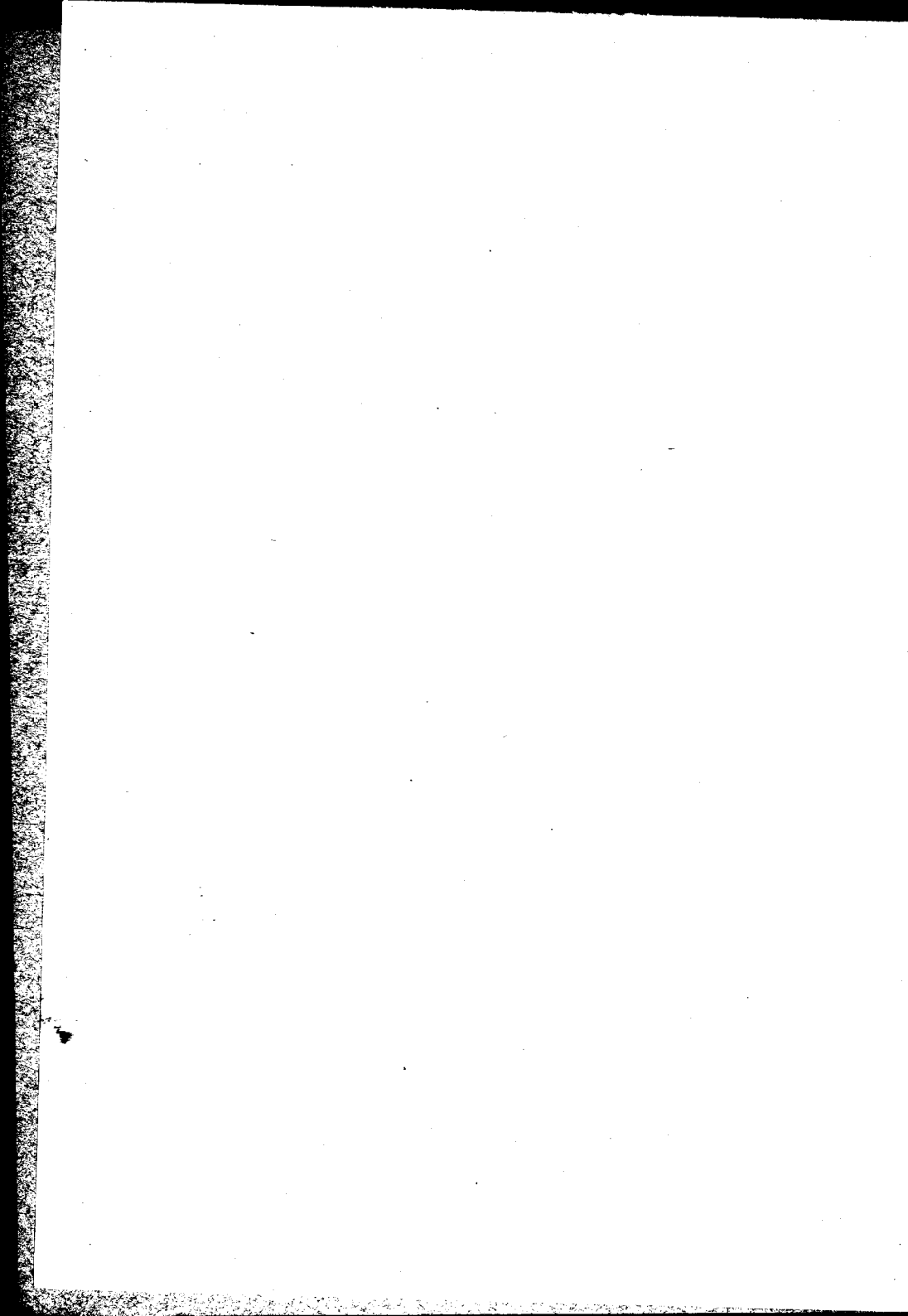
Médecin-Chirurgien diplômé de la Confédération suisse



GENÈVE

IMPRIMERIE J. STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS, 3

—
1894

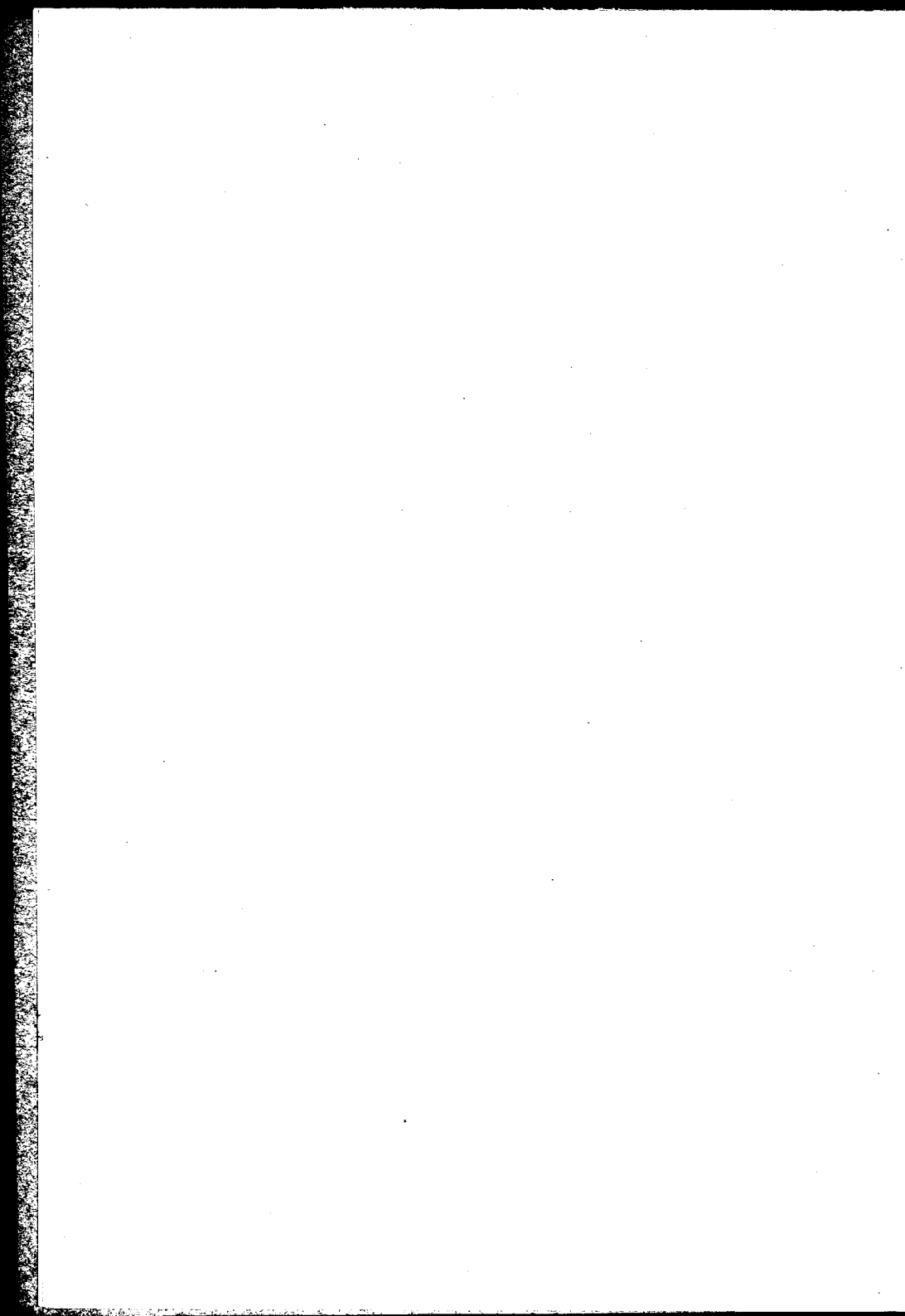


A la mémoire vénérée
de mon Grand-Père et de ma Grand-Mère.

A mon Père. — A ma Mère,
Faible témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A mon ancien Maître
Monsieur le Professeur Julliard,
Recteur de l'Université.

A Monsieur le Professeur J.-L. Prévost,
Doyen de la Faculté de Médecine.



INTRODUCTION

Lorsque sur notre désir, notre maître, Monsieur le professeur Julliard, nous eut offert comme sujet de thèse un cas d'abcès froid de la paroi abdominale observé dans le service clinique pendant nos études, nous fûmes, dès nos premières recherches, un peu découragé par la rareté et le peu de clarté des observations. Pourtant, à mesure que notre travail avançait, notre découragement momentané cédait assez rapidement devant notre conviction de jour en jour plus grande que, malgré le peu de données fournies par nos prédécesseurs, nous pourrions peut-être par la réunion des cas épars dans la littérature, faire jaillir un peu de lumière sur ce sujet si longtemps entouré d'ombres.

Comme on le verra dans la suite, le cas qui nous est personnel a été pris jusqu'au dernier moment pour un kyste hydatique du foie. Cette erreur se trouve signalée dans d'autres observations, ce qui nous montre combien réelle est la difficulté d'établir d'une façon positive le diagnostic du siège de l'inflammation. Et pourtant, quelle importance capitale pour le pronostic !

Si nous ne sommes pas arrivé, comme nous l'espérions, à trouver un signe qui fût pathognomonique de ces sortes d'abcès,

peut-être parviendrons-nous du moins par notre travail à attirer l'attention de nos confrères sur ces abcès pariétaux et à leur en faciliter le diagnostic. Si ce résultat était atteint nous considérerions comme utile l'œuvre que nous avons entreprise et suffisante notre récompense.

Au cours de ce travail nous avons abandonné notre idée première qui était de restreindre notre cadre aux abcès de l'hypocondre droit. Nous avons pensé que l'intérêt présenté par les abcès de la paroi abdominale était plus général et s'étendait à toute la région pariétale antérieure.

Nous avons préféré la dénomination d'abcès à marche lente à celle d'abcès froid. Ce dernier terme implique en effet pour beaucoup de médecins l'idée d'une lésion osseuse primitive. Or, nous n'admettons pas cette manière de voir. Pour nous l'abcès froid peut très bien n'exister que dans le tissu sous-cutané et rien que là. Les observations ici réunies viennent appuyer notre dire. En outre, l'expression « abcès à marche lente », tout en étant très claire, est plus vague, ce qui à notre avis la rend préférable. Comme le disait un jour M. Tennesson dans une clinique à St-Louis : « En médecine ce sont les mots qui par eux-mêmes ne veulent rien dire, qui restent et resteront ». En effet journellement la science se transforme, ce qui était vrai aujourd'hui ne le sera plus demain, le mot qui répondait à nos idées actuelles sera faux ou tout au moins insuffisant à bref délai ; tandis qu'un terme général n'impliquant aucune idée par lui-même restera toujours et s'adaptera aux conceptions futures comme il le faudrait avec les nôtres.

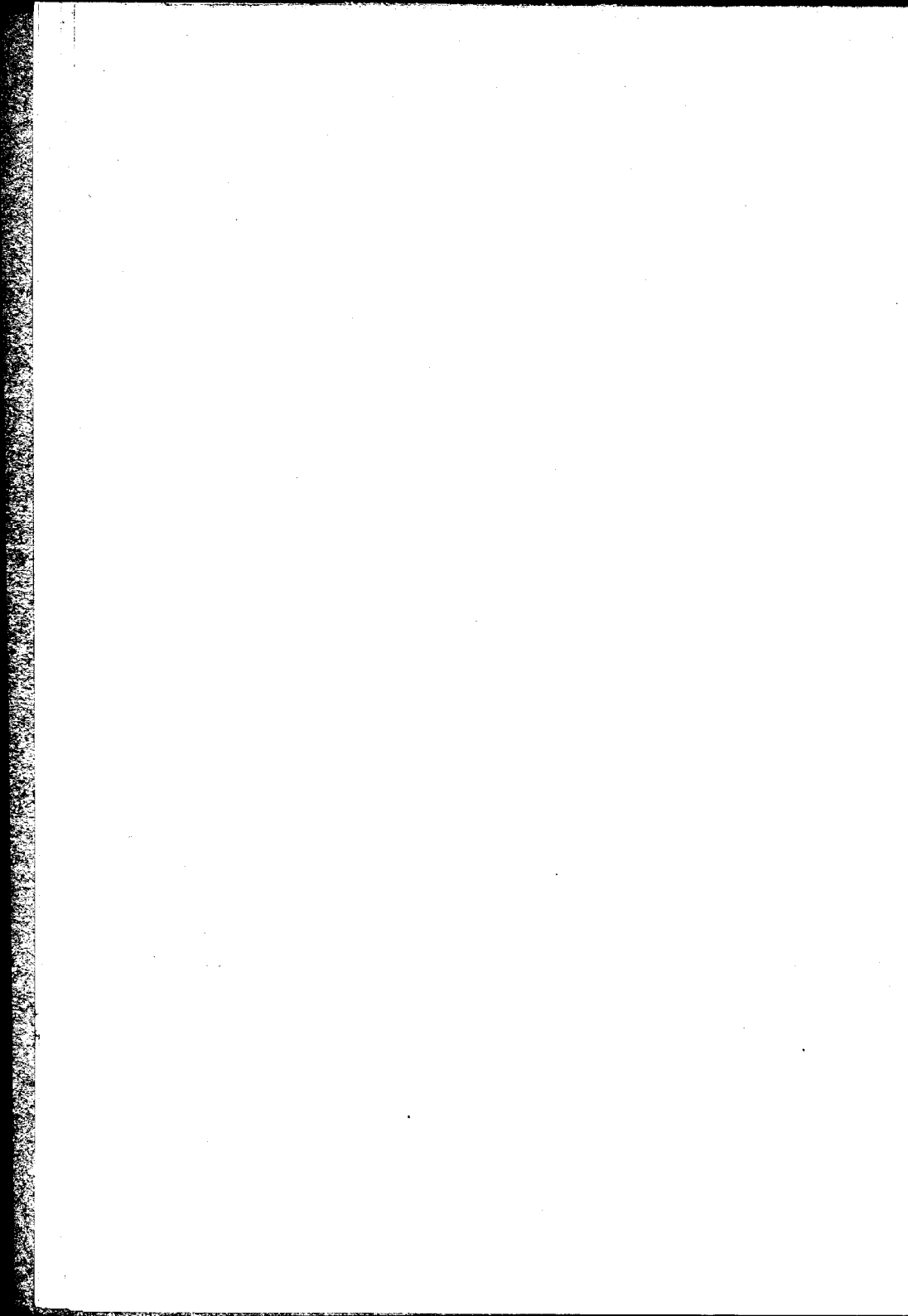
Avant de terminer cette courte introduction, qu'il nous soit permis d'adresser ici l'expression de notre respect et de notre reconnaissance à notre ancien maître de clinique chirurgicale, Monsieur le professeur Julliard.

Nous ne saurions assez lui savoir gré des savants conseils

qu'il nous a toujours prodigué pendant nos études et durant l'élaboration de ce travail.

Nous tenons également à remercier tout particulièrement notre premier maître, M. Laskowski, professeur d'anatomie à la Faculté, qui nous a fait l'honneur de revoir lui-même la partie anatomique de cet ouvrage et dont les bienveillants conseils ne nous ont jamais fait défaut.





DES ABCÈS A MARCHÉ LENTE

DE LA

PAROI ABDOMINALE

Ces abcès, mal connus des anciens, étaient par eux rangés dans une classe nosologique assez mal définie : celle des hydropisies du péritoine. Ce ne fut que de notre époque que les ténèbres dont ils étaient entourés devinrent moins épaisses, et en 1850, Bernutz, le premier, fit dans les *Archives de médecine* la description des abcès de la paroi abdominale antérieure. Dans la suite, le sujet fut repris par différents auteurs parmi lesquels il convient de citer Labuze, Macarez et Villiers.

Avec ces auteurs, nous conserverons la division de ces abcès en :

- Superficiels.
- Intramusculaires.
- Sous-péritonéaux,

suivant leur localisation dans une des différentes couches qui constituent la paroi abdominale antérieure.

Avant d'entrer plus avant dans le sujet, indiquons la façon dont nous entendons subdiviser notre travail.

Nous consacrerons un chapitre à l'Anatomie de la ré-

gion ; un deuxième chapitre à l'Anatomie pathologique de ces abcès.

Dans le troisième chapitre nous parlerons de l'Étiologie.

La marche et le développement seront traités dans le chapitre quatre.

Nous nous occuperons du diagnostic dans le chapitre suivant, en réservant les chapitres six et sept pour le pronostic et le traitement. La discussion sera traitée dans le chapitre huit. A la suite viendront les observations, et pour terminer, les conclusions et l'index bibliographique.

CHAPITRE I.

Anatomie topographique.

Faisons, et pour mémoire seulement, un résumé de l'anatomie de la paroi abdominale. Nous n'insisterons que sur la région antérieure. C'est une région limitée en haut par le diaphragme et les rebords costaux, en bas par les os du bassin ; sur les côtés, les limites sont diffuses.

En allant de dehors en dedans nous trouvons les couches suivantes :

La peau.

Le tissu cellulaire graisseux.

Une aponévrose d'enveloppe, le fascia superficialis.

Les aponévroses d'insertion des muscles de l'abdomen, appelées l'aponévrose abdominale antérieure.

Une couche musculaire.

L'aponévrose abdominale postérieure.

Le Fascia transversalis.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Le péritoine.

Décrivons avec quelques détails chacune de ces neuf couches.

La peau. — Dans cette région, elle ne nous présente comme caractères spéciaux, que son extensibilité et sa rétractibilité. Elle est fréquemment soumise à des distensions tant physiologiques que pathologiques (la grossesse, l'ascite, les tumeurs abdominales, par exemple).

Le tissu cellulo-graisseur. — En général, il forme une couche d'une épaisseur considérable, ce qui, dans bien des cas, rend toute exploration très difficile. Cette couche de tissu adipeux contracte sur la ligne médiane une adhérence considérable avec la face profonde de la peau et avec la couche sous-jacente. Quoiqu'en dise M. Tillaux, nous pensons que c'est à cette adhérence médiane que nous devons attribuer l'excessive rareté du passage d'une collection inflammatoire d'un côté à l'autre. Très peu de vaisseaux sur la ligne médiane.

Le fascia superficialis constitue la véritable aponévrose d'enveloppe des muscles abdominaux. Il forme une couche continue, de consistance variable. On le divise généralement en deux feuillets : le superficiel, qui se continue sans ligne de démarcation avec le fascia superficialis qui double la peau de la cuisse, tandis que le feuillet profond contracte des adhérences puissantes avec l'arcade crurale.

Le fascia superficialis, à mesure qu'il se rapproche de la ligne médiane, devient de plus en plus mince et finit par se confondre avec le tissu cellulaire.

Nous arrivons à la couche aponévrotique et musculaire.

Pour rendre plus claire notre description, nous allons partir de la ligne médiane. La ligne médiane ou ligne blanche, est constituée, en effet, par l'entrecroisement des aponévroses abdominales.

Après l'entrecroisement constituant la ligne blanche, la lame fibreuse, arrivée sur le bord externe du muscle Grand Droit, se dédouble en deux feuillets, l'un passe en avant et forme l'aponévrose antérieure, l'autre passe en arrière et forme l'aponévrose postérieure.

Le feuillet antérieur adhère au muscle au niveau de ses intersections fibreuses, puis, arrivé sur le bord externe, se dédouble en deux feuillets : le feuillet superficiel forme le tendon du Grand Oblique ; la couche profonde s'accolle à la couche superficielle de l'aponévrose postérieure, pour former le tendon du Petit Oblique.

Le feuillet postérieur n'adhère pas au muscle ; arrivé sur le bord externe de celui-ci, il se divise également en deux couches : la superficielle, comme nous l'avons dit, forme après son adossement au feuillet postérieur de l'aponévrose antérieure le tendon du Petit Oblique, tandis que la couche profonde va constituer le tendon du transverse.

Pour être complet dans notre description, ajoutons que cette disposition, vraie pour la région sus-ombilicale, ne l'est plus dans la région sous-ombilicale, où l'aponévrose postérieure a disparu complètement, et le muscle n'y est plus séparé du péritoine que par le fascia transversalis et le tissu cellulaire sous-péritonéal.

La couche musculaire. — Les muscles qui concourent à la formation de cette couche sont au nombre de cinq : Le *Grand Droit*, le *Grand Oblique*, le *Petit Oblique*, le *Transverse* et le *Pyramidal*.

Le *Grand Droit* s'étend de la partie inférieure du thorax au pubis. C'est un muscle allongé et aplati, plus large en haut qu'en bas et dirigé de haut en bas et un peu en dehors en dedans. Il s'insère en haut par trois languettes assez distinctes, au thorax. L'interne, au cartilage de la septième côte et au ligament costo-xyphoïdien, la moyenne au bord inférieur de la sixième côte, l'externe au bord inférieur de la cinquième. En bas, les fibres charnues se réunissent sur un tendron nacré, aplati d'avant en arrière, qui occupe tout l'intervalle s'étendant de l'épine à la symphyse du pubis. Sur sa face antérieure se remarquent 3 ou 4 intersections aponévrotiques, avec lesquelles l'aponévrose antérieure contracte d'assez fortes adhérences. Les deux muscles droits, qui en haut étaient séparés l'un de l'autre par un espace de trois ou quatre centimètres, se trouvent en contact intime dans la partie sous-ombilicale.

Le *Grand Oblique*. — Muscle plat, trapézoïde, s'insère en haut par plusieurs digitations sur la face externe des 8 dernières côtes, puis se dirige obliquement en bas et en dedans, où il se divise en plusieurs faisceaux. Les antérieurs s'insèrent sur une aponévrose dont nous avons déjà parlé, et dont le bord inférieur concourt à la formation de l'arcade crurale; les postérieurs prennent leur insertion sur la lèvre externe de la crête iliaque.

Il recouvre en haut les intercostaux; en bas, le *Petit Oblique* et son bord postérieur est recouvert par le bord externe du *Grand Dorsal*.

Le *Petit Oblique*. — Ce muscle, recouvert par le précédent, s'insère : en haut par des fibres aponévrotiques, au bord inférieur des cartilages des 3 ou 4 dernières côtes; en bas, à l'interstice de la crête iliaque, à la moitié externe



de l'arcade crurale et derrière le pilier externe du Grand Oblique. Recouvert par le Grand Oblique, il recouvre le transverse. Son bord postérieur est en rapport avec la face profonde du Grand Dorsal. La partie libre de son bord inférieur forme la paroi supérieure du canal inguinal.

Le *Transverse* s'insère en haut à la face profonde des cartilages des six dernières côtes; en bas aux ³/₄ antérieurs de la lèvre interne de la crête iliaque. Il se dirige horizontalement et se fixe à une aponévrose déjà décrite. Il est recouvert par le Petit Oblique.

Le *Pyramidal*. — Son existence n'est pas constante. D'une forme triangulaire, situé en dehors de la ligne blanche, au devant de l'extrémité inférieure du Grand Droit, il s'insère en haut sur la ligne blanche, et en bas sur le bord supérieur du corps du pubis, de la symphyse à l'épine.

Le *Fascia transversalis* est constitué par une lame fibro-celluleuse d'épaisseur variable. Ses limites sont peu nettes en haut, tandis qu'en bas il adhère au ligament de Fallope et au fascia iliaca: plus en dedans, il s'insère à la crête du pubis. L'épaisseur du fascia transversalis, très faible dans la partie supérieure, augmente au-dessous de l'ombilic pour compenser l'absence de l'aponévrose postérieure du Grand Droit.

Le *tissu cellulaire*. — Situé juste au-dessous du péritoine, il est remarquable dans cette région par sa laxité, ce qui explique la facilité avec laquelle des collections inflammatoires arrivent à décoller de grandes surfaces péritonéales.

Le *péritoine*. — C'est lui qui constitue la dernière couche de la paroi. Sa description détaillée nous sortirait du cadre

de ce travail. Disons seulement qu'il est adhérent au niveau de l'ombilic et que plus on descend vers les fosses iliaques, plus il est facilement décollable.

Les nerfs de la région proviennent des cinq dernières paires intercostales et des deux branches abdomino-génitales du plexus lombaire. Les lymphatiques profonds suivent le trajet des veines et des artères et aboutissent aux ganglions iliaques et lombaires.

Les superficiels aboutissent aux ganglions de l'aîne.

Les veines profondes suivent la direction des artères.

Les veines superficielles, très nombreuses, s'anastomosent avec celles du thorax.

Les artères ont des origines multiples.

En haut, la mammaire interne qui, à la base de l'appendice xyphoïde, se divise en deux branches terminales :

Une oblique et externe qui est la branche thoracique, l'autre verticale et interne, qui est la branche abdominale. Celle-ci pénètre dans la gaine du Grand Droit, où ses rameaux s'anastomosent avec ceux venus de l'épigastrique.

En bas, la sous-cutanée abdominale et l'épigastrique ; celle-ci, née de la partie antéro-interne de l'iliaque externe, un peu au-dessus de l'arcade crurale. Elle se réfléchit en dessus de celle-ci, en faisant une courbe qui embrasse le ligament rond ou le canal déférent. De là, elle va en haut vers le Grand Droit et pénètre dans ce dernier par sa face profonde. Elle envoie des rameaux au Transverse et à la couche cellulo-graisseuse.

En dehors, les dernières intercostales, les lombaires et les circonflexes iliaques, qui n'offrent aucun intérêt spécial.

Vu son rapprochement du péritoine, le sang provenant d'une blessure de l'artère épigastrique a plus de tendance à s'épancher dans la cavité abdominale qu'au dehors.

Anatomie pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces abcès ne présentent aucun caractère spécial inhérent à leur siège. Ce sont des abcès à marche lente, des abcès froids, des abcès tuberculeux.

Comme dans tous ces abcès, nous avons un liquide purulent, renfermé dans une cavité close, entourée elle-même d'une zone d'hypérémie.

Le pus est très riche en petites molécules et pauvre en cellules purulentes bien développées. On n'y trouve pas de coccus comme dans les abcès chauds. Cela vient du long séjour du pus dans cette poche : il a subi des modifications par la fonte des cellules purulentes et par des transformations chimiques donnant lieu surtout à des acides gras. Il tient en suspension des flocons fibrineux et des débris mortifiés. Si par suite de transformations de sa capsule, le pus s'enkyste, il subit une sorte d'émulsion et ne présente plus de traces de cellules purulentes. Ce pus est d'une coloration souvent foncée, allant au rouge-brun. Son odeur est parfois infecte, comme celle de tous les abcès situés non loin du tube digestif. Sa consistance est parfois crémeuse, grumeleuse et parfois très liquide.

Les parois de la cavité contenant le pus sont tapissées par une mince membrane, dite membrane pyogène. Elle

est très mince, formée par des cellules embryonnaires. On a cru que c'était elle qui formait le pus, ce fait n'est pas prouvé, celui-ci vient probablement des capillaires. Autour de cette membrane, se trouve une zone hyperémie d'une étendue plus ou moins grande. Il y a là inflammation réactive, par suite de la compression exercée par l'abcès, et par ce fait également mortification des tissus.

Au point de vue bactériologique, disons qu'on a retrouvé dans le pus les microbes de la suppuration et des microbes tuberculeux, mais la présence des bacilles de Koch n'est pas constante, comme le prouvent les observations qui nous sont personnelles.

Lorsque ces abcès se trouvent situés entre les aponévroses profondes, par exemple, et le péritoine, celui-ci est souvent décollé sur une vaste étendue. Par son inflammation réactive, il adhère fortement sur les bords de l'abcès et peut même contracter des adhérences, soit avec l'épiploon, soit avec le paquet intestinal.

La propagation de la tuberculose aux parois de l'abdomen se fait probablement par les lymphatiques intra-thoraciques, à travers le diaphragme.

Il doit probablement exister quelques tubercules caséifiés dans le tissu pulmonaire, qu'aucun signe stéthoscopique ne révèle, et qui ne pourraient être décelés que par une autopsie. Combien fréquentes, en effet, sont les autopsies où on découvre de faibles lésions qui n'ont jamais incommodé les malades pendant leur vie et que rien ne faisait supposer.

CHAPITRE III.

Marche et symptomatologie.

La marche de ces abcès est essentiellement lente, et les phénomènes douloureux, très peu prononcés au début. C'est aussi pour ces raisons que les phénomènes initiaux passent inaperçus. De temps en temps, le malade ressent quelques douleurs, un peu de gonflement, de lourdeur. Souvent c'est un hasard qui fait constater une très légère intumescence, à l'endroit où plus tard se formera l'abcès. La fièvre n'est pas intense et peut même faire défaut. La tuméfaction augmente peu à peu, il y a un empâtement assez étendu, la peau reste normale. La collection purulente est formée, la tuméfaction devient fluctuante, souvent très sensible à la pression. L'abcès tend à s'ouvrir pour donner issue au pus. Cette évacuation pourra se faire soit au dehors, soit du côté de la cavité abdominale. Notons en passant l'extrême rareté de l'ouverture dans la cavité abdominale. Les symptômes généraux sont, on le voit, très peu prononcés.

Quant aux symptômes locaux, on constate à la vue une tuméfaction à limites diffuses, à surface égale et sans bosselures, la peau ne présente pas de coloration particulière.

A la palpation, on constate que les limites sont très nettes et en général moins étendues qu'à la vue. La consistance est variable, au centre elle est molle, élastique et fluctuante, tandis qu'à la périphérie elle est dure, pâteuse,

mais pas fluctuante. La peau peut être mobile, la tumeur est mobile sur les parties profondes. La température locale n'est pas élevée. La douleur spontanée n'est pas forte, tandis que la pression est en général très douloureuse. L'induration est souvent considérable, elle présente l'aspect d'un gâteau, selon l'expression de Guyon. Elle persiste longtemps après la guérison de l'abcès. Elle paraît souvent aller dans la profondeur, d'où les erreurs fréquentes sur le siège de ces inflammations. En général, quand la tuméfaction est dans la paroi, des mouvements lui sont facilement imprimés et il est possible, en glissant les doigts derrière la tumeur, de l'isoler de la cavité abdominale.

CHAPITRE IV.

Etiologie.

Les abcès qui font le sujet de ce travail sont dus :

- 1^o à une cause générale prédisposante :
- 2^o à une cause locale déterminante.

La première est absolument indispensable pour la production d'un abcès froid, tandis que la seconde ne produirait par elle-même jamais un foyer de suppuration tuberculeuse. Car, si comme nous le pensons, un simple traumatisme a suffi à causer une inflammation suppurée chronique, il faut nécessairement admettre que ce traumatisme a agi sur un organisme en puissance de bacillose. Les microbes vivaient à l'état latent, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, et n'attendaient qu'une occasion favorable

pour mener une existence plus active. Cette occasion leur a été fournie par un choc, celui-ci a été suivi d'inflammation, la circulation, plus active, a amené à l'endroit contusionné une grande quantité de microbes qui eux, par leur présence, ont fait l'office de corps étrangers et ont causé la suppuration. Le fait de n'avoir pas trouvé de microbes dans le pus lors de son évacuation n'infirmé en rien notre idée, car dans la partie anatomo-pathologique, nous avons signalé les transformations subies par le pus après un séjour un peu prolongé dans une cavité close, telle que la poche d'un abcès.

Bernutz, dans son travail, insiste d'une façon spéciale sur l'influence exercée par les affections intestinales sur la production de ces abcès. Il considère comme une cause fréquente, l'état puerpural, les ulcérations typiques. Cet énoncé seul nous montre que les abcès observés par lui ne sont en rien semblables à ceux dont nous nous occupons, et que, d'autre part, les abcès qu'il considère comme pariétaux, ne sont que des abcès de la cavité abdominale ou des viscères y contenus, qui sont venus s'ouvrir à la peau.

Nous n'avons pas remarqué une plus grande fréquence de ces abcès dans un sexe plus que dans l'autre.

CHAPITRE V.

Diagnostic différentiel.

Kyste hydatique du foie.

Cette tumeur passe inaperçue à son début, et n'attire l'attention que lorsque par son volume elle occasionne une gêne plus ou moins grande. L'organe hépatique peut, dans certains cas, arriver à des dimensions colossales. Toutefois, ces kystes sont souples, élastiques et fluctuants. Parfois ces kystes donnent à la percussion un frémissement vibratoire, le frémissement hydatique de Briangon : il est dû à la collision des vésicules flottantes. Par son volume, le kyste peut donner lieu à des troubles de voisinage (troubles digestifs, ascite, ictère). La marche de cette affection est très lente. La douleur que peut éveiller une pareille tumeur provient d'une périhépatite. Pas d'ictère, ni d'ascite, à moins de compression des canaux biliaires ou des vaisseaux portes. Pas de fièvre, mais amaigrissement ; troubles digestifs, dyspepsie, palpitations. L'ouverture du kyste peut se faire dans la plèvre, dans les voies biliaires, dans le péritoine, dans les intestins.

Abcès du foie.

L'abcès du foie fait suite à une hépatite aiguë, par pénétration de matières septiques dans la veine porte, principalement par des ulcérations dysentériques, à la suite d'opé-

rations sur le rectum. Au début, douleur vive, lancinante, augmentation de volume du foie. Ictère inconstant. Vomissements bilieux. Frissons répétés. Sueurs froides. Saillie du foie perceptible à la vue. Fluctuation de la tumeur si l'abcès est superficiel. Si l'abcès comprime les canaux biliaires, il se produit de l'ictère, s'il est voisin du hile et comprime la veine porte, il se produit de l'ascite. La marche de ces abcès est de quelques semaines de durée, l'ouverture de ces collections se fait dans l'estomac, dans la plèvre, dans l'intestin, ou rarement à l'extérieur par la paroi abdominale.

Carcinome des organes intra-abdominaux.

Nous ne voulons pas prendre ici séparément chacun des organes contenus dans la cavité abdominale, nous ne ferions que nous répéter pour chacun d'eux à quelques détails près. Du reste, le diagnostic ne peut être discuté qu'au début, car il n'est plus guère possible de le confondre avec les abcès qui font le sujet de ce travail. Ces tumeurs ne sont appréciables que lorsqu'elles ont atteint un certain volume, ou lorsque l'amaigrissement général est déjà considérable.

Lorsqu'il est possible de sentir nettement la tumeur, la palpation donne la sensation d'une tumeur dure, bosselée, inégale souvent comme consistance, mobile avec l'organe malade, à moins que l'inflammation produite ait été assez vive pour causer des adhérences. La tumeur est légèrement sensible à la pression.

Le diagnostic se fera surtout d'après les antécédents. La cachexie cancéreuse fait des progrès rapides. Le faciès

prend une teinte caractéristique. Quant aux phénomènes fonctionnels, ils varient avec chaque organe. Le fait même de leur existence nous semble déjà un signe de la grande probabilité d'une lésion intra-abdominale. Les signes fonctionnels font en effet totalement défaut dans les abcès de la paroi.

Les organes atteints peuvent être : le foie, l'estomac, l'intestin, le pancréas, les reins, la rate, l'épiploon, l'utérus.

La description détaillée de chacune de ces variétés serait oiseuse.

La Cholecystite.

Nous avons en vue surtout la cholecystite suppurée. Parmi les troubles fonctionnels se trouvent les troubles digestifs, anorexie, digestions pénibles, fièvres et douleur. Celle-ci peut être localisée ou bien s'irradier dans le creux épigastrique. L'ictère n'est pas constant. Au premier rang des signes physiques se place la tumeur formée par la vésicule enflammée et distendue. Celle-ci répond au bord externe du muscle Grand Droit. Elle est régulière comme surface, la consistance est molle, élastique et fluctuante. Dans bien des cas, la fluctuation est fort peu sensible. Il y a en général très peu de mobilité, et la tumeur ne suit pas les mouvements respiratoires. Il y a fort souvent de l'empiètement périphérique, c'est-à-dire de la péricholecystite. La tumeur peut être très volumineuse et occuper tout le flanc droit et dépasser même la ligne médiane. La percussion donne lieu à de la matité. Souvent l'affection revêt une forme latente, comme cela se voit fréquemment dans le cours d'une fièvre typhoïde, d'après Hagenmüller.

Dans la lithiade biliaire, le calcul peut obstruer le canal cystique. La vésicule se dilate, forme petit à petit une tumeur ovoïde, qui peut arriver à de grandes dimensions. La tumeur est molle, élastique, fluctuante, assez facilement mobile, très douloureuse à la pression. La marche est souvent insidieuse. La rupture de la vésicule est dans ces deux processus un danger imminent, ainsi que l'infection.

Abcès froids d'origine costale.

Ce sont des abcès tuberculeux ayant comme origine une carie d'une ou plusieurs côtes. Nous n'avons en vue que les abcès qui viennent déboucher au-dessous des dernières côtes dans la région épigastrique. On peut toujours retrouver leur origine par l'examen minutieux des côtes. On trouvera celles-ci douloureuses à la pression, augmentées de volume. L'abcès peut n'être fluctuant que bien au-dessous des côtes, ce qui peut induire en erreur; pourtant on constatera qu'au niveau des os malades il y a de l'empatement s'étendant souvent très loin. Les phénomènes généraux ne présentent rien de particulier. Les mouvements du diaphragme seront diminués; il y a souvent forte dyspepsie.

Hydropisie enkystée du péritoine.

Les anciens dénommaient ainsi une collection séreuse formée entre le péritoine et la paroi. La dénomination est donc déjà impropre, vu le siège extra-péritonéal de l'hydropisie.

C'est une tumeur élastique, molle et fluctuante, bien limitée, faisant corps avec la paroi. La peau est normale, la marche excessivement lente. C'est une affection rare et

peut-être même douteuse, son existence n'étant appuyée d'aucune autopsie.

Cherchons à établir le siège exact de la collection purulente. Voici quelques données :

La percussion forte permet de trouver la sonorité intestinale au-dessous de la matité de l'abcès, révélée par une pression légère.

L'abcès intra-musculaire sera en général de forme allongée ; par la contraction musculaire, les mouvements de latéralité seront abolis.

L'abcès sous-péritonéal n'est presque pas mobile, et se trouve masqué par une contraction musculaire énergique.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Dans les abcès qui nous occupent, le pronostic devra rester réservé sur bien des points. En effet, si nous ne considérons que l'abcès en lui-même, il va sans dire que le pronostic sera bénin, car les suites d'une suppuration sont assez simples actuellement, grâce aux progrès de l'antiseptie. Mais il ne faudra jamais oublier que ces abcès sont tuberculeux et que derrière cette inflammation locale, il y a une infection générale. Infection latente si l'on veut, mais infection tout de même. Or, malgré les précautions les plus minutieuses, nous n'arriverons guère qu'à tarir un foyer de suppuration. Quant à l'état général, il restera après ce qu'il était avant, ou à peu près. Le pronostic sera donc assez sombre. Nous avons vu que la production de ces

abcès était probablement due à un traumatisme, cause bien légère pour de pareilles suites. Aussi devons-nous avoir pour but, une fois ce foyer de suppuration tari, de fortifier l'organisme. Bien que d'origine tuberculeuse, ces abcès n'ayant attaqué que les tissus sous-cutanés, n'entraînent pas un pronostic aussi grave que les abcès ossifluents, les abcès par congestion, ou les abcès venant d'une articulation. Nous n'aurons, en effet, jamais les suites fâcheuses qui accompagnent trop fréquemment les derniers. En général, la cicatrisation se fait assez rapidement, et même toutes choses au pire, nous n'aurons vu le siège de ces collections, ni les ankyloses, ni les impotences, suites d'abcès tuberculeux d'origine osseuse ou articulaire.

Notre pronostic ne sera donc ni très favorable, vu la nature tuberculeuse de ces abcès, ni très défavorable, vu leur siège et l'état général des malades.

CHAPITRE VII.

Traitement.

Nous avons vu par ce qui précède combien insidieux était le début de ces abcès. Souvent à cette période le diagnostic n'est pas certain, aussi fera-t-on usage des moyens médicaux. On pourra essayer les différents résolutifs. La marche de ces abcès, vu leur nature, n'en sera guère entravée, et une intervention chirurgicale sera tôt ou tard nécessaire. C'est des différents moyens que nous offre la chirurgie que nous allons nous occuper.

Les moyens d'évacuation d'une masse liquide sont de

deux sortes : la ponction et l'incision. Chacun de ces deux procédés nécessite, cela va sans dire, les mêmes précautions antiseptiques. Parlons un peu de ces précautions.

Lavage du champ opératoire avec du savon et de l'eau chaude et nettoyage avec la brosse, de façon à enlever l'enduit graisseux qui recouvre la peau. Ceci fait, lavage abondant à l'eau chaude, puis lavage avec un liquide antiseptique. Le choix de ce dernier dépend des préférences personnelles. Les uns adoptent le phénique, les autres le sublimé, alors que d'autres ne jurent que par le lysol. De tous, le sublimé paraît être le plus puissant : il a le grand inconvénient de ne pas dissoudre les graisses, et par conséquent de rester sur la peau à l'état de gouttelettes. Le phénique est un antiseptique d'une force bien suffisante, il dissout les graisses, par conséquent baigne bien le champ opératoire, il est en même temps analgésique, ce qui, dans le cas, n'a pas une grande utilité. Ces deux antiseptiques ont le grand inconvénient d'être toxiques et d'irriter la peau.

Le lysol, un nouveau venu parmi les antiseptiques, nous paraît préférable. Il joint en effet à des qualités microbiocides de premier ordre, la propriété d'être facilement miscible dans l'eau, d'émulsionner les graisses et de ne pas attaquer les tissus et les instruments.

Passons à la désinfection des instruments. Les instruments, bien nettoyés, restent pendant dix minutes dans une étuve remplie d'eau de soude bouillante à 1^o/₁₀. Au sortir de cette étuve, ils sont immergés dans une cuvette renfermant une solution de lysol à 1^o/₁₀.

Telle est en quelques mots la désinfection en usage à la Clinique chirurgicale de la Faculté.

Examinons les deux modes opératoires proposés.

La ponction, de beaucoup la plus simple, peut s'effectuer avec un trocard ou avec un aspirateur Potain ou Dieulafoy. Cette intervention, presque pas douloureuse, ne nécessite en général pas d'anesthésie. L'opération est rapide et ne laissant qu'une plaie insignifiante, n'entraîne pas de suites opératoires. Le grand inconvénient de cette intervention, c'est de n'être pas radicale. Il est bien évident qu'on ne peut songer à une destruction sérieuse de la membrane pyogène. Or, tant que celle-ci subsiste, l'abcès a toutes les chances de se reformer. D'un autre côté, le pus étant souvent grumeleux et renfermant des restes de tissus mortifiés, le trocard sera rapidement obstrué, et par ce fait l'évacuation arrêtée. La combinaison de la ponction avec l'aspiration diminue un peu cet inconvénient, mais ne l'écarte pas complètement.

Le deuxième moyen d'évacuation est l'incision au bistouri. Avec le bistouri, la narcose est presque toujours nécessaire. Il faudra faire une incision couche par couche. Avec ce mode opératoire l'évacuation du pus est complète. L'œil et la main de l'opérateur peuvent se rendre compte de l'état des parties abcédées. La destruction de la membrane pyogénique sera facile par l'usage de la curette de Volkmann. Le lavage de la cavité se fera de la façon la plus complète. Avec ces diverses précautions, il est bien peu probable que l'abcès vienne à récidiver, sur place tout au moins. Les avantages de l'incision sont manifestes ; quant aux inconvénients ils ne sont plus à considérer. La narcose faite avec l'éther n'offre pas les grands dangers de celle produite par le chloroforme ; quant aux suites opératoires

toires, elles sont des plus simples, grâce à une antiseptie rigoureuse.

L'évacuation du pus et le raclage de la cavité terminés, nous mettons un plan de sutures profondes au catgut, puis pour prévenir la rétention nous laisserons un ou deux drains, après quoi la peau sera suturée à la soie. Sur la plaie nous mettons un ou deux doubles de gaze au dermatol et un pansement oclusif et compressif, composé de ouate hydrophile stérilisée à l'autoclave. Sur la ouate, nous mettrons un morceau de papier parchemin, le tout sera tenu en place par quelques tours de bande.

En usant des précautions ci-dessus énumérées, nous avons toujours obtenu la réunion par première intention.

Voici pour l'intervention locale. Il ne faut pas oublier que l'état général de nos malades laisse à désirer, aussi faudra-t-il, bien mieux qu'une médication, instituer une hygiène sérieuse. Le grand air, une nourriture saine, des bains de mer, si c'est possible, tels seront nos plus sûrs moyens de lutte contre la tuberculisation de nos malades.

Résumons brièvement en un tableau les avantages et désavantages des différents moyens d'intervention.

PONCTION

AVANTAGES

Rapide, pas sanglante.
Narcose inutile, indolore.
Pas de suites opératoires.

DÉSAVANTAGES

Pas radicale.
Récidives fréquentes.

INCISION

Rapide.
Radicale.

Suites opératoires.
Narcose nécessaire.

Discussion.

Nous avons, dans les chapitres précédents, étudié les abcès froids au point de vue de leur marche, de leurs symptômes, au point de vue de leur diagnostic, pronostic et traitement. Nous voulons maintenant, dans ce dernier chapitre, grouper, faire en quelque sorte la synthèse des pages précédentes et montrer par la discussion des divers points du diagnostic différentiel, combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, de faire le diagnostic certain d'abcès froids de la paroi, autrement que le couteau à la main. Nous pensons que ce fait tient surtout à la région. N'existe-t-il pas, en effet, des cas célèbres où la laparotomie ayant été décidée, elle fut rendue inutile par le fait que la paroi abdominale seule était lésée. Nous même avons vu un cas typique. Il s'agissait d'un abcès chaud suite de fièvre typhoïde : la collection siégeait sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic. Par l'origine de l'abcès attribuée à une ulcération des plaques de Peyer, par l'induration profonde, très manifeste, qui semblait s'enfoncer comme un coin dans la cavité abdominale, on n'hésite pas à porter le diagnostic de collection purulente intra-abdominale. L'opération prouva combien grande était l'erreur, car l'abcès était un abcès sous-péritonéal sans aucune communication avec la cavité. On peut juger d'après ce cas type combien faciles sont les erreurs de ce genre.

En effet, dans beaucoup de cas, nous sommes obligés de tenir grand compte des antécédents, et nous savons combien fantaisistes sont souvent les histoires rapportées

par les malades. Le diagnostic différentiel ne peut pour ainsi dire pas être posé sur la présence pathognomonique de tel ou tel symptôme. Prenons par exemple le fameux frémissement hydatique. Pour qu'il puisse se produire, il faut que la poche du kyste ne contienne pas de liquide, et seulement des hydatides filles, morbides. Car ce serait, d'après l'opinion de Tillaux, le choc de celles-ci contre les parois qui produirait le frémissement. Il est compréhensible qu'une fois que la poche sera pleine de liquide, le frémissement ne pourra plus être perceptible. D'un autre côté, le liquide clair comme de l'eau de roche, caractéristique de ces kystes, peut s'être enflammé, et le liquide devenu purulent.

L'ictère, qui est un si puissant moyen de diagnostic des affections hépatiques peut, dans certains cas, ne nous être d'aucun secours. Ainsi, quand la compression a lieu sur le canal cystique, l'obstruction n'empêchera pas la bile de couler dans l'intestin, d'où pas d'ictère, pas plus que de décoloration des matières.

L'induration, souvent si étendue dans les abcès, peut nous empêcher, malgré les investigations les plus minutieuses, d'affirmer le siège superficiel ou profond de ces collections.

La mobilité de la tumeur peut parfaitement se rencontrer dans les tumeurs intra-abdominales comme dans les pariétales. Ne la trouve-t-on pas dans les grands kystes pédiculés du foie? D'ailleurs, cette mobilité même est loin d'être d'une constatation facile. Les malades relâchent difficilement les muscles de la paroi abdominale, aussi faut-il parfois avoir recours à l'éthérisation, pour constater la plus ou moins grande mobilité de la tumeur. Cette mobilité est du reste très variable, suivant le siège de l'abcès

dans les diverses couches de la paroi. Aussi souvent n'existe-t-elle pas du tout dans les abcès sous-péritonéaux. Dans cette classe, en effet, le péritoine se trouve irrité par la présence du pus qui a réussi à le décoller dans une certaine étendue, il contracte des adhérences avec la paroi, et toute mobilisation de l'abcès est désormais impossible. Dans cette classe également, le diagnostic d'avec les collections intra-abdominales est rendu des plus difficiles par le fait que l'irritation du péritoine se propage volontiers, soit à l'épiploon, soit au paquet intestinal. On a alors la sensation très nette d'une masse indurée s'enfonçant dans la profondeur. Le cas s'est présenté tout dernièrement à l'Hôpital. On conçoit aisément les erreurs possibles. L'état général des malades ne sert pas beaucoup à établir le diagnostic d'abcès tuberculeux, car les malades que nous avons vu et ceux observés par les auteurs dont nous publions les cas n'étaient pas, comme on serait porté à se l'imaginer, des malades affaiblis, émaciés, tombés dans le marasme, tout au contraire. En effet, ces abcès semblaient être la seule manifestation de l'affection tuberculeuse. Localisation rare, il est vrai, mais très heureuse, puisque le système respiratoire était épargné. L'examen attentif des parois thoraciques permettra de découvrir l'origine des abcès costaux. Le diagnostic d'avec les hydropisies du péritoine sera difficile, si vraiment cette entité morbide existe, car même par une ponction exploratrice, nous ne pouvons avoir d'argument irréfutable. Ne voyons-nous pas Chantourelle décrire le liquide comme un liquide clair, citrin, tandis que Boyer aurait souvent rencontré un liquide brunâtre, épais, purulent. Alors, comment établir où finit l'hydropisie et où commence l'abcès ?

1^{re} OBSERVATION PERSONNELLE.

La nommée A. Tr., 29 ans, sans profession, entre à l'Hôpital cantonal, service de médecine, pour une polynévrite éthylique, suivie d'une sciatique gauche, le 11 mai 1892.

Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille.

Pas de maladie d'enfance ou de jeunesse. Régliée à l'âge de 16 ans, elle l'a toujours été d'une façon régulière depuis.

Status actuel. Femme un peu grassé, aux yeux gris, aux cheveux noirs, aux muqueuses pâles.

Système circulatoire : normal.

Système respiratoire : murmure vésiculaire, diminué à la base droite.

Système digestif : normal.

Le 1^{er} août, la douleur sciatique augmente de nouveau.

En même temps, la malade accuse une douleur dans le côté droit, dans la région hépatique. M. Revilliod pense avoir affaire à un kyste hydatique du foie. A la percussion, matité allant jusqu'à l'ombilic et à l'appendice xyphoïde. A la palpation, on sent comme un lobe hépatique. La douleur causée par cet examen ne permet pas de déterminer exactement les limites de cette tuméfaction.

Hémoglobine = 65.

Urine = quelques traces d'urobiline, pas d'albumine.

Le 12 septembre, ouverture spontanée d'un abcès de la marge de l'anus.

La matité descend toujours jusqu'à l'ombilic et dans le décubitus dorsal; il atteint l'épine iliaque antéro-supérieure. On croit distinguer les bords du foie, dont le lobe droit serait seul agrandi. Pas de voussure des espaces intercos-

taux. Peau un peu rosée, pas d'œdème, pas de dilatation veineuse. On sent le bord libre du foie, il ne s'abaisse pas dans les inspirations profondes.

Pas de frémissement hydatique, pas de fluctuation, pas de frottement de périhépatite. Jamais d'ictère ou d'ascite, jamais de coliques hépatiques ou de lithiase biliaire.

Le 11 octobre, la tuméfaction augmente, fluctuation profonde. Ponction exploratrice de toute la longueur (3 $\frac{1}{2}$ centimètres) de l'aiguille d'une seringue Biondetti. On retire une pleine seringue de pus grisâtre, louable, sans odeur.

Examen microscopique : Nombreux globules de pus, quelques globules rouges. Cristaux d'acides gras.

Pas de crochets ; pas de bacilles de Koch ; pas de streptocoques ; pas de staphylocoques.

Le 12 octobre, M. le professeur Julliard examine la malade et pense avoir affaire à un abcès froid de la paroi. Examen de la région. On constate à la vue une tuméfaction de toute la région du foie, à limites diffuses, de la grandeur d'une tête d'adulte. La peau est normale, pas hyperémisée. A la palpation, on trouve que les limites s'étendent moins loin qu'à la vue. La tuméfaction a la grandeur d'un poing d'adulte, la surface est uniforme. La consistance est molle, élastique et fluctuante. La tuméfaction n'est pas adhérente aux parties profondes, mais adhérente à la peau. Température normale. Le 4 novembre, opération. Narcose à l'éther. Incision de la paroi abdominale comprenant seulement la peau. On arrive sur une collection purulente sus-aponévrotique. Au fond de la cavité, un orifice fait communiquer celle-ci avec une deuxième plus petite et située sous le muscle Grand Droit. Raclage. Drainage avec contre-ouverture. Sutures de la peau, pansement au collodion sur

les sutures et mousseline au niveau du drain. Apyréxie constante.

Le 25 novembre, il s'établit une fistule au niveau du drain. Elle se ferme et il s'en établit une autre au niveau de l'incision.

Le 5 décembre, injection iodée dans le trajet fistuleux. Il y a un léger écoulement purulent.

Le 15 décembre, injection de iodoforme créosoté, éther et alcool.

L'écoulement a sensiblement diminué.

Le 25 décembre, sortie de la malade avec sa fistule.

Etat général excellent.

2^{me} OBSERVATION PERSONNELLE (*avec récurrence*).

La nommée Du., âgée de 26 ans, sans profession, Savoyarde, entre le 26 janvier 1892, à l'Hôpital cantonal.

Père bien portant, pas de tuberculose. Calculs vésicaux.

Mère morte, a été soignée à l'Hôpital pour des ulcères de l'estomac.

Un frère bien portant.

Un frère mort de tuberculose, avait subi à l'Hôpital, pour sa jambe, l'ostéotomie.

Maladies antérieures : A eu à l'âge de 8 ans, la fièvre (?). Entérite aiguë. Régulée à l'âge de 12 ans. Depuis, les époques ont été très irrégulières. Forts épistaxis au moment des règles, ce qui l'a beaucoup anémiée.

Il y a 6 ans, en passant dans une vigne, elle heurte du ventre un échalas. Le ventre a été longtemps douloureux. Il y a quelques années, fluxion de poitrine.

Il y a trois ans, fracture de jambe. La malade prend froid, tousse beaucoup. Points très douloureux au côté

gauche du thorax. Depuis ce moment vives douleurs au niveau de l'estomac. Ces douleurs s'irradiaient à tout l'abdomen.

Depuis 2 ans, impossibilité de porter un corset. Elle ressentait au niveau des fausses côtes gauches, comme un paquet qui lui comprimait l'estomac et causait des vomissements. Ils ont duré une année et n'ont cessé que lorsque la tuméfaction est devenue médiane.

La proression de cette tuméfaction a été lente, peu douloureuse, et s'avantait en bas et en dedans vers la ligne médiane. Elle devient alors douloureuse. La malade doit garder le lit dans le décubitus latéral droit. Fièvre. Forte agitation.

Femme de petite taille, pâle, anémiée.

Très nerveuse, très agitée.

Système respiratoire normal.

Pouls un peu faible. Cœur normal.

Peu d'appétit. Ventre ballonné. Renvois gazeux.

Epoques irrégulières.

Urine normale.

Examen. — Sur la partie antéro-supérieure gauche de l'abdomen, on constate une tuméfaction de la grosseur d'une tête de fœtus de 8 mois. Elle s'étend du rebord des fausses côtes à la ligne médiane; les limites sont diffuses à la vue, en haut et en bas et à la partie externe.

Sur la partie la plus saillante, la peau est un peu luisante, normale partout ailleurs. La surface est bosselée. A la palpation, peau mobile sur la tumeur. La tumeur ne remonte pas dans les mouvements d'inspiration. Consistance molle, élastique et fluctuante, pas de frémissements. Sensi-

bilité exagérée. Température normale. A la percussion, la tumeur est mate.

Le lobe droit du foie est normal, le gauche paraît augmenté de volume. Rate peu augmentée de volume. Le 8 février 1892, opération, anesthésie à l'éther. Incision couche par couche. La tumeur se trouve sous le tissu cellulaire sous-cutané. On l'incise et il s'en écoule une quantité de pus, environ 700 grammes. La membrane pyogène est très épaisse. Pas de communication avec la cavité abdominale ni avec le foie. La percussion sur le fond de l'abcès permet de constater la sonorité de l'abdomen.

Les muscles droits sont écartés. Lavages antiseptiques de la cavité, raclage. Contre-ouverture. Drainage. Sutures de la peau à la soie. Pansement compressif.

Le 10, on refait le pansement.

Le 12, les sutures et les drains sont enlevés. Première intention. La plaie reste fistuleuse. Bains de soufre.

Le 26 mars, la malade quitte l'Hôpital avec une petite fistule ne donnant presque plus rien.

Récidive.

La nommée Du., entrée à l'Hôpital le 20 février 1893, a été soignée en 1892 pour un abcès de la paroi abdominale.

Dans le courant du mois de mai 1892, il se forme dans l'hypocondre droit une tumeur molle, élastique, qui est sensible au palper. La malade ne suit aucun traitement.

A l'examen de la malade, tous les systèmes sont normaux, sauf le système nerveux. Elle est très excitable; les ovaires sont douloureux.

Examen. — On constate un peu à gauche de l'ombilic, une tuméfaction du volume d'une grosse orange, aux limites

très nettes, consistance molle, élastique et fluctuante, égale partout. La peau est normale, la tumeur est mobile avec la paroi abdominale.

Le 25 février, opération. Narcose à l'éther. Désinfection, incision et raclage; extirpation de la membrane pyogène; thermo-cautère. Il existe des fusées purulentes allant jusqu'à l'ancien abcès. On fait le raclage du premier abcès resté fistuleux. Contre-ouverture, drainage. Suture de la peau. Pansement au collodion. Première intention. La malade quitte l'Hôpital le 31 mars, bien rétablie, avec une fistule, suite du premier abcès.

OBSERVATION DE DESCROIZILLES

La nommée P. L., âgée de 6 ans, se présente le 21 novembre 1891. Parents en bonne santé, aucun accident tuberculeux dans la famille.

Pas de maladie antérieure, sauf la rougeole à deux ans et demi.

Vient consulter pour des douleurs ressenties dans le flanc droit, où elles ont leur maximum et irradiées dans toute la cavité abdominale.

Parmi les commémoratifs, l'enfant accuse une grande fatigue, le 14 juillet, causée par des sauts et des danses. Le 16 juillet, violentes douleurs abdominales, durant 24 heures. En septembre, réapparition des douleurs durant 48 heures. En novembre, douleurs presque continues, accompagnées de vomissements et diarrhée, d'épistaxis avec mouvements fébriles, accusés et fréquents.

Status à l'entrée à l'Hôpital des Enfants-Malades :

Etat général assez bon. Pas de toux, pas d'amaigrissement, murmure vésiculaire très affaibli à la base droite.

La paroi abdominale présente une tumeur lobée, s'étendant de l'ombilic, qu'elle dépasse légèrement en haut et à gauche, jusque dans la partie moyenne du flanc droit.

Douleurs vives, lancinantes, faciès grippé, fièvre 39°.

A la palpation, on constate une intumescence rénitente, non fluctuante, sans aucun rapport avec la région hépatique. Ferme et mobile, la tumeur semble rouler sur la masse intestinale, on dirait un gâteau d'anses intestinales, avec induration prononcée.

Pas d'inflammation ni d'empâtement.

Le 23 novembre, deux jours après l'entrée à l'Hôpital, 15 grammes d'huile de ricin. Selles abondantes. Ventre moins douloureux à la pression.

Urines normales en quantité et couleur. Anneau d'albumine prononcé. Frictions belladonnées.

Le 25, palpation plus douloureuse. Autour de l'ombilic, une petite région rouge, plus douloureuse que le reste, empâtée et fluctuante. La température remonte de 37°5 à 39. L'inflammation augmente en surface, douleur plus vive.

Le 26, chloroformisation, et pendant le relâchement des muscles droits abdominaux, on constate un boursoufflement de la paroi, qui disparaît après les effets du chloroforme.

Ponction exploratrice, donnant issue à quelques gouttes d'un pus franc et pâteux.

L'empâtement augmente le 27, le 28 on pratique une incision de 4 centimètres, à cinq travers de doigt de l'ombilic, au niveau du flanc droit. On donne ainsi issue à 300 grammes de pus grumeleux et fétide. Lavage au sublimé et drainage, pansement à la gaze iodoformée.

Le même soir, température à 37°3. En changeant le pansement, il s'écoule de 70 à 80 grammes de pus.

Le 1^{er} décembre, jusqu'à ce jour, irrigation de la cavité tous les jours, les pansements sont à peine souillés, température 37°8 le matin, 37°6 le soir. En irriguant, on produit un boursoufflement bien limité de la paroi, le fond étant formé par les muscles droits, la cavité s'affaisse dès que l'on permet au liquide de s'échapper.

Le 3 décembre, pas d'induration, plus de douleur.

Le 10, plaie tout à fait cicatrisée, cicatrice linéaire régulière.

Le 20, sortie de la malade, complètement rétablie.

OBSERVATION DE BROCA.

X., 35 ans, journalier, entre le 15 septembre 1890, à l'Hôpital Bichat, service de M. Huchard ; pas d'antécédents héréditaires, parents se portant bien. Dans sa jeunesse, croup et méningite. En 1877, service militaire à la Guadeloupe, fièvres intermittentes. En 1880, retour en France ; les fièvres ont, jusqu'en 1888, au moins un retour offensif par an. En 1884, douleur dans la région du foie, pas d'ictère, mais une poussée fébrile, séjour au lit pendant plus d'un mois. En 1882 et 1886, plusieurs attaques semblables. Pas de tumeur à cette époque. Depuis 1886, ces symptômes ont disparu, ainsi que les accès paludéens depuis 1888. Le 15 juillet 1890, le malade est fortement serré par un cheval contre un mur, toute la région hépatique est contusionnée. Douleur insignifiante, le malade continue son travail.

Le 22, apparaît une douleur dans le genre de celles res-

senties en 1885-86. Séjour. au lit pendant deux mois. Vésicatoires et régime lacté sans effets.

Le 13 septembre, entrée à l'Hôpital. Le foie fut trouvé gros et le diagnostic fut celui d'hépatite aiguë. Le 18, tuméfaction sous le rebord des fausses côtes, très douloureuse, et ayant tendance à augmenter. Quelques poussées fébriles insignifiantes le soir, la température étant normale le matin. A partir du 2 octobre, apyréxie absolue.

Le 4 octobre, lésion phlegmoneuse manifeste, paraissant stationnaire depuis 48 heures.

A l'inspection, voussure sans rougeur de la peau, allant du rebord des fausses côtes droites, au niveau de l'ombilic, à sommet situé à la jonction de l'épigastre et de l'hypochondre, à deux doigts et demi au-dessus de l'ombilic. Pas d'œdème, ni hyperémie locale, mais sensation d'un empatement phlegmoneux profond. La pression est très douloureuse, fluctuation profonde. A droite de la tuméfaction, on sent le rebord antérieur du foie qui dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. La matité hépatique ne dépasse que peu ses limites normales, et atteint le quatrième espace intercostal. Poumons et cœur normaux. Rate un peu hypertrophiée, mais indolente.

Le diagnostic d'hépatite suppurée aiguë est admis, et la laparotomie décidée.

Le 7 octobre, laparotomie, incision de 8 cent. intéressant la peau et le plan sous-cutané induré, boutonnière à l'aponévrose sur la ligne blanche, qui laisse voir le péritoine mince, translucide et souple; il devait par conséquent être sain et sans adhérences. Le péritoine n'est pas ouvert. Avec la sonde cannelée, on arrive sur la gaine du Grand Droit, dans la couche conjonctive, épaissie et friable; il en

sort quelques gouttes de pus. L'orifice est agrandi, et on évacue du pus phlegmoneux franc, environ le contenu d'un verre à bordeaux. L'exploration digitale montre qu'il n'existe pas de diverticule profond. Lavage de la cavité au phénique, drain transversal gros et court, suture de l'aponévrose à la soie. Suture de la peau au crin de Florence, pansement iodoformé.

Le 15, pour la première fois, le pansement est changé. Apyrexie constante depuis l'opération. Pas une goutte de pus, suture et drain sont enlevés.

Le 22, second pansement, cicatrisation complète.

Le 25, guérison et sortie de l'Hôpital. Foie indolent, région épigastrique sonore.

OBSERVATION DE WEDRYCHOWSKI.

Madame X., 48 ans, bien portante jusqu'à 45 ans, jamais d'affection abdominale. A 28 ans, grossesse sans suites fâcheuses. Réglée jusqu'à 44 ans, ménopause à ce moment, sans que la malade en ait été le moins du monde incommodée. Cinq mois plus tard, la malade ressent de fortes douleurs dans l'hypocondre droit, à la hauteur de l'ombilic, vers la ligne médiane. Six ou sept mois après ces douleurs, la malade sent une masse indurée qui n'a fait qu'augmenter de volume. On sent actuellement à cet endroit une masse indurée formant comme un gâteau profond. La pression, à ce niveau, est très douloureuse, elle amène la contraction des muscles, ce qui rend l'examen difficile, mais n'empêche pourtant pas de sentir la mobilité de la tumeur sur les parties profondes; fluctuation nette au centre, masses indurées périphériques.

Adhérence de la peau au centre de la tuméfaction. La

percussion permet d'établir que le foie n'est ni déplacé ni augmenté de volume. Entre la matité hépatique et la matité de la tumeur, il existe une zone sonore ayant deux travers de doigt de large. Jamais d'ictère ni de vomissement. Rien aux poumons, au cœur, à l'utérus ou au bassin. Etat général bon, pendant les deux premières années du développement de la tumeur, depuis un an, il a commencé à lentement s'altérer. La malade a maigri, pâli, l'appétit est perdu. Fièvre, surtout le soir. Quelquefois diarrhée. Gosselin, appelé en consultation, affirma l'existence d'un abcès profond de la paroi abdominale, situé sous les muscles et au-dessus du péritoine. Le diagnostic fut de suite confirmé par une ponction exploratrice, qui ramena trois cents grammes d'un pus brun roux, d'une fétidité toute spéciale. Après la ponction, la tumeur ne présente plus que le quart de son volume primitif, la fluctuation n'est plus perceptible.

Par crainte d'érysipèle, on fit une ligne de caustique de Vienne, qui est laissé en place pendant 20 minutes. Quatre jours après l'eschare fut incisée, mais à peine le bistouri eût-il pénétré jusqu'à la partie profonde, que la poche se trouva ouverte et que le pus se mit à sortir par cette étroite ouverture. La plaie est élargie et on pénètre dans une cavité nettement circonscrite, à bords indurés. La poche dépend de la paroi et est mobile sur les organes intra-abdominaux. Pansement simple et lavages phéniques bi-quotidiens. De la poche étaient sortis près de huit cents grammes de pus. La température qui était à 38° lors de l'opération, n'atteignit la normale que quatre jours. Après cinq semaines d'apyrexie, se déclare un érysipèle du tronc et des membres inférieurs. Cet érysipèle dura quinze jours.

Quinze jours plus tard, la malade sortit guérie. L'état général s'était amélioré. Deux ans après l'opération, la santé de la malade se maintenait bonne.

OBSERVATION D'ARCHAMBAULT.

Le nommé B., âgé de 7 ans, entre le 10 mars 1883, aux Enfants-Malades, service du Dr Labric.

Mère jeune et bien portante, père mort de phtisie, selon toutes les apparences.

L'enfant paraît fort et de bonne santé. Il a eu autrefois un écoulement de l'oreille droite. Il y a un an, donc en 1882, une bronchite, suite de rougeole, qui a été soignée dans le service.

Dans le temps, l'enfant s'est plaint de douleurs dans le flanc droit; elles ont été traitées par les pointes de feu dont on voit les traces; en même temps, fièvres intermittentes, mais les renseignements que l'on donne à ce sujet sont très vagues. A l'époque actuelle, le foie est normal et indolore.

Il y a deux mois, l'enfant ressent dans le flanc gauche des douleurs très violentes dont la cause reste introuvable. Ces douleurs durent une huitaine de jours et l'obligent pendant ce temps à un repos complet au lit. A la suite, il se développe une tumeur molle, douloureuse au début, mais dans la suite presque indolore et à développement très lent. Il y a six jours, les douleurs reviennent et l'obligent à entrer dans le service.

L'examen nous fait reconnaître, dans le flanc gauche, à dix centimètres en dehors et au niveau de l'ombilic, une tumeur saillante, arrondie, de la grosseur d'un œuf de poule, c'est cette tumeur que le malade a vu se développer

pendant deux mois. Elle est molle, fluctuante et très douloureuse à la palpation. La peau est tendue, luisante, un peu amincie, mais ne présente qu'une excessivement légère coloration violacée. Cette collection, bien limitée, repose sur un plan induré, faisant corps avec la paroi abdominale et n'offrant pas de saillie appréciable à la vue. Cette masse indurée est perceptible par une pression énergique sur la tumeur; le doigt semble s'enfoncer dans une cavité à bords épais et durs, creusés à pic dans le plan de la paroi abdominale. La palpation périphérique fait reconnaître que la tumeur fait partie de la paroi. La palpation est douloureuse. Malgré l'induration, la percussion donne de la sonorité. La rate est normale, le foie également. Aucun signe d'une affection costale. L'auscultation et la percussion de la cage thoracique ne révèlent rien qui permette de soupçonner une affection des organes respiratoires. La percussion de la tumeur donnait une sonorité profonde.

Incision de la paroi abdominale, faite avec toutes les précautions antiseptiques. Une ouverture de 8 centimètres pratiquée avec le bistouri, donne issue à une centaine de grammes d'un pus visqueux, demi-transparent et grisâtre. La poche ne présente aucune communication profonde. Lavages phéniqués, drainage, pansement de Lister. Les suites opératoires sont simples. Le 27 mars, le malade se lève pour la première fois. Le lendemain, fièvre intense. 39°6, face grippée, yeux excavés, céphalalgie vive, vomissements, ventre ballonné et très douloureux, soif vive. Cet état dure deux jours, puis la convalescence s'établit et le 17 avril, sortie du malade complètement guéri.

OBSERVATION DE ROBERTS.

La nommée A. H., jeune fille de 16 ans, se présente au Woman's hospital de Philadelphie.

La famille présente des sujets tuberculeux.

A l'âge de 4 ans, elle perd son père, mort de tuberculose pulmonaire.

Frère et sœur morts, on ne peut savoir de quoi.

La malade présente l'aspect d'une personne anémiée. Elle est peu développée physiquement et n'a pas encore été réglée. Il y a 8 mois, elle ressent en se baissant une douleur peu vive à l'abdomen. Elle constate quelque temps après que son abdomen a un peu augmenté de volume. Parfois, elle se plaint de douleurs vives mais de très courte durée. Les digestions deviennent douloureuses. La sensibilité, à la pression, est très augmentée, surtout au niveau de l'ombilic et dans la région des flancs. La peau ne présente rien de particulier.

L'urine ne présente rien d'anormal.

Le cœur est parfaitement sain.

Au sommet du poumon droit, on constate une infiltration tuberculeuse.

Température normale.

On procède à une incision exploratrice allant jusqu'au péritoine, mais sans le toucher et passant par l'ombilic. En coupant les muscles, on arrive sur une cavité contenant du pus. On l'évacue. Lavage et curettage de la poche. Drainage et pansement sec. On laisse granuler la plaie. Le péritoine était épaissi, et le pus se trouvait entre les muscles et le péritoine.

Guérison.

OBSERVATION DE CARREAU

Madame A., âgée de 32 ans, mariée depuis 10 ans, mère de 4 enfants, ne présente pas d'antécédents morbides.

Parents en bonne santé.

Elle-même a toujours joui d'une santé parfaite, jusqu'au mois de septembre 1882. A ce moment, atteinte de dysenterie, elle vient réclamer des soins au Charity-Hospital. Elle accuse déjà pendant son séjour hospitalier, une douleur sourde dans la région hypogastrique gauche qui, du reste, ne l'inquiète nullement. Elle reste à l'Hôpital jusqu'au mois d'octobre, époque à laquelle a lieu sa sortie, bien que sa dysenterie ne fût pas complètement guérie.

Au mois de novembre, la douleur dans le flanc gauche prenant un caractère plus intense et une tuméfaction s'étant produite, elle se décide à venir consulter, et pour ce faire, se rend au New-York Dispensary. A la palpation on sent une grosseur de forme arrondie, aux limites très nettes, de la grosseur d'un œuf d'oie, sensible à la pression, facilement mobile sur le plan viscéral et avec la paroi. Il est possible de percevoir de la fluctuation. Dans la station debout, la douleur est peut-être un peu plus violente, mais n'occasionne pourtant pas de gêne dans la marche. Une ponction exploratrice ramène du pus. Langue sèche. Température 39°4. Diagnostic. Abscess de la paroi. On procède à la narcose ; les précautions antiseptiques prises, on fait une incision de la paroi. Evacuation du pus. Sutures, drainage, pansement. En janvier 1883, la malade quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION DE FRÉD. TAYLOR.

Jessie L., âgée de 4 ans $\frac{1}{2}$, entre le 23 décembre 1884, au Evelina Hospital.

Famille en bonne santé.

Elle-même a eu la rougeole il y a deux ans. Trois crises épileptiformes depuis. La dernière a eu lieu le 25 octobre ; elle a été suivie de vomissements et de diarrhées. Depuis ce temps, la malade se met au lit. Quatre semaines après, on remarque que l'abdomen augmente de volume, il devient douloureux ; on lui applique des cataplasmes. La toux n'a pas discontinué pendant toute la maladie.

A l'entrée dans le service l'enfant était chétive, pâle, la peau était sèche, la langue assez propre. Abdomen distendu, mat en avant, fluctuation et thrill. Les flancs sont sonores, l'ombilic est un peu saillant et de coloration un peu rosée. Le côté droit du thorax est un peu plus mobile que le gauche.

Rien au cœur.

La cage thoracique est sonore normalement à droite, la base gauche présente en arrière de la matité, et le sommet gauche de la submatité.

Pouls petit et rapide.

Le 25 décembre, on trouve de la fluctuation.

Le 26, ponction exploratrice, qui ramène un pus louable.

Le 27, incision sur la ligne blanche, on évacue six onces de pus.

Le 29, drainage, pansements traversés.

Puis arrive une pleurésie qui fait diversion.

Le 5 janvier, matité du sommet gauche, en avant. Craquements. Empyème.

Le 4 février, les deux cavités donnent toujours du pus.

Le 13 février, état très grave. Les vomissements épuisent la petite malade, et le 14 arrive la mort.

On peut procéder à l'autopsie. On trouve un large abcès sous-péritonéal, allant de l'appendice au pubis. Le péritoine n'est pas épaissi, il n'a pas contracté d'adhérences avec le foie, la rate ou les autres organes.

On remarque de petits grains jaunes de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminés sur le foie, l'estomac et la rate. Il est impossible de constater une communication quelconque avec la cavité abdominale. Les poumons sont adhérents à la cage thoracique. Les plèvres présentent des granulations tuberculeuses.

Le cœur est normal.

Le cerveau est normal.

CONCLUSIONS

Les abcès froids de la paroi abdominale sont probablement et presque toujours des abcès tuberculeux.

Ils n'ont pas d'origine osseuse, articulaire ou ganglionnaire.

L'induration profonde n'implique nullement à elle seule, le siège intra-abdominal de l'abcès.

Le pronostic en est assez favorable.

Le traitement de choix est l'incision suivie de raclage.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARCHAMBAULT. — Abscès de la paroi abdominale. Rev. mens. des maladies d'enfants, Paris, 1883.
- BERNUZE. — Archives de médecine.
- BÉZY. — Cont. à l'étude des abcès froids du tissu cellulaire. Paris 1880.
- BROCA. — Abscès du Grand Droit de l'abdomen simulant un abcès du foie.
- CARREAU. — Abscess of the abdominal wall. New-York. Medic. Journal 1884.
- CHAMBERS. — A case of abscess of the abdominal wall. New-York. Medical Journal 1880.
- DESCROIZILLES. — Sur un cas d'abcès de la paroi abdominale. Gazette Hôpitaux. Paris 1892.
- LABUZE. — Abscès développés dans la gaine du Grand Droit.
- MACAREZ. — Thèse de Lille.
- ROBERTS. — Tuberculous abscess of the abdominal wall. Medical News. Philadelphia 1891.
- TAYLOR. — Large abscess of the abdominal wall. Medical Times and Gazette. Londres 1885.
- VILJERS. — Thèse de Nancy.
- WEDRYCHOWSKI. — Contrib. à l'étude des abcès de la paroi abdominale. Paris 1879.
-



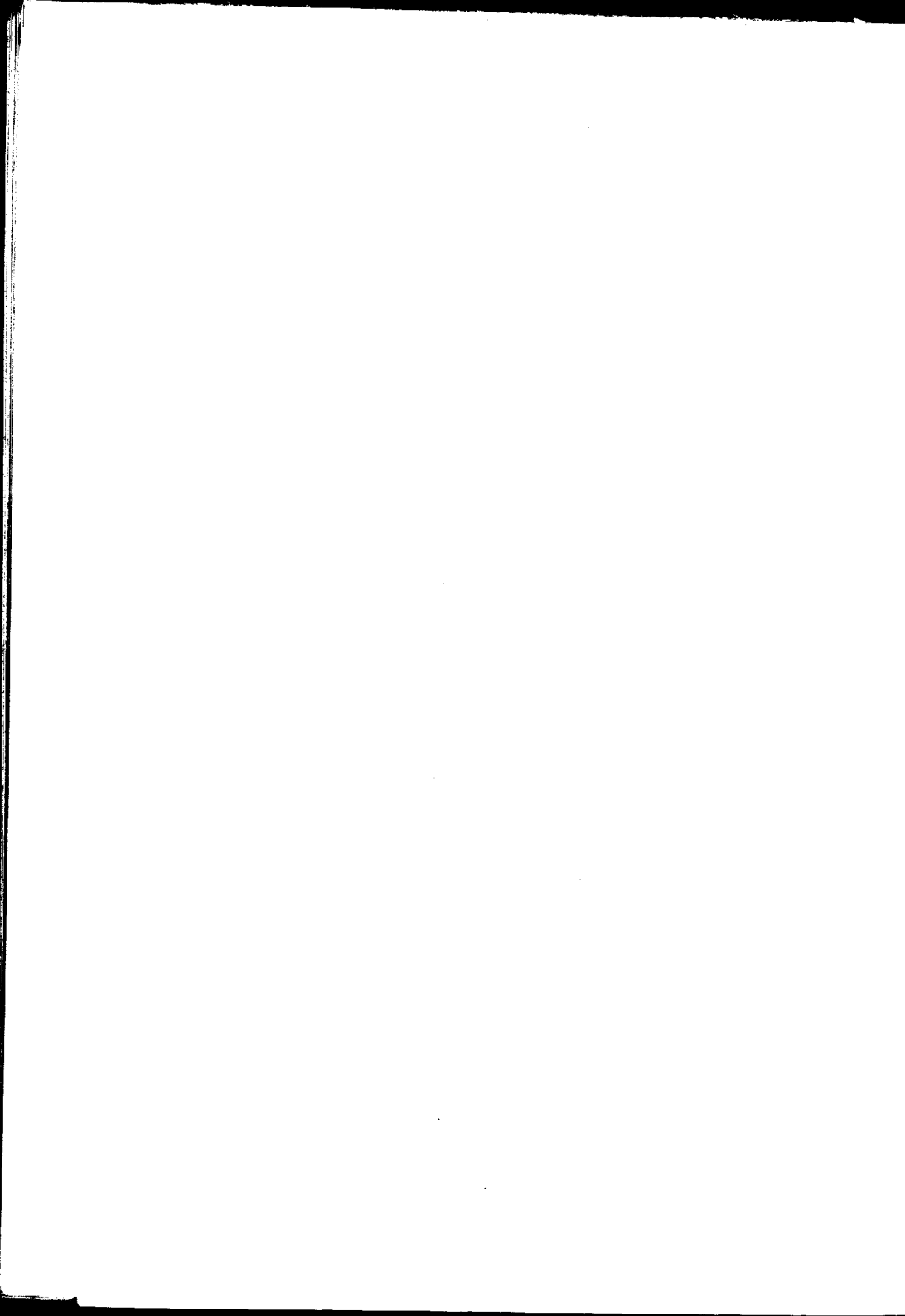
16673

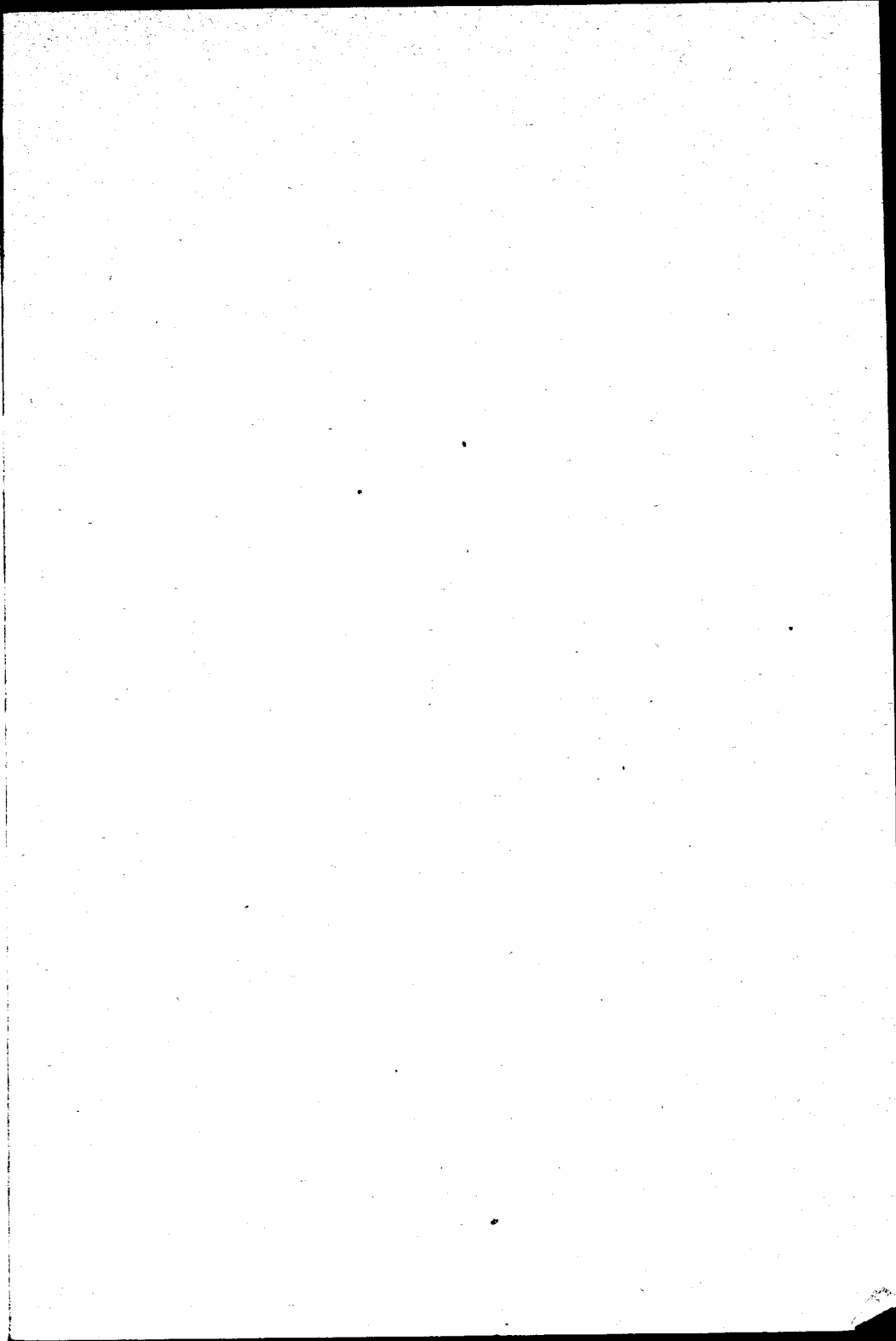
*La Faculté de Médecine autorise l'impression de la
présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur
les propositions qui y sont énoncées.*

Le Doyen :

Prof^r Dr PREVOST.

Genève, le 22 Mars 1894.





2/16/49