

variables. Dans quelques cas c'est une petite masse, plus ou moins mobile, indolore, du volume d'une noisette ou d'une noix : sa consistance, plutôt ferme au début, peut, en l'absence de toute constatation de ganglions axillaires, faire croire qu'il s'agit d'un adéno-fibrome. — Dans la forme disséminée, on perçoit plusieurs noyaux qui peuvent se caséifier et s'ouvrir à la peau par de multiples abcès fistuleux, ou bien devenir confluents et donner naissance à des collections fluctuantes, étendues, véritables abcès froids : le diagnostic est alors simplifié et une ponction exploratrice le précise.

Au début, au contraire, et tant que le tuberculome reste dur, on peut confondre la tumeur mammaire irrégulière, bosselée, avec un foyer de mammite chronique et surtout avec un cancer, d'autant qu'on a noté quelquefois la rétraction du mamelon et que, dans les trois quarts des cas, on trouve les ganglions engorgés. Quand cet engorgement ganglionnaire de l'aisselle a été primitif et a précédé l'apparition de la tumeur mammaire, ce qui s'observe assez souvent, le diagnostic est simplifié. Mais lorsque la tumeur mammaire et l'adénopathie axillaire évoluent parallèlement, ou que la première est antérieure, l'incertitude peut être grande, tant que les foyers ne se ramollissent point. En faveur de la tuberculose, on peut invoquer les considérations suivantes : la tumeur mammaire tuberculeuse occupe, comme lieu d'élection, le segment externe de l'organe ; il y a disproportion entre la tumeur et l'adénite, l'adénopathie étant ordinairement plus volumineuse et d'un plus rapide développement que dans le cancer ; le ramollissement et la suppuration des ganglions sont précoces.

**Traitement.** — Il consiste soit dans l'incision suivie du curetage des foyers, soit dans l'amputation partielle ou totale de la mamelle avec ablation des ganglions.

## SEPTIÈME PARTIE

### AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN

#### CHAPITRE PREMIER

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES

##### ARTICLE PREMIER

#### CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

**Étiologie.** — Un corps contondant, animé d'une force vive considérable (ruade détachée à pleine volée, coup de pied dans une lutte, choc d'un timon de voiture) a frappé un blessé en plein abdomen. Ou bien, le sujet a fait une chute et est tombé à plat ventre ou sur le flanc, heurtant sur une face plus ou moins saillante : rebord de table, coin de meuble, angle d'un trottoir, poutre en saillie. Dans l'un et l'autre cas, l'agent vulnérant agit par *percussion*. — Il agit par *pression*, lorsqu'il appuie, avec une intensité et une durée d'ailleurs variables, sur l'abdomen dont la paroi est refoulée avec force ; exemples : une roue de voiture passant sur le ventre ; un éboulement dont l'action écrasante se prolonge.

S'exerçant selon l'un ou l'autre de ces deux mécanismes, l'agent vulnérant peut atteindre l'abdomen en deux zones différentes. L'une (*épigastre, région péri-ombilicale et hypo-*



*gastre*) répond à la zone non protégée du ventre, réduite comme défense à la seule paroi musculo-aponévrotique. — L'autre correspond à des régions mieux défendues, où la violence traumatique est amortie par de plus solides résistances pariétales : les *hypochondres*, abrités par le rebord costal qui latéralement cuirasse la paroi; les *bas-flancs* et les *fosses iliaques* que protège le rebord iliaque, surtout pour un coup oblique; les *lombes*, garanties partiellement par une plus grande épaisseur des muscles.

Cette distinction a une valeur clinique intéressante : à égale intensité, les contusions de la première zone sont plus exposées à des lésions viscérales. Elle répond d'ailleurs, dans le cas de lésions profondes des organes, à deux types différents. Les contusions qui portent sur la première zone se compliquent surtout de déchirures de l'intestin, plus rarement de l'estomac, c'est-à-dire d'organes creux, à contenu septique; et le *péril est ici la péritonite par perforation*. Celles, au contraire, qui atteignent la seconde zone, entraînent des ruptures de viscères pleins (foie, rate, reins); et le danger est alors l'hémorragie interne.

**Anatomie pathologique.** — Quant un agent vulnérant rencontre la paroi abdominale, il peut arriver que sa force vive s'y épuise, surtout s'il s'agit de parties renforcées et protégées, si son intensité est médiocre, ou s'il porte obliquement ou tangentiellement : tout se borne alors à une contusion superficielle de la paroi, avec rupture musculaire plus ou moins étendue, épanchement sanguin et ecchymose.

Dans les conditions traumatiques inverses (corps contondant à saillie plus ou moins aiguë, agissant avec intensité, frappant l'abdomen normalement à sa surface), l'agent vulnérant refoule la paroi, avec d'autant plus de force que la zone frappée est moins résistante ou que la paroi est plus relâchée, le blessé surpris n'ayant pas vu venir le coup et ne s'étant point défendu par une contraction instinctive des muscles pariétaux. Doublé de cette paroi refoulée, l'agent traumatique (fer de cheval, timon, relief saillant) vient frapper les viscères profonds. Cliniquement, il faut admettre que toute contusion violente suppose

une lésion viscérale probable. Toutes observations pesées, il est plus sage d'aboutir à cette formule, qui a pour conséquence l'intervention plus fréquente, que de se laisser décevoir par quelques exemples de contusions intenses sans lésions profondes et de s'abandonner à une fausse sécurité.

Selon le viscère atteint, la lésion diffère.

§ 1. LÉSIONS DES VISCÈRES CREUX : INTESTIN; ESTOMAC. — Soit d'abord un viscère creux : intestin grêle surtout; plus rarement colon; exceptionnellement estomac.

Supposons, ce qui est un cas fréquent, une ruade atteignant l'homme à pleine volée et en plein ventre. Dans plus du tiers des cas, une anse intestinale se trouve prise entre le fer, coiffé de la paroi repoussée et le plan résistant de la colonne vertébrale : écrasé sur le rachis, l'intestin subit au point pincé une plaie contuse, plus ou moins étendue. Tel est le mécanisme, formulé par JOBERT, de la *perforation par écrasement, par pincement*, caractérisée anatomiquement par une *déchirure, diminuant de largeur, de la muqueuse à la séreuse*.

Un second mode, plus rare d'ailleurs, de perforation peut s'observer : c'est la *rupture par éclatement* dont le mécanisme est bien connu, grâce aux travaux de HESCHL, de BECK, de MORY, et d'ADAM. Supposons que, par la compression des deux jambages de l'anse intestinale, la communication soit interrompue entre le sommet et les deux bouts afférent et efférent : la pression s'élève brusquement dans le contenu liquide ou gazeux de l'anse; celle-ci éclate vers le sommet. Dans la lésion du type décrit par MORY, et qui est produite par un coup de pied de cheval, on trouverait ainsi trois perforations : deux petites plaies par écrasement, distantes de 5 à 8 centimètres, répondant aux deux extrémités transversales du fer; au milieu de l'anse, une longue perforation par éclatement. Contrairement à la lésion par écrasement, la rupture par éclatement est caractérisée par ce fait que la séreuse est plus largement déchirée que les autres tuniques : la solution de continuité forme ainsi un cône à base extérieure.

Ces deux types de rupture peuvent présenter une forme incomplète : expérimentalement, cette rupture partielle a été



étudiée par FÉVRIER et ADAM; cliniquement, elle explique les cas, à symptômes d'abord très légers, qui se terminent par une brusque péritonite quand la perforation se complète. — Dans la *rupture incomplète par écrasement*, la séreuse seule reste intacte, bleuâtre et ecchymotique, voilant la perte de substance de la musculuse et de la muqueuse déchirées, ce qui se révèle à la palpation par un défaut de résistance de ce point. Dans la *rupture incomplète par éclatement*, la séreuse est déchirée, généralement en long, découvrant la musculuse.

La *rupture totale*, section transversale, avec écartement des deux bouts, ne se rencontre qu'une fois sur dix. — En dehors des lésions perforantes de l'anse, il peut se produire : 1° des *épanchements sanguins interstitiels*, pouvant aboutir au sphacèle et, par la chute de l'escarre, à une perforation tardive ; 2° des *déchirures du mésentère*, capables de donner lieu à des hémorragies abondantes, indication d'intervention, quand elles portent sur une arcade importante des mésentères, ou susceptibles d'entraîner un sphacèle secondaire d'une portion d'intestin quand la lame mésentérique a été désinsérée de l'anse, ce qui supprime ses moyens de nutrition ; 3° un *état de contracture intestinale* bien curieux, que nous avons rencontré plusieurs fois, qui siège à une distance variable de l'anse contuse et qui réduit au quart ou au cinquième la dimension d'un segment d'intestin grêle, si bien que MICHAUX a pu le comparer alors à « un intestin de poulet ».

§ 2. LÉSIONS DES VISCÈRES PLEINS : FOIE, RATE, REINS. — Un viscère plein, immobilisé par ses moyens de fixation anatomique (foie et reins), reçoit un choc, ou, poussé et serré contre un plan osseux résistant, subit une pression violente ; son parenchyme se déchire : étant donnée la riche vascularité de ces viscères, *l'hémorragie en est la conséquence*.

Les types de lésions sont comparables, quel que soit l'organe. — Dans la forme simple, la capsule du viscère reste intacte, et il se forme des ecchymoses ou des épanchements sanguins sous-capsulaires. — Quand la capsule est rompue, ce qui est le cas ordinaire, le sang se verse en plein péritoine ; dans les con-

tusions du rein, il peut, en outre, descendre vers l'uretère et la vessie.

Les solutions de continuité qui entament ainsi les tissus hépatique, splénique ou rénal peuvent être plus ou moins profondes et étendues : tantôt simples *fissures*, craquelant la surface de l'organe ; parfois, *fentes larges*, comblées par des caillots ; et, dans les traumatismes de grand volume, *véritables éclatements en étoile*, qui ont contribué à faire admettre pour la production de ces lésions, le mécanisme de la pression hydrostatique d'après lequel l'agent vulnérant, communiquant aux liquides qui imbibent le viscère la force vive dont il est animé, les projette excentriquement, par une véritable action explosive. Comme on le conçoit, l'abondance de l'hémorragie est proportionnelle à l'étendue et à la profondeur de la lésion viscérale, c'est-à-dire à l'importance des vaisseaux déchirés.

**Symptômes et diagnostic.** — Un blessé qui vient de subir une contusion forte de l'abdomen, présente ordinairement un état spécial qu'on appelle « Shock » : il est étendu, plus ou moins prostré, la face pâle, les lèvres décolorées, le pouls petit et fuyant, la respiration courte et rapide, les extrémités froides, cyanosées ; parfois quelques nausées et vomissements accompagnent la scène. Or, le shock ne signifie point une lésion certaine des viscères abdominaux : il traduit la commotion nerveuse du grand sympathique ; il peut se montrer à un haut degré dans les contusions simples sans déchirures viscérales et manquer dans des cas où ces ruptures existent. — Si la commotion nerveuse seule est en jeu, vous allez voir, dès les premières heures, ces symptômes diminuer et disparaître, le traitement aidant (injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel, décubitus en tête basse) : la face se colore ; le pouls redevient régulier, bien frappé ; la respiration reprend son rythme et son ampleur ; les extrémités se réchauffent.

Quand, au contraire, la contusion s'accompagne d'une lésion viscérale, deux complications entrent en scène : 1° *l'hémorragie*, s'il s'agit de la rupture d'un viscère plein, de la lésion d'un gros vaisseau épiploïque, de la déchirure d'une arcade du mésentère ou du mésocolon ; 2° *l'infection péritonéale*, fatale



après une perforation de l'estomac ou de l'intestin, fréquente après la lésion de voies biliaires ou urinaires septiques. — Dès lors, le tableau change ; au lieu de l'amélioration progressive, jusqu'à disparition des phénomènes immédiats, du shock, vous verrez apparaître, après ou sans accalmie, les symptômes révélateurs de l'hémorragie interne qui continue à s'écouler dans le ventre, ou de la septicémie péritonéale qui va suivre l'inoculation de la séreuse par les produits septiques de l'intestin. Signes avertisseurs qu'il faut saisir dès leur début ; car le succès thérapeutique se subordonne à la précocité de l'intervention.

Le shock initial, au lieu de s'amender, s'accroît : le pouls devient filant ou s'accélère ; les injections sous-cutanées de sérum ne le remontent que temporairement : la face pâlit, sans se gripper ; les muqueuses se décolorent ; les extrémités se refroidissent progressivement ; il y a de l'angoisse respiratoire par anoxémie ; un peu d'agitation délirante. C'est le tableau des abondantes hémorragies internes ; et il s'agit d'arrêter au plus tôt cette saignée progressive : l'état de shock, ici, loin d'être une contre-indication à l'intervention, l'indique au contraire, pourvu que déjà l'hypothermie ne soit point trop grave, au-dessous de 35°,5, et sous la réserve qu'une transfusion intra-veineuse de sérum artificiel va, avant l'opération, relever la tension vasculaire.

Deuxième hypothèse : la péritonite va succéder à une perforation de l'intestin. Un fait capital est établi par les interventions de ces dernières années : c'est que la chirurgie est à peu près impuissante contre la péritonite en pleine évolution. Par conséquent, l'idéal serait de reconnaître, non point la péritonite dès ses premiers symptômes, mais la lésion perforante, avant l'infection de la séreuse.

On indique, comme signes révélateurs de cette perforation : 1° la douleur, qui, selon Mory s'exagérerait par l'ingestion d'une petite quantité de liquide (expérience dangereuse et sans valeur) ; 2° la disparition de la matité hépatique et son remplacement par une zone sonore ; 3° la présence de sang dans les selles ; 4° la contracture de défense des muscles de la paroi.

Les trois premiers signes n'ont aucune constance. La douleur, particulièrement vive au point contus, persistante, profonde, se manifestant parfois au simple frôlement de la paroi (hyperesthésie cutanée de DELORME) est digne d'attirer l'attention. Mais, que d'exemples on peut citer de blessés succombant à des péritonites par perforation, après n'avoir présenté au début que des symptômes douloureux très légers : tel le soldat de NIMIER qui reçoit un coup de pied de cheval dans le ventre, se fait frictionner à l'alcool camphré, gagne à pied l'infirmerie, y cause et rit jusqu'au soir avec les autres malades, passe une nuit tranquille, prend son café au réveil, va à l'écurie chercher ses effets et meurt le lendemain avec une perforation de l'intestin grêle, des dimensions d'une pièce de deux francs. — La sonorité pré-hépatique (signe de Jobert) n'est point une preuve d'une lésion perforante ayant permis l'issue des gaz intestinaux dans l'abdomen ; car les gaz ne s'échappent ordinairement qu'en faible quantité ; le plus souvent il s'agit là de tympanisme par distension du côlon. — Les selles sanglantes sont exceptionnelles.

En revanche, la contracture de la paroi non limitée au point contus (*Ventre en bois*), est un signe dont la valeur pratique a été mise en relief par les observations de JALAGUIER, de MICHAUX, de GUINARD, et dont la signification a paru tellement catégorique qu'HARTMANN et nous, avons fondé sur lui l'indication nette d'une laparotomie immédiate. Dans la majeure partie des contusions avec lésion perforante, le ventre, loin d'être météorisé, est rétracté par la contraction de vigilance des muscles de la paroi, rétraction et dureté qui s'accroissent lorsqu'on palpe le point contus.

Quand l'infection de la séreuse par les microbes issus du tube digestif est réalisée, les signes de la péritonite se montrent et évoluent avec une rapidité telle que la mort peut survenir en seize, dix-huit, vingt, vingt-quatre heures. La douleur s'exagère et s'étend à tout l'abdomen, symptômes que les injections de morphine atténuent et tendent à voiler. La dyspnée apparaît, et les mouvements inspiratoires deviennent superficiels et fréquents. Nous avons vu des malades mourir sans un



vomissement : ordinairement, le blessé, après avoir rejeté le contenu alimentaire de son estomac, vomit des glaires puis des matières verdâtres ; mais la septicémie péritonéale ne laisse point à ces vomissements le temps de s'accroître. Ce qui doit avant tout attirer l'attention du médecin, c'est le pouls : ces toxines frappent le cœur avec une précocité et une intensité telles que nous trouvons là notre meilleur indice clinique ; le pouls s'accélère ( nous l'avons vu monter de dix pulsations par heure), devient filiforme, puis incomptable. Le facies n'est plus celui du shock ; il n'est pas celui de l'anémie aiguë des hémorragies internes : c'est le facies grippé des infections péritonéales ; le nez se pince et s'effile, les yeux se creusent, les narines battent rapidement, la figure se couvre de sueurs froides, les extrémités sont froides et se cyanosent.

**Traitement.** — Dès que le diagnostic d'une perforation intestinale ou d'une hémorragie progressive est établi, intervenir par une laparotomie précoce et rapidement conduite : telle est la règle à laquelle les chirurgiens s'accordent à peu près actuellement. Mais sa mise en pratique rencontre des difficultés et des hésitations qui viennent de l'imprécision fréquente de ce diagnostic. Aucun signe de certitude ne l'établit dès le début ; son meilleur signe de probabilité, c'est la contracture de la paroi : se fonder sur lui seul pour laparotomiser, dès la première heure, ce serait s'exposer à des interventions inutiles. Aussi faut-il l'appuyer par une rigoureuse observation clinique du cas : commémoratifs et symptômes.

Renseignez-vous exactement sur les commémoratifs. Le choc a-t-il été violent, le corps contondant offre-t-il une saillie plus ou moins aiguë, a-t-il porté en plein ventre, dans la zone péri-ombilicale ou antéro-latérale : voilà déjà une forte présomption en faveur de lésions viscérales et une raison décisive d'agir si l'analyse des symptômes la confirme. Au contraire, un traumatisme léger atteignant une région protégée, hypocondre, flanc, région lombaire, inguino-crurale, a plus de chance de ne point léser les viscères et justifie plus souvent l'expectation armée.

Dès le premier moment, n'abandonnez plus un blessé atteint

de contusion grave de l'abdomen. Mettez le malade au repos : relevez le cœur et la tension vasculaire par la caféine et les injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum ; immobilisez l'intestin et calmez la douleur par la morphine ; appliquez la vessie de glace sur le ventre ; prescrivez la diète absolue même de boisson et calmez la soif par des lavements de sérum. Notez avec précision l'intensité des symptômes : et, d'heure en heure, suivez leur évolution. Comptez le pouls et appréciez sa force ; comptez les respirations ; examinez le facies ; considérez les troubles de calorification périphérique, la cyanose des extrémités, la prostration intellectuelle ; le ralentissement ou la suppression de la sécrétion urinaire, anurie réflexe digne d'attention ; méfiez-vous des malades excités qui se remuent et se lèvent ; palpez la paroi et analysez sa contracture de défense. Si les accidents initiaux du shock vont en s'aggravant au lieu de s'amender sous l'influence des injections d'éther et de sérum, intervenez, malgré l'hypothermie, surtout si la contusion a porté sur les hypocondres ; une lésion hémorragique est probable (déchirure vasculaire du mésentère, rupture hépatique ou splénique).

Lorsque vous voyez, au contraire, sous l'influence des stimulants, le pouls se renforcer, la face se colorer, les extrémités se réchauffer, ou si d'emblée les phénomènes de shock ont été atténués, il serait néanmoins imprudent d'en conclure à l'absence opératoire. Si cette amélioration coïncide avec un traumatisme léger, postéro-latéral plutôt que médian, si la contracture pariétale de vigilance est peu marquée, l'expectation est loisible. Dans les conditions inverses (contusion violente, coup portant en plein ventre, contracture vive de la paroi non limitée au point contus) nous pensons qu'il faut, surtout si le pouls tend à augmenter de fréquence, procéder à une laparotomie immédiate.

Deux arguments viennent justifier cette précocité de l'intervention. Notre but ne doit plus être d'enrayer la péritonite dès ses premiers signes (car alors l'intervention est précaire et opérer entre la douzième et la vingtième heure c'est en général arriver trop tard), mais de prévenir l'infection en



bouchant la lésion perforante ou en faisant l'hémostase de la lésion hémorragique. D'autre part, l'opération n'est facile et bénigne que lorsque l'intestin n'est pas encore distendu et qu'il n'a pas eu le temps de former des paquets d'adhérences qui ont souvent masqué les lésions, comme on le voit dans les deux cas de DELORME. Erreur pour erreur, mieux vaut faire une laparotomie purement exploratrice, bénigne si elle est aseptique et bien menée, que de méconnaître une perforation et d'intervenir trop tard en pleine péritonite.

Précoce et rapide : telles sont les qualités que doit remplir la laparotomie en pareil cas. L'intervention suppose évidemment les conditions d'asepsie, d'outillage et de technique sans lesquelles elle créerait de lourdes responsabilités. — L'incision médiane, sous-ombilicale est le procédé de choix. MAYO ROBSON et GUINARD ont recommandé une étroite boutonnière exploratrice, qui est mieux acceptée par le blessé, qu'on peut faire avec la cocaïne et que l'on complète sous l'éther qui a l'avantage de relever le pouls et d'exciter le cœur, lorsque l'issue de sang, de matières ou de gaz, vient révéler la perforation. Si cette dernière est probable, il faut voir clair et faire vite : l'incision large est nécessaire. Le déroulement rapide et la réintégration des anses, réduisent au minimum l'exposition à l'air de l'intestin et le shock réflexe ; mais l'éviscération totale méthodiquement conduite, recevant les anses dans des compresses imbibées de sérum tiède, se recommande par la clairovoyance et la découverte rapide des lésions. Si l'on opère en pleine péritonite, il faudra, après clôture des lésions perforantes, laver la séreuse par des irrigations de sérum chaud et l'assécher avec des compresses épongeant toutes ses anfractuosités : précaire intervention. Si, au contraire, la laparotomie devance l'infection péritonéale, les chances de succès seront d'autant plus grandes qu'en général les ruptures intestinales par contusion ne sont pas multiples, qu'en tous cas elles sont voisines, et que l'on n'est point exposé, comme dans les coups de feu de l'abdomen, à en omettre.

## ARTICLE II

## PLAIES DE L'ABDOMEN

**Anatomie et physiologie pathologiques.** — Suivant que l'agent vulnérant, — couteau, poignard, épée, défense d'animal, projectile d'arme à feu — après s'être enfoncé dans la paroi abdominale, ouvre ou non le péritoine pariétal, la plaie est dite *pénétrante* ou *non pénétrante*. — Une plaie *non pénétrante* est toujours bénigne : si elle n'est pas désinfectée aussitôt, elle peut simplement déterminer un abcès de la paroi et favoriser plus tard, au niveau de la cicatrice, une éventration. — Une *plaie pénétrante* est souvent mortelle : parce qu'il suffit d'une piqûre septique pour inoculer la séreuse et allumer la péritonite généralisée ; parce que les viscères sont très souvent atteints ; or, les blessures des viscères creux, à contenu septique, tuent par infection ; celles des viscères pleins peuvent tuer par hémorragie.

Mais toutes les plaies pénétrantes s'accompagnent-elles fatalement de lésions internes ? Un poignard ou une balle ne peuvent-ils trouer la paroi sans perforer un organe ou déchirer un vaisseau ? La clinique et l'expérimentation prouvent qu'il en est quelquefois ainsi ; d'où la division des plaies pénétrantes en deux groupes : 1° *les plaies pénétrantes simples* ; 2° *les plaies pénétrantes compliquées de lésions viscérales ou vasculaires*. Il faut bien savoir quelle différence sépare à cet égard les plaies par armes blanches des plaies par arme à feu. Sur 100 coups de couteau du ventre, 30 environ ne s'accompagnent pas de lésions internes. *Dans les coups de feu, au contraire la plaie simple est l'exception, la complication viscérale est la règle*. Sur 38 chiens en expérience, RECLUS et NOGUÉS n'ont vu qu'une fois la balle de revolver traverser le ventre sans blesser d'organe.

Quels dégâts produisent les agents vulnérants dans l'abdomen ? — Tout d'abord, par la solution de continuité de la paroi, un ou plusieurs viscères, intacts ou blessés, peuvent sortir et