

tinguée, lorsqu'elle est ulcérée, du cancer de cet organe, et plus d'une erreur de ce genre a été certainement commise. — Les antécédents, l'examen de la malade (adénopathie cervicale postérieure, céphalées persistantes nocturnes, douleurs ostéocopes, traces d'éruptions syphilitiques antérieures) viendront s'ajouter aux caractères propres à l'ulcération gommeuse. Lorsque la gomme s'ouvre, elle laisse écouler un liquide visqueux, gommeux, brunâtre ou grisâtre, riche en détritits gangréneux; — l'ulcération est formée de bords épais, indurés, taillés à pic, d'une coloration violacée; le fond en est grisâtre, recouvert d'une matière pultacée, pulpeuse, adhérente. — L'évolution de la gomme est rapide en général; elle dure cinq ou six mois au plus. Sa cicatrisation est longue à obtenir; elle laisse une trace blanchâtre au centre, brunâtre à la périphérie.

Le diagnostic établi, on se trouvera bien d'associer à l'iodure de potassium les frictions mercurielles faites avec soin : ce traitement mixte, par son heureux résultat, servant tout à la fois de pierre de touche pour le diagnostic et de moyen précieux pour la guérison.

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN

PREMIÈRE PARTIE

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

Les grandes dimensions de la région abdominale expliquent la fréquence relative de ses traumatismes. — Pour se rendre compte de leur gravité, il suffit de réfléchir un instant à la multiplicité des viscères plus ou moins tapissés par le péritoine et insuffisamment protégés par des parois musculaires relativement minces et molles.

Ces lésions traumatiques peuvent être toutes rangées dans deux chapitres distincts :

- 1° *Contusions de l'abdomen;*
- 2° *Plaies de l'abdomen.*

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Définition. — Appartient à la contusion, toute lésion traumatique des parois ou des viscères de l'abdomen produite par l'application d'un agent extérieur sans division des téguments.

Comme peut le faire prévoir une définition aussi large, on observe dans la *contusion de l'abdomen* tous les degrés possibles, depuis la simple ecchymose des parois jusqu'à l'attrition des viscères les plus importants.

Étiologie et mécanisme. — Les *agents contondants* sont ceux que nous avons énumérés à propos de la contusion du thorax. On peut rapporter leur mode d'action à l'un des quatre mécanismes suivants :

- 1° Fouettement; 2° choc direct; 3° pression; 4° contre-coup.

Pour n'y plus revenir, nous commencerons par ces dernières. Les lésions par *contre-coup* offrent en effet un caractère spécial; elles

appartiennent exclusivement aux gros viscères : foie, rate; elles se produisent dans les chutes sur les pieds, les ischions, les fesses. Le corps étant brusquement arrêté dans sa course par la résistance du sol, les viscères emportés par la vitesse acquise tendent à poursuivre la leur dans la cavité de l'abdomen. Ils exercent sur leurs points d'attache une traction proportionnelle à leur masse et à la vitesse dont ils se sont animés, et suffisante pour déterminer des ruptures considérables.

Le *fouettement* est produit par un corps long et flexible (mèches de fouet, lanières, baguettes de bois ou de métal, etc.). L'action très vive s'épuise vite sur la paroi; les couches superficielles seules sont atteintes; c'est le degré le plus simple de la contusion.

Le *choc direct* donne naissance à des contusions plus nombreuses et plus graves (bâtons, pierres, boulets, éclats d'obus arrivés à la fin de leur course, coups de poing, coups de pied de cheval, chute sur un corps fixe et résistant). C'est dans ces cas surtout que l'on peut rencontrer une lésion des viscères profonds à travers la paroi intacte. Ici la comparaison s'impose avec les traumatismes du thorax dans lesquels on observe aussi quelquefois des lésions viscérales sans altération des parois.

On comprend seulement que la lésion des viscères profonds à travers une paroi intacte se rencontre plus souvent dans l'abdomen. Tandis que le thorax, grâce à la solidité de sa charpente, oppose une résistance efficace à beaucoup d'agents traumatiques, la paroi abdominale, si dépressible, transmet aux parties profondes et dans toute leur intégrité les secousses qu'elle reçoit. Il n'y a d'exception que pour la partie postérieure et médiane au niveau de la colonne vertébrale.

Quelquefois pourtant la paroi abdominale oppose au traumatisme une résistance énergique. Lorsque les muscles de l'abdomen ont le temps de se contracter, ils s'opposent vigoureusement à l'enfoncement de la paroi, et ce sont les tissus aponévrotiques et musculaires qui sont le siège des lésions : déchirures cellulaires et aponévrotiques, ruptures musculaires se produisant au point contus et appartenant à la fois à la cause vulnérante et à la contraction musculaire.

La paroi est-elle surprise brusquement et sans défense, ou la résistance est-elle vaincue, alors l'action porte sur les organes. Leurs

lésions sont surtout fréquentes lorsque la direction du choc est normale à la paroi antérieure. Elles sont rares, au contraire, si elles sont très obliques ou parallèles à cette paroi.

Les *pressions* sont une cause fréquente de contusion abdominale : tamponnements et éboulements, passage d'une roue de voiture; le plus souvent ici la contusion de la paroi est accompagnée de lésions viscérales; la paroi étant repoussée complètement en arrière, le viscère : estomac, pancréas, intestin ou vessie, est pincé entre la colonne vertébrale et le corps vulnérant.

On comprend sans peine que certaines conditions favorisent, tout spécialement, les traumatismes viscéraux : plénitude du tube digestif et des réservoirs membraneux, ulcérations antérieures de l'intestin, adhérences péritonéales immobilisant plus ou moins ce conduit; pour le foie, son volume chez le fœtus, et chez l'adulte des dégénérescences pathologiques antérieures : la congestion chronique, la dégénérescence graisseuse, etc.; pour la rate, l'hypertrophie et le ramollissement dus à l'impaludisme (Vigla, Collin). Pour la contusion indirecte du rein enfin, le plus souvent, le rein lésé était déjà malade (Tuffier).

Anatomie pathologique. — A. *Lésions pariétales.* — Ce sont : 1° les *ecchymoses*; 2° les *épanchements sanguins* ou *séro-sanguins*; 3° les *ruptures musculaires*.

Toutes ces lésions seront plus utilement décrites à propos des symptômes.

A propos des *ruptures musculaires* de la contusion, dont nous avons étudié le mécanisme, nous nous contenterons de rappeler ici, très brièvement, que des lésions semblables se produisent sous d'autres influences dans la paroi abdominale.

Elles succèdent à tous les efforts : accouchement, gymnastique, convulsions, vomissements; la dégénérescence des muscles à la suite des fièvres graves et particulièrement de la fièvre typhoïde constitue bien souvent une cause prédisposante très importante.

Mais tandis que les ruptures musculaires, par contusion, peuvent occuper n'importe quel muscle et siéger soit au point contus, soit à distance suivant le mécanisme de leur production, dans les efforts, au contraire ces mêmes ruptures s'observent surtout dans les muscles droits de l'abdomen; on les rencontre encore dans les muscles lombaires (tour de rein).

Nous retrouverons la rupture musculaire dans deux des chapitres suivants, comme origine de certains phlegmons de l'abdomen, comme cause d'une hernie centrale immédiate ou secondaire.

B. *Lésions des viscères.* — 1° *Contusions et ruptures du tube digestif.* — Ces lésions, peu mentionnées et mal connues des anciens, ont été déjà bien étudiées par Jobert de Lamballe; les travaux plus récents de Polland (1858), de Chauveau (1869), de Longuet (1875), sont très bien résumés dans les auteurs classiques. Il convient d'y ajouter un mémoire de Beck (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, de 1882), le travail de Bouilly à la Société de Chirurgie (1885), le mémoire très complet de Chavasse dans les *Archives de Médecine militaire* (1884) et ses communications à la Société de Chirurgie (1884 et 1885). Enfin le travail récent de Moty sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, dans la *Revue de Chirurgie*, de 1890.

Les divers segments du tube digestif ne sont pas également frappés dans la contusion abdominale. — La statistique de Chavasse nous montre l'intestin grêle atteint dans 106 cas, alors que tout le reste de l'intestin ne figure que pour le chiffre 26. — Par ordre de fréquence, cet auteur classe : 1° la partie moyenne; 2° la partie supérieure; 3° la partie inférieure de l'intestin grêle; 4° le côlon; 5° le duodénum, dont les lésions seraient particulièrement graves; 6° le cæcum; 7° l'S iliaque. Frank a rapporté, dans la *Gazette médicale* de 1876, un fait peut-être unique de rupture indirecte du rectum à sa partie moyenne, produite dans une chute sur le ventre. Sur 111 cas rassemblés par Coull-Mackenzie, l'estomac n'était atteint qu'une fois.

Les lésions ne sont pas toujours limitées à une anse intestinale. Suivant Chavasse, dans 15 pour 100 des cas, plusieurs anses sont déchirées; nous reviendrons sur l'importance chirurgicale de cette notion.

A l'autopsie, on trouve sur l'intestin des lésions variables : la *contusion* se rencontre à tous les degrés, depuis la simple ecchymose jusqu'à l'attrition totale. — L'ecchymose est très fréquente; elle siège sous la séreuse ou infiltre les tuniques. — L'attrition peut être assez complète pour amener le sphacèle du point contus; la chute de l'eschare produit une perforation intestinale qui détermine elle-même une péritonite généralisée ou, dans les cas les plus favorables,

une péritonite localisée, un abcès stercoral et consécutivement une fistule de même nature.

Chez d'autres blessés, on observe primitivement une rupture, une *déchirure de l'intestin*. Le plus souvent, ce sont des perforations à bords déchiquetés ecchymotiques mesurant quelques millimètres d'étendue et livrant une issue facile au contenu de l'intestin. Exceptionnellement, la rupture n'intéresse pas toutes les membranes de l'intestin.

Dans quelques cas, la rupture a été trouvée totale. L'intestin est entièrement sectionné : 6 cas sur 42 perforations par coups de pied de cheval ou de mulet rassemblés par Chavasse, Beck, Moty. — Bouley et Lentz ont rapporté chacun un cas de rupture double isolant une petite portion de l'intestin. Toutes ces sections totales appartiennent à l'intestin grêle.

A côté des lésions intestinales et les accompagnant, nous devons signaler les déchirures du mésentère, la rupture de ses insertions intestinales, les épanchements sanguins plus ou moins abondants entre les feuillets péritonéaux. L'épiploon est rarement lésé.

Enfin, à titre exceptionnel, on a constaté sans lésions viscérales des lésions péritonéales, des déchirures épiploïques ou mésentériques qui ont pu devenir, au moins dans un cas, l'origine d'un étranglement interne.

La théorie du pincement viscéral entrevue par Jobert et Forget, vérifiée expérimentalement par Longuet et Chavasse, explique le mécanisme de la plupart des lésions que nous venons d'énumérer. L'intestin est pincé entre les plans résistants de la paroi postérieure de l'abdomen, la colonne vertébrale généralement et le corps vulnérant. Il est de la sorte écrasé, déchiré, rompu.

La compression d'une paroi viscérale entre le corps contondant et les matières renfermées dans le viscère n'est guère compréhensible que pour le gros intestin, dont le contenu est solide et parfois dur. Ce mécanisme est évidemment tout à fait exceptionnel (Duplay).

Dans quelques cas, on a invoqué encore un véritable éclatement de l'intestin. Il s'agit là, d'après Moty, d'une déchirure de dedans en dehors causée par l'élévation de la pression dans les liquides et les gaz contenus dans une anse intestinale. L'éclatement occupe toujours la partie de l'anse opposée à l'insertion du mésentère, le sommet de l'anse et présente une forme ovalaire à grand axe parallèle à celui

de l'intestin. D'après les expériences de Heschl répétées par Beck, la séreuse, la musculuse et la muqueuse cèdent successivement, et la déchirure diminue d'étendue de la séreuse à la muqueuse. Ces données expliquent le cas de Gendron où la séreuse seule était déchirée.

2° *Contusions et déchirures du foie.* — De tous les viscères de l'abdomen, le foie est un des plus fréquemment atteints, soit directement, soit par contre-coup.

La statistique de Ludwig Mayer renferme 141 contusions sur 267 traumatismes du foie. — Ici encore ce sont des déchirures qui constituent les lésions principales, à propos desquelles nous citerons les recherches de La Bigue-Villeneuve, de Ludwig Mayer, de Terrillon, de Roustan et d'Aurégan.

Ces déchirures siègent ordinairement à la face convexe, quelquefois à la face inférieure, surtout quand il y a ébranlement par contre-coup; le lobe droit est le plus fréquemment atteint, 54 fois sur 85, puis vient la région médiane, 21, et le lobe gauche, 10 fois seulement (Mayer).

Deux grands caractères distinguent anatomiquement les déchirures du foie : 1° *la multiplicité des lésions*; 2° *leur peu de profondeur*; celle-ci atteint rarement 3 ou 4 centimètres. — On a cependant vu le foie réduit en bouillie, et des fragments volumineux de son parenchyme séparés de sa masse par un véritable éclatement traumatique.

La capsule de Glisson est le plus souvent déchirée; si elle est restée intacte, on observe au-dessous de l'infiltration sanguine. — Les scissures pathologiques ainsi produites sont généralement antéro-postérieures, peu profondes; on dirait parfois, suivant l'expression de Terrillon, que le foie est *craquelé* comme certaines faïences.

Ces déchirures atteignent les canaux biliaires comme les vaisseaux sanguins; d'autre part, la vésicule biliaire, surtout quand elle est distendue, altérée par la présence de calculs, peut être rompue sous l'influence de causes presque insignifiantes : témoin le cas, cité partout, de cette femme de maréchal ferrant, qui mourut d'un coup de poing dans l'abdomen.

Le dernier caractère de ces déchirures du foie est leur cicatrisation rapide, lorsque le malade ne succombe pas, ce qui représente à peu près la moitié des cas.

3° *Contusions et déchirures de la rate.* — Moins fréquentes que les précédentes, elles varient aussi depuis l'infiltration sanguine jusqu'à l'attrition complète; ce sont le plus souvent des lésions fissuriques dont le principal danger réside dans l'abondance de l'épanchement sanguin. Ajoutons encore que l'on observe souvent sur la région voisine du côté du diaphragme et des côtes des lésions importantes qu'on ne devra pas oublier de rechercher.

Quelque graves que soient ces lésions, il y a des cas bien avérés de guérison.

4° *Contusions du rein.* — Le rein est principalement contus dans les traumatismes de la région lombaire.

Les *ecchymoses* n'ont guère été observées anatomiquement; Duplay ne les mentionne que sous réserve.

Les *déchirures* sont *complètes* ou *incomplètes*, uniques ou multiples, plutôt transversales que verticales; la déchirure complète est souvent unique, transversale au niveau du hile; la déchirure multiple peut donner naissance à un certain nombre de fragments encore adhérents ou non au reste du parenchyme.

Ces déchirures se cicatrisent lentement; elles peuvent suppurer, et cette suppuration constitue une importante indication opératoire. Maunoury a rapporté au premier Congrès français de Chirurgie une intéressante observation d'intervention chirurgicale pour un fait de ce genre.

L'épanchement sanguin résultant de la déchirure du rein peut rester dans la région lombaire, descendre dans le petit bassin, constituer un épanchement rétro-vésical, ou bien suivre les vaisseaux spermaticques et venir au pli de l'aîne (Letulle). Le péritoine est rarement déchiré dans ces cas.

5° Les *ruptures du pancréas* ne se rencontrent guère autrement qu'avec d'autres lésions excessivement graves; on en a observé un cas pendant la guerre d'Amérique.

Chavasse, pratiquant la laparatomie pour une contusion abdominale, est tombé sur une rupture de pancréas.

6° Les *ruptures des gros vaisseaux* sont aussi rares. Legouest a observé une déchirure de l'aorte, Schwartz une rupture de l'iliaque primitive, Velpeau trois cas de rupture de la veine cave inférieure, Bourguignon un autre, Gross un cas de rupture de la veine splénique, Richerand une déchirure de la veine porte, Fesq une lésion de

l'artère mésentérique supérieure et de l'iliaque externe (Th. de Paris, 1878).

Symptomatologie. — La contusion de l'abdomen n'est pas en elle-même une affection déterminée; elle est constituée par des lésions fort diverses, les unes graves, les autres légères, qui s'accusent chacune de leur côté par des signes plus ou moins nets. Cependant, toute contusion un peu violente est suivie d'un *état général* qui se retrouve à peu près chez tous les malades: il se rencontre aussi bien dans les contusions les plus simples que dans les plus graves et ne fait que traduire la commotion du système nerveux abdominal.

Cet ensemble de symptômes rappelle assez bien les principaux caractères de l'étranglement interne, douleur, stupeur, état syncopal, ralentissement du pouls, hypothermie, vomissements, météorisme sans lésion péritonéale, anurie, etc.

La *douleur* est le premier symptôme habituellement observé; d'une intensité très variable, suivant les contusions, elle est souvent accompagnée d'une sensation spéciale d'angoisse et d'anxiété, particulièrement marquée dans les traumatismes de la région épigastrique; au même ordre de phénomènes se rattache la *stupeur*, cet effet si remarquable des grandes blessures et surtout des blessures abdominales; on voit en peu de temps les malades prendre une teinte jaune, rester dans une immobilité complète absolument étrangers à tout ce qui les environne. — On peut encore observer la dépression subite des forces, la défaillance, un état syncopal avec petitesse du pouls, hypothermie, sueurs froides, refroidissement des extrémités, c'est le *shock péritonéal*. — Quelques faits rares, mais incontestables, de mort subite sans lésions, constitueraient le dernier échelon de cette série d'accidents imputables à la douleur et à l'ébranlement du système nerveux splanchnique.

D'autres fois, ce sont des *vomissements* qui surviennent sans lésions et qui se montrent surtout un certain temps après le traumatisme; ou bien encore du météorisme, du ballonnement du ventre sans inflammation péritonéale, des troubles urinaires: diminution de la sécrétion, rétention d'urine sans la moindre lésion des reins, des uretères ou de la vessie.

A côté de ces phénomènes, on observe bientôt d'autres *symptômes tenant à des lésions déterminées, soit de la paroi, soit des viscères*. Ces lésions viennent-elles à manquer, ces signes eux-mêmes font défaut.

Les symptômes du choc disparaissent progressivement; le pouls se relève et l'on n'observe plus que quelques phénomènes sans gravité. Il faut se rappeler cependant que des contusions sérieuses, des ruptures même de l'intestin, peuvent se comporter de la sorte. Dans ce dernier cas, des adhérences ont empêché l'issue des matières intestinales.

Voyons maintenant les symptômes qui se rattachent en propre aux lésions de la paroi et des viscères.

1° *Symptômes des lésions pariétales.* — A cette catégorie se rattachent l'ecchymose, l'épanchement sanguin, les signes de la rupture musculaire, de la hernie musculaire, et des hernies ventrales résultant de l'affaiblissement de la paroi.

L'*ecchymose* appartient surtout aux lésions pariétales; en fait de lésions viscérales, les contusions du rein la produisent à peu près seules. — Elle est moins précoce que la douleur. Souvent facile à constater, elle peut aussi faire complètement défaut; extrêmement variable dans ses dimensions et sa coloration, suivant l'époque à laquelle on l'observe, parfois accompagnée d'un peu d'œdème du tissu cellulaire, d'éraflures de l'épiderme autour desquelles ne tarde pas à se développer une zone d'irritation légère et d'injection, elle se voit surtout à l'hypogastre, aux flancs, dans les régions iliaques, et se caractérise souvent par une grande tendance à l'extension. Dans les lésions pariétales profondes, l'ecchymose apparaît tardivement.

L'*épanchement sanguin*, de même que l'ecchymose, est en général plus étendu à la paroi abdominale postérieure, plus rare, plus limité à la paroi abdominale antérieure: dans le premier cas, l'épanchement descend peu au-dessous de la crête iliaque, mais il remonte facilement le long des gouttières vertébrales; dans le second, l'épanchement serait mal limité, et aurait beaucoup de tendance à fuser vers la paroi abdominale postérieure (Velpeau).

C'est ici le lieu de rappeler que dans la région lombaire certains traumatismes, tels que passage d'une roue de voiture, frôlement violent par une courroie de transmission, peuvent produire ces épanchements de sérosité décrits par Morel-Lavallée.

La tumeur caractéristique de l'épanchement sanguin siège le plus souvent dans les couches fibro-musculaires des parois; mais on trouve aussi des foyers hémorragiques cantonnés dans certaines régions profondes sous-péritonéales et même intrapéritonéales, tel un cas de