

vers la paroi abdominale. La matité propre aux tumeurs stercorales est moins résistante au doigt que celle qui caractérise le phlegmon iliaque. Les tumeurs stercorales peuvent produire les symptômes de l'iléus, ce qu'on ne constate jamais dans les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque. Un *ostéosarcome* de la fosse iliaque interne pourrait en imposer pour un abcès iliaque, surtout quand le cancer est arrivé à la période de ramollissement. L'*ostéosarcome* est précédé de douleurs vives et profondes longtemps avant l'apparition de la tumeur. Celle-ci est, au début, dure, immobile, bosselée. Les *abcès par congestion* qui se montrent dans la région iliaque diffèrent du phlegmon de la même région par l'absence de phénomènes phlegmasiques, la lenteur de la marche du mal. Nous avons indiqué à la page 598 le diagnostic différentiel du phlegmon iliaque et du psittis.

**Pronostic.** Il est toujours sérieux. Toutes choses égales d'ailleurs, le phlegmon puerpéral est plus grave que celui qui survient en dehors de la gestation ou du travail de l'accouchement. Les abcès *stercoraux* sont les plus graves de tous, en raison de la mortification des tissus, conséquence obligée de l'épanchement de matières fécales. D'après les observations de Grisolles, le pronostic est plus fâcheux quand un abcès iliaque s'ouvre dans le gros intestin, que lorsque le pus se fraye un passage à travers les téguments.

**Traitement.** On essaiera d'obtenir la résolution du phlegmon par l'emploi de saignées générales et surtout locales, des onctions hydrargyriques et des cataplasmes émollients sur la région, des bains généraux, de doux laxatifs en cas de constipation. Si le phlegmon se termine par suppuration, on pratique l'ouverture du foyer le plus tôt possible, sur un des points du tégument externe, notamment au-dessus et parallèlement à l'arcade crurale, pour éviter que le pus ne soit évacué par un des viscères de l'abdomen ou du bassin. Cette ouverture sera faite avec précaution, pour éviter la lésion du péritoine ou même d'une portion d'intestin qui serait située au-devant de l'abcès. Mieux vaut inciser les parties molles couche par couche que de pénétrer d'emblée dans le foyer avec un bistouri pointu. Si l'abcès proéminait vers la région lombaire, on l'ouvrirait par cette région. S'il fait saillie dans le vagin, on ponctionne la paroi correspondante de cet organe. Une fois l'abcès ouvert, on prévient la stagnation du pus par des injections dans le foyer; quelquefois on est contraint de pratiquer des contre-ouvertures. En cas d'ouverture spontanée de l'abcès iliaque dans la cavité péritonéale, on administre l'opium à haute dose, médication incertaine et qui paraît cependant avoir réussi à Graves dans un cas d'abcès du foie ouvert dans le péritoine.

## CHAPITRE IV.

## TUMEURS DE L'ABDOMEN.

Elles se divisent en deux groupes : les unes occupent l'épaisseur des parois, les autres la cavité de l'abdomen. Ces dernières sont nombreuses et leur description appartient partie à la pathologie interne, partie à la pathologie externe. Celles qui sont du ressort de la chirurgie seront surtout exposées dans les sections suivantes (voy. *Maladies des reins, de la vessie, de l'ovaire, de l'utérus*). Il ne sera donc question ici que des tumeurs intra-abdominales pouvant réclamer l'intervention de moyens chirurgicaux.

## I. TUMEURS DES PAROIS ABDOMINALES.

On rencontre dans l'épaisseur des parois abdominales des tumeurs graisseuses, des kystes séreux, des tumeurs fibreuses, des tumeurs fibro-plastiques.

**Tumeurs graisseuses de la paroi abdominale.** Ces tumeurs prennent leur point de départ dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Une ou plusieurs cellules adipeuses s'engagent graduellement à travers une éraillure de la ligne blanche, des aponévroses abdominales, ou par l'une des ouvertures naturelles de la paroi abdominale (ombilic, canal inguinal), pour s'épanouir sous la peau.

On rencontre ces tumeurs sur les côtés de la ligne blanche, mais plus souvent sur cette ligne, entre le sternum et l'ombilic, et au niveau des orifices ou des canaux herniaires. Leur siège de prédilection sur la ligne blanche s'explique par la présence d'une quantité plus abondante de graisse dans cette région, et par la facilité avec laquelle cette portion de la paroi abdominale se laisse érailler. Heister a vu de ces tumeurs à l'ombilic, Schultze et Pelletan dans le canal inguinal, Morgagni au niveau de l'appendice xiphoïde, Pelletan à l'arcade crurale, Scarpa au-dessus de l'ombilic. Quelques chirurgiens, notamment Lawrence, ont constaté l'existence d'un prolongement de la tumeur ombilicale jusque dans l'épaisseur du ligament suspenseur du foie. Dans quelques cas, la tumeur entraîne avec elle une petite portion du péritoine, qui s'engage avec elle à travers l'éraillure de l'aponévrose abdominale; c'est ainsi qu'il se forme, au centre de la masse graisseuse, une cavité séreuse qui se remplit parfois de liquide séreux, ou qui peut loger une portion de viscère de l'abdomen; d'où la production d'une hernie consécutive.

Cette affection se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, globuleuse, lisse ou légèrement bosselée, du volume d'une noix à celui d'un œuf de poule, d'une consistance un peu plus ferme ou un peu plus molle que celle des masses épiploïques, sans changement de couleur de la peau, n'occasionnant ni gêne ni douleur, facilement réductible si l'ouverture

par laquelle la masse graisseuse s'est engagée est large, irréductible et pourvue d'un pédicule si cette ouverture est étroite. Quelquefois la tumeur donne lieu à des accidents qui ressemblent à ceux d'une hernie étranglée, sans qu'il y ait cependant aucune portion de viscère dans son intérieur. On se rend compte de cette particularité, en admettant le pincement du prolongement péritonéal que la tumeur entraîne parfois avec elle, et le développement d'une péritonite de ce petit sac, qui se remplit alors de sérosité. On peut donc, dans les cas de ce genre, croire qu'il existe une hernie étranglée; des méprises de ce genre ont été commises par Pelletan, Scarpa, Dupuytren. Une autre cause d'erreur est la coïncidence d'une tumeur irréductible de ce genre et d'une péritonite. En dehors de ces circonstances, le diagnostic est facile, en tenant compte de la forme arrondie, du petit volume, du siège, de l'apparition graduelle de la tumeur, de l'absence de toute douleur occasionnée par la pression, encore bien que le malade souffre plus ou moins dans le reste de l'abdomen.

Tant que la tumeur n'occasionne pas d'accidents, on peut essayer, pour en diminuer le volume, les onctions avec la pommade iodurée, une compression méthodique. En cas contraire, l'excision de la masse adipeuse est rationnelle.

**Kystes séreux.** J'en ai observé un fait remarquable, consigné dans la *Gazette des hôpitaux* de 1866, p. 542, remarquable non-seulement en raison du siège de la tumeur, mais encore à cause de la guérison obtenue au moyen de la simple ponction du kyste avec irritation de la face interne de la poche par le contact de l'extrémité de la canule. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, qui se présenta à ma clinique le 20 août 1866. Suivant son récit, la maladie remontait à trois mois. Il y avait à l'hypocondre gauche une tumeur du volume de deux poings, s'étendant en haut jusqu'à la neuvième côte, en bas jusqu'un peu au-dessous de l'ombilic, à droite jusque sur la ligne médiane, à gauche jusqu'au niveau d'une ligne perpendiculaire à l'épine iliaque. Cette tumeur était très-bien circonscrite, molle et rénitente dans tous les points de son étendue, sans présenter de fluctuation franche. Elle se déplaçait avec la paroi abdominale, dont elle semblait faire partie intégrante. La tumeur était moins saillante pendant la flexion que pendant l'extension du tronc sur le bassin. La malade n'y accusait du reste aucune douleur, pas plus que sur le trajet de la colonne vertébrale. Quelques jours après, je ponctionnai la tumeur, à son centre, avec un trocart explorateur. Il s'écoula de la canule un liquide clair comme de l'eau de roche, en quantité équivalente à deux cuillerées à bouche environ. Immédiatement après la ponction, la malade, très-impresionnée par l'action chirurgicale, est prise de vomissements et de coliques qui ne cessent que le lendemain. Le 14 septembre, trois semaines après la ponction, on ne sentait plus dans l'épaisseur de la paroi abdominale, au niveau de l'hypocondre gauche, qu'un noyau d'engorgement. Deux mois après, la guérison persistait.

**Tumeurs fibreuses.** Ces tumeurs sont plus ou moins rapprochées du

péritoine, quelquefois même adhérentes à cette membrane. En 1846, j'ai observé, dans le service du professeur Roux, à l'Hôtel-Dieu, une tumeur fibreuse qui était dans les conditions de ce genre, c'est-à-dire qu'elle adhérait au péritoine par sa face profonde. Roux en fit l'extirpation; le péritoine fut ouvert et la malade succomba soixante heures après l'opération, en présentant tous les phénomènes d'une péritonite aiguë.

**Tumeurs fibro-plastiques.** Un enfant d'une dizaine d'années, que j'ai vu avec le docteur Servaux, présentait dans l'épaisseur de la paroi abdominale, au niveau de l'hypocondre droit, une tumeur de ce genre, ce qu'il était facile d'apprécier en raison de l'accroissement rapide de la masse morbide et de la détérioration de la constitution, ce qui amena la mort au bout de quelques mois.

## II. TUMEURS DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

### ARTICLE I.

#### Abcès du foie.

De tous les organes de l'abdomen, le foie est le plus souvent atteint d'abcès. Ceux-ci se développent dans les différentes parties du viscère; ils ont un volume variable en raison du siège: ceux qui occupent le centre du foie sont plus gros que ceux qui se forment à la périphérie. Il en est d'aigus et de chroniques. Le pus est rarement infiltré; tantôt il y a un seul foyer, tantôt il en existe plusieurs. Le pus est phlegmoneux, ou verdâtre, ou de couleur rouge lie de vin. L'abcès peut être enkysté ou n'être séparé de la substance hépatique par aucune membrane. D'après Boyer, les abcès qui renferment des portions de substance hépatique sont les seuls qui appartiennent en propre au foie; ceux qui contiennent du pus blanc sont étrangers à l'organe et ont leur point de départ dans les parties voisines.

**Causes.** Les abcès du foie sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. On considère comme ayant une influence éloignée le tempérament bilieux, les climats chauds, la suppression du flux hémorroïdal, la disparition d'une affection rhumatismale. Les violences extérieures exercées sur l'hypocondre droit sont une cause plus directe. Les chirurgiens du dernier siècle avaient cru pouvoir établir une corrélation entre les abcès du foie et les plaies de tête; on sait aujourd'hui que les abcès hépatiques qui se développent dans ces conditions sont des abcès métastatiques et l'un des produits de l'infection purulente (voy. t. I, p. 41).

**Symptômes.** Ils diffèrent suivant que les abcès ont une marche aiguë ou chronique:

L'hépatite aiguë est caractérisée par un frisson, une douleur dans l'hypocondre droit se propageant à l'épaule. L'inflammation occupe-t-elle la face convexe du foie, il y a de la dyspnée, une toux sèche, du hoquet. Est-ce la face inférieure de l'organe qui est atteinte, la douleur se porte vers l'épigastre; il y a des nausées, des vomissements, une tension de