

consistance, ainsi que l'existence de gâteaux marronnés, constitués par les anses intestinales agglutinées entre elles.

Par la percussion, on trouve une véritable tympanite occupant la région abdominale antéro-supérieure, et due à la paralysie des tuniques musculaires de l'intestin ; elle révèle au contraire, dans les parties déclives, la matité de l'ascite.

L'auscultation permet souvent d'entendre les bruits de frottement, déjà étudiés par Laënnec, qu'on perçoit aussi à la palpation. On ne négligera pas le toucher vaginal et le toucher rectal, qui donnent parfois d'excellents renseignements.

Tous ces symptômes s'aggravent progressivement et la cachexie cancéreuse va en augmentant et amène un amaigrissement considérable ; aussi, le contraste devient de plus en plus frappant, entre le volume formidable du ventre et l'émaciation de la moitié supérieure du corps.

La durée est en général de six mois à un an, avec une marche fatalement progressive, à moins qu'une des complications que nous allons étudier ne vienne encore rapprocher l'échéance.

Complications. — Au point de vue chirurgical, ce sont les complications du cancer péritonéal qui nous intéressent surtout ; ce sont elles qui, le plus souvent, mettent le bistouri à la main, en imposant une intervention. On peut les réunir en quatre groupes principaux : 1° le cancer de l'ombilic ; 2° la suppuration aiguë du péritoine ; 3° le phlegmon gangreneux de la paroi ; et 4° l'occlusion intestinale.

1° **CANCER DE L'OMBILIC.** — Il est tout à fait exceptionnel d'observer le cancer de l'ombilic, sans qu'il ait été précédé d'une carcinose péritonéale ; on le trouve mentionné, pour la première fois, par Fabrice de Hilden et tous les auteurs s'accordent à admettre que le cancer primitif de l'ombilic est une rareté ; il ne se rencontre qu'une fois sur neuf, d'après Quénu et Longuet ; c'est donc au cancer secondaire que l'on a affaire le plus habituellement ; on conçoit qu'il y a là un bourgeonnement cancéreux qui se propage, de proche en proche, du péritoine à l'ombilic ; cette relation de continuité existe le plus fréquemment, mais n'est pas la seule cause de la localisation néoplasique à l'ombilic.

Parfois, c'est un néoplasme voisin du nombril (cancer de l'épiploon, par exemple), qui vient faire hernie à travers l'orifice. Chuquet, Courtois-Suffit, Ehrlich ont montré que des embolies cancéreuses pouvaient, par les vaisseaux du ligament suspenseur du foie, donner naissance à un bourgeonnement ombilical. Enfin, d'après Ménétrier, Poupinel, Quénu, Terrier, il peut se faire, au niveau de l'ombilic, un ensemencement direct par le liquide ascitique, tenant en suspension des débris néoplasiques, qui vont se greffer en des points plus ou moins éloignés de la tumeur primitive.

Quelle qu'en soit la genèse, il débute par l'apparition d'une plaque

de dimensions variables qui double la région ombilicale dans la profondeur ; ce placard est régulier, arrondi, dur comme du carton ; au début, on peut encore pincer la cicatrice ombilicale et la peau au-devant de lui, et à cette période, l'état de défense des muscles droits rend souvent le diagnostic difficile ; mais, bientôt, le bourgeonnement cancéreux traverse l'anneau aponévrotique, déplisse, étale la cicatrice ombilicale, l'ulcère et vient faire saillie à l'extérieur. On voit alors apparaître une sorte de champignon caractéristique, d'aspect marronné, végétant, rouge et saignant, occupant la région ombilicale sur laquelle il s'épanouit, tandis qu'un sillon régulier étrangle, au niveau de la cicatrice, le pédicule néoplasique. Par la palpation, on sent qu'à la face profonde ou péritonéale de la région ombilicale, il existe une tumeur étalée, analogue à celle qui s'épanouit au dehors. C'est ce que Nélaton appelait : « le cancer en bouton de chemise ».

Dans le cancer primitif, il n'y a pas de tumeur profonde, et comme il constitue une exception, on pourra, le plus souvent, diagnostiquer un cancer secondaire, surtout s'il s'agit d'une tumeur affectant cette forme en bouton de chemise, avec de l'ascite et d'autres tumeurs perceptibles dans la cavité abdominale ; on ne négligera pas de chercher dans les aines les adénopathies secondaires et on se rappellera que le pronostic est fatal à bref délai, lorsque le cancer péritonéal a ainsi envahi l'ombilic.

2° **SUPPURATION AIGUE DU PÉRITOINE.** — Cet accident est dû en général à l'ouverture dans le péritoine d'un clapier cancéreux, surtout dans les cas de cancer de l'utérus ou des annexes.

3° **PHLEGMON GANGRENEUX DE LA PAROI.** — Des adhérences, résultant d'une infection chronique, ont circonscrit une loge dans laquelle viennent s'épancher des éléments septiques, issus d'un viscère perforé ; on assiste alors à l'évolution d'un véritable phlegmon ; une induration douloureuse apparaît, les téguments deviennent rouges et œdémateux ; bientôt la fluctuation devient manifeste, et si le bistouri n'intervient pas, la peau se sphacèle et on voit s'échapper des gaz et de la suppuration fétide avec des lambeaux de tissus sphacelés.

Si le malade ne succombe pas rapidement, il s'établit une fistule pyostercorale, comme Feulard et Bréchoteau en ont rapporté des observations.

Vilcoq et Landry ont publié récemment un cas de cancer de l'estomac, qui avait provoqué des adhérences de ce viscère avec la paroi abdominale et une fistule gastro-cutanée consécutive à un phlegmon de la paroi à ce niveau.

4° **OCCCLUSION INTESTINALE.** — Dans les observations où cet accident a été noté, c'est en général une bride fibreuse qui vient étreindre, comme un lien, une anse d'intestin grêle (E. Blanc), à moins que ce ne soit une compression directe d'une tumeur péritonéale sur l'intestin qui en oblitère progressivement le calibre. On comprend

comment, dans le premier cas, les phénomènes d'occlusion sont aigus, tandis qu'ils sont chroniques dans le second.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer du péritoine est souvent très difficile; combien de fois cette affection n'est-elle qu'une trouvaille au cours d'une laparotomie ou même d'une autopsie!

Sans parler des maladies à ascite, la cirrhose du foie, le mal de Bright, etc., c'est surtout avec les kystes de l'ovaire et la tuberculose péritonéale que la confusion pourra se produire.

Les kystes multiloculaires de l'ovaire ont, en effet, des masses dures qui peuvent en imposer pour des gâteaux cancéreux; mais, avec de l'attention, on s'apercevra que la tumeur kystique s'est développée de bas en haut, que le liquide qu'elle contient est filant et non hémorragique, que l'état général est relativement bon et que la marche du mal est plutôt lente.

Pour la tuberculose péritonéale, on ne saurait en dire autant, et le diagnostic est souvent absolument impossible, non seulement en clinique, mais même après la laparotomie, lorsqu'on a le péritoine sous les yeux et les viscères abdominaux dans la main. Donnons cependant quelques caractères différentiels cliniques.

L'épanchement ascitique est peut-être plus considérable dans le cancer du péritoine; il est plus sujet à varier dans son abondance d'un moment à l'autre dans la tuberculose.

De plus, il est plutôt exceptionnel de rencontrer dans la tuberculose l'ascite hémorragique presque constante du cancer. Enfin, dans ce dernier, l'œdème de la paroi, la marche progressive sans aucune de ces rémissions et de ces périodes de répit, qui font croire à la guérison de l'affection tuberculeuse, tout cela joint à la cachexie et souvent à l'âge avancé du malade, permet de se prononcer en faveur du cancer.

Debove a conseillé en cas de doute persistant de rechercher dans le liquide d'une ponction la réaction de la tuberculine.

Quant au cancer primitif du péritoine, on n'y songera que si l'examen attentif de tous les viscères abdominaux a été négatif.

Traitement. — On a souvent pratiqué la laparotomie dans des cas de cancer péritonéal, mais il faut bien dire que, presque toujours, c'était une opération exploratrice, à moins qu'il ne se soit agi d'une erreur de diagnostic.

Il est arrivé à tous les chirurgiens d'ouvrir un ventre dans la pensée de traiter une affection d'origine génitale interne et de se trouver en présence des lésions caractéristiques d'un cancer généralisé à la séreuse. En pareil cas, il ne faut pas s'acharner à détruire et à extirper toutes les productions morbides, ce qui serait d'ailleurs impossible; on se bornera à évacuer tout le liquide ascitique, à assécher, avec des tampons secs, toute la cavité séreuse, à sectionner sous des ligatures les végétations les plus volumineuses lorsqu'elles sont accessibles; puis à refermer le ventre par la méthode habituelle. On sera

souvent surpris du bénéfice réel que le malade retire, dans certains cas, de cette intervention.

Si parfois le liquide se reproduit avec une rapidité désespérante, il arrive aussi qu'on observe une rémission prolongée. J'ai laparotomisé, il y a dix-neuf mois, une jeune femme à qui j'ai enlevé un cancer végétant des ovaires. Le péritoine, sur toute son étendue, était couvert de granulations et de véritables tumeurs secondaires; l'épiploon fut enlevé en totalité sous une chaîne de fils de soie; il formait une masse dégénérée, épaisse de 5 à 6 centimètres. La malade a pu pendant treize mois reprendre son métier d'artiste dramatique sur une grande scène de province, se croyant absolument guérie; au bout de ce temps, le ventre reprit, en huit jours, le volume qu'il avait avant l'intervention et, par une ponction, je pus retirer dix litres de liquide rosé. Je viens d'apprendre que six mois après cette première ponction, une seconde évacuation va être faite par un chirurgien de Marseille. Il n'en est pas moins vrai que mon pronostic a été en défaut, car j'avais prévenu la famille qu'il fallait s'attendre à une marche fatale et rapide après les constatations faites au cours de la laparotomie.

Pareille aventure m'est arrivée à peu près à la même époque, et je vois encore, vingt-mois après une laparotomie faite dans des conditions tout à fait analogues aux précédentes, une malade qui a repris toutes les apparences de la santé; et pourtant cette femme avait été déjà, six mois avant mon opération, laparotomisée à Caen par Barrette, qui avait refermé l'abdomen sans toucher en rien aux lésions cancéreuses du péritoine.

On ne saurait évidemment compter sur de pareils résultats, mais le fait seul qu'ils puissent se produire dans une affection d'un pronostic aussi constamment fatal, autorise le chirurgien à proposer l'opération.

Constatons le fait sans chercher à l'expliquer et rappelons-nous ces observations bien connues, sur lesquelles Richelot et bien d'autres ont appelé l'attention, observations dans lesquelles une simple laparotomie a pu enrayer le développement d'une tumeur cancéreuse de l'estomac ou de l'intestin, et même la faire disparaître sans qu'on y ait touché en rien.

On pourrait hardiment conseiller la laparotomie dans le cancer du péritoine, si l'on n'avait pas à redouter un accident qu'il faut connaître et qui assombrit singulièrement le pronostic opératoire: je veux parler de la mort subite survenant dans les jours qui suivent l'intervention.

Je connais plusieurs observations de ce genre dans la pratique de divers chirurgiens, et j'ai moi-même eu à déplorer une mort subite survenue ainsi quinze jours après la laparotomie, chez une cliente du D^r Frélin; la malade semblait à l'abri de toute complication

opératoire, lorsqu'une syncope mortelle survint dans un effort qu'elle fit pour se soulever et se mettre sur le bassin.

Il est probable qu'il s'agit dans ces cas d'une embolie partie des veines abdominales.

En présence de cette éventualité possible, on se laissera donc plutôt forcer la main par le malade, et pour peu qu'il soit rebelle à la laparotomie, on se bornera à faire des ponctions lorsque l'ascite deviendra d'une abondance exagérée.

Quant aux complications qu'on peut avoir à traiter, elles sont tellement graves qu'elles ne sont justiciables que d'un minimum d'intervention. Un large débridement de la paroi ouvrira les phlegmons gangreneux, ou donnera issue aux suppurations d'origine stercorale; un anus artificiel arrêtera les accidents graves d'obstruction intestinale. Bref, il est impossible de donner des règles précises à cet égard.

GUÉNEAU DE MUSSY, Cancer du péritoine (*Gaz. des hôp.*, nos 30 et 31 de 1867). — LANCEREAUX, Atlas d'anat. pathol., 1871. — PÉTRINA, *Prager Vierteljahrschrift*, 1872. — DEBOVE, *Soc. anat.*, 1873. — GASLAING, De la péritonite cancéreuse, thèse de Paris, 1873. — CATTEAU, thèse de Paris, 1876. — DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, 1879. — EHRLICH, *Charité Annalen*. Berlin, 1880. — KELSCH et VANNEBROUCQ, Deux cas de sarcome du péritoine (*Progrès méd.*, n° 38, déc. 1881). — VILLAR, Cancer de l'ombilic, thèse de Paris, 1886. — FEULARD, Fistules gastro-cutanées dans le cancer de l'estomac, 14 cas (*Arch. gén. de méd.*, 1887).

1895. — ASLANIAN, De la péritonite cancéreuse, thèse de Paris (*Revue des mal. cancér.*, 1895, p. 71). — WILLIAM CAZENAVE, Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale, thèse de Paris, n° 514. — BABÈS et STOICESCO, Sur le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées (*Revue des mal. cancér.*, p. 677). — PARMEN- TIER et BENSUADE, Lymphadénome généralisé du péritoine (*Revue des mal. cancér.*, p. 116). — QUÉNU et LONGUET, Du cancer secondaire de l'ombilic (*Revue de chir.*, 10 fév., p. 97 et 129). — G. SOURDILLE, Sarcome de l'ombilic (*Rev. des mal. cancér.*, p. 687). — KLEINHAUSS, Métastases et cancer de la matrice (*Zeitschr. für Heilk.* Berlin., Bd. XVII, p. 97 et 110). — CHUQUET, thèse de Paris. — ACHARD, Fistules gastro-cutanées (*Soc. méd. des hôp.*, août). — E. BLANC, Récidive de tumeur pel- vienne (sarcome), occlusion intestinale par une bride fibreuse (*Loire méd.*, 25 décembre, p. 303). — PÉAN, Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin (*Ann. gynéc. et obstétric.*, t. XLV, p. 83).

1896. — VERCHÈRE, Valeur sémiologique du cancer de l'ombilic (*Rev. des mal. cancér.*, p. 81-92). — HASSLER, Tumeur intrapéritonéale sus-ombilicale mobile (*Pro- vince méd.*, 25 janv., p. 44. *Revue des mal. cancér.*, p. 169). — FOURNEAUX, Cancer secondaire du grand épiploon. Cancer végétant de deux ovaires (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 21 juillet, p. 84). — O'CANEI, Un cas de sarcome rétropéritonéal (*Rec. academy of med. in Ireland*, mai). — H. MONIS, Cancer aigu de l'utérus avec généralisation rapide (*Méd. mod.*, p. 388). — DOEMBERGER, Sarcomatose du péritoine chez un enfant de quatre ans (*Munch. med. Wochenschr.*, 27 août, p. 818. — CLAUDE et LÉVI, Cancer colloïde du péritoine (*Arch. gén. de méd.*, juillet, p. 517). — VIL- COQ et LANDRY, Cancer de l'estomac. Péritonite adhésive : perforation de la paroi antérieure; phlegmon gangreneux; fistules gastro-cutanée (*Gaz. hebdom.*, 9 février, p. 137). — BRECHOTEAU, Phlegmon périombilical dans le cancer de l'estomac, thèse de Paris, février. — DESPLATS, Cancer miliaire péritonéal (*Journ. des sc. méd. de Lille*, juin, n° 6, p. 529).

1897. — MONNIER, Sarcome péritonéal (*Soc. anat.*, janvier). — MÉRAND, Des sar- comes rétropéritonéaux, thèse de Paris.

II

AFFECTIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

Les traumatismes qui peuvent atteindre l'abdomen se présentent sous deux formes absolument distinctes; dans l'une, les viscères con- tenus dans l'abdomen sont lésés, sans que la peau offre la moindre solution de continuité, et même parfois sans qu'on y puisse observer la moindre ecchymose; dans l'autre, au contraire, il y a une plaie de la paroi abdominale. D'un côté, on a par conséquent toutes les contu- sions abdominales accompagnées ou non de lésions viscérales, de déchirures, de ruptures, d'attrition des organes; de l'autre, on a toutes les plaies de l'abdomen, soit par un instrument piquant ou tranchant, soit par une arme à feu, et ces plaies peuvent elles-mêmes borner leur action à la paroi, ou pénétrer dans la profondeur, et atteindre un ou plusieurs des organes abdominaux.

Toutes les lésions ainsi produites par un traumatisme peuvent se grouper sous deux chefs principaux : 1° les *contusions de l'abdomen*; 2° les *plaies de l'abdomen*.

I. — CONTUSIONS DE L'ABDOMEN.

Il fut un temps où il était de mode de rechercher les causes finales. On pouvait alors se demander pourquoi la cavité abdominale, qui contient des viscères aussi nombreux et aussi importants, n'est protégée que par des parois molles et exposées, sans défense, à tous les traumatismes? L'homme seul, en raison de son attitude bipède, jouit du fâcheux privilège de cette situation exceptionnelle; chez les qua- drupèdes, l'abdomen regarde le sol et les traumatismes ne peuvent l'atteindre que par les flancs, alors que le squelette dorsal et les masses musculaires des lombes constituent une défense naturelle de premier ordre.

Quoi qu'il en soit, les contusions de l'abdomen chez l'homme sont extrêmement fréquentes et méritent toute l'attention du chirurgien, en raison de la gravité qu'elles peuvent présenter, en raison surtout du traitement actif qu'elles commandent; à ce point de vue, la question est toute moderne, on peut même dire, toute actuelle.

Avant d'aller plus loin, nous définirons la contusion de la façon suivante :

La contusion de l'abdomen est un traumatisme sans plaie des té- guments.

On conçoit, d'après les termes généraux de cet énoncé, que toutes