

Les tumeurs bénignes sont rares. Les tumeurs malignes sont les plus fréquentes, et le squirrhe occupe la première place. Après lui vient l'épithélioma.

La marche de ces néoplasmes ne diffère pas de ce qu'on voit chez la femme, et le traitement reconnaît les mêmes indications.

CHAPITRE IV. — LÉSIONS CHIRURGICALES DU DIAPHRAGME.

Les traumatismes directs, coups violents, compressions énergiques, les projectiles, les instruments piquants ou tranchants, peuvent atteindre et dilacérer le diaphragme. On a signalé des ruptures de ce muscle par suite d'efforts violents de vomissement; il me semble plausible d'admettre que dans ces derniers cas il devait préexister une altération de la fibre musculaire ou du centre phrénique.

Pour se rendre compte des plaies du diaphragme à la suite de causes vulnérantes extérieures, il ne faut pas perdre de vue que, loin de constituer une voûte régulière et symétrique des deux côtés du corps, ce muscle présente à droite une courbure dont le sommet remonte plus haut qu'il ne le fait à gauche et que dans son milieu, surtout en avant, le centre phrénique constitue un creux, une vallée limitée à droite par une saillie considérable due à la présence du foie, et à gauche par une voussure moins forte due à la rate et à l'extrémité supérieure du rein.

Il ne faut pas oublier non plus qu'en arrière les fibres musculaires du diaphragme descendent beaucoup plus bas qu'elles ne le font en avant, le niveau de l'appendice xyphoïde étant beaucoup plus élevé que celui de la douzième vertèbre dorsale. Dans cette région postérieure, le diaphragme est pour ainsi dire appliqué contre la paroi thoracique et forme ainsi un espace virtuel que l'extrémité inférieure du poumon ne vient occuper que pendant les inspirations les plus profondes. Il peut donc se faire qu'à ce niveau un instrument tranchant ou piquant puisse, en pénétrant, ouvrir ce cul-de-sac tapissé par la plèvre, atteindre le diaphragme, et même les viscères abdominaux, sans qu'une hémoptysie se manifeste, le poumon n'ayant pas été touché.

Les chiffres que nous pourrions indiquer comme limites du plan tangentiel aux différents sommets de courbure du diaphragme ne pourraient être que des moyennes, car en effet les temps de la respiration au moment de la blessure, l'état de plénitude ou de vacuité des organes digestifs, la contraction ou le relâchement des muscles de l'abdomen, la fermeture ou l'ouverture de la glotte, la coexistence d'un épanchement pleurétique quelconque, de l'état de grossesse, etc., ont

une influence si constante sur les déplacements du diaphragme, que l'excursion du muscle varie d'un moment à l'autre, et qu'indiquer ces moyennes ne pourrait qu'induire en erreur.

Toutes ces considérations font comprendre que les instruments vulnérants ne sauraient atteindre le diaphragme sans léser presque infailliblement les organes thoraciques ou les viscères abdominaux, et très souvent tous les deux. On s'explique encore que dans toute déchirure du diaphragme, qu'elle soit due à des traumatismes extérieurs ou à des efforts, la pression intra-abdominale aura une tendance à faire engager une partie viscérale, anse intestinale ou autre, dans la boutonnière musculaire produite. En se contractant, les fibres du diaphragme s'appliquent sur le pourtour de la partie herniée et peuvent l'étrangler. Jamais les bords de la rupture ne pourront se ressouder par cicatrisation, en raison des mouvements constants que la respiration imprime au diaphragme. Les accidents déterminés par l'étranglement varient avec la nature des organes herniés : vomissements, constipation, ainsi que tous les accidents de l'étranglement interne.

L'origine du nerf phrénique, qui trouve son centre non dans la moelle cervicale mais bien dans le bulbe, explique les accidents généraux de syncope, de troubles circulatoires qui toujours accompagnent les plaies ou déchirures du diaphragme; l'innervation de l'estomac rend facilement compte de l'exagération des mêmes symptômes généraux, quand ce viscère est hernié vers la poitrine à travers la solution de continuité du diaphragme.

Très souvent les blessés accusent une douleur vive remontant jusqu'à l'épaule. Cette douleur, fort peu explicable encore, apparaît dans toutes les lésions du foie; nous aurons à y revenir plus loin en parlant des affections hépatiques.

Le malade peut mourir rapidement par syncope, ou encore parce que les contractions du diaphragme blessé étant douloureuses, il immobilise la base du thorax, et sa respiration limitée à la partie supérieure du poumon devenant insuffisante, l'asphyxie lente peut l'emporter.

La péritonite traumatique se manifeste très rapidement et peut, à son tour, le faire succomber au bout de quelques jours.

Traitement. — Il n'est pas toujours facile de savoir au début si le diaphragme est ou n'est pas lésé; la direction de la blessure, l'examen attentif de l'état dans lequel se trouvaient les organes au moment de la blessure, permettront de supposer plutôt que d'affirmer la lésion. Quoi qu'il en soit, on immobilisera le thorax autant que faire se pourra, on combattra la péritonite si elle semble imminente. Mais quand des symptômes d'étranglement interne viendront faire soupçonner une hernie diaphragmatique, il importera de se comporter comme dans tous les cas d'étranglement interne; il faudra, aidé de toutes les précautions antiseptiques possibles, ouvrir l'abdomen, aller à la recherche

de la portion herniée et la réduire. La suture des bords du diaphragme a été préconisée, ainsi que je l'ai dit plus haut; il y aura peu de chances de le voir se cicatriser, car quel que soit le mode d'immobilisation de la poitrine, les contractions du diaphragme ne cesseront de se produire plus ou moins complètement, et la réaction des mouvements des viscères abdominaux sur la face inférieure du muscle tendra toujours à écarter les bords de la plaie.

CHAPITRE V. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN.

ARTICLE 1^{er}. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Toutes les lésions traumatiques de l'abdomen peuvent se borner aux parois ou dépasser celles-ci et atteindre les organes et viscères contenus dans la cavité. Nous commencerons par dire quelques mots des lésions des parois, des plaies non pénétrantes.

§ 1^{er}. — Plaies des parois abdominales.

Plaies par instruments piquants des parois de l'abdomen. — Produites le plus souvent par des pointes d'épée, de fleuret, de couteau, des épingles, des aiguilles, des éclats de bois, etc., etc., ces plaies ne présentent d'habitude aucune gravité. Il n'est pas toujours facile de reconnaître à première vue si elles n'ont pas dépassé les parois et ne sont pas pénétrantes; il faut, en pareil cas, tenir compte de la couche plus ou moins épaisse de tissu graisseux qui garnit les parois abdominales et se faire représenter, s'il est possible, l'instrument vulnérant qui souvent a pénétré plus ou moins obliquement. Il peut se faire que ce ne soit qu'une mince couche aponévrotique qui dans la profondeur soit restée indemne au devant du péritoine, aussi faut-il toujours se garder de sonder la plaie de peur de détruire cette barrière protectrice et de transformer une plaie non pénétrante en plaie pénétrante. L'instrument vulnérant peut être contaminé, aussi sera-t-il toujours sage de faire pénétrer dans la blessure une injection antiseptique, qui évitera le développement d'un phlegmon de la paroi.

Il est bien rare que l'instrument piquant ait atteint un vaisseau important des parois; si cependant cette complication existait, le sang épanché entre les tissus pourrait constituer un hématome qu'il faudrait évacuer, et l'on devrait user de tous les moyens pour arrêter l'écoulement du sang, de la ligature dans la plaie s'il en était besoin.

Une compression légère et méthodique par un pansement antiseptique et le repos absolu pendant plusieurs jours suffiront pour amener la guérison.

Plaies par instruments tranchants de la paroi abdominale. — Ces plaies, dues à des coups de couteau, à des coups de sabre, ou encore à des opérations chirurgicales, varient suivant qu'elles sont superficielles ou qu'elles ont entamé les muscles. On conçoit en effet que, dans le dernier cas, l'écartement des fibres musculaires rétractées élargit considérablement la plaie. Quoi qu'il en soit et quelle que soit la longueur de la blessure, l'accident n'offre plus aujourd'hui une grande gravité immédiate; il faut avant tout arrêter méthodiquement l'écoulement sanguin, par des ligatures s'il est besoin, nettoyer soigneusement la plaie avec des liquides antiseptiques et réunir par des sutures profondes et superficielles. Après quoi on appliquera un pansement antiseptique et on fera prendre au blessé la position qui le mieux relâchera les parties atteintes, de manière à éviter toute tension sur les parties; la réunion par première intention est de règle en pareil cas.

Quand la blessure est très large et profonde, la pression intérieure qui s'exerce normalement sur la masse intestinale rencontrant un point de résistance plus faible, fait échapper au travers des lèvres de la plaie une ou plusieurs anses intestinales recouvertes par le péritoine, si ce dernier n'est pas lésé. On réduira cette éventration avant de faire les sutures profondes. Mais la cicatrice une fois produite restera longtemps avant de devenir fibreuse et résistante, et toujours, jusqu'à ce moment, le blessé pourra être exposé à la distension du tissu inodulaire et à la production d'une hernie ventrale consécutive. Aussi, longtemps après la guérison, faudra-t-il faire porter une ceinture compressive et recommander d'éviter tout effort.

Plaies par instruments contondants et contusions des parois abdominales. — Les plaies contuses sont en général dues à des projectiles de guerre, à des éclats de pierre, etc. Les contusions peuvent être le résultat des mêmes causes agissant avec une violence moindre. Quand ces accidents sont simples, ils ne présentent en général que peu de gravité et doivent être traités comme les plaies contuses et les contusions en général.

Mais très souvent la force vulnérante a été transmise à travers les parois molles de l'abdomen jusqu'aux organes contenus dans la cavité qui sont contusionnés ou blessés. Sans nul doute, la plaie n'est pas alors pénétrante, puisque les parois, quoique contuses, sont sans solution de continuité, mais l'attrition des viscères en fait de véritables plaies pénétrantes, d'autant plus graves que souvent rien au début ne permet de reconnaître et d'affirmer la lésion interne. Nous insisterons plus loin sur ces complications en traitant des plaies pénétrantes.