

d'occlusion réflexe, paralytique, ou d'occlusion spasmodique, du même ordre que la rétention d'urine, fréquente elle aussi et, comme elle, quelquefois, cédant à l'atropine.

A bien lire les observations, on découvre qu'assez souvent un purgatif huileux, un lavement ont eu raison de l'inertie intestinale.

Par conséquent : arrêt des matières et des gaz, mais quelquefois *arrêt incomplet* et non invincible.

## II. — SIGNES GÉNÉRAUX

A peine la douleur soudaine, atroce d'emblée, et les vomissements sont-ils déclenchés et, déjà, des signes généraux de haute gravité apparaissent.

Ils seront là au premier examen; il faut les citer avant les signes physiques, ils aideront puissamment à l'élaboration du diagnostic.

*Tout de suite, presque, l'état de shock, l'extrême anxiété, l'altération du facies, les îlots de cyanose, la dyspnée, la discordance du pouls et de la température font le tableau le plus grave.*

Le *collapsus* est un symptôme essentiel, à mettre sur le même plan que la douleur.

Autant il peut être transitoire et fugitif, dans les ulcères perforés, autant il est, ici, intense, tenace : nez pincé, sueurs froides, pouls imperceptible, pendant des jours.

Balch et Smith, Zinder insistent sur l'intensité et la durée du shock, et Zinder sur l'intensité immédiate qui le différencierait du collapsus de l'occlusion, venu progressivement. Chez le malade de Blaxland et Claridge, le collapsus fut le seul signe : tout à coup, lividité, cyanose, pouls imperceptible, sueurs froides, ce fut tout. De même, la malade d'Authier et Teyssier qui, subitement, présenta à la fois de l'agitation et du collapsus; elle mourut sans avoir exprimé la moindre souffrance.

Quelquefois, rarement, les signes généraux sont, au contraire, tardifs.

Le *facies* est profondément altéré : traits tirés, teint pâle, livide, terreux, plombé, couleur de cendre. Cette pâleur fait assez souvent penser à une hémorragie interne. Les yeux sont excavés, anxieux; le nez est pincé, narines battantes; le visage est couvert de sueurs, de sueurs visqueuses; les extrémités sont froides; la peau est moite; la voix est cassée.

Oublions les exceptions inévitables : « le facies reste bon, les joues fortement colorées, le facies n'est pas d'un malade très infecté », etc.

Les premières minutes syncopales passées, certains malades restent abattus, déprimés, « à bout », obnubilés « au point de ne pouvoir

répondre aux questions », « immobilisés par la peur », ou bien, plus fréquemment, agités par une étrange surexcitation qui va frapper le médecin.

Au milieu de cette instabilité croissante, la *conscience* peut rester remarquablement intacte. Nos malades répondaient aux questions avec une lucidité sans faille. Desplas donne comme signe « la désorientation intellectuelle »; nous ne l'avons pas vue assez souvent signalée pour la retenir; non plus que le délire violent, gesticulant, et avec hallucination, survenu dès le début, et jamais interrompu, chez le malade de Latreille, qui mourut à la vingtième heure. Le plus souvent, le malade est conscient, lucide, effrayé même, atrocement anxieux, avec « l'impression nette de sa mort prochaine ».

La *cyanose du visage* est à retenir si elle est précoce. Elle le fut, elle fut même initiale dans plusieurs cas. Quand elle est signalée (sur 160 observations, 25 fois), elle était assez régulièrement là vers la dixième ou douzième heure. Chez deux de nos malades, elle existait dès mon examen, vers les seizième ou dix-huitième heures. Waring et Griffiths font de cette cyanose précoce un signe pathognomonique lorsqu'il s'ajoute aux signes ordinaires : ou bien les auteurs en négligent le signalement, ce que nous croyons; ou bien il n'est pas présent dans la majorité des cas, d'après nos recherches.

Le subictère conjonctival ou généralisé est un signe accessoire; il aura quelque valeur, s'il préexistait, et nous éclairera, alors, vers une localisation utile des antécédents. L'ictère franc est rare.

### *Pouls et température.*

Il y a intérêt à les confronter, à les étudier ensemble; mais que de contradictions chez les auteurs, et à travers quelles indications opposées se retrouver !

« Le *pouls* petit et rapide. » (Lenormant et Lecène.) « Le pouls lent, dur, concentré, comparable au pouls en fil de fer de la colique de plomb. » (Leriche et Arnaud.) Depuis ces deux mémoires, déjà anciens, les mêmes oppositions. « Petit, faible, hypotendu », dit Desplas; « lent et hypotendu, au début », dit de Brohé; accéléré, dit Mayer; constamment ralenti, dit Luck; à 160 (Perdoux); à 60 (Lefèvre), à 160 (Bullrich), etc.

La lecture des observations elle-même n'apporte pas une solution : le pouls y est varié à l'infini.

La vérité est, je crois, qu'il est assez souvent lent, plein, dur au début; une heure après, moins plein, et, dès lors, et d'heure en heure, s'affaiblissant, s'accéléralant, « de petitesse croissante ». (Guillon.) La malade de Perdoux a un pouls qui de 80 passe en deux heures à 160. Les malades que j'ai vus, il est vrai, vers seize heures et dix-huit heures après le début,

avaient un pouls lamentable, un à 144, et les deux autres à 90, mais mous, irréguliers, hypotendus, à peine perceptibles.

Il me semble bien, cependant, que le pouls est, en général, petit, rapide, mauvais, tel qu'à lui seul (130) il force Ertaud à intervenir, malgré les autres symptômes qui n'ont rien d'angoissant.

En revanche, l'étude de la *température* apporte une réponse ferme et sans hésitation; la température est presque toujours autour de 38°, quelquefois plus bas, jamais très haut. Là est le contraste utile au clinicien : même si le pouls est à 120, 140, la température est restée à 37°,8, 38°, 38°,2. Cette *dissociation* est un élément précieux du diagnostic : température sans écart, pouls de vitesse croissante ou de force peu à peu diminuée.

Ajoutons à ces signes généraux : la *dyspnée*, l'*accélération des mouvements respiratoires*, une *respiration quelquefois saccadée, stertoreuse, les sueurs froides*.

Tout montre bien, comme Schweizer y a insisté, la maladie grave : non seulement le pouls, le facies, mais quelquefois l'oligurie extrême, l'aridité salivaire, le délire, la leucocytose; tous les organes sont vite touchés par l'intoxication générale.

### III. — SIGNES PHYSIQUES

A des phénomènes fonctionnels et généraux aussi vite brutaux que ceux que nous avons vus, ne correspondent pas les *signes physiques* d'une réaction locale aussi intense.

**Ce paradoxe de signes fonctionnels et généraux alarmants associés à des signes physiques pauvres nous paraît devoir être mis en évidence et retenu.** Dans deux cas, il m'a aidé à faire un diagnostic qui passe pour rarement obtenu.

Insistons tout de suite sur un signe négatif : l'*absence de contracture, de ventre de bois*.

Ce qu'il faut chercher, par contre, ce sont : le *ballonnement avec résistance douloureuse à l'épigastre*, la *douleur dans l'angle costo-lombaire*, les *taches cyanotiques*.

**INSPECTION.** — Bien des auteurs ont décrit le *ballonnement* comme constant, rapidement apparu, considérable. Il n'en est rien : un de nos malades avait un ventre sans météorisme; un malade de Beule a, d'abord, le ventre rétracté.

Que de cas, en effet, sans *météorisme*, pendant plusieurs jours !

Le ballonnement est pourtant de règle, assez souvent rapide et assez souvent localisé : épigastrique, quadrant supérieur droit, quadrant inférieur gauche, ombilical, quelquefois ventre bilobé avec sillon transversal, à hauteur d'ombilic, quelquefois dilatation isolée du côlon transverse, quelquefois ballonnement iliaque droit.

Le *ballonnement épigastrique* serait un excellent signe différentiel; il serait dû à la dilatation gastro-duodénale.

Sur ce ventre distendu, on ne voit jamais d'ondes de *péristaltisme*; le cas de Nætzl, où l'inverse est noté, n'est qu'une exception.

Pour en finir avec le *ballonnement*, il n'est ni constant, ni considérable, ni immédiat. Il est inconstant, presque toujours progressif, général ou localisé; il n'a presque jamais les dimensions qu'il atteint dans l'occlusion; il est immobile, sans péristaltisme.

B. Johnston a observé dans un cas, avec une grande netteté, le signe que Grey Turner avait mentionné en 1920 : « Au niveau de l'ombilic une zone circulaire de deux doigts et demi de couleur jaune analogue à celle produite par l'extravasation de sang ou de bile », signe déjà signalé dans les ruptures des voies biliaires et dans l'hémorragie intra-péritonéale d'origine tubaire.

L'inspection de la paroi abdominale fait découvrir un autre signe : les *taches cyanotiques*, l'aspect marbré; elles ne manquaient que chez l'un de mes malades; je serais très tenté de dire ce qu'ont déjà dit Leriche et Arnaud, Turner, de ce signe, qu'on peut appeler signe de Halsted, qu'il est pathognomonique; mais les malades chez lesquels je l'ai vu étaient déjà dans un tel état général que l'on pouvait douter s'il y avait là un signe de pancréatite hémorragique ou un signe pré-agonique.

**PALPATION.** — La palpation est redoutée du malade; il faut, avant de la lui faire accepter, beaucoup de douces paroles et d'arguments. L'adiposité fréquente des malades la rend encore plus malaisée; enfin, certains malades sont terrorisés au point de ne pas vouloir permettre un geste (1). La palpation doit cependant donner d'utiles indications.

Le ventre respire; profitons de l'inspiration.

Aussitôt, la vérification du signe négatif déjà indiqué est possible : il n'y a pas de contracture. Pour les chirurgiens, cela équivaut, dès cet instant, à peu près à cette autre affirmation : il n'y a pas de péritonite par perforation.

C'est un fait à peu près constant. Le ventre « se laisse déprimer partout », « le ventre est remarquablement mou et dépressible ». Il peut y avoir une légère défense, mais ce n'est « ni contracture vraie, ni forte

(1) Le malade de Matry restait obstinément recroquevillé sur lui-même.

défense, mais plutôt forte tension » (Gosset), et Barthélemy précise bien : « c'est en raison de la distension douloureuse, et non pas d'une contracture, que la palpation profonde est rendue impossible ». Quelquefois, la réponse varie avec les étages du ventre : contracture en haut, dépressibilité en bas.

Là encore, oublions les exceptions : que le ventre était partout contracturé (Patel), que le ventre était de bois (Elcæsser, Appelmans). Je crois pouvoir dire : *c'est un abdomen ballonné, sans contracture*. J'ai cherché ce signe avec grand soin chez mes malades : dans un seul de mes trois cas, la contracture existait, mais localisée à l'hypocondre droit et à l'épigastre. Il me faut bien cependant recueillir les exceptions les plus frappantes. Voici le cas publié par Roger Couvelaire.

« Dès que, avec la plus grande douceur, la main posée à plat essaie de déprimer la paroi, elle y arrive facilement dans les deux fosses iliaques et l'hypogastre, mais l'épigastre est le siège d'une contracture invincible, étendue sur une largeur de deux paumes de main environ. La douleur provoquée est exclusivement épigastrique. La matité hépatique explorée en position couchée et assise n'a pas disparu. Le toucher rectal permet d'atteindre un Douglas indolent. Il n'existe aucune matité déclive dans les flancs.

« Le diagnostic posé est celui de perforation d'un ulcus gastrique, muet jusqu'à cette complication révélatrice. Mon vénéré maître, M. Charles Dujarier, qui, passant à l'hôpital, examina ce malade, insista devant moi sur la netteté de ce ventre de bois, sur la valeur qu'il fallait lui attribuer, non seulement comme indication opératoire impérieuse, mais comme élément diagnostique en faveur de la perforation d'un viscère creux sous-jacent, et m'autorisa à intervenir chirurgicalement dans les délais les plus courts. »

Il peut y avoir, en effet, contracture segmentaire; mais la règle est que, dans de larges segments de son étendue, le ventre peut être déprimé. Il n'y a *ni ventre de bois, ni hyperesthésie cutanée*.

La palpation va pouvoir aller, maintenant que le malade est docile, dans la profondeur, chercher la *douleur provoquée*.

Elle siège à point fixe, presque toujours, et presque toujours où a explosé le mal, où le malade n'est pas surpris de la voir retrouver. C'est aussi où est la contracture limitée, quand elle existe : épigastrique, pancréatique, latéro-ombilicale, un peu au-dessous et à gauche de la vésicule, s'étendant de la ligne médiane vers la gauche, plus rarement de la gauche vers la droite ou sous le rebord costal gauche.

Certains cas induisent obligatoirement en erreur : douleur iliaque droite, douleur basse.

Une *douleur postérieure* devrait toujours être recherchée. Nous ne

serions tout à fait fixés sur sa valeur que si nous étions assurés de sa recherche habituelle. Nous la relevons seulement dans 79 observations : presque toujours dite *lombaire*, sans précision, ou indiquée de chaque côté de la colonne vertébrale, à gauche de la deuxième lombaire, au-dessous des fausses côtes gauches ou dans l'angle même costo-vertébral.

Ce signe de la douleur postérieure, *costo-vertébrale gauche*, Mayo-Robson le considère comme pathognomonique. Reynaldos peut refuser d'y souscrire pour l'avoir trouvé dans un cas d'embolie de l'artère rénale, le signe de Mayo-Robson reste bon. Mayo-Robson et Russer ont aussi insisté sur la douleur exquise provoquée par le palper du rebord costal gauche. Chez un malade de Waring et Griffiths, recherché soigneusement, il est absent; mais le malade fait une rechute, après intervention; cette fois le signe apparaît.

La palpation peut quelquefois permettre de découvrir, en avant, une *résistance* anormale ou même une *tuméfaction*.

Elle a été trouvée sous le rebord costal gauche, ou à droite au-devant de la région vésiculaire, dans l'hypocondre et une partie du flanc droit, dans la fosse iliaque droite, soulevant le côlon ascendant dans le cas de Thévenot, dans la fosse iliaque gauche au contraire et prise par Phélip pour un kyste de l'ovaire tordu, dans la fosse lombaire, la partie inférieure de l'abdomen, même dans l'hypogastre.

Elle est cependant plus fréquente dans la région épigastrique et para-ombilicale.

C'est, ou une plaque indurée du volume du poing, ou une masse diffuse, profonde, sans limites précises, un empâtement du volume approximatif d'une orange.

En gros, *une sorte de tumeur transversale, épigastrique, mal limitable, mate ou sonore, quelquefois battante, et, s'il y a loisir de la palper à plusieurs reprises, de volume changeant*. (Cunéo.)

Est-ce le pancréas tuméfié, un hématome, l'épiploon hypertrophié et rétracté ? Tout cela tour à tour, c'est-à-dire l'un ou l'autre, suivant les cas.

Quelques auteurs ont voulu faire de ce signe « *de l'empâtement épigastrique* » un signe de valeur diagnostique considérable. Moins heureux qu'eux, je n'ai rien senti, jamais, et, lorsque j'ai vu les lésions, je me demandais comment on aurait pu sentir quelque chose.

Mais il reste que, dans certains cas, on pourra percevoir cette tuméfaction épigastrique et s'appliquer à savoir différencier la dilatation de l'estomac, le météorisme colique, l'hématome pancréatique. Ce sont des exercices cliniques plus faciles chez les malades ptosiques et maigres que chez les gros adipeux dont il est surtout question aujourd'hui.

PERCUSSION. — Que va déceler la *percussion* de cet abdomen ? Peu de chose : *une sonorité en général normale*, ce qui est une surprise, dit

Jeaume, chez un malade que l'on croit atteint d'occlusion; parfois et exceptionnellement du *tympanisme*.

On retrouve parfois le signe de Gobiet, cette *dilatation isolée du côlon transverse* si importante pour le diagnostic; parfois encore des zones alternatives de sonorité et de matité dues à la tuméfaction déjà notée si elle est intercalée entre l'estomac et les anses intestinales.

Les signes d'*épanchement intra-péritonéal* sont très inconstants; cependant, il arrive que, dès les premières heures, au niveau des flancs, prédominante à droite ou à gauche, ou même dans la région sus-pubienne, on trouve une légère submatité ou une matité franche se déplaçant avec les mouvements du malade.

Quant à la disparition de la matité hépatique, elle est rarement notée (5 fois seulement sur 200 cas) et ne constitue qu'un signe sans intérêt, sous la dépendance de la dilatation colique.

Le *toucher rectal* et le *toucher vaginal* n'ont jusqu'ici rien appris d'utile.

#### IV. — EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

a) EXAMEN DES URINES. — Oligurie, anurie, hématurie, surtout la rétention d'urine, sont signalées.

Et aussi la découverte, au moment des crises, de la *glycosurie*, ou dès le début ou plus tard. Bernhard préconise l'épreuve de la glycosurie provoquée. Il en parle avec une confiance pleine de chiffres. Si l'on administre 50 grammes de sucre de raisin, le dosage du sucre sanguin montrerait, au bout de quarante-cinq minutes, une augmentation de 7g,60 en cas de nécrose totale du pancréas, de 3g,50 en cas de nécrose partielle, de 2g,75 en cas d'œdème aigu.

Récemment, Gordon Cameron insistait sur la présence d'un ferment lipolytique en quantité appréciable, existant sans albumine (signalé pour la première fois par Opie, en 1903).

Roloff, il y a peu, a fait un plaidoyer, appuyé sur 16 observations, en faveur de la recherche des diastases dans l'urine, recherche préconisée par Wohlgemuth, puis par Ungerhauss et dite très utile par Walzel, surtout par Unger et Sostman (réaction positive dans 92 p. 100 des cas).

On a assez souvent constaté la présence d'acides gras, de stéapsine, de trypsine; mais, presque toujours, avec l'esprit de l'escalier et le retard qu'il suit.

b) EXAMEN DU SANG. — Tout récemment, Binet et Brocq, dont les recherches sur cette question sont, depuis longtemps, poursuivies, et toujours intéressantes, ont pu mettre en évidence, sur les chiens d'expérience, un véritable *syndrome humoral* qui se traduit ainsi qu'il suit :



Fig. 197. — Image radiographique dans un cas de pancréatite aiguë. Anneau duodénal agrandi. Refoulement du bulbe. Vacuité de l'angle duodénal-jéjunal. (BRONNER.)

« *Histologiquement*, par une leucocytose et par une polyglobulie faisant place, bientôt, à une chute du taux des hématies.

« *Biochimiquement*, par un taux normal du glucose libre, par une chute possible du taux des chlorures, mais surtout par une élévation des graisses totales du sang et de la cholestérine. *L'aspect laiteux du sérum ou du plasma*, en rapport avec ces dernières modifications chimiques, nous apparaît comme un signe humoral de grande importance en faveur du diagnostic de pancréatite hémorragique avec stéatonécrose quand il survient au cours d'un syndrome abdominal aigu. »

D'autres recherches ont été signalées : celles sur l'*hyperglycémie* de Bernhard surtout, dont les observations de von Redwitz, de Jorns et de Kreiner ont confirmé les résultats et dont Calzavara a bien précisé l'intérêt clinique.

Il fait une première mesure de la glycosurie et de la glycémie, puis fait absorber 50 grammes de sucre dans 200 centimètres cubes d'eau et fera une seconde et une troisième mesure de glycémie après quarante-cinq minutes et après deux heures. Il aurait appris ainsi :

1° Que, chez les sujets atteints de pancréatite aiguë sans glycosurie, l'hyperglycémie est constante (0,153 à 0,178 au lieu de 0,102);

2° Qu'après quarante-cinq minutes la glycémie est triple de la normale (0,292 à 0,310 au lieu de 0,163) ;

3° Que c'est seulement au cours des pancréatites aiguës que le maximum se fait en quarante-cinq minutes, alors que, chez le diabétique, l'hyperglycémie alimentaire n'apparaît guère qu'après deux heures et croît lentement.

Il verse, en conclusion, l'observation suivante; elle nous montre aussi que l'*œdème aigu du pancréas*, dont bien des observations récentes ont à la fois souligné l'intérêt et laissé obscure l'étude, est, dans certains cas, un stade de début, que suivra la pancréatite hémorragique.

« Femme opérée pour coliques vésiculaires depuis quatre ans. Souffre de nouveau depuis huit jours, avec fièvre depuis quelques jours. Il y a six heures, douleurs atroces avec irradiations vers l'épaule gauche, pesantueur abdominale surtout dans le flanc gauche. Le diagnostic posé est empyème vésiculaire avec pancréatite secondaire. L'hyperglycémie alimentaire = 0,360 p. 100 en quarante-cinq minutes avec glycosurie en même temps. A l'intervention : œdème du pancréas analogue aux lésions habituelles des lithiasiques. On croit, à ce moment, la méthode en défaut, lorsque, deux jours plus tard, la malade meurt et on trouve, à l'autopsie, une pancréatite aiguë avec péritonite. »

c) EXAMEN RADIOLOGIQUE. — Les documents concernant pareille recherche sont certainement rarissimes. Ehrmann a signalé qu'après ingestion barytée le refoulement en anneau de tout le duodénum par le

pancréas tuméfié est visible. Je vais donner, commentant la figure 197, le résumé de l'observation de Bronner, qui est un remarquable document.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans, obèse, qui vint pour un syndrome abdominal grave qui, deux jours avant, malgré le collapsus, fut appelé colique hépatique. L'examen radiographique montra : un estomac haut situé, un bulbe transversal, une anse duodénale volumineuse, comme refoulée excentriquement, une accumulation de baryte dans les portions déclives du duodénum, l'absence de baryte au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, au delà duquel le remplissage reprend. L'examen, renouvelé, montra la constance de ces aspects : fer à cheval duodénal agrandi, ouvert; bulbe comprimé; angle duodéno-jéjunal tirailé; stase barytée, par hypotonie duodénale. Le diagnostic clinique porté, avant l'intervention, fut celui de pancréatite aiguë. La laparotomie fit découvrir une pancréatite hémorragique.

Bronner, dans un deuxième cas, observa des signes radiologiques analogues à ceux que nous avons énumérés et que nous avons pu figurer grâce à l'obligeance de l'auteur.

#### FORMES CLINIQUES

Je laisse de côté les formes *lentes, atténuées*, et ces formes *dorsales et ventrales* proposées récemment par Poissonnier.

La **forme aiguë** est celle que nous avons décrite. Elle évolue vers le collapsus et la mort en deux, trois, quatre jours. Le petit tableau qu'en donnait Fitz, en 1889, va nous fixer sur cette gravité : sur les 17 cas, 14 fois la mort survient :

- Le deuxième jour, dans 3 cas;
- Le troisième jour, dans 5 cas;
- Le quatrième jour, dans 3 cas;
- Le cinquième jour, dans 2 cas;
- Le sixième jour, dans 1 cas.

La **forme suraiguë** (apoplexie pancréatique) est foudroyante : les exemples ne manquent pas. N'en citons que quelques-uns : mort en seize heures (Williams), mort en quelques heures (Blaxland et Claridge), en une heure (Zenker), en une heure (observation anonyme de Liverpool, dans le mémoire de Lenormant et Lecène), en trois quarts d'heure (Young), en une demi-heure (Holt), etc. Pour Mayo-Robson, l'*hypothermie* serait le signe le plus redoutable.

Les **formes récidivantes** sont moins rares que le silence des traités ne le fait croire. Schweizer en cite 24 observations, dont quatre guéries par deux interventions. Voici un exemple.

Un homme de cinquante-huit ans, gardien de phare, a été opéré le 5 mai 1922 d'une pancréatite hémorragique aiguë, vingt-deux heures après le début de la crise, par Milligan. Le malade, parti guéri en juillet, revient en octobre pour une fracture de la rotule et, en mars 1923, pour une nouvelle pancréatite hémorragique avec tous les signes : teint plombé, peau moite, pouls filant, douleur épigastrique violente, abdomen distendu, non immobilisé, non contracturé. Timbrell Fischer fait le diagnostic de pancréatite hémorragique aiguë, ignorant tout, à ce moment, de la première intervention. Il opère neuf heures après le début des accidents. On enlève sur le pancréas une grande quantité de caillots (à ce moment précis, amélioration du pouls et de la coloration du malade). On enlève aussi les fragments nécrosés et on draine. Guérison.

Timbrell Fischer appelle cette évolution : *double attaque* de pancréatite hémorragique.

C'est, en effet, une double attaque, une véritable récidive. Mais tous les fragments nécrosés que l'on enleva lors de la seconde opération et ceux qui s'éliminaient encore un mois après dans le pansement nous font penser qu'il avait dû, malgré la première intervention, se constituer un faux kyste du pancréas, par nécrose et hématocele. Cela nous amène à la forme suivante.

**Forme subaiguë, à rechutes.** — Dans certains cas, l'évolution d'une pancréatite hémorragique aiguë, avec le début le plus alarmant, fait l'heureuse surprise de tourner court, de guérir. C'est quelquefois un succès de courte durée. Une deuxième crise éclate, qui, huit jours plus tard, emporte le malade. Ou plusieurs crises se succèdent : l'exemple de la malade d'Ertaud est bon à rappeler. Sa malade fait une crise le 19 janvier, une autre le 23, une autre le 26, puis peut se croire guérie; le 6 février, nouvelle crise; le 8 février, crise mortelle.

Ces *formes à rechutes* ont une gravité variable. Il est des crises qui ne semblent complètes qu'au deuxième ou au troisième temps. Il en est qui vont, au contraire, s'atténuant. Quelques-unes laisseront la guérison parfaite; d'autres conduiront, en une ou deux ou dix crises subaiguës, à la constitution lente d'une hématocele pancréatique, faux kyste du pancréas.

Je renvoie au beau livre de P. Brocq pour les détails.

L'évolution de la pancréatite hémorragique vers le kyste peut se faire sans cet échelonnement de crises : ce sont les **pancréatites hémorragiques subaiguës, enkystées d'emblée.**

Je n'ai pas à m'occuper du *kyste du pancréas* ainsi constitué. Sa décou-

verte, chez un malade qui arrive à l'hôpital, est un des plus intéressants problèmes de clinique, car il comporte un *diagnostic à trois degrés* plein d'intérêt.

Ces trois échelons à remonter sont : 1° le kyste; 2° la crise de pancréatite aiguë ; 3° la lithiase vésiculaire si souvent responsable.

Je n'en dis qu'un mot; le diagnostic de kyste, de faux kyste, je le suppose fait. Il faut trouver à celui-ci une origine. Elle est l'hématocèle dont nous venons de parler. Interrogeons soigneusement le malade, et nous retrouverons l'épisode aigu, brutal, pris pour colique hépatique, pour occlusion, « qu'on faillit opérer » et qui a semblé guérir.

Voilà reconstitué, en effet, le drame pancréatique qui, fort heureusement avorté, n'a donné que cette hématocèle peu à peu si parfaitement enkystée, que l'on dit kyste. Mais cette pancréatite hémorragique, pourquoi ? N'aurait-elle pas été une complication de la lithiase biliaire ? Et l'on découvre la cholécystite calculeuse causale, et le malade une fois guéri de son kyste sera opéré et guéri de la maladie d'où dérivait l'épisode dramatique et le kyste, le faux kyste résiduel.

A propos de ces *formes latentes*, je rappellerai brièvement que Pens, il y a dix ans, a attiré l'attention, grâce à une belle observation, suivie d'autopsie, sur les lésions nécrotiques des surrénales; il a fait l'hypothèse suivante : peut-être, même dans les formes les plus aiguës, l'atteinte des surrénales est-elle un des facteurs importants conditionnant l'issue fatale.

Sans doute sommes-nous encore très ignorants des formes atténuées, des formes guéries spontanément; il est possible que de la pancréatite la plus brutale à la pancréatite chronique la plus lentement progressive, tous les intermédiaires existent. Il est possible que, bien des fois, un épisode vif, mais court, ait été méconnu et n'en ait pas moins préparé la lésion cicatricielle ou kystique à venir. P. Brocq a tout à fait raison lorsqu'il écrit : « La pancréatite aiguë, à quelque variété qu'elle appartienne, n'est pas fatalement mortelle. Quand le sujet résiste à l'orage, la guérison peut survenir, non sans la constitution de séquelles lointaines plus ou moins importantes, plus ou moins graves pour la fonction de la glande. »

Je crois que la connaissance des *formes atténuées* sera un des progrès de l'avenir et que les investigations des chirurgiens « du côté du pancréas, au cours de la laparotomie, seront plus fréquentes et n'attendront pas les commandements sinistres du drame pancréatique. Ce sont des observations de ce groupe et fort intéressantes que Le Grand, de Rouen, a données à son élève Thouluc pour une thèse où est bien étudiée la symptomatologie fruste de ces cas.

## ÉTIOLOGIE

Dans la mesure où le malheureux malade, dont nous avons vu l'état, peut répondre, quelques questions sont d'un trop grand intérêt pour être négligées. Elles vont quelquefois — si les notions d'étiologie que nous allons dire sont retenues — contribuer à faire faire un bon diagnostic. Il y a, pour cette maladie, dont le début est si brutal qu'elle paraît toujours être un drame soudain, sans préparation, il y a, presque toujours, au contraire, *des préparatifs de longue date et parfois des préparatifs récents* dont la découverte doit éclairer le clinicien. Bien des malades, dès la première minute de l'examen, apparaissent bien, en effet, des « victimes de choix ». (Schweizer.) Ceux qui étaient tout à fait florissants jusque-là, comme le jeune athlète de Lenormant et Lecène, la « grasse et florissante » jeune malade de Durand, sont l'exception. Presque jamais le passé de ces malades n'apparaît à ce point indemne de tares hépatiques ou digestives, d'accidents douloureux frustes ou violents, voire même de crises, presque analogues à celle par laquelle les voilà terrassés.

Passons en revue, dans l'étiologie, ce qui peut fortifier le diagnostic.

AGE. — Toutes les statistiques s'accordent : le maximum est à l'âge moyen (quarante ans). Il y a bien des observations d'enfants de sept ans, douze ans, de nouveau-nés même, et des vieillards de soixante-dix ans, soixante-dix-sept ans, quatre-vingts ans. Mais elles restent exceptionnelles. Holzmann, en 1927, avait réuni 10 cas de pancréatite hémorragique chez des enfants. Sur les 10 cas d'enfants étudiés par Von Schmieden, 4 avaient déjà une affection biliaire.

SEXE. — La prédisposition pour les hommes était quelquefois indiquée, surtout depuis la statistique de Körte (30 hommes, 14 femmes) : c'est à ne pas retenir. Brocq trouve, sur 342 cas, 182 hommes, 152 femmes et 8 cas non précisés; Schweizer, 53 hommes et 46 femmes; nous-même dans les 160 observations que nous avons retenues pour cette étude clinique, 90 femmes, 70 hommes. Mais Bernhard, avec 74 observations, Unger et Sostmann, avec 100 observations, insistent sur la plus grande fréquence de la maladie dans le sexe féminin.

RACE. — Il y a probablement, au retard des Français dans la connaissance de cette maladie, cette excuse qu'elle est plus rare dans notre pays que dans les pays nordiques et anglo-saxons, où les gros mangeurs

et les buveurs sont, sans doute, plus nombreux. Les chirurgiens étrangers ont une expérience beaucoup plus riche.

Tandis que Lenormant, en six ans de chirurgie de garde à Paris, ne voyait qu'un cas, de Beule en voyait 8, en quinze ans; Seidel, 6, en deux ans; Muttin, 22 pancréatites aiguës, en neuf ans, à Berlin; Waring et Griffiths, 15, en dix ans.

Mais je suis assuré que notre pauvreté en observations est moins réelle qu'elle ne paraît; j'ai vu 3 cas, en trois ans. Desplas a déjà vu 6 cas. Que de cas ont été cliniquement ignorés et opératoirement méconnus; il faut y croire, y penser, pour les découvrir : l'hémorragie et la cytotéatonecrose ne sautent pas aux yeux.

ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES ET TERRAIN. — Nous voici arrivés aux notions importantes.

Le « ciel serein », la « pleine santé », l'« état florissant », dans lesquels éclaterait tout à coup l'orage, ne sont, à regarder de près, que des exceptions.

Sur près de 200 observations que nous avons étudiées à ce point de vue, celles où les antécédents, recherchés avec soin, se sont montrés vraiment nuls, sont au nombre de 15 seulement.

Dans tous les autres cas, l'interrogatoire est fructueux : il l'est, si l'on sait le diriger, c'est-à-dire si l'on sait ce qu'il faut chercher, trouver, lier au drame actuel.

Le TERRAIN d'abord : ce sont souvent des obèses, des alcooliques. Brocq trouve 66 cas où l'obésité est signalée sur 340 observations; nous l'avons nous-même trouvée dans 51 cas sur 170 observations. Schweizer la trouve 53 fois sur 90 observations. Borelius l'avait vue 8 fois sur 11. Nos trois malades, deux hommes et une femme étaient des obèses.

L'ÉTHYLISME a une action favorisante certaine : 7 fois sur 11 (Borelius), 50 fois sur 105 (Egdhall), 12 fois sur 90 (Schweizer).

L'état de GROSSESSE chez les femmes (16 fois sur les 90 malades femmes de nos observations).

Il existe quelques exemples nets, où des INTOXICATIONS diverses ont agi : *tabac, traitement mercuriel*. Laignel-Lavastine a pu se demander, dans un cas, si une cure de démorphinisation, en activant le pancréas, n'avait pas favorisé la lésion hémorragique.

Le passé pathologique ancien ou récent est plus instructif.

Les ANTÉCÉDENTS HÉPATIQUES sont les plus fréquents.

Beaucoup de malades ont présenté des crises typiques de colique hépatique avec la douleur particulière, les irradiations les plus habituelles,

l'horaire précis, les vomissements, la sédation par la morphine, l'arrêt brusque des malaises, le subictère. Les malades savent tout cela. Ces crises peuvent remonter loin : à six ans, douze ans, treize ans, vingt ans, vingt-deux ans. Ou bien elles sont à la fois anciennes et, depuis peu, plus marquées. C'est quelquefois au cours même de coliques hépatiques que les phénomènes se transforment brusquement et que la gravité inusitée, nouvelle, apprend aux malades eux-mêmes le changement.

Ces *antécédents lithiasiques* précis sont une notion désormais classique : sur 105 complications d'origine biliaire, Quénu et Duval, en 1905, avaient trouvé vingt pancréatites hémorragiques, soit 17 p. 100. Pour Kehr et pour Mayo, ce pourcentage s'élevait à 33 p. 100, 27 p. 100. Brocq, sur 340 observations, a trouvé 157 fois signalé l'examen des voies biliaires : 106 fois, il y avait des calculs.

L'interrogatoire pourra être négatif; l'examen pendant l'opération fera la preuve : sur 78 cas où nous avons vu signalées les lésions lithiasiques, 18 fois elles l'avaient été par la clinique, 60 fois par l'intervention ou l'autopsie. Mieux encore, Walzel, sur 31 pancréatites aiguës opérées, n'a vu que deux cas sans lithiase concomitante.

Enfin, l'acte opératoire sur les voies biliaires a pu quelquefois se compliquer de pancréatite hémorragique; il en fut ainsi dans un cas de Bengolea (cholécystectomie), dans un cas de Schnitzler (calcul du cholédoque) et dans deux cas de Chiasserini. Dans un autre cas de ce dernier auteur, la complication survint, chez une jeune fille, quelques mois après une cholécystectomie.

Bien des fois, les troubles digestifs antérieurs n'auront pas les clairs caractères de colique hépatique ou d'ictère, mais de douleurs tardives, d'hématémèse, de douleurs épigastriques.

Les troubles peuvent être plus vagues encore : crises douloureuses sans localisation, indigestions fréquentes, douleurs du bas-ventre, vomissements faciles, phénomènes de sub-occlusion, etc.

Certainement l'interprétation de pareils symptômes nous deviendra de moins en moins obscure.

Nous apprendrons peu à peu à retrouver, dans les antécédents de ces malades, non seulement la lithiase biliaire, mais sans doute des crises antérieures de pancréatite, des signes de pancréatite atténuée, des signes de stase duodénale. (Seidel, Leveuf.)

*Les crises antérieures de pancréatite hémorragique ?* Schweizer croit en avoir trouvé 24 observations, et, parmi elles, 4 observations où les malades auraient été guéries par deux interventions d'urgence.

*Les pancréatites atténuées ?* Delbet croit à leur fréquence et qu'on peut les dépister si, à un fond d'endolorissement sus-ombilical, s'ajoutent

des crises faisant penser à la lithiase biliaire ou à l'ulcère de l'estomac et des battements anormaux et étalés transversalement à l'épigastre.

**La stase duodénale ?** Seidel avait observé chez un de ses malades, à la suite d'une gastro-entérostomie avec exclusion du pylore, un syndrome d'occlusion haute; ayant fait une seconde laparotomie, il découvrit une occlusion duodénale artério-mésentérique et, contemporaine, une nécrose aiguë du pancréas avec cytotéatonecrose péritonéale diffuse, sans calcul des voies biliaires ni autre cause appréciable de nécrose.

L'observation récente de Twistington Higgins est presque une expérience : chez un nourrisson de seize jours, vomissant depuis sa naissance on porte le diagnostic clinique et radiographique d'obstruction du duodénum. A l'opération, on découvre une obstruction congénitale de l'angle duodéno-jéjunal avec lésions inflammatoires subaiguës du pancréas et, sur le mésentère et au voisinage de la glande, des taches jaunâtres rappelant la stéatonecrose de la pancréatite hémorragique.

Les lésions ulcéreuses pyloro-duodénales sont assez souvent (16 fois) retrouvées dans les antécédents, et d'autres lésions (appendicite) sur lesquelles je passe rapidement. De même, je ne fais que citer quelques-unes des maladies infectieuses au cours desquelles on a vu survenir la pancréatite hémorragique : typhoïde, variole, infection puerpérale, ostéomyélite, grippe, etc.

Que retenir d'essentiel parmi toutes ces notions étiologiques ? C'est un malade ou une malade de *trente à cinquante ans, très souvent obèse ou alcoolique, assez souvent femme enceinte*; toujours il faut rechercher les *antécédents de lithiase biliaire* ou, parmi les troubles digestifs fréquents et qui, d'abord, semblent vagues, ceux pouvant être rattachés aux *ulcères gastro-duodénaux, à des pancréatites atténuées, à des crises de pancréatite franche, à des stases duodénales.*

Ajoutons encore que *l'imprudance d'un énorme repas, de libations abondantes*, aideront à faire naître la crise, enfin que celle-ci est quelquefois annoncée, les jours précédents, par des prodromes hépatiques ou pancréatiques.

Silvestri a proposé, du drame pancréatique, une explication qui est encore sans démonstration; pour lui, toutes les victimes auraient, dans leur passé, une série de poussées douloureuses, des troubles gastriques ou intestinaux. A chacune de ces poussées correspondrait l'issue d'une certaine quantité de suc pancréatique. Peu à peu, le sujet arrive à être sensibilisé et, à la faveur d'une nouvelle poussée et d'une nouvelle issue de suc, éclaterait le drame. Les phénomènes seraient, alors, non pas ceux d'une intoxication massive, mais ceux d'un véritable shock anaphylactique.

## DIAGNOSTIC

## 1° Les erreurs.

Brocq a rassemblé, dans l'énumération suivante, ce que lui ont appris, sur les difficultés du diagnostic, 118 observations. Le diagnostic, sur 118 cas, n'avait été fait que 21 fois. On avait, dans les autres cas, pensé

25 fois, à la perforation d'un ulcus gastrique ou duodéal;

23 fois, à un iléus;

15 fois, à une péritonite de cause inconnue;

13 fois, à une appendicite;

8 fois, à une cholécystite;

4 fois, à une perforation de la vésicule biliaire;

3 fois, à une colique hépatique;

2 fois, à la torsion d'un organe intra-abdominal;

2 fois, à une invagination intestinale;

1 fois, à la rupture d'une grossesse tubaire;

1 fois, à une hémorragie interne de cause inconnue.

Le plus souvent, les choses se passent ainsi : le médecin risque de croire à une colique hépatique, à une cholécystite ou à une appendicite. Le chirurgien arrive et s'égare dans les perforations ou les occlusions.

Un malade de Lardennois lui est présenté comme atteint de colique hépatique; lui-même le croit en état de perforation. La malade de Phélip lui est montrée comme hémorragie interne par grossesse extra-utérine; il croit plutôt à un kyste tordu.

Pendant, les progrès commencent à se faire sentir.

Dans la statistique de Schweizer, qui porte sur 99 cas : 15 fois, le diagnostic est fait avec certitude; 16 fois, il est présenté comme probable.

Lorsque l'erreur est : iléus, perforation, torsion, elle est sans importance, car la décision d'opérer va suivre et sera, il faut bien, pour la majorité des cas, l'espérer, l'occasion du redressement du diagnostic.

L'erreur grave est celle qui fait dire colique hépatique, colique néphrétique, appendicite à refroidir ou empoisonnement.

Les causes d'erreur sont nombreuses : d'abord une symptomatologie atypique : douleur modérée ou de siège anormal, dans les fosses iliaques, ou dans le bas-ventre, ou calmée par la morphine, par les vomissements; un état général bon, pouls, facies intacts. *Mais, le plus souvent, la pauvreté des signes physiques entraîne l'erreur* : on attendait, à tort, la contracture, le ventre de bois, un gros météorisme; c'est contre ces attentes qu'il faut, avec insistance, dresser le tableau clinique que nous avons fait,

sur lequel nous allons revenir, et dans lequel l'absence paradoxale des signes physiques est mise en lumière.

Un exemple, encore; celui que Herzog vient de publier. Une fillette de deux ans est prise de douleurs abdominales, soudaines, et de vomissements fréquents et extrêmement abondants. Le ventre est souple, non douloureux au palper. Il n'y a pas de signes intestinaux. On pense à intoxication, empoisonnement. L'enfant meurt en vingt et une heures. A l'autopsie : pancréatite hémorragique, avec cytotéatonecrose. Herzog croit qu'à l'origine des accidents il y eut obstruction du canal de Wirsung par ascaris.

## 2° Diagnostic positif.

En quelques mots, ou quelques traits, empruntés aux deux travaux qui firent connaître en France la pancréatite hémorragique aiguë, refaisons d'abord le tableau le plus bref; nous chercherons ensuite, avec d'autres auteurs, les signes les plus frappants.

« *Le début est tout à fait brusque* : en pleine santé, au milieu de son travail, le malade, généralement obèse et vigoureux, est pris d'une douleur si vive qu'elle provoque parfois une syncope : cette douleur est localisée à l'épigastre et bientôt accompagnée de vomissements alimentaires ou bilieux. Dès l'apparition de la douleur et des vomissements, la constipation devient absolue; quelquefois quelques gaz sont encore rendus, mais les lavements ne ramènent rien. Peu à peu le ventre se distend, d'abord au-dessus de l'ombilic, puis le météorisme se généralise, ce qui complète encore la ressemblance entre ce tableau clinique et celui de l'occlusion intestinale aiguë.

« *Le malade est anxieux; les douleurs atroces et continues; le facies rappelle souvent celui de la péritonite aiguë.* Le pouls, petit et rapide, est un meilleur guide que la température, qui peut être normale ou légèrement élevée. Halstead insiste sur un symptôme qui lui a paru remarquable, la cyanose du visage et de la paroi abdominale, surtout marquée au-dessus de l'ombilic. » (Lenormant et Lecène, 1906.)

« Le malade est pris de douleurs atroces à la région ombilicale, à l'épigastre, aux hypocondres. Ces douleurs angoissantes et excruciantes sont accompagnées de vomissements, de prostration, de tendance à la syncope; l'hyperesthésie abdominale est généralisée, la constipation est absolue, il n'y a pas la moindre émission de gaz. En face d'une pareille situation, on pense à une péritonite aiguë, à un empoisonnement, à la perforation de l'estomac, du duodénum ou de la vésicule biliaire; on pense à une appendicite, à une occlusion intestinale aiguë, mais ce n'est rien de tout cela,

c'est autre chose, et j'ai donné à cet épisode le nom de *drame pancréatique*, afin de bien le distinguer de tout ce qui peut lui ressembler. Et, en effet, soit à l'opération, soit à l'autopsie, on trouve non pas une péritonite, non pas une occlusion intestinale, mais on trouve les grands témoins anatomiques du drame, c'est-à-dire des îlots blancs (taches de bougie) de nécrose graisseuse auxquels sont souvent associées des hémorragies pancréatico-péritonéales, lésions consécutives à une poussée de pancréatite aiguë presque toujours greffée sur une pancréatite chronique. » (Dieulafoy, 1907.)

Voici comment, en traits simples dans un cas, en accents pathétiques dans l'autre, fut importée, en France, la pancréatite hémorragique.

Depuis ces premiers travaux, a-t-on précisé davantage ?

Des signes nouveaux, un groupement différent, l'accent mis ici ou là, quelques concours de laboratoire ont-ils apporté plus de lumière ?

Guinard donnait comme toujours présents les quatre signes suivants : 1° le début brusque; 2° la douleur cœliaque; 3° la cachexie suraiguë; 4° la tuméfaction locale. Mais il pensait surtout à des formes subaiguës laissant le loisir de juger l'amaigrissement.

En 1911, au Congrès de Bruxelles, trois rapporteurs, Michel, Körte, Giordano, s'étaient attaqués à la question précise : diagnostic des pancréatites. La question n'avança pas, quant aux pancréatites hémorragiques. Körte avait cependant l'expérience de 50 observations personnelles de pancréatites; pour lui, le seul signe qui dût permettre de reconnaître avec quelque certitude la nature exacte de la maladie, c'était « la zone de résistance transversale à la région épigastrique, résistance douloureuse à la pression ».

Certains signes ont depuis fait leur preuve : le *signe d'Halstead* (plaques de cyanose), le *signe de Mayo-Robson* (douleur postérieure dans l'angle costo-lombaire); ils ont, chacun, permis plusieurs fois le diagnostic. Une meilleure connaissance, surtout, des signes différentiels de perforation, et une meilleure interprétation des signes précoces de collapsus feront le reste.

Waring et Griffiths recommandent le signe de la mydriase par l'adrénaline. Il existerait dans les trois quarts des cas. Pour le rechercher, on met deux gouttes de solution au 1/1.000 dans un sac conjonctival, on recommence au bout de cinq minutes; si, au bout d'une demi-heure, la mydriase est obtenue, le signe est considéré comme positif.

Ce qui est paradoxal, c'est, disaient Leriche et Arnaud, « que le tableau clinique tient à la fois de la péritonite et de l'occlusion ». On peut ajouter qu'aussi bien il n'est parfaitement ni l'un ni l'autre.

Quand Lardennois voit le malade qui est cru jusque-là atteint de colique

hépatique, il réforme le diagnostic et dit : perforation probable, mais, troublé, il constate, en même temps, qu'il n'y a ni sonorité pré-hépatique, ni matité dans les flancs, ni signe de péritonite.

Quand j'ai vu mon premier malade et que j'acceptai le diagnostic d'occlusion intestinale, il ne me satisfaisait pas et je faisais remarquer combien



Fig. 198. — Semis très copieux de taches de bougie, d'un blanc éclatant, dans la pancréatite hémorragique. (ERNST RUPPANNER.)

cet iléus était atypique, qui ne comportait ni météorisme, ni péristaltisme, ni crises paroxystiques.

Pour Musser, qui a obtenu cinq guérisons, les meilleurs éléments de diagnostic positif se groupent ainsi qu'il suit :

L'histoire des antécédents, les signes de shock, les signes d'inflammation rétro-gastrique : rigidité du côté gauche, douleur épigastrique irradiant à gauche, vomissements, tuméfaction épigastrique à tympanisme sourd ;

douleur dorsale, en particulier intercosto-iliaque, anémie aiguë, hypothermie, dyspnée profonde, fréquence du pouls, réaction de Cammidge, contracture, dans 3 cas sur 6, simulant la péritonite.

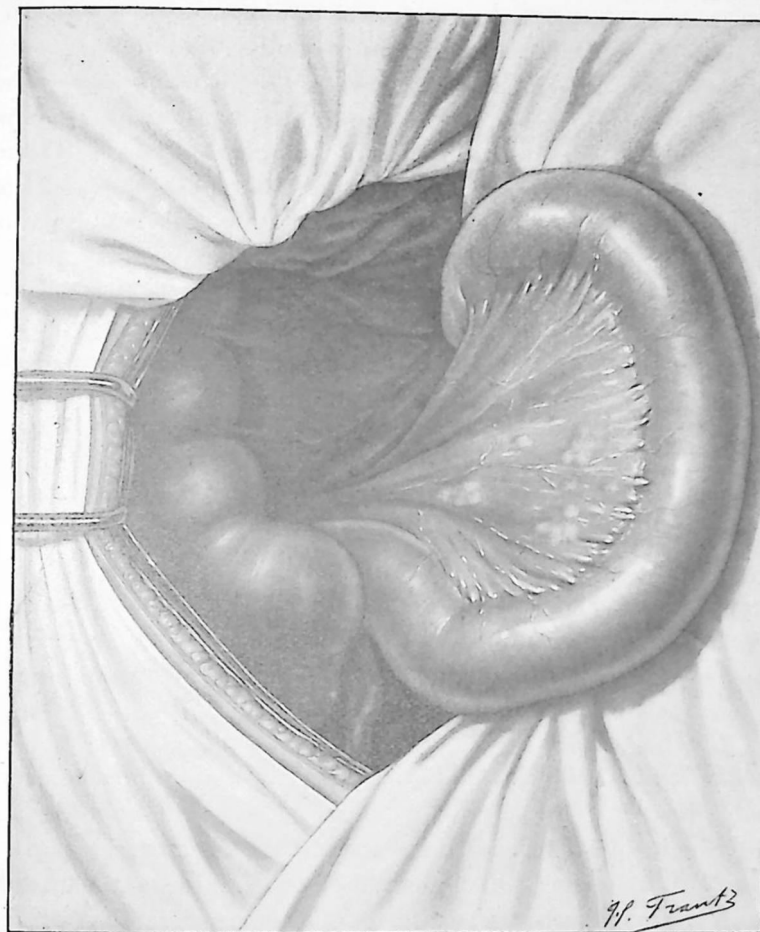


Fig. 199. — Diagnostic clinique : occlusion intestinale atypique; le ventre ouvert, on voit sur le mésentère, en petites agglomérations, non pas blanches, mais jaunâtres, difficilement découvertes et reconnues, des taches de nécrose graisseuse; ce sont elles qui firent rectifier le diagnostic.

Je vais, grâce à **trois observations personnelles** très résumées, indiquer comment on peut arriver à faire le diagnostic et ce que chaque cas m'a appris.

Le premier malade était un gros éthylique de cinquante-quatre ans. Il avait été pris, le dimanche, après un important déjeuner de fête familiale, d'une douleur abdominale très violente avec irradiation lombaire gauche, d'arrêt des gaz, de vomissements nauséabonds et incoercibles :

6 litres, avant l'arrivée du médecin. Celui-ci, Dr Péchaud, me fit appeler le lundi : le malade souffrait un peu moins, était sans ballonnement, sans contracture, mais secoué de vomissements incessants et d'apparence fécaloïdes. Quelques gaz, le matin. Pas de péristaltisme. Visage cyanosé. J'éliminai toute perforation et restai avec le diagnostic d'occlusion haute sur le grêle; le pouls était rapide et très irrégulier, très mou.

J'intervins; la rachianesthésie fut aussitôt néfaste, il fallut remonter le malade avec de la caféine intra-rachidienne (bâillements, pâleur, syncope, pouls filant). Le pouls amélioré, l'incision de laparotomie montra de larges ecchymoses mésentériques, mésocoliques, pas de sang libre, un épiploon intact, mais, sur la racine du mésentère, des taches jaunes, en taches de suif, agglomérées par paquets. Je fis le diagnostic de pancréatite hémorragique. J'allai vers le pancréas, où je drainai un foyer lie de vin, et je me proposais d'ajouter le drainage des voies biliaires, quand le malade mourut sur la table (j'avais senti des calculs dans la vésicule).

Les taches jaunes prélevées furent examinées au laboratoire du professeur Lecène : c'était une cytotéatonecrose nette (fig. 199).

Je retins ce cas, et de ses particularités celles-ci : ni signes francs de perforation, ni signes francs d'occlusion; ce qui était le plus frappant, des signes fonctionnels d'occlusion : vomissements tumultueux, douleurs diffuses, arrêt des gaz; mais pas les signes physiques attendus. Ce contraste m'avait paru saisissant, et, aussi, que le collapsus, la cyanose pussent exister moins de vingt-quatre heures après le début d'une pseudo-occlusion, sans signe physique.

A quelque temps de là, je suis appelé à Saint-Louis, dans le service de mon maître Lecène, pour un malade, gras, âgé de trente-quatre ans, sans autre antécédent qu'un léger subictère, dans les derniers jours.

Pris le 24 juin (encore un dimanche et un gros repas) d'une douleur brusque au creux épigastrique, d'abord peu intense, puis plus vive et généralisée, enfin de nouveau localisée à l'épigastre. Une irradiation dorsale ou scapulaire basse et fugitive. Pas de vomissement. Ni selle, ni gaz. Température, 37°. Pouls, 144. Contracture très nette dans tout l'épigastre et l'hypocondre droit. Matité étroite dans les flancs. Ballonnement léger et légèrement douloureux en haut.

L'interne de garde me dit que le pouls s'est accéléré et affaibli considérablement depuis une heure.

J'accepte le diagnostic, simplement probable, de perforation d'ulcère, avec une réserve, en faveur de la pancréatite hémorragique (fig. 200).

C'était une pancréatite hémorragique avec cytotéatonecrose nette : drainage du pancréas après décollement colo-épiploïque.

Le lendemain, grande amélioration. Le surlendemain, collapsus, mort.

Dans le second cas, la contracture, l'absence de vomissement orien-

taient vers l'ulcère perforé; à cause du pouls et de l'adiposité, j'avais fait une place à la pancréatite hémorragique.

Le troisième cas est plus intéressant encore : je suis appelé à Lariboisière, le 7 novembre 1924, pour une énorme femme grasse de quarante-six

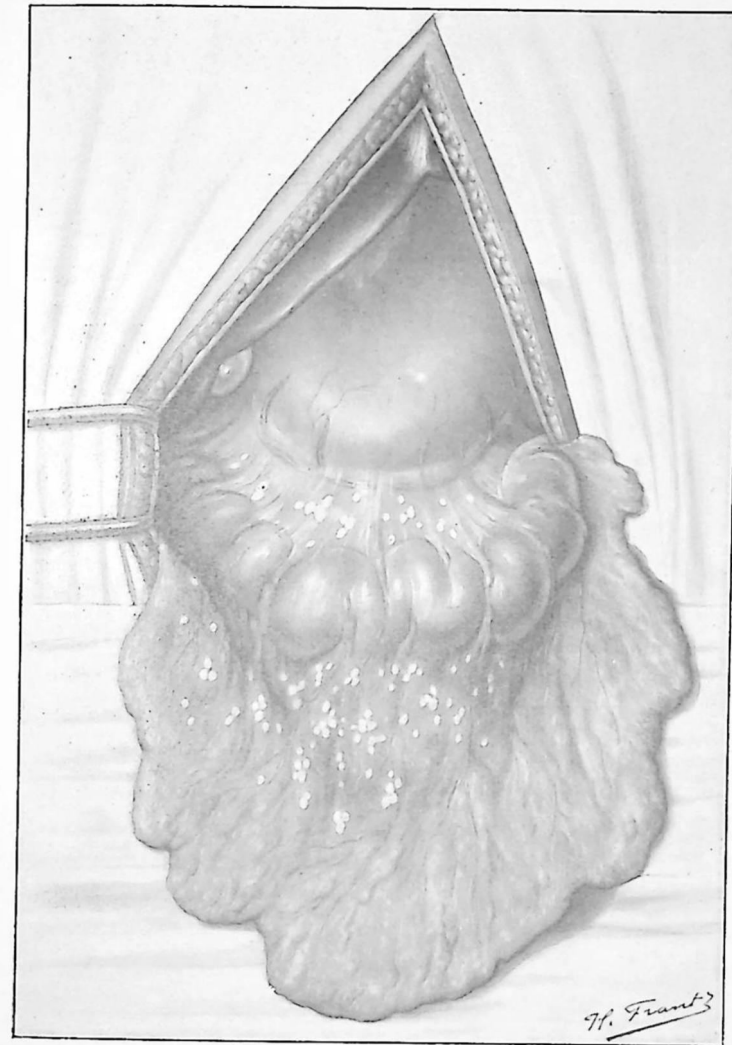


Fig. 200. — L'incision avait été faite en vue de découvrir un ulcère perforé. Aussitôt, des « taches de bougie » avertirent de la lésion pancréatique.

ans, qui, la veille, à 9 heures du soir, après un repas moyen, a été prise d'une douleur brusque, violente dans la région épigastrique, suivie de vomissements. Dans la nuit, vomissements noirs, douleurs diffuses. Le matin, elle est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de réaction péritonéale aiguë.

Je la vois avec un interne en chirurgie, Pierre Lubin.

La malade est dans un état lamentable : cyanose du visage, plaques cyanotiques sur le thorax et l'abdomen.

Le ventre est souple dans toute la région sous-ombilicale, un peu con-

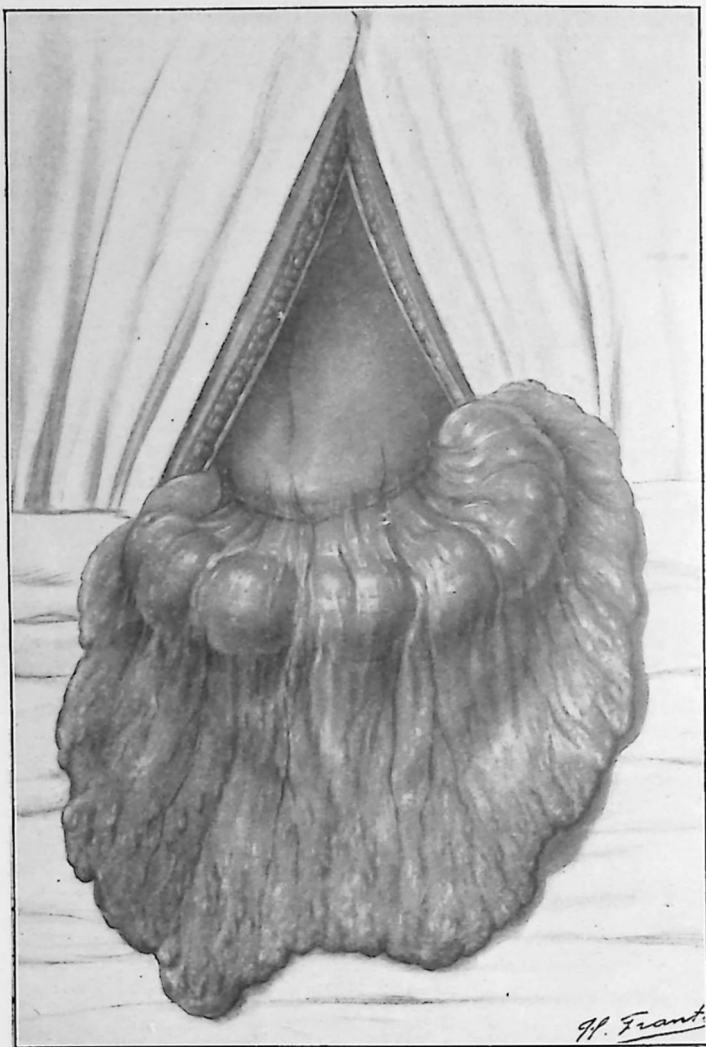


Fig. 201. — Le diagnostic clinique avait été pancréatite aiguë ; mais les premières recherches de cytotéatonecrose restaient négatives. En particulier, le grand épiploon sur sa face antérieure était sans tache suspecte (Voir fig. 202).

tracturé et douloureux à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. Aucune douleur à droite, où je vois, en revanche, une cicatrice transversale (intervention par Desplas deux ans auparavant). Température, 39°,6. Pouls petit, à peine perceptible.

L'état est sans espoir : malade agitée, couverte de sueurs, presque sans pouls.

Je fais le diagnostic, à cause du collapsus rapide, de la cicatrice opératoire dans la région cholécystique, des plaques de cyanose, de la résistance épigastrique, de pancréatite aiguë. Il n'y a aucune chance de guérir cette mourante; mais nous serons tous instruits par les lésions. Je demande à Lubin d'intervenir et je propose à trois chirurgiens, membres d'un jury du voisinage, de venir voir « une pancréatite aiguë ».

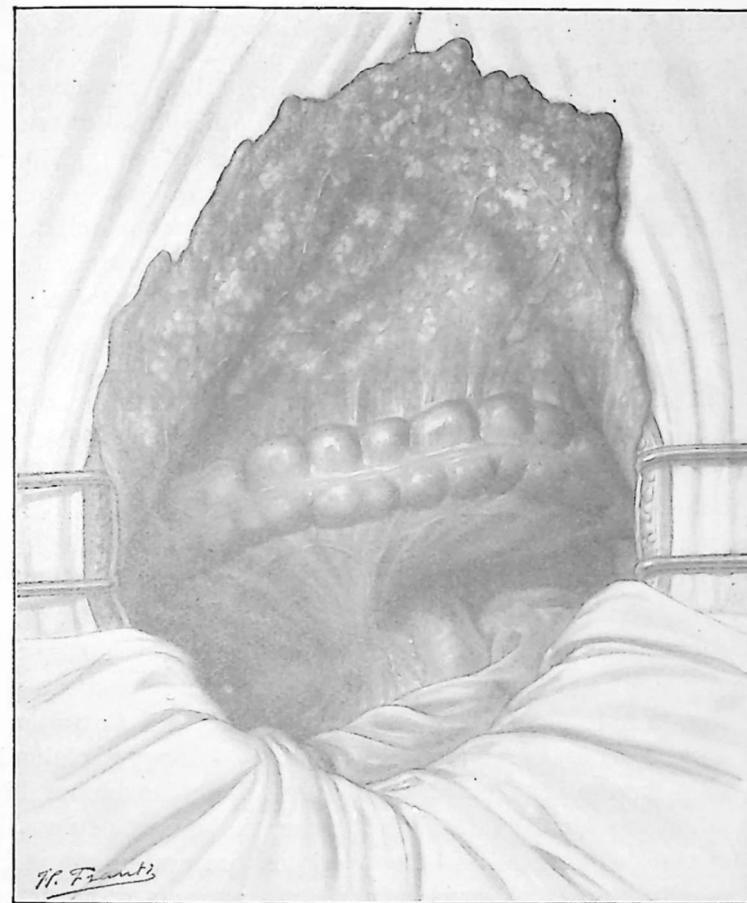


Fig. 202. — Alors que la face antérieure du grand épiploon était normale (Voir fig. 201), sa face postérieure était grenue, par accumulation de taches de suif, taches jaunes, beaucoup plus difficiles à identifier que les taches blanches, dites taches de bougie. Il y avait bien pancréatite aiguë.

A l'ouverture du ventre, les lésions sont si peu évidentes que mes trois collègues renoncent assez vite à cette vérification; il n'y a que sur la face postérieure de l'épiploon que l'aspect grenu très particulier me fait penser qu'il y a début de stéatonecrose. J'insiste pour la découverte du pancréas. Quand on y arrive, les lésions sont flagrantes ; foyer de nécrose avec taches de bougie (fig. 201 et 202).

A ce moment, la malade meurt.

On prélève du liquide, des fragments pancréatiques et épiploïques.

L'examen du liquide fut fait par Dolffus : colibacilles.

A l'autopsie, on trouve une pancréatite aiguë nécrosante, une vésicule biliaire adhérente contenant vingt calculs et, maintenant très visibles, les taches de stéatonécrose sur l'épiploon.

L'étude histologique des pièces confirma la nécrose aiguë pancréatique et la nécrose des graisses.

Ce cas était, à mon sens, si net, cliniquement, qu'il n'y manquait presque aucun signe et que le diagnostic s'imposait. Mais il était si obscur, opératoirement, que des hommes expérimentés doutèrent des lésions et ne reconnurent pas, sur cette face postérieure de l'épiploon, grenue, tout à fait différente de la face antérieure, les fameuses « taches de bougie ».

Que de cas, par conséquent, ont été négligés par les opérateurs ! On avait dit occlusion, on faisait l'anus artificiel, et la mort était mise au compte des occlusions, une fois de plus.

J'insiste donc, à la faveur de ce cas, sur le **diagnostic opératoire**. Il ne faut pas croire toujours blanches, laiteuses, et immédiatement éclatantes les taches de stéatonécrose : ce sont souvent des taches de suif, non des taches de bougie. Elles ne tranchent guère sur la couleur de l'épiploon; on risque de « passer à côté » si l'on ne se souvient pas de ce détail. Ni l'hémorragie, ni la cyto-stéatonécrose ne sont régulièrement de découverte facile. Le liquide est parfois citrin, à peine rosé; le sang peut n'être que dans les mésos ou même qu'au niveau du pancréas. Il peut donc n'y avoir ni hémorragie, ni hématome, simplement un pancréas vineux. Enfin, la cyto-stéatonécrose n'est pas immédiate. Certains ne l'ont reconnue que dans une seconde intervention (Mocquot); d'autres ne l'ont vue qu'à l'autopsie; d'autres, qui attendaient des taches blanches, brillantes, n'ont pas identifié des taches ternes, jaunâtres, peu confluentes, disséminées. Que de pancréatites hémorragiques ont certainement échappé à la fois au clinicien et à l'opérateur ! Je me permets d'insister sur les difficultés de ce **diagnostic opératoire** et d'affirmer aux chirurgiens que l'examen, au cours de la laparotomie, doit être minutieux, s'il veut être complet. J'ai reçu, à l'hôpital Broussais, un gros homme de soixante-douze ans qu'un excellent chirurgien avait examiné, d'urgence, qu'il avait cru atteint d'occlusion et dont, à l'ouverture du ventre, il n'avait vu que des signes de réaction péritonéale. C'était, en réalité, une pancréatite hémorragique avec cyto-stéatonécrose, retardée ou, d'abord, discrète.

J.-Ch. Bloch, intervenant, un jour, par laparotomie sous-ombilicale, avec un diagnostic qui n'était pas le bon, sut rectifier l'erreur, par la découverte et la bonne interprétation d'une seule tache de bougie. Se portant

aussitôt vers le pancréas, il vit le mésocôlon farci, lui, de taches typiques. Ainsi, avait été fait, avec le secours d'une seule tache lenticulaire, un diagnostic opératoire qui permit au chirurgien d'obtenir une guérison. Je ne saurais proposer meilleur exemple de « bonne lecture » dans le ventre ouvert.

Geary Grant, qui a fait un travail sur 12 cas, dont 6 personnels, a insisté sur l'obscurité des lésions pancréatiques elles-mêmes et la nécessité de ne pas se contenter du palper, mais de découvrir, largement, à la vue, le pancréas. Il cite deux cas où les lésions furent entièrement méconnues.

Roger Couvelaire a repris, à l'occasion d'une erreur de Dujarier, les éléments d'un *diagnostic opératoire* vite assuré, même si l'on est aux phases initiales de la maladie. Les étapes de l'examen, qu'il recommande, sont bonnes à retenir pour les cas, que j'ai dit fréquents, où la stéatonécrose et l'altération glandulaire ne sautent pas aux yeux.

« Il faut examiner avec grand soin, dit R. Couvelaire :

« a) *Le contenu liquide*, même infime, de la cavité péritonéale;

« b) *L'aspect des épiploons et des mésos abdominaux*;

« c) *La glande elle-même*, systématiquement, et en s'y attardant.

« a) *Le contenu liquide de la cavité péritonéale*.

« Toujours, même au début, il existe un peu de liquide séro-hématique épanché dans la cavité péritonéale.

« Toutes les observations le signalent.

« Il existait dans notre cas, mais il ne s'imposait pas de lui-même. A l'ouverture de la grande cavité : rien. En regardant l'hiatus de Winslow : rien.

« Ce n'est qu'après être entré dans l'arrière-cavité qu'il fallut assécher légèrement son fond pour voir nettement le péritoine postérieur.

« L'épanchement était donc localisé et d'une extrême discrétion, puisque nous avons pu le mettre sur le compte des manipulations opératoires.

« Il existait cependant et aurait dû être un précieux argument en faveur de la pancréatite hémorragique.

« Il reste un des meilleurs signes lorsqu'on le constate, même infime, en dehors de tout épanchement gazeux qui évoque par réflexe la lésion d'un viscère creux.

« b) *L'aspect des épiploons et des mésos*.

« L'infiltration œdémateuse d'un méso est aussi un des meilleurs signes. Nous l'avions constaté au pied du petit épiploon dans sa *pars flaccida*, qui avait un aspect « succulent ». Elle donne bien l'impression, comme l'a écrit M. Desplas, d'une « injection de solution anesthésiante poussée dans un méso ».

« Elle peut être très localisée au début, et c'est ce qui explique qu'elle n'ait pas davantage attiré l'attention.

« c) *La glande elle-même.*

« Il n'existait chez notre malade aucune lésion apparente importante. Le péritoine ne nous a pas semblé particulièrement boursoufflé, et le pancréas, derrière lui, était pâle. Nous aurions probablement eu la clé du diagnostic en incisant ce péritoine pré-pancréatique prudemment et en constatant plus facilement les modifications de la glande. »

Mes trois cas personnels montreront comment on s'achemine, peu à peu, vers la connaissance d'une maladie difficile à dépister : dans le premier cas, je n'y pensai même pas; dans le second cas, je risquai un diagnostic de possibilité; dans le troisième cas, j'étais assuré d'être dans le vrai et, grâce à cette certitude, et contre des spectateurs sceptiques, j'obtins l'examen du pancréas et la vérification des lésions.

Pour moi, le tableau le plus vrai, c'est le suivant : *une douleur atroce, des signes fonctionnels d'occlusion ou de subocclusion, des signes généraux presque aussitôt terrifiants; au contraire, des signes physiques incertains, pauvres.*

Je dois, à propos du *diagnostic opératoire*, dire un mot d'une forme anatomique, encore à l'étude, l'*œdème aigu du pancréas*.

Pour Zœpfel, l'œdème aigu serait le stade précoce de la nécrose pancréatique aiguë et mériterait l'intervention, le drainage. Les auteurs qui ont partagé ses idées ont choisi le nom de *pancréatite œdémateuse*. Pour Walzel, l'œdème serait une complication assez banale des accidents de lithiase biliaire et ne saurait être mis au même rang que les pancréatites aiguës. C'est à cette seconde opinion que, dans une bonne étude, se range R. Soupault. Mais, quand il dit que la plupart des auteurs ont adopté « l'étiquette de pancréatite œdémateuse », il oublie « le vieil œdème aigu du pancréas de Zœpfel », il néglige les lignes dubitatives que j'avais écrites et ma fidélité, semblable à la sienne, au « vieux nom » qu'il préfère.

E. Archibald, qui a fait des expériences sur le chat et a vu un cas clinique, trouva, dit-il, « dans l'article de Zœpfel, une source de joie », car il était la confirmation, chez l'homme, de sa conviction expérimentale. Pour ces deux auteurs, drainer l'œdème aigu équivaut à arrêter un processus qui, infailliblement, évoluerait vers la nécrose aiguë du pancréas et les drames que nous savons.

L'observation d'Okinczyc, faite quatre heures après le début des accidents, est le meilleur document actuel en faveur de la théorie de la « pancréatite œdémateuse », étape initiale ou précoce de la pancréatite hémorragique. Mais le beau travail très récent de R. Couvelaire, basé sur 42 observations, montre que la question est loin d'être éclaircie. Pour ne garder de cette étude que ce qui intéresse le clinicien, je signalerai que, d'après R. Couvelaire, « l'œdème aigu du pancréas n'a, au point de vue clinique, aucune spécificité propre, sauf peut-être la fréquence particu-

lière, avec laquelle on observe, durant son évolution, une *contracture pariétale* de l'abdomen. Ses signes, au lieu de la physionomie personnelle que Zœpfel leur découvrait, se perdent dans le tableau d'une infection biliaire aiguë grave, ou bien sont ceux de la plus sévère pancréatite hémorragique ».

### 3° *Diagnostic différentiel.*

Je ne veux pas énumérer encore une fois les causes d'erreur dites communes. Je les crois impossibles, si l'on est instruit des signes de la pancréatite hémorragique, et j'ai, d'ailleurs, déjà énuméré les plus fréquentes d'entre elles : coliques hépatique, appendiculaire, néphrétique. Plus difficile et, au surplus, plus rare à exercer, est déjà la différenciation avec les crises gastriques du tabes, les empoisonnements.

La difficulté vraie est pour le chirurgien; nous supposons le médecin se contentant d'arriver au diagnostic : *ventre chirurgical*. C'est à ce point qu'il nous suffira de prendre la question.

Je ne crois pas que, mieux informés, nous ferons, aussi souvent qu'elles furent faites, les erreurs de ne penser qu'aux perforations et aux iléus.

Les *perforations* ont pour elles un signe remarquable de netteté, de fidélité : la contracture. Elle n'est jamais complète dans la pancréatite hémorragique. L'*ulcère perforé* atteint l'état général moins vite; il fait peu ou ne fait pas vomir, il a la contracture la plus ferme, il fait le Douglas douloureux; la température et le pouls sont souvent normaux; le premier jour est ordinairement sans grave collapsus.

L'*appendicite perforante* est à symptomatologie iliaque droite, à contracture vive, à température élevée, à collapsus moins prompt, à Douglas douloureux.

Ce ne sont pas, à mon sens, les distinctions les plus difficiles à faire. Ni celle des *occlusions* : volvulus, étranglement interne, iléus biliaire; les vomissements, la forme du ballonnement, le péristaltisme, le collapsus moins précoce, le pouls intact, les coliques paroxystiques, etc., feront la différence.

Je passe aussi sur les *torsions*, les *grossesses extra-utérines* et autres erreurs.

Il y a des diagnostics véritablement compliqués, deux en particulier, sur lesquels il faut s'arrêter :

*La perforation de la vésicule biliaire;*

*L'infarctus de l'intestin.*

Villard a eu raison d'insister sur le second et de dire : « La rapidité de l'évolution des accidents de pancréatite aiguë et leur gravité rappellent ce que l'on observe au cours de la thrombose des vaisseaux mésentériques,

et c'est avec cette lésion que le diagnostic de pancréatite peut le plus prêter à confusion. » C'est tout à fait mon avis.

De même, Hertzler est dans le vrai lorsqu'il dit : « On pense d'abord à la vésicule et surtout à la *rupture de la vésicule* », et aussi lorsqu'il ajoute : « Les hommes distingués qui meurent d'indigestion après un banquet sont généralement victimes de pancréatite hémorragique. »

La *rupture de la vésicule biliaire*, mais c'est aussi, chez un malade lithiasique, une douleur épouvantable, des signes graves, la douleur, la défense en haut et à droite, un mélange de signes de perforation, d'hémorragie interne et d'iléus. Je renvoie au chapitre de mon livre qui concerne cette complication dont j'ai vu un exemple particulièrement instructif.

L'*infarctus intestinal* par thrombose mésentérique, je l'ai, déjà, étudié complètement. La douleur y est égale à celle de la pancréatite, les signes de collapsus aussi précoces, le ventre aussi souple, le silence abdominal aussi complet. Mais les signes physiques, d'ailleurs également indistincts et paradoxaux, sont plutôt dans l'étage inférieur du ventre; mais, à cette différence près, que de ressemblances entre les deux plus terribles syndromes abdominaux !

La distinction des pancréatites aiguës entre elles : hémorragique, ou infectieuse, ou suppurée, ou gangréneuse, est difficile. La température diffère seule.

Michel est appelé auprès d'un malade à 80 kilomètres de Nancy. Le premier diagnostic avait été perforation; le second fut pancréatite hémorragique. On se désolait que l'absence des moyens de transport privât le malade du secours chirurgical; le lendemain, Michel le croyait mort. Au contraire, les nouvelles furent chaque jour meilleures; c'était une pancréatite ourlienne.

Malgré des interventions aussi précoces que possible, les résultats sont encore si sévères que Walzel a une mortalité de 66 p. 100 et que, s'élevant contre la statistique de Schmieden qui affirme 76 p. 100 de guérisons, mais qui aurait surtout guéri des cas d'œdème pancréatique, Walzel croit que, si le diagnostic est fait et si les douleurs ne résistent pas à la morphine, il y a intérêt à temporiser et à espérer dans l'intervention tardive.

Cherchons des faits encourageants.

*Supposons le bon diagnostic fait, ou par découverte opératoire, ou avant l'intervention.* Les événements peuvent alors se dérouler pour la plus grande satisfaction du chirurgien et du malade : nous allons, pour conclure, voir **une belle observation**, où le traitement chirurgical fut mené à bien, à la fois par la cure de la complication catastrophique et par la cure de la maladie causale.

OBSERVATION DE GOSSET (résumée). — « Le 19 décembre 1912, je suis appelé d'urgence à Saint-Cloud pour une malade âgée de cinquante-cinq

ans, qui a été prise, dans la nuit du 18 au 19, d'accidents abdominaux graves.

« Depuis quatre jours, le Dr Tissier soignait cette malade pour des troubles de simple indigestion; depuis deux jours, un peu de subictère, sans modification du pouls, sans fièvre, et l'examen du ventre ne montrait rien d'anormal.

« Le 18 décembre, la malade est aussi bien que possible. Dans la nuit du 18 au 19, prise brusquement d'une douleur abdominale intolérable, une « douleur à hurler ».

« Le 19, l'état paraît grave : pouls petit, fréquent, battant à 120, température, 38°.

« A l'examen, on est frappé par le ballonnement du ventre. Celui-ci distendu d'une façon régulière, sensible partout plutôt que douloureux. A la percussion, sonorité normale, même exagérée, sauf dans la partie tout à fait inférieure de l'abdomen.

« La palpation, gênée par le ballonnement du ventre, ne révélait rien de spécial.

« Arrêt des matières et des gaz. Urines peu abondantes.

« Le Dr Tissier avait pensé à une crise pancréatique et éliminé la péritonite.

« En effet, pas de douleur dans la fosse iliaque droite et *surtout pas de contracture vraie, de forte défense*, mais plutôt une forte tension.

« Opération le 20 décembre au matin. Etat aggravé pendant la nuit, faiblesse et fréquence du pouls. Anesthésie locale.

« Premier temps : malgré l'hypothèse de pancréatite aiguë, boutonnière dans la fosse iliaque droite. Cavité péritonéale normale à ce niveau avec un peu de liquide réactionnel. Cæcum, appendice normaux, mais, sur le tablier épiploïque, quelques taches de cytotéatonecrose.

« Ether et deuxième temps : longue incision médiane sus-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, on constate une tuméfaction du volume d'un fort poing, repoussant l'estomac en avant, faisant saillie entre la grande courbure et le côlon transverse. Effondrement du grand épiploon, ouverture au doigt d'une cavité siégeant dans le corps du pancréas, d'où s'échappent des caillots et de la sérosité sanguinolente.

« Malade s'affaiblissant. Dans la cavité pancréatique, gros drain et mèche. Vésicule distendue du volume d'une grosse poire, et dedans un **énorme calcul** senti à travers la paroi. La malade n'avait jamais eu de colique hépatique.

« Prélèvement d'une tache de bougie et de liquide de la poche pancréatique.

« Le lendemain, pouls plus régulier, mieux frappé. Température, 38°, remonte le 2 janvier à 39° avec état redevenu mauvais. Le 3 janvier, nouvelle intervention. On va directement à la vésicule.

« Vésicule piriforme grosse : incision, calcul extrait, de la forme et du

volume d'un œuf de poule, pas d'autres calculs dans la vésicule ni dans la voie principale.

« Cholécystostomie. Amélioration progressive; la malade quitte la maison de santé en avril 1913.

« La fistule pancréatique se ferme spontanément six mois après.

« En novembre 1913, fermeture de la fistule vésiculaire. Guérison simple.

« Depuis cette époque, la malade, qui mène une vie très active, a une santé parfaite.

« Revue après sept ans en excellente santé. »

J'ai fait connaître, grâce à l'observation de Bronner, la possibilité, pour un radiologue instruit et un chirurgien averti, d'obtenir des images instructives.

Dans une belle observation récente de Bullrich et Ferrari, je trouve des clichés radiographiques remarquables : le refoulement excentrique de l'anneau duodénal y est bien visible.

## TORSIONS — VOLVULUS

---

### TORSIONS DE VISCÈRES, TUMEURS, ETC.

Les accidents par torsion de tumeur solide, de kyste, de viscère sain ou lésé, étaient autrefois, parmi les complications abdominales aiguës, des plus connues et des plus souvent opérées.

Elles ne mériteraient plus, aujourd'hui, parmi les lésions d'extrême urgence, et si l'on s'en tenait au critère de gravité, une place aussi importante; pour plusieurs raisons : leur évolution n'atteint, ni dans ses apparences cliniques, ni dans la menace réelle qu'elle constitue, à la gravité suraiguë des syndromes que nous avons surtout en vue, dans ce livre. D'autre part, la chirurgie active, quotidienne, contre les fibromes, les kystes de l'ovaire, les splénomégalies, les salpingites, ne laisse plus à ces tumeurs autant de facilités qu'autrefois de se compliquer par torsion; enfin, ces accidents sont souvent précédés de préparatifs qui n'échappent pas au clinicien et qui hâtent une intervention jusque-là simplement projetée. Mais si, au lieu de considérer le degré de gravité des lésions, on juge d'après la fréquence, les torsions restent une grosse question de chirurgie. Plus encore, si l'on pense aux erreurs de diagnostic auxquelles elles exposent et à la rareté de leur qualification clinique précise.

La torsion brusque ou brusquement révélée peut atteindre bien des viscères et bien des tumeurs. Je laisse de côté — pour en avoir parlé longuement — les plus fréquentes des torsions viscérales : *celles de l'intestin* : de l'intestin grêle, du cæcum, du côlon, et celles inutiles à retenir dans un ouvrage de clinique: volvulus de l'appendicite et du diverticule de Meckel.

Je retiendrai, parmi les torsions de viscères, celles de l'estomac, de la rate, de la vésicule biliaire, de la trompe utérine; parmi celles des tumeurs, la plus fréquente de toutes : celle des kystes de l'ovaire. Enfin, je dirai

quelques mots de la torsion intra-abdominale de l'épiploon, syndrome habituellement moins angoissant.

Même si les signes cliniques de ces torsions de pédicules n'avaient pas l'extrême et rapide gravité qu'ils ont quelquefois, ils mériteraient de nous retenir par les ressemblances qu'ils prennent avec ceux des *péritonites*, ceux des *occlusions* et ceux des *hémorragies internes*.

Rien ne saurait être plus facilement explicable : les lésions de ces volvulus sont toujours les mêmes : fonction d'abord des désordres vasculaires, puis des phénomènes infectieux surajoutés.

Les progrès de ces lésions sont plus ou moins rapides, mais d'une marche toujours la même : congestion, infarctus, hémorragie intra-viscérale ou intra-tumorale, puis rupture par éclatement ou par nécrose, et, enfin, infection péritonéale.

*L'hémorragie interne, la menace ou l'attaque péritonéale, l'iléus spasmodique ou mécanique, tout peut être à la fois simulé ou réalisé; tout a été confondu.* Tel dit occlusion intestinale et trouve une torsion de salpingite; tel dit péritonite et trouve un kyste tordu; tant disent appendicite et trouvent une torsion épiploïque. Enfin, comme si le syndrome de torsion avait, cependant, quelque particularité, Childe dit kyste ovarien tordu et trouve une torsion de la rate. Deux fois, je dis kyste ovarien à pédicule tordu et je trouve deux torsions salpingiennes.

La mieux étudiée de ces torsions, jusqu'ici, c'est celle des kystes de l'ovaire. Pour rajeunir un peu la question, je laisserai les kystes ovariens au second plan, et parlerai, d'abord, de volvulus moins étudiés dans les ouvrages classiques de chirurgie d'urgence.

Le *syndrome de torsion* aiguë existe certainement, puisque, avec des lésions aussi différentes qu'une hydatite pédiculée de Morgagni, une frange graisseuse du côlon pelvien tordues, une rate, un énorme kyste ovarien à pédicules tordus, les symptômes fonctionnels sont, à peu de chose près, les mêmes, et conduisent des chirurgiens fort expérimentés à redouter les mêmes sévères affections (occlusion intestinale, péritonite, rupture de grossesse extra-utérine, etc.).

Je vais, d'abord, avec deux belles observations, montrer que la torsion peut s'accompagner de phénomènes graves, même si l'organe en volvulus est de très petit volume, même si sa fonction est nulle. Nous trouverons bien là le syndrome dans sa pureté, on pourrait presque dire dans son schéma.

Le premier cas, *torsion d'une hydatide pédiculée de Morgagni*, je le dois à Okinczyc.

Le deuxième cas, *torsion d'une frange graisseuse du côlon*, je le dois à Braine.

Dans le premier cas, les phénomènes d'hypothermie, de lipothymie firent penser à une rupture de grossesse ectopique; dans le deuxième cas,

les signes physiques semblaient ceux d'une occlusion intestinale, mais, à l'inverse du cas précédent, il y avait température élevée.

OBSERVATION D'OKINCZYC. — *Torsion d'une hydatide pédiculée.* — « M<sup>me</sup> X... est amenée d'urgence à l'hospice d'Ivry, le 4 décembre 1929, à 10 heures, avec un mot de son médecin qui relate les faits suivants : « Ce matin, à 5 heures, la malade a été prise brusquement, dans son lit, de douleurs violentes dans l'abdomen, se localisant surtout dans la fosse iliaque droite; tendance aux syncopes, sueurs froides et nausées. La température prise à ce moment était de 35°,9. »

« Le médecin pensait à une appendicite. J'avoue que cette hypothermie, la tendance syncopale, la brusquerie et la violence des douleurs ont orienté mon examen plutôt vers une grossesse ectopique rompue. Mais, contrairement à cette hypothèse, la malade ne présente pas de signes d'hémorragie grave et la percussion ne révèle aucune matité dans les flancs.

« Au palper, je ne trouve aucune contracture, aucune défense de la paroi; il existe un peu de sensibilité localisée dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal ne révèle aucune sensibilité particulière du Douglas ni des culs-de-sac latéraux. Les dernières règles, normales comme date et comme quantité, sont terminées depuis huit jours.

« J'interviens aussitôt et, à défaut d'autre précision, j'incise au point sensible dans la fosse iliaque droite. L'appendice est sain, mais, au moment de l'extériorisation, il sourd un peu de sang noir qui paraît venir du pelvis. J'agrandis l'incision à sa partie inférieure et, découvrant les annexes, je trouve à droite, à l'extrémité du pavillon de la trompe, insérée sur une des franges, une hydatide pédiculée de Morgagni, éclatée, tordue sur son mince pédicule, noire et atelectasiée.

« L'examen histologique de la pièce a été pratiqué par M. le Dr Pavie, qui nous a remis la note suivante : « La petite pièce examinée présente bien les caractères d'un débris wolffien, avec un épithélium cilié; mais, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, l'épithélium cilié est à la périphérie sur la surface extérieure. »

« Nous pensons que cette anomalie est facilement explicable par l'éclatement de la vésicule, ainsi qu'en témoigne le sang, en petite quantité d'ailleurs, épanché dans le péritoine; c'est l'éclatement qui a vraisemblablement retourné le petit kyste hématique et présenté à l'extérieur sa paroi interne ciliée. »

Je rapprocherai de cette observation celle d'Abernethy qui, chez une femme de trente-trois ans, qui avait fait une fausse couche un mois avant, dut intervenir pour des crises semblant celles d'une appendicite subaiguë. Il trouva une hydatide infarctée et tordue sur le pédicule qui la fixait au pavillon tubaire; il l'enleva et guérit sa malade. Dans le cas de Tractenberg, la torsion de l'hydatide avait fait de celle-ci une masse ovoïde de

plus de 4 centimètres de longueur. Comme la malade était en aménorrhée de deux mois, la confusion avec une grossesse extra-utérine était fatale. Enfin, la malade de Tailhefer et Adrianopoulo était enceinte lorsque fut tordu le pédicule de l'hydatide.

OBSERVATION DE BRAINE. — *Torsion d'une frange graisseuse du côlon.* —

« M. L. A..., cinquante-trois ans, robuste, gros mangeur, est pris le mercredi 18 décembre 1929, vers 2 heures de l'après-midi, après un copieux déjeuner, d'une douleur abdominale aiguë, à point de départ dans le flanc gauche, bientôt irradiée à tout le reste de l'abdomen; vomissements alimentaires. Le malade se couche; les douleurs sont très intenses, continues, à recrudescences paroxystiques, amenant des plaintes continuelles. Le lendemain, 19 décembre, les douleurs persistent avec la même intensité :

l'abdomen se ballonne, il est douloureux au palper, surtout dans le flanc gauche et à l'épigastre, sans contracture; le malade, mis à la diète hydrique, nauséux, ne rend ni matières, ni gaz. Pouls à 96. Température, à 39°. Cet état persiste jusqu'au samedi 21; le ballonnement du ventre s'accroît progressivement; l'arrêt des matières et des gaz est complet; pouls à 110; température, le soir, à 39°.

« Nous voyons le malade, en consultation, le samedi 21 dans la soirée; facies grippé, anxiété très marquée; l'abdomen est météorisé dans son ensemble, régulièrement et considérablement distendu, sans contracture pariétale: le cæcum est sonore et



Fig. 203. — Frange graisseuse du côlon gauche, infarctée par torsion. (BRAINE.)

très dilaté, cadre colique distendu dans tous ses segments, distension méso-cœliaque du grêle; pas de péristaltisme décelable; toucher rectal négatif; le malade accuse formellement un maximum de douleur en un point répondant à l'union du flanc gauche et de la fosse iliaque: on ne constate ni contracture, ni placard inflammatoire, ni tumeur perceptible à ce niveau. On décide le malade à subir une intervention le lendemain matin, dimanche 22 décembre.

« Incision médiane sous-ombilicale: on trouve environ 200 grammes de liquide hématique, libre dans le péritoine; tout l'intestin est distendu; le cæcum est énorme et l'appendice, gonflé de gaz comme un boudin de boudin, participe à la distension colique.

« On ne trouve pas d'obstacle pelvien sur l'intestin. Revenant au flanc gauche, dans la région où le malade localisait le maximum de ses douleurs, on trouve une frange adipeuse du côlon, rouge violacé, gorgée de sang, infarctée, du volume d'une châtaigne, tordue sur elle-même et ne tenant

plus au côlon que par un pédicule filiforme, bistourné, prêt à se rompre; elle siège à l'union du côlon gauche et du côlon iliaque. Cette lésion étant manifestement la cause du syndrome abdominal aigu et de l'hémorragie intra-péritonéale, on lie très simplement, au catgut, le pédicule de la frange volvulée au ras du côlon et on le sectionne au thermocautère... »

Après avoir, grâce aux deux observations qui précèdent, fait voir des torsions, d'apparence aussi modique que celles d'une hydatide et d'une frange adipeuse, déclenché un syndrome rappelant, dans un cas, la grossesse tubaire compliquée de rupture, dans l'autre cas, l'occlusion intestinale, je vais, grâce à deux autres observations, faire envisager le problème sous un autre angle: dans les cas où les signes physiques peuvent être recueillis, l'erreur peut se faire entre les diverses torsions: les torsions spléniques ont été prises, à plusieurs reprises, pour des torsions de kyste ovarien; j'en donne un exemple; enfin, une belle observation, que je dois à Petit-Dutaillis, nous permettra de faire connaissance avec les torsions de tumeur hépatique et de voir faire, sinon le diagnostic topographique exact, au moins le diagnostic du volvulus.

Je rappellerai, en marge de cette observation, celle de Tasca, qui, croyant opérer une appendicite aiguë, se trouva en présence de la torsion d'un lobe hépatique pédiculé.

OBSERVATION DE RUMMEL. — *Torsion d'une rate ectopique.* — « Une femme de trente-trois ans présente des accidents abdominaux subaigus, évoluant depuis trois jours, avec douleurs diffuses, sensation nauséuse, température, 38°,4, et signes d'obstruction intestinale. Au palper, on perçoit, dans la fosse iliaque et le flanc droits, une tumeur solide, très sensible au palper, de surface lisse, bien délimitable en haut et à droite, se prolongeant en bas dans le petit bassin, mais mal délimitable à gauche par suite de la présence d'anses intestinales dilatées. Au toucher, utérus rétroversé, refoulé en bas par une volumineuse tumeur sus-jacente, de consistance plus solide que liquide.

« Estimant qu'il s'agit vraisemblablement d'une tumeur ovarienne tordue sur son pédicule, l'auteur intervient. Les anses intestinales, très distendues, font irruption hors de l'incision et il s'écoule de la sérosité sanguinolente, puis du sang. En écartant les anses grêles, ainsi que l'épiploon qui, lui, adhère par places, on découvre la tumeur, qui ressemble au tissu hépatique, mais présente un bord crénelé avec en un point une déchirure capsulaire. La rate est énucléée du petit bassin. Son pédicule, tordu une fois et quart sur son axe, croise, oblique en bas et à droite, le côlon transverse qu'il écrase. Splénectomie. Guérison. »

OBSERVATION DE PETIT-DUTAILLIS ET JACQUES LONGUET. — *Torsion d'un adénome du foie.* — « Femme de vingt-sept ans, a constaté, en 1926, l'exis-

tence d'une masse abdominale du volume d'une mandarine, située dans l'hypocondre droit. Un médecin, consulté au bout de quelques mois, pose le diagnostic de rein flottant et conseille le port d'une ceinture. En 1927, la malade devient enceinte et voit disparaître, durant sa grossesse, tous les troubles ressentis précédemment. En août 1928, un mois et demi après l'accouchement, première crise douloureuse à début brutal, épigastrique, avec irradiations dorsales, accompagnée de vomissements alimentaires,

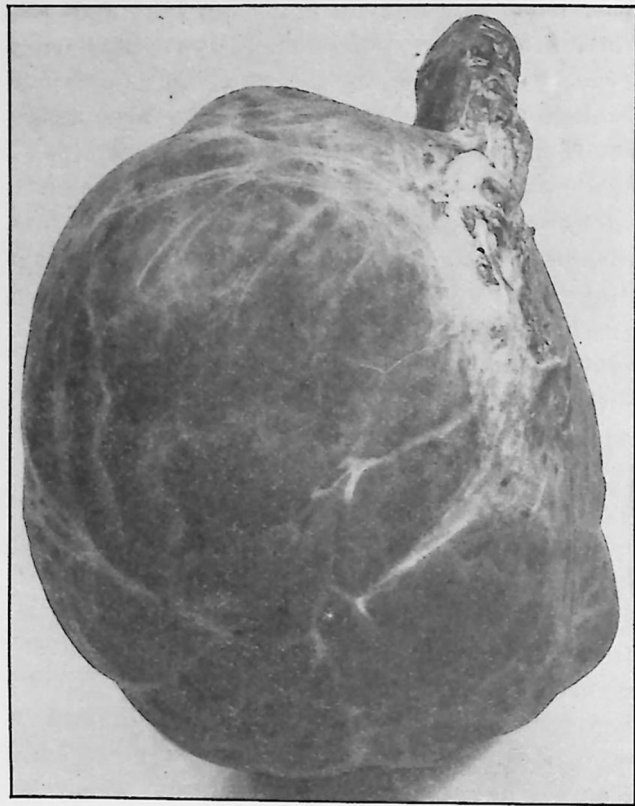


Fig. 204. — Torsion pédiculaire d'un adénome bénin du foie.  
(PETIT-DUTAILLIS et LONGUET.)

puis bilieux, ainsi que de ténésme rectal et d'un peu d'oligurie. La douleur disparaissait brusquement au bout de dix ou douze heures. Sept ou huit crises semblables d'août 1928 au mois d'août 1929. Le 3 août 1929, dernière crise encore plus violente que la précédente, douleurs à type subintrant, persistant le 4 et le 5 août, température à 38°, facies angoissé. A l'entrée, on constate, dans l'hypocondre droit, la présence d'une masse du volume de deux poings, de consistance uniformément ferme, douloureuse, donnant la sensation de contact lombaire avec la plus grande netteté. Tumeur mate à la percussion et séparée de la matité hépatique par

une étroite bande de sonorité. Toucher vaginal négatif. Après avoir soulevé diverses hypothèses, on se contente du diagnostic de tumeur abdominale à pédicule tordu, hésitant surtout entre deux possibilités : kyste de l'ovaire à long pédicule ou kyste hydatique pédiculé du foie, en raison du siège initial des douleurs.

« A l'opération, faite d'urgence, le 5 août 1929, on trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, à pédicule tordu, inséré sur l'échancrure vésiculaire, en plein parenchyme hépatique. Le reste du foie est d'aspect normal. Ligature et section du pédicule. Suites simples. Guérison.

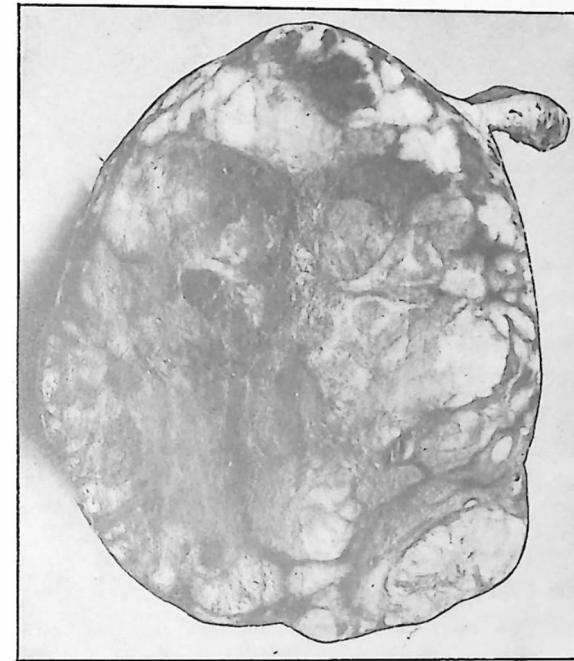


Fig. 205. — L'adénome pédiculé du foie ayant subi une torsion aiguë.  
Aspect de l'adénome ouvert. (PETIT-DUTAILLIS et LONGUET.)

« L'examen histologique (Ivan Bertrand) montre qu'il s'agit d'un adénome solitaire du foie, type dysembryome hépatique simple, donc d'une tumeur certainement bénigne. »

Si le *syndrome de torsion* existe, il n'est pas facile à bien préciser. Ses traits cliniques varient : ici, température élevée; là, hypothermie; ici, contracture pariétale; là, météorisme derrière une paroi sans défense; ici, signes généraux nuls; là, phénomènes de collapsus.

Ce qui est souvent retrouvé dans les observations, c'est le mélange des signes de réaction péritonéale, des signes de saignement interne et des signes de distension intestinale. Dans ces cas, si la douleur est presque

continue, n'ayant ni les crises périodiques de celle de l'occlusion, ni la sédation relative, sous la glace, de celle des lésions inflammatoires; si cette douleur est d'emblée et toujours en un même point, n'ayant ni la diffusion primitive, la localisation secondaire de celle de l'appendicite, ni la localisation initiale, la diffusion secondaire de celle de l'occlusion, on devra suspecter une raison mécanique à cette crise abdominale et aussitôt chercher les signes d'une tuméfaction, ou chercher les signes de l'accroissement de la tumeur, si celle-ci était connue.

## VOLVULUS DE L'ESTOMAC

Jusqu'aux articles de Tuffier et Jeanne et de Lenormant en 1912, les livres français n'en disaient rien. C'est d'ailleurs, celle-ci, une affection presque rarissime.

Quelques mots, ne concernant que la clinique du volvulus aigu, spontané, c'est-à-dire le volvulus d'un estomac sans biloculation connue, et cela suffira. Je ne parlerai pas non plus des volvulus intermittents, par refoulement, par enroulement (Brouhée).

A la suite d'un effort, d'un traumatisme, d'un repas copieux, d'une absorption massive de bicarbonate de soude (Breitkopf), chez un malade ayant subi une phrénicectomie (Bérard et Delore, Bonafé et Poulain), une *épouvantable douleur* épigastrique survient, avec irradiation dorsale. Le ventre se tend rapidement. Les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz complètent aussitôt un tableau qui semble celui de l'occlusion intestinale.

Une analyse plus précise des symptômes devrait donner l'éveil.

Les *vomissements* ont été d'abord alimentaires, puis muqueux, aqueux; ils ne semblent plus être que salivaires, bientôt plus réduits encore. Jamais de bile, jamais d'odeur fécaloïde. Le malade de Breitkopf, quatre heures après le début des accidents, n'a pas vomi, bien que secoué par des efforts continuels. L'absence de vomissements n'est pas rare. Ce qui est assez caractéristique, c'est, après deux ou trois vomissements, des nausées incessantes et des efforts infructueux qui ne peuvent aboutir au vomissement. (Buchanan.)

L'*intolérance gastrique* est vite absolue. Il y a régurgitation immédiate; d'abord, comme Berg en a bien vu la progression, pour les solides, puis pour les liquides; à ce moment, les vomissements ne passent plus; c'est bien l'*oblitération du cardia*.

Elle s'accompagne de sensation horrible de barre, de poids dans la poitrine, de dyspnée, d'angoisse cardiaque, de collapsus précoce.

L'examen du malade devrait être vite concluant, si l'idée était venue; mais comment penser à une maladie dont il n'existe pas beaucoup plus de cent observations publiées (1).

(1) En 1927, Breitkopf disait en avoir trouvé 37 cas dans la littérature. En 1929, Sutter disait connaître 58 cas publiés. En 1936, Anagnostidis a pu en rassembler 116 observations.

Il est vrai qu'A. Schwartz, qui eut, un jour, ce souvenir méritoire et risqua ce diagnostic, se trouva en présence d'une dilatation suraiguë de l'estomac et non pas du volvulus escompté.

L'inspection révèle un *ballonnement important*, mais cantonné à l'hypocondre gauche et à l'épigastre. L'hypocondre droit et la région sous-ombilicale peuvent être assez affaissés pour que les contours du météorisme soient visiblement ceux, en cornemuse, d'une énorme estomac.

Le ballonnement est *progressif* : il peut remplir à peu près tout l'abdo-

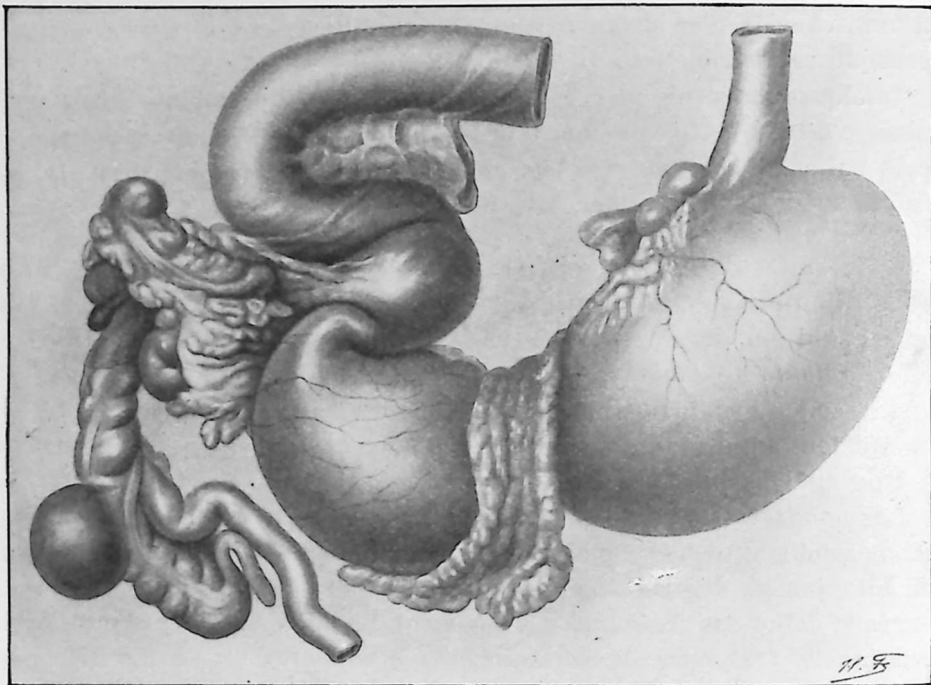


Fig. 206 (Pièce du musée de l'University College Hospital de Londres). — Volvulus partiel de l'estomac : la partie inférieure a tourné de 360°, faisant un tour complet et entraînant l'épiploon (in HUMPHREY NOCKOLD).

men. (Herté, Dujon, Bertrand.) Le cœur est refoulé (Payr trouve le choc de la pointe sur la ligne axillaire).

Le ballon est *tympanique et résistant*, à parois tendues. Il est bien difficile d'arriver à dépister ce signe, dit caractéristique, d'une *ligne de matité* située *en bas* quand le malade est en décubitus dorsal, à *droite* quand il est en décubitus droit, à *gauche* quand il est en décubitus latéral gauche.

L'idée de l'exceptionnelle maladie vient-elle à l'esprit ? C'est le moment de la vérifier par le *cathétérisme gastrique*, ou plutôt par l'essai du cathétérisme, car la sonde œsophagienne est arrêtée au cardia; cette impossibilité de passer une sonde est un signe de premier plan; on pourrait aussi contrôler par la *radiographie* (distension énorme de la poche à air, sinis-

tro-cardie, refoulement du diaphragme, ondes péristaltiques se propageant de droite à gauche).

Mais l'*évolution* ne traîne pas : la mort arrive le deuxième, le troisième ou le quatrième jour. Les cas de Dujon (huit jours), de Wiesinger (intervention curatrice le septième jour) restent des exceptions. La mort arrive avant que les complications locales mécaniques ou sphacéliques ne surviennent (1). Je ne parle évidemment que des formes aiguës et non des formes intermittentes et des formes chroniques.

Les cas de volvulus compliqués de perforation ne sont pas fréquents;

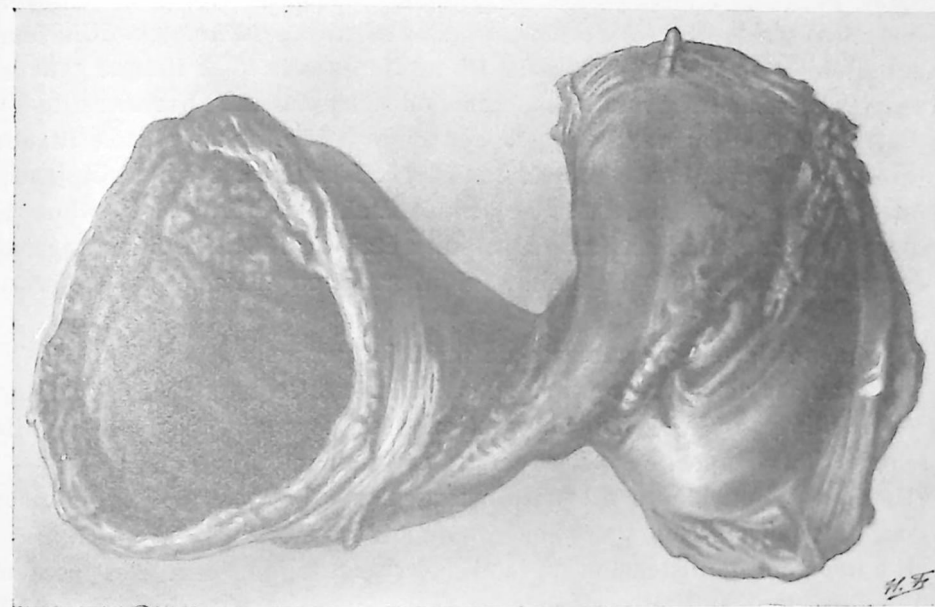


Fig. 207. — Volvulus d'un estomac biloculaire. (REINECKE.)

Bertrand trouva, à l'intervention faite *in extremis*, une perforation de la petite courbure. Philippsberg vit une mort par perforation juxta-cardiaque; Stanischeff, Lâwen purent guérir leurs malades, encore que le malade du second ait eu trois perforations.

Le *diagnostic* aurait été fait par Delangre, par Berg, par Payr, par Boppe.

Une triade symptomatique, dite triade de Borchardt, nous est proposée pour nous aider dans ce diagnostic :

(1) Dans le cas de Barbera (volvulus complexe, ni organo-axial, ni mésentérico-axial), il y avait, à la vingt et unième heure, large perforation par sphacèle.

*Signes d'iléus avec efforts infructueux de vomissements (1);  
Météorisme de l'épigastre et de l'hypocondre gauche;  
Impossibilité de cathétériser l'estomac.*

Voici maintenant, grâce à deux exemples, comment, à l'intervention, apparaissent les lésions et comment se fait le diagnostic opératoire : Marie intervient chez un homme de trente-trois ans qui a eu autrefois une plaie en séton et pour lequel on a fait le diagnostic d'occlusion haute. A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le côlon transverse en occupe toute la partie haute, paraissant recouvrir un kyste. Après quelques efforts d'orientation, on s'aperçoit que c'est l'estomac qui a tourné de 180 degrés autour de l'axe cardia-pylore. L'estomac, violacé, retrouve, quand il reprend sa place, une coloration normale. Le malade d'Anagnostidis semblait atteint d'occlusion intestinale. On incisa dans la fosse iliaque gauche. Une anse énorme fut ponctionnée, que l'on avait cru une anse intestinale : c'était l'estomac. On ne le vit qu'après avoir enlevé dans la fosse iliaque une « tumeur cyanique » qui était la rate. L'estomac tordu remplissait donc presque tout l'abdomen. Le cardia était à droite et en avant, le pylore à gauche et en arrière. La rotation était de 180°. C'est la gangrène de la petite courbure qui compliqua l'intervention et l'aggrava.

Le diagnostic pré-opératoire a du prix. La preuve suit :

Un beau cas de volvulus gastrique chez l'enfant (le deuxième cas connu) a été publié par Siegel. Son observation nous permettra de faire voir le bienfait d'un diagnostic exact et celui du traitement chirurgical.

Un enfant de deux ans est pris, brusquement, de douleurs abdominales vives, de vomissements, peu abondants, mais répétés.

Il a une énorme distension du haut du ventre. A ce niveau, c'est comme un ballon dont la limite supérieure se perdrait sous le rebord costal, mais dont la limite inférieure resterait nette, au-dessus de l'ombilic. Ce ballon est tympanique en haut, mat en bas. Le reste du ventre est plat et souple.

Le lavage d'estomac ramène une assez grande quantité de liquide trouble et, aussitôt, la tumeur s'affaisse.

Cinq heures plus tard, elle a repris les mêmes dimensions et l'enfant recommence à vomir. On fait le diagnostic de volvulus de l'estomac.

Et on intervient : le grand épiploon, rejeté vers le haut, cache les organes. L'angle colique droit, attiré à gauche, est sur la ligne médiane; le côlon transverse est appendu à un méso anormalement long. La grande

(1) La malade de P. Bertrand avait accouché trois mois avant; lorsque le volvulus survint, c'est pendant dix-huit heures que les vomissements se poursuivirent et puis, arrêt brusque : coïncidant avec cet arrêt des vomissements, un accroissement du ballonnement épigastrique faisant craindre à la malade « l'éclatement du ventre ».

courbure de l'estomac s'est portée vers le haut, de sorte que la face postérieure de l'organe est devenue antérieure; la torsion est d'environ 180° et s'est produite à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du viscère. De plus, une autre torsion, celle-ci sur l'axe transversal, porte le fond de l'estomac à droite et le pylore à gauche. La réduction fut obtenue sans difficulté et la guérison suivit.

Boppe, dans un travail de 1928, a proposé de distinguer trois formes de volvulus : aigu, chronique, intermittent. « Le volvulus aigu serait fréquemment l'aboutissant d'une série de crises de volvulus incomplets, intermittents. »

Les résultats de l'acte chirurgical sont bons, si l'alerte du médecin et du chirurgien a été hâtive. Philippsberg, en 1924, sur 17 cas opérés, avait recueilli 13 observations de guérison.

L'observation de Bal prouve que les *enfants* peuvent être atteints, si une malformation congénitale existe. Son malade était âgé de trois ans; il succomba en quelques jours, malgré l'intervention opératoire. L'observation de Gedanovitsch concernait une *femme enceinte*, au cinquième mois de sa grossesse. Comme dans l'une des observations rappelées plus haut, la rate fut trouvée dans la région iléo-cæcale.

## VOLVULUS DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Dans l'article de Krabbel, qui est de 1920 et qui est le travail que je crois véritablement inaugural, il y a 8 observations; dans la thèse de Daux, en 1924, 17 observations; dans le travail de Feldmann, en 1926, 25 observations; dans le travail de Costantini, de Gallarate, 33 observations. Cette maladie est donc exceptionnelle et de connaissance récente (1).

J'ai choisi cette observation de Lett comme une des plus typiques :

« Le 1<sup>er</sup> août 1905, on reçut à l'hôpital de Londres une femme de soixante-douze ans. Trois jours auparavant, elle avait eu soudainement, dans l'hypocondre droit une violente douleur qui persistait à son entrée à l'hôpital. Elle n'avait pas eu de selle et avait vomi quatre ou cinq fois depuis le début de sa crise. C'était la première fois que la malade présentait ces phénomènes et, dans ses antécédents, on ne notait ni ictère, ni lithiase.

« A son entrée à l'hôpital, la malade avait un pouls à 100, petit et régulier; sa température était de 100° F.; elle n'avait pas d'ictère; son hypocondre droit, très sensible, était contracturé, et, dans la région vésiculaire, on sentait une tumeur arrondie dont la matité prolongeait celle du foie. La région abdominale située en-dessous était distendue.

« On porta le diagnostic de cholécystite.

« On fit une incision verticale sur la tumeur que l'on reconnut, après ouverture du péritoine, comme étant une vésicule biliaire élargie, adhérente au péritoine et au coude droit du côlon.

« Cette vésicule était *noire*, avait le volume d'une grosse poire.

« Les adhérences encore suffisamment récentes furent détruites avec le doigt sans ligature.

« On ponctionna la vésicule et on retira un liquide noirâtre formé de sang altéré et d'un peu de bile. Les parois de la vésicule étaient épaissies et rendues rigides par des hémorragies.

« On sentait dans le cystique un noyau que l'on prit pour un calcul

(1) De nouvelles observations ont été publiées un peu partout : Huddy, Suter, Feldmann, Jenckel, Schypley, Daraignez, P. Brocq, Leriche, Costantini, Kettner, Forni, Irwin, Vignoli, Smook, Stephen Suggit, Rendle Short et Gordon Paul, Gill, Ackermann, Machurot, Pallotti, Murray, etc.

hépatique ou un nodule cancéreux, mais, en libérant les adhérences, on vit que c'était une rotation axiale de la vésicule biliaire sur le cystique. La torsion se composait de deux demi-tours de gauche à droite.

« On fit une ablation rapide de la vésicule et d'une portion du cystique, dont le moignon fut ligaturé et recouvert de péritoine.

« Il n'y avait de calcul ni dans la vésicule, ni dans les canaux biliaires. Un drain fut mis au contact du moignon et l'on referma.

« La malade eut une syncope environ douze heures après l'opération et succomba, malgré les soins, quatre heures plus tard.

« A l'autopsie, on ne trouva rien de particulier que des reins granuleux. L'examen de la vésicule montra qu'elle était complètement recouverte de péritoine et rattachée au foie par un simple méso court qui abandonnait la vésicule dans le voisinage du col et du canal cystique. »

C'est ainsi que les choses se sont passées, dans tous les cas connus. C'est une *affection de vieilles femmes*, le plus souvent, et de vieillards fort décrépites (seule la malade de Strauss a moins de cinquante ans); quant à l'observation de Daux, concernant une fillette de onze ans, elle garde un caractère tout à fait exceptionnel. Ce sont de très vieilles femmes ou des vieillards ayant eu ou non des accidents lithiasiques. Les deux malades de Jenckel sont : un homme de quatre-vingt-huit ans, une femme de soixante-seize ans. Cependant, le malade de Pallotti est un homme robuste de trente-sept ans; le malade de Costantini, un homme de quarante-deux ans.

Un jour, éclate brusquement, en coup de poignard, une *douleur* dans l'hypocondre droit. Cette douleur est atroce, rien ne va la calmer. Elle est bien dans l'hypocondre droit, avec, rarement, une irradiation vers l'épaule du même côté.

Les *vomissements* suivent : d'abord alimentaires, puis bilieux, et d'abondance variable; dans le cas de Fischer, ils ouvrirent la scène.

La *constipation*, l'*arrêt même des matières* ont pu faire penser à une occlusion.

Mais il existe une *douleur vive au palper* sous le rebord costal droit et plus bas; à ce niveau, aussi, mais ne débordant guère, une *défense* de la paroi par contracture musculaire.

Si le météorisme n'est pas excessif, on peut alors palper plus profondément et, c'est la règle, on sent une *tumeur* dont la matité continue celle du foie et qui descend plus ou moins bas. Le volume varie, en effet, entre des extrêmes très dissemblables (tête d'enfant ou œuf de poule). Mayer, par l'orifice inguinal élargi, arrivait à atteindre le pôle inférieur de la tumeur de sa malade.

Cette tumeur est presque toujours réniforme. (Kubig, Krabbel.) Elle pend verticale ou s'étale transversalement.

Ses connexions avec le foie peuvent être très vagues, car il s'agit presque toujours de vésicules à méso long, prédisposées par leur état un peu flottant à cette torsion.

Dans le cas de Daraignez, « la vésicule, débordant tout entière le bord antérieur du foie, ne se trouvait reliée à lui par aucun méso; seul le cystique était fixé au foie ».

Par conséquent, un début dramatique, un syndrome d'occlusion ou de réaction péritonéale et, semblant bien pédiculée ou non, en connexion avec le foie, une tumeur ferme, mate, douloureuse, et surtout en forme de rein (1). Tout cela, chez une vieille malade, débile, qui n'a pas le facies très altéré, qui est sans fièvre, mais qui souffre abominablement.

Bien que l'état général soit rassurant, il faut voir là un drame abdominal; ce n'est pas une péritonite : il y aurait de la fièvre, un facies grippé, un pouls rapide; ce n'est pas une occlusion mécanique; on pense plutôt à une occlusion paralytique autour d'un foyer infectieux de cholécystite.

A cause des douleurs, on intervient, et l'on trouve ce que l'observation que j'ai choisie montrait bien : une vésicule noire, volvulée par rotation axiale autour de son canal excréteur. Dans le cas de Strauss, le cystique tordu fut pris pour une adhérence et sectionné.

Le *diagnostic* ne paraît avoir été fait que par Krabbel qui, instruit par un premier cas, vit juste dans le second, et hésita dans un troisième.

Le *pronostic* n'a pas la gravité qu'il a pour les volvulus intestinaux. Il faut opérer vite, car les complications gangréneuses sont, évidemment, le terme de l'évolution, mais, comme pour les kystes de l'ovaire tordus, les douleurs sont si pressantes, dans les deux cas, que l'acte opératoire a toutes chances d'être proposé avant l'arrivée des complications. (Strauss.) Il n'en fut cependant pas ainsi dans les deux cas de Jenckel, qui furent vite compliqués de gangrène et de mort.

Depuis que j'avais écrit ces pages sur le volvulus de la vésicule biliaire, d'autres observations ont été publiées. Une des plus remarquables est celle de P. Brocq; la voici :

« Dame de soixante-dix ans, qui a été prise brusquement, le 3 décembre 1930, vers 9 heures du matin, d'une douleur violente au niveau de l'hypocondre droit. Cette douleur s'est accompagnée de crises douloureuses subintrantes et de vomissements bilieux, répétés, avec absence de gaz. Son médecin, mon ami le D<sup>r</sup> M..., constate, dans l'après-midi, l'existence, au

(1) La perception d'une tumeur vésiculaire a été faite aussi par Brade, Gaudin.

niveau du flanc droit, d'une tumeur douloureuse, globuleuse, allongée dans le sens transversal.

« C'est dans ces conditions que j'examine cette malade, environ douze heures après le début des accidents : les douleurs n'ont pas été calmées par un suppositoire opium-belladone. Le pouls est plein, régulier, bat aux

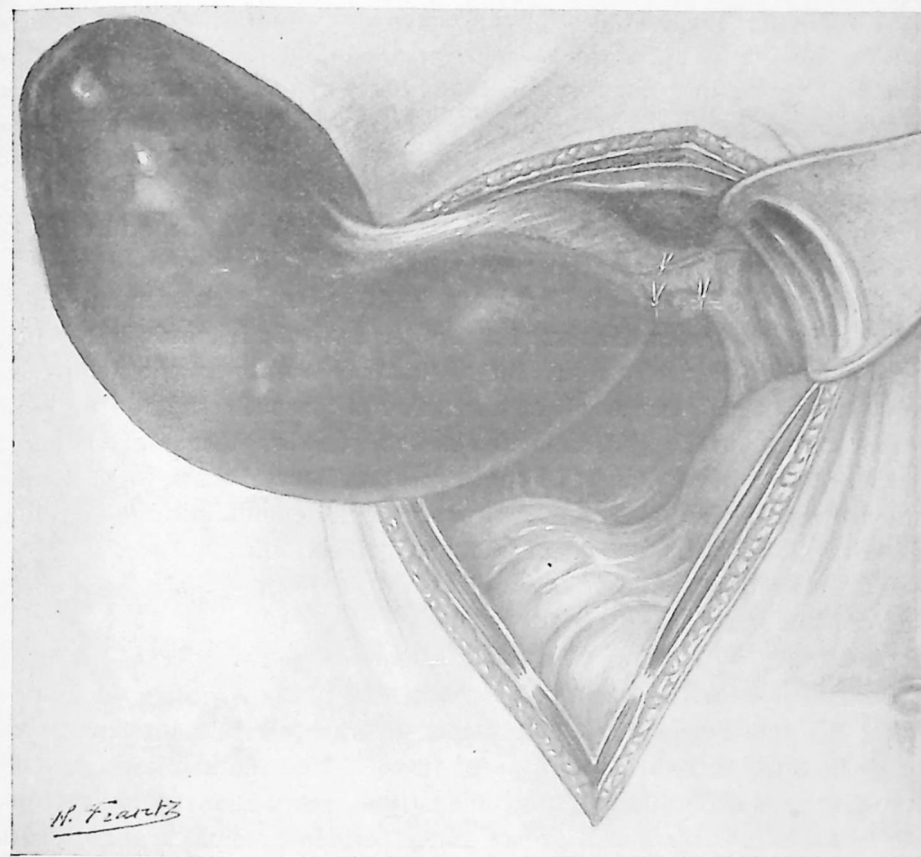


Fig. 208. — La vésicule extériorisée et détordue. Ligature du pédicule cystique. (Brocq.)

environs de 84; la température est de 37°,5; la langue est humide et le facies est bon.

« Le ventre est souple, sans météorisme. Au niveau de l'hypocondre et du flanc droits, on sent très facilement, sous une paroi grasse, une tumeur qui paraît arrondie, qui est globuleuse, fortement tendue et très douloureuse à la moindre palpation. Cette tumeur est assez mobile dans le sens transversal; en outre, elle suit nettement les mouvements d'abaissement du foie dans les inspirations profondes. Elle ne donne que très vaguement le contact lombaire; par contre, elle paraît être directement en rapport avec la paroi abdominale antérieure.

« Dans les antécédents de cette malade, on retrouve, depuis quelques années, quelques crises douloureuses du même type, mais infiniment plus atténuées et de très courte durée.

« La forme globuleuse et le volume de la tumeur me font penser que je suis en présence d'un gros hydro-cholécyste, au niveau duquel se fait une poussée aiguë, sans que je puisse spécifier la nature de cet accident aigu. L'intensité des douleurs, la répétition des vomissements, la persistance des accidents après douze heures sont autant de raisons qui m'incitent à proposer une intervention immédiate, malgré l'absence de réaction thermique, malgré la tranquillité du pouls, malgré l'âge de la malade (soixante-dix ans) : ces arguments n'entraînent pas la conviction de l'entourage et l'intervention est repoussée par la famille.

« Le lendemain matin, l'état est stationnaire avec cependant une ébauche de contracture de la paroi.

« Dans la soirée de ce deuxième jour, la situation s'est nettement modifiée et aggravée : la température est montée à 38°,5; le pouls bat à 100. Les vomissements, quoique moins fréquents, surviennent de temps en temps; les douleurs, moins vives, sont plus diffuses. La malade ne rend toujours pas de gaz. Les signes locaux ne sont plus les mêmes, car la paroi est contracturée au niveau de l'hypocondre, du flanc et de la fosse iliaque du côté droit, si bien qu'au lieu de percevoir nettement, comme la veille, une masse globuleuse, on ne sent plus qu'une résistance diffuse.

« L'opération est acceptée enfin et pratiquée trente-trois heures après le début des accidents.

« *Opération.* — Incision sous-costale, coudée, paramédiane droite en plein sur la tumeur. Le péritoine contient une petite quantité de liquide louche; dès que l'écarteur est en place, on aperçoit immédiatement un énorme boudin, noir, brillant, à paroi intacte. Une main glissée dessous extériorise sans difficulté une tumeur kystique, véritablement en érection, et de forme semblable à une grosse corne coudée presque à angle droit. Cette volumineuse tumeur noirâtre n'est autre que la vésicule biliaire, appendue au foie par un long mésocyste et tordue au niveau du canal cystique. La torsion apparaît très nette, d'un tour environ, et s'est faite de gauche à droite, et de haut en bas, dans le sens des aiguilles d'une montre. Au niveau de la torsion, la coloration noirâtre s'arrête brusquement et, au delà, le pédicule est blanc rosé. »

## TORSION PÉDICULAIRE DE LA RATE

Cet accident n'est pas exceptionnel, puisque Johnson, sur 708 splénectomies, réunissait 39 cas de volvulus.

Ici, comme pour toutes les torsions de pédicule, un, deux, trois, quatre tours de spire peuvent se voir et, comme toujours, les troubles seront fonction de la rapidité des troubles vasculaires, artériels; tout se voit : la simple congestion, l'infarctus, l'hémorragie sous-capsulaire, la rupture capsulaire avec hémorragie intra-péritonéale, la nécrose, enfin la rupture même du pédicule. La rate à pédicule tordu que Gallo opéra était alourdie par un kyste à contenu lipoïdique.

Je signale, sans pouvoir m'y arrêter, les adroites expériences de Payr, qui a vu les veines spléniques flexueuses s'enrouler autour de l'artère, l'étrangler et provoquer ce qu'il a appelé la torsion hémodynamique, par opposition aux torsions ordinaires de la rate, qui sont expliquées par l'ectopie, la splénomégalie (paludisme, malaria, etc.). L'accident est plus fréquent chez les *femmes*, mais Southam a publié une observation de torsion splénique chez un garçon de six ans; Lang, une observation chez un homme de vingt-quatre ans (1). Des deux malades de Mauro, tous deux paludéens, l'un était un homme de trente-quatre ans, l'autre une femme de quarante-cinq ans.

Ces torsions peuvent être favorisées par des circonstances en apparence sans danger : examen clinique dans le cas de Körte, exercice physique un peu prolongé dans le cas d'Albert. Chez une démente, âgée de cinquante ans, dont la rate éclatée avait son pédicule tordu, Cantin ne sut pas s'il fallait incriminer un traumatisme.

Les accidents sont *aigus* ou *subaigus* ou *chroniques* : subaigus, ce sont des augmentations rapides du volume de la rate; chroniques, ce ne sera quelquefois qu'une inflammation sournoise : péri-splénite autour d'une rate ectopée et impliquée.

Je ne parlerai que des *accidents aigus*.

Les symptômes en sont brusques, violents, impressionnants. Voici,

(1) Geiger a opéré, après le diagnostic d'appendicite, un enfant de treize ans d'une torsion pédiculaire d'une rate accessoire, rate en miniature, rattachée à une anse jéjunale.

plutôt que leur énumération schématique, une observation très ancienne d'Hartmann :

« Une jeune fille de dix-huit ans, qui avait, à part des fièvres intermittentes et une grosse rate douloureuse, toujours joui d'une bonne santé, fut prise, le 28 mars 1893, deux heures après son déjeuner, de douleurs abdominales, de vomissements, d'un état de malaise tel qu'elle dut cesser sa promenade et entrer dans une pharmacie. Transportée chez elle, elle continua à vomir durant les deux jours qui suivirent. Après une atténuation passagère, les accidents reprirent, en s'aggravant, et la malade entra à l'hôpital Bichat, avec des symptômes de péritonite. La face est pâle, les yeux excavés, le pouls petit, à 120; la température reste cependant normale. Le ventre est ballonné, tendu, douloureux à la moindre pression. A part la région hypogastrique, les hypocondres, le flanc gauche et la partie la plus postérieure de la fosse iliaque, la percussion dénote partout de la matité.

« Une incision médiane nous montra, à travers l'épiploon rougeâtre, épaissi, mollement adhérent, une masse brune sous-jacente. Après relèvement de l'épiploon, il s'écoule 200 à 300 grammes de liquide citrin, un peu rougeâtre, mêlé de flocons fibrineux, et nous apercevons la rate énorme, se présentant par sa face convexe, qui, d'extérieure, est devenue antérieure. Nous l'attirons au dehors, décollant de sa face profonde des anses d'intestin grêle, rouges, tomenteuses, agglutinées par des enduits fibrineux. Nous arrivons ainsi sur le *pédicule, du volume du cordon ombilical, deux fois tordu sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre*. Nous le détordons, puis le lions. Les vaisseaux sont thrombosés. Guérison. »

*Douleur vive, vomissements, tachycardie, ballonnement, tension douloureuse du ventre, facies altéré*, on croyait à une péritonite. Dans le cas de Biondo, les nausées, la douleur à maximum iliaque droit, la fièvre élevée et l'arrêt des matières et des gaz avaient fait penser aussi à une péritonite diffuse.

Quelquefois, c'est l'ectopie, la ptose considérable de la rate qui trompera : la tumeur que perçoivent Childe, Welti, Oulié, est dans le bassin, et ils la croient d'origine ovarienne; Potherat fait la même confusion. Chez une jeune fille de quatorze ans, la tumeur, du volume d'une tête de fœtus, occupait la fosse iliaque gauche. Comment ne pas penser au kyste de l'ovaire ? Eric Fisher crut, devant des accidents ectopiques semblables, à un abcès appendiculaire.

Si les accidents de shock, de péritonisme, sont associés aux signes physiques d'une tumeur douloureuse, il faut penser à la torsion et faire vite, car les accidents peuvent se dérouler, sans lenteur, vers la gangrène, ou la rupture avec grave hémorragie.

Okinczyc, Leriche ont vu, comme Geiger, des torsions de rates acces-

soires. Le cas de Leriche, c'est bien celui d'un volvulus aigu, avec éclatement et hémorragie intra-péritonéale. Il existait, d'ailleurs, dans ce même cas, des rates surnuméraires multiples, mais une seule à pédicule tordu.

Pour finir, une observation récente, celle de Welti :

« Une femme de trente-cinq ans est admise d'urgence, à l'hôpital, pour de violentes douleurs abdominales. Elle raconte que, six ans et un an auparavant, elle a eu déjà de vives douleurs à gauche, pour lesquelles on avait songé à une intervention. Puis, ces douleurs récidivant assez souvent, on parla de colique néphrétique.

« La crise actuelle a débuté, brusquement, par une douleur vite généralisée et par des vomissements. On note une voussure dans la fosse iliaque gauche, devant laquelle il y a de la contracture pariétale; par le toucher vaginal, on sent, dans le cul-de-sac, l'extrémité inférieure de la masse iliaque. On intervient avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu.

« On trouve, dans la fosse iliaque gauche, la *rate*, volumineuse, d'aspect normal, mais à pédicule tordu. La torsion est fixée. Splénectomie. Guérison.

Abell a retrouvé dans la littérature 95 observations de rate ectopique à pédicule tordu : 88 femmes et 5 hommes, 28 malades étaient paludéens. Sur 72 femmes, 21 nullipares, 12 en état de grossesse. Dans 83 cas, on a fait la splénectomie. La mortalité fut de 17,6 %.

est constituée par le grand épiploon tout entier; en haut, il se rattache au côlon transverse par un pédicule, gros comme les deux pouces, long de 4 à 5 centimètres, dur, fibreux, noirâtre, *tordu sur lui-même un grand nombre de fois*. Cette torsion est très serrée et les tours très rapprochés;

## TORSION INTRA-ABDOMINALE DE L'ÉPIPLOON

### A. — TORSION DU GRAND ÉPIPLOON

Ces torsions sont parmi les moins dramatiques. Je les crois moins rares que ne le dit Mac Whorter, qui, en 1928, disait n'avoir trouvé, dans la littérature, que 24 cas de torsion purement intra-abdominale (1). Leur tableau clinique est, assez souvent, sans orage violent : beaucoup de cas ont certainement été guéris sans que le chirurgien ait songé à les publier.

Le cas de Lejars est un des meilleurs exemples :

Un homme de quarante-quatre ans a été pris, quatre jours avant, de douleurs brusques dans la fosse iliaque droite; le ventre était météorisé, il y avait des vomissements verdâtres, une température de 38°,5, un pouls à 100, bien frappé.

On sentait, dans la fosse iliaque droite, une masse empâtée, douloureuse, de limites assez vagues en dedans, mais de volume considérable : elle donnait l'impression d'une « tumeur appendiculaire » énorme. A droite, aussi, on trouvait une hernie inguinale, d'ailleurs réduite, fort ancienne et qui n'avait jamais été le siège d'accidents graves; le doigt pénétrait librement dans le canal inguinal largement dilaté.

Lejars pratiqua une incision iliaque oblique, tomba sur un gros paquet épiploïque adhérent, mais ne recouvrant aucun foyer; épais, compact, noirâtre et ecchymotique par places, il donne la sensation d'une sorte de tumeur bosselée à gros noyaux et se prolongeant très loin, en haut. L'incision est agrandie longitudinalement jusqu'aux fausses côtes; alors, seulement, il devient possible de décortiquer et d'extraire toute la masse. Elle

(1) Pierre Lecuit a réuni, dans sa thèse (1932), 50 observations. Si John Moriss a pu réunir, publiés depuis 1905, 164 cas, c'est qu'il a réuni les torsions avec hernie et les torsions sans hernie. Dans la thèse consciencieuse de Colas, 110 observations de torsion intra-abdominale sont utilisées (1935). Farr et Backmann ont rapporté 7 cas personnels.



Fig. 209. — Torsion aiguë du grand épiploon. (KELLY.)

bien qu'il soit malaisé d'en préciser le sens, il semble qu'elle ait eu lieu de droite à gauche. Le pédicule est lié en chaîne; on le sectionne et on enlève tout l'énorme paquet épiploïque.

Il sera exceptionnel de voir une torsion épiploïque intra-abdominale se démasquer assez violemment pour faire penser à un des grands syn-

dromes que nous avons surtout en vue (1) : il s'agit, dans l'ordinaire des cas, de phénomènes subaigus de douleur, d'empatement, de contracture légère; on pense à un *plastron inflammatoire péri-appendiculaire avec distension abdominale par paralysie intestinale réflexe*. Assez récemment, j'ai cru, devant les lésions d'une femme d'une quarantaine d'années, porteuse d'un gros fibrome, que le plastron iliaque droit distinct du fibrome pouvait être une torsion épiploïque : c'était une torsion d'hématosalpinx auquel adhérerait l'épiploon; celui-ci n'était ni tordu ni infarci.

La masse épiploïque tordue est généralement plus interne, plus mobile, plus longue que celle d'un plastron appendiculaire.

Pour Basset, il y a généralement, dans l'ommento-volvulus, une contracture modérée, cédant à un palper un peu insistant.

Quant aux cas plus communs, où il y a coexistence de hernie et de torsion intra-herniaire, je ne les retiens pas ici. Avec mon maître Lecène, nous en avons, autrefois, rapporté un pur exemple. Je ne signale que le cas très intéressant de Dor et Zananisi. Les auteurs avaient pensé à un étranglement rétrograde. Cinq tours de spire sur un grand épiploon très fenêtré étranglaient celui-ci et la hernie ne contenait que des franges dilacérées, mais non étranglées. Il y avait, dans ce cas, une contracture diffuse et une contracture plus marquée à droite.

Quelques signes devraient surprendre : *la douleur est vive et par crises*, mais non pas continuellement lancinante; son maximum est à l'épigastre; *les vomissements sont rares ou absents; la tuméfaction peut être considérable et la température rester normale*, ou presque normale. L'arrêt des gaz n'est pas absolu. Les contours de la tuméfaction sont imprécis, mais elle est plus allongée, mieux circonscrite, plus mobile, plus vite constituée qu'un plastron inflammatoire. Pour Lecuit, on la limiterait plus parfaitement en haut qu'en bas, en dedans qu'en dehors (2). La contracture est peu résistante; un palper prolongé en a presque toujours raison. Il n'y a ni douleur exquise à point fixe, ni hyperesthésie cutanée. Au premier jour des accidents, il y aurait là de quoi différencier l'ommento-volvulus de l'appendicite; un peu plus tard, les signes peuvent être plus vagues et la confusion plus excusable. S'il y a grosse tuméfaction et crainte d'abcès appendiculaire (3), la meilleure indication différentielle sera fournie par

(1) Seulement, dans 3 cas, ceux d'Albert, de Pollidori, de Gatellier et Maximin, on a fait le diagnostic d'iléus.

(2) « Bien limitée, de consistance dure, elle est légèrement mobilisable dans le sens transversal. Nettement indépendante de la paroi, elle est également indépendante des plans profonds. Elle n'est pas étalée comme un plastron ordinaire. Elle n'est pas fixée. On la limite mieux en dehors qu'en dedans, en haut qu'en bas, mais nulle part ses contours ne sont empâtés. » (Thouvenin.)

(3) La ressemblance peut être accusée par le caractère des prodromes, plusieurs petites crises douloureuses avec constipation et état nauséux ayant précédé la crise grave (Simon et Stulz), et aussi par l'altération du facies, le ballonnement et parfois l'hyperthermie.

l'examen du sang et la recherche de la leucocytose. Colas insiste avec raison sur deux signes : la migration de la douleur et la masse tumorale plus allongée qu'un plastron appendiculaire.

Il semble, d'autre part, que l'appendicite soit, assez fréquemment, une cause adjuvante de torsion épiploïque (Bonnet, Patel), et qu'une adhérence épiploïque à l'appendice puisse permettre, comme une épiplocèle adhérente, la torsion de l'épiploon, à la manière d'une serviette maintenue à ses deux extrémités et que l'on fait tourner.

La torsion épiploïque, comme toute torsion viscérale ou tumorale, peut conduire au sphacèle, à la rupture du pédicule. L'amputation épiploïque (Losse Rodies) n'est pas impossible : 12 cas ont été publiés, dont plusieurs mortels (Virchow, Riedel). Comme pour quelques autres torsions viscérales ou tumorales de la femme, le rôle du coït a été souligné (Hamant).

Mais, je le répète, les symptômes sont ordinairement sans les caractères pathétiques, poignants, des vrais grands syndromes abdominaux dont l'histoire détaillée remplit ce livre. Le pouls est assez souvent, même avec température normale, accéléré, mais il est toujours bien frappé. Le diagnostic n'est pas impossible : il a été fait. Il ne faut pas en rester aux déclarations sceptiques. Celle de Descamps ne convient plus : « Si on voulait trouver des données de sémiologie permettant de porter le diagnostic précis, indiscutable, de torsion épiploïque, mieux vaudrait dire tout de suite qu'il est sage d'y renoncer; une imprécision avérée vaut mieux qu'une fausse précision. Dans la torsion épiploïque comme dans beaucoup de circonstances où on l'observe, le syndrome dit abdomino-péritonéal constitue tout le tableau clinique; les signes de localisation ou bien restent au second plan, ou bien sont trompeurs, ou bien sont en défaut. » Ces paroles ne sont que de 1923. Elles ont encore leur part de vérité, certes; mais les progrès de la clinique abdomino-périnéale les feront vieillir vite.

L'observation de Patel va nous permettre de revenir, en les soulignant, sur deux notions : le rôle de l'appendicite et le caractère subaigu de l'événement. Une jeune fille de dix-neuf ans entre avec une symptomatologie de crise appendiculaire légère dont le début remonterait à cinq jours : douleur brusque à droite, calmée aussitôt par la glace. Pas de vomissements, peu de température, pouls normal, dès le début et de même au cinquième jour. A la palpation, résistance dans la fosse iliaque droite.

On décide d'intervenir, plus tard, à froid, mais, le lendemain, 39°, résistance accrue dans la fosse iliaque. Intervention décidée et pratiquée : énorme tuméfaction épiploïque plus large que dans les deux mains et épaisse de plusieurs centimètres; c'est une torsion épiploïque à plusieurs tours appendue à une portion saine et rétrécie. L'appendice est adhérent, par sa pointe, à l'extrémité inférieure de la masse épiploïque.

## B. — TORSION DES FRANGES ÉPIPLOÏQUES

Pour montrer quelle petite lésion de torsion suffit à déterminer un vif syndrome abdominal, j'ai, en tête du chapitre, retenu deux observations, l'une torsion d'hydatide, l'autre torsion de fange graisseuse du côlon.

Cette dernière observation avait été envoyée par Braine à la Société de Chirurgie et j'en avais été le rapporteur.

Sans avoir longtemps cherché dans la littérature si cette observation restait cas d'exception, j'ai pu trouver plus de vingt exemples assez analogues. Je n'ai pas songé à en faire le recensement complet, mais, puisque la lésion dont il s'agit n'avait pas été étudiée, en France, je me permettais de citer, brièvement, quelques faits.

C'est sans doute Briggs (1908) et Töppitz, en 1909, qui, des premiers, ont bien montré, parlant des franges graisseuses des côlons, l'existence de leur torsion pure, c'est-à-dire de la torsion qui ne se rattache ni à l'incarcération des franges dans les sacs herniaires, ni à une inflammation de voisinage (appendicite, cholécystite, diverticulite), ni à une autre complication abdominale.

Je vais choisir seulement trois observations, empruntées la première à Breitlander, les deux autres à Fenkner. Elles me permettront de faire voir sur les trois côlons, ascendant, transverse et pelvien, le petit volvulus épiploïque qui nous a été signalé par Braine sur le côlon descendant. Que je dise en passant que, sur 26 observations que j'ai retrouvées, treize fois il s'agissait de frange du côlon pelvien. Les trois exemples que, d'abord, je propose ont encore l'avantage de n'appartenir à aucune des statistiques publiées jusqu'ici, ni à celle de Klingenstein (1924), ni à celle de Johanson (1926). Bichet, dans sa thèse de 1935, a réuni, autour d'une observation inédite de Chifoliau, 36 observations.

OBSERVATION I (Breitlander). — Un homme de cinquante-cinq ans est pris, un soir, de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus du point de Mac-Burney.

On prescrit le repos, la glace sur le ventre. Mais, trente heures plus tard, aggravation : douleurs plus vives, malade fatigué. A l'examen, pas de contracture, la douleur est surtout vive à la décompression. Intervention : appendice normal. Mais, à 10 centimètres au-dessus de l'abouchement iléo-cæcal, on voit sur le côlon ascendant un appendice épiploïque tordu, cyanotique, infarci. Résection. Guérison. L'histologie confirme la thrombose et l'infarctus du fragment graisseux.

OBSERVATION II (Fenkner). — Un homme de quarante ans souffre, depuis deux jours, de douleurs vives, nées brusquement, dans la fosse

iliaque droite. Il y a de la contracture de la paroi, mais pas de fièvre. Intervention d'urgence. On trouve une petite masse épiploïque de la taille d'une noisette, appendue au côlon transverse, de coloration bleue et à pédicule tordu.

L'OBSERVATION III (Fenkner) va nous montrer, à deux stades d'évolution, la torsion de deux appendices épiploïques. C'était une femme de trente-cinq ans, très grasse, qui présentait, pour la deuxième fois, depuis trois semaines, des phénomènes d'occlusion intestinale : arrêt des gaz et des selles, distension abdominale, douleurs, vomissements. Il n'y avait aucun signe de localisation. La laparotomie exploratrice fut difficile à cause de l'embonpoint de la malade. On découvrit un appendice épiploïque de l'S iliaque tordu et mortifié, et, sur le côlon transverse, une lésion analogue, mais de plus fraîche date, torsion de frange épiploïque non encore compliquée de sphacèle.

Les deux stades que nous montre cette observation de Fenkner, stade d'infarctus, stade d'ischémie, ne sont pas les seuls possibles : on imagine facilement le troisième; rupture du pédicule tordu, mise en liberté de la frange et, dans les cas paisibles, constitution d'un corps étranger péritonéal. Les raisons d'intervenir d'urgence ne sont pas seulement dictées par les incertitudes du diagnostic. Même si celui-ci était fait avec précision, il conviendrait de se hâter, car deux observations, celle de Franck et celle de Forssner, apprennent qu'il peut y avoir péritonite purulente précoce, par gangrène.

Une fois rassemblés, le plus rapidement possible, et montrés étagés sur le côlon, ces quelques cas de torsion de franges graisseuses, je voudrais les placer maintenant parmi quelques exemples de torsions modiques, afin de vérifier que les *microtorsions*, si l'on peut risquer ce nom, peuvent s'accompagner, comme les torsions d'organes importants ou celles de tumeurs pesantes, de syndromes cliniques impressionnants.

D'abord, le rappel de l'observation d'Okinczyc. Elle a trait à la torsion d'un organe si infime, qu'il est baptisé et interprété avec beaucoup de variantes par les auteurs.

Okinczyc voit une jeune femme qui a été prise, le matin même, de douleurs abdominales violentes, avec tendances syncopales et hypothermiques. (On pouvait penser à une grossesse ectopique rompue.) Okinczyc ne trouve pas de signes d'hémorragie grave, mais intervient d'urgence. Il trouve à droite, à l'extrémité du pavillon de la trompe utérine, insérée sur une des franges, une hydatide pédiculée de Morgagni, éclatée, tordue sur son mince pédicule, noire et atélectasiée. L'ablation de ce petit kyste hématisé guérit la malade.

Et n'est-ce pas une observation presque semblable, celle de Fenkner ?

Une fillette de douze ans est atteinte brusquement d'un syndrome abdominal franchement aigu. Elle est aussitôt adressée au chirurgien et opérée. L'appendice ne peut expliquer ni les signes cliniques, ni l'épanchement intra-péritonéal. L'explication est dans le bassin où l'on trouve un petit kyste à peine plus gros qu'un haricot. Ce kyste est inséré sur la trompe droite, son pédicule est tordu; la thrombose par étranglement est complète. L'ablation du kyste entraîne la guérison.

Enfin, comme dernier exemple de torsion infime, nul ne vaut mieux que celui apporté à la Société de Chirurgie par Mocquot. Le tableau clinique avec douleurs, contracture, fièvre à 40°, semblait pouvoir appartenir, appartenait à la torsion et à l'infarctus lenticulaire d'une petite frange graisseuse située sur l'appendice (1).

J'ai rapproché ces cas des torsions de franges épiploïques pour montrer que les torsions pathologiques peuvent s'accompagner de phénomènes cliniques sérieux, même si l'organe en volvulus est de très petit volume, même si sa fonction est nulle.

Avec des points de départ aussi dissemblables qu'une hydatide pédiculée de Morgagni, une frange graisseuse du côlon pelvien, une rate, un kyste ovarien, une vésicule biliaire, etc., les symptômes fonctionnels sont parfois si accusés et si ressemblants qu'ils conduisent des chirurgiens fort expérimentés à l'erreur de diagnostic et à redouter les mêmes graves affections (occlusion intestinale, péritonite, hémorragie interne).

Faut-il rappeler les erreurs commises ?

Tel dit occlusion intestinale et trouve une torsion de salpingite; tel dit péritonite et trouve une rate tordue; tel dit appendicite et trouve la torsion d'un lobe hépatique pédiculé; presque tous avaient dit appendicite qui trouvèrent une torsion du grand épiploon. Un seul chirurgien diagnostiqua le volvulus de la vésicule biliaire. Enfin, lorsque l'un d'eux voulut faire le diagnostic de torsion de la trompe utérine, il trouva une grossesse ectopique.

Je l'ai déjà écrit : si le *syndrome de torsion* existe, il n'est pas facile à bien préciser, même lorsqu'il semblerait, comme dans les cas envisagés dans ce court chapitre, qu'il dût paraître à l'état pur, je veux dire sans l'addition de symptômes fonctionnels imputables au viscère lésé. Ses traits cliniques varient : ici, température élevée (Braine) ; là, hypothermie (Breitlander) ; ici, contracture pariétale (Fenkner) ; là, météorisme derrière une paroi sans défense (Braine) ; ici, signes généraux nuls (Abernethy) ; là, phénomènes de collapsus (Okinczyc) ; douleur fixe dans certains cas, aucune localisation dans d'autres. En ce qui concerne l'exemple des franges graisseuses, si, dans la moitié des cas connus, le début clinique fut soudain et inquiétant, dans d'autres cas, il s'agissait

(1) Un peu plus tard, Mocquot signalait un cas analogue traité par Tierny.

de torsions lentes ; par exemple, dans les 6 cas rassemblés en dix ans à la clinique de W. Mayo par Hunt, les diagnostics furent : tumeur du côlon, appendicite chronique, diverticulite ; deux fois même, la découverte fut faite au cours d'interventions dirigées contre d'autres lésions.

Ce qui est souvent retrouvé dans les observations de torsions plus importantes et aiguës, c'est précisément un mélange de signes : ceux de réaction péritonéale, ceux de saignement interne, ceux de distension abdominale. Dans ces cas, si la douleur est continue, n'ayant ni les crises périodiques de celle de l'occlusion, ni la sédation relative, sous la glace, de celle des lésions inflammatoires, si cette douleur est d'emblée violente et tenace en un même point, n'ayant ni la diffusion primitive, la localisation secondaire de celle de l'appendicite, ni la localisation initiale, la diffusion secondaire de celle de l'occlusion, on devra suspecter une raison mécanique à une crise abdominale et aussitôt chercher les signes d'une tuméfaction ou chercher les signes de l'accroissement de la tumeur, si celle-ci est connue.

Mais s'il n'y a pas de tuméfaction perceptible, comme dans les cas dont nous parlons, le diagnostic est très difficile. Johansson, qui, en 1926, avait trouvé 20 observations de torsions des appendices épiploïques, dit, et comment s'en étonner, que le diagnostic exact n'a jamais été fait. Sur les 6 nouveaux cas que je peux ajouter à sa statistique (Bender, Black, Breitlander, Fenkner, Braine), le diagnostic clinique fut toujours erroné ou incertain. Ceux qui en approchèrent le plus, Franck et Johansson, dirent torsion de kyste ovarien.

On peut ajouter que le diagnostic opératoire lui-même, dans un ventre distendu, météorisé, n'est pas sans mérite. Il faut féliciter et essayer d'égaliser ceux qui surent découvrir la petite lésion responsable du grand désordre.

## TORSION DES KYSTES ET TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

« Un jour, écrit Spencer Wells, j'arrivais à Brixton pour opérer une malade, quand on m'apprit qu'elle venait de mourir subitement deux heures avant mon arrivée. L'examen nécropsique montra que la mort était due à une vaste extravasation sanguine qui s'était faite, d'abord dans le kyste ovarien, puis, après la rupture de ce dernier, dans la cavité abdominale, et qui était évidemment due à la torsion du pédicule produit par la rotation du kyste non adhérent. »

Voici un exemple ancien : la méconnaissance des signes d'alarme a laissé aux lésions le temps d'aller jusqu'à leur terme : torsion, infarctus, distension par hémorragie, rupture, mort.

Dans les 40 cas postérieurs que Daniel avait rassemblés, pour montrer l'importance fréquente du saignement, il y avait 10 morts, dont 4 par *hémorragie intra-kystique* foudroyante et 2 par rupture et *hémorragie intra-péritonéale*. La gravité, l'urgence, la nécessité d'opérer vite sont donc bien certaines (1).

Cette complication des kystes est très bien connue, et cette torsion, la plus fréquente, est celle qui a été le plus étudiée. Je n'en parlerai que très succinctement.

Les accidents cliniques sont ici, mieux encore que pour tout autre volvulus, ***ce mélange, autour d'une tumeur, de signes d'hémorragie interne, de réaction péritonéale, d'iléus***, auquel j'ai déjà fait sa place. Les lésions les expliquent bien.

En particulier, le saignement peut-être assez important pour anémier brusquement la malade. Lorsque Daniel, en 1905, avait réuni les nombreuses observations où la complication hémorragique était grave ou dominante, quelques-uns des cas qu'il avait retenus ne méritaient peut-être pas d'entrer dans la catégorie qu'il isolait de kystes tordus à grandes hémorragies; mais Gordon-Martins, en 1928, faisant un plus sévère triage des observations, a pu retenir 32 cas d'hémorragies très importantes, par torsion, de tumeurs kystiques de l'ovaire.

(1) Jean Chosson a publié une observation de torsion bilatérale d'un kyste de l'ovaire droit et d'un kyste de l'ovaire gauche, avec amputation spontanée des deux trompes.

Ces hémorragies dues à l'éclatement des veines distendues par stagnation du sang, n'ont rien de surprenant.

Un bel exemple a été donné, par Lejars, de ces *formes cataclysmiques* et anémiantes : celui d'une femme de trente-trois ans prise, tout à coup, le matin, dans son lit, d'une douleur atroce dans le ventre; elle pâlit, perd connaissance, le pouls et la respiration s'arrêtent, on la croit morte. Pour-



Fig. 210. — Torsion aiguë d'un kyste mucoïde de l'ovaire.

tant, au bout de quelques instants, on reconnaît que le cœur bat encore et, avec des efforts désespérés, on parvient à le ranimer un peu; le pouls reste misérable, la respiration très faible, le ventre est ballonné et d'une sensibilité extrême. Durant toute la journée, on répète les injections intra-veineuses et sous-cutanées de sérum; vers le soir, l'issue fatale semble enfin conjurée, le ventre est toujours gros et sensible, mais il n'y a pas de vomissement, pas de réaction péritonéale grave.

L'abdomen ayant perdu sa tension initiale et une partie de sa sensibilité, il devient possible de l'explorer et l'on découvre une volumineuse tumeur qui occupe toute la région sous-ombilicale et remonte vers l'hypocondre gauche, tumeur de contours mal dessinés, de consistance très ferme, et qui donne une vague sensation de fluctuation profonde. Par le toucher vaginal,

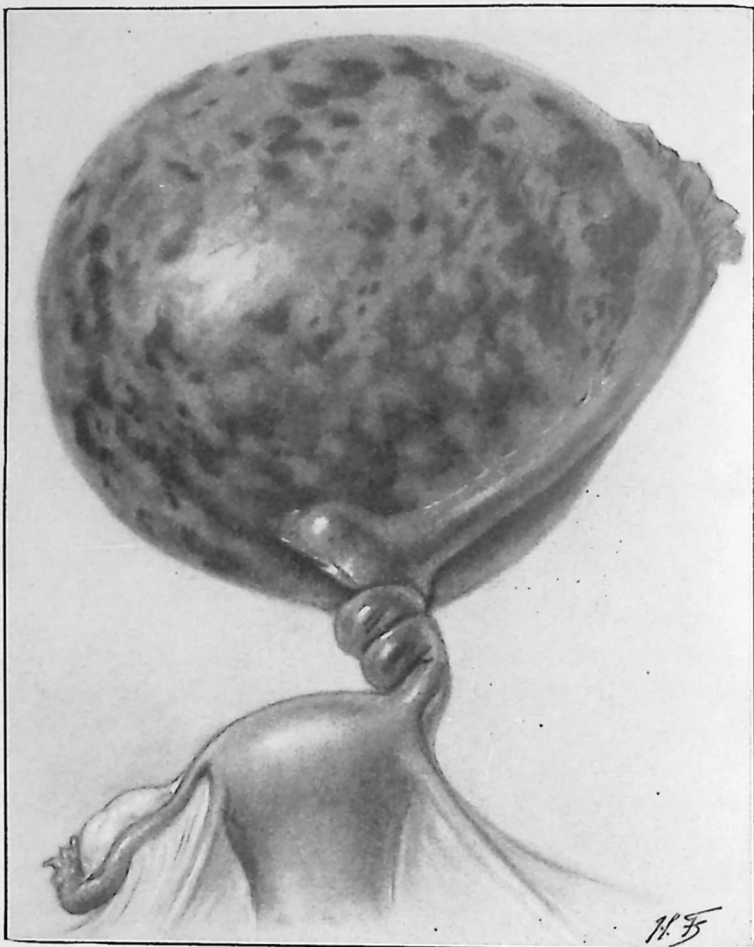


Fig. 211. — Torsion pédiculaire à forme pseudo-occlusive d'un kyste de l'ovaire.

on trouve un utérus volumineux, encadré, à droite et en arrière, d'une masse empâtée; dans le cul-de-sac droit, on ne perçoit en aucune façon le pôle inférieur de la tumeur abdominale. L'examen est, d'ailleurs, notablement gêné par la douleur qui persiste et que la pression exagère. Lejars opère, trouve un gros kyste de l'ovaire, haut situé dans le flanc gauche : il est noirâtre, manifestement rempli de sang, qui, ponctionné, laisse s'écouler un litre et demi de liquide hématique, mais n'en est pas encore

affaissé pour cela. Il faut le débarrasser de nombreux caillots de sang. *Son pédicule est tordu trois fois sur lui-même.*

La *forme occlusive* est un peu moins fréquente, mais les exemples ne manquent pas (1). Les signes : vomissements, arrêt des selles et des gaz,



Fig. 212. — Dans la nuit qui précédait l'intervention pour kyste de l'ovaire non douloureux, celui-ci se compliqua de torsion aiguë et de rupture.

sont les signes primordiaux dans ces cas : l'occlusion est le plus souvent paralytique ou spasmodique; elle peut être mécanique par compression, couture adhérente, etc. Il peut ne s'agir le plus souvent, lorsqu'on croit à une occlusion, que d'erreur d'interprétation et de la surestimation de signes qui n'indiquent pas l'occlusion, mais la réaction péritonéale.

(1) Thèse de Bénard, 1898.

Mittelstædt a publié l'observation d'une fillette de neuf ans chez laquelle il intervint pour « une véritable crise d'occlusion intestinale avec arrêt des matières et des gaz ». Tous les diagnostics furent émis, sauf le bon : il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche tordu dans le petit bassin et en voie de gangrène. Caraven a opéré d'un kyste ovarien tordu une fillette de treize ans pour qui trois erreurs de diagnostic avaient été faites : appendicite, colique néphrétique, occlusion intestinale.

Ce sont ces débuts de gangrène qui expliquent le plus souvent les formes péritonitiques avec fièvre, vomissements porracés, facies altéré, paralysie intestinale, vive contracture de la paroi, hyperesthésie cutanée. Faut-il ajouter que rien ne prédispose mieux à la *rupture des kystes* que la torsion, et que le syndrome pariétal sera alors parfaitement réalisé ? Une femme de quarante-quatre ans entre à l'hôpital pour des accidents évoluant depuis huit jours et à allure de péritonite aiguë ; elle meurt quelques heures après son arrivée. L'autopsie montre un kyste dermoïde de l'ovaire droit, tordu de 360° autour de son pédicule, dans le sens des aiguilles d'une montre. En outre, il existait à la face postérieure du kyste une fissure de 3 millimètres. Sur le péritoine pelvien et sur les anses intestinales agglutinées était répandu un enduit épais, jaunâtre, sous lequel la séreuse péritonéale était couleur lie de vin. (Meyer.)

Chez une malade prise de douleur basse, violente, avec anxiété extrême, respiration saccadée, pouls accéléré, facies grippé, sueurs froides, nausées, vomissements, ballonnement, constipation, fièvre ou non, il faudra suspecter la torsion d'un kyste et se souvenir de la menace d'hémorragie, de gangrène, de rupture que les trois exemples précédents aident à préciser.

Un signe capital, c'est la perception de la *tumeur* et, si elle était déjà connue des médecins, l'*augmentation notable*, en délais très rapides, de cette tumeur.

Ce signe me permit de faire aisément le diagnostic dans un cas. Il s'agissait d'une jeune femme que j'avais vue pour un kyste, du volume d'une tête d'enfant, et que je devais opérer huit jours plus tard, « après les règles ». Au moment de mon examen, il n'y avait aucune douleur, aucune complication; mais le kyste était d'une telle mobilité que je crus, pour convaincre la malade de la nécessité de l'intervention chirurgicale, lui faire craindre les accidents de torsion et lui en énumérer les risques : hémorragie, rupture, gangrène, péritonite, etc. La malade me fit appeler quatre jours plus tard, pendant ses règles, à cause d'une douleur brusque suivie de vomissements. Le diagnostic était facile : le kyste avait *doublé de volume*; il était *déplacé, moins mobile, très douloureux*. L'opération montra une torsion très serrée du pédicule d'un kyste de l'ovaire droit

qui, après torsion, était venu à gauche. Le kyste était, comme tous les kystes tordus, ardoisé, noirâtre, plein de liquide hémattique.

Dans un autre cas, croyant opérer un kyste sans complication, je me trouvai en présence d'un kyste tordu et déjà perforé. Ce n'est qu'après que je sus, par la malade et l'infirmière, que, dans la nuit précédant l'opération, la malade avait eu une vive crise de douleurs abdominales (fig. 212).

J'ai opéré une douzaine de kystes tordus : le diagnostic ne m'a pas paru compliqué. Au moins dans mes observations, et dans deux cas, cepen-

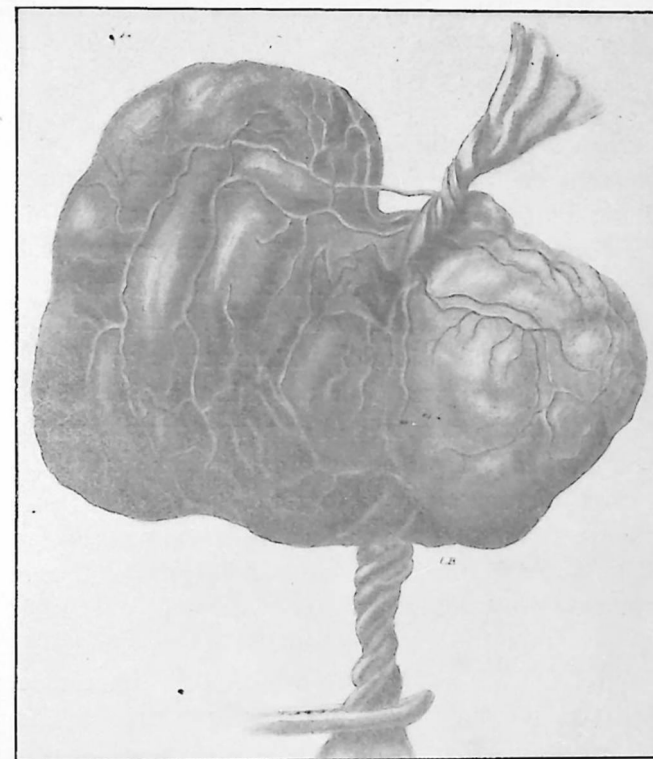


Fig. 213. — Fibrome de l'ovaire avec pédicule tordu. En haut, adhérence épiploïque participant à la torsion (in KELLY).

dant, il y avait déjà fissuration et assez abondant épanchement intrapéritonéal, ce n'était jamais ni le ventre de bois de la péritonite aiguë, ni le ballonnement tympanique et avec péristaltisme de l'occlusion, ni le collapsus de la grossesse ectopique avec inondation. Surtout, j'arrivai toujours à percevoir une tuméfaction arrondie, douloureuse, mate à la percussion. Jamais la contracture et la douleur n'empêchaient absolument cette découverte essentielle. A mon avis, le syndrome qui imite le mieux la torsion du kyste, c'est, avec une gravité déçuplée, l'infarctus mésentérique. Dans les deux cas, il y a des signes pseudo-péritonitiques, pseudo-

occlusifs, hémorragiques, mais il y a, en quelque endroit du ventre, une tuméfaction, mal limitable, mais *mate* à la percussion. La première précaution que je pris, dans cinq observations personnelles, ce fut de pratiquer d'abord le cathétérisme vésical : on aurait dit une rétention d'urine. Deux fois, par contre, je dus reconnaître l'erreur partielle de diagnostic. J'avais dit torsion de kyste : il s'agissait une fois de torsion de tumeur de Krukenberg, une autre fois de torsion d'hydrosalpinx.

Je n'ai jamais vérifié le signe de Brenneman. Celui-ci aurait vu, habituellement, des chiffres de leucocytose très élevés : 50, 60, 80.000 globules blancs !! Je n'ai vu que des chiffres de la plus grande banalité : 12, 15, 16.000. Peut-être chez les enfants, cette leucocytose très élevée est-elle plus courante que chez l'adulte.

Enfin, les signes fournis par le *toucher vaginal* et le *palper combiné* doivent compléter la certitude d'une tumeur. Ne vous attendez pas à trouver régulièrement l'utérus refoulé par le kyste. Il est parfois tout à fait indifférent à la torsion du voisinage. Il n'est pas, comme je l'ai vu, dans la torsion annexielle, nettement attiré du côté de la torsion.

Je ne fais que signaler le signe donné par Mouis, puis par R. Bloch. A l'auscultation et à la palpation de la tumeur, « *souffle systolique* au niveau du pédicule, synchrone à la pulsation artérielle et s'accompagnant d'une ondulation en masse de la tumeur » ; mais, comme dit Bloch, il faut pour cela que les artères seules soient restées perméables et que les veines seules soient écrasées par la torsion.

Chez une opérée, femme d'un grand âge, que nous avons vue, Lejeune et moi, le diagnostic, malgré l'adiposité gênant l'examen, malgré l'intensité des phénomènes intestinaux, put être fait, avec certitude, au second examen. Il est vrai qu'un signe excellent, *le déplacement de la tumeur*, était venu s'ajouter aux symptômes de la première heure : ce n'était plus comme la veille une tumeur médiane, c'était une tumeur iliaque gauche.

J'ajoute que le kyste ovarien tordu peut conserver une *mobilité parfaite*. Moulouquet-Dolérès a pu faire un examen excellent de kyste tordu au cours de la grossesse. Les douleurs étaient violentes « avec cris et manifestations dramatiques », mais le ventre était resté souple : on sentait une masse ronde, très mobile, d'abord dans la région lombaire, où on la prit un instant, pour un gros rein, puis siégeant « partout où on l'amenait ». Elle n'était pas douloureuse au palper ; on sentait à côté d'elle un utérus gravide tout à fait indépendant de la tumeur.

La torsion des kystes se voit chez *la petite fille* (Darcourt, Caraven, Sorrel et Elbius, etc.). Arklay Steel, de Londres, en a réuni 25 observations. Il insiste sur la vraie difficulté du diagnostic et ne propose pas, pour faire celui-ci, de signe bien utile. Leveuf, à la recherche d'un bon signe de différenciation, se demande si la rétention d'urine n'est pas plus fréquente dans la torsion de kyste que dans l'appendicite.

Les risques de la rupture d'un kyste ovarien tordu ne sont pas toujours annoncés par une symptomatologie bruyante. Telle torsion peut sembler subaiguë, qui se compliquera vite ; telle autre peut, pendant plusieurs

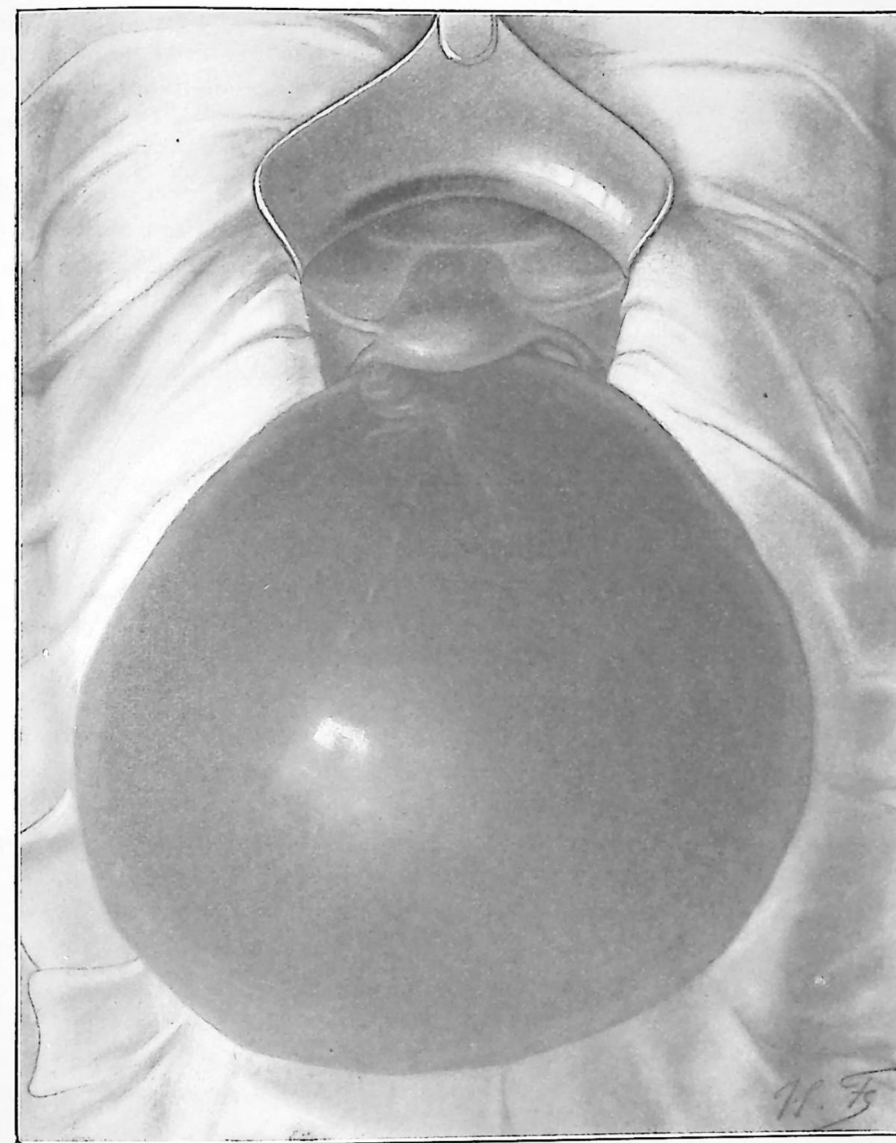


Fig. 214. — Torsion aiguë d'un gros kyste de l'ovaire dont la complication datait de plus d'une semaine.

jours, et après un shock initial impressionnant, faire affreusement souffrir la malade, sans que la gangrène ou la rupture s'ensuive aussitôt.

Séjournet a publié l'observation d'une femme de vingt-cinq ans entrée dans le service de Pozzi pour une douleur abdominale brusque, violente.

A l'examen, on trouva le kyste et on pensa bien à la torsion de son pédicule. Rien ne semblant très menaçant, Séjournet fixa l'opération au lendemain. En arrivant, le lendemain matin, et à son nouvel examen, il eut la surprise de ne plus trouver la tumeur; la malade avait eu, à 2 heures du matin, une nouvelle crise de douleurs, puis tout s'était calmé comme par enchantement. Séjournet pensa à la rupture et opéra. Il trouva une poche kystique aplatie, vide, à pédicule tordu. L'abdomen ne contenait que peu de liquide, comme s'il s'était fait une résorption massive et rapide du liquide épanché.

Au cours de l'intervention, il ne sera pas superflu de bien s'assurer s'il s'agit de kyste ovarien ou de *kyste parovarien*. De ces derniers, Mallet-Guy et Tillier ont étudié les complications: la torsion, quelque invraisemblable que cela paraisse, lorsqu'il s'agit de kystes ordinairement inclus, n'est pas exceptionnelle. Elle peut être aussi à forme hémorragique; elle ne semble pas être d'une cure chirurgicale moins simple que celle des kystes ovariens.

Les tumeurs ovariennes solides tordues sont des plus variées: épithélioma, fibrome, tumeur de Krukenberg. Chez une fillette de treize ans, Polichetti a trouvé un épithélioma primitif, unilatéral avec torsion pédiculaire. Dreyfus a vu, chez une enfant de trois ans, la torsion du pédicule d'une tumeur cancéreuse de l'ovaire. Cet accident aigu fut peut-être une alerte providentielle: la guérison était maintenue six ans plus tard.

## TORSIONS DES FIBROMES UTÉRINS ET AUTRES TUMEURS PELVIENNES (1)

Le mémoire de Piquand et Lemeland reste le meilleur travail sur la torsion des fibro-myomes utérins. Cette torsion peut être ou aiguë ou latente. Elle n'est pas exceptionnelle, certains chirurgiens en ont opéré de nombreux cas. (Latronche.) Je n'en ai vu que des formes latentes ou subaiguës. La torsion peut porter sur le pédicule d'un fibrome sous-séreux (torsion pédiculaire); elle peut, s'il s'agit d'un fibrome interstitiel, porter sur l'utérus lui-même (torsion axiale de l'utérus fibromateux dont il existe une centaine d'observations).

Les signes de la torsion aiguë sont les signes de toute torsion: douleur abdominale violente, vomissements, ballonnement, tachycardie, tendance syncopale, température le plus souvent peu élevée; changement d'attitude de la tumeur.

Suivant que prédomineront la tachycardie et la tendance syncopale ou le ballonnement, on pourra distinguer, comme pour toute torsion abdominale, une *forme hémorragique* et une *forme pseudo-occlusive*.

Inversement, une hémorragie intra-péritonéale due à un fibrome a été quelquefois prise pour une torsion. Chez une fillette de sept ans envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite, Leveuf trouvant, à la palpation, une tumeur arrondie du petit bassin, fit le diagnostic de kyste à pédicule tordu. C'était un épithélioma de l'ovaire dont un lobe s'était détaché et avait provoqué hémorragie et crise douloureuse.

L'intérêt pour le praticien de découvrir tôt et aux premiers signes la torsion débutante est pressant; sinon, l'ischémie, le sphacèle, l'hémorragie par rupture, l'occlusion intestinale feront vite le tableau le plus sombre. Une ancienne observation de Proust concernant une torsion de tumeur solide de l'ovaire est bonne à relire:

« Le 22 avril 1909, le Dr C... venait me prier d'admettre une malade arrivée, disait-il, au dernier degré de cachexie par suite du développement d'une tumeur abdominale. Cette malade fut admise d'urgence dans la

(1) A. Chalier a opéré une femme d'une torsion aiguë de tumeur ovarienne dite de Krukenberg.

soirée du 22 devant l'extrême gravité de son état. Cette femme, tout à fait émaciée, présentait un excessif développement de son abdomen. Le siège mobile de la matité, l'effacement de l'ombilic, la fluctuation superficielle, permettaient d'affirmer la présence d'une ascite considérable, mais, de

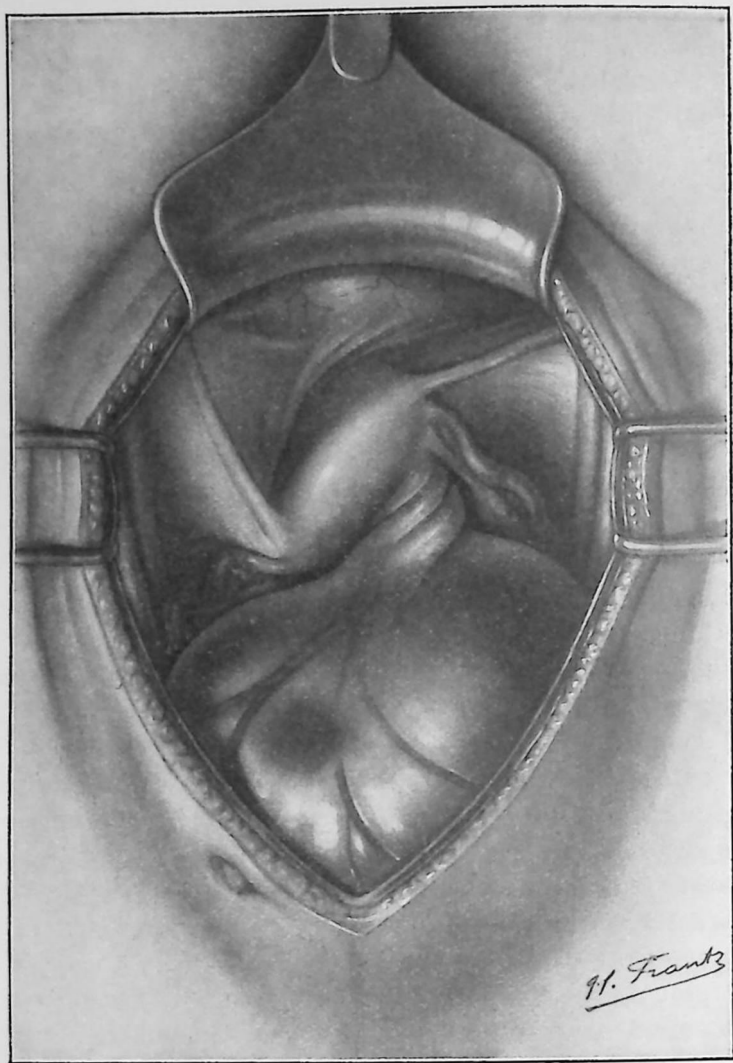


Fig. 215. — Torsion pédiculaire d'un fibrome et ébauche de torsion utérine.

plus, le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale faisait reconnaître, derrière le flot ascitique, l'existence d'une tumeur de consistance dure, siégeant au niveau de la fosse iliaque droite, facile à déplacer, et dont les mouvements semblaient se transmettre incomplètement à l'utérus. En m'appuyant sur ces constatations je portai le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire. L'histoire de la malade, telle qu'elle me la raconta,

pouvait se résumer ainsi : depuis plusieurs années, cette femme souffrait de l'abdomen, principalement à droite; depuis six semaines, ces douleurs étaient devenues excessivement violentes, forçant la malade à s'aliter en même temps que son ventre augmentait énormément de volume. Depuis une dizaine de jours, des vomissements incessants étaient survenus et, dans la nuit de l'admission de la malade à l'hôpital, ils revêtirent un caractère nettement fécaloïde. Dans ces conditions, une intervention s'imposait, je la pratiquai le 23 avril dans la matinée.

« Laparotomie médiane sous-ombilicale; évacuation d'une quantité considérable de liquide ascitique légèrement sanguinolent. Il existe à droite une grosse tumeur solide de l'ovaire de dimensions d'une tête d'adulte et dont le pédicule est tordu. Après détorsion de ce pédicule et pose d'un clamp à son niveau, j'enlève la tumeur dont la partie postérieure est violacée et en imminence de sphacèle. »

D'autres tumeurs solides du pelvis peuvent se manifester par des accidents aigus, subaigus ou suraigus, de torsion: fibrome de l'ovaire, maladie de Krukenberg, sarcome de l'ovaire, etc.

## TORSION ANNEXIELLE

Je limiterai à quelques indications ce que je crois utile au clinicien. La torsion peut être intra-herniaire ou intra-abdominale; je ne retiens que cette dernière; elle peut porter sur des trompes saines ou sur des trompes malades; enfin, j'écarterai les torsions au cours de la gestation et celles des malformées (torsion au cours des imperforations génitales).

C'est Auvray qui, en 1912, a fait « sur la torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux » le mémoire le plus intéressant.

Depuis ce mémoire, les faits nouveaux ont été assez nombreux pour que le doute d'Auvray se trouvât justifié : la rareté de l'accident est seulement apparente ? (L. Michon en a vu 6 cas.)

J'ai vu, en deux ans, six cas de torsion tubaire : trois fois il s'agissait d'annexes saines, deux fois d'annexes pathologiques. Dans les trois derniers cas, le tableau me parut assez suggestif pour m'encourager à penser les trois fois à la torsion, à l'affirmer deux fois, à en localiser exactement le siège deux fois.

Après quelques remarques étiologiques et cliniques, je dirai comment le diagnostic peut être fait, avec confiance, quelquefois.

Regad, en 1932, dans une thèse pleine de faits, a réuni 201 cas de torsion annexielle; avec l'aide de Rouchy, nous avons retrouvé dans la littérature, depuis ce travail lyonnais, 36 observations : 14 volvulus de trompe saine, 9 torsions au cours de la grossesse, 13 observations concernant la torsion d'annexes pathologiques.

Cet accident survient à tout âge : de préférence durant la période d'activité génitale (80 % des cas, dont 24 % environ au cours de la grossesse); ou bien chez les enfants (20 % des cas).

La congestion pelvienne est prédisposante, puisque chez les adultes c'est dans 50 % des cas que la crise éclate pendant la menstruation. Des traumatismes divers (chute, gymnastique, coït) ont été plusieurs fois invoqués avec vraisemblance (1).

(1) Charbonnier et Brandt ont vu un cas net de torsion traumatique; ils ont trouvé cinq exemples comparables au leur (ceux de Cottaloida, Köhler, Darner, Laemmler, Heil).

Dans la *forme aiguë*, le volvulus annexiel, tubaire presque toujours, est bien un syndrome abdomino-pelvien d'une réelle vivacité.

Le début est d'une brutalité qui ne sera pas oubliée de la malade : cette douleur violente, syncopale, accompagnée d'une « angoisse tragique », siège d'abord dans l'une des fosses iliaques, mais avec des irradiations lombaire, vésicale, vulvaire, rectale, crurale, qui en troublent la topographie exacte. La malade, plutôt qu'immobilisée par cette souffrance soudaine, est agitée, cherchant vainement une attitude calmante. Une syncope, parfois des vomissements marquent aussi ce début.

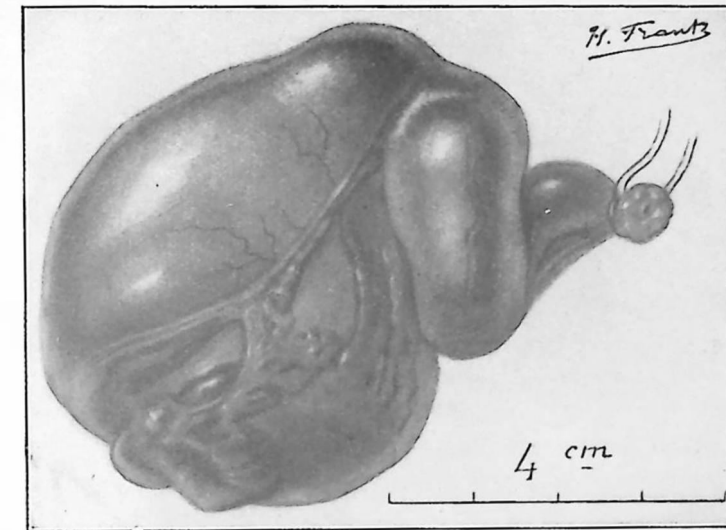


Fig. 216. — Torsion aiguë d'un hydrosalpinx.

Puis viennent des signes de localisation pelvienne plus claire : ténesme, épreinte, rétention d'urine, dyspnée, pollakiurie. Les métrorragies, rouges ou brunes, peuvent ajouter à l'inquiétude de la malade.

Après cette attaque brutale, vient une période de calme relatif; la douleur persiste, mais moins torturante; puis les accès, les paroxysmes, terroriseront de nouveau la malade et lui donneront un aspect angoissé qui frappe dès le début de l'examen.

Le facies peut être pâle, couvert de sueurs. Même avec une température qui fait assez souvent l'heureuse surprise de son caractère normal, le pouls peut être à 110, 120; mais sans autre altération.

L'abdomen peut être tendu, météorisé, tympanique ou presque normal à l'inspection et à la percussion. Il y a de l'hyperesthésie cutanée, la paroi se laisse déprimer par qui s'y emploie sans brusquerie. Il n'y a pas, généralement, de contracture rigide. Seulement une défense assez facile à vaincre.

Par le toucher vaginal, on atteint presque toujours aisément la masse assez importante que fait une trompe en torsion aiguë. Masse latéro-utérine ou prolabée dans le Douglas, ou franchement latérale; ou d'aspect bipolaire mi-douglasienne, mi-iléo-pelvienne.

Je dirai tout à l'heure quelques petits signes complémentaires. Celui dit de Warneck est difficile à percevoir. Un jour où je le croyais sous mes doigts, toutes les autres raisons me dictaient le diagnostic de pyosalpinx avec pelvi-péritonite aiguë.

Si l'on hésite et si l'on attend, avec les précautions d'usage : glace,

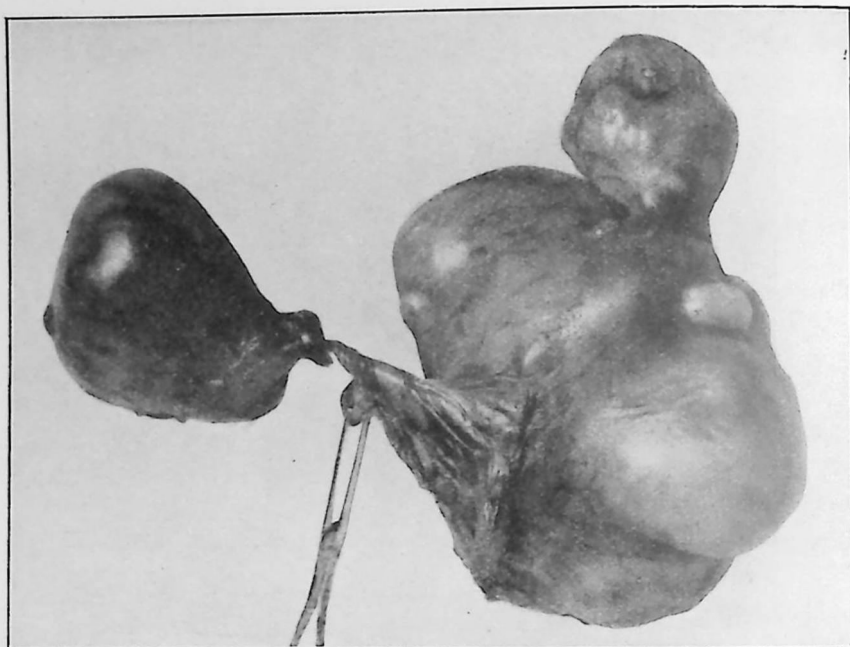


Fig. 217. — Torsion d'une trompe à côté d'un fibrome de l'utérus.

repos absolu, etc., on pourra dans les jours qui viennent assister à la persistance des phénomènes douloureux, à l'augmentation de volume de la tuméfaction, au retour de crises douloureuses paroxystiques, à l'angoisse durable de la malade.

Tel est l'aspect le plus franc des torsions aiguës.

Les formes *subaiguës*, *chroniques*, *lentes* ne nous intéressent pas, dans un livre de diagnostics très urgents, de la même façon. Je rappelle toutefois que ces formes sournoises se peuvent compliquer d'amputation de la trompe.

D'autres formes méritent d'être désignées : *formes fébriles*, *formes avec gros météorisme*, *formes avec métrorragies*, *formes avec hémopéritoine abondant*. Elles feront croire tour à tour aux pelvi-péritonites aiguës, aux

occlusions intestinales, aux accidents abortifs, aux ruptures de grossesse extra-utérine.

La torsion près d'un fibrome, la torsion associée à une appendicite, posent d'autres problèmes.

L'examen de sang montre ordinairement une augmentation du nombre des leucocytes : 17.000, 15.000, 12.000.

L'examen radiographique n'a pas jusqu'ici été très secourable : chez une de nos malades, nous avons obtenu, de Porcher, les renseignements suivants : aplatissement d'avant en arrière de l'ampoule rectale, refoulement externe et postérieur de la terminaison du côlon pelvien, surélévation du sigmoïde; la compression semblant due à une masse bilobée.

Je vais, avec trois exemples personnels, dire comment l'on peut arriver à un diagnostic précis.

Dans un cas je faisais, à cause de la rotondité de la masse latéro-utérine, de la crise douloureuse violente racontée par la malade, du contraste entre un facies anxieux et une température sans grand changement, le diagnostic d'accident mécanique et non infectieux, de torsion sans doute. Je crus à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu : c'était, en réalité, une torsion tubaire.

Dans un autre cas, je trouvais, à côté d'un fibrome, une sorte de tuméfaction iliaque droite, indépendante du fibrome. Il pouvait s'agir d'appendicite avec plastron, car la crise avait été légèrement fébrile et compliquée de vomissements nombreux; il pouvait s'agir d'annexite unilatérale. La possibilité d'isoler peu à peu, au palper, la tuméfaction iliaque de la paroi osseuse pelvienne engageait à écarter l'appendicite. La parfaite unilatéralité des lésions, leur indifférence au traitement vaccinothérapique, à la glace, au repos, faisaient douter de leur nature infectieuse. Je hâtai un peu la date d'intervention en soulevant l'hypothèse de la torsion tubaire. C'était en effet une torsion de trois tours de la trompe, et à celle-ci adhérait assez étroitement un appendice non gravement infecté.

Le troisième cas est plus instructif. Il s'agissait d'une jeune femme pâlie, torturée par une crise de la veille et les accès renouvelés de la douleur pelvienne. Le premier clinicien qui la vit pensa, à cause de la défense iliaque droite et à cause de la tachycardie et des vomissements, à une appendicite. Un deuxième clinicien perçut une masse pelvienne et pensa à une salpingite avec pelvi-péritonite. Huet pensa à un kyste tordu. A cause de la forme de la masse latéro-utérine, non pas sphérique mais oblongue, je pensai à une torsion tubaire. Nous étions arrivés ainsi à une précision peu à peu plus grande. Mais l'intervention devait me donner un double plaisir, celui d'un diagnostic confirmé, et surtout celui d'apprendre quelque chose. Il y avait une latéro-position utérine très nette et, contrairement à ce que la grosse tuméfaction tubaire pouvait faire attendre, c'était du côté de la torsion de la trompe que l'utérus était, par le rac-

courcissement de celle-ci, fortement attiré. Et je retiens ce signe. Il satisfait bien la logique et je l'ai vu à un degré de parfaite réalisation.

Désormais, je chercherai cette *attraction utérine* et je penserai que c'est par une torsion et vers elle qu'elle peut le mieux être réalisée.

### TORSION DES ANNEXES SAINES

Ce sont assez souvent des sujets jeunes : les 4 premiers cas d'Auvray concernaient des jeunes filles de onze, quatorze, dix-neuf ans; parmi les 22 observations réunies par Caraven, 18 fois l'indication est donnée : il y a

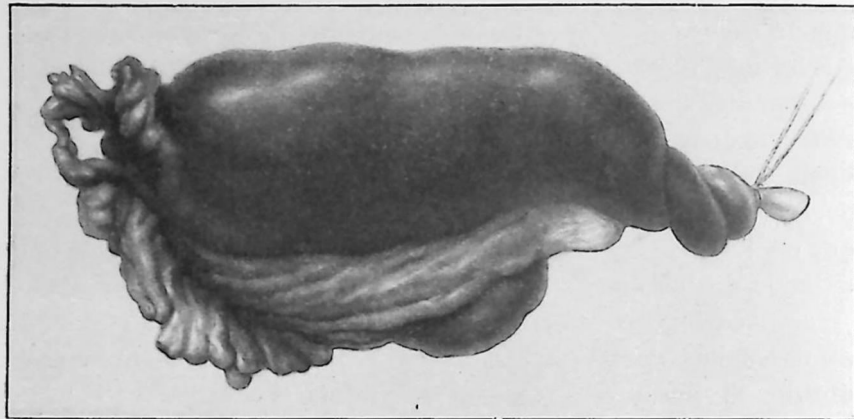


Fig. 218. — Torsion aiguë d'une trompe utérine apparemment saine (LECÈNE.)

12 malades de moins de vingt-deux ans. Downer et Brines, cherchant à être, autant qu'on le peut, assurés de l'intégrité des annexes, avant la torsion, ont rassemblé les cas concernant des vierges et ont réuni 19 observations; mais ils appellent vierges les jeunes filles de moins de seize ans (1). Sur 201 cas de torsions annexielles, Regad trouve 5 % des cas chez les nourrissons et les petits enfants, 16 % des cas chez les enfants de dix à treize ans.

Les organes tordus, que ce soit la trompe seule ou trompe et ovaire (2), forment une masse volumineuse, ordinairement basculée dans le cul-de-sac de Douglas; l'infarctus, l'ischémie, la gangrène sont les stades inévitables.

(1) De plus nombreuses observations de torsion chez l'enfant sont faciles à rassembler : Ricard, A. Martin, Fiolle, Paucot et Meurisse, Moiroud, Sorrel et Oberthur, Barlier, Sénéchal, Hartinger.

(2) La trompe seule (cas de miss Irvy), la trompe et l'ovaire (Auvray, Nigel Stark), l'ovaire (Norris), trompe, ovaire, ligament large (Cassidy).

Les *symptômes* : douleur, vomissements, pouls rapide, contracture, font habituellement penser à l'appendicite. L'épanchement de sang est habituellement de trop peu d'importance pour devenir un signe efficace; cependant, dans le cas de Caraven, il y eut hématocele, cliniquement reconnue; dans le cas de Michel, la ponction du Douglas fut positive; dans le cas de Darner, il y avait 300 centimètres cubes de sang dans le péritoine; dans le cas de Fiolle, il y avait, chez une enfant de onze ans, inondation hémorragique du péritoine. Si le toucher rectal, chez la très petite fille, et le toucher vaginal, chez l'adulte, n'étaient pas omis, quelques diagnostics d'appendicite seraient redressés : la masse pelvienne à parois nettes, à résistance bien enkystée, serait découverte et mieux interprétée.

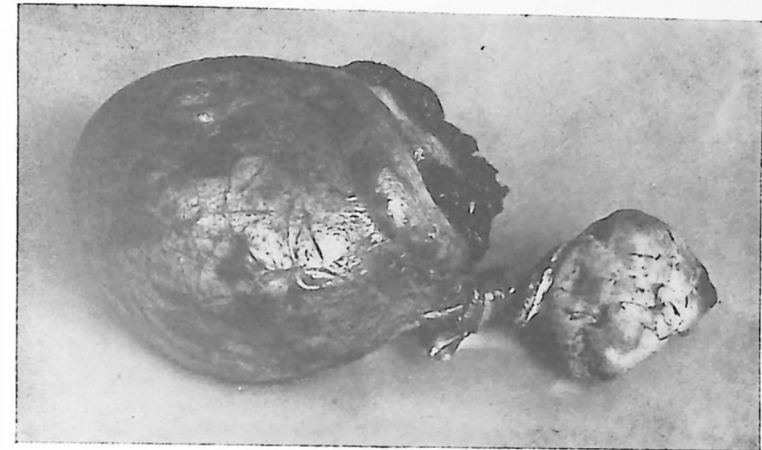


Fig. 219. — La trompe utérine, tordue, au niveau de son pédicule, de plusieurs tours de spire, est le siège d'un volumineux hématome en train de se rompre. L'ovaire est resté indépendant de la torsion. (D'ALLAINES et PAVIE.)

Les erreurs de *diagnostic*, sur 15 fois où celui-ci est mentionné, ont montré à Caraven qu'on avait cru :

- 8 fois à l'appendicite;
- 4 fois à la grossesse;
- 1 fois au kyste tordu;
- 1 fois à la colique néphrétique.

Par contre, lorsque Thirion fit le diagnostic de torsion tubaire, il s'agissait de grossesse extra-utérine. Une erreur difficile à éviter, c'est celle du kyste lutéinique rompu et compliqué de syndrome aigu (Voir fig. 220).

Voici, résumée, une des observations d'Auvray : Une jeune femme de vingt-huit ans entre dans un service de médecine de l'hôpital Broussais, parce que, depuis deux ans, elle souffre « de douleurs intestinales en éclairs », surtout à droite, et que, depuis la veille, la crise a eu tout à coup une violence inaccoutumée. Cette crise est survenue pendant les règles,

mais la malade ne la rattache pas aux phénomènes menstruels. Les douleurs sont devenues intolérables, la malade crie pendant une nuit entière. Pas de vomissement, mais constipation absolue. Température, 39°. Le toucher vaginal est impossible (hymen). Le médecin et le chirurgien pensent à une appendicite aiguë. Mais, à l'intervention, on trouve, dans le bassin, une tumeur du volume d'une mandarine, de coloration ardoisée:

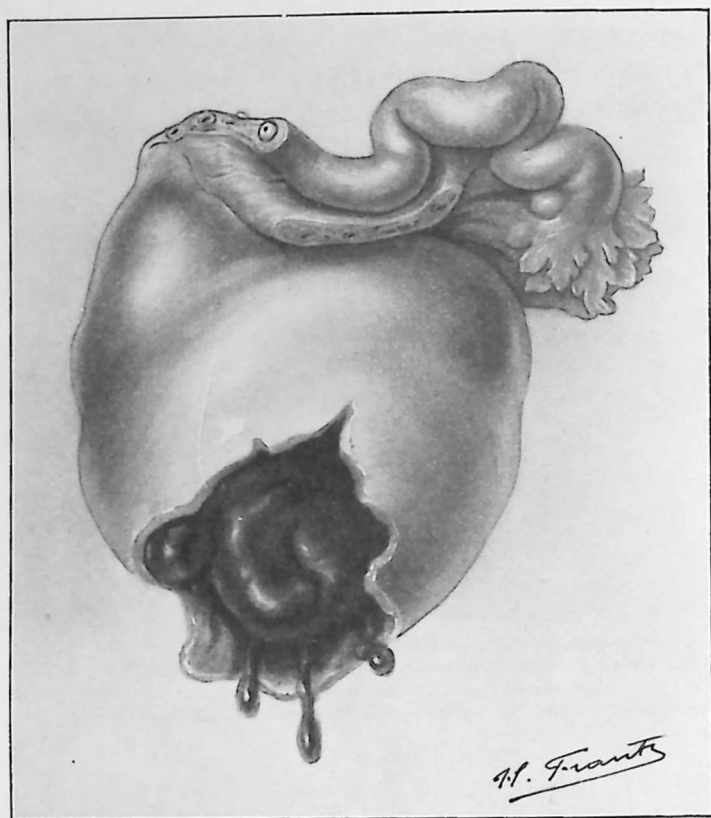


Fig. 220. — Rupture d'un kyste lutéinique de l'ovaire, ayant donné lieu à une inondation péritonéale.

c'est la trompe tordue sur elle-même (deux tours). L'ovaire n'a pas participé à la torsion.

Dans un cas rapporté en 1911 par Adams et Cassidy, il s'agissait d'une fillette de onze ans. C'était une crise grave; l'enfant paraissait très mal; les douleurs, la contracture hypogastrique étaient extrêmes, mais on sentait, dans le cul-de-sac de Douglas, une masse douloureuse, à gauche de la ligne médiane. Trompe, ligament large, ligaments ronds étaient tordus par plusieurs tours très serrés, dans le sens des aiguilles d'une montre, et tout près de leur attache utérine.

## TORSION TUBAIRE ET APPENDICITE

Picot avait apporté, à la Société de Chirurgie, une belle observation qu'il avait pu intituler : torsion de la trompe droite au cours d'une appendicite aiguë. S'il reconnaissait, en effet, la difficulté de désigner, dans l'horaire des lésions, le premier des deux accidents, il laissait voir sa tendance à penser que l'appendicite avait débuté et que la torsion tubaire avait suivi. M. Ricard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, envoya à son tour une observation où les lésions étaient pareillement associées; il évitait, dans le titre qu'il avait choisi, de faire allusion à la chronologie exacte des deux maladies, mais, dans les commentaires qui suivaient son intéressante observation, il tenait, comme Picot, pour un début sur l'appendice. J'ai vu un cas analogue.

Ainsi, à s'en tenir à ces deux faits, particulièrement bien observés, la torsion serrée de la trompe utérine droite a pu paraître une complication d'appendicite aiguë.

La malade de Ricard était une jeune fille de quatorze ans. Comme je l'ai déjà dit, les torsions annexielles, chez les jeunes filles, ne sont pas rares : Smith et Butler, en 1921, avaient trouvé 25 cas de torsion avant la puberté, et Finley, de 1920 à 1931, en trouvait aussi 25 cas. Les plus jeunes malades étaient sans doute celles de Hartinger : fillettes de six semaines, huit semaines, trois mois. Ce dernier, remarquons-le en passant, pratiqua, chez la seconde fillette, le traitement conservateur (après détorsion, remise en place des annexes) dont Sorrel se demandait récemment, devant la Société de Chirurgie, s'il ne serait pas assez souvent préférable à l'ablation.

Sur la question de la concomitance, appendicite et torsion annexielle, les documents, bien que peu nombreux, doivent être triés soigneusement; si, dans quelques observations (1), en effet, des lésions appendiculaires sont signalées, elles ne dépassent guère en gravité celles que l'on est si souvent exposé à rencontrer, au cours de toute intervention abdominale, lorsqu'on la termine par l'ablation, de parti pris, de l'appendice. Combien de fois les signes d'altération sur celui-ci apparaissent-ils importants, et eussent-ils justifié, amplement, à eux seuls, une laparotomie pratiquée pour une autre raison ?

Mais les observations de Picot et de Ricard sont bien celles d'appendicite aiguë franche et de torsion tubaire coexistantes.

Quant à savoir le point de départ des accidents, s'il y a un lien direct entre l'un et l'autre, s'il n'y a pas que coïncidence, si leur observation

(1) Scheid, Lamballe, De Rouville, J. Schwartz, Fleury d'Aranjo, Eunike, Fiolle, Munroë (2 cas), Cohen, Bourde, Heinz, Thorek, etc.

enfin peut renseigner sans erreur sur leur ancienneté respective, c'est difficile.

En faveur de l'appendicite initiale, il y a la prédominance considérable des atteintes des annexes du côté droit. Sur 19 observations bien étudiées par Downer et Brines, dans presque tous les cas, c'est la trompe droite qui est tordue. La proximité d'un appendice enflammé ou quelque bride

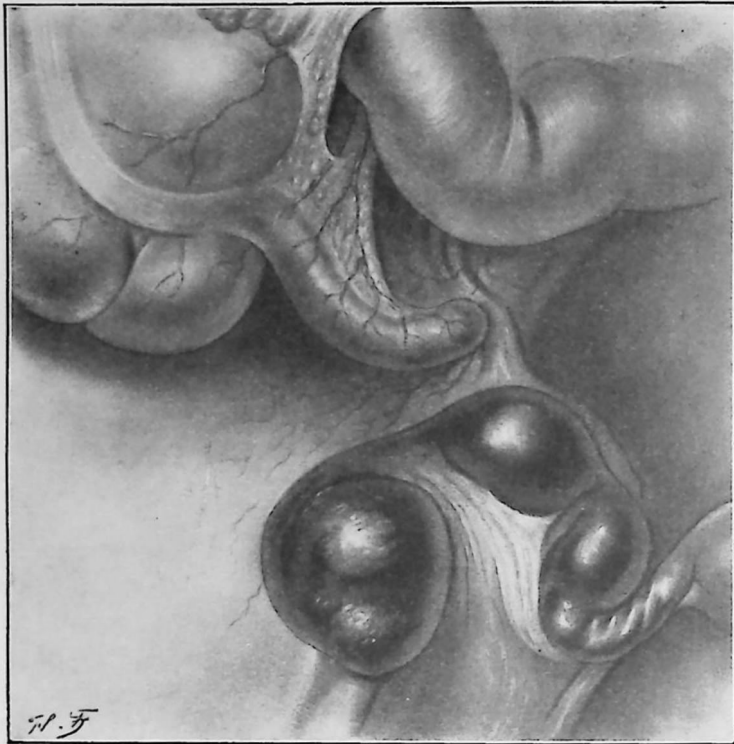


Fig. 221. — Appendicite et torsion tubaire associées. (THOREK.)

due à cette inflammation peuvent-elles aider à la fois à la congestion tubaire et au volvulus ? C'est bien possible; mais cette prédominance à droite est-elle aussi frappante que les chiffres le font croire ? Ou bien, à cause de la crainte d'appendicite grave, la vérification opératoire est-elle plus sûrement réalisée pour tout syndrome douloureux du côté droit ? Quelques torsions du côté gauche, non compliquées d'infarctus gangréneux, n'ont-elles pas pu passer inaperçues ?

En faveur du début par la torsion annexielle, il faut peut-être retenir les cas où l'examen histologique de l'appendicite concomitante n'ont montré de lésions que de la tunique externe (lésion péri-appendiculaire avec gros épaissement du revêtement péritonéal, dans le cas de Smith et

Butler, séreuse appendiculaire considérablement congestionnée dans le cas de Morris Cohen).

Mais ce n'est pas cette recherche de la lésion responsable qui me semble le point le plus intéressant : on y pourrait continuer, assez longtemps et sans grand profit, le balancement des hypothèses opposées.

Ce qui intéresse davantage l'opérateur, à mon sens, c'est qu'il sache rapidement lire dans le ventre, que l'appendice, même enflammé, n'est pas le seul responsable des troubles observés; il doit, résolument et minutieusement, ainsi que l'a fait Ricard, qui ne s'en est pas tenu à un examen aveugle à bout de doigt, chercher ailleurs l'explication ou de l'épanchement séro-hématique (Picot, Ricard), ou de la tuméfaction pelvienne perçue au toucher rectal (Barbier), ou des douleurs particulièrement violentes, etc.

Sur cinq cas de torsion annexielle que j'ai vus, deux fois l'appendice avait avec la trompe impliquée des rapports d'étroite adhérence.

#### TORSION DES ANNEXES MALADES

Il est probable que les lésions observées ont été quelquefois secondaires à la torsion et que des cas étiquetés torsion de salpingo-ovarites ont été des hématosalpinx par volvulus. Mais les hydrosalpinx, les hématosalpinx, les pyosalpinx, les abcès froids tubaires, les salpingites hypertrophiques, etc., toutes ces lésions tubaires ont été vues, tour à tour, compliquées de torsion aiguë.

Si la torsion tubaire de trompe saine a été le plus souvent confondue avec l'appendicite et la grossesse extra-utérine, je vais, comme exemple de *torsion de salpingite* (1), et pour montrer un autre aspect du problème clinique, un autre risque d'erreur, choisir une ancienne observation de Delbet qui pensa, à cause des vomissements nauséabonds et de l'arrêt des gaz, à une occlusion intestinale. Les erreurs les plus habituelles (appendicite, grossesse extra-utérine, occlusion) montrent assez que, comme pour toutes torsions, on pourrait décrire des formes imitant les péritonites, les hémorragies internes, l'iléus.

Une femme de trente-neuf ans est prise, pendant une promenade, d'une vive douleur dans la fosse iliaque gauche. Sous l'influence de cette douleur syncopale, elle tombe et ne peut se relever. On la ramasse et on la transporte à la Charité. Pendant le trajet, elle est prise de vomissements qui continuent, pendant toute la nuit et toute la journée du lendemain. Delbet la voit vers midi. Les vomissements se sont reproduits une vingtaine de fois; ils n'ont pas le caractère fécaloïde. La malade n'a rendu ni

(1) Cathelin, en 1901, avait déjà réuni 41 cas de torsions d'hydrosalpinx.

matières, ni gaz, par l'anus; le facies est rouge, le pouls assez plein, bien qu'un peu rapide, la température normale; l'abdomen est plutôt rétracté que ballonné. Les douleurs spontanées ont toujours pour siège la région iliaque gauche; la palpation, particulièrement dans cette région, les augmente à un tel point que tout examen sérieux est impossible. Les symptômes d'occlusion paraissent nets : absence de selles et de gaz, vomissements. Comme le début avait été brutal, Delbet pense à un étranglement

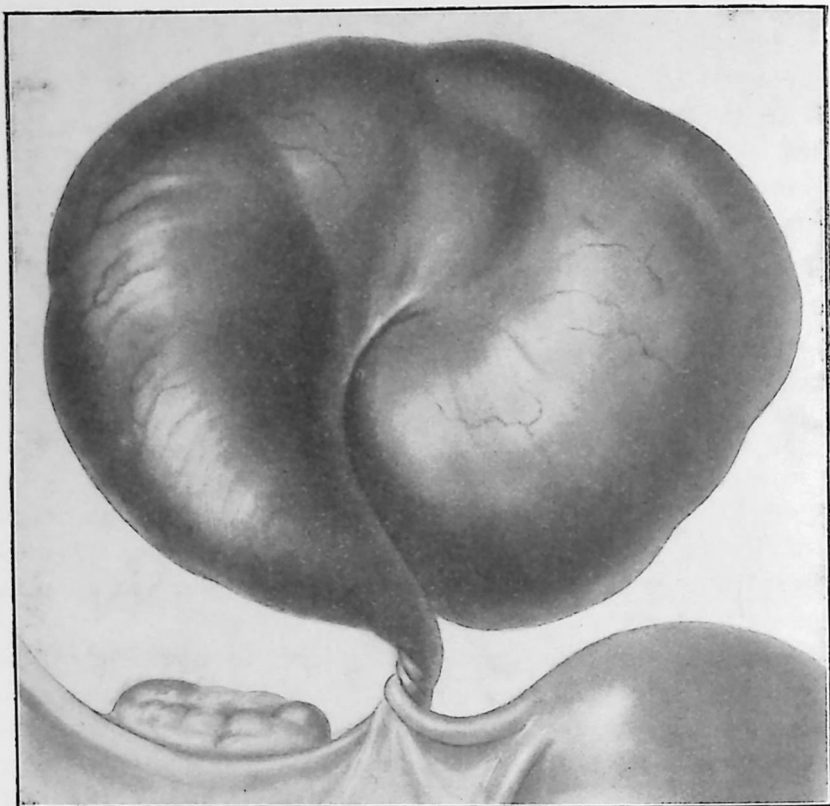


Fig. 222. — Torsion aiguë d'une trompe utérine atteinte de salpingite; tableau clinique de l'occlusion intestinale (fig. de SEGUIN, in KELLY).

par bride ou à un volvulus. La laparotomie est immédiatement pratiquée. Le péritoine ouvert, la main est glissée dans la fosse iliaque gauche, puis dans le petit bassin; on y découvre une tumeur absolument noire et formée de deux parties adossées, à peu près comme le serait une anse intestinale dont les deux bouts adhèreraient l'un à l'autre par leur bord mésentérique. Le pédicule est très mince, du volume du petit doigt, et l'on y voit nettement des replis en volute qui indiquent une torsion évidente. C'était une grosse trompe remplie de sang et pliée en haut, à pédicule grêle auquel on fit faire trois demi-tours.

Les torsions de pyosalpinx ne sont pas rares; elles accélèrent l'évolution vers la perforation.

Les lésions tuberculeuses peuvent, aussi, se compliquer de ces accidents aigus. Dans l'observation de Chastenet de Géry et Lacroix, il y avait torsion bilatérale, volvulus des deux trompes, volvulus en sens inverse l'un de l'autre; il s'agissait de trompes tuberculeuses.

Comme Cathelin l'a bien montré, il y a trente ans, le type clinique le plus commun, c'est la torsion brusque, aiguë, celle que j'ai décrite en tête de ce chapitre et que je ne reprendrai qu'en peu de lignes.

La douleur est souvent horrible, syncopale; « la scène prend un caractère effrayant et dramatique ». (Legueu.) Les douleurs irradiées dans les jambes, en bas de la colonne vertébrale, sont fréquentes. Les vomissements sont irréguliers et ne semblent pas avoir été du tableau de la majorité des cas. Les métrorragies ont été signalées dans un cinquième des observations. Enfin, les signes intestinaux ont été plusieurs fois assez débordants pour que des chirurgiens comme Delbet, Gosset, aient pu penser à une occlusion.

Les signes généraux : pouls, température, facies, peuvent être bons. Quant aux signes physiques, ils devraient faire le diagnostic, mais ils ne sont pas toujours faciles à recueillir, même si la tuméfaction est devenue abdominale et se place nettement au-dessus du détroit supérieur.

Warneck, dans trois cas, avait senti, par le toucher et le palper combinés, les tours de spire d'un cordon qui, lorsqu'on soulevait la tumeur vers l'abdomen, devenait plus tendu. On peut dire de ce « signe de Warneck » ce qu'en disait Hartmann : « Ces finesses de toucher laissent rêveur. »

Le plus souvent, si la malade n'est pas une pusillanime décourageante, le toucher et le palper combinés permettent d'atteindre une tuméfaction de volume surprenant, d'enkystement bien perceptible, de rénitence nette, de tension exceptionnelle mais non compliquée de péri-annexite. On peut penser à la torsion, puisque les signes de l'infection sont absents. Il faut alors, et j'ai donné un exemple personnel, bien étudier les contours de la tuméfaction. Si elle est parfaitement ronde, sphérique, très volumineuse, presque médiane, c'est un kyste. Si elle est ovoïde, d'aspect bilobé, latéro ou rétro-utérine, c'est une trompe tordue. Ces diagnostics différentiels ne sont pas d'une difficulté telle qu'on les doive considérer comme théoriques. Ils doivent, au contraire, entrer dans les controverses de la gynécologie chirurgicale courante.

Dans mon service, à l'hôpital Bichat, nous avons vu, en deux ans, six cas de torsion tubaire. J'ai eu le plaisir de voir le dernier cas exactement diagnostiqué par l'interne Courvoisier.

## QUELQUES COMPLICATIONS INFECTIEUSES DES TUMEURS ABDOMINALES

Ces complications sont bien connues et elles n'ont pas souvent la marche rapide des syndromes catastrophiques que j'ai plus particulièrement en vue dans ce livre; aussi je n'en citerai qu'un petit nombre.

### KYSTES INFECTÉS

Le kyste était connu ou inconnu de la malade, de son médecin. Viennent des signes vifs : douleurs, fièvre, insomnie, quelquefois plus vifs encore : réaction péritonéale, météorisme, occlusion parétique. Le kyste sera découvert au cours d'un examen approfondi rendu plus nécessaire par cet épisode inquiétant. Mais le lien entre le kyste et les signes nouveaux sera-t-il aperçu ? Dira-t-on kyste infecté ? ou ne dira-t-on pas kyste et grippe ! kyste et colite ! kyste et appendicite ! etc., etc.

J'ai opéré, d'un kyste ovarien infecté par *colibacille*, une jeune malade que l'on avait crue atteinte de péritonite tuberculeuse. J'ai opéré une autre malade de kyste ovarien infecté aussi par *colibacille*; l'anémie infectieuse avait fait descendre à 1.800.000 le nombre de ses globules rouges et l'apparence de cette malade était celle d'une malade atteinte de tumeur maligne. Mais le chiffre de la leucocytose et la parfaite rotondité de la tumeur faisaient faire le diagnostic de kyste infecté. Elle avait, avant l'opération, 1.860.000 globules rouges, 28.000 globules blancs; cinq jours après l'intervention, elle avait 2.400.000 globules rouges, 9.000 globules blancs; quinze jours après l'intervention, les chiffres étaient les suivants : 3.230.000 globules rouges, 5.200 globules blancs. Les polynucléaires, dans ces trois examens, étaient passés de 86 % à 63 % et 48 %.

Je prendrai l'exemple le plus simple, celui du kyste de l'ovaire et de deux de ses complications infectieuses : a) suppuration typhique; b) suppuration après infection pulmonaire.

a) SUPPURATIONS TYPHIQUES ET PARATYPHIQUES DES KYSTES DE L'OVAIRE. — A la suite de l'observation personnelle d'une malade vue avec Marsset et qui m'avait montré l'infection paratyphique sévère

et difficilement reconnue d'un kyste du ligament large, je demandai à Dupuidenus de consacrer à ce sujet sa thèse de doctorat. Il a pu réunir 26 observations, avec contrôle bactériologique, de kystes suppurés : 23 à bacille d'Eberth, 3 à bacille paratyphique B. Je ne donne pas mon observation personnelle, car elle a trait à un cas d'évolution subaiguë ne posant jamais le problème urgent des syndromes abdominaux cataclysmiques. Mais l'infection typhique ou paratyphique d'un kyste de l'ovaire, si elle est assez souvent à symptomatologie étouffée et sans drame, peut quelquefois prendre une allure aiguë, suraiguë presque, et faire errer le clinicien. Il me suffira de courts exemples.

La première observation française avec bacille d'Eberth dans le pus du kyste fut celle, je crois, de Widal et Ravaut (en 1892). Walther opéra la malade :

« Femme de trente-quatre ans. Typhoïde. Vers le vingtième jour, la malade accusait des douleurs dans l'abdomen, surtout à droite. Le lendemain, vomissements, ballonnement du ventre, maximum des douleurs. Température pendant trois semaines. Puis reprise des douleurs abdominales. Vomissements.

« Facies abdominal. Nez pincé, yeux excavés, teint plombé; pouls à 130. Ces symptômes inquiétants persistèrent pendant une semaine et disparurent. Le ballonnement, les douleurs diminuent; cinquante jours après l'entrée, état général bon. Alimentation.

« Trois semaines après la défervescence : reprise des douleurs. Température à 38°. Présence d'une tumeur de la fosse iliaque droite. On pense à une appendicite.

« *Laparotomie*. — Kyste de l'ovaire, 1.500 grammes de liquide noirâtre. Ablation du kyste et de la trompe droite. Guérison rapide. Pus : culture pure de bacille typhique. »

Voici l'observation de Tapie :

« Femme de vingt-deux ans. Fièvre typhoïde atypique à la troisième semaine de son évolution. Au cours d'un examen, constatation d'une tumeur ovoïde, médiane, remontant à deux travers de doigt de l'ombilic. Peu douloureuse. Pas de contracture abdominale.

« Toucher : Tumeur indépendante de l'utérus, difficilement mobilisable.

« Température, 39°. Pouls, 180.

« Trois jours après : aggravation de l'état général. Délire. Dyspnée. Facies péritonéal, vomissements.

« Intervention d'urgence : anesthésie locale, kyste de l'ovaire droit remontant jusqu'à l'ombilic. Adhérences nombreuses unissant le grand épiploon au péritoine pariétal. Ponction du kyste : drainage d'un litre de pus épais, laiteux.

« Amélioration de l'état général post-opératoire. Température, 38°,3.

Pouls, 120. Disparition du délire. Chute de la fièvre les jours suivants. Suites : le cinquième jour, le drain ne donne presque plus. Reliquat d'une fistule au niveau du kyste marsupialisé.

« L'examen bactériologique a permis d'isoler un bacille mobile ayant tous les caractères de l'Eberth. »

Si les désordres vont moins vite ou si les circonstances sont troublantes, l'erreur de diagnostic expose à des erreurs de gestes.

La malade de Le Conte :

« Femme de vingt-huit ans, relève de couches (cinquième semaine). Elle présente une fièvre qui, bientôt, atteint 40°. Taches rosées.

« Examen de sang : 2.600 globules blancs. L'on suspecte une infection puerpérale ou une fièvre typhoïde. Réaction de Widal positive. Signes cliniques de dothiéntérie atténuée. Le onzième jour de l'infection, l'on note l'apparition d'une fièvre hectique et la malade accuse bientôt une douleur siégeant au niveau du bas-ventre, avec une sensation de tension abdominale.

« Le toucher met en évidence l'existence d'une tumeur fluctuante, saillant dans le Douglas, l'utérus est plaqué contre la symphyse pubienne.

Colpotomie le trente-septième jour de l'affection : évacuation d'un pus verdâtre, fétide, grumelleux : os, cartilage. Lavages quotidiens. Puis rechute : fièvre hectique en plateau aux environs de 40°, leucocytose à 5.500. Réaction de Widal positive. Trois mois après l'incision, guérison. Quatre mois après, laparotomie et ablation d'un kyste dermoïde gauche, adhérent largement partout aux organes voisins. Eberth dans le pus. »

Enfin, les complications suraiguës peuvent survenir et le diagnostic de péritonite par perforation se justifier : exemple le cas de Richter et Amreich.

« Malade de trente ans. Typhoïde fin décembre 1928. Quinze jours après, apparition d'une fièvre oscillante atteignant 39°. Hémoculture négative.

« Dix jours après : douleurs dans le bas-ventre. Reprise de la fièvre.

« Au toucher, diagnostic de tumeur ovarienne.

« Les jours suivants : température normale le matin, alors que la température vespérale atteint 38°, 39°,5. Douleurs dans le bas-ventre. Leucocytose : 15.700 fin janvier, 17.400 fin février.

« Examen : tumeur débordant la symphyse pubienne de quatre travers de doigt. Utérus en antéversion et antéflexion. Tumeur de volume moyen, latéro-utérine, accolée à l'utérus.

« Le 18 mars : la malade accuse une violente douleur abdominale. Pouls petit. Température à 39°,6. Vomissements. Symptômes de péritonite manifeste le lendemain.

« *Diagnostic* : péritonite libre à la suite d'une infection de tumeur ovarienne.

« *Laparotomie* : exsudat péritonéal, surtout dans la fosse iliaque droite, adhérences; pus dans le Douglas. Kyste de l'ovaire droit perforé, tour de spire du pédicule de 90°. Ablation du kyste.

« Kyste dermoïde. Pus : cholestérine, cellules épithéliales, leucocytes. Bacilles typhiques après culture. »

b) SUPPURATIONS PAR INFECTION D'ORIGINE PULMONAIRE DES KYSTES DE L'OVAIRE. — Parfois, l'épisode pulmonaire est ignoré. Ainsi, dans le cas de Moure et Thouvenin :

« Bod... A., âgée de trente-six ans, est transportée d'urgence à l'Hôtel-Dieu, le samedi 16 mai 1920, à 10 heures du soir (salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Potherat).

« Elle présente un syndrome de péritonite aiguë généralisée.

« Le début a été marqué par une douleur brusque dans le ventre dans la journée du vendredi, vers 4 heures. Ce furent d'abord des douleurs violentes dans tout le ventre, puis des vomissements avec arrêt complet des matières et des gaz, suivi d'un ballonnement rapide de tout l'abdomen.

« A son arrivée, on trouve une femme dyspnéique, présentant une température de 39°; le pouls arythmique bat à 130, la langue est sèche, le facies rouge violacé, les yeux excavés, le nez pincé, les extrémités froides. Le ventre est ballonné, tendu, immobile, contracturé et uniformément douloureux à la moindre pression. A la percussion, après cathétérisme vésical, on note de la matité dans les flancs, matité très franche, très nette, très large, remontant presque jusqu'à l'ombilic sur la ligne médiane et jusqu'aux hypocondres sur les côtés : elle est limitée en haut par une ligne à concavité supérieure, mobile suivant la position de la malade; bref, une matité d'épanchement libre intra-péritonéal.

« Le toucher vaginal et le toucher rectal ne fournissent aucun renseignement. On ne trouve aucun antécédent abdominal chez cette malade : aucun retard, pas de fausse couche, pas de trouble gastrique, hépatique et intestinal.

« On porte le diagnostic de péritonite aiguë généralisée, de cause indéterminée.

« Opération à 10 h. 30 du soir. C'est un kyste suppuré et rompu. Dans le pus, Sézary trouva le pneumo-bacille de Friedlander. »

D'autres fois, « qu'il s'agisse de pneumonie, de broncho-pneumonie, de congestion pulmonaire, il semble que l'infection, partie du poumon, se transmette, par voie sanguine, à la tumeur kystique avec une prédilection particulière, et que cette étiologie puisse être retenue comme un facteur

important de suppuration des kystes de l'ovaire », c'est ce qu'en disent Hussenstein et Vialard, qui ont publié quatre observations, dont celle-ci, recueillie dans le service de Clerc :

« Il s'agit d'une femme entrée à Lariboisière avec le diagnostic de pneumonie. Elle en présente tous les signes : début brutal, température en plateau à 39°, foyer d'hépatisation.

« La défervescence attendue ne se produit pas. La fièvre persiste et l'état général devient de plus en plus mauvais, malgré l'évolution normale du foyer pneumonique. Aucun signe d'épanchement pleural, ni de suppuration pulmonaire et, là encore, c'est au cours d'un examen systématique qu'une tumeur pelvienne arrondie, du volume du poing, douloureuse au toucher, fut découverte : la malade ignorait son existence.

« L'état général était particulièrement grave; avant d'appeler le chirurgien, on fit une hémoculture qui montra la présence de pneumocoque dans le sang. On surseoit à l'intervention. D'ailleurs, des signes méningés apparaissent et la ponction lombaire retire un liquide louche avec pneumocoque abondant. Cette dernière localisation entraîne rapidement la mort.

« L'autopsie est pratiquée et l'on trouve non pas un, mais deux kystes de l'ovaire, l'un et l'autre remplis de pus. L'examen bactériologique y révèle la présence de nombreux pneumocoques. Il s'est donc agi d'une pneumonie avec septicémie pneumococcique; infection secondaire de deux kystes ovariens, et méningite purulente. »

#### MORTIFICATION BRUTALE DE FIBROMES AU COURS DE LA GRIPPE

Rouhier a porté, devant la Société de Chirurgie, des faits intéressants beaucoup le chirurgien et que je peux rattacher, je crois, aux infections kystiques d'origine pulmonaire : autour de fibromes utérins parfaitement tolérés, tout à coup apparaissent des phénomènes abdominaux graves « avec un cortège symptomatique inquiétant », faisant penser à leur torsion ou à leur infection suraiguë. La lésion anatomique était une mortification dont on ne peut, faute d'examen bactériologique, que suspecter l'origine infectieuse à point de départ pulmonaire. Voici, sans autre commentaire, une des observations de Rouhier :

« Chez M<sup>me</sup> C..., âgée de quarante ans, j'ai découvert, presque fortuitement, il y a un an, à l'occasion d'une période menstruelle un peu traînante, un fibrome gros comme le poing, qui n'a donné depuis lors aucun accident : ni pertes, ni douleurs, ni troubles circulatoires appréciables.

« Dans ces conditions, j'ai espéré que cette dame pourrait atteindre

l'âge de la ménopause sans accidents et je lui ai conseillé d'oublier qu'elle avait un fibrome tant qu'il la laisserait si tranquille, et de se borner à me le montrer deux fois par an, pour que je puisse m'assurer qu'il ne prenait pas de proportions trop considérables et ne la menaçait d'aucun danger nouveau. Il en fut ainsi fait jusqu'au mois de janvier dernier. A la fin de janvier, M<sup>me</sup> C... est atteinte de la grippe avec fièvre élevée et congestion pulmonaire assez intense.

« Quelques jours plus tard, le 24 janvier, alors que ses accidents pulmonaires étaient en voie d'amélioration, je suis appelé près d'elle d'urgence parce qu'elle présente des accidents péritonéaux qui ont débuté brutalement, avec un cortège de symptômes dramatiques; violentes douleurs abdominales, vomissements, ballonnement du ventre, reprise de la fièvre et rapidité du pouls, qui est à 140. Localement, le ventre est très douloureux et tendu, impossible à palper, mais le toucher montre, dans le Douglas, une grosse masse arrondie comme un gros utérus rétro-fléchi ou un gros lobe fibreux. Je pense soit à une torsion, soit à des accidents infectieux d'origine annexielle qui, pour ne pas être habituels dans l'évolution des fibromes, ne sont cependant pas absolument exceptionnels, et je fais transporter la malade à la clinique de la rue Blomet, pour la suivre plus facilement. Là, malgré les soins les plus attentifs, l'état péritonéal reste inquiétant pendant deux longues semaines et chaque jour, je puis le dire, je me serais décidé à intervenir si je n'avais été arrêté par la toux persistante et continue de la malade et par son état pulmonaire toujours inquiétant. Au bout de quinze jours enfin, l'état pulmonaire et l'état abdominal s'améliorent de concert; le 18 février, M<sup>me</sup> C... quitte la maison de santé pour rentrer chez elle achever de s'y remettre. A ce moment, on peut facilement l'examiner, le fibrome a beaucoup grossi et présente plusieurs bosselures abdominales sessiles, dont une très douloureuse du côté droit et un lobe saillant dans le Douglas; dans toute son étendue, il est resté un peu douloureux. Le 17 mars, elle entre de nouveau à la clinique, où je l'opère le 19. Il s'agit d'un fibrome cervico-vaginal entièrement mortifié, sans infection péri-utérine ou annexielle. »

Je n'ai vu qu'une fois le sphacèle d'un fibrome interstitiel donner lieu à des phénomènes aussi vifs. Le plus souvent, qu'il y ait sphacèle ou suppuration, les signes sont moins éclatants : simples douleurs au palper de la tumeur, consistance moins ferme de celle-ci, état fébrile plus ou moins aigu, écoulements odorants. Ce sont des cas à symptomatologie d'abord particulièrement estompée qui, soudain, se compliqueront, par ouverture d'abcès ou chute de large escarre, de péritonite suraiguë.

## SYNDROME ABDOMINAL AIGU AU COURS DU PURPURA (1)

### GÉNÉRALITÉS

Dans son mémoire célèbre du *Berliner Klinische Wochenschrift*, Hensch, en 1874, avait parfaitement décrit un syndrome abdominal aigu survenant au cours du purpura : douleurs violentes, vomissements, hémorragies intestinales, tendance à la récurrence.

De même, dans *La Semaine médicale*, dès 1890, et plus tard en 1910, dans la thèse de Lavallée, Hutinel avait bien précisé les divers aspects cliniques du purpura et l'importance des accidents abdominaux. Mais ces accidents n'étaient étudiés que par les médecins, surtout par les pédiatres : par Guinon et Vieillard, par Nobécourt et Tixier, etc.

J'avais retenu, en vue de la seconde édition de mes diagnostics urgents, un excellent article de Hamilton Bailey, dont le titre est suggestif : « Le purpura, urgence abdominale. » Et je voulais, autour de ses recommandations, grouper quelques faits. Sénèque et J. Gosset (*Journal de Chirurgie*, décembre 1932) m'ont devancé. On leur doit l'étude française la plus remarquable : en même temps qu'ils prenaient la peine de la lecture et du rassemblement critique d'un nombre d'observations jamais égalé, ils s'attachaient à montrer, d'un point de vue chirurgical, que, « précédant ou suivant l'éruption purpurique, des douleurs abdominales parfois violentes, accompagnées de vomissements et de selles sanglantes, peuvent simuler l'appendicite, l'invagination ou la péritonite », et que « ces alarmes seraient aisément supportées si de tels troubles évoluaient toujours vers la guérison, mais ce syndrome aigu, qui peut simuler l'appendicite, l'invagination, la péritonite, peut aussi les provoquer ».

Le chirurgien ne doit plus ignorer les accidents abdominaux qui, au cours de purpura, peuvent lui imposer deux conduites différentes : ou, avant le choix habituel de l'abstention, un problème fort difficile et des hésitations; ou, pour appendicite, invagination, perforation intestinale

(1) Depuis la rédaction de ce chapitre, qui est de 1932, bien des observations nouvelles ont été publiées : Zampa, Guérard et Lessard, Montazars, Cassoute, Kuhlmann, Gamstedt, Marx et Boulanger, etc.

compromettant soudainement un purpura dont il n'est plus temps d'espérer avec confiance la guérison spontanée, la décision urgente d'intervenir; ou appendicite, invagination, péritonite simulées; ou appendicite, invagination, péritonite vraies : ces deux possibilités peuvent également troubler le clinicien et, s'il n'est pas instruit des deux faces du problème, le dérouter.

Je n'avais, dans la première édition, parlé de ces faux pas que brièvement, mais j'avais bien averti des douleurs et vomissements venus avant toute lésion cutanée, des crises viscérales indépendantes de tout signe cutané, des remarques de clinique d'Osler, de Fisher et de l'association *purpura* et *invagination*. On nous montre assez fréquentes les erreurs; je crois donc devoir leur consacrer ce court chapitre, dont le mémoire d'H. Bailey et celui de Sénèque et Gosset sont les meilleures sources et dont une observation, recueillie, il y a quelques semaines, dans mon service de Bichat, sera avec un cas de J.-Ch. Bloch l'ornement inédit.

C'est surtout au cours de purpura rhumatoïde et de ce purpura chronique étudié par P.-E. Weil et Isch-Wall sous le nom d'hémogénie que le syndrome abdominal a été signalé. Mais il peut survenir dans des cas avec modifications sanguines de l'hémogénie (prolongation du temps de saignement, coagulation en temps normal, irrétractibilité du caillot, absence, ou presque, des hémato blastses), dans des cas sans manifestations cutanées et dans des cas où manquent le signe du lacet (petites diffusions sanguines à l'avant-bras, provoquées par un lien circulaire au bras) et le signe de la piqûre (halo hémorragique autour du point de pénétration de l'aiguille, le lendemain).

Un seul mot d'anatomie pathologique et le clinicien n'oubliera plus à quelles difficultés il sera exposé : les petites hémorragies intra-abdominales qui suivent ou peuvent précéder l'éruption cutanée ou exister en dehors de celle-ci sont généralement de simples taches éparses. Mais leur confluence peut les grouper en hématome : celui-ci peut être plus ou moins important, quelquefois assez lourd pour constituer une sorte de corps étranger, une tumeur, une tête d'invagination, quelquefois assez compressif pour se compliquer de nécrose et de perforation intestinale; que ces lésions prédominent sur la terminaison de l'iléon, dans la fosse iliaque droite, la ressemblance avec l'appendicite ou les perforations de celle-ci sont réalisées.

Sur les 145 observations réunies par Sénèque et J. Gosset, 99 malades avaient moins de vingt ans, 101 malades étaient du sexe masculin. C'est une maladie de l'enfance (peu de nourrissons), de l'adolescence et une fois sur trois des garçons. Le malade que j'ai observé avait 28 ans.

## ÉTUDE CLINIQUE

Les symptômes sont au nombre de trois : *douleurs, vomissements, melæna*; deux fois sur trois l'éruption purpurique les a précédés, une fois sur trois elle les suit. Ce n'est même pas une fois sur dix que l'éruption faisait défaut alors que les taches péritonéales et péri-intestinales étaient découvertes par laparotomie.

Les types cliniques sont divers. A la classification commode mais schématique de Sénèque et J. Gosset, j'ajouterai une ligne :

- 1° *Syndrome abdominal douloureux typique*;
- 2° *Syndrome abdominal purpurique, type appendiculaire*;
- 3° *Syndrome abdominal purpurique et invagination intestinale*;
- 4° *Syndrome abdominal purpurique et perforation intestinale*.

Au risque de paraître me répéter, je me permets d'ajouter à cette liste des erreurs possibles celle de méconnaître un *ulcère saignant du diverticule de Meckel*.

a) SYNDROME ABDOMINAL DOULOUREUX TYPIQUE. — Le cas le plus clair est celui-ci : chez un adolescent, un garçon, surviennent des douleurs articulaires avec léger gonflement, puis une éruption purpurique, au pli du coude, à l'aîne, au creux poplité. Le médecin dit purpura rhumatoïde : puis, brusquement, douleurs abdominales intenses, agitant ou figeant le malade, vomissements alimentaires et bilieux et porracés, enfin, par l'anus, des glaires sanguinolentes ou un melæna plus ou moins copieux.

Une des premières observations de Henoeh est un exemple tout indiqué :

« Une jeune fille de onze ans, bien portante, sans aucun antécédent pathologique, est prise brusquement de douleurs rhumatismales au niveau des mains et des pieds, sans gonflement; bientôt apparaît une éruption de purpura aux membres inférieurs. La fièvre est modérée; on note de l'anorexie, des vomissements, des coliques; selles solides mêlées de sang, urines normales.

« En cinq semaines, la malade présente trois attaques analogues, la première légèrement fébrile. La malade est vue à cette troisième attaque; on prescrit l'application d'une vessie de glace, l'éruption pâlit.

« Subitement, il se développa des douleurs dans le bras gauche et le coude droit et, la nuit suivante, des coliques des plus terribles, plusieurs vomissements verdâtres, des selles orangées mêlées de coagula sanguins. Le jour suivant, le pouls est régulier, la température normale.

« Le surlendemain, nouvelle selle sanglante, avec pouls irrégulier. Deux

mois après, la malade présente une cinquième attaque plus intense encore. Guérison. »

Assez régulièrement, les signes physiques sont sans netteté : ni contracture vive de réaction péritonéale, ni distension de grand météorisme, ni placard limité de foyer inflammatoire.

Quelquefois, douleur vive au palper (fosse iliaque droite, sous-hépa-

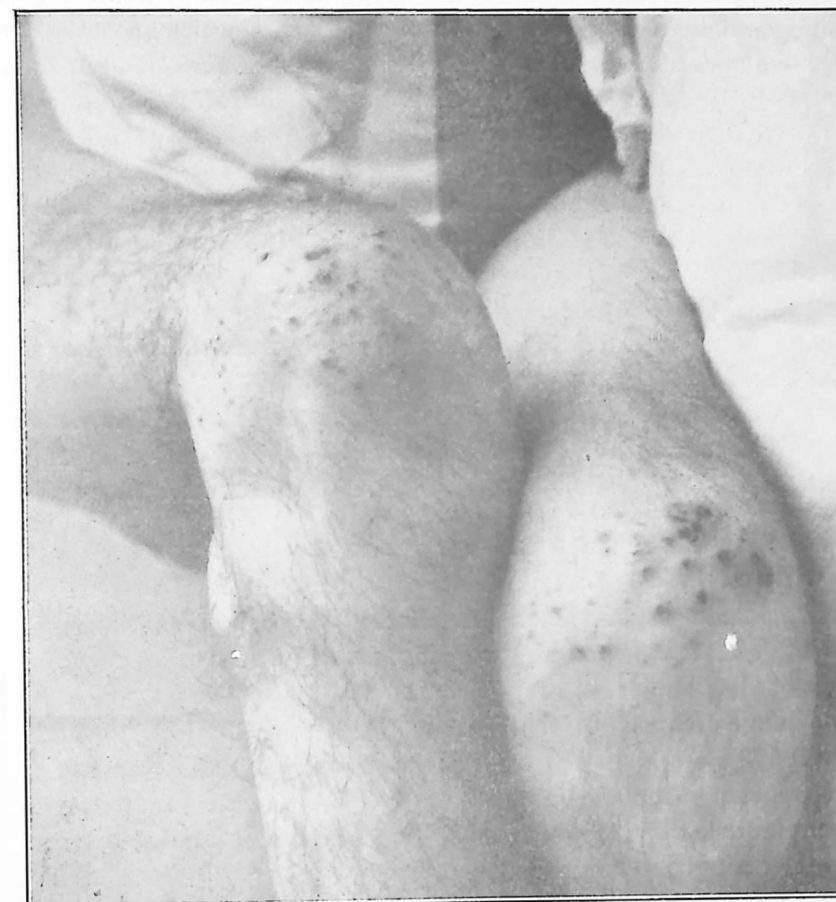


Fig. 223. — Éléments purpuriques visibles au niveau des genoux huit jours après la laparotomie pour syndrome abdominal violemment douloureux. Le jour de l'intervention il n'existait que trois ou quatre macules de chaque côté. (Voir page 1085.)

tique, ombilicale), tuméfaction latérale, tumeur intestinale et, ajoutant à l'incertitude du chirurgien, une contracture nette; « les muscles droits sont contracturés et forment deux cordes de chaque côté de la ligne médiane ». (Observation XIII de la thèse de Martin de Gimard.)

C'est d'une interprétation facile si les douleurs articulaires, les signes cutanés sont déjà là : de même le bon pronostic à porter, de même la

prophétie facile des récidives et des vérifications hématologiques.

« La température est le plus souvent au-dessus de la normale, aux environs de 38°,5 et le pouls bat autour de 100. Sous l'influence de la diète, de la médication opiacée, avec une vessie de glace sur l'abdomen, ces phénomènes vont généralement céder après l'émission d'une selle sanglante. Mais, dans les jours suivants, la récidive est la règle et, après une nouvelle poussée de purpura, le syndrome abdominal douloureux se manifesterà à nouveau. Cinq, six, dix accès sont souvent notés avec une intensité douloureuse souvent croissante, puis tout disparaîtra et la maladie évoluera spontanément vers la guérison. » (Sénèque et J. Gosset.)

Mais une fois sur trois manquent les signes cutanés. Comment, chez ce garçon de dix ou quinze ans, assister sans angoisse à l'explosion de phénomènes abdominaux si violents et ne pas redouter également l'appendicite aiguë, l'invagination aiguë ? Seize fois, d'après le relevé de Sénèque et Gosset, il y eut laparotomie exploratrice, née de cette crainte.

Kuhlmann, chez la fillette de huit ans qui fit, avec un « purpura isolé du péritoine », une forme de pseudo-invagination, a vu un symptôme particulier : la coloration violacée de la vulve avec écoulement muco-sanguinolent.

Certains auteurs ont insisté sur la *leucocytose élevée*. Mais beaucoup d'observations témoignent en sens inverse. Je ne cite que celle de Marx et Boulanger où il y avait même leucopénie, 4.500 globules blancs.

b) SYNDROME ABDOMINAL PAR PURPURA PÉRITONÉAL : TYPE APPENDICULAIRE. — Tout peut être préparé pour la confusion la plus facile : douleurs et contracture localisées, vomissements, tachycardie, pas de signes cutanés visibles ou reconnus de purpura. Les erreurs de Knoflach et de Calmels ne sont-elles pas typiques ?

« Une jeune femme de trente et un ans tombe brusquement malade le 24 avril 1928, à 8 heures du matin; douleur abdominale soudaine dans la région sous-ombilicale, obligeant la malade à rester au lit, arrêt des gaz. Température, 37°,2; pouls, 108; contracture abdominale droite et sensibilité très accentuée en cette région.

« Intervention d'urgence (diagnostic : appendicite aiguë). On constate que l'appendice est libre, tandis que tout le péritoine, tant pariétal que viscéral, est couvert de taches purpuriques : appendicectomie; guérison. Examen histologique : appendicite catarrhale. » (Knoflach.)

Dans l'observation rapportée par Calmels, il s'agissait d'un enfant de quatorze ans pris brusquement de vives douleurs abdominales au point de Mac Burney, avec vomissements. On diagnostique une appendicite aiguë. Intervention immédiate. La laparotomie montre un appendice sain avec piqueté hémorragique sur la séreuse des anses intestinales, et l'attention se reporte alors sur une éruption très discrète de quelques pétéchie, observée quelques jours auparavant au niveau des coudes et des genoux.

Les suites opératoires furent simples, mais, quatre jours après, les douleurs abdominales se reproduisaient. Après plusieurs crises de nouvelles douleurs, accompagnées alors d'éruption purpurique cutanée, la guérison finit par se produire.

Pour 10 des cas résumés par Sénèque et J. Gosset, il y eut intervention pour appendicite. Les suites n'en furent pas moins simples. Et peut-être, comme quelques auteurs inclinent à le penser, certains cas étaient-ils des appendicites véritables, compliquant le purpura, et d'autres cas des appendicites plus vives encore, compliquées de phénomènes purpuriques.



Fig. 224. — Eruption purpurique cutanée survenue le septième jour après la laparotomie qui avait fait découvrir le purpura intestinal.

J'ai suivi, à Bichat, dans mon service, un bel exemple de purpura de l'adulte qui, méconnu le premier jour par le chirurgien appelé, fit croire, à cause de signes abdominaux vifs, à une réaction péritonéale d'origine appendiculaire.

G..., vingt-huit ans, entre le 4 mars 1933 pour des douleurs abdominales violentes situées sur la ligne médiane, comparées à une forte striction, datant de vingt-quatre heures et compliquées de vomissements, de constipation. Aucun trouble de la miction. Tout cela chez un pauvre homme, chômeur depuis trois mois et dans un état de visible misère physiologique. Le pouls est à 130, la température à 37°,3. L'examen du ventre le montre relativement souple. Il n'y a de contracture qu'à droite et elle

est peu marquée. La douleur siège surtout près de la ligne médiane et au niveau de la région vésiculaire.

Il existe un état saburral de la langue, mais plus aucune trace d'une angine que le malade dit avoir eu il y a huit à dix jours.

C'est Hepp, interne en chirurgie, qui fait cet examen : il ne trouve pas grande indication opératoire et hésite; le chirurgien de garde, redoutant une appendicite aiguë à forme toxique, conseille l'intervention. Elle est pratiquée par Hepp qui trouve l'appendice intact, mais voit du sang dans le ventre, fait alors une incision médiane et explore l'étage sus et sous-mésocolique du ventre. Pas d'ulcère perforé, pas de pancréatite hémorragique, mais, à partir de l'angle duodéno-jéjunal, l'intestin est comme congestionné. Il y a des suffusions hémorragiques sur tout l'intestin grêle, un véritable piqueté qui s'arrête à 15 centimètres du cæcum. Nulle part, trace de torsion, de striction, de lésions mésentériques. Sur le côlon transverse des taches isolées, purpuriques : ce sont elles qui font alors faire le diagnostic de purpura. Il y a bien un quart de litre de sang dans le Douglas : on l'éponge et on referme le ventre sans drainage.

C'est après que deux ecchymoses palpébrales, passées inaperçues ou, en tout cas, non interprétées, et que quelques taches maculeuses rouges des deux genoux, ne s'effaçant pas par distension cutanée, taches au nombre de trois ou quatre de chaque côté, purent sembler caractériser la maladie; de même les arthralgies qu'entre son angine et son atteinte abdominale le malade aurait eues.

Les suites ne furent d'abord pas brillantes. L'état général était très médiocre. Asthénie et agitation alternantes; euphorie, hémorragie intestinale, hyperthermie, leucocytose : 25.000. Le 8 mars, on fait une transfusion; le 11 mars, une poussée purpurique avec éléments nombreux sur le dos et sur les membres inférieurs. Le 13 mars, nouvelle hémorragie intestinale. Le 14, pour la première fois, le signe du lacet est positif. Et puis, peu à peu, amélioration; enfin guérison. En cours de route, des examens de laboratoire : hémocultures toujours négatives; le 11 mars, temps de saignement : 7'30"; temps de coagulation : 11'. Le 13 mars, prélèvement de la sérosité d'un phlyctène hémorragique de la jambe gauche : staphylocoque et Friedländer. Prélèvement sur les amygdales : staphylocoque, Friedländer, *Micrococcus catarrhalis*.

Le 14 mars, ensemencement d'une tache purpurique du dos : culture pure de staphylocoque doré. Le 17 mars, leucocytose : 11.000.

Je n'ai vu ce malade que le lendemain matin de son arrivée et de l'intervention. Hepp n'aurait eu, pour faire son diagnostic, que deux petites ecchymoses palpébrales, trois ou quatre macules nécrotiques du genou et peut-être la notion de syndrome rhumatoïde si le malade l'avait mieux renseigné. Mais, plusieurs jours après l'intervention, le syndrome cutané était si fruste et les éléments si croûteux que mon ami Pasteur Vallery-

Radot trouvait ceux-ci peu caractéristiques et insuffisants pour affirmer le purpura. Ce n'est que huit jours après l'acte opératoire qu'apparurent dans le dos (Voir fig. 224) les éléments éloquents.

J'ai placé cette observation dans le groupe des formes pseudo-appendiculaires, mais ni l'appendicite, ni une autre péritonite n'était bien imitée. Il faut donc bien se rappeler le caractère didactique un peu rigoureux de cette classification.

Türkel et Pirker ont publié ensemble deux observations de purpura abdominal à forme appendiculaire. L'un y a vu un exemple typique de purpura abdominal et a éliminé complètement le rôle de l'appendice; l'autre a fait de son cas un exemple de purpura septique à point de départ appendiculaire. Les examens de sang avaient montré une leucocytose modérée et 100.000, dans un cas, 150.000, dans l'autre cas, thrombocytes. Les deux syndromes cliniques étaient semblables.

Kuhlmann a insisté avec raison sur les bons résultats qu'a donnés assez souvent l'appendicectomie. Il se demande si la temporisation offre d'aussi nombreuses chances d'aider le malade à guérir.

c) SYNDROME ABDOMINAL AIGU PURPURIQUE ET INVAGINATION INTESTINALE. — La même triade symptomatique est commune au purpura et à l'invagination aiguë : douleurs, vomissements, selles sanglantes. Faute d'avertissements cutanés ou articulaires, l'erreur est bien menaçante : la tumeur peut être perçue, même s'il n'y a pas invagination (10 fois sur 18); la recherche de la bile, dont j'ai dit ailleurs la valeur diagnostique (Voir le chapitre : *Invagination du nourrisson*), cédera sans doute le pas désormais au lavement baryté : mais si l'invagination est sur le grêle (5 cas déjà connus), il n'y a pas que le problème : est-ce purpura? est-ce invagination? Il y a le problème : est-ce purpura simple? n'est-ce pas invagination compliquant le purpura? Aussi la constatation de signes cutanés ou de tuméfaction articulaire douloureuse ne saurait-elle suffire à écarter le contrôle par le chirurgien et le radiologue.

Quelques autres exemples vont utilement souligner le double risque d'erreur. J'avais, il y a deux ans, fait connaître l'observation de Lett. (Voir le chapitre : *Invagination de la deuxième enfance*.)

« Le premier cas d'invagination au cours du syndrome purpurique est celui rapporté par Comby :

« Un homme de vingt-cinq ans présente un purpura rhumatoïde d'apparence bénin. Brusquement, cinq jours après son admission, il présente des douleurs abdominales, des vomissements, aucun gaz, aucune matière ne sont rendus par l'anus.

« Le surlendemain, les vomissements sont fécaloïdes, le ventre se ballonne, les anses intestinales se dessinent sous la peau. Mort.