

Cuignet où la cavité de Retzius était remplie par un épanchement sanguin ; on ne peut guère être éclairé sur la nature de ces tumeurs que par une ponction exploratrice.

La résorption de ces épanchements sanguins intrapariétaux ou souspariétaux se fait ordinairement en quelques semaines ; mais elle se trouve parfois retardée et l'on voit se constituer des épanchements séro-sanguins qui restent stationnaires ou des hématomes durs simulant des tumeurs pariétales.

Les ruptures traumatiques des muscles de l'abdomen se présentent avec leurs caractères habituels : douleur très vive au moment de la rupture, tuméfaction, ligne de séparation des bouts rompus du muscle.

On peut encore observer une *hernie musculaire* que l'on reconnaît surtout aux modifications imprimées à la tumeur par la contraction volontaire du muscle.

Ce n'est pas tout, l'affaiblissement de la paroi abdominale prédispose à l'issue de l'intestin. — Cette *hernie ventrale*, qu'elle se produise primitivement ou consécutivement, après la formation de la cicatrice, s'annonce par une petite tumeur dont les caractères ne diffèrent pas des caractères ordinaires des hernies.

2^o *Symptômes des lésions viscérales*. — Les *symptômes* auxquels on peut reconnaître une *lésion viscérale* sont, il faut en convenir, bien peu précis.

Du côté de l'intestin, nous avons déjà signalé ces faits relativement nombreux où le bouchon muqueux a suffi à fermer une perforation de peu d'étendue, où des adhérences péritonéales se sont formées à temps pour arrêter l'issue des matières intestinales ; rien ici dans le tableau symptomatique ne se rapporte à la déchirure de l'intestin ; on constate seulement à un degré plus ou moins marqué les signes du choc péritonéal, et ces cas se confondent cliniquement avec la contusion simple.

Lorsqu'il y a primitivement une rupture intestinale permettant un *épanchement immédiat des matières*, on voit bientôt apparaître les symptômes d'une *péritonite par perforation*. Ils sont souvent presque contemporains des phénomènes du début ou les suivent de près. Ce sont des vomissements porracés et bilieux, une douleur irradiée à tout l'abdomen, un ballonnement énorme, l'altération des traits, le refroidissement des extrémités, un pouls petit et fréquent,

enfin un collapsus rapidement mortel. La température reste peu élevée. — L'évolution serait particulièrement rapide dans les ruptures de l'estomac.

Il est exceptionnel dans de telles conditions de voir la péritonite tourner court et les phénomènes s'amender plus ou moins rapidement. On l'observe quelquefois pourtant, lorsque, par exemple, des adhérences sont venues limiter l'épanchement des matières. Assez souvent, dans ce cas, un abcès stercoral se forme et vient s'ouvrir à l'extérieur, établissant ainsi une fistule stercorale qui pourra persister fort longtemps et réclamer l'intervention du chirurgien.

Mais une évolution clinique inverse se rencontre parfois à la suite de *lésions secondaires du tube digestif* : des parties profondément atteintes par le traumatisme ne peuvent recouvrer la vie ; elles se sphacèlent, et c'est au moment de la chute de cette eschare, à une période déjà avancée où l'on pourrait croire n'avoir plus à craindre d'accident grave, que l'on voit évoluer un abcès stercoral suivi de fistule ; dans les mêmes conditions et à la même période, on peut voir éclater la péritonite par perforation, qu'on était loin de prévoir, en raison de l'intégrité presque absolue que présentent parfois les téguments dans des cas de ce genre.

En cas de *contusion grave* ou de *déchirure étendue du foie*, les phénomènes généraux sont toujours très sérieux ; outre les signes d'une grosse hémorragie interne, on pourrait peut-être reconnaître par la matité la présence d'un épanchement sanguin intrapéritonéal plus ou moins abondant. Dans des cas moins graves, on aurait noté quelquefois de la douleur hépatique avec irradiations dans le côté ou le membre supérieur droit. Boyer admettait que l'irradiation scapulaire traduisait les lésions de la face convexe, l'irradiation ombilicale, les lésions de la face concave. L'ictère serait plus rare ; il n'a été observé que 7 fois sur 147 cas.

Si la vésicule ou les gros canaux biliaires sont déchirés, il survient un épanchement de la bile dans le péritoine. La péritonite suraiguë, croyait-on, devait être de règle dans ce cas. Il n'en est rien, ainsi que le prouvent de nombreuses observations. La bile normale est aseptique. Le péritoine tolère bien sa présence. Mais souvent la rupture porte sur une vésicule malade et un liquide altéré. Aussi les épanchements de cette nature s'accompagnent-ils souvent malgré tout des phénomènes les plus graves.

Les caractères qui feront soupçonner une *déchirure de la rate* sont des plus graves, ce seraient : une hémorragie interne abondante pouvant amener la mort, un épanchement sanguin intra-péritonéal considérable, de la douleur dans l'hypochondre gauche. Ces phénomènes précèdent une péritonite généralisée ou les symptômes vagues et mal connus de l'inflammation du parenchyme splénique, *splénite traumatique de Mathon*.

Nous avons déjà vu que des *troubles urinaires* inquiétants pouvaient survenir sans aucune lésion des voies urinaires; mais si le blessé échappe à la commotion générale, à une hémorragie interne grave qui a pu se produire, on peut dans d'autres circonstances observer des signes importants qui ne laisseront aucun doute sur l'existence d'une *lésion des voies urinaires*. S'agit-il du rein? On trouve de la douleur dans la région lombaire, quelquefois irradiée le long de l'uretère et vers la cuisse. L'hématurie n'est pas constante; elle est immédiate ou plus rarement tardive. La rétention d'urine par le fait de caillots qui oblitèrent le col, l'oligurie, l'anurie même, souvent suivies d'une polyurie compensatrice, frappent forcément l'attention.

Le palper bimanuel peut, dans certains cas, faire reconnaître dans la région lombaire : tantôt un empâtement qui emplit toute la fosse et fait corps avec elle : il y a dans ce cas épanchement périrénal; tantôt une tuméfaction arrondie, facile à limiter et quiballotte : c'est une hématonéphrose (Tuffier).

L'ecchymose peut être lombaire, mais on a encore observé une *ecchymose à distance* le long du canal inguinal, *ecchymose secondaire* (Dumesnil, de Rouen); enfin, à plus longue échéance, le tableau clinique devient celui de la périnéphrite et de la néphrite suppurative. Potain a rapporté quelques observations fort curieuses d'hémi-anasarque à la suite de contusions d'un seul rein.

Si le traumatisme a porté sur la *vessie*, on aura de la douleur hypogastrique; les troubles urinaires seront plus marqués encore : absence complète ou diminution de la miction, expulsion pénible de quelques gouttes d'urine sanguinolente; puis apparaissent les signes de l'écoulement de l'urine hors de son réservoir. L'épanchement se fait ordinairement dans le péritoine, rarement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, car la rupture porte presque toujours sur un point tapissé par la séreuse.

Lorsque la rupture s'est faite dans le péritoine, on voit éclater après les deux ou trois jours qui suivent l'accident les signes d'une péritonite aiguë et la mort survient rapidement. — Si la rupture ne s'est pas faite dans le péritoine, il se forme de l'infiltration d'urine; mais ce sont là des signes importants qui rentrent dans l'histoire des ruptures de la vessie; nous n'avons pas voulu les passer sous silence, parce qu'ils sont assez fréquents d'abord, et en second lieu parce qu'ils impriment un cachet particulier à la contusion abdominale qui les produit.

Si tous ces signes se trouvaient réunis par groupes distincts, le diagnostic des lésions viscérales ne serait pas difficile; malheureusement, beaucoup d'entre eux sont irréguliers; il n'y en a pas de pathognomonique, et, perdus qu'ils sont au milieu du tableau inquiétant des signes communs à toutes les contusions abdominales, c'est tout au plus si leur réunion, le siège du traumatisme, les commémoratifs, pourront dans quelques cas rares faire pencher la balance en faveur d'une lésion de tel viscère plutôt que de tel autre.

On voit, d'après la multiplicité des symptômes que nous venons d'indiquer, à quel point il est difficile de tracer dans un tableau d'ensemble la marche clinique d'une affection dont les lésions peuvent être si multiples et si différentes.

Diagnostic. — Malgré tout, en présence des phénomènes nerveux sur lesquels nous avons appelé l'attention, étant donnés les renseignements fournis par le blessé lui-même ou par les personnes qui étaient auprès de lui, il nous paraît bien difficile de commettre une erreur de diagnostic et de méconnaître une *contusion de l'abdomen*.

Quelques points de détails peuvent être discutés en cas de lésions purement pariétales, tels sont l'existence d'une rupture musculaire, le siège d'un épanchement sanguin, le développement d'une hernie traumatique.

Il est généralement difficile, impossible même, de reconnaître une lésion viscérale, au moins pendant quelque temps, et l'incertitude où l'on est obligé de rester est fort préjudiciable au malade.

Nous avons déjà indiqué les signes d'après lesquels on pourra quelquefois reconnaître ou au moins soupçonner des lésions du foie, de la rate ou des organes urinaires. Il serait beaucoup plus important de reconnaître de bonne heure une lésion du tube digestif.

Des vomissements sanglants survenant peu après le traumatisme

feront diagnostiquer une lésion de l'estomac; mais nous savons que celle-ci est très rare.

Le choc nerveux n'est nullement en rapport avec une lésion intestinale et il s'atténue souvent au bout d'un certain temps, alors même que le tube digestif est gravement atteint. Si l'absorption d'une petite quantité de liquide donnait lieu presque aussitôt à un redoublement de coliques, à de l'altération des traits, on pourrait penser qu'il s'agit là, comme dans un cas de Moty, d'une rupture de la partie supérieure de l'intestin grêle, qui laisse passer tout de suite les liquides dans le péritoine. Le ballonnement rapide sans distension des anses par passage des gaz dans la cavité péritonéale est évidemment pathognomonique; mais il manque le plus souvent. Senn a proposé de le faire naître en insufflant de l'hydrogène par le rectum.

La présence du sang dans les selles n'est pas la preuve certaine de la perforation, puisque la muqueuse est atteinte isolément parfois. D'ailleurs les selles sont généralement supprimées.

En somme, il n'est guère possible, on le voit, d'établir le diagnostic de la perforation avant l'apparition de la péritonite aiguë.

Aussi la question de la laparotomie exploratrice s'est-elle posée. Les statistiques de Beck et de Moty y répondent. Dans une série de cas sérieux puisqu'ils sont dus tous à des coups de pied de cheval, il n'y a eu de lésion grave que 1 fois sur 3. Si donc on se laissait entraîner à pratiquer la laparotomie dans tous les cas de contusion abdominale, on risquerait dans les deux tiers des cas une opération inutile et non sans danger, surtout pour des blessés en état de shock.

Pronostic. — De tout ce que nous venons de dire, il résulte que le pronostic est très variable et que le chirurgien doit y apporter la plus grande réserve. Sans doute il n'est pas difficile de qualifier immédiatement les accidents suivant leur gravité primitive, de dire si la contusion est *légère, de moyenne gravité* ou *grave*; mais combien de fois ne serait-on pas exposé à des surprises désagréables du fait des lésions secondaires dont nous avons déjà parlé, si l'on ne laissait entrevoir d'avance la possibilité de pareils accidents, et si l'on n'en tenait compte dans la thérapeutique! Les lésions viscérales existent dans la contusion de l'abdomen dans une proportion de 1 sur 4 (17 sur 71, statistique de Bryant, Guy's Hospital). C'est là un chiffre qui donne beaucoup à réfléchir. Les déchirures de l'estomac

seraient surtout extrêmement graves; celles de l'intestin ne le seraient guère moins, puisque la statistique de Chavasse nous donne 6 guérisons seulement sur 149 cas, soit une mortalité de 96 pour 100. Si nous en croyons la statistique de Mayer, elle ne serait que de 49 pour 100 dans les déchirures du foie; ces lésions comme celles de la rate se cicatrissent assez rapidement; enfin les déchirures de l'épiploon et du mésentère créent encore un danger redoutable, la possibilité de la formation d'un étranglement interne.

Il est utile de dire que la rupture des gros vaisseaux ne laisse que peu ou pas d'espoir.

La mort dans les contusions de l'abdomen est ordinairement rapide: vingt-quatre heures à peine en moyenne. Elle est quelquefois subite, en pleine connaissance. Elle est naturellement plus ou moins éloignée lorsqu'elle arrive à la suite de lésions secondaires, telles que la chute d'une eschare, un étranglement interne, ou même un rétrécissement intestinal, comme on en a cité quelques cas.

Le précepte de l'intervention opératoire comme traitement des contusions de l'abdomen avec lésions viscérales, déjà formulé par Jobert et par Baudens, est aujourd'hui admis. Bouilly en 1885 pratiqua la première laparotomie pour rupture de l'intestin, et Moty, en 1890, obtint le premier succès.

La supériorité des résultats obtenus par les opérations précoces démontre que l'intervention, pour être efficace, doit devancer l'écllosion de la péritonite. Avant l'apparition de cette dernière, la mortalité de la laparotomie est de 20 pour 100, tandis qu'après elle s'élève à 50 pour 100, ce qui s'explique à la fois par l'aggravation de l'état du blessé due à l'infection péritonéale et aux difficultés opératoires plus grandes par suite du météorisme intestinal.

Mais la difficulté du diagnostic non seulement du degré, mais même de l'existence des lésions viscérales, jette une grande incertitude dans la discussion des déterminations thérapeutiques. On peut distinguer trois ordres de faits:

1° L'existence des lésions viscérales s'affirme par la constatation d'une tympanite généralisée ou localisée à la région hépatique, ou, au contraire, d'une matité dans les flancs rapidement survenue et en rapport avec l'existence d'un abondant épanchement sanguin, par la constatation de vomissements sanglants ou de méléna. — L'intervention immédiate s'impose.

2° Cas où les lésions sont probables en raison de la persistance du shok, de la dissociation du pouls et de la température, du hoquet, de l'accélération de la respiration, de l'existence d'une douleur vive, profonde, localisée et persistante en un point de l'abdomen (Michaux), des notions recueillies sur l'intensité et le point d'application et de l'agent vulnérant et la localisation de son action sur une zone restreinte de la paroi (coup de pied de cheval, par exemple). — Le doute est en faveur de l'intervention, qui dans ces cas encore doit être immédiate.

3° Cas où les lésions sont douteuses, les symptômes précédents faisant défaut en totalité ou en partie. — Faut-il, sur le diagnostic de contusion abdominale violente établi par les commémoratifs, pratiquer dans tous les cas la laparotomie exploratrice (Michaux)? — Cette conduite est peu justifiée en raison du nombre considérable des cas qui guérissent spontanément, 212 sur 504, d'après Nimier. Il est plus rationnel de se borner à l'expectation armée, en imposant au malade un repos absolu, la diète et la médication opiacée, qui feraient immédiatement place à la laparotomie aux premiers signes avant-coureurs de la péritonite.

Relativement à l'opération en elle-même, l'incision commencée dans un but d'exploration doit pouvoir être utilisée à un moment donné d'une manière plus complète. On a bien indiqué que les lésions viscérales siègent ordinairement dans le point de la paroi qui a subi le traumatisme (Gaudens), mais en général il faut inciser la paroi abdominale sur la ligne médiane. Cette manière de faire présente de grands avantages; on la choisira donc, à moins que l'on ne possède des notions particulièrement précises sur le lieu et la nature des lésions.

L'abdomen ouvert selon toutes les règles de la chirurgie antiseptique, la première chose à faire est d'explorer la cavité abdominale; cette exploration devra être aussi complète que possible, puisque 15 fois sur 100 les lésions sont multiples. On pourra parfois trouver l'anse lésée immédiatement au-dessous du point frappé. Sinon l'exploration sera méthodique, partant du cæcum, pour suivre dans une direction tout le gros intestin, dans l'autre tout l'intestin grêle.

La lésion découverte, il faudra y remédier, soit immédiatement, soit en opérant pour ainsi dire en deux temps, suivant les préceptes

du professeur Verneuil, et créant d'abord une fistule que l'on fermera plus tard.

II

PLAIES DE L'ABDOMEN

L'intérêt chirurgical des plaies de l'abdomen réside bien plus dans leur *gravité* que dans leur *fréquence*.

La proportion des blessures de l'abdomen observées dans les ambulances n'est pas en effet très considérable; elle ne dépasse pas 3 pour 100 (Otis); mais il faut tenir compte des morts rapides causées par blessures; le dixième des soldats tués sur le champ de bataille serait, au dire du même auteur, atteint de plaies de l'abdomen.

Ce qui fait la gravité des plaies de l'abdomen, c'est la *pénétration*, c'est-à-dire l'extension des lésions jusqu'à l'intérieur de la cavité abdominale.

Les chiffres suivants, empruntés à la statistique de la guerre d'Amérique, en sont une éloquente démonstration: la mortalité, dans les cas de plaies non pénétrantes de l'abdomen, est de 8 pour 100 sur un chiffre de 4821 blessures; elle est de 87 pour 100 sur un total de 5717 plaies pénétrantes.

Une différence aussi accentuée ne saurait être trop mise en lumière; c'est donc à juste titre que l'on a distingué des *plaies non pénétrantes* et des *plaies pénétrantes*.

Par *plaies non pénétrantes*, on entend toute division, toute perte de substance limitée à la paroi abdominale.

Lorsque la solution de continuité intéresse toute l'épaisseur des parois y compris le péritoine, on dit qu'il y a *plaie pénétrante simple de l'abdomen*; lorsqu'un des viscères abdominaux est atteint, on dit qu'il y a *plaie pénétrante viscérale*. La plaie pénétrante est ordinairement à la fois péritonéale et viscérale; exceptionnellement, une plaie viscérale peut exister sans lésion péritonéale concomitante; c'est ce qu'on observe en cas de lésions d'organes incomplètement recouverts par le péritoine: telles sont certaines plaies de la partie antérieure de la vessie distendue, du rein, du cæcum, du côlon ascendant ou descendant. Mais ce sont plutôt des cas particuliers de plaie vésicale, rénale ou intestinale, que des plaies