

SIXIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN.

Sous le nom de *lésions traumatiques*, nous étudierons : 1^o les *contusions* et les *plaies* des parois de l'abdomen et des organes qui y sont contenus ; 2^o les *hernies* ; 3^o l'*occlusion intestinale*.

Sous celui de *lésions inflammatoires*, nous comprendrons les *phlegmons* et les *abcès* de la paroi abdominale, ainsi que les inflammations profondes de la cavité abdominale.

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

ARTICLE PREMIER

CONTUSION DE L'ABDOMEN

La *contusion* ne présente d'important que les lésions profondes qu'elle peut déterminer dans les viscères de la cavité abdominale et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Il n'est pas rare d'observer, à la suite d'une contusion très-violente de la paroi, un épanchement sanguin sous-péritonéal, se montrant plus souvent dans la région lombaire et dans la fosse iliaque, où le péritoine est peu adhérent.

Les viscères profonds peuvent être lésés à la suite de chocs, de chutes et autres violences extérieures. C'est ainsi qu'on a vu des coups violents portés sur la paroi de l'abdomen, amener la rupture du foie et de la rate, sans lésion de la peau. On a vu, dans quelques cas, une roue de voiture passer sur le ventre et écraser l'intestin par pression contre la colonne vertébrale.

Ces accidents sont graves ; il s'épanche du sang dans le péritoine, souvent des substances plus irritantes, telles que les matières intestinales et la bile, et il se développe une péritonite, presque toujours mortelle.

Il faut condamner le malade au repos, attendre, et traiter les complications. En cas d'épanchement sanguin sous-péritonéal, on doit se comporter de même.

ARTICLE DEUXIÈME

PLAIES DE L'ABDOMEN

Les plaies de l'abdomen intéressent seulement la paroi, sans lésion du péritoine, *plaies non pénétrantes*, ou bien elles ont ouvert la cavité péritonéale, *plaies pénétrantes*.

I. — PLAIES NON PÉNÉTRANTES.

Les plaies non pénétrantes de l'abdomen peuvent être produites par divers instruments *piquants*, *tranchants*, *contondants*, et par les *projectiles de guerre*.

Ces plaies présentent les mêmes phénomènes que celles des autres régions. Elles sont sujettes aux mêmes complications. Deux points méritent d'être signalés :

1^o Parmi les complications, il n'est pas rare d'observer la péritonite, surtout à la suite des plaies contuses, qui se compliquent d'abord de phlegmons.

2^o Lorsqu'une de ces plaies avec perte de substance est cicatrisée, la cicatrice présente moins de résistance que la portion de paroi absente, et il n'est pas rare de la voir soulevée par l'intestin sous forme de *hernie ventrale*.

II. — PLAIES PÉNÉTRANTES.

Examen du malade. — Il faut se comporter ici avec la même prudence que dans l'examen des plaies pénétrantes de poitrine ; c'est-à-dire se borner à constater le *siège*, la *forme*, la *direction*, l'*étendue* de la plaie, pratiquer avec ménagements la *palpation* et la *percussion* de l'abdomen, tenir compte des *symptômes généraux*, de ceux qui sont propres à la lésion de tel ou tel viscère ; mais ne *jamais chercher à s'assurer par l'exploration directe si la plaie est pénétrante ou non*.

Il va sans dire que l'issue d'un viscère ou l'écoulement par la plaie de matières fécales, d'urine, de bile, etc., établit d'emblée le diagnostic.

A l'exemple de la plupart des chirurgiens, nous considérerons comme plaies pénétrantes non-seulement celles qui perforent le péritoine, mais

encore toutes celles qui intéressent un viscère non recouvert par la séreuse, comme le rein.

Une plaie par instrument piquant, tranchant, ou par arme à feu, intéresse les parois abdominales; est-elle pénétrante? Dans certains cas, on ne saurait se prononcer sur l'état de la plaie. Quelquefois on peut soupçonner la pénétration, et, souvent même, il est possible de l'affirmer. On doit arriver au diagnostic par des symptômes en dehors de toute exploration chirurgicale, car celle-ci est nuisible. On comprend, en effet, qu'un stilet, qu'une sonde cannelée, introduits dans une piqûre, peuvent détruire des adhérences salutaires qui commencent à se former.

On ne peut se prononcer sur l'état de la plaie si le malade ne présente aucun symptôme particulier; mais on aura le droit de soupçonner une plaie pénétrante, s'il y a syncope, refroidissement des extrémités; si le pouls devient petit, misérable; si le ventre se ballonne; s'il y a des vomissements, et surtout une teinte ictérique du visage.

Enfin, l'issue d'une portion de viscère ou d'épiploon, de matières intestinales, d'urine, de bile, etc., ne permet pas la moindre hésitation.

Il est évident que le doute pourra exister, surtout dans le cas de piqûre; mais les plaies par instruments tranchants n'en laisseront pas subsister, car elles permettent d'établir un diagnostic immédiat.

Traitement.

Lorsqu'on est appelé à traiter une plaie pénétrante abdominale, les efforts doivent tendre à prévenir les complications qui peuvent survenir, et à conjurer celles qui existent au moment de l'accident.

S'il s'agit d'une piqûre, on tiendra le malade au repos, et on le condamnera à l'immobilité; on lui donnera peu d'aliments; on évitera surtout de sonder la plaie. C'est ainsi qu'on éloignera la péritonite, les hémorrhagies, etc.

Si la plaie est faite par un instrument tranchant, on se comportera de même, à moins que l'issue d'un viscère ou un autre accident immédiat ne réclame un traitement particulier. Si la plaie est un peu longue et que les viscères tendent à sortir, on fera une suture qui comprendra la peau et le plan musculaire sous-jacent.

COMPLICATIONS DES PLAIES PÉNÉTRANTES.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen présentent fréquemment des complications.

Celles-ci sont immédiates ou consécutives.

Les complications immédiates sont : la lésion des viscères abdominaux; les épanchements qui se font dans le péritoine; la présence de corps étrangers dans la cavité abdominale; l'issue de l'intestin et de l'épiploon.

Les complications consécutives sont la péritonite et les abcès.

1^o Lésions des viscères abdominaux.

Une plaie pénétrante de l'abdomen est souvent compliquée de blessure des viscères abdominaux. Lorsque ceux-ci sont lésés, il peut s'écouler dans le péritoine, du sang, un liquide de sécrétion ou des matières intestinales. On comprend la gravité de ces complications.

Nous devons dire toutefois qu'on a vu l'abdomen traversé de part en part, le foie et la rate blessés sans qu'il en soit résulté de symptômes sérieux. On a observé la guérison d'un individu dont la rate était sortie de la cavité abdominale par une plaie, et dont le pédicule avait été excisé.

A. *Lésions de l'estomac et des intestins.* — Une piqûre de ces organes peut n'amener aucun accident : 1^o parce que la pointe de l'instrument traverse obliquement la paroi intestinale, et que les matières contenues ne peuvent s'épancher; 2^o parce que, la plaie étant un peu plus grande, il peut arriver que la muqueuse fasse hernie à travers la division des autres tuniques, et qu'elle forme un bouchon obturateur; 3^o parce que la plaie, petite, se trouve en contact avec le péritoine pariétal.

Dans ces trois cas, il se fait une exsudation plastique au niveau de la plaie; il y a une péritonite très-circonscrite, des adhérences s'établissent, et le malade guérit.

Si la plaie est un peu large, il peut s'épancher dans le péritoine, soit du sang, soit des matières intestinales, soit du sang et des matières intestinales en même temps. Nous verrons plus loin quelle est la gravité de ces accidents.

Symptômes et diagnostic. — Il est quelquefois difficile de savoir si le tube digestif a été blessé; mais il n'y aura aucun doute si les symptômes suivants se produisent : sortie, par la plaie, de chyme ou de matières fécaloïdes; vomissements de sang si l'estomac est blessé; selles sanguinolentes, dans les blessures de l'intestin et même dans celles de l'estomac; anxiété, refroidissement des extrémités.

Les auteurs ont donné d'autres symptômes, mais ils nous paraissent appartenir plutôt au début de la péritonite.

Le traitement des plaies de l'estomac et de l'intestin varie selon l'étendue de la solution de continuité.

Quelle que soit la plaie, on condamne le malade au repos le plus absolu, à une abstinence complète. On le privera même de boisson dans les premiers jours, afin d'éviter les accidents d'épanchement et d'hémorrhagie. On commencera à donner de l'eau glacée par petites quantités, lorsqu'on supposera qu'il y a des adhérences au niveau de la blessure.

1^o Si l'intestin blessé est dans la cavité abdominale, quelle que soit la blessure, l'expectation est indiquée. Nous rappelons qu'il est dangereux de se livrer à une exploration quelconque des parties blessées.

2^o Lorsque l'anse intestinale blessée est sortie par la plaie de la paroi

abdominale, la conduite du chirurgien doit varier selon les dimensions de la plaie.

La plaie est-elle petite, de quelques millimètres d'étendue, on suit le précepte de Scarpa, qui recommande de passer un fil dans le mésentère, de réduire l'anse intestinale, et par conséquent la plaie; de fixer, au moyen du fil, la plaie de l'intestin en face de celle de la paroi abdominale, de retirer ce fil au bout de 48 heures; enfin, de traiter l'ouverture de la plaie extérieure comme un anus contre nature.

La plaie dépasse-t-elle un centimètre, il faut faire la *suture* de l'intestin, qu'on réduit ensuite, et, séparément, la suture des parois de l'abdomen.

Pour *faire la suture* de l'intestin, on a eu longtemps recours aux méthodes de l'*affrontement*, de l'*invagination* et de l'*adossement des séreuses*; aujourd'hui, on ne se sert que de cette dernière méthode, qui a été instituée par Jobert.

Cette méthode comprend les procédés de Jobert, de Denans, de Baudens, de Lambert, de M. Gély (de Nantes) et de M. Bouisson (de Montpellier).

On préfère, avec raison, le procédé de M. Gély, *suture en piqué*.

On le pratique de la manière suivante : deux aiguilles étant placées aux extrémités d'un fil ciré, on enfonce chaque aiguille de chaque côté de l'un des angles de la plaie, un peu en dehors de cet angle, et, après un trajet de cinq millimètres, on les fait sortir à la surface séreuse de l'intestin. Alors, on croise les deux moitiés du fil, et l'on fait un nouveau point de suture, en enfonçant les aiguilles dans leurs orifices de sortie, celle de droite, par exemple, dans l'orifice du côté gauche et réciproquement. Quand il y a un nombre de points suffisant, on fait un nœud en terminant, et le fil est coupé au ras de ce nœud.

Lorsque la suture est faite et que les fils sont serrés, la membrane séreuse de l'intestin est adossée à elle-même, et la plaie exactement fermée. Il n'est plus possible d'apercevoir les fils en dehors de l'intestin. Les deux surfaces séreuses adossées exhalent de la lymphe plastique et contractent des adhérences; les fils tombent dans la cavité de l'intestin et se mêlent aux matières intestinales.

B. Lésions du foie. — Le foie peut être piqué, tranché. S'il s'agit d'une plaie contuse et même d'une simple contusion, il peut être déchiré; enfin, les blessures peuvent porter sur l'appareil de la sécrétion biliaire.

Au moment où la blessure vient d'être faite, il est difficile de dire si le foie est lésé; mais, au bout de quelques heures, le visage prend une teinte ictérique, les urines se colorent; puis surviennent la gêne de la respiration, le hoquet et quelquefois une douleur à l'épaule droite. Le plus souvent, d'autres symptômes se montrent ensuite, mais ils appartiennent à la péritonite.

Lorsque les voies biliaires sont divisées, la bile s'épanche dans l'ab-

domen, et cet épanchement détermine presque toujours une péritonite promptement mortelle.

Le *traitement* consiste à combattre l'inflammation consécutive et la péritonite.

C. Lésions de la rate et du pancréas. — Elles sont aussi très-graves, parce qu'elles se compliquent presque toujours de péritonite.

D. Lésions du rein et de la vessie. — Accidents fort graves, donnant lieu à l'épanchement de l'urine, et par conséquent à une péritonite des plus sérieuses. Cependant il peut arriver que le rein soit blessé par la partie postérieure, sans lésion du péritoine. Dans ce cas, la plaie du rein se cicatrise sans accident, ou bien il s'épanche un peu de sang autour du rein, ou encore il se forme un abcès périnéphrétique.

2° Épanchements péritonéaux.

A la suite d'une plaie pénétrante, il peut s'épancher, dans la cavité abdominale, du sang, de la bile, de l'urine et des matières intestinales. Nous n'avons pas à nous occuper du pus, qui peut s'épancher consécutivement, et qui est produit par la péritonite ou la suppuration d'un viscère blessé.

A. Épanchement sanguin. — Cet épanchement résulte de la blessure d'un vaisseau de la paroi abdominale, tel que l'artère épigastrique, d'un vaisseau intra-abdominal ou d'un des vaisseaux qui cheminent dans l'épaisseur des organes.

En général, le sang reste confiné autour de la blessure, et s'épanche en nappe entre la paroi abdominale et les viscères. Si l'hémorragie est abondante, le sang s'accumule dans les flancs, dans les fosses iliaques. Il peut arriver que l'épanchement se fasse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et qu'il soulève la membrane séreuse, comme on le voit dans la rupture d'un anévrysme de l'aorte. On sait que les plus gros vaisseaux sont situés au-devant de la colonne vertébrale, en arrière du péritoine, et que la plaie de cette membrane peut ne pas rester en face de celle du vaisseau.

Symptômes. — Si l'épanchement est peu considérable et lent à se produire, il est difficile de le reconnaître. Il existe un peu de tension et une légère douleur en un point de l'abdomen.

Dans les cas où il est considérable et rapide, on observe tous les symptômes des hémorragies internes : pâleur de la face, faiblesse du pouls, syncope; enfin, tuméfaction du ventre.

Terminaison. — Souvent l'épanchement sanguin amène la péritonite. Dans quelques cas, l'inflammation de la séreuse ne se montre pas, surtout si le sang est infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il peut arriver alors, ou que le sang soit résorbé, ou que le caillot s'enkyste et persiste pendant longtemps, ou qu'il s'enflamme et donne lieu à la formation d'un abcès sanguin.

Traitement. — Repos; emploi d'antiphlogistiques dans le but d'éviter la péritonite.

B. *Épanchement de bile, d'urine et de matières intestinales.*

Lorsqu'une de ces substances s'épanche dans le péritoine, elle y produit une violente inflammation qui amène promptement la mort des malades. On voit se développer immédiatement les symptômes d'une péritonite suraiguë. La bile et les matières fécales surtout exercent une action corrosive et amènent presque constamment l'explosion de la péritonite. On rencontre aussi des gaz dans la cavité péritonéale, lorsqu'il y a un épanchement de matières intestinales.

3° *Corps étrangers.*

Il peut arriver qu'un instrument vulnérant se brise dans la cavité abdominale : extrémité d'un couteau, d'un fleuret, d'une pique en bois, etc., ou qu'un projectile d'arme à feu y ait pénétré. S'il fait saillie au dehors, s'il peut être facilement saisi, et même si l'on peut en préciser le siège, il faut en faire l'extraction; car son séjour dans l'abdomen amènerait, le plus souvent, une péritonite des plus intenses. Mais, si le corps étranger est perdu dans la cavité abdominale, il faut s'abstenir de toute recherche.

4° *Hernie de l'intestin et de l'épiploon à travers la plaie.*

1° Lorsque l'intestin fait issue par une large ouverture et qu'il n'est pas altéré, on le réduit.

2° S'il est étranglé par une plaie étroite, il faut débrider la plaie avec les plus grandes précautions, réduire l'anse intestinale et se comporter comme dans les cas de plaies des parois.

Toutefois, avant de débrider, il faut essayer de faire rentrer l'intestin, en pratiquant le taxis très-modéré.

3° Il peut arriver qu'on observe les symptômes d'un étranglement interne sans que l'intestin soit pincé dans la plaie; il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, qui est dû au pincement d'une portion d'anse intestinale par la partie profonde de la plaie.

4° Lorsqu'on est appelé trop tard et que l'intestin est altéré, on se comporte selon l'altération : gangrène, etc. (*Voy.* Opération de la hernie étranglée.)

5° Si l'épiploon fait hernie, on doit se comporter comme pour l'intestin. S'il est enflammé, on le laisse à l'extérieur de la plaie, en excisant la portion la plus altérée. Nous verrons qu'on agit de la même manière après l'opération de la hernie étranglée.

5° *Péritonite.*

L'inflammation du péritoine est une complication très-grave et des plus fréquentes des plaies pénétrantes. Elle se montre presque à coup

sûr lorsqu'il y a un corps étranger du péritoine, un épanchement de bile, de matières intestinales ou d'urine. L'épanchement sanguin en provoque souvent le développement; enfin, le seul fait de la pénétration de la plaie suffit, dans un grand nombre de cas, pour amener l'évolution de la phlegmasie.

La péritonite peut être circonscrite en un point de la cavité abdominale, ou se généraliser.

Nous avons déjà vu que la *péritonite circonscrite ou locale* détermine une exsudation plastique de la séreuse, et consécutivement des adhérences, ordinairement salutaires.

Souvent, malheureusement, l'inflammation s'étend rapidement de proche en proche. Cette *péritonite générale* est des plus graves. Elle s'annonce par une *douleur* du ventre qui va en augmentant et qui acquiert un degré d'acuité extrême. Le ventre se *ballonne*. En même temps, il y a des *nausées* et des *vomissements* de matières d'une couleur *verte* caractéristique. Le *pouls* se déprime, devient petit et filiforme; la *face* s'altère rapidement, les traits sont tirés, les yeux enfoncés dans les orbites; en un mot, la face est *grippée*.

La péritonite circonscrite peut guérir par résolution ou formation d'un abcès. La péritonite générale ne guérit qu'exceptionnellement. Le plus souvent, elle marche rapidement et amène la mort en un espace de temps qui varie entre huit heures et quatre à cinq jours.

Le *traitement* est le plus souvent inefficace. Le plus usité consiste à faire sur le ventre des onctions d'onguent napolitain, et à appliquer trente à quarante sangsues sur la paroi abdominale. Dans ces derniers temps, on a eu recours à l'emploi du collodion étalé sur toute la surface du ventre. L'opium à haute dose est indiqué toutes les fois qu'il y a une perforation intestinale.

ARTICLE TROISIÈME

HERNIES ABDOMINALES

Définition. — On donne le nom de *hernie abdominale* à toute saillie située sur les parois de l'abdomen et formée par un ou plusieurs viscères sortis de cette cavité.

Division et nomenclature. — La hernie porte le nom de l'organe hernié auquel on ajoute la terminaison *cèle*; exemple : *entérocele*, hernie de l'intestin, de *έντερον*, intestin, et *κηλη*, hernie; *épiplocèle*, hernie de l'épiploon; *cystocèle*, hernie de la vessie.

Lorsqu'on ne désigne pas l'organe hernié, on donne à la hernie le nom de la région au niveau de laquelle elle se montre : hernie inguinale, hernie crurale, hernie ombilicale, etc.