## CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

***Éléments étiologiques :*** *Choc direct* : coup de pied de cheval, coup de tête, de timon, etc... (corps appuyé ou non). — *Pression* : tampons de wagon, roues de voitures, etc...

***Signes cliniques :*** phénomènes de shock plus ou moins intenses (pouvant manquer), après lesquels, guérison possible (cas légers); ou bien : hémorragie interne (persistance du shock, pouls de plus en plus faible et petit, matité iliaque, soif vive, sueurs froides, syncopes); rupture intestinale (contracture abdominale, douleur atroce; sonorité périhépatique, tympanisme abdominal; bientôt signes d'infection péritonéale); mort.

*Recommandations générales* : 1° Dans les cas, si nombreux, de contusions abdominales à pronostic incertain, baser sa détermination thérapeutique sur la recherche du moindre signe de gravité (douleur fixe, contracture abdominale légère), sur les modifications de l'état général (évolution du facies, du pouls...) et sur les commémoratifs, (nature, intensité, siège du traumatisme).

2° Au moindre doute sur la gravité possible des lésions, recourir au chirurgien pour pratiquer la laparotomie.

3° Ne jamais attendre pour faire intervenir, l'apparition des signes d'infection péritonéale commençante.

### I. — L'ACCIDENT VIENT DE SE PRODUIRE.

#### Malade en plein shock.

*Face pâle, pupilles dilatées, respiration courte, superficielle, anxieuse, pouls fréquent, petit, dépressible, hypothermie 36° :*

Traiter le shock (noter scrupuleusement les moindres modifications dans l'état du blessé (pouls, respiration, facies);

Coucher le malade dans son lit, la tête basse; le réchauf-



fer par tous les moyens (boules d'eau chaude, ouate);

Injections de sérum artificiel (voir ce mot), d'éther, de caféine.

### II. — L'ACCIDENT DATE DE QUELQUES HEURES (12-24 heures).

#### A. — Shock disparu progressivement.

*Pouls, température, facies* :

Continuer à suivre de très près le malade, afin d'être en mesure de saisir l'apparition du moindre symptôme de quelque gravité (hoquet, vomissement, contracture des muscles abdominaux, sonorité périhépatique, altération des traits, pouls faiblissant, etc.), pour prévenir immédiatement le chirurgien.

#### B. — Le shock persiste, sans répit.

*Pouls de plus en plus misérable, hypothermie croissante, pâleur extrême ; sueurs froides (matité iliaque)* :

Bien que et parce que le shock persiste, faire appel immédiat au chirurgien pour arrêter d'urgence l'hémorragie interne dont l'existence n'est pas douteuse (continuer, pendant l'intervention, les injections du sérum).

#### C. — Le shock persiste ou disparaît; douleur vive, localisée par la pression, contracture des muscles de l'abdomen, sonorité périhépatique (rupture intestinale) :

Appel immédiat au chirurgien. Laparotomie d'urgence (chercher la rupture: suture, résection, entérorrhaphie, etc.).

#### D. — Le shock persiste ou disparaît; facies angoissé, inquiétude, agitation, respiration anxieuse :

Considérer ces symptômes comme indiquant la nécessité d'une intervention immédiate : *Laparotomie exploratrice.*

**E. — Le shock persiste ou disparaît; hoquet avec ou sans vomissements, douleur vive, localisée ou généralisée, facies altéré, dissociation du pouls et de la température :**

*Laparatomie exploratrice d'urgence.*

### III. — L'ACCIDENT EST PLUS ANCIEN (24 heures et au delà).

**A. — Signes nets d'infection péritonéale au début.**

*Pouls à 120-130°, tension abdominale; vives douleurs; vomissements, anxiété respiratoire; facies grippé; hypothermie, etc.* :

L'ouverture du ventre s'impose, sans perdre une minute.

**B. — Signes nets d'infection péritonéale confirmée.**

*Ventre douloureux, ballonnement extrême, vomissements porracés ; pouls fuyant, etc.* :

Laparotomie indiquée (résultats douteux).

**C. — Infection péritonéale profonde.**

*Pouls imperceptible, hypothermie considérable (35°), refroidissement des extrémités ; collapsus intense* :

Rejeter toute idée d'intervention. Injections de sérum.

### IV. — L'ACCIDENT EST ANCIEN (6-8-10 jours).

**Apparition brusque, en pleine convalescence, des symptômes de péritonite par perforation (chute d'escarre) :**

Laparotomie immédiate. Oblitération de la perforation.

## CONTUSIONS DE LA POITRINE

***Signes cliniques :*** A. *Contusion superficielle*: douleur plus ou moins vive dans la région contusionnée (respiration, toux, éternuement), dyspnée parfois intense; ecchymose, hématome ; commotion thoracique rare ; guérison rapide.

B. *Contusion profonde* (déchirure du poumon) : shock, douleur plus ou moins vive, persistante, dyspnée plus ou moins considérable, toux sèche et fatigante, hémoptysie d'abondance variable (peut manquer); évolution parfois bénigne, souvent grave ; hémothorax, pneumothorax, empyème, pyopneumothorax, pneumonie traumatique, abcès du poumon, gangrène pulmonaire... ; tuberculose pleuro-pulmonaire.

***Éléments étiologiques :*** chûte sur le thorax d'un lieu élevé (sol, eau); choc d'un corps volumineux sur le thorax; compression du thorax entre deux forces opposées.

### I. — CONTUSION SUPERFICIELLE.

1° Repos absolu au lit, en position mi-assise (tête et partie supérieure du thorax relevées et soutenues par des oreillers) ; calme complet.

2° Contre la douleur et la dyspnée : injections hypodermiques de morphine (eupnéique) ; ventouses sèches et scarifiées.

*Surveiller étroitement le malade* (température, pouls, examen physique du thorax), à cause de l'évolution parfois latente des lésions pleuro-pulmonaires.

*En cas de shock :* traiter comme pour II, A.

### II. — CONTUSION PROFONDE.

**A. — Le malade est en plein shock.**

*Pâleur de la face, pouls rapide et fuyant....*

1° Coucher le malade la tête basse, envelopper ses membres de ouate, l'entourer de bouillottes chaudes garnies de flanelle (par crainte des brûlures).

2° Faire respirer de l'oxygène.

3° Injecter sous la peau (lavée à l'alcool et à l'éther) avec une seringue aseptique, et à intervalles variés, un centimètre cube de :

| | |
|---|---|
| Caféine | ãã 2gr,50 |
| Benzoate de soude | |
| Eau bouillie | Q. s. p. 10 c. c. |

4° Injections hypodermiques ou intra-veineuses de sérum artificiel, en quantité variable, suivant la gravité des cas (voir : Injections de sérum).

**B. — Le malade est sorti du shock :**

a. *Contusion légère* (hémoptysie) : traitement comme pour I.

b. *Contusion grave* : 1° *Lésions centrales* (souffle caverneux, gargouillement..) : traitement comme pour I.

*Y joindre* : antisepsie pulmonaire : vaporiser, par ébullition permanente, de l'eau additionnée de phéno-salyl (une cuillerée à café pour un litre d'eau).

2° *Hémothorax d'abondance moyenne et à niveau fixe* : traitement comme pour I.

*En cas de résorption lente* : ponction aseptique de la plèvre (Voir *Pleurésie purulente*).

3° *Hémothorax* à niveau lentement, mais progressivement croissant : Essayer le traitement comme pour I.

*En cas d'échec et s'il y a des symptômes d'anémie grave et dyspnée progressive* : Thoracotomie large.

4° *Hémopneumothorax infecté* : (fièvre, frisson) : incision évacuatrice large ; drainage de la cavité pleurale (Voir *Pleurésie purulente*).

## CONTUSIONS DU REIN

***Éléments étiologiques.*** A. *Directe* : Choc sur la paroi abdominale (échancrure iléo-costale), rein écrasé contre paroi lombaire, douzième côte, apophyse transverse de la première vertèbre lombaire; éclatement du rein ; déchirure du pédicule vasculaire.

B. *Indirecte* : Rupture par contre-coup ? Action musculaire ?

***Signes cliniques :*** Symptômes généraux nuls ou shock. Douleurs d'intensité variable (coliques néphrétiques) ; hématurie (peut manquer), d'abondance et de durée variables, immédiate, tardive, continue, intermittente ; oligurie (anurie) suivie de polyurie. Tuméfaction lombaire sans ballottement (palper bimanuel) ; ecchymoses lombaire, inguinale, scrotale.

Complications : rétention d'urine (caillots) ; infection ascendante ; phlegmon périnéphrétique, abcès du rein, pyélonéphrite (cathétérisme septique).

**I. — Le malade est en plein shock** (*pâleur, sueurs froides, pouls petit, rapide, hypothermie, dilatation pupillaire, etc.*)

*Traiter le shock* : Piqûres d'éther, de caféine, injections de sérum artificiel (voir ce mot), boissons chaudes ; envelopper de ouate les membres inférieurs, bouillottes, etc.

**II. — Le malade ne sort pas du shock, malgré le traitement.**

*Symptômes d'anémie progressive* (hématurie, tumeur lombaire).

Intervenir chirurgicalement, sans plus tarder comme pour V.

**III. — Le malade est sorti du shock.**

**Hématurie d'abondance moyenne (avec ou sans tuméfaction lombaire stationnaire), pouls satisfaisant (bien frappé), température normale ; soif nulle ou modérée ; bon facies :**

Repos absolu en position horizontale ; piqûres de morphine (douleur), d'ergotine ; petits lavements salés laudanisés ; boissons abondantes.

Surveiller attentivement le malade (pouls, température, facies, rétention d'urine) (Voir VII).

**IV. — Le malade est sorti du shock ; tuméfaction lombaire à limites fixes (avec ou sans hématurie d'abondance moyenne); bon pouls; température à 37° ; facies satisfaisant.**

Traitement comme pour III; entourer de ouate ordinaire la région lombaire et compression avec une bande de flanelle;

Surveillance attentive comme pour III.

**V. — Hématurie persistante depuis quelques jours; hémorragie abondante (quantité, répétitions), anémie progressive : (pouls petit, rapide, fuyant; hypothermie, respiration accélérée, etc.).**

Intervenir, sans plus tarder, par l'*incision lombaire* (laparotomie exceptionnellement indiquée).

*Technique* : Antisepsie rigoureuse. Anesthésie générale (à moins de contre-indications formelles).

Instruments : Bistouri, sonde cannelée, pince à griffes, 15 pinces hémostatiques, pinces de Museux, 2 larges écarteurs, ciseaux droits et courbes, aiguille de Dechamp, aiguilles à sutures, catgut, soies, crins de Florence.

*Attitude du malade* : Couché sur le flanc du côté sain, la cuisse du côté malade légèrement fléchie ; glisser sous le flanc sain un coussin arrondi.

*Attitude du chirurgien et de l'aide* : Se placer du côté du dos du malade; l'aide en face du chirurgien.

*Points de repère* : 12e côte (longue ou courte), crête iliaque, bord externe de la masse sacro-lombaire.

Commencer au niveau de la 11e côte, sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, une incision, verticale dans une étendue de 4 à 5 centimètres, et recourbée ensuite en avant vers l'épine iliaque antéro-supérieure.

Inciser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les fibres du muscle grand dorsal, celles du muscle grand oblique, le feuillet postérieur de l'aponévrose du transverse, les fibres du petit oblique et du transverse.



Faire écarter, par de larges écarteurs mousses, les lèvres de l'incision et reconnaître au fond de la plaie les fibres obliques en haut et en dedans du carré des lombes.

Inciser en dehors de ce muscle et récliner en dedans son bord externe.

Reconnaître et récliner en haut le nerf grand abdomino-génital qui croise le champ opératoire de haut en bas et de dedans en dehors.

Dissocier avec les deux index introduits dos à dos dans la plaie et alternativement écartés et rapprochés l'un de l'autre dans une direction parallèle à l'axe de l'incision, la masse graisseuse périrénale.

Isoler le rein jusqu'au pédicule; faire la compression digitale de ce pédicule et agir, suivant les circonstances, par le tamponnement, la ligature, la suture des fragments, la néphrectomie partielle, *exceptionnellement* par la néphrectomie totale (rein totalement détruit, uretère rompu, vaisseaux du hile déchirés).

Faire pendant tout le temps de l'intervention et continuer encore après, les injections de sérum artificiel.

**VI. — Tuméfaction lombaire augmentant rapidement de volume; signes d'anémie progressive comme pour V.**

Agir comme pour V : Évacuer l'épanchement sanguin, t drainer à la gaze aseptique.

**VII. — Il y a hématurie abondante et rétention d'urine par caillots.**

Agir contre l'hémorragie comme pour III ou V.

Traiter la rétention d'urine par l'*aspiration des caillots* (faite avec la grosse sonde aspiratrice de la lithotritie et la seringue de Guyon). Se rappeler la nécessité d'une asepsie absolue (infection ascendante).

## CORPS ÉTRANGERS DE LA CONJONCTIVE

*Éléments étiologiques :* grains de poussière, de sable, de charbon, éclats de meule d'émeri, de verre, de métal (fer), débris de coque de millet, etc... ; le plus souvent dans le cul-de-sac supérieur de la conjonctive.

*Signes cliniques :* Douleur vive, spasme des paupières, photophobie, injection et hypersécrétion conjonctivale; élimination spontanée (grand angle de l'œil), souvent suivie de la persistance des symptômes pendant un certain temps ; enkystement possible et tolérance, avec vascularisation anormale localisée et formation de fongosités ; conjonctivite, kérato-conjonctivite...

Extraire le corps étranger le plus tôt possible sans anesthésie ou avec anesthésie locale à la cocaïne (quelques gouttes d'un collyre à 1/50) ; anesthésie générale parfois nécessaire chez l'enfant.

### A. — Recherche du corps étranger.

*Éverser la paupière supérieure.*

*Technique :* Dire au malade de regarder en bas, saisir entre le pouce et l'index droits le bord ciliaire, déprimer avec le pouce gauche la face cutanée de la paupière et, sur ce pouce comme point d'appui, faire basculer le tarse de bas en haut.

Examiner la conjonctive et en explorer le cul-de-sac avec un instrument mousse.

### B. — Extraction du corps étranger.

a. *Il est libre* : L'enlever avec un stylet mousse, pince fine, morceau de papier enroulé en porte-plume;

b. *Il est adhérent* : le déloger avec une aiguille à cataracte, ou exciser, aux ciseaux courbes, la loge muqueuse et les bourgeons charnus qui l'enkystent.

Laver l'œil à l'eau boriquée pour prévenir les complications infectieuses.

## CORPS ÉTRANGERS DE LA CORNÉE

*Éléments étiologiques :* Grains de charbon, de sable, débris de pierre, de métaux, de végétaux, etc. . Professions : mécaniciens, chauffeurs, forgerons, etc.

*Signes cliniques :* Douleur vive, blépharospasme, photophobie, larmoiement, injection périkératique... Élimination spontanée par ulcération, ou bien, complications infectieuses, suppuration diffuse, hypopyon, panophtalmie.

Extraire le corps étranger le plus tôt possible.

### I. — CORPS ÉTRANGERS REPOSANT SUR LA SURFACE DE LA CORNÉE.

1° Instiller entre les deux paupières écartées avec le pouce et l'index gauches, quelques gouttes de la solution de cocaïne à 1/10.

2° Au bout de deux minutes, après lavage à l'eau boriquée, enlever le corps étranger avec une aiguille à cataracte promenée obliquement à la surface de la cornée et intéressant, s'il est nécessaire, un peu de la couche épithéliale (employer également bistouri, curette, gouge, etc.).

*Attitudes du malade et du chirurgien* : Malade assis ou mieux horizontalement couché sur une table. Tête bien calée. Se placer derrière la tête.

*Si le corps étranger est en fer ou en acier*, ordinaire l'aimant employer.

### II. — CORPS ÉTRANGERS IMPLANTÉS DANS LA MEMBRANE DE BOWMANN.

1° Anesthésie comme pour I et antisepsie minutieuse, (sublimé à 1/3000) ;

2° Avec la pointe du bistouri ou l'aiguille à cataracte, inciser, en avant du corps étranger, le tissu cornéen qui le recouvre et, avec la pointe de l'instrument, le dégager et l'extraire.

3° Curetter, s'il y a lieu, à la petite curette tranchante pour corps étrangers, les parois de la poche cornéenne occupée par le corps métallique (débris d'oxyde de fer).

### III. — CORPS ÉTRANGERS IMPLANTÉS DANS L'ÉPAISSEUR DE LA CORNÉE.

Traitement comme pour II.

*Si l'on craint de refouler le corps étranger dans la chambre antérieure* : Inciser, lentement et prudemment, avec le couteau de de Graefe, la cornée au voisinage du corps étranger; introduire par l'incision, dans la chambre antérieure, une curette de Daviel qui soutiendra la face postérieure de la cornée et refoulera même le corps étranger d'arrière en avant; agir en même temps extérieurement comme pour II.

### IV. — CORPS ÉTRANGERS TOMBÉS DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

1° Paracentèse de la chambre antérieure, à la partie inférieure du limbe scléro-cornéen.

2° Extraction du corps étranger par cette voie.

## CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX.

***Éléments étiologiques :*** (Voir corps étrangers de l'œsophage).

***Signes cliniques :*** Accès de suffocation; asphyxie; mort rapide ou rejet par vomissements (corps volumineux); simple gêne de la déglutition, état nauséeux (arête...).

### I. — LE CORPS ÉTRANGER SIÈGE DANS LE RHINO-PHARYNX.

*Position à donner au malade :* Le coucher sur une table, la tête en position déclive, si c'est un enfant; le faire asseoir sur une chaise, si c'est un adulte; maintenir la bouche ouverte à l'aide d'un coin de bois, d'un manche de cuiller, d'un ouvre-bouche.

#### A. — Le corps étranger est mobile.

*a.* Pousser dans les fosses nasales une forte irrigation boriquée tiède.

*b.* Porter l'index gauche dans l'arrière-bouche et y saisir le corps étranger délogé.

#### B. — Il est fixe.

1° Essayer la grande irrigation nasale.

2° En cas d'échec, porter l'index droit en crochet, en arrière et au-dessus du voile; saisir et déloger le corps étranger et le ramener dans la bouche en inclinant brusquement la tête du malade en avant (mettre l'index gauche, coiffé de la joue du malade, entre les arcades dentaires pour éviter d'être mordu).

3° En cas d'échec, introduire, par le méat inférieur, le long du plancher nasal, une sonde métallique; mobiliser le corps étranger et le saisir avec l'index gauche en crochet derrière le voile.

Faire suivre ces différentes manœuvres d'irrigations nasales légèrement antiseptiques (eau boriquée à 4 p. 100).

### II. — LE CORPS ÉTRANGER SIÈGE DANS LE PHARYNX DIGESTIF.

*Position à donner au malade* (comme pour I).

#### A. — Asphyxie menaçante.

1° Enfoncer l'index dans le pharynx, derrière l'épiglotte; sentir, saisir et extraire rapidement le corps étranger.

2° En cas d'échec, ne pas insister et trachéotomiser, puis extraire à la pince.

#### B. — Accidents moins pressants.

1° Porter l'index au fond de la gorge, saisir et extraire d'un mouvement brusque le corps étranger.

2° En cas d'échec, employer une pince coudée sur le plat, une pince à polype ou un crochet; s'aider d'un abaisse-langue de Doyen; s'il s'agit d'un enfant, faciliter la manœuvre par quelques bouffées de chloroforme ou de bromure d'éthyle (voir *Anesthésie*); s'il s'agit d'un adulte, s'aider du laryngoscope.

3° En cas d'échec, pharyngotomie.

## CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

***Éléments étiologiques :*** Introduits pendant le repas (os, arêtes, fragments de viande...); par inadvertance (épingles, pièces de monnaie, dents artificielles, sangsues); par gageures (clef, fourchette...); vieillards édentés, aliénés, enfants...

***Signes cliniques :*** *Arrêt du corps étranger au niveau de l'isthme pharyngo-œsophagien* : accès de suffocation, asphyxie (mort ou rejet spontané par vomissement) ou bien *arrêt dans l'œsophage proprement dit* : douleur, dysphagie, dyspnée.

*Complications* : Ulcération de la muqueuse, abcès péri-œsophagien, perforation des organes voisins, rétrécissement de l'œsophage...

### I. — LE CORPS ÉTRANGER VIENT D'ÊTRE INTRODUIT.

#### A. — Il existe des accidents graves de suffocation.

« Se hâter sans précipitation. » Pratiquer la trachéotomie d'urgence. S'occuper ensuite du corps étranger.

#### B. — Corps étranger bien toléré; pas d'accidents graves.

Prendre son temps et, après diagnostic de présence, siège, forme et volume (interrogatoire, radiographie, cathétérisme œsophagien, résonnateur métallique), tenter l'*extraction par voie buccale.*

*Technique* : *Attitude du malade :* Placer le malade assis sur une chaise en face du jour, devant l'opérateur; un aide, placé derrière, immobilise la tête légèrement renversée.

a. *Corps arrondi, cylindrique* (noyau de fruit, pièce dentaire) : Tenter l'extraction avec la *pince œsophagienne* (de Collin); l'index gauche servant de guide, introduire la pince jusqu'au contact du corps étranger; l'ouvrir alors, saisir le corps étranger, et la fermer quand la prise est bonne; retirer la pince fermée, en restant sur la ligne médiane, et rapidement.

b. *Corps étranger aplati, mince, à surface lisse* (pièce de monnaie) : Tenter l'extraction avec le panier de Graefe : Introduire le panier sur l'index gauche enfoncé dans le pharynx ; sentir le corps étranger et le dépasser; celui-ci chargé, retirer l'instrument verticalement en haut, sans s'écarter de la ligne médiane et d'un coup de main sûr et rapide.

*En cas d'accrochement du cricoïde,* décrocher le panier en l'enfonçant dans l'œsophage « en arrière et en bas, vers la colonne vertébrale » et le retirer ensuite.

*Chez l'enfant,* employer le panier de Graefe, sous chloroforme, après avoir essayé le procédé suivant de Félizet :

« Pratiquer le cathétérisme avec une sonde urétrale à béquille n° 18 ; le contact pris, imprimer à l'extrémité de la sonde des mouvements de rotation qui l'insinuent au delà de l'obstacle jusqu'à l'estomac ; injecter alors, suivant l'âge de l'enfant, 200, 500, 800 grammes d'eau boriquée tiède et retirer doucement la sonde, en continuant l'irrigation ; l'œil de la sonde accroche la pièce de monnaie ; un effort de vomissement survient ; il achève de dégager le corps étranger qui est facilement enlevé, fixé à l'extrémité de la sonde. »

c. *Corps allongés* (fragments d'os, épingle, aiguille, arête) : User de la tige à crins, du parapluie de Fergusson, « voire du vulgaire poireau. »

d. *Corps étranger situé près de l'estomac, dur ou mou, mais régulier et résistant aux moyens précédents :*

*Propulsion dans l'estomac :* Nourrir le malade de purées de pomme de terre, de haricots, etc.

*En cas d'échec* : User d'une sonde œsophagienne, d'un cathéter à boule; lubrifier l'œsophage avec de l'huile ou du blanc d'œuf;

Exercer, avec la sonde, des pressions lentes et continues, sans brutalité.

e. *Corps étranger très irrégulier et dur :* Intervention chirurgicale d'emblée (II) : œsophagotomie externe ou gastrotomie.

### II. — L'ACCIDENT DATE DE PLUSIEURS JOURS.

Tenter d'extraire le corps étranger par les différentes manœuvres précédentes, méthodiquement conduites; mais



ne pas persister dans l'emploi de ces moyens et recourir rapidement à l'intervention chirurgicale :

a. *Corps étranger arrêté dans la portion cervicale ou thoracique* (jusqu'à la septième vertèbre dorsale) : Œsophagotomie externe ;

b. *Corps étranger arrêté à la partie inférieure de l'œsophage* (à partir de la septième dorsale) : Gastrotomie.