

## MALADIES CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN

## PREMIÈRE PARTIE

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

Les grandes dimensions de la région abdominale expliquent la fréquence relative de ses traumatismes. — Pour se rendre compte de leur gravité, il suffit de réfléchir un instant à la multiplicité des viscères plus ou moins tapissés par le péritoine et insuffisamment protégés par des parois musculaires relativement minces et molles.

Ces lésions traumatiques peuvent être toutes rangées dans deux chapitres distincts :

- 1° Contusions de l'abdomen ;
- 2° Plaies de l'abdomen.

## I. — CONTUSIONS DE L'ABDOMEN.

**Définition.** — Appartient à la contusion, toute lésion traumatique des parois ou des viscères de l'abdomen, produite par l'application d'un agent extérieur sans division des téguments.

Comme peut le faire prévoir une définition aussi large, on observe dans la contusion de l'abdomen tous les degrés possibles, depuis la simple ecchymose des parois jusqu'à l'attrition des viscères les plus importants.

**Étiologie et mécanisme.** — Les agents contondants sont ceux que nous avons énumérés à propos de la contusion du thorax. On peut rapporter leur mode d'action à l'un des quatre mécanismes suivants :

- 1° Fouettement ; 2° choc direct ; 3° pression ; 4° contre-coup.

Pour n'y plus revenir, nous commencerons par ces dernières. Les lésions par *contre-coup* offrent en effet un caractère spécial ; elles appartiennent exclusivement aux gros viscères : foie, rate ; elles se produisent dans les chutes sur les pieds, les ischions, les fesses. Le corps étant brusquement arrêté dans sa course par la résistance du sol, les viscères emportés par la vitesse acquise tendent à poursuivre la leur dans la cavité de l'abdomen. Ils exercent sur leurs points d'attache une traction proportionnelle à leur masse et à la vitesse dont ils sont animés, et suffisante pour déterminer des ruptures considérables.

Le *fouettement* (mèches de fouets, lanières, baguettes de bois ou de métal, etc....), le *choc direct* (bâtons, pierres, boulets, éclats d'obus arrivés à la fin de leur course, coups de poing, coup de pied de cheval, chute sur un corps fixe et résistant), les *pressions* (tamponnements, éboulements, passage d'une roue de voiture, etc....) agissent sur l'abdomen de la même façon que sur le thorax.

On comprend seulement que la lésion des viscères profonds à travers une paroi intacte se rencontre plus souvent dans l'abdomen. Tandis que le thorax, grâce à la solidité de sa charpente, oppose une résistance efficace à beaucoup d'agents traumatiques, la paroi abdominale si dépressible transmet aux parties profondes et dans toute leur intégrité les secousses qu'elle reçoit. Il n'y a d'exception que pour la partie postérieure et médiane au niveau de la colonne vertébrale.

Les fouettements légers épuisent pourtant leur action sur la paroi. Les traumatismes plus violents rencontrent eux-mêmes quelquefois dans cette paroi une résistance énergique. Lorsque les muscles de l'abdomen ont le temps de se contracter, ils s'opposent vigoureusement à l'enfoncement de la paroi, et ce sont les tissus aponévrotiques et musculaires qui sont le siège des lésions : déchirures cellulaires et aponévrotiques, ruptures musculaires se produisant au point contus et appartenant à la fois à la cause vulnérante et à la contraction musculaire.

La paroi est-elle surprise brusquement et sans défense, ou la résistance est-elle vaincue, alors l'action porte sur les organes ; tantôt les viscères sont déchirés, écrasés directement par le corps contondant, comme ils le seraient à l'extérieur ; tantôt, la paroi abdominale étant repoussée complètement en arrière, le viscère

estomac, pancréas, intestin ou vessie, est pincé entre la colonne vertébrale et le corps vulnérant, suivant le mécanisme entrevu par Jobert et Forget, vérifié expérimentalement par Longuet et Chavasse.

La compression d'une paroi viscérale entre le corps vulnérant et les matières que le viscère renferme (Duplay) ne doit agir qu'à titre exceptionnel. On a invoqué encore, pour expliquer certaines ruptures de l'intestin, le refoulement brusque des matières qui le ferait éclater de dedans en dehors (Chauveau, Passavant).

On comprend sans peine que certaines conditions favorisent, tout spécialement, les traumatismes viscéraux; plénitude du tube digestif et des réservoirs membraneux, ulcérations antérieures de l'intestin, adhérences péritonéales immobilisant plus ou moins ce conduit; pour le foie, son volume chez le fœtus, et chez l'adulte des dégénérescences pathologiques antérieures: la congestion chronique, la dégénérescence graisseuse, etc.; pour la rate enfin, l'hypertrophie et le ramollissement dus à l'impaludisme. (Vigla, Collin.)

**Anatomie pathologique.** — A. *Lésions pariétales.* Ce sont: 1<sup>o</sup> les *ecchymoses*; 2<sup>o</sup> les *épanchements sanguins* ou *séro-sanguins*; 3<sup>o</sup> les *ruptures musculaires*.

Toutes ces lésions seront plus utilement décrites à propos des symptômes.

A propos des *ruptures musculaires* de la contusion, dont nous avons étudié le mécanisme, nous nous contenterons de rappeler, ici très brièvement, que des lésions semblables se produisent sous d'autres influences dans la paroi abdominale.

Elles succèdent à tous les efforts: accouchement, gymnastique, convulsions, vomissements; la dégénérescence des muscles à la suite des fièvres graves et particulièrement de la fièvre typhoïde constitue bien souvent une cause prédisposante très importante.

Mais tandis que les ruptures musculaires, par contusion, peuvent occuper n'importe quel muscle, et siéger soit au point contus, soit à distance suivant le mécanisme de leur production, dans les efforts, au contraire ces mêmes ruptures s'observent surtout dans les muscles droits de l'abdomen; on les rencontre encore dans les muscles lombaires (tour de reins).

Nous retrouverons la rupture musculaire dans deux des chapitres suivants, comme origine de certains phlegmons de l'abdomen, comme cause d'une hernie ventrale immédiate ou secondaire.

B. *Lésions des viscères.* — 1<sup>o</sup> *Contusions et ruptures du tube digestif.* — Ces lésions, peu mentionnées et mal connues des anciens, ont été déjà bien étudiées par Jobert de Lamballe; les travaux plus récents de Polland (1858), de Chauveau (1869), de Longuet (1875), sont très bien résumés dans les auteurs classiques. Il convient d'y ajouter un mémoire de Beck (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* de 1882), le travail de Bouilly à la Société de chirurgie (1885), le mémoire très complet de Chavasse dans les *Archives de médecine militaire* (1884) et ses communications à la Société de chirurgie (1884 et 1885).

La *contusion* se rencontre à tous les degrés, depuis la simple ecchymose jusqu'à l'attrition totale. — L'ecchymose est très fréquente; elle siège sous la séreuse ou infiltre les tuniques. — L'attrition peut être assez complète pour amener le sphacèle du point contus; la chute de l'eschare produit une perforation intestinale qui détermine elle-même une péritonite généralisée ou, dans les cas les plus favorables, une péritonite localisée, un abcès stercoral et consécutivement une fistule de même nature.

Chez d'autres blessés on observe primitivement une rupture, une *déchirure de l'intestin*. Cette déchirure est complète ou incomplète, unique ou multiple; elle s'accompagne ou non de lésions du mésentère et de l'épiploon; quelquefois c'est une section nette, plus souvent une véritable perte de substance; nous verrons, au chapitre des plaies, comment se comportent ces perforations traumatiques et l'épanchement de matières qui en est la conséquence.

Les divers segments du tube digestif ne sont pas également frappés dans la contusion abdominale. — La statistique de Chavasse nous montre l'intestin grêle atteint dans 106 cas, alors que tout le reste de l'intestin ne figure que pour le chiffre 26. — Par ordre de fréquence cet auteur classe: 1<sup>o</sup> la partie moyenne, 2<sup>o</sup> la partie supérieure, 3<sup>o</sup> la partie inférieure de l'intestin grêle; 4<sup>o</sup> le côlon; 5<sup>o</sup> le duodénum, dont les lésions seraient particulièrement graves; 6<sup>o</sup> le cæcum; 7<sup>o</sup> l'S iliaque. Frank a rapporté dans la *Gazette médicale* de 1876 un fait peut-être unique de rupture indirecte du rectum à sa partie moyenne, produite dans une chute sur le ventre.

Les lésions ne sont pas toujours limitées à une anse intestinale; 15 fois sur 100, au dire de Chavasse, plusieurs anses sont ainsi déchirées, placées qu'elles étaient les unes en avant des autres; nous reviendrons sur l'importance chirurgicale de cette notion.

2° *Contusions et déchirures du foie.* — De tous les viscères de l'abdomen, le *foie* est un des plus fréquemment atteints, soit directement, soit par contre-coup.

La statistique de Ludwig Mayer renferme 141 contusions sur 267 traumatismes du foie. — Ici encore ce sont des déchirures qui constituent les lésions principales, à propos desquelles nous citerons les recherches de La Bigue-Villeneuve, de Ludwig Mayer, de Terrillon, de Roustan et d'Aurégan.

Ces déchirures siègent ordinairement à la face convexe, quelquefois à la face inférieure, surtout quand il y a ébranlement par contre-coup; le lobe droit est le plus fréquemment atteint, 54 fois sur 85, puis vient la [région médiane, 21, et le lobe gauche, 10 fois seulement (Mayer).

Deux grands caractères distinguent anatomiquement les déchirures du foie : 1° *la multiplicité des lésions*; 2° *leur peu de profondeur*, celle-ci atteint rarement 5 ou 4 centimètres. — On a cependant vu le foie réduit en bouillie, et des fragments volumineux de son parenchyme, séparés de sa masse par un véritable éclatement traumatique.

La capsule de Glisson est le plus souvent déchirée; si elle est restée intacte, on observe au-dessous de l'infiltration sanguine. — Les scissures pathologiques ainsi produites sont généralement antéro-postérieures, peu profondes; on dirait parfois, suivant l'expression de Terrillon, que le foie est *craquelé* comme certaines faïences.

Ces déchirures atteignent les canaux biliaires comme les vaisseaux sanguins; d'autre part la vésicule biliaire, surtout quand elle est distendue, altérée par la présence de calculs, peut être rompue sous l'influence de causes presque insignifiantes : témoin le cas, cité partout, de cette femme de maréchal ferrant, qui mourut d'un coup de poing dans l'abdomen.

Le dernier caractère de ces déchirures du foie est leur cicatrisation rapide, lorsque le malade ne succombe pas, ce qui représente à peu près la moitié des cas.

3° *Contusions et déchirures de la rate.* — Moins fréquentes que les précédentes, elles varient aussi depuis l'infiltration sanguine jusqu'à l'attrition complète; ce sont le plus souvent des lésions fissuriques dont le principal danger réside dans l'abondance de l'épanchement sanguin. Ajoutons encore que l'on observe souvent sur la région voi-

sine du diaphragme et des côtes des lésions importantes qu'on ne devra pas oublier de rechercher.

Quelque graves que soient ces lésions, il y a des cas bien avérés de guérison.

4° *Contusions du rein.* — Le rein est principalement contus dans les traumatismes de la région lombaire.

Nous n'indiquerons ici que les principaux traits de ce chapitre, qui sera traité plus complètement dans le volume suivant.

Les *ecchymoses* n'ont guère été observées anatomiquement; Duplay ne les mentionne que sous réserve.

Les *déchirures* sont *complètes* ou *incomplètes*, uniques ou multiples, plutôt transversales que verticales; la déchirure complète est souvent unique, transversale au niveau du hile; la déchirure multiple peut donner naissance à un certain nombre de fragments encore adhérents ou non au reste du parenchyme.

Ces déchirures se cicatriseraient lentement; elles peuvent suppurer et cette suppuration constitue une importante indication opératoire. Maunoury a rapporté au premier congrès français de chirurgie une intéressante observation d'intervention chirurgicale pour un fait de ce genre.

L'épanchement sanguin résultant de la déchirure du rein peut rester dans la région lombaire, descendre dans le petit bassin, constituer un épanchement rétro-vésical, ou bien suivre les vaisseaux spermaticques et venir au pli de l'aîne (Letulle). Le péritoine est rarement déchiré dans ces cas.

5° Les *ruptures du pancréas* ne se rencontrent guère autrement qu'avec d'autres lésions excessivement graves; on en a observé un cas pendant la guerre d'Amérique.

Chavasse, pratiquant la laparatomie pour une contusion abdominale, est tombé sur une rupture du pancréas.

6° Les *ruptures des gros vaisseaux* sont aussi rares. Legouest a observé une déchirure de l'aorte, Schwartz une rupture de l'iliaque primitive, Velpeau 5 cas de rupture de la veine cave inférieure, Bourguignon un autre, Gross un cas de rupture de la veine splénique, Richerand une déchirure de la veine porte, Fesq une lésion de l'artère mésentérique supérieure et de l'iliaque externe (Th. Paris, 1878).

Enfin on a signalé sans lésions viscérales, et à titre exceptionnel,

des lésions péritonéales, déchirures épiploïques, mésentériques, des déchirures du diaphragme. Otis rapporte l'histoire d'un hussard qui eut, dans un violent saut de cheval, l'épiploon fendu sur une longueur d'un pouce et demi, et qui succomba à une hémorrhagie.

Un étranglement interne a été une autre fois la conséquence d'une déchirure du mésentère.

**Symptomatologie.** — La contusion de l'abdomen n'est pas en elle-même une affection déterminée; elle est constituée par des lésions fort diverses, les unes graves, les autres légères, qui s'accusent chacune de leur côté par des signes plus ou moins nets. Cependant toute contusion un peu violente est suivie d'un *état général* qui se retrouve à peu près chez tous les malades et dont les principaux caractères rappellent assez exactement l'étranglement interne, *phénomènes nerveux*, douleur, stupeur, état syncopal, ralentissement du pouls, hypothermie, vomissements, météorisme sans lésion péritonéale, anurie, etc....

La *douleur* est le premier symptôme habituellement observé; d'une intensité très variable suivant les contusions, elle est souvent accompagnée d'une sensation spéciale d'angoisse et d'anxiété, particulièrement marquée dans les traumatismes de la région épigastrique; au même ordre de phénomènes se rattache la *stupeur*, cet effet si remarquable des grandes blessures et surtout des blessures abdominales; on voit en peu de temps les malades prendre une teinte jaune, rester dans une immobilité complète absolument étrangers à tout ce qui les environne. — On peut encore observer la dépression subite des forces, la défaillance, un état syncopal avec petitesse du pouls, hypothermie, sueurs froides, refroidissement des extrémités, c'est le *shock péritonéal*. — Quelques faits rares, mais incontestables de mort subite sans lésions, constitueraient le dernier échelon de cette série d'accidents imputables à la douleur et à l'ébranlement du système nerveux splanchnique.

D'autres fois, ce sont des *vomissements* qui surviennent sans lésions et qui se montrent surtout un certain temps après le traumatisme; ou bien encore du météorisme, du ballonnement du ventre sans inflammation péritonéale, des troubles urinaires: diminution de la sécrétion, rétention d'urine sans la moindre lésion des reins, des uretères ou de la vessie.

A côté de ces phénomènes on observe bientôt d'autres *symp-*

*tômes tenant à des lésions déterminées soit de la paroi, soit des viscères.*

1° *Symptômes des lésions pariétales.* — A cette catégorie se rattachent l'ecchymose, l'épanchement sanguin, les signes de la rupture musculaire, de la hernie musculaire, et des hernies ventrales résultant de l'affaiblissement de la paroi.

L'*ecchymose* appartient surtout aux lésions pariétales; en fait de lésions viscérales, les contusions du rein la produisent à peu près seules. — Elle est moins précoce que la douleur. Souvent facile à constater, elle peut aussi faire complètement défaut; extrêmement variable dans ses dimensions et sa coloration, suivant l'époque à laquelle on l'observe, parfois accompagnée d'un peu d'œdème du tissu cellulaire, d'éraflures de l'épiderme autour desquelles ne tarde pas à se développer une zone d'irritation légère et d'injection, elle se voit surtout à l'hypogastre, aux flancs, dans les régions iliaques, et se caractérise souvent par une grande tendance à l'extension. Dans les lésions pariétales profondes, l'ecchymose apparaît tardivement.

En dehors de la douleur et de l'ecchymose, on peut observer dans toute contusion abdominale des phénomènes symptomatiques qui se rapportent plutôt à de véritables *complications*, telles que l'épanchement sanguin, la rupture musculaire et la hernie ventrale.

L'*épanchement sanguin*, de même que l'ecchymose, est en général plus étendu à la paroi abdominale postérieure, plus rare, plus limité à la paroi abdominale antérieure. Dans le premier cas l'épanchement descend peu au-dessous de la crête iliaque, mais il remonte facilement le long des gouttières vertébrales. Dans le second, l'épanchement serait mal limité, et aurait beaucoup de tendance à fuser vers la paroi abdominale postérieure (Velpeau).

C'est ici le lieu de rappeler que dans la région lombaire certains traumatismes, tels que passage d'une roue de voiture, frôlement violent par une courroie de transmission, peuvent produire ces épanchements de sérosité décrits par Morel-Lavallée.

La tumeur caractéristique de l'épanchement sanguin siège le plus souvent dans les couches fibro-musculaires des parois; mais on trouve aussi des foyers hémorragiques cantonnés dans certaines régions profondes sous-péritonéales et même intrapéritonéales; on ne peut guère être éclairé sur la nature de ces tumeurs que par une ponction ou l'étude attentive des commémoratifs.

Il n'est pas toujours facile, au premier abord, de distinguer ces épanchements sanguins, lorsqu'ils sont un peu collectés, des *ruptures musculaires* qui peuvent se produire aussi par la contusion. — Ces ruptures traumatiques des muscles 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 reconnaîtra 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<sup>o</sup> *Symptômes des lésions viscérales.* — Les *symptômes* auxquels on peut reconnaître une *lésion viscérale* sont, il faut en convenir, bien peu précis.

Y a-t-il *rupture immédiate du tube digestif*, on a dit que les phénomènes syncopaux étaient plus accusés, la stupeur plus grande; — le hoquet, les vomissements survenant rapidement, la présence du sang dans les matières ainsi rejetées, une très vive douleur épigastrique seraient des signes de rupture de l'estomac; — les selles sanglantes, un météorisme soudain et excessif (Otis, Jobert) causé peut-être par le passage dans la cavité péritonéale des gaz intestinaux, indiqueraient des lésions intestinales. — Mais ce qui domine très rapidement la scène, se sont les symptômes suraigus d'une *péritonite par perforation* : ballonnement énorme, sensibilité de l'abdomen, vomissements porracés, altération des traits. — L'évolution serait particulièrement rapide en cas de déchirure de l'estomac.

La péritonite aiguë n'est d'ailleurs pas absolument pathognomonique d'une lésion intestinale, et on a observé des faits de péritonite primitive à la suite de contusion abdominale sans lésion viscérale.

Consécutivement à la rupture de l'intestin, on peut voir la péritonite se localiser, des adhérences limiter l'épanchement des matières. 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 cette évolution clinique se rencontre surtout 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 que l'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. L'ictère serait plus rare; il n'a été observé que 7 fois sur 147 cas. Si la vésicule biliaire est déchirée, la péritonite suraiguë est la règle; il semble fort douteux que la tumeur liquide si considérable plusieurs fois ponctionnée par Fryer de Stramford (Sam. Cooper, *Dict. de chir.*) ait été constituée par de la bile pure, comme le supposait l'auteur de l'observation.

Les caractères qui feront soupçonner une *déchirure de la rate* sont des plus vagues, ce seraient : une hémorragie interne abondante pouvant amener la mort, un épanchement sanguin intra-péritonéal considérable, de la douleur dans l'hypochondre gauche, 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 échappé 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*. Il y a de la douleur, de l'ecchymose surtout dans la région lombaire, une rétention d'urine persistant pendant un certain temps, parfois même de l'anurie; l'hématurie immédiate ou tardive avec mélange complet du sang et de l'urine, appellent l'attention vers le *rein*. Dans ce cas on a encore

observé de l'*ecchymose à distance* le long du canal inguinal, *ecchymose secondaire* (Dumesnil de Rouen). L'épanchement périrénal peut en quelques jours prendre des dimensions assez considérables pour être remarqué; 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.

Au contraire le traumatisme a-t-il plutôt porté sur la *vessie*, on aura de la douleur hypogastrique; les troubles urinaires seront plus marqués encore, soit que la vessie se trouve pleine et qu'il y ait rétention d'urine complète, soit que, déchirée, elle ne renferme plus le liquide urinaire, dont l'épanchement dans le péritoine ne tarde pas à provoquer la péritonite. La mort peut arriver très rapidement sans que le malade ait repris connaissance; le coma, le délire, les convulsions viennent s'ajouter aux signes d'une dépression profonde. — 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*.

Seuls 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.

Nous avons vu, par contre, combien il était difficile de préciser la nature des lésions viscérales profondes, d'indiquer l'organe lésé, et nous croyons nous être suffisamment étendus sur ce point pour n'avoir pas à y revenir.

**Pronostic.** — Mais si le chirurgien ne peut guère hésiter pour poser le diagnostic d'une contusion abdominale, il doit apporter dans son pronostic 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 on ne laissait entrevoir d'avance la possibilité de pareils accidents, et si 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 cicatriseraient 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 inutile 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: 24 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.

**Traitement.** — En présence d'une contusion abdominale légère,

le rôle du chirurgien doit se borner à l'expectation; on se contentera de l'application de quelques compresses résolatives.

La contusion est-elle moyennement intense, l'indication thérapeutique du premier moment consiste à combattre la stupeur; plus tard, la seule préoccupation du chirurgien doit être de prévoir les accidents résultant de graves lésions internes, surtout si quelques signes éveillent l'attention de ce côté. Dans ce but on conseillera les réfrigérants, la glace en application constante sur le ventre, le collodion en badigeonnage épais sur toute la paroi abdominale; on prescrira la diète aussi sévère que possible pour éviter, si possible, un épanchement stercoral, et l'opium sera donné à haute dose pour obtenir l'immobilisation viscérale.

Souvent, malgré l'application de ces diverses méthodes thérapeutiques, la mort survient dans les premiers jours. La question d'une intervention plus active s'est donc posée. On peut en effet, à la rigueur, obturer par la suture une petite déchirure intestinale, vésicale ou stomacale; on peut réséquer une portion gangrenée de l'intestin, fermer ou extirper la vésicule biliaire ouverte, enlever un segment plus ou moins volumineux, presque complètement détaché du foie, de la rate et des reins dans un traumatisme violent.

Mais quoique les importantes discussions provoquées à la Société de chirurgie en 1884, et au Congrès de chirurgie en 1885, par l'observation de Bouilly et le travail de Chavasse, aient jeté un certain jour sur la question, il faut bien avouer que plusieurs points sont encore mal éclairés, et qu'il est très difficile de poser les indications opératoires et de les remplir.

Si, comme nous l'avons indiqué dans la symptomatologie, il y a parfois des signes positifs de ruptures viscérales, tels que vomissements de sang, selles sanglantes, hématurie, le plus souvent au contraire, il faut en convenir, ces signes manquent.

Dans presque toutes les interventions qui ont eu lieu, la recherche d'une rupture de l'intestin était la préoccupation principale du chirurgien, et cependant si fréquentes que soient ces lésions, cette préoccupation ne s'est pas toujours trouvée justifiée. — Le plus souvent, en effet, on opère sans signes, quand on se trouve en présence d'un shock persistant, d'une douleur vive locale fixe, ou bien on opère en pleine péritonite, ainsi que l'a fait très justement remarquer Bouilly; un avenir prochain nous apprendra sans doute si cette com-

plication elle-même ne doit pas être considérée comme une raison de plus d'intervenir activement.

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 siégeaient 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; l'exploration doit de plus être 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, pour certains viscères comme l'estomac, 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 5 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