

ÉVENTRATION PAR RUPTURE TRAUMATIQUE SOUS-CUTANÉE DE LA PAROI ABDOMINALE

Observation d'une contusion de l'abdomen ayant amené la rupture complète de la paroi musculo-aponévrotique : éventration consécutive.

- I. Les *ruptures traumatiques* de la paroi sont incomplètes ou complètes. Celles-ci, très rares, se produisent surtout avec les chocs tangentiels : rapport inverse des lésions superficielles et profondes.
 - II. Les *éventrations* sont *spontanées, opératoires* ou *traumatiques* : celles-ci succèdent à des plaies ou à des contusions.
 - III. Les *éventrations* sont *étroites* ou *larges* : nécessité d'une opération précoce.
- Réparation d'une éventration : mode opératoire.
Opération. Résultat immédiat.

MESSIEURS,

Vous avez vu quelquefois des éventrations : vous en avez vu survenir à la suite de certaines opérations abdominales, après des salpingectomies par exemple ou encore après des incisions d'appendicites suppurées. Mais vous n'en avez pas vu qui soit de même nature que celle que j'ai à vous présenter aujourd'hui.

C'est une éventration par contusion de la paroi abdominale : sous un choc très violent, la paroi a été rompue tout entière, et la peau est restée seule intacte pour fermer la cavité de l'abdomen qui n'a pas été ouvert. Et la hernie ventrale s'est constituée. C'est là un mécanisme tout à fait rare ; le cas mérite donc toute notre attention et je vais en développer l'histoire avec tous les détails qui peuvent vous instruire et vous intéresser.

Le 20 février dernier, sur une route des environs de Vichy, plusieurs tombereaux lourdement chargés de pierre descendaient à la file une pente rapide. Les freins étaient serrés, car la route est dangereuse et les tournants rapides ; il faut aller lentement.

Soudain, le frein de la seconde voiture se brise. Le cheval s'arcoute sur ses pieds de devant et tombe sur son arrière-train ; cela ne l'arrête point : l'attelage glisse rapidement et la lourde charge descend à une allure inquiétante. Le conducteur voit de suite le danger ;

il se précipite à la tête du cheval, le saisit aux naseaux pour l'étouffer et arrêter par un corps mort le tombereau qui dans sa chute peut causer des malheurs. Mais poussé par le cheval, il glisse avec lui : encore quelques pas, et il va être écrasé contre l'arrière de la première voiture. Alors il se jette à la droite du cheval, et au moment où le brancard de gauche vient heurter l'obstacle, l'autre brancard le prend en écharpe, le frappe en plein dans l'abdomen, et le coup est si brusque que l'homme étourdi tombe par terre. C'est ce blessé que je vous présente aujourd'hui, trois mois après l'accident.

Il tombe sans connaissance : ses vêtements sont déchirés, la ceinture de flanelle dont il s'entoure d'habitude à triple tour, son pantalon, tout est perforé, mais la peau est intacte. On s'empresse autour de lui, on le relève, on le transporte dans son lit. Il revient à lui deux heures plus tard.

Il est courbaturé et comme anéanti ; une immense ecchymose s'étend sur toute la paroi abdominale depuis l'épigastre jusqu'à la racine des cuisses ; tout l'abdomen est sensible, douloureux, la respiration est même pénible.

On applique de la glace en permanence, on pose quelques sangsues. Les premiers jours, le malade ne peut remuer ; on le soulève. Et pendant vingt jours, il reste ainsi immobile dans son lit, incapable de tout mouvement.

Après trois semaines, il commence à se lever, mais il marche péniblement, il reste plié en deux : puis peu à peu, il devient moins raide, il se redresse, et au bout de quarante jours il pouvait marcher à peu près droit, mais avec une canne.

Dès qu'il mit pied à terre, il remarqua une saillie sur la moitié gauche du ventre : déjà dans son lit pendant la toux et surtout pendant l'effort, il avait vu un soulèvement se faire à cet endroit. Mais c'est quand il fut debout que la chose devint surtout appréciable. L'ecchymose a disparu, la paroi a retrouvé sa couleur, il n'y a pas de plaie, pas d'éraillure sur la peau, mais une tumeur du volume des deux poings se manifeste qui augmente et diminue, se montre et disparaît. Avec la main, il perçoit lui-même la dépression, la perforation pariétale. Il fait part de ses inquiétudes à M. le professeur Cornil, qu'il connaît tout particulièrement. M. Cornil juge une opération nécessaire et nous adresse le malade à l'Hôtel-Dieu, où il entre le 30 mai dernier, salle Saint-Landry, n° 42.

Agé de vingt-sept ans, de taille moyenne mais fort et bien musclé, tout respire chez lui la vigueur et la santé, et à part une attaque

de rhumatisme qu'il eut il y a deux ans, il n'a jamais été malade.

Dans le décubitus dorsal lorsque le ventre est découvert, on ne perçoit rien : la peau est saine, les deux moitiés symétriques. Mais si nous faisons tousser le malade, nous voyons une grosse éventration se manifester du côté gauche.

Là en dessous et à gauche de l'ombilic, entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure, on sent au palper une large perforation de la paroi musculo-aponévrotique. La main en déprimant la peau tout entière s'engage dans cette perforation dont elle apprécie les contours, et pénètre dans la cavité péritonéale.

L'orifice a environ 10 centimètres de diamètre; il est à peu près circulaire. En dedans, il correspond au bord externe du muscle droit : en dehors, il va jusqu'à deux travers de doigts de l'épine iliaque; en bas, il reste distant de 4 à 5 centimètres de l'arcade pubienne, et en haut, il n'atteint pas tout à fait le niveau de l'ombilic. Un rebord aponévrotique, mince et tranchant limite cette perforation : au delà, la paroi abdominale reprend tout de suite son épaisseur, sa consistance normale; en deçà, elle se termine brusquement par une arête tranchante et il n'y a plus que la peau pour protéger l'intestin et fermer l'abdomen.

La paroi abdominale est donc ouverte à cet endroit, il y a une brèche, et quand le malade pousse, quand il tousse, les intestins se précipitent dans cette fenêtre ouverte. Ils rentrent aussi facilement qu'ils sortent : il n'y a point d'adhérences; ou du moins je ne le crois pas. La peau doublée de péritoine qui forme l'enveloppe de l'éventration ne laisse sentir aucun épaissement, aucune de ces irrégularités qu'on sent toujours dans les hernies adhérentes.

Il y a donc éventration, et pas autre chose; éventration simple, sans inflammation, sans adhérences : mais éventration traumatique, c'est-à-dire défectuosité purement locale et acquise d'une paroi ailleurs intacte et inaltérée.

C'est dans cette origine traumatique que réside l'intérêt principal de cette observation; essayons donc de suivre la filiation des accidents pour en souligner les points principaux.

I

Ainsi que vous avez pu le deviner par l'exposé détaillé que je viens de faire de l'histoire de ce malade, il y a eu ici *rupture de la couche*

musculo-aponévrotique de la paroi abdominale et de cette rupture est résultée l'éventration.

Ces ruptures musculaires de la paroi abdominale, se voient dans deux circonstances principales; elles sont *spontanées* ou *traumatiques*.

Les ruptures *spontanées* sont toujours des ruptures fonctionnelles : elles se produisent pour un même muscle dans certaines conditions déterminées d'effort. Elles portent sur les muscles droits ou sur les obliques, et ne nous intéressent aucunement pour l'instant.

Les ruptures *traumatiques* au contraire succèdent à un coup, à un choc direct porté sur la paroi, et se produisent elles-mêmes dans des circonstances très variées.

Elles sont ou très communes ou très rares.

Elles sont très communes, en ce sens que dans tous les chocs violents qui portent sur l'abdomen il y a un degré plus ou moins accentué de contusion musculaire : ainsi j'ai rencontré souvent au cours de mes laparotomies pour contusions abdominales profondes des lésions musculaires au point percuté. Elles consistent en un hématome, une attrition musculaire, une déchirure incomplète; la lésion est minime, de peu d'importance.

Elles sont au contraire très rares, si nous ne considérons que les ruptures *complètes* comme celle que nous avons sous les yeux; je n'en ai encore jamais vu de pareille.

Ces ruptures complètes supposent pour se produire, un traumatisme intense, et dans les contusions de l'abdomen il semble qu'il y ait une opposition entre l'importance des lésions superficielles et celle des lésions profondes.

Dans les contusions abdominales qui s'accompagnent de lésions viscérales, la paroi n'est jamais lésée aussi complètement qu'elle le fut ici. Les lésions superficielles sont insignifiantes : les lésions profondes semblent avoir accaparé tout l'effort du traumatisme.

Ainsi chez notre malade, la contusion superficielle a été intense, et il n'y a pas eu de lésions profondes. Car il a guéri sans aucun signe de réaction péritonéale, et bien qu'on puisse guérir sans opération avec une rupture de l'intestin ou une déchirure du mésentère, on ne guérit point sans présenter quelques signes qui traduisent la réaction péritonéale.

Chez lui d'ailleurs, le fait s'explique assez simplement : la contusion n'a pas été perpendiculaire, elle a été parallèle à la paroi. Lorsqu'un choc frappe en plein l'abdomen, la paroi se laisse déprimer et l'intestin est écrasé entre le choc et la colonne vertébrale. Si le choc

est latéral, tangentiel, la paroi doit seule en sentir le contre-coup. C'est ce qui s'est passé ici : le brancard l'a frappé de gauche à droite, la paroi seule a été touchée, divulsée pour ainsi dire et seule elle devait subir les conséquences de ce choc aussi violent, d'où est résultée la déchirure des muscles et des aponévroses.

Les aponévroses ont été déchirées, et c'est ce qui explique cette large ecchymose qui s'est montrée quelques heures après l'accident. Quand le muscle seul est atteint, quand la gaine fibreuse reste intacte, le sang reste localisé dans cette gaine et y fait un hématome. Il ne se répand au dehors, il ne s'infiltré rapidement tout autour que s'il y a déchirure aponévrotique.

Quoi qu'il en soit, les conséquences d'une rupture étendue sont faciles à prévoir : écartement des bouts musculaires sectionnés, écartement d'autant plus étendu, que l'aponévrose rompue elle-même ne met plus d'entrave à la rétraction musculaire : cicatrisation isolée des lèvres de la fente, et constitution définitive d'une brèche ouverte ; la peau seule fait couvercle.

Telle est la pathogénie de la lésion que nous avons à réparer : une déchirure traumatique des couches musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale a créé une éventration.

II

Par éventration, j'entends avec Boyer, avec Duplay, les hernies qui se font en un point de l'abdomen où n'existent pas normalement d'orifices ou de surface de moindre résistance. C'est une hernie ventrale ; et cependant entre la hernie ventrale et l'éventration, il est au moins une différence de degré. La hernie, c'est l'issue à travers un orifice anormal, de l'intestin ou de l'épiploon : l'éventration, c'est une vaste hernie, sans collet, avec un large orifice ; c'est un effondrement en surface de la paroi, par déchirure ou par amincissement.

Ces éventrations se voient dans plusieurs circonstances : elles sont spontanées, opératoires ou traumatiques.

I. Les éventrations spontanées ne nous retiendront pas longtemps ; elles sont parfois congénitales : vous verrez des enfants venir au monde avec une distension de la ligne blanche sus-ombilicale, qui suppose une malformation initiale : voilà l'éventration congénitale. Plus souvent vous la voyez chez le vieillard, localisée aux parties inférieures et latérales de l'abdomen, c'est l'éventration par distension,

dont le ventre à triple saillie de Malgaigne n'est qu'une modalité. Vous la voyez encore, et combien fréquente, chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants ; quelquefois elle apparaît après une seule grossesse, sur la ligne médiane, entre les muscles droits, parce qu'il est des grossesses qui, beaucoup plus que d'autres, sont de nature à troubler l'équilibre physiologique de la nutrition. Ces éventrations spontanées sont constituées anatomiquement par une distension de la paroi abdominale : à la coupe, on retrouve intacts et seulement amincis les divers éléments de la paroi normale.

II. Les éventrations post-opératoires au contraire supposent une plaie antérieure, une cicatrice : dans l'enveloppe de l'éventration, on ne trouve plus les éléments normaux de la paroi.

Par éventration opératoire d'ailleurs, j'entends seulement les éventrations qui se font tardivement à la suite d'une opération : par un abus de langage, on qualifie en effet d'éventration l'accident dans lequel la pression abdominale rompant brusquement les digues d'une suture trop récente fait éclater la plaie et pousse à l'extérieur le contenu de la cavité abdominale, les intestins, l'épiploon. Le terme d'éviscération me paraît préférable pour cette complication, très différente, vous le concevez, de l'éventration : celle-ci reste sous-cutanée, ici la peau au moins est intacte et protège le contenu de la poche.

Ainsi comprise, l'éventration est une des graves conséquences éloignées des opérations abdominales. Je vous en ai montré quelques-unes cette année, et il y a peu de jours, j'opérais une jeune femme qui l'année dernière avait été opérée ici pour une appendicite suppurée et qui nous revenait cette fois avec une énorme éventration. La tumeur avait le volume des deux poings : j'ai dû réséquer une grande quantité de peau et reconstituer la paroi abdominale par la suture exacte de la couche musculo-aponévrotique.

C'est surtout à la suite des opérations suivies de drainage qu'on voit cet accident : le drainage, qu'il s'agisse d'une plaie latérale d'appendicite ou d'une plaie médiane de salpingectomie n'est fait que pour l'infection. Or, la suppuration prolongée, la fistulisation maintient les muscles séparés : la cicatrisation ne se réalise que secondairement au moyen d'un tissu de cicatrice interposé aux lèvres écartées des muscles coupés. Cette cicatrice n'a aucune résistance, on doit la maintenir, la protéger par un bandage, et malgré cela au bout de quelques mois, elle se soulève et conduit à l'éventration progressive.

Conséquence habituelle d'un drainage et d'une réunion incom-