

Diagnostic. — Dans son mémoire de la Société de chirurgie, Michaux (1), après avoir analysé douze observations, dont trois figurent dans la thèse d'Adler (2), arrive à ces deux conclusions :

1° Les lésions des viscères dans la contusion abdominale ne sont pas, comme on pourrait le croire, proportionnelles aux causes qui les ont produites ;

2° Il n'existe, dans les vingt-quatre premières heures, aucun signe certain, aucun type clinique dénotant une lésion viscérale grave et, particulièrement, une déchirure de l'intestin.

Je me rallie complètement à cette manière de voir, en faisant, pourtant, cette réserve que, pendant ces vingt-quatre heures, on peut quelquefois constater l'absence de la matité préhépatique et que c'est là un signe pathognomonique de rupture gastro-intestinale.

Je dirai, de plus, que malgré tout, les commémoratifs ont bien quelque importance : on ne négligera jamais de demander au blessé et aux personnes présentes à l'accident si la contusion a été reçue « à la volée » ou si la région lombaire était fixée contre un plan résistant, un mur, ou le sol, par exemple.

Ces détails ont plus d'importance diagnostique que les phénomènes de stupeur et leur intensité immédiate. En somme, toute la question est de savoir s'il y a une rupture viscérale ou non ; et, en second lieu, la lésion viscérale étant diagnostiquée, de préciser quel est le viscère atteint ?

a. Y A-T-IL RUPTURE VISCÉRALE ? — « Que l'intestin ait été blessé ou non, écrit Moty (3), la marche de l'affection reste la même pendant vingt-quatre heures. » Est-il donc impossible de faire le diagnostic pendant toute cette période, qui est justement celle où il y a le plus d'intérêt à être éclairé. Il est certain que lorsqu'après vingt-quatre heures de calme apparent, on voit survenir tous les signes de l'infection péritonéale diffuse aiguë, les vomissements, l'hypothermie, etc., le diagnostic est fait ; mais je veux insister précisément sur la période dans laquelle les symptômes bruyants font défaut.

Lorsque des signes d'hémorragie interne se montrent en augmentant progressivement dans les heures qui suivent l'accident, on diagnostiquera une rupture viscérale dont on soupçonnera le siège, en recherchant le point douloureux fixe, et en demandant au blessé le siège exact du traumatisme.

Ces phénomènes graves persistant, sans répit, après l'accident, sont un excellent signe de rupture du foie, de la rate, du rein ou d'une déchirure vasculaire.

En l'absence de ces symptômes d'hémorragie, on mettra tous ses soins à rechercher la matité du foie ; et sa disparition, jointe à la con-

(1) MICHAUX, *Soc. de chir.*, avril 1885.

(2) ADLER, thèse de Paris, 1892.

(3) MOTY, *Revue de chir.*, 1890, p. 887.

tracture des muscles abdominaux, à l'existence du « ventre en bois », sera pathognomonique de la rupture du tube digestif.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, suivant la pittoresque expression de Chaput, la clinique « est en faillite » (1). Il n'y a ni signe d'hémorragie interne, ni épanchement de gaz au-dessus du foie et, cependant, une grave rupture intestinale peut exister qui, dans vingt-quatre heures, va se manifester avec fracas, alors que l'intervention n'aura plus de sérieuses chances de succès. C'est pour ces cas-là que j'ai conseillé, au Congrès de chirurgie de 1896, une exploration qui permet, le plus souvent, de faire un diagnostic précoce (2). Je veux parler de la *boutonnière exploratrice sus-pubienne*. Voici, en deux mots, la technique que j'emploie :

Le ventre et le pubis sont rasés et aseptisés ; une injection de cocaïne anesthésie la ligne blanche sur une hauteur de 3 centimètres : je fais alors, à ce niveau, une incision de 2 centimètres entre les muscles droits et j'arrive sur le péritoine que j'ouvre. Si la séreuse paraît normale, j'introduis un doigt dans l'abdomen en déprimant les anses intestinales voisines, mais *sans chercher à les attirer au dehors*. Si, au cours de ces manœuvres, il ne s'est échappé ni gaz, ni sang, ni liquide d'aucune sorte, je ferme la petite plaie, avec deux crins de Florence, et tout est dit. Si, au contraire, je vois sourdre des gaz, du liquide péritonéal, ou du sang, je fais anesthésier le malade et j'interviens en suivant les règles que j'énoncerai dans le paragraphe suivant.

J'insiste sur ce point, c'est une exploration du *péritoine* et non une exploration des *viscères abdominaux*, et cette petite boutonnière, faite sans anesthésie générale, ne peut causer aucun dommage, à la condition d'être faite très proprement. Elle ne saurait être mise en parallèle avec la grande incision qui va de l'appendice xiphoïde au pubis et qui permet d'explorer tous les viscères, de dévider l'intestin, etc. L'une est un moyen de diagnostic, l'autre est un mode de traitement ; aussi est-ce à dessein que je parle ici de la première. Je la comparerai volontiers à la ponction exploratrice dans l'empyème. Cette ponction ne saurait être mise au rang de la pleurotomie, pas plus que ma boutonnière sus-pubienne ne doit être comparée à la grande laparotomie médiane. Je ne vois, en vérité, rien qui puisse dans ce qui précède soulever la moindre discussion, et pourtant les objections ne m'ont pas manqué ; la première me vient de Demons (de Bordeaux) ; je ne m'y arrêterai pas longtemps.

« Si un monsieur reçoit une chiquenaude sur l'abdomen, irez-vous faire votre boutonnière exploratrice ? » me dit Demons. Tel est l'argument dans sa simplicité. Je pourrais répondre que le monsieur en question ne viendra pas me consulter en pareil cas, et je n'aurai pas

(1) CHAPUT, *Soc. de chir.*, février 1895, p. 69.

(2) MALMÉJAC, thèse de Paris, 1897.

à me poser la question d'opportunité ; mais je précise, et je dis qu'il ne saurait être question que des blessés apportés avec des phénomènes de shock, à la suite d'une contusion assez notable pour avoir provoqué des lipothymies, une syncope, un vomissement, une vive douleur, etc.

Reclus a attaqué plus directement ma proposition ; je résume en deux arguments toute sa réplique.

1° La boutonnière ne donnera pas toujours un renseignement positif, même en cas de lésion intestinale grave.

2° Ce n'est pas une petite incision qu'il faut faire, c'est une laparotomie, allant du pubis à l'appendice xiphoïde, pour chercher la lésion.

Je n'ai jamais prétendu que cette boutonnière exploratrice donnera *toujours* un diagnostic ferme ; je dis seulement que, dans *nombre de cas*, elle fournira des renseignements positifs. Et de ce que quelques faits malheureux échappent à ce mode de diagnostic, s'ensuit-il qu'il faut l'abandonner ? Ne sait-on pas, de même, que la matité hépatique peut persister, malgré une rupture intestinale, et faut-il, pour cela, négliger de rechercher ce précieux symptôme ? Je dirai donc : Oui, Reclus a raison de croire que dans certaines perforations intestinales, la boutonnière montrera un péritoine sain et des anses intestinales normales, mais ces cas-là sont exceptionnels. Qu'on en soit bien convaincu : lorsque la rupture intestinale est notable, la moindre incision péritonéale laisse échapper des gaz ou des liquides ; si le péritoine paraît bien intact, il y a de grandes raisons de croire que la lésion n'existe pas ou, tout au moins, qu'elle est remarquablement peu étendue. En d'autres termes, par ce mode d'investigation, d'une innocuité absolue, on étend très notablement le champ du diagnostic.

Je puis être actuellement très affirmatif à cet égard. Depuis un an, je l'ai mise en pratique huit fois et le résultat a été positif sept fois, ce qui m'a permis d'intervenir tout de suite et de faire bénéficier les malades d'une opération hâtive. Une seule fois, cette petite fenêtre ouverte sur la cavité péritonéale m'a montré une séreuse saine et des anses intestinales de coloration normale ; je n'ai pas insisté, bien que le traumatisme (roue de voiture) ait été violent et l'autopsie a montré qu'il n'y avait aucune lésion abdominale et que la mort avait été produite par un hémopéricarde.

Les services que cette exploration, si simple et si innocente, m'a rendus légitiment les développements qui précèdent. Quant à la seconde objection de Reclus, j'y reviendrai à propos du traitement.

Une fois l'existence d'une lésion viscérale reconnue, il s'agit de préciser quel est l'organe atteint.

b. QUEL EST LE VISCÈRE LÉSÉ ? — Le diagnostic le plus important est celui qui consiste à différencier l'hémorragie interne des phéno-

mènes de shock nerveux. Les symptômes sont tout à fait analogues. Il y a cependant, en cas d'hémorragie interne grave, une sueur froide et une sensation de soif ardente, qui manquent en général dans le shock nerveux simple. De plus, dans l'hémorragie continue, les symptômes, au lieu de s'amender avec le temps, vont au contraire en s'aggravant incessamment : c'est là le signe différentiel le plus important.

Pour les lésions rénales, c'est le cathétérisme vésical qui permet de les diagnostiquer, puisqu'elles s'accompagnent presque constamment d'hématurie. Enfin, les selles sanglantes ou les hématomèses permettent de diagnostiquer les plaies intestinales ou stomacales.

En résumé, trois cas peuvent se présenter.

1° Le blessé accuse des signes d'hémorragie interne, qui vont en s'aggravant sans interruption depuis l'accident. Rechercher alors les symptômes locaux des ruptures du foie, de la rate, des reins, des vaisseaux et des viscères pleins en général ;

2° Après un répit de douze, vingt-quatre ou trente-six heures, le blessé présente tous les signes de l'infection péritonéale diffuse aiguë : on songera aux ruptures du tube digestif, de la vésicule biliaire, ou de la vessie ;

3° Dans les premières heures après la contusion, pendant cette période de calme, la recherche du tympanisme de la région hépatique, de la contracture des muscles abdominaux et, au besoin, la boutonnière sus-pubienne, permettent parfois de faire un diagnostic précoce.

Par exception, mais il faut y penser, le blessé pouvait avoir une affection abdominale au moment de l'accident. Dans ce cas, surtout s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire, d'un kyste hydatique, ou de toute autre tumeur liquide, il suffit d'un traumatisme relativement léger pour amener une rupture. Une malade de Peyrot (1) tombe sur le ventre en descendant de tramway. Le choc ne fut pas considérable : il se produisit pourtant une rupture d'un gros kyste de l'ovaire, dont Peyrot fit l'ablation immédiate. J'ai dit que pareil accident se produit parfois sous l'influence du plus léger traumatisme. J'ai laparotomisé et guéri une malade qui avait un énorme kyste multiloculaire de l'ovaire. Avant de se faire opérer, elle avait tenu à essayer d'un traitement par le massage ! Brusquement, au cours d'une séance, l'imprudente masseuse sentit la tumeur fuir sous ses doigts. Je dus intervenir d'urgence et nous trouvâmes les intestins baignant dans le liquide mucoïde, épais et filant de la poche rompue. Ce sont là des raretés : mais il est bon de les connaître.

Traitement. — Ces dernières années, les idées des chirurgiens sur le traitement opératoire, dans les contusions de l'abdomen, ont évolué

(1) PEYROT, Communication orale.

avec une rapidité extraordinaire. Dans le *Traité de chirurgie* de Duplay, pour ne citer qu'un exemple, il n'est pas question de la laparotomie exploratrice et curative.

« En présence d'une contusion violente de l'abdomen (1), y est-il dit, qui laisse soupçonner une lésion du tube digestif, la seule indication consiste à prévenir, autant que possible, la péritonite, à la circonscrire et à favoriser ainsi la formation d'adhérences protectrices. Le repos absolu, la diète, aussi bien pour les boissons que pour les aliments, si l'on soupçonne une lésion de l'estomac, des réfrigérants appliqués sur l'abdomen et, par-dessus tout, l'opium à haute dose, constituent l'ensemble des moyens thérapeutiques. »

Actuellement, la tendance générale est de faire une laparotomie, dès qu'on soupçonne une rupture viscérale. On voit que la question a complètement changé de face ; mais nombre de chirurgiens vont plus loin et conseillent de laparotomiser d'emblée, pour explorer la cavité péritonéale, quand des symptômes précis ne permettent pas de faire un diagnostic précoce. Il n'est pas, je crois, dans toute la chirurgie, de question plus délicate à trancher et le praticien doit faire appel à toute sa sagacité et à tout son sens clinique.

Il n'est plus besoin d'insister sur les bienfaits de la laparotomie pour trouver et traiter directement les lésions viscérales graves.

Par une coïncidence bizarre, j'ai assisté aux premières opérations de ce genre. En 1883, j'étais interne de Tillaux, à Beaujon, lorsque Bouilly, dans le service de Labbé, vint pratiquer la première laparotomie qui ait été faite pour une rupture de l'intestin, après un coup de pied de cheval. Bouilly, devant des signes de péritonite manifeste, prit hardiment le bistouri et réséqua une anse intestinale perforée en deux points. Il fit une entérorraphie circulaire et, les jours suivants, un anus contre nature s'établit au niveau de la plaie. L'opéré vécut dix jours dans un état parfait. Un pansement malencontreux détruisit une adhérence de l'intestin à la paroi et le malade succomba rapidement à une infection suraiguë généralisée.

En 1889, j'ai assisté de même à une opération analogue pratiquée à Londres par Croft. Il s'agissait aussi d'un coup de pied de cheval et d'une rupture de l'intestin grêle. Le blessé avait quatorze ans. Croft fit une résection d'une anse intestinale et d'un coin du mésentère, suivie d'une entérorraphie circulaire. La guérison fut parfaite, sans aucun incident ; mais il faut dire que cette opération du chirurgien de Saint-Thomas Hospital n'a été publiée qu'en 1890, le 17 mars, et, le 8 janvier de la même année, Moty avait présenté à la Société de chirurgie un soldat sur qui il avait pratiqué une suture du duodénum, à la suite d'un coup de pied de cheval. L'opération datait du 30 octobre 1889 ; mais, si la publication en est antérieure à celle du chirur-

(1) DUPLAY, *Traité de chirurgie*, t. V, p. 682.

gien anglais, son exécution est postérieure. Nous dirons donc que, si l'on ne compte pas comme un véritable succès la belle observation de Bouilly, en 1883, c'est Moty, du Val-de-Grâce, qui a publié le premier un cas de guérison de rupture intestinale par la laparotomie, et que c'est Croft, de Saint-Thomas Hospital, qui a le premier obtenu une guérison parfaite dans un cas semblable.

Depuis cette époque, les succès se multiplient ; on trouvera dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* de belles observations dues à Michaux, Charles Nélaton, Jalaguier. En juin 1897, j'ai moi-même présenté à la Société de chirurgie trois malades, guéris de graves contusions de l'abdomen, l'un par une suture du foie, l'autre par une suture du jéjunum, le troisième par une suture de l'estomac. En somme, il ne saurait y avoir aucun doute, en l'état actuel de la chirurgie :

« Le diagnostic de rupture viscérale implique une laparotomie immédiate. »

A cette première formule, un peu trop brève, il faut ajouter que, même en cas de diagnostic précis, on doit tenir compte d'une importante contre-indication.

Je veux parler du *collapsus* et de l'*hypothermie*, et encore faut-il ici faire une distinction ; si l'abaissement de la température s'accompagne des autres signes d'une hémorragie interne, sueur froide, lipothymie, syncope, etc., et si, par conséquent, le collapsus n'en est que le résultat, il faut, de toute nécessité, passer outre ; la guérison, en pareil cas, ne peut évidemment être obtenue que par la ligature du vaisseau, source de l'hémorragie ; mais, en dehors de ces faits relativement rares, on ne doit jamais opérer un blessé dont la température n'arrive pas à 36°. On se rappellera que la laparotomie, suivie d'une exploration minutieuse de toute la cavité abdominale, est toujours grave, mais qu'elle est presque constamment suivie de mort rapide, sinon immédiate, quand le blessé est en état de collapsus avec hypothermie.

Il va de soi que le diagnostic de lésion viscérale, commandant d'un côté une intervention immédiate, tandis que de l'autre le collapsus et l'hypothermie s'opposent à l'intervention, on se hâtera de combattre ces deux accidents. Pendant qu'on préparera tout ce qui est nécessaire pour une opération bien aseptique, on réchauffera le blessé en l'entourant de boules d'eau chaude ; on lui fera coup sur coup cinq ou six injections sous-cutanées d'éther, des injections de caféine, de spartéine, pour relever le cœur défaillant et même des injections de sérum. Inutile de dire qu'on ne doit pas quitter le blessé un seul instant afin d'intervenir dès que le thermomètre approche de 37°.

J'ajouterai que pour l'anesthésie, il est spécialement indiqué d'employer l'éther, à l'exclusion du chloroforme ; l'un excite et joint son action sur le cœur à celle des médicaments déjà employés ; l'autre,

au contraire, déprime et tend à mettre l'organisme, déjà défaillant, en état de moindre résistance.

Nous pouvons déjà tirer de ce qui précède une conclusion ferme :

Quand, après une contusion abdominale, les symptômes permettent de diagnostiquer une rupture viscérale, la laparotomie est de rigueur; si la température est à 36°,8 ou 37° et plus, on interviendra tout de suite; si le shock, le collapsus et l'hypothermie contre-indiquent l'opération immédiate, on attendra pour agir qu'une thérapeutique active ait remonté le cœur, le pouls et la température; enfin, s'il s'agit d'une hémorragie interne, la laparotomie immédiate s'impose *malgré l'état de collapsus*.

Tout ce qui précède est applicable, quel que soit le moment auquel on est appelé à examiner le malade, pourvu que le diagnostic soit possible. Voyons maintenant quelle conduite on doit tenir dans une deuxième éventualité, quand les signes cliniques sont impuissants à éclairer le diagnostic.

C'est pour ces faits, malheureusement si nombreux, que l'opinion des chirurgiens est encore divisée; les uns recommandant l'expectation, les autres la laparotomie exploratrice immédiate.

La sixième conclusion de Moty, en 1890, est ainsi conçue :

« Il n'est pas permis de se servir de la laparotomie exploratrice pour faire le diagnostic : l'expectation et le traitement médical sont toujours indiqués en cas de doute. »

Michaux est d'un avis tout opposé et, en présence des cas que nous avons en vue ici, « la laparotomie exploratrice s'impose, nous dit-il; cette laparotomie, si redoutée de beaucoup de médecins, est, cependant, sans gravité par elle-même, à la condition, bien entendu, d'être pratiquée avec les précautions de propreté, d'asepsie ou d'antisepsie qui sont aujourd'hui les conditions de toute intervention chirurgicale. Tout le monde, à peu près, accepte sans sourciller la cure radicale d'une hernie; une simple laparotomie exploratrice, pratiquée sur un sujet sans tare organique, sans altération grave du péritoine, est-elle plus grave? Je ne le pense pas, et je n'en veux d'autre preuve que les milliers de laparotomies pratiquées pour des affections simples et bénignes des ovaires ».

Il y a certainement exagération à comparer la laparotomie exploratrice à une cure radicale de hernie, et il ne faut pas craindre de dire : l'exploration méthodique du tube digestif et des viscères abdominaux est loin d'être innocente, lorsqu'on opère sur un sujet à peine remis d'un violent état de shock. Aussi, nombre de chirurgiens ont-ils pris place entre ces deux opinions.

On doit, pour être juste, reconnaître que Michaux (1) a été, à tort, considéré depuis son Mémoire comme un partisan de la laparotomie

(1) MICHAX, *Soc. de chir.*, 1895.

exploratrice, indistinctement dans tous les cas. On peut s'assurer, en le lisant attentivement, que la seule doctrine dont il se soit fait le défenseur est celle « de l'intervention aussi précoce que possible dans les cas de contusions graves ».

Cette formule est inapplicable en pratique; car précisément le critérium de cette gravité n'existe pas; il est impossible de définir ce qu'on entend par une contusion grave; à quoi donner cette épithète? est-ce au traumatisme? est-ce à la lésion qu'il a produite?

N'avons-nous pas vu, plus haut, que les traumatismes bénins peuvent produire des lésions graves et *vice versa*.

Aussi, doit-on poser en principe que, si toute contusion violente commande une laparotomie exploratrice, il ne faut pas tirer une contre-indication de ce que le traumatisme a été léger. Nous arrivons ainsi à poser la question de la façon suivante :

Faut-il laparotomiser dans tous les cas de contusion abdominale, même en l'absence absolue de tout symptôme?

Répondons hardiment : non; en faisant remarquer, toutefois, que les faits dans lesquels on n'observe absolument *aucun* symptôme, malgré une lésion viscérale, sont des plus rares, s'ils existent.

On cherchera donc avec soin le moindre indice, et pour peu qu'il y ait eu des phénomènes de stupeur marqués, des vomissements, une syncope, pour peu qu'on trouve une douleur profonde, exquise à la pression en un point limité, ou rayonnant dans tout le ventre, avec contracture des parois abdominales, on ne se montrera pas exigeant, et un seul de ces indices qui, pris à part, n'ont rien de caractéristique, pourra suffire à faire mettre le bistouri à la main.

On sera donc toujours pessimiste.

Je veux bien dire avec Chaput (1) « qu'un ventre souple et parfaitement indolent ne renferme jamais de lésion grave », mais j'ajoute que « cette faillite de la clinique » dont il a parlé n'est jamais absolument complète. Il suffit de n'être pas difficile et d'être partisan décidé de l'intervention précoce, pour peu que l'indice le plus vague mette un doute dans l'esprit. C'est le cas de varier la formule proverbiale et de dire : « *Dans le doute, ne l'abstiens pas* ».

Comme on le voit, je ne parle même plus des errements, classiques encore ces dernières années, et enseignés par tous nos maîtres, errements qui consistaient à attendre l'apparition des premiers symptômes de l'infection péritonéale. Jalaguier résumait ainsi cette notion :

« Dans bien des cas, on est forcé de rester dans l'incertitude et d'attendre l'explosion des phénomènes péritonéaux révélateurs de l'épanchement; expectation nécessaire, mais dangereuse et très

(1) CHAPUT, *Soc. de chir.*, 1895, p. 233.

préjudiciable au patient, qu'un diagnostic bien assis et précoce pourrait sauver, en conduisant à une action thérapeutique énergique et rapide ».

Il est clair que si l'on attend les premiers symptômes de l'infection pour intervenir, les résultats sont lamentables, et que la première condition du succès, c'est la précocité de l'opération : on peut presque considérer la partie comme perdue si, pour une raison quelconque, l'intervention n'a pas eu lieu dans les premières vingt-quatre heures.

C'est au point que je considère comme dangereuse la pratique préconisée au Congrès de chirurgie de 1897 par quelques chirurgiens. Il faut toujours attendre deux ou trois heures pour « remonter » le blessé, disent-ils. A la condition, ai-je ajouté (1), qu'il n'y ait pas d'hémorragie interne. Et l'important est de savoir si l'état de shock n'est pas dû en partie à un écoulement sanguin dans la cavité péritonéale. C'est ce qui m'est arrivé trois fois sur mes opérés. Fallait-il attendre que mes malades « se remontent », quand l'un avait une rupture de la veine rénale gauche et l'autre une hémorragie péritonéale au niveau d'une rupture du rein, quand un troisième avait une déchirure de la veine splénique et un autre une vaste déchirure du foie et de l'épiploon gastro-hépatique ?

J'insiste donc ici sur les deux premières conclusions de mon Mémoire au Congrès de 1897.

« 1° L'hypothermie n'est une contre-indication à la laparotomie immédiate que si elle n'est pas due à une hémorragie interne.

« 2° Le meilleur et souvent le seul signe différentiel de l'état de shock et de l'hémorragie interne est la persistance des symptômes de shock qui vont en s'aggravant incessamment dans un cas et en diminuant dans l'autre. »

Que dire maintenant de l'opinion de Delorme et de Dieu qui parlent « de la gravité relativement faible des coups de pied de cheval dans l'abdomen » (1).

« J'ai été attaché autrefois à un régiment de cavalerie, dit Delorme (2), puis à l'école de cavalerie ; j'ai vu un certain nombre de cas de contusions abdominales, par coups de pied de cheval avec *shock violent*, je n'ai pas souvenir d'un cas mortel. »

A l'appui de son opinion, Delorme ajoute que, sur neuf cas, il est intervenu deux fois ; les deux opérés sont morts ; les sept autres ont guéri ; mais cette statistique n'impressionnera nullement, si on remarque que les deux insuccès sont dus, non pas à l'intervention, mais au retard de l'intervention.

Les chirurgiens militaires ont d'ailleurs une tendance, en raison

(1) A. GUINARD, Réflexions cliniques sur huit observations personnelles de laparotomie pour contusion de l'abdomen (*Cong. de chir.*, Paris, 1897).

(2) DELORME, *Soc. de chir.*, 27 mars 1895, p. 227.

du milieu où ils observent, à n'intervenir qu'en présence « des signes rationnels de la perforation » (Delorme). Moty, dans sa statistique, a trouvé que « les coups de pied de cheval dans l'abdomen produisent, dans le tiers des cas, des lésions graves de l'intestin ». Mais quels renseignements pratiques peut-on tirer de ce chiffre en présence d'un blessé ? Est-on bien avancé de savoir qu'il a une chance, sur trois, d'avoir une rupture de l'intestin ?

En somme, avec Michaux, Quénu, Chaput, il faut conseiller la laparotomie exploratrice précoce, c'est-à-dire pratiquée sur le moindre indice de lésion profonde ; mais on ne saurait, en saine pratique, préconiser la laparotomie dans *tous les cas* de contusions abdominales. C'est à cette formule inacceptable que s'adressent les virulentes apostrophes de Reynier (1) et les critiques de Périer.

Je crois pourtant qu'il vaut mieux, de temps en temps, faire une exploration inutile, que de s'exposer à laisser mourir un blessé faute d'être intervenu à temps ; en d'autres termes, pour dire le fond de ma pensée, un blessé, à qui on pratique une laparotomie inutile, « une laparotomie blanche », court moins de danger qu'un blessé atteint de lésion viscérale grave, *sans symptômes précis*, si on l'abandonne à l'expectation.

J'ajoute que parfois, dans la pratique, lorsque les symptômes subjectifs sont nuls, c'est-à-dire lorsque le blessé ne ressent aucun dommage quelques heures après son accident, il est difficile de lui faire accepter une laparotomie exploratrice. C'est là que la boutonnière exploratrice que j'ai conseillée peut rendre des services. On dit au blessé qu'on va seulement faire une ponction — sans l'endormir — et qu'on ne pratiquera l'opération que si on trouve de graves lésions. Jamais il ne refuse cette ponction, et c'est une excellente amorce pour lui faire accepter ensuite la laparotomie curatrice, si la ponction a laissé s'échapper des gaz, des matières ou du sang de la cavité péritonéale. L'un des opérés que j'ai présentés à la Société de chirurgie avait refusé obstinément la laparotomie que lui proposait sagement Sébileau appelé d'urgence près de lui comme chirurgien de garde : et dès mon arrivée le matin, il acceptait très volontiers ma *ponction suspubienne, sans anesthésie générale*, que je n'eus pas de peine à faire suivre d'une énorme incision quand l'épanchement stercoral eut été constaté *de visu*.

La tendance générale actuellement est de laparotomiser systématiquement (Michaux) dans la plupart des cas.

Technique opératoire. — Les avis sont à peu près unanimes sur ce point ; il faut faire la laparotomie sur la ligne médiane, quitte à pratiquer les incisions libératrices latérales suivant les besoins ; l'important est que l'ouverture soit vaste et l'exploration facile ; rien

(1) Paul REYNIER, Leçon d'ouverture (*Journal des praticiens*, juin 1897).