

extérieurs du féminisme. Cependant on peut citer quelques cas de gynécomasties accidentelles dans lesquels ce dernier caractère n'existait pas.

Il va sans dire que l'on ne possède aucun moyen de traitement pour combattre l'hypertrophie des mamelles chez l'homme. La compression pourrait être essayée au début. Si le poids des mamelles devenait gênant, l'usage d'un corset pourrait être conseillé. L'ablation par l'instrument tranchant, conseillée par Paul d'Égine, ne serait indiquée que dans les cas où le volume des mamelles serait excessif.

CHAPITRE XVIII

MALADIES DE L'ABDOMEN

Bien que les cavités abdominale et pelvienne communiquent largement entre elles et ne forment en réalité qu'une seule et même cavité, limitée en haut par le diaphragme, en bas par le plancher du bassin, il importe cependant, au point de vue chirurgical, d'établir une séparation artificielle entre l'abdomen et le bassin : un plan horizontal passant par le détroit supérieur du bassin constituerait la limite entre les deux cavités.

Nous rappellerons en quelques mots les dispositions anatomiques les plus indispensables à connaître pour le chirurgien relativement : 1° aux parois, 2° à la cavité, 3° au contenu de l'abdomen.

1° *Parois de l'abdomen.* — La *paroi supérieure* est représentée par le diaphragme. Mince et mobile, elle soutient le cœur et les poumons et présente les trois ouvertures qui donnent passage à l'aorte, à l'œsophage et à la veine cave inférieure. La forme de cette paroi permet de comprendre comment une plaie même dirigée horizontalement pourra traverser à la fois la base de la poitrine et l'abdomen.

La *paroi postérieure* est la plus résistante et la plus épaisse ; elle est formée sur la ligne médiane par le rachis, sur les côtés par les fausses côtes et les parties supérieures de l'os iliaque ; ses parties molles sont représentées par les muscles carrés des lombes, les psoas et la masse des muscles sacro-lombaire, long dorsal, et transversaire épineux. Au devant de cette paroi, l'aorte, la veine cave inférieure, le grand sympathique traversent l'abdomen. Le péritoine prend insertion sur cette paroi pour former le mésentère.

Enfin, la *paroi antéro-latérale* est formée latéralement par les muscles larges de l'abdomen : grand et petit oblique, transverse, et par les deux muscles droits, au voisinage de la ligne médiane. Ces muscles sont contenus dans une enveloppe aponévrotique propre par le moyen de laquelle ils viennent tous s'insérer à un raphé fibreux médian : la ligne blanche. Cette paroi présente inférieurement les deux canaux inguinaux

pour les cordons spermatiques ou les ligaments ronds, les deux canaux cruraux pour les vaisseaux des membres inférieurs, et au centre le trajet ombilical. Nous reviendrons plus tard sur la disposition anatomique de ces ouvertures à l'occasion des hernies.

Sur la paroi antéro-latérale se rencontrent des vaisseaux parmi lesquels il importe de signaler l'artère sous-cutanée abdominale, la circonflexe iliaque et surtout la mammaire interne et l'épigastrique. L'*artère mammaire interne*, après avoir parcouru la paroi thoracique, se divise en parvenant à l'abdomen en deux branches : l'une, interne, descend derrière le muscle droit et s'anastomose avec l'épigastrique ; l'autre s'insinue entre les muscles transverse et petit oblique et s'anastomose avec les branches terminales des artères lombaires et intercostales, ce qui établit entre la sous-clavière, la fémorale et l'iliaque externe des communications qui peuvent se développer lorsque le cours du sang est interrompu dans l'aorte. L'*épigastrique* naît de l'iliaque externe, tantôt au niveau de l'arcade crurale, tantôt un peu au-dessus, tantôt un peu au-dessous ; elle croise cette arcade à égale distance de l'épine iliaque et de la symphyse pubienne, puis elle se dirige vers le bord externe du muscle droit qui l'épuise.

2° *Cavité abdominale.* — Sa forme est celle d'un ovale dont l'axe, dirigé de haut en bas, d'arrière en avant et un peu de gauche à droite, serait assez bien représenté par une ligne tirée du centre du diaphragme vers l'épine pubienne droite (Blandin). La grosse extrémité de cet ovale est dirigée en haut.

L'abdomen a été subdivisé en régions secondaires, dans le but de faciliter les descriptions. Cette distinction topographique, bien qu'artificielle, mérite d'être conservée. Les régions dont il s'agit sont au nombre de neuf, séparées par quatre plans dont la projection sur la paroi abdominale antérieure peut être figurée par les quatre lignes suivantes : deux lignes verticales abaissées du milieu de la grande convexité du cartilage de la septième côte ; deux lignes horizontales réunissant, l'une, les points les plus inférieurs des rebords costaux, l'autre les deux épines iliaques antéro-supérieures. Des trois régions supérieures, la médiane constitue l'*épigastre*, les deux autres

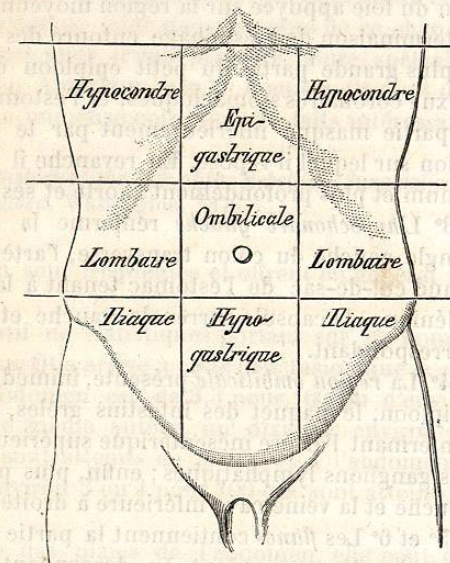


FIG. 99. — Régions secondaires de l'abdomen.

les *hypochondres*; immédiatement au-dessous se trouve l'*ombilic* entouré par les *flancs*; plus bas enfin se rencontrent l'*hypogastre* et de chaque côté les régions *inguinales* ou *iliaques*.

3° *Contenu de l'abdomen*. — Il n'entre pas dans notre programme de décrire les viscères abdominaux, mais seulement d'indiquer grossièrement leur situation, aussi nous servirons-nous pour cela de la division en régions qui précède.

1° L'*hypochondre droit* est occupé par le foie qui déborde quelquefois le rebord des fausses côtes, par l'angle supérieur du côlon ascendant, par la capsule surrénale et une grande partie du rein droit, par la vésicule du fiel dont le fond correspond à peu près au milieu du cartilage de la seconde fausse côte, par la première portion du duodénum ainsi qu'une partie de la seconde et de la tête du pancréas, enfin par la partie supérieure droite du petit épiploon; celui-ci renferme à ce niveau la terminaison de la veine porte, les deux branches de l'artère hépatique, le commencement du canal cholédoque et le plexus hépatique. Sous le bord droit du petit épiploon se trouve l'hiatus de Winslow, c'est-à-dire l'ouverture de l'arrière-cavité des épiploons.

2° La *région épigastrique*, en partie masquée par l'appendice xiphoïde comme les hypochondres le sont par les fausses côtes, contient une portion du foie appuyée sur la région moyenne de l'estomac; plus à gauche la terminaison de l'œsophage entouré des pneumogastriques, le cardia, la plus grande partie du petit épiploon qui renferme l'artère et les plexus coronaires stomachiques, et l'estomac. Mais cet organe se trouve en partie masqué inférieurement par le grand épiploon, par l'arc du côlon sur lequel il repose. En revanche il masque le pancréas, le duodénum et plus profondément l'aorte et ses branches.

3° L'*hypochondre gauche* renferme la rate, appuyée en avant sur l'angle gauche du côlon transverse, l'artère et les veines spléniques, le grand cul-de-sac de l'estomac tenant à la rate par l'épiploon gastro-splénique, la capsule surrénale gauche et la partie supérieure du rein correspondant.

4° La *région ombilicale* présente, immédiatement au-dessous du grand épiploon, le paquet des intestins grêles, plus en arrière le mésentère renfermant l'artère mésentérique supérieure, les vaisseaux chylifères et des ganglions lymphatiques; enfin, plus profondément encore, l'aorte à gauche et la veine cave inférieure à droite.

5° et 6° Les *flancs* contiennent la partie inférieure du rein correspondant, le côlon ascendant ou descendant et quelques circonvolutions de l'intestin grêle.

7° La *région hypogastrique* est destinée à l'intestin grêle, au rectum, aux uretères, à la vessie.

8° et 9° Les *régions iliaques* sont occupées: à droite par le cæcum, la fin de l'iléon et l'anastomose de l'artère mésentérique supérieure avec la troisième colique droite; à gauche par l'S iliaque du côlon, le

mésocôlon iliaque et quelques branches des vaisseaux mésentériques inférieurs.

Nous avons décrit la situation des viscères chez l'adulte et à l'état de vacuité, mais le chirurgien devra tenir compte des modifications qui surviennent dans les rapports précédents par suite de l'âge ou de la réplétion des viscères.

Rappelons, en terminant, que le péritoine tapisse toute la cavité abdominale et fournit une enveloppe spéciale à presque tous les viscères. Nous ne pourrions entrer dans la description de cette membrane séreuse sans sortir des limites de ce court préambule anatomique.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN.

De tout temps les blessures de l'abdomen ont été l'objet d'une attention particulière de la part des chirurgiens, et on trouvera dans tous les ouvrages classiques une description complète de ces lésions. La littérature médicale renferme en outre, relativement à certains points spéciaux de l'histoire des traumatismes de l'abdomen, une foule de travaux originaux que nous aurons l'occasion de citer dans le cours de ce chapitre. Nous devons cependant mentionner d'une manière toute spéciale le magnifique ouvrage publié en Amérique par le docteur Otis, et dans lequel le lecteur trouvera une immense collection de faits intéressants.

OTIS, *The medical and surgical history of the war of the Rebellion (Surgical part., vol. II)*. — *Injuries of the abdomen*. Washington, 1876.

Les blessures de l'abdomen sont fréquentes et offrent en général une extrême gravité.

D'après l'examen comparatif de statistiques portant sur un nombre considérable de cas, le docteur Otis arrive à cette conclusion que la proportion des blessures de l'abdomen est de 3,3 pour 100 ou d'environ 1 sur 29 blessures. Suivant le même auteur, un dixième environ des morts du champ de bataille sont atteints de blessures à l'abdomen, et parmi les blessés il y en a environ 3 ou 4 pour 100 qui sont atteints au ventre.

Relativement à la léthalité des plaies de l'abdomen, elle peut être estimée à 48, 21 pour 100. Mais le docteur Otis fait remarquer que, dans l'appréciation du degré de mortalité des plaies de l'abdomen, il faut avoir soin de distinguer les différentes variétés de ces plaies.

§ I. — Contusions.

Les lésions produites par la contusion de l'abdomen peuvent être

bornées aux parois ou atteindre les organes contenus dans cette cavité. Nous avons donc à étudier :

A. Les contusions des parois, dont nous rapprocherons les ruptures musculaires.

B. Les contusions et déchirures des organes abdominaux.

A. *Contusions des parois de l'abdomen.*

Nous distinguerons : *a*, les *contusions simples*; *b*, les *ruptures musculaires*.

a. *Contusions simples.*

Ces contusions succèdent aux froissements, aux pincements des parois abdominales, ou à l'action directe d'un corps contondant quelconque, mû avec une force variable; dans certaines circonstances, l'abdomen vient heurter contre un corps extérieur, et devient pour ainsi dire l'agent actif de la contusion.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les effets de la contusion de l'abdomen varient légèrement suivant les régions. A la paroi postérieure, la présence du rachis, qui fournit un solide point d'appui à l'agent contondant, explique l'étendue des infiltrations sanguines et des épanchements dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire. A la région antéro-latérale, le point d'appui est représenté par les muscles et les aponévroses qui le plus souvent résistent énergiquement à l'action du traumatisme, mais peuvent parfois se rompre, ainsi que nous le dirons plus tard.

Les contusions de l'abdomen sont suivies d'une effusion de sang, qui tantôt s'infiltré dans le tissu cellulaire, tantôt se réunit en foyer. Dans le premier cas, l'ecchymose s'étend en général sur une large surface, et envahit de préférence les régions iliaque, hypogastrique et lombaire. Lorsque le sang est épanché, la collection peut occuper le tissu cellulaire sous-cutané, intra-musculaire ou sous-péritonéal; elle se présente avec les caractères ordinaires des épanchements sanguins, et, comme ceux-ci, peut se résorber lentement, subir diverses transformations ou s'enflammer. Dans le cas de collections sanguines profondes, on conçoit la gravité de cette dernière complication qui expose à la péritonite.

Les contusions même légères de l'abdomen s'accompagnent parfois d'une douleur extrêmement vive, avec réaction fébrile. Une contusion plus violente entraîne souvent une dépression subite des forces, une défaillance qui peut aller jusqu'à la syncope.

Un coup violent appliqué sur l'abdomen peut-il produire la mort subite sans lésion viscérale? Poland cite trois cas qui sembleraient démontrer la réalité du fait, admise par B. Cooper et par Taylor, d'après Otis. Cependant des observations authentiques seraient nécessaires pour trancher définitivement cette question.

DIAGNOSTIC. — L'ecchymose, les épanchements de sang, la douleur, permettront de reconnaître l'existence d'une contusion; mais il sera souvent très-difficile de décider si cette contusion est bornée aux parois abdominales, ou si elle a atteint les viscères. On puisera les éléments de ce diagnostic dans l'étude des commémoratifs, qui indiqueront la nature de l'accident et la force de l'agent vulnérant, et, d'autre part, dans la recherche des symptômes caractéristiques de la lésion de l'un des organes abdominaux. Mais comme ces symptômes peuvent souvent ne se manifester qu'un certain temps après l'accident, il sera bon de ne pas se prononcer tout d'abord et de réserver le pronostic.

PRONOSTIC. — Sauf les cas rares et même douteux, dans lesquels la mort a succédé à une contusion simple de l'abdomen, cette lésion est généralement peu grave. On a observé parfois un collapsus persistant, une tympanite et une constipation opiniâtre, que l'on a cru devoir rapporter à la commotion des centres nerveux. Quant aux lésions des parois, elles guérissent assez rapidement par la résorption du sang infiltré ou épanché. Rarement on observe le sphacèle des parties contusionnées, l'inflammation et la suppuration des foyers sanguins. J'ai signalé la gravité de cet accident lorsque la collection sanguine est voisine du péritoine.

TRAITEMENT. — L'incertitude du diagnostic dans les cas de contusion violente de l'abdomen commandera les plus grandes précautions, et le chirurgien devra souvent se comporter comme s'il existait une contusion viscérale. Il prescrira le repos absolu, la diète, les opiacés, dans le but d'immobiliser le tube digestif et de favoriser la formation d'adhérences protectrices. Une compression légère, l'application des réfrigérants sur l'abdomen, préviendront l'extension des épanchements sanguins et le développement de la péritonite.

b. *Ruptures musculaires.*

Ces lésions peuvent être le résultat de violences extérieures, ainsi que nous venons de le dire, ou se produire sous l'influence de contractions musculaires énergiques. Dans le premier cas, la rupture résulte généralement d'un traumatisme considérable, et il est exceptionnel qu'elle se produise sans s'accompagner de lésions mortelles. Pollock (1) rapporte cependant l'observation d'un homme qui eut une rupture des fibres des muscles droits au-dessous de l'ombilic à la suite de la chute d'un livre, dont l'angle vint heurter l'abdomen. Il n'y eut pas de symptômes spéciaux au début; mais plus tard on constata une impuissance dans l'accomplissement de certains mouvements du corps. Dans le décubitus dorsal, le malade ne pouvait se mouvoir qu'en se tournant de côté. Il existait au niveau de la rupture une dépression dans l'espace

(1) Holmes's *System of surgery*, vol. II, p. 629.

d'un pouce et demi. Poland (1) rapporte deux cas de ruptures des muscles droits de l'abdomen observées chez des malades qui s'étaient heurtés sur le rebord de fer de leur lit d'hôpital.

Quand la rupture apparaît en dehors de tout traumatisme, elle peut succéder aux efforts de l'accouchement, du vomissement (Boyer), du coït (Vidal), des exercices de gymnastique (Legouest); on a vu survenir une rupture des muscles larges de l'abdomen dans des convulsions tétaniques (Pollock). Les fièvres graves constitueraient, d'après Velpeau, une prédisposition à ces ruptures musculaires, et les recherches micrographiques modernes, en montrant les altérations des fibres musculaires dans les fièvres graves, justifient cette proposition.

SYMPTOMATOLOGIE. — Aussitôt après l'accident se manifeste une douleur vive, assez bien localisée; celle-ci peut être assez intense pour amener la syncope. Elle est augmentée par le mouvement, le toucher.

Si l'on examine la paroi abdominale, on constate tantôt au niveau des muscles droits, tantôt au niveau des muscles larges, d'abord une ecchymose, puis une tuméfaction assez considérable, résultat d'un épanchement de sang; si l'on palpe la région, on parvient à sentir une ligne de séparation entre les deux bouts rompus du muscle. Ces symptômes se trouvent réunis dans une observation de Legouest (2): Un soldat de vingt-sept ans, en se livrant à des exercices gymnastiques, ressentit subitement une douleur dans l'abdomen. Amené au Val-de-Grâce, on constata un peu au-dessus des pubis une tumeur dure et bien limitée, ne s'accroissant pas dans les efforts de toux, et suivant la direction du muscle droit du côté droit. Après une semaine, il ne restait plus qu'une dureté sans importance.

Une complication sérieuse des ruptures des muscles de l'abdomen consiste dans la hernie ventrale. Elle peut être immédiate lorsque le péritoine est déchiré comme à la suite des contusions violentes (Desault), ou n'apparaître que plus tard quand le blessé exécute ses premiers mouvements. Ces hernies d'ailleurs présentent peu de chances d'étranglement; en revanche, leur contention est généralement difficile, en raison de leur siège et de la difficulté de l'application exacte d'un bandage.

TRAITEMENT. — Le malade devra être maintenu dans la position qui permettra le mieux le relâchement des muscles déchirés. Les accidents inflammatoires seront combattus par les antiphlogistiques, et particulièrement par les applications froides. Même en l'absence de hernie, le blessé portera, dès qu'il commencera à se mouvoir, un bandage destiné à la prévenir et à soutenir la paroi abdominale.

(1) Holme's *System of surgery* vol. II, p. 693.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1860, n° 76.

B. Contusions et ruptures des viscères abdominaux sans plaie extérieure.

Il n'est pas rare de voir les contusions de l'abdomen se compliquer de lésions plus ou moins graves des viscères, soit que les parois abdominales portent également les traces d'une violente contusion ou que ces mêmes parois semblent avoir conservé leur intégrité. La statistique suivante, fournie par Bryant (1), donne une idée de la fréquence comparative de ces lésions: sur 71 cas de contusions de l'abdomen admis à *Guy's hospital*, dans un espace de huit années, la guérison sans autre accident que le collapsus passager et la douleur locale a été observée 44 fois ou environ dans les trois cinquièmes des cas; dix fois il se développa des symptômes de péritonite suivie de guérison dans 7 cas et de mort dans les trois autres cas; enfin dans 17 cas, ou dans le quart des cas, il existait des ruptures viscérales.

Au point de vue étiologique, les lésions dont il s'agit reconnaissent des causes prédisposantes, et des causes efficientes.

Parmi les premières, il faut noter: la situation superficielle et le volume de certains organes qui les exposent plus que d'autres à être atteints par les agents contondants, la fixité plus grande de quelques-uns qui les empêche de fuir et de se dérober à l'action de ces mêmes agents; enfin les altérations pathologiques dont ils peuvent être atteints au moment du traumatisme et qui les prédisposent à une déchirure.

Relativement aux causes efficientes, d'ailleurs très-variées, on peut les ramener à deux types principaux: les unes agissent par *pression violente* (passage d'une roue de voiture), les autres par *percussion*, soit que le corps vulnérant vienne frapper l'abdomen (coup de pied, projectile), soit que celui-ci représente pour ainsi dire l'agent actif de la contusion (chute sur le ventre).

Le mécanisme par lequel se produisent les lésions viscérales dans ces diverses circonstances n'est pas toujours très-facile à comprendre. Il semble d'ailleurs qu'il ne soit pas toujours identique et qu'il diffère suivant la variété du traumatisme et suivant la nature de l'organe atteint. Dans le cas de percussion violente, on peut admettre qu'il s'agit d'une véritable contusion directe et que l'organe situé immédiatement au-dessous de la région contuse devient le point d'appui et reçoit directement le choc. Il faut supposer alors, si l'organe contusionné est mobile, que les parois abdominales contractées au moment du traumatisme ont empêché cet organe d'échapper à l'action du corps contondant.

Dans le cas de pression violente, les parois abdominales semblent, au contraire, devoir se laisser déprimer sous l'action de ce traumatisme, et les viscères abdominaux se trouvent comprimés entre l'agent extérieur et une partie voisine plus ou moins résistante qui sert de point d'appui

(1) *A Practice of surgery*. London, 1872, p. 299.

(colonne vertébrale, diaphragme, viscère voisin). Nous verrons plus tard comment ce double mécanisme peut s'appliquer à chaque organe en particulier.

Il est encore une catégorie de lésions viscérales qui ne résultent plus d'une action directe exercée sur la paroi abdominale et qui d'ailleurs n'atteignent que certains organes pleins (foie, rate), je veux parler des déchirures produites par un ébranlement général du corps et qui s'observent à la suite de chutes d'un lieu élevé sur la tête ou sur les pieds. Enfin on peut rapprocher de ces lésions indirectes celles qui succèdent parfois à des contractions musculaires énergiques des parois abdominales.

Nous nous bornons pour le moment à ces indications générales et sommaires, devant revenir avec quelques détails sur les particularités propres aux lésions de chaque organe en particulier.

Quoique tous les viscères contenus dans l'abdomen et le bassin puissent ressentir les effets d'une contusion portant sur la paroi antérieure du ventre, il ne sera question ici que des contusions et des ruptures du tube digestif et de ses annexes. Les lésions de l'appareil urinaire et des organes génitaux internes de la femme seront étudiées ultérieurement.

a. *Contusions et ruptures du tube digestif.*

Ces lésions, relativement assez fréquentes, sont à peine mentionnées dans les ouvrages classiques de chirurgie. Jobert le premier a consacré à leur étude un chapitre de son traité des maladies du canal intestinal. On peut aujourd'hui compléter leur histoire, grâce à de nombreuses observations et quelques monographies parmi les quelles je citerai celles de A. Poland et de Chauveau.

JOBERT DE LAMBALLE, *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*. 1829. t. I, p. 50. — A. POLAND, *A collection of several cases of contusions of abdomen* (*Guy's Hospital Reports*, 1858, 3^e série, t. IV). — CHAUVEAU, *Lésions traumatiques du tube digestif sans solution de continuité des parois abdominales*, thèse de Paris, 1869.

ÉTIOLOGIE. — Les contusions et ruptures du tube digestif sont produites par des chocs violents agissant sur l'abdomen ou par une pression énergique comme celle qui résulte du passage sur le ventre d'une roue de voiture. La possibilité d'une rupture par une contraction énergique des muscles abdominaux est douteuse, à moins qu'il n'existe une lésion des tuniques de l'estomac ou de l'intestin.

Dans les traumatismes ordinaires, les altérations pathologiques antérieures jouent le rôle de causes prédisposantes et favorisent les ruptures du tube digestif; telles sont les adhérences anormales qui fixent une anse intestinale et l'empêchent d'éviter l'action des agents

extérieurs; telles sont encore les ulcérations qui diminuent la force de résistance des tuniques de l'intestin. Chez un homme ayant succombé à une péritonite suraiguë, consécutive à une contusion de l'abdomen, on trouva une rupture de l'intestin grêle produite sans lésion de la paroi abdominale; l'intestin rompu avait été altéré précédemment par une hernie qui sortait fréquemment (1).

On doit également considérer comme cause prédisposante la distension du tube digestif par les substances alimentaires, solides ou liquides, par les matières fécales, par les gaz. Ainsi l'estomac, qui, à l'état de vacuité, se dérobe pour ainsi dire aux violences extérieures derrière le foie et les côtes, devient beaucoup plus accessible lorsqu'il est distendu par les aliments. De même le gros intestin, rempli de matières fécales, est plus vulnérable qu'à l'état de vacuité. La situation superficielle et l'étendue de certaines portions du tube digestif les exposent plus que d'autres à être atteintes dans les contusions de l'abdomen. C'est pour cette raison que l'intestin grêle est plus souvent lésé que le gros intestin. Enfin la fixité de certaines parties du tube digestif constitue une dernière cause adjuvante dont il faut tenir compte.

Le mécanisme des contusions et ruptures du tube digestif est loin d'être encore complètement élucidé. Dans un certain nombre de cas, il semble bien évident que les lésions résultent de la compression de l'estomac ou d'une anse intestinale entre le corps contondant et la colonne vertébrale; cette explication est seule acceptable lorsqu'il s'agit par exemple d'une section complète de l'intestin à la suite du passage sur le ventre d'une roue de voiture. Mais dans bien des cas le mécanisme de la contusion et de la rupture du tube digestif est différent. Tantôt la lésion se produit au point frappé, et il faut admettre que la paroi stomacale ou intestinale se trouve directement comprimée entre l'agent vulnérant et les matières contenues dans la cavité du viscère; tantôt la lésion survient à distance et pour ainsi dire d'une manière indirecte. Dans ce cas, sous l'influence d'un choc violent, le contenu de l'estomac ou de l'intestin violemment refoulé du centre à la périphérie détermine une distension brusque des parties avoisinantes et la contusion ou la rupture du viscère se produit de dedans en dehors. On comprend comment ces lésions se produiront d'autant plus aisément que les matières contenues seront plus solides et plus résistantes.

Nous pensons d'ailleurs que des expériences seraient nécessaires pour déterminer rigoureusement le mécanisme des lésions du tube digestif dans les contusions de l'abdomen.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. *Contusions*. — On peut observer tous les degrés de la contusion, depuis l'ecchymose simple jusqu'à l'attrition plus ou moins complète de la paroi stomacale ou intestinale. Le sang, généralement infiltré entre les diverses tuniques, est parfois rassemblé

(1) Longuet, *Bull. de la Soc. anatomique*. Décembre 1875.

en foyers tantôt sous la séreuse, tantôt entre la musculieuse et la muqueuse.

B. *Déchirures*. — La déchirure parfois incomplète, n'intéressant que la tunique séreuse, muqueuse ou musculieuse, peut aussi comprendre toute l'épaisseur de la paroi. Poland a rapporté deux observations de rupture incomplète de l'estomac ; dans l'une la muqueuse seule était déchirée ; dans l'autre la tunique péritonéale était rompue. Dans un cas observé par Jobert, les fibres longitudinales du côlon étaient déchirées.

Lorsque la rupture est complète, la forme et l'étendue de la solution de continuité varient notablement suivant la violence du traumatisme et

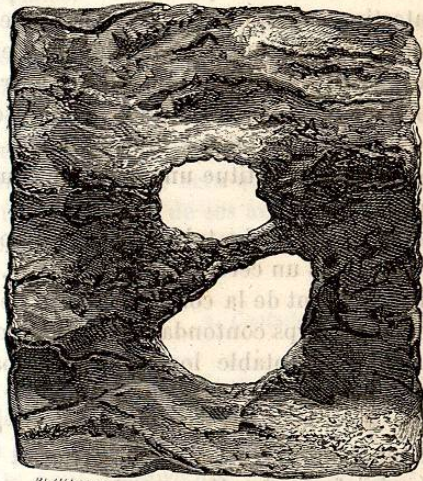


Fig. 100. — Déchirure de l'intestin.

suivant le degré de rétraction de la tunique musculieuse. Parfois la plaie est nette et comparable à celle qu'aurait produite un instrument tranchant ; le plus souvent elle s'accompagne de perte de substance ; ses bords sont mâchés, ecchymosés ; la muqueuse fait saillie entre les tuniques péritonéale et musculieuse plus ou moins rétractées. La figure 100, empruntée à Otis, montre une déchirure de l'intestin produite par un coup de pied de mulet.

Enfin, on a constaté à la suite de violences extérieures appliquées sur l'abdomen, la section complète d'une anse intestinale ; dans ce cas, les deux bouts divisés se rétractent en rétrécissant leur orifice, et d'après les expériences de Jobert, cette rétraction aurait pour effet de prévenir l'épanchement des matières intestinales dans la première demi-heure. Cette section complète paraît s'observer exclusivement sur les portions de l'intestin solidement fixées, comme le duodénum, l'iléon.

Les contusions et ruptures de l'estomac et des intestins sont fréquemment compliquées de lésions analogues des autres viscères abdominaux. Le mésentère est souvent déchiré en même temps que l'intestin. Dans d'autres cas plus rares, on a signalé des ruptures isolées du mésentère ou du grand épiploon. Otis cite un fait de déchirure du mésentère suivie de l'étranglement de l'intestin dans l'ouverture anormale, et Gross (1) a rapporté l'observation d'un individu atteint d'une violente

(1) Holme's *System of surgery*, vol. II, p. 679.

contusion de l'abdomen et mort le lendemain de l'accident, chez lequel on trouva une rupture du grand épiploon longue d'un pouce et demi ; il y avait cinq onces de sang dans le péritoine.

Chez les sujets qui ont succombé plus ou moins rapidement à des contusions ou à des ruptures du tube digestif, on trouve le plus souvent dans la cavité péritonéale un épanchement de sang plus ou moins considérable, mêlé à des gaz et aux matières contenues dans l'estomac ou dans l'intestin, lorsqu'il existe une solution de continuité de l'un ou de l'autre de ces viscères. Parfois les gaz sont infiltrés dans l'épaisseur de la paroi abdominale, soit que le péritoine pariétal ait été déchiré, soit que la solution de continuité porte sur une portion intestinale non revêtue de péritoine (cæcum, côlon). Il n'est pas rare néanmoins, dans les cas de plaies intestinales très-petites, de voir manquer l'épanchement de matières intestinales ; ce phénomène est dû à la hernie de la membrane muqueuse qui bouche l'ouverture. Cette oblitération peut aussi être produite par l'application d'un organe voisin. Dans un cas rapporté par Jobert, l'épiploon avait rempli cet office.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur vive, la dépression du système nerveux, avec pâleur de la face, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, tendance à la syncope, sont les symptômes que l'on observe immédiatement après la blessure. Parfois la mort peut survenir presque sur l'heure. Dans d'autres cas au contraire, ces premiers symptômes sont peu accusés, et l'on voit bon nombre de blessés se relever et marcher. Un enfant, dont l'histoire a été rapportée par Poland et chez lequel on trouva une déchirure complète du duodénum, put parcourir un mille à pied.

Lorsque l'estomac a été le siège de la contusion ou de la rupture, on peut observer immédiatement des vomissements de matières mêlées d'une quantité de sang plus ou moins considérable.

Les phénomènes ultérieurs varient selon la nature et l'étendue des lésions. S'il y a une déchirure, avec épanchement de gaz et de matières intestinales, les signes habituels de la péritonite suraiguë se manifestent et la mort ne tarde pas à survenir. Dans ces circonstances, le ventre est ballonné, ses parois sont parfois envahies par l'emphyseme, et il est permis de constater par la percussion la distension de la cavité péritonéale par des gaz.

Cependant la mort par péritonite foudroyante n'est pas la terminaison constante des lésions que nous étudions. Soit qu'il n'y ait qu'une simple contusion, soit que la déchirure reste assez petite pour que l'épanchement de matières intestinales se trouve empêché, les accidents se bornent parfois à ceux d'une péritonite localisée, qui peut guérir sans laisser de traces. Il est même permis d'espérer que, dans ces conditions, une gangrène consécutive de l'intestin ne déterminera pas d'accidents, et que la portion sphacélée pourra être éliminée par le tube digestif, les adhérences péritonéales prévenant tout épanchement dans