

DIAGNOSTICS
URGENTS

TOME II

H. MONDOR
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat.

DIAGNOSTICS
URGENTS

ABDOMEN

TOME II

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VI^e)

==== 1937 ====

TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN

De certains traumatismes un peu particuliers, il me suffira de rappeler l'éventualité : *corps étrangers* déglutis et faisant leur migration gastro-intestinale; corps étrangers du rectum et accidents du pal; *traumatismes* utérins, vésicaux, rectaux : curetage perforateur, cystoscopie, rectoscopie perforatrices ; *examens radiologiques* compliqués de perforations gastriques, intestinales, etc.

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Une contusion de l'abdomen peut tuer :
En quelques minutes, par shock ou hémorragie foudroyante;
En quelques heures, par hémorragie interne plus lente;
En vingt-quatre heures, quarante-huit heures, par péritonite généralisée ou hémorragie en deux temps.

Il n'est pas habituel que les témoins d'un accident aient fait pour le blessé ce qu'il fallait faire. Une agitation tumultueuse est plus ordinaire que l'aide efficace. Dans les cas de gravité évidente, que de curieux apeurés et gênants, que de temps perdu en puérils commentaires; inver-

sement, si les signes de gravité restent obscurs, que de risques de voir méconnaître d'emblée le caractère sérieux de l'accident ! Supposons un zèle plus éclairé et qu'on a su, à la fois, écarter les bavards, les sanglo-teurs déprimants, et obtenir, à temps, le secours de l'ambulance et du médecin.

Le premier médecin appelé auprès du contusionné doit avoir ce triple objectif présent à l'esprit : *traiter vite le shock, afin de diagnostiquer la lésion du viscère plein (foie, rate, rein, etc.), cause d'hémorragie interne, ou la lésion du viscère creux (tube digestif, vessie), cause de péritonite suraiguë.* Il doit aussi savoir que les lésions sont toutes, sans exception, du ressort exclusif de la chirurgie et de la chirurgie d'extrême urgence. *Qu'il y ait perforation de l'intestin et inoculation péritonéale, qu'il y ait déchirure d'un viscère plein et hémorragie, dans les deux cas, le péril mortel est évident et dans de très courts délais.*

Les statistiques du Congrès de 1911 valent encore, pour bien insister sur les risques du retard opératoire.

Statistique d'Hartmann concernant les contusions, avec rupture du tube digestif :

Opérations.	Horaire.	Guérison.
72	avant la 24 ^e heure	48 p. 100
27	après la 24 ^e heure	3 p. 100

Statistique de Siegel, produite par les rapporteurs :

Horaire de l'intervention.	Mortalité.
1 h. à 4 h. après l'accident	15,2 p. 100
5 h. à 8 h. après l'accident	44 —
9 h. à 12 h. après l'accident	63,6 —
Après la 12 ^e heure	70 —

L'appel au chirurgien doit être immédiat : avec trois exemples, je montrerai facilement la gravité des heures perdues.

A vingt-quatre heures d'intervalle, j'ai opéré, l'un à l'hôpital de la Charité, l'autre à l'hôpital Bichat, deux contusionnés : l'un quarante heures, l'autre quatre heures après l'accident. Le premier avait été heurté par un cycliste et renversé; le médecin qui fit le premier examen ne put sans doute pas se prononcer; il prescrivit la vessie de glace et la morphine! Le surlendemain, le malade, moins bien, se fit transporter à l'hôpital. Lorsque je le vis, il était à la fois en pleine péritonite généralisée et en iléus paralytique. L'intervention fut très facile, car il n'y avait qu'une seule perforation, et de petite dimension, mais le ventre était rempli de pus. Le malade succomba deux jours après (Voir fig. 82).

Le second malade avait été violemment heurté par un camion. Il fut

transporté aussitôt à l'hôpital Bichat, où je le vis et l'opérai quatre heures après l'accident. L'opération fut longue et rendue difficile par l'anesthésie générale imparfaite de ce blessé en état d'ébriété. Les lésions étaient importantes : éclatement d'une anse et déchirure mésentérique étendue. Je dus réséquer largement et anastomoser. L'anastomose bout à bout me paraissant un peu étranglée, je fis une anastomose latérale. Le blessé supporta très bien cette longue intervention et guérit (Voir fig. 83).

Ainsi, le blessé, à qui il avait suffi d'obturer un petit orifice, était mort,



Fig. 82. — Contusion de l'abdomen; unique et petite perforation intestinale; opération facile, mais tardive; mort du blessé.

celui à qui il avait fallu faire une large résection intestinale avait guéri : c'est parce que le second avait été envoyé, d'urgence, dans un service de chirurgie; c'est parce que le premier avait été mis en observation trop longue.

Un dernier exemple : j'arrive à l'hôpital Beaujon un matin, et l'on me montre un blessé entré la veille. Il a été contusionné dans un accident de camion. L'interne qui l'a vu, à son arrivée, à 4 heures de l'après-midi, n'a pas trouvé, malgré plusieurs examens, de signes de perforation intestinale ni de signes d'hémorragie grave. Lorsque je vois ce blessé, il est mourant,

sans pouls; ses mains cyanosées sont inertes; le facies est plombé. Transporté sur la table d'opération, il y succomba quelques minutes après l'ouverture du ventre. On avait vu les lésions : déchirure du mésocolon, sphacèle du côlon ascendant et péritonite putride. Ce blessé était mort en moins de vingt-quatre heures, tous signes de contusion grave avec large déchirure mésocolique ayant échappé à un interne instruit (fig. 86).

Nous savons maintenant, par ces exemples, les difficultés du diagnostic et les dangers de « l'expectative dite armée », mot, en effet, vide de sens,



Fig. 83. — Contusion de l'abdomen; larges déchirures intestinale et mésentérique. Intervention longue, mais précoce. Guérison du blessé.

comme disait E. Quénu. Ce qu'il nous faut donc, ce sont les signes des atteintes viscérales; ce que nous devons espérer, c'est que tel signe nous avertisse de la lésion intestinale, tel autre signe du saignement intrapéritonéal; il nous faut des signes précoces, puisqu'un retard d'une nuit est fatal au blessé, et il nous faut des signes impératifs, puisqu'ils commanderont la laparotomie sur un blessé dont l'état semble, d'abord, si peu favorable aux actes chirurgicaux.

Si nous sommes appelé quelques instants après l'accident, méfions-nous des indications du premier tableau clinique.

LE SHOCK

Le blessé est pâle, hébété, anxieux; sa face et ses extrémités sont recouvertes de sueurs froides; le regard est terne, indifférent; la parole est entrecoupée, la respiration courte, fréquente, superficielle; le pouls est petit, filant. Le malade souffre dans tout le ventre, proteste si l'on y touche. Quelques vomissements, la tendance syncopale complètent ce misérable tableau. Mais il ne faut pas, avec trop de hâte inquiète, conclure de ce premier examen à de graves lésions.

Le blessé est peut-être en état de shock: or, le shock peut exister sans lésion viscérale, il peut accompagner une contusion simplement pariétale. Cet état d'hypotension, d'affaissement, est peut-être provisoire.

Nous devons l'abrégé, par tous les moyens thérapeutiques, à la fois pour le secours au blessé et pour les éclaircissements cliniques.

Faisons coucher le blessé, doucement, à plat, réchauffer son lit, placer sa tête basse. Du sérum très chaud, de l'huile camphrée, de la caféine. Obtenons la solitude du blessé et écartons les affolés, les sangloteurs, les bavards et tous zèles inopportuns. Nous allons avoir besoin de l'attention la plus soutenue, de clairvoyance et de beaucoup d'autorité.

J'ai dit que l'intensité du shock n'était pas l'annonce exacte de l'intensité des lésions, mais il ne faut pas commettre l'erreur inverse de se croire rassuré par un état, au début, satisfaisant.

Pendant que se poursuit le traitement du shock, le médecin devra se renseigner sur les circonstances de l'accident: ce sont des notions quelquefois si utiles qu'à elles seules elles dictent la décision. « Je me suis toujours basé, non pas tant sur l'état du malade, la résistance de la paroi abdominale, que sur les commémoratifs. Je me suis fait renseigner aussi bien que possible sur la puissance du traumatisme, sur la situation du malade au moment de l'accident. » (Souligoux.)

Circonstances étiologiques.

Il y a deux sortes de contusions: la contusion par percussion, la contusion par pression.

Dans la *contusion par percussion*, il y a choc direct; le coup vient atteindre l'abdomen, ou l'abdomen est jeté sur l'agent vulnérant.

a) *Le coup atteint l'abdomen*: coup de timon, de brancard; coup de pied, de tête; ruade à pleine volée, culot d'obus en fin de course. Il reste à essayer de savoir si le corps contus était, à ce moment, adossé, immo-

bilisé, ou fut repoussé, refoulé; dans le premier cas, il y a eu sans doute aggravation par accueil maximum du traumatisme; dans le second cas, il y a eu peut-être, par esquive relative, atténuation.

b) *L'abdomen est jeté sur l'agent vulnérant*, par exemple sur une souche d'arbre dans la forêt, une borne sur la route, un angle de mur, un escalier, un volant d'auto, etc.

Il est des exemples où la cocasserie n'est pas seule à retenir; la petite fille de Guthrie jouait avec son père, il la jetait en l'air et la recevait dans ses mains; il la reçut sur ses pouces étendus, l'enfant succomba à une péritonite; un vieillard se promenant à Nancy, dans un jardin, tombe et se tue sur un de ces arceaux qui bordent les pelouses; le blessé de Neumann jouait au billard et se blessa mortellement au ventre, sur l'angle de la table. Un ouvrier, époussetant avec un tuyau d'air comprimé les habits d'un de ses camarades, lui approcha par plaisanterie l'extrémité du tuyau à quelques centimètres de l'anus. Il en résultat des ruptures incomplètes au niveau du cæcum et de l'anse sigmoïde. Le blessé de Derocque tomba du premier étage sur la tête d'un promeneur. Un enfant soigné par Guthbert se fit une rupture de la rate en jouant à saute-mouton et pour avoir heurté le dos de son camarade. Ces exemples ne sont pas que saugrenus, ils sont là pour nous rappeler qu'une circonstance en apparence insignifiante a pu déterminer le plus grave accident.

Dans la contusion par pression, il y a tassement, écrasement, par roue de voiture, d'auto, de wagon, par éboulement, etc.

Il faut ajouter à ces deux mécanismes, de beaucoup les plus fréquents, deux autres moins importants : le *fouettement*, le *contre-coup*. Les exemples du premier sont classiques : l'épouse fouettée avec une baguette d'olivier meurt de la rupture de sa rate malade; le malade de Terrier meurt aussi d'une rupture de la rate, mais provoquée par jet d'eau. Le *contre-coup* agira dans les chutes d'un lieu élevé, chutes sur les pieds ou sur les fesses : le foie le plus souvent sera désinséré et déchiré. Mais d'autres lésions sont possibles. Une malade de Jefferson tombe du haut d'une chaise. Elle a tous les signes d'une péritonite. Dans le ventre, on trouve du sang en abondance, mais il y est venu par une brèche du péritoine postérieur. Il s'agit, en réalité, d'une déchirure grave du rein par flexion aiguë autour de son axe transversal.

Enfin, les cas complexes sont nombreux, en particulier dans les accidents d'auto, où tout a compté : projection, écrasement, etc. A l'opposé, l'effort seul peut suffire. Schmorell a publié l'observation d'un ouvrier qui, aidant à soulever un bloc de pierre, ressentit soudain une vive douleur. Il y avait plaie incomplète par éclatement de l'anse sigmoïde. Des cas analogues ont été publiés par plusieurs auteurs (1).

(1) Par Schœmaker, Buchbinder, Southby et Schwartz.

Restent encore des enquêtes utiles; nous ne savons que la nature de l'agent vulnérant; quelle fut la direction de la force vulnérante? Quel fut le lieu de l'atteinte abdominale? L'état de la paroi au moment de l'accident? L'attitude du sujet?

La *direction de la force*, que ce soit percussion ou pression, a pu être, et c'est l'ordre de gravité décroissante : perpendiculaire, oblique ou parallèle, ou choc antéro-postérieur (mauvais coup), ou contusion tangentielle (moins mauvais coup).

Le *lieu même de l'atteinte abdominale* est intéressant : certes, l'homme, bipède à paroi molle, est, comme on l'a dit, terriblement exposé; l'atteinte directe en plein ventre ne trouve qu'un pauvre rideau musculo-aponévrotique; le cadre est un peu plus solide : rebord costal, ailes iliaques. Aussi a-t-on distingué la région sensible, exposée (région épigastrique, ombilicale, hypogastrique), les régions mieux défendues (hypocondre, fosses iliaques, lombes), et schématisé un peu, en disant que les coups du milieu du ventre entraînaient surtout les péritonites, les coups latéraux des hémorragies (1).

Quant à savoir si la paroi abdominale était sur une défensive efficace ou dans un relâchement passif, si l'abdomen a été surpris ou a résisté, c'est bien difficile. On admettait que, si la paroi était lâche, la force atteignant l'intestin a été transmise intégralement; c'est dire que le coup de surprise est le plus mauvais, qu'au contraire une paroi contractée a pu faire résistance et amortir. Mais on a dit aussi que cette contracture diminuait la capacité abdominale et, immobilisant l'intestin, lui interdisait toute fuite, toute place plus sûre. Enfin, autre contradiction, l'expérience montre assez souvent que, lorsqu'il y a rupture d'un muscle contracturé, il n'y a pas de lésion intestinale et que, sur le cadavre rigide, les lésions sont difficilement obtenues.

Il est des cas où l'effort, le brusque changement de position, la contraction vive des muscles ont suffi. Un enfant de dix ans, soigné par Esau, n'avait eu que l'accident suivant : étant à bicyclette et voulant s'arrêter pour attendre quelqu'un, il s'accrocha à un arbre brusquement, d'où secousse. Il mourut au cinquième jour; il avait pu continuer sa promenade, avait eu quelques troubles, d'abord pris pour une appendicite, puis une péritonite putride par perforation. Deux malades de Breikopf, au cours de brusques contractions de la paroi abdominale, eurent des perforations intestinales : perforation de l'iléon chez un ouvrier qui soulève une caisse; perforation du cæcum chez un manoeuvre qui essaie, avec vivacité, de s'opposer à la chute d'un objet lourd.

Je rappelle, sans y insister davantage, les accidents qui surviennent parmi les ouvriers de l'*air comprimé* et comment, dans ces usines,

(1) P. Brocq, Miginiac, ont bien fait de rappeler les perforations de l'intestin, par contusion des hernies.

quelques jeux ineptes, ou quelques brimades, ou quelques imprévoyances furent responsables de graves éclatements coliques avec pneumo-péritoine sous tension ou emphysème sous-cutané considérablement étendu. C'est Ch. Lenormant qui, en France, a fait connaître ces singulières péritonites.

SYMPTOMES

Pendant que nous cherchions nos renseignements sur les conditions étiologiques de l'accident, le *shock* s'est-il atténué ? Si c'est oui, la face du blessé se recoloré, son pouls devient régulier et solide et plus lent, la respiration est plus calme, plus ample, les mains se réchauffent.

C'est maintenant que commence le véritable examen. C'est pendant cette amélioration, qui peut n'être qu'une courte éclaircie, que le clinicien léger triompherait et risquerait de repartir trop tôt. **Il faut bien se garder de prendre pour la certitude de guérison cette accalmie** : il n'y faut voir que l'heureux intervalle dont on va profiter pour l'examen méthodique et l'analyse des symptômes.

Nul doute qu'il ne s'agisse d'un examen très difficile : « Je considère le diagnostic des lésions intra-péritonéales par contusion comme un des problèmes les plus épineux de la clinique », disait Le Dentu au Congrès de 1897, mais il ajoutait encore plus justement : « Les cas sans symptôme diminueront de nombre à mesure que, sur ces terrains, les médecins et les chirurgiens auront affiné leur sens d'observation. » Pour Cogniaux, l'alcalinité du contenu du grêle expliquerait l'atténuation des symptômes; au contraire, l'acidité du suc gastrique commanderait l'éclatante symptomatologie de la plupart des ulcères perforés.

Je passe sur les *lésions pariétales* : larges éclatements sous-cutanés de la paroi, hématome par plaie vasculaire, etc. Je ne garde que l'essentiel des préoccupations du clinicien. Je passe, en particulier, sur les éviscérations sous-cutanées; derrière une paroi cutanée, intacte, le mur musculaire a été effondré et il y a par la brèche prolapsus sous-cutané de l'intestin (complication décrite par von Haberer en 1907, étudiée par von Brewer en 1928, 18 cas).

A ce moment de l'examen, une première question s'impose, la plus urgente : Y a-t-il hémorragie interne ?

Hémorragie interne.

S'il y a eu disparition ou vraie atténuation du *shock*, le diagnostic va être facile; par contre, si les signes de l'hémorragie succèdent insensiblement, sans intervalle libre, à ceux du *shock*, le diagnostic, faute de signes constatés, va être plus hésitant.

Le pouls, qu'il ne faut pas cesser de surveiller, redevient petit, filant, ou s'accélère encore s'il était resté à 120. La température est basse, 36°; elle est basse et reste basse avec persistance; la face, un instant colorée, pâlit, d'une pâleur cireuse. Les muqueuses se décolorent; les lèvres, les conjonctives sont blanches. Le nez, les oreilles, la langue, les extrémités sont glacés. Des sueurs froides couvrent le visage, les avant-bras. Alors que, dans la première heure, il y avait stupeur, torpeur, hébétude, maintenant il y a agitation, quelquefois agitation délirante. Une agitation qui dure depuis le début des accidents est en faveur de l'hémorragie; de même un pouls fréquent, faible et jamais relevé. Le malade a des bourdonnements, des éblouissements. Il fait des efforts pour s'asseoir, retombe en syncope. Il demande à boire. Il a aussi soif d'air; son angoisse respiratoire est extrême.

Tout le ventre est douloureux. La paroi est légèrement contracturée un peu partout. Il y a du ballonnement, et, à la percussion, un peu de matité dans les flancs. Faites le toucher rectal ou vaginal : il y a douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Ne parlons plus de shock, surtout. N'abritons pas, derrière ce mot, l'indécision ou la timidité. Dire maintenant : ce blessé est trop shocké, on ne peut pas l'opérer, serait un langage absurde. Il faut dire : ce blessé va mourir, par hémorragie interne, si l'on ne fait pas l'hémostase à temps. Si une artère superficielle saignait, attendrions-nous que le shock fût tombé pour souhaiter ou pour pratiquer la ligature ? Attendrions-nous de vaines transfusions ? leur apport, avant la ligature, n'est-il pas trop incertain ?

L'heure des délibérations, le temps de réfuter est passé; c'est à l'acte de conclure. Appelez le chirurgien. Faites tout préparer. Imposez votre façon de voir. Commandez, ne vous laissez pas retarder : c'est grâce à votre décision qu'une rupture du foie sera réparée, que la rate déchiquetée sera enlevée, qu'une artère mésentérique sera liée à temps.

Ce premier cas : hémorragie interne, grave d'emblée, est assez facile à reconnaître : c'est d'une clinique presque toujours élémentaire. Seules risquent d'entraver les circonstances qui tiennent à l'entourage, les palabres à bascule entre trop nombreux consultants assemblés et la qualité voyante, la notoriété du blessé, etc.

Mais bien des cas n'ont pas cette éloquence immédiate; les signes généraux d'un saignement profond important peuvent être retardataires. H. Estor opère, avec une heureuse précocité, deux malades, l'un atteint de rupture du foie, l'autre atteint d'éclatement de la rate. L'un avait un pouls à 82, l'autre un pouls à 84.

Perforation.

Le diagnostic de lésion intestinale est particulièrement difficile. Longtemps, il passa pour un des plus malaisés. Mais nous sommes maintenant beaucoup mieux instruits qu'on ne l'était il y a quarante ans.

Certains cas se présentent avec une étrangeté vite expliquée, par exemple ce petit nègre blessé en courant derrière une automobile et qui, à son admission, n'avait ni contracture, ni matité dans les flancs, dit l'auteur, mais présentait, sans plaie extérieure, une anse grêle de 20 centimètres de long, noirâtre et faisant saillie par l'anus. Cette anse avait fait irruption à travers une plaie du rectum.

Supposons le shock disparu et éliminée toute hémorragie interne. Nous savons que, derrière cette amélioration passagère, peut se cacher la menace de la péritonite la plus septique. Sur ce blessé presque dispos, qui se croit en résurrection, au milieu d'un entourage devenu optimiste sans mesure, comment dépister la perforation de l'intestin par où se fait l'infection du péritoine? Flach a les plus grandes difficultés à convaincre un blessé qui, dans un accident de luge, n'a senti de choc qu'au crâne et qui se croit si bien (pantopon) qu'il refuse longtemps l'opération. On trouve sur le jéjunum une perforation du diamètre d'une pièce de un franc. Les seuls signes étaient une douleur aiguë quelques heures après l'accident, la rétention d'urine et une hématurie. Pas de contracture. Il n'y avait encore, à l'intervention, aucun épanchement péritonéal, à peine quelques flocons fibrineux. On arrivait avant la péritonite, et la perforation n'avait sans doute été complète qu'en deux temps.

Quels signes réunir pour pouvoir affirmer, se sentir autorisé à affirmer qu'il faut opérer ce blessé, aussitôt, par laparotomie, sous peine de le voir mourir dans deux jours?

Je diviserai les symptômes en trois groupes :

- Les signes trompeurs;*
- Les signes inconstants;*
- Le signe révélateur.*

Au Congrès britannique de Newcastle, en 1921, Gordon Taylor, rapporteur, disait que les contusionnés devaient être maintenus sous la plus étroite surveillance, pour une numération de leur pouls toutes les demi-heures au moins. « Il faut intervenir au moindre soupçon de lésion intes-

tinale. » On y pensera, disait-il, si la douleur abdominale persiste encore après six heures, surtout quand il s'y joint des vomissements, entre autres bilieux, une accélération graduelle du pouls, une contracture localisée permanente qui tend à s'accroître, une sensibilité locale profonde avec respiration superficielle, ou bien, en cas de douleur abdominale nulle ou faible, quand le pouls s'accélère et que le blessé est agité et inconscient. Cette liste de signes ne nous donne pas la bonne ligne de conduite.

LES SIGNES TROMPEURS. — Ce sont les signes qu'il ne faut jamais attendre : leur absence ne saurait rassurer, sans la plus lourde méprise. Je rangerai dans cette catégorie :

- La température;*
- Les vomissements;*
- Le facies.*

L'absence de *température*, l'élévation de température ne signifient

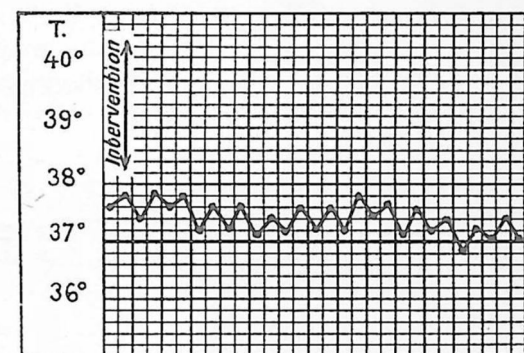


Fig. 84. — Contusion de l'abdomen; large perforation intestinale. Opération quelques heures après le traumatisme. Résection intestinale. Fermeture de la cavité abdominale sans drainage.

rien. Il peut y avoir 36° par shock, 39° par résorption de sang d'un hématome de la paroi. Il y a 37° chez des blessés qui vont mourir.

Les *vomissements* sont aussi sans signification; tel éthylique aura d'incoercibles vomissements et une simple contusion de la paroi; tel blessé à large perforation jéjunale n'aura pas un seul vomissement. Si le *vomissement initial* n'a aucune valeur symptomatique, il n'en est pas tout à fait de même du *vomissement tardif* : il accompagne presque toujours le progrès de l'infection péritonéale. Mais nous n'avons que faire de signes tardifs ou demi-tardifs.

Le *facies* renseigne aussitôt pour l'hémorragie; mais nous parlons de perforation; il peut y avoir facies normal, coloré, des yeux vivants, une langue humide.

On a donné aussi comme signes, que nous rangeons dans les plus trompeurs : *l'affaiblissement de la voix, l'hyperesthésie cutanée large*. Un palefrenier ivre que j'opérai avait, pour demander à boire, une voix retentissante; un blessé d'Hartmann demande bruyamment à sortir, refuse l'opération et meurt deux jours après; quant à l'hyperesthésie cutanée large, signe cher à Delorme, c'est ici un secours menu; il n'est nulle part plus net que chez les simulateurs et dans les cas d'hystérotraumatisme, et, comme nous le verrons pour la douleur, il est trop troublé par la présence de la contusion pariétale et l'état émotionnel et commotionnel du blessé.

Il reste bien entendu que nous aurons des blessés avec 39°, une dyspnée visible (« à partir de 25 respirations par minute, disait Le Dentu, je crois au péril »), des vomissements verts, porracés, une voix éteinte, un facies bistré, aux yeux cerclés de noir, enfoncés dans les orbites, au regard sans éclat; hélas ! ce sont des signes de péritonite, c'est-à-dire non plus les commandements opératoires précoces, que nous cherchons; ce sont des signes déjà sombres.

LES SIGNES INCONSTANTS. — On peut désigner ainsi les signes auxquels il faut reprocher, non leur manque d'éloquence, mais leur absence fréquente :

La douleur;

Les entérorragies;

Le météorisme;

Le tympanisme, la sonorité pré-hépatique;

Le pouls accéléré.

La *douleur* mérite une plus longue discussion. Il conviendrait, rien que du point de vue de la douleur spontanée, d'étudier successivement la douleur locale et la douleur généralisée, la douleur fixe, la douleur à distance, la douleur immédiate et la douleur tardive, enfin les reprises de la douleur. Une douleur locale, persistante, peut n'être que la traduction d'une lésion pariétale. Au contraire, une lésion viscérale grave peut ne s'accompagner d'aucune douleur (observations de Hartmann, de Guinard, une de mes observations, etc.). La douleur peut être immédiate et durable, ou venir plus tardivement. La *douleur tardive* semble suivre assez fidèlement les phénomènes inflammatoires. Une douleur profonde, augmentée par la respiration, aurait de l'importance, mais qu'elle est difficile à faire préciser ! Berry et Giuseppi, en 1908, réunirent 132 cas de contusions abdominales, avec rupture intestinale, soignées à Londres. La douleur intense, continue, existait dans tous les cas, sauf trois. E. Quénu, sur 59 cas, aurait, 51 fois, trouvé la douleur précoce et y voit un bon signe.

Ses idées ont été défendues par A. Schwartz et J. Quénu : « Si le blessé ne souffre pas, cela ne permet pas d'affirmer à coup sûr qu'il n'ait pas de

lésion; mais si le blessé souffre dès le début, s'il continue à souffrir, à se plaindre, à gémir, et surtout s'il désigne toujours la même région de l'abdomen, alors cette douleur prend une certaine importance et mérite qu'on la prenne en considération; il est bien rare qu'un tel blessé ne présente pas de lésion viscérale. » Ce qui est difficile, dans l'analyse de ce symptôme, c'est de le lire en bonne place : est-ce une douleur en plein ventre, de la cavité abdominale; est-ce une douleur de contusion pariétale ? et de l'interpréter : les cris, les gémissements, les soupirs sont-ils de douleur ou d'effroi ?

Les *douleurs à distance* ne sont pas exceptionnelles. Du Bouchet, dans une belle étude des lésions duodénales, a cité des cas où la douleur était dorsale, sciatique gauche, hypogastrique. Nous n'avons pas encore là le signe décisif : comment se déterminer sur ce symptôme, lorsqu'il s'agit d'enfants épouvantés, de femmes que l'accident a affolées, ou de simulateurs ?

La douleur prendra une signification importante à plusieurs conditions : douleur spontanée, persistante et profonde; douleur provoquée à distance du lieu de la paroi où a porté le coup; enfin, surtout si à la douleur spontanée et à la douleur provoquée au palper s'ajoute la *douleur du cul-de-sac de Douglas, au toucher rectal*.

Les *selles sanglantes, l'entérorragie* sont trop exceptionnelles : un meilleur signe, c'est l'absence de selles et l'arrêt des gaz; encore n'est-il pas constant, et surtout il lui faut, pour être frappant, une durée qui excéderait les délais de l'opérabilité.

Le *météorisme* était un signe fort prisé autrefois. Lejars lui gardait quelque faveur et donnait le météorisme progressif comme un symptôme de prix. C'est cependant en renonçant à ce symptôme, en passant outre, que Bouilly, en 1883, le 12 juin, à l'hôpital Beaujon, dans le service de Labbé, pratiqua la première laparotomie, faite en France, pour une contusion de l'estomac. Il opérait, assisté par Guinard, alors interne de Tillaux, et par Jalaguier. Son malade avait « fort peu de météorisme », et Bouilly insistera avec beaucoup de raison à la Société de Chirurgie : « Le météorisme produit par les plaies intestinales, quelle que soit sa valeur, n'a pas la valeur pathognomonique que lui attribuait Jobert... Mais, nous dira-t-on, puisque vous contestez la valeur du météorisme dans les plaies de l'intestin, cette lésion n'a plus de signe pathognomonique, et, dès lors, ne doit-on pas craindre que le diagnostic certain ne soit impossible, alors, cependant, qu'il serait le plus utile de le porter, c'est-à-dire dès le début de la péritonite ? »

En réalité, le météorisme est un très mauvais signe. Il faut le repousser sans regret. Il date, lamentablement : il est le signe des « gros ventres », déplorable qualification, quand il s'agit de péritonites aiguës.

Les progrès de la clinique ont, au contraire, montré que le ventre des perforations était, très souvent, au début, plat, rétracté, quelquefois en

bateau. Le ballonnement, c'est la *péritonite à son dernier stade*. Au surplus, il y a des météorismes précoces qui ne sont pas en relation avec une perforation intestinale, mais avec des hématomes rétro-péritonéaux avec ou sans lésion viscérale. Une contusion rénale avec hématome péirirénal peut entraîner un important météorisme.

Le **tympanisme**, la **sonorité pré-hépatique** sont des signes excellents, mais non fréquents. Jobert avait écrit : « La tympanite instantanée est un signe certain de plaie de l'intestin sans lésion extérieure de l'abdomen. » Guinard avait fait grande fête à ce signe : « Je le mets hors de pair, je veux le mettre en vedette ; il ne faut pas noyer ce symptôme dans une énumération banale ; il est le seul pathognomonique. »

Il est facile, en effet, d'imaginer les gaz épanchés dans le péritoine après perforation du tube digestif et ces gaz venant entre le diaphragme, les côtes et le foie : c'est là qu'une percussion adroite vient chercher le tympanisme révélateur. Ce pneumo-péritoine n'est pas constant. Et tous les tympanismes ne sont pas ceux du pneumo-péritoine. Tel crut le découvrir qui n'eut affaire qu'à un côlon distendu. Au contraire, E. Schwartz, s'abstenant à cause de l'absence de ce signe, le regretta : ce signe est sûr, mais inconstant, disait Guinard ; en réalité, il n'est ni constant ni sûr. Son existence ne permet pas d'affirmer qu'il y a perforation, et bien des ruptures du tube digestif n'envoient pas assez de gaz dans le péritoine pour masquer la matité du foie. Mais la recherche, sous l'écran du **pneumo-péritoine** spontané est une recherche utile ; faite par un radiologue instruit, elle apportera en chirurgie une réponse parfois décisive. Je renvoie le lecteur au chapitre spécial que j'ai consacré à ce signe radiologique des péritonites par perforation (Voir pages 505-524). Pour Pfeiffer, et mon expérience actuelle me fait me ranger à son avis, le pneumo-péritoine serait moins vite constitué après les perforations traumatiques de l'intestin qu'après les perforations d'ulcères gastriques. Sa découverte, par les rayons, serait plus rare dans les lésions traumatiques que dans les complications péritonéales de l'ulcère.

Parmi les signes que la *percussion* peut révéler, je rappelle quel crédit les chirurgiens allemands font au signe de la *percussion douloureuse*. Lange l'a spécialement étudiée dans les cas d'hémorragie intra-péritonéale. La douleur, pendant la percussion, est constante. Elle serait nette si l'hémorragie est d'origine viscérale, moins nette si l'hémorragie est le fait d'une plaie vasculaire. Dans ce dernier cas, le signe de « Kulenkampf » serait même infidèle. Stör qui a, pour ce signe, la même prédilection, lui doit, à l'en croire, d'avoir su se déterminer ou s'abstenir avec un égal à-propos.

Le **pouls** donnera-t-il de plus sûrs renseignements ? Pour Lejars, oui. « Lorsqu'il y a désaccord entre la température et le pouls, j'obéis au

pouls », et ailleurs : « Si le pouls est intact, je m'abstiens. » Que de fois, cependant, cette abstention risquerait d'être funeste !

Un de mes blessés avait, lorsque je l'opérai d'un éclatement d'anse, le pouls à 80. Un blessé qui avait le pouls à 70 parut à Dehelly dans un état rassurant : le lendemain, pouls à 110, météorisme, péritonite généralisée : il y avait trois perforations. Bien entendu, un pouls rapide et qui n'est temporairement relevé que par des doses massives de sérum, à plus forte raison un pouls ne se relevant pas, ce sont des signes graves. De même, l'accélération survenant après quelques heures de repos au lit.

Une perforation gastrique, une perforation intestinale peuvent laisser le pouls intact pendant plusieurs heures ; de même les hémorragies internes graves peuvent être méconnues, si l'on attend, de ce signe, l'ordre ou l'interdiction d'intervenir. C'est Finsterer qui, dans deux mémoires, en 1913 et en 1917, a bien montré que certaines hémorragies intra-péritonéales graves peuvent laisser le pouls lent ou normal. Il avait cru d'abord que c'était le propre des plaies du foie, mais il constata les mêmes phénomènes pour des ruptures de la rate. La rapidité du pouls dans la contusion de l'abdomen est donc un signe inconstant.

« A la suite d'une contusion de l'abdomen, le pouls peut être, et rester pendant plusieurs heures, à peine accéléré, battre à 90 pulsations par minute et même moins, alors qu'il y a du sang plein le ventre, alors que le malade est en danger de mort par hémorragie... Si l'accélération du pouls doit être considérée comme une indication opératoire, l'absence d'accélération ne doit jamais être considérée comme une raison de s'abstenir, s'il existe par ailleurs des indications opératoires tirées d'autres symptômes. » (J. Quénu.)

Retenons donc qu'un blessé sans entérorragie, sans météorisme, sans sonorité pré-hépatique, sans pouls accéléré, peut avoir une ou plusieurs perforations intestinales.

Donnons l'exemple du malade de Dehelly et Lagane, pour bien fixer ces notions dans la mémoire. Le malade arrive à l'hôpital à 6 heures de l'après-midi. Il a reçu un coup de pied de cheval. Avant d'entrer à l'hôpital, il a été se reconforter chez le marchand de vin. Au premier examen, il est sans aucun shock. Le pouls est fort, à 70. Respiration normale. Pas de vomissement. A 1 heure du matin, le malade dort paisiblement (huit heures après l'accident) ; il a une légère contracture de la paroi, que l'on met au compte de la contusion pariétale. Le lendemain matin, le pouls est à 110, le ventre est ballonné, le facies reste excellent. On pratique enfin la laparotomie. Il y a trois perforations intestinales, une anse gangrénée, une péritonite généralisée. Le malade meurt le soir.

Dans ce cas, la faillite des signes que nous avons énumérés jusqu'ici se trouve bien démontrée : pouls intact, facies intact, pas de douleur, pas de météorisme chez un blessé qui succombera le lendemain.

En même temps, par contre, nous est proposé le signe auquel nous arrivons : le signe essentiel, révélateur. Si Dehelly et Lagane qui, préoccupés, revenaient à 1 heure du matin auprès de leur blessé, avaient enregistré le signe nouveau, sans lui chercher une explication, et lui eussent obéi, ils auraient opéré dans de meilleures conditions. Lorsqu'ils ont opéré avec les signes : pouls accéléré, météorisme progressif, qui sont ceux du meilleur ouvrage français de chirurgie d'urgence, il était trop tard.

Il y a un signe plus précoce. C'est le signal vrai; c'est la couleur exacte dans le tableau.

LE SIGNE RÉVÉLATEUR. — Ce signe, c'est la *contracture de la paroi abdominale*.

Je vais la décrire d'abord, dans les termes mêmes que Demons employa, au Congrès de Chirurgie de 1897. Cette description fait le plus grand honneur à celui qui l'écrivit à cette date. Il y avait là l'annonce parfaitement claire du signe auquel on allait devoir les meilleurs progrès de la chirurgie d'urgence. Voici comment, en 1897, Demons la proposait aux chirurgiens (1).

« Je veux parler de la rigidité du ventre, ressemblant assez à la rigidité cadavérique, de cette tension marquée de la paroi, s'accompagnant parfois d'un gonflement médiocre, parfois, au contraire, d'un aplatissement et même d'une excavation du ventre qui fait que la main exploratrice du chirurgien ne saurait réussir à la vaincre. Sous la palpation, cette tension s'exagère plutôt et devient plus douloureuse encore. Le ventre est « comme en bois ». Ce symptôme, doué de caractères si tranchés, dénote, si je suis bien informé, une lésion viscérale certaine. J'oserais même avancer, si je ne craignais pas d'être trop affirmatif, qu'il appartient en propre aux ruptures des organes creux. A un degré moindre, on voit, en d'autres cas, cette raideur, cette contracture de la paroi ne se manifester que sous l'influence de la pression. Le ventre « se défend », comme on dit. Ainsi atténué, ce phénomène n'en a pas moins une portée réelle. »

J'ai choisi et fait relire cette description de Demons, à cause de son excellence, de sa priorité, et parce que trop d'auteurs l'ont injustement oubliée. Nous allons voir avec qui Demons doit partager, sinon l'honneur de la découverte, au moins le mérite de la bonne utilisation de ce signe. C'est un honneur considérable. Il n'y a peut-être pas, dans toute la clinique, un signal de cette envergure. Nous lui devons des sauvetages incontestables. C'est un auxiliaire merveilleux : il faut l'aimer comme on aime un conseiller chaque fois judicieux ; c'est un phare authentique : **il éclaire les situations les plus obscures, les plus graves.** On lui

(1) C'est la seconde fois que, dans cet ouvrage, je fais cette citation; mais son importance justifie cette répétition, c'est-à-dire cet hommage réitéré.

doit quelques-unes des plus fortes satisfactions de notre profession. On n'en saurait donc parler avec trop de confiance, ni jamais trop longuement. Dans le confus amas des signes habituels, il émerge, non plus comme à ses premiers temps, grâce au sens clinique de ses propagandistes, mais maintenant grâce à la somme des services qu'il a rendus. Ce signe, je l'ai étudié avec beaucoup de détails, au début de l'ouvrage. Je renvoie à ce que j'ai dit alors de ses modalités, de ses degrés, de ses exceptionnelles infidélités. Je rappelle brièvement, ici, que l'existence, dans certains traumatismes, de taches dorso-lombaires, sera susceptible de tromper et de faire croire à de graves lésions abdominales.

Je pense que les lecteurs ne trouveront pas oiseux de relire, encore une fois, les premiers efforts qui nous valurent l'incomparable appoint de ce symptôme. Je vais essayer de montrer brièvement comment, en France, il fut accueilli et parrainé. Bien des travaux parus depuis que j'écrivais ces lignes m'ont prouvé que j'étais en droit d'en proposer la lecture aux chirurgiens comme aux médecins. J'avais d'abord cru que ces derniers seuls n'avaient peut-être pas encore de ce signe une connaissance profonde. Ce qu'on peut lire, assez souvent, au sujet de ce symptôme, indique que bien des chirurgiens n'en ont pas encore le maniement nuancé qui convient.

Vers 1897, quand Demons en parlait ainsi, le besoin d'un signe sûr se faisait sentir (1).

Chavasse se rattachait à la violence du traumatisme, à la prolongation du shock, à la douleur persistante. Bouilly s'excusait d'avoir désobéi au météorisme et faillit donner la description décisive en 1883 : « Un seul signe avait pu venir à l'encontre du diagnostic : c'était la rétraction de l'abdomen, qui était plutôt aplati que météorisé. Mais cette rétraction était due à l'intensité même de la douleur développant dans les muscles abdominaux une contracture instinctive qui n'était pas encore vaincue par la fatigue et le météorisme abdominal. Cette absence de météorisme paraît avoir une valeur sur laquelle je reviendrai plus bas. » Il n'y revint pas : c'était l'occasion de donner à la clinique française ce grand symptôme. Bouilly laissa échapper ce bon moment.

Michaux, en 1895, signale « une tension manifeste des muscles abdominaux à gauche ». Chaput, Quénu insistent bien « sur la violence de la contracture abdominale ».

Guinard, en 1896, est déjà plus pressant. Il rapporte la belle observation où l'on voit Robineau interne et deux de ses collègues, puis, le lendemain, E. Quénu, croire intact l'abdomen d'un blessé que Guinard, lui, croit utile d'opérer pour les deux raisons suivantes :

(1) J'ai déjà, dans les premières pages du livre, donné un historique plus complet.

« Au moment où j'ai été appelé, j'ai constaté l'existence de deux symptômes que je considère comme d'une importance capitale. Je veux parler de la sonorité pré-hépatique et de la rétraction avec contracture des muscles de la paroi abdominale. Je sais bien que ces signes sont connus et je n'ai pas la prétention de les indiquer comme une nouveauté. Je désire seulement les mettre en vedette, les extraire pour ainsi dire de la liste des signes énumérés dans les classiques pour leur donner une place à part. Je les considère comme absolument pathognomoniques de la perforation intestinale. »

En 1898, Hartmann revint fort heureusement sur la question. « Il est un signe qui existe dans les cas graves et qui est une indication à l'intervention : c'est la contracture de la paroi; avec mon élève Gosset, je l'ai trouvée dans tous les cas; dans les cas où elle manquait, il n'y eut pas d'accident grave. » Michaux réclama : « Si M. Hartmann veut bien se rapporter à ce que j'ai écrit sur les contusions de l'abdomen, il verra que j'ai insisté sur cette contracture que je regarde comme un des signes les plus importants d'une lésion profonde. Cependant, ce n'est pas un signe absolu. »

Guinard aussi : « Il y a trois ans, j'avais cru découvrir le signe de la contracture du ventre. J'avais même parlé du « ventre de bois »; je me suis aperçu alors que Routier et Jalaguier l'avaient décrit. »

Hartmann, dans la séance suivante, reprit le sujet. C'est cette confiance dans le signe et cette obstination à le vanter, le recommander, qui firent beaucoup pour la diffusion du symptôme qui devait être si fécond. En ce qui concerne les contusions de l'abdomen, ce signe est *le signe de Guinard, Demons et Hartmann* : Guinard pour l'avoir mis en vedette, Demons pour l'avoir parfaitement décrit, Hartmann pour l'avoir inlassablement dit le meilleur. Voici comment Hartmann en parla, dans cette seconde séance, en 1898 :

« Au cours de la dernière séance, j'ai soulevé un tollé général, lorsque j'ai dit qu'en présence d'une contusion de l'abdomen je considérais, en l'absence de tout autre symptôme chez un malade même très bien portant venant à pied à l'hôpital, l'existence d'une contracture de la paroi, non limitée au point contus, comme l'indication nette d'une laparotomie immédiate.

« Certes, je n'ai pas cru trouver un symptôme nouveau des contusions abdominales; ce que j'ai dit, c'est qu'il me semblait que la constatation seule de ce symptôme constituait une incitation à l'opération immédiate. Au premier moment, j'ai cru que je ne faisais que répéter une indication donnée par tout le monde.

« Après la discussion qui eut lieu, et après lecture des travaux antérieurs, je crois aujourd'hui que ce principe de l'indication opératoire commandée par le seul fait de l'existence d'une contracture telle que je l'ai décrite n'a guère été posé d'une manière précise.

« M. Jalaguier décrit la contracture de la paroi dans son remarquable article du *Traité de Chirurgie*; mais il la mentionne au milieu d'une série d'autres symptômes, sans en faire une indication immédiate, en l'absence de tout autre symptôme.

« M. Routier a parlé du ventre en bois de l'appendicite avec péritonite généralisée, qui n'est pas la question. Je parle de la contracture de la paroi existant au début avant toute inflammation péritonéale.

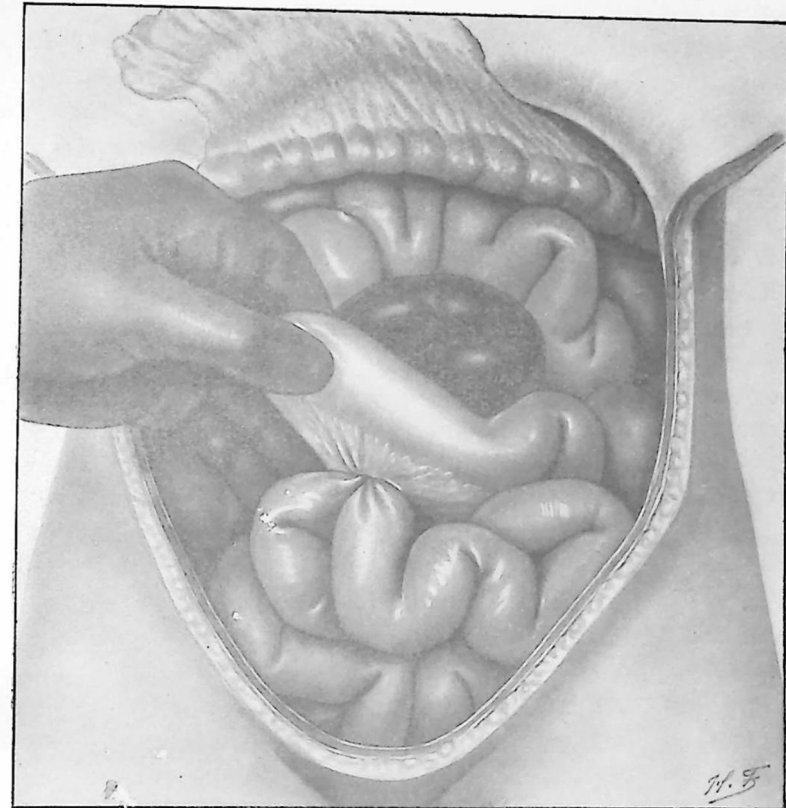


Fig. 85. — Occlusion intestinale par étranglement à travers une brèche mésentérique; celle-ci était la conséquence d'une contusion de l'abdomen. (Brown.)

« M. Michaux, en 1895, ici même, dit bien que, dans les contusions de l'abdomen, « le ventre est plutôt rétracté », mais il ajoute : « Il n'existe dans les premières vingt-quatre heures aucun signe certain, aucun type clinique dénotant une lésion viscérale grave. »

« M. Guinard, en 1896, parle de la « sonorité pré-hépatique et de la rétraction avec contracture des muscles de la paroi »; dans quelques observations, il mentionne le ventre en bois, mais il ajoute : « Malheureusement, ces symptômes manquent dans bon nombre de cas. »

« Aussi arrive-t-il à cette conclusion que « la clinique est impuissante à nous donner le diagnostic » et, en 1897 comme en 1896, il conclut à la nécessité de pratiquer une « boutonnière exploratrice ».

« M. Chaput, qui, en 1895, ici même, avait décrit la violence de la contracture des parois abdominales, insiste, en 1896, au Congrès de Chirurgie, « sur l'inconstance des signes de perforation et la faillite de la clinique ».

« Dans la discussion de l'an dernier au Congrès de Chirurgie, MM. Moty, Tachard, Doyen, Février ne soufflent mot de la contracture de la paroi. MM. Nimier, Tédénat la mentionnent, mais en même temps que d'autres symptômes de péritonite généralisée, la voix cassée et le hoquet. Seul, le rapporteur, M. Demons, me semble lui avoir donné une place considérable : « Ce symptôme dénote, si je suis bien informé, une lésion viscérale certaine. »

« Aussi, en pratique, voit-on qu'il n'y a aucune règle précise. On parle de « tact opératoire », de « groupement de symptômes », etc..., et, suivant le tempérament du chirurgien, on arrive à une conclusion différente. Les uns s'en tiennent à ce qu'on a décoré du nom d'« expectative armée » et voient leurs malades succomber à la péritonite...

« La discussion qui a terminé la dernière séance a montré, du reste, que l'accord était loin d'être fait sur la valeur de la contracture comme indication de l'opération immédiate.

« J'ai dès lors pensé qu'il était utile d'apporter le résultat de l'examen de dix malades que nous avons suivis cette année, mon élève Gosset ou moi-même :

« 7 cas de contusions de l'abdomen;

« 3 cas de suicides par balle.

« Dans 10 cas, nous fondant uniquement sur l'existence ou l'absence de contracture, nous avons pris notre décision :

« 7 interventions : 7 fois lésion d'un organe intra-abdominal;

« 3 abstentions : 3 malades ont guéri sans incident.

« Dix cas, c'est peu; nous comptons, l'an prochain, vous en apporter d'autres... et vous dire si les résultats obtenus infirment ou confirment notre opinion. »

Reclus, E. Schwartz, Delorme élevèrent leurs objections et citèrent quelques cas où le signe était en défaut. Mais le signe fit son chemin. En 1901, Hartmann apportait la confirmation annoncée et une conviction encore accrue. Dès lors, la valeur du symptôme est reconnue par presque tous.

Dambrin, en 1903, lui consacra une thèse solide. Une de ses observations montre bien quelle confiance ce signe donnait déjà, et avec quel profit. Dambrin voit un enfant qui a reçu un coup de balancier de machine d'imprimerie. Il n'a aucun trouble fonctionnel, mais de la contracture. Dambrin diagnostique une lésion viscérale. Mais le père de

l'enfant se refuse à croire à la gravité et ne veut pas d'intervention. Il fallut un quart d'heure d'explications avec lui, pour avoir son assentiment. On trouva une rupture du jéjunum, près de l'angle duodénal.

A l'étranger, c'est surtout Trendelenburg qui insiste un des premiers sur la valeur du symptôme; von Brewer en fait, en 1903, le meilleur signe: « Après l'étude de 20 cas, les signes les plus précoces et sur lesquels on peut le plus s'appuyer pour établir le diagnostic sont la douleur, la sensibilité, la rigidité musculaire; des trois symptômes, la contracture est le plus certain et quelquefois le seul signe existant. En l'absence d'autre phénomène morbide, le spasme d'un ou de plusieurs muscles abdominaux, à la suite d'un traumatisme, peut être regardé comme un effort naturel pour protéger un organe lésé contre toute irritation ultérieure. »

A la Société des Médecins suisses, en 1906, Enderlen vante la contracture comme excellent symptôme; pour Brünner, la défense musculaire n'est pas pathognomonique d'une péritonite par perforation. On la voit à la suite des hémorragies intra-péritonéales (rupture de la rate). Un symptôme plus caractéristique des lésions intestinales par contusion ou plaie, c'est la contracture tétanique de la paroi intestinale au niveau de l'anse lésée et à distance et sous la forme de boudin, d'une dureté cartilagineuse.

En 1908, Berry et Giuseppi, étudiant tous les cas de rupture de l'intestin soignés à Londres dans les principaux hôpitaux depuis quinze ans, vérifièrent la haute importance de ce signe, qui ne manqua que dans 4 cas. Au contraire, l'accélération du pouls, le tympanisme, le melæna ne pouvaient pas être considérés comme signes précoces.

A la **contracture de la paroi abdominale** se rattache un autre excellent signe : l'**immobilité du diaphragme** et la diminution ou la suppression de l'ampliation respiratoire abdominale (1). La contracture du diaphragme est quelquefois même plus facile à mettre en évidence que celle de la paroi antérieure. L'inspection du ventre y suffit; il faut regarder, à jour frisant, de profil, le rebord costal inférieur. Il est d'une immobilité complète ou presque complète. Ce rebord, au lieu d'obéir à chaque mouvement respiratoire, ne présente qu'une infime excursion ou ne bouge plus. C'est à cause de la contracture du diaphragme, qu'on se trouve ainsi avoir jugé à la simple inspection qu'il y a **immobilité respiratoire de l'abdomen**, signe sur lequel nous avons insisté au chapitre *Péritonites aiguës*.

Pour Adams et Cassidy, la *diminution localisée* de l'ampliation respiratoire abdominale indiquerait non seulement la lésion viscérale, mais aussi le siège de cette lésion.

(1) L'immobilité du diaphragme n'est peut-être pas aussi absolue que les cliniciens l'ont crue; les examens radiologiques (Porcher) ont montré presque toujours qu'il y avait excursion visible du diaphragme.

Nous voici en possession d'un symptôme qui ne trompe pas ou, plutôt, la clinique ne réservant pas les conclusions absolues, qui ne trompe que très rarement. Dans la seconde communication de Hartmann et Gosset, en 1901, il s'agissait de 27 contusions abdominales; dans 17 cas, pas de ventre de bois, pas d'intervention : 17 guérisons; dans 10 cas de ventre de bois, on opère 9 fois: 9 fois il y avait des lésions viscérales. Le dixième blessé, se croyant guéri, refuse absolument l'intervention; il meurt trois jours après.

Roux (de Lausanne), qui utilisa le signe du ventre de bois « spontané » un des premiers et avec la foi la mieux éclairée, devait faire quelques réserves, en 1902, au sujet du « ventre de bois » après traumatisme.

« Après traumatisme, le ventre de bois peut manquer ou exister, les viscères étant intacts ou lésés, et cela dans les deux alternatives... il ne permet, en aucun cas, de conclure à ce qui se passe derrière la paroi abdominale. »

Le ventre de bois spontané lui semblait être, au contraire, le signal de l'intervention et devoir « éviter le cortège dangereux des scrupules ».

Les exemples de contusions abdominales qu'il réunit ne contredisaient pas le mérite de la contracture, mais, dans l'esprit de Roux, ventre de bois et défense musculaire ne doivent pas être réunis, confondus, mis au même niveau, « la défense musculaire étant, dit-il, tout ce qu'on voudra, ayant tous les degrés et des causes très variées : y compris la peur et la simulation ». Je ne retiens de ses observations que les deux cas suivants : dans l'un, l'absence de ventre de bois coïncidait avec une déchirure de la fin de l'iléon (où le liquide est moins corrosif, pense Roux, où les perforations couvertes ou de siège pelvien sont fréquentes, pouvons-nous aussi justement penser); dans un deuxième cas, la contracture semblait être expliquée par l'irritation mécanique due à des corps étrangers : capots vestimentaires et brins de foin.

Les remarques de Roux, prises en considération lorsqu'il s'agit de ventre de bois avec rétraction, ne sauraient valoir pour ceux qui acceptent des variétés et des variations d'intensité et des nuances dans la contracture : tantôt défense légère, localisée; tantôt défense plus ferme, généralisée; tantôt rigidité, rétraction, vrai mur abdominal, en bois, disait Guinard; en pierre, disait Canstatt. Le signe, non pas inflexible, comme le veut Roux, mais avec ses degrés variés, garde bien toute la signification que quelques auteurs lui avaient découverte peu à peu. Pour marquer une fois de plus la fidélité de ce symptôme, je citerai seulement ce cas de Schumacher où, pour une déchirure duodénale qui ne se compliquait que d'hématome rétro-péritonéal, il existait, quatre heures après l'accident, une contracture généralisée.

Nous ne pouvons plus dire, avec Chaput, qu'il y a « faillite de la clinique », et encore moins, avec Jalaguier : « Dans bien des cas, on est

forcé de rester dans l'incertitude et d'attendre l'explosion des phénomènes généraux. »

Si les signes de péritonite étaient là, en effet, les chances de guérison n'y seraient plus qu'en petit nombre.

Lorsque la douleur est diffuse, continue, la polypnée croissante, lorsque s'observent les vomissements porracés incoercibles, le hoquet, le ballonnement, la tachycardie, la température élevée et le facies péritonéal (nez pincé, narines battant rapidement, yeux cerclés de noir et enfoncés), la cyanose, l'anurie, le collapsus ne sont pas loin.

Si le chirurgien n'est appelé qu'à cette heure, c'est une sorte d'autopsie qu'il va pratiquer, et non plus un acte de chirurgie curatrice.

Résumons, en quelques remarques, ce que nous a appris l'étude des symptômes.

La gravité des lésions viscérales n'est jamais exactement prévisible d'après l'intensité du traumatisme, surtout d'après le récit de l'accident.

Un traumatisme en apparence insignifiant peut avoir causé de graves dommages; encore deux exemples : une infirmière de l'Hôtel-Dieu, en heurtant une porte, se fait une lésion viscérale; un Américain, en disant à un ami : « Ote-toi de là, tu ne sais pas », le frappe du coude dans le ventre et provoque une perforation dont mourra le blessé.

Les lésions viscérales les plus graves peuvent, pendant quelques heures, ne s'accompagner d'aucun symptôme inquiétant : en particulier, *l'intensité du shock ne mesure rien.* Deux autres exemples : un malade de Barwell reçoit un choc, continue à travailler; le quatrième jour, péritonite; le septième jour, mort. Nimier raconte qu'un cavalier, ayant reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen, continue son service, demande du vin, se couche, le lendemain boit du café, panse son cheval, le surlendemain succombe.

La division clinique classique en cas légers, moyens, graves, est au moins inutile. Toute contusion avec lésion viscérale est grave. Les signes peuvent sembler, d'abord, devoir rassurer, quand, deux, trois jours après, ce cas, en apparence léger, s'alourdit singulièrement : les signes de péritonite s'assemblent avec rapidité : ce qui n'était qu'attrition est devenu perforation; ou bien quelque occlusion apparaît, comme dans ce cas de Schœnwerth : un gymnaste heurte une échelle, a une douleur vive disparue presque aussitôt. Pendant trois jours, il est bien, allant à la selle, faisant des gaz, ne souffrant pas. Puis des vomissements, bientôt fécaloïdes. On trouve une bride circulaire enserrant l'intestin, là où celui-ci avait eu une déchirure de la séreuse.

Il vaudrait mieux dire, le pronostic étant moins urgent que le diagnostic : cas faciles, difficiles, anormaux.

Attendre les signes de la péritonite pour se déterminer, c'est laisser mourir le blessé, par une faute de clairvoyance ou de décision.

Je rappelle l'excellente phrase de Le Dentu : « Les cas dits sans symptôme deviendront de plus en plus rares, à mesure que les médecins et les chirurgiens auront, sur ce terrain, affiné leur sens d'observation. »

Ils ont affiné leur sens d'observation. Nous disposons, grâce à ceux qui l'affirmèrent, il y a trente-cinq ans, d'un bon signe avertisseur : **c'est la contracture de la paroi et du diaphragme.**

FORMES CLINIQUES

J'ai déjà dit qu'il ne fallait pas s'attacher à la division classique en cas légers, moyens, graves. Il y a ou non lésion viscérale. S'il n'y a pas lésion viscérale, c'est une contusion de la paroi, lésion évidemment bénigne. S'il y a lésions viscérales, elles sont graves. Les unes emportent en une heure; les autres en un jour, deux jours, huit jours; mais rien, à l'heure du premier examen, ne permet de dire : cas moyens, cas graves. Combien de cas dits, légèrement, légers se sont terminés par une péritonite ! Combien de cas dits, gravement, graves n'ont eu d'alarmant qu'une heure de shock ! Quelle prétention un pronostic, alors que le diagnostic est déjà si difficile ! Certes il y a des traumatismes à gravité évidente ; mais aussi bien des contusions à gravité camouflée, à gravité retardée, à gravité de surprise.

De nombreuses distinctions devraient être faites : contusions pariétales ; contusions et ruptures viscérales incomplètes ; lésions rétro-péritonéales ; lésions à la fois hémorragiques et infectantes ; lésions abdominales associées à des lésions diaphragmatiques, ou thoraciques, ou autres.

Mais je n'envisage ici que la clinique du premier jour, et dans sa plus simple expression.

Le problème est un problème de diagnostic. Il est des cas « où le tableau est à peine esquissé ; dans d'autres, il est chargé de couleurs vives, voire criardes. » (Demos.) Les cas sans cortège symptomatique n'en conduisent pas moins à la péritonite la plus grave. Le pronostic est uniforme : chaque fois qu'il y a lésion viscérale, il y a danger de mort.

Nous avons bien répété que, grâce au signe révélateur, la *contracture*, le nombre des cas obscurs avait diminué. Mieux on sait user de ce signe, moins il y a de cas anormaux ou de cas masqués à demi.

Ces cas anormaux sont les **cas latents**. Ils sont latents pour trois raisons principales : *hémorragie retardée, perforation couverte ou incomplète d'emblée, plaie mésentérique. L'accalmie traîtresse* dont nous avons

vu les méfaits, lorsqu'il s'agit d'appendicite aiguë ou d'ulcère perforé et d'autres graves syndromes, explique ainsi, dans bien des cas de contusions, les retards regrettables des gestes chirurgicaux.

Les cas d'*hémorragie retardée* ne sont pas exceptionnels. Demoulin les signalait en 1901. Routier a publié celui-ci, qui est classique : un garçon

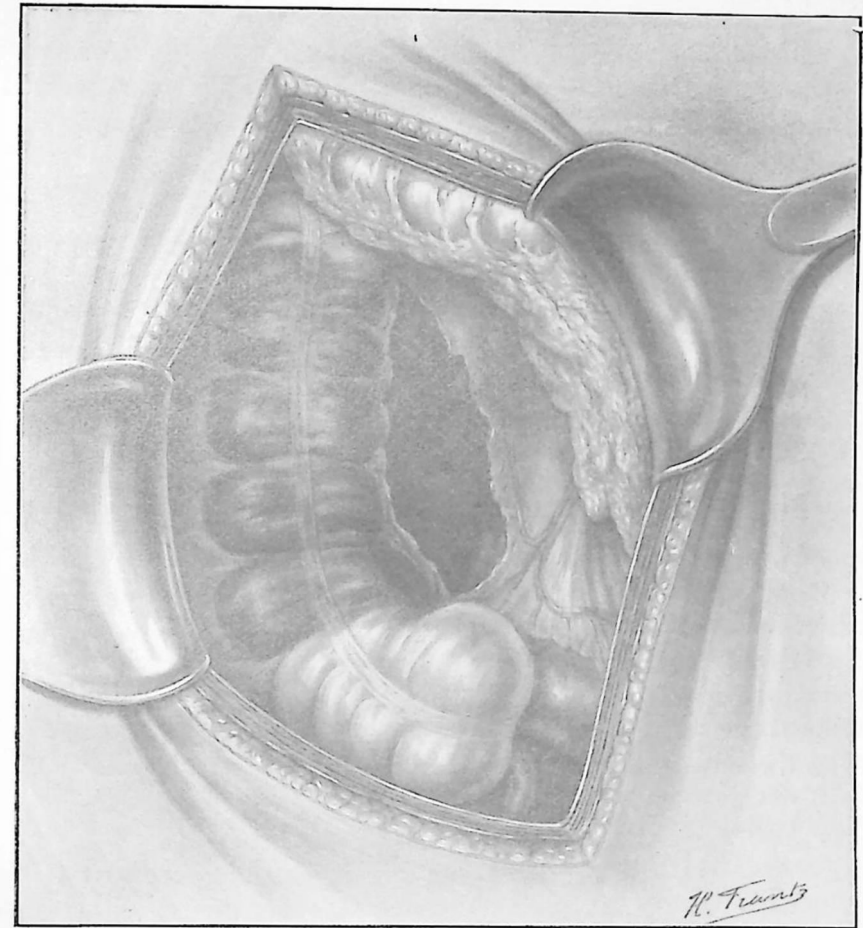


Fig. 86. — Contusion de l'abdomen ; signes frustes ; diagnostic tardif ; laparotomie : on trouve une large déchirure mésocolique, le sphacèle du côlon ascendant désinséré, une péritonite putride. Mort.

de dix-huit ans est écrasé par les roues d'un chariot ; il alla vite si bien que, sept jours après son accident, il descendit dans le jardin de l'hôpital, se mit à jouer, courir, sauter. A ce moment, il fut pris brusquement d'une douleur violente dans le ventre et de vomissements. Au huitième jour, l'état est aggravé : on croit à une appendicite, tant s'est éloigné le sou-

venir de l'accident; on incise à droite; on trouve l'hémorragie interne; elle était due à une rupture de la rate. Depuis, plusieurs auteurs ont insisté sur la période de latence de ces déchirures viscérales où les choses se passent comme si l'hémorragie, d'abord sous-capsulaire, devenait, ensuite débordante. Lenormant, il n'y a que peu de temps, attirait l'attention des chirurgiens sur les ruptures du foie en deux temps.

Une *perforation* peut d'abord être *incomplète* ou *couverte*, soit que l'escarre d'attrition ne se détache que quelques heures ou quelques jours après l'accident, soit que l'obturation ait été réalisée par un organe voisin.

Le blessé a parfois pu se lever, reprendre ses occupations, puis, sans avertissement criard, être, en quelques heures, terrassé, foudroyé par une péritonite hyperseptique.

Les *lésions mésentériques*, déchirures, larges perforations, désinsertions (voir fig. 87), exposent à ces syndromes larvés, à ces cas latents : le cas personnel que j'ai rapporté, au début, de désinsertion mésocolique méconnue par un bon interne, rappelait tout à fait celui de Michaux, où, vingt-deux heures après l'accident, on trouve une déchirure mésentérique qui a détaché l'intestin de son mésentère nourricier sur 25 centimètres : l'anse est putréfiée, flasque, du plus beau vert de bronze que l'on puisse imaginer. Il n'y avait aucune perforation intestinale. Mais il n'y en avait pas moins une péritonite putride généralisée. Ces *lésions mésentériques* ne sont pas rares; Sencert et Ferry en avaient réuni 32 observations. Elles exposent à des accidents retardés par sphacèle ischémique de l'anse et puis péritonite putride; les signes de perforation manquant au début, les premières heures peuvent être sans symptôme net. Là encore, cependant, la découverte de la contracture reste le meilleur objectif de l'examen. Sencert et Ferry distinguaient, pour ces désinsertions intestinales du mésentère, trois types cliniques :

- Type d'hémorragie interne;
- Type de perforation intestinale;
- Type latent.

Même dans ce dernier cas, la contracture existait : quelquefois localisée, quelquefois plus accusée au moment des douleurs, mais présentant régulièrement avec la contracture la réduction au minimum des oscillations respiratoires du diaphragme.

C'est pour de pareils cas que devront être recherchés les signes du *remplissage progressif du cul-de-sac de Douglas* (Delbet) et du *tremblement péritonéal* (Tixier). Ce dernier signe a été étudié par Clavel qui le décrit ainsi : « S'il n'y a pas de contracture, la paroi abdominale est alors flasque, comme stupéfiée par le traumatisme; elle est presque comparable à la paroi abdominale d'une femme qui vient d'accoucher. Si, dans ces conditions, il existe du liquide dans l'abdomen (sang, urine, etc.), voici un moyen qui m'a semblé pratique pour s'en assurer : le malade étant

couché sur le dos, les cuisses relâchées, mettre à plat dans la fosse iliaque la face palmaire des quatre derniers doigts, déprimer à plusieurs reprises, à petits coups rapides, la paroi abdominale. On imprime ainsi à la paroi une sorte de mouvement ondulatoire, qui aboutit, en cas de présence de liquide, à une double sensation tactile et visuelle.

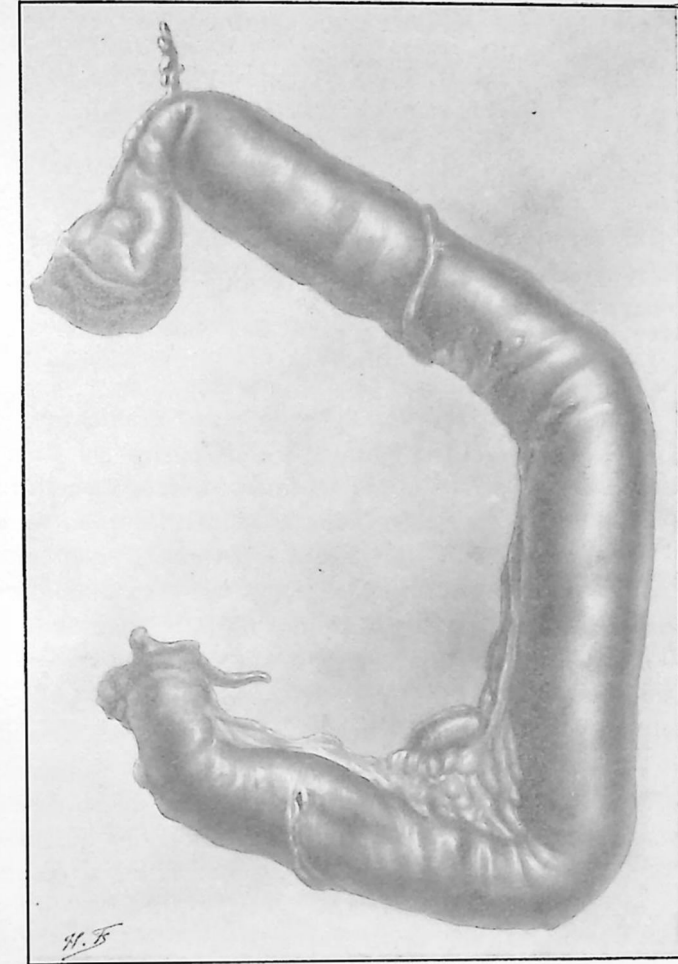


Fig. 87. — Contusion de l'abdomen; déchirure du mésentère; intestin désinséré : anse jéjunale (SENCERT et FERRY.)

« *Sensation tactile*, surtout, ce n'est pas du flot, à proprement parler, c'est une sorte de tremblement gélatineux, dû sans doute à la perception des anses qui flottent dans un peu de liquide et viennent choquer les doigts.

« *Sensation visuelle*, transmission à la paroi du côté opposé de cette ondulation, sorte de traduction visuelle du clapotis. »

DIAGNOSTIC

Nous avons marqué les progrès réalisés depuis que Le Dentu se plaignait que le diagnostic des lésions intra-péritonéales par contusion fût un des problèmes les plus épineux de la clinique. Mais reprenons, pas à pas, toute la marche vers le diagnostic exact.

Il convient, d'abord, de ne jamais négliger l'*interrogatoire*, non pas pour espérer pouvoir s'en remettre souvent et entièrement à lui, mais pour recueillir les renseignements étiologiques précis, et surtout pour ne pas risquer une erreur comme celle signalée par Chavannaz : croire à une hernie étranglée alors qu'il s'agit d'une péritonite par chute, trois jours avant, sur une hachette.

Il faut, ensuite, savoir la longue série des gestes à faire, des *examens à pratiquer* : l'*inspection du facies*, celle de la respiration thoracique, celle de l'*immobilité abdominale*; la numération attentive du *pouls*, à plusieurs reprises et avec les comparaisons utiles de fréquence, force, régularité, etc.; la *percussion* du ventre pour la recherche de la *sonorité pré-hépatique* et de la *matité dans les flancs*; le *toucher rectal*: pour Grassman, la sensibilité du cul-de-sac de Douglas serait constatable une à deux heures après l'accident, s'il y a un liquide digestif épanché; comme l'a dit Lenormant : « L'exploration systématique du cul-de-sac de Douglas doit toujours être faite dans les syndromes aigus de l'abdomen, traumatiques ou non. » Si le signe, douleur ou contracture, de l'inondation ou de la simple irritation du diaphragme peut aider au diagnostic, il est rationnel de supposer que l'inondation ou l'irritation du cul-de-sac le plus déclive du péritoine sera aussi précoce. C'est le toucher qui l'apprendra.

Enfin, faire l'*examen des urines* obtenues par miction ou par cathétérisme.

Surtout, nous avons dit ce qu'il faut attendre de la *palpation*. C'est elle la recherche la plus importante; encore comporte-t-elle quelque soin, un tact minimum. Campenon disait : « Pour rechercher la contracture généralisée, ce sont les muscles grands droits qu'il faut palper. Réchauffez vos mains et, les mettant bien à plat, appuyez de toute leur surface, lentement et sans à-coup. Enfoncez-les progressivement et retirez-les de la même façon. Si vous sentez sous vos doigts les droits se raidir, si même vous sentez dans leur épaisseur des tressaillements musculaires indiquant qu'ils se défendent, soyez certain qu'il existe une lésion profonde et hâtez-vous d'opérer. »

Hartmann demandait quelques précautions : « Plusieurs fois j'ai été

appelé pour opérer une contusion de l'abdomen présentant, me disaient mes internes, de la contracture; or, celle-ci n'existait pas; il s'agissait ou de contracture localisée ou de contracture provoquée par l'exploration.

« Pour éviter de provoquer une contracture par l'exploration, il faut avoir soin de ne pas appliquer une main froide sur la paroi abdominale; il faut encore veiller à ne pas exercer une pression brusque en un point localisé, comme cela arrive lorsqu'on recherche la contracture avec l'extrémité des doigts.

« Il faut, après avoir réchauffé la main, la poser doucement sur le ventre bien à plat, puis, la main restant immobile, explorer très doucement la paroi au point de vue de sa tension. Constatée avec ces précautions, la rigidité de la paroi a une existence bien réelle et n'est pas une contracture déterminée par l'exploration; pour qu'elle acquière une valeur diagnostique, il faut qu'elle ne soit pas limitée au point contus, mais qu'elle soit généralisée à tout le ventre. »

Le premier pas du diagnostic, c'est la *différenciation du shock et de l'hémorragie*.

Lorsque toute idée d'hémorragie est écartée, le problème de la perforation, c'est-à-dire le problème difficile, est posé. Il va comporter, lui-même, des étapes successives qu'il faut parcourir dans un temps court.

Avant de les énumérer, faisons une remarque de grande importance : un premier examen a pu être sans réponse : un second doit être fait une heure après. Ce sont ces *examens successifs* échelonnés de demi-heure en demi-heure, au plus tard d'heure en heure, qui donneront le diagnostic et dicteront la décision. Il ne faut, sous aucun prétexte, à moins de certitude absolue, quitter un blessé pour tout un jour, toute une nuit : celui que Dehelly quitta à une heure du matin dormait paisiblement; le lendemain matin, il était mourant.

Enfin, quel crédit ferons-nous au signe de la *contracture* (1)? Positif, il commandera l'intervention; négatif, devra-t-il l'écarter? Ces deux propositions d'Hartmann sont-elles également valables?

A plusieurs reprises, on s'est attaqué à la seconde proposition : « L'ab-

(1) Levin, de Chicago, a réuni en tableaux les caractéristiques principales de 149 traumatismes abdominaux chez des enfants, dont 20 plaies par armes à feu. Les signes les plus fréquemment observés ont été : la douleur, la sensibilité à la pression (absente 17 fois), la contracture (absente 29 fois).

J'ajoute que le coma existait, dès l'arrivée, pour 23 blessés, dont 19 moururent.

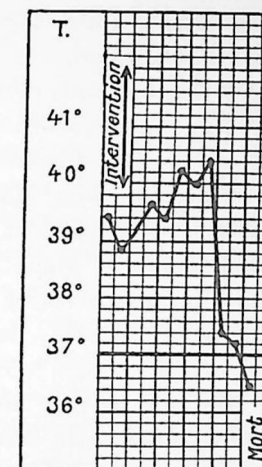


Fig. 88. — Contusion de l'abdomen. Perforation intestinale unique et de petit diamètre. Intervention trop tardive (quarante-huit heures après le traumatisme). Péritonite généralisée. Mort.

sence de contracture exclut pour nous toute idée d'intervention. »

Florence et Ducuing en 1913, A. Schwartz et J. Quénu plus récemment, ont montré le danger d'une formule aussi péremptoire si l'on oubliait qu'il y a des lésions viscérales graves avec contracture simplement localisée, ou contracture modérée, ou sans aucune contracture: « Si l'existence d'une contracture généralisée est un signe presque certain de lésion viscérale profonde et commande l'intervention, l'absence de la contracture n'exclut nullement la possibilité de ces lésions, ni, de ce fait, toute idée d'intervention. » (A. Schwartz et J. Quénu.)

Il ne faut pas faire de la contracture le signe obligatoire des lésions viscérales. Nul n'y a jamais songé. En particulier, pour le diagnostic des hémorragies internes, c'est un signe plus qu'infidèle. Dans l'ordinaire des cas, il est absent.

Où il intervient, comme signe remarquable, et, à lire de près les observations sur lesquelles s'appuient les réserves de A. Schwartz et J. Quénu, on ne le voit pas perdre en valeur, c'est lorsque l'interrogation que se fait le clinicien est la suivante: « Y a-t-il lésion du tube digestif, y a-t-il menace péritonéale? » A cette question, ce signe répond avec une fidélité qu'aucun autre signe n'égale. Il n'a qu'un défaut: il exige une certaine habileté, une certaine douceur, parfois quelque subtilité d'analyse. Ceci dit, il doit garder, dans l'esprit du médecin et du chirurgien, toute la valeur que nous avons dite.

Pour ma part, je ne lui demande jamais de m'instruire infailliblement d'une hémorragie interne, traumatique ou non, mais de m'éclairer sur la menace d'infection péritonéale. Limité à ce rôle encore si grand, le symptôme est un signal incomparable. Je souligne une cause d'erreur: il peut exister dans certains cas d'hématomes rétro-péritonéaux, avec ou sans lésion rénale; et contrairement à ce que j'en pensais, avant d'en avoir vu un exemple pur, que j'ai confié à Maës pour sa thèse, la contracture, en cas d'hématome rétro-péritonéal, même sans lésion viscérale, peut être une contracture généralisée et rigide et durable.

Les étapes du diagnostic devront donc être:

1° *Le shock est-il amendé?*

2° *Y a-t-il hémorragie interne?*

3° *Y a-t-il perforation*, ce qui revient à peu près à dire *y a-t-il contracture?*

Bien entendu, pour qu'il y ait contracture, il faut qu'il y ait muscle, et muscle intact. Dans le cas récent de Aumont, le muscle droit étant rompu, la contracture était absente. Pour Adams, les muscles contus, déchirés, réagiraient à une palpation superficielle et seraient, au contraire, inertes sous une palpation profonde.

Le cas inverse de Cadenat: contracture dans un cas de rupture du

droit, sans lésion viscérale, reste une exception (Voir ce que nous avons dit des conditions anatomiques de la contracture, dans le premier chapitre du livre).

S'il y a lésion viscérale, peut-on aller un peu plus loin et préciser le *viscère lésé?*

L'estomac peut être en cause s'il y a eu coup épigastrique ou dans l'hypocondre gauche: hématomé, tympanisme pré-hépatique précoce, ventre de bois d'une rigidité absolue. Mais l'hématomé a pu être le fait de déchirure muqueuse; Legueu, pour un blessé qui avait eu quatorze hématomés en quarante-huit heures, dut ouvrir l'estomac pour trouver la source de l'hémorragie.

Une remarque importe concernant les ruptures de l'estomac: de menus traumatismes peuvent suffire, s'il y a distension stomacale. Un enfant de six ans, après un repas, court et tombe de sa hauteur. Etat de shock: pouls à 170; ventre tendu, douloureux; sonorité pré-hépatique. Laparotomie: les aliments sont dans le péritoine et, près de la grande courbure, on voit une plaie gastrique de 3^{cm},5. Suture. Mort sept heures et demie après. Glassmann, de qui est cette observation, avait trouvé, dans la littérature, 8 cas analogues: menu traumatisme, mais au moment de la distension gastrique. 8 cas, 8 morts. Le même auteur avait réuni 14 cas de rupture spontanée de l'estomac, plusieurs au cours d'un effort de vomissement.

Les ruptures du *duodénum* sont terribles (9 guérisons sur 138 cas réunis par E. Quénu): ventre de bois rigide, pas de vomissements, shock marqué, traumatisme épigastrique ou ombilical. Les signes rapides de toxémie, les vomissements sanglants peuvent se voir; mais que de ruptures postérieures sans grands signes péritonéaux! Du Bouchet concluait son étude en disant: en pratique, le diagnostic n'est jamais fait, et le dilemme se résout au problème suivant: Y a-t-il ou non lésion viscérale?

Si la bonne conclusion fut adoptée, et si la lésion viscérale est recherchée, le ventre ouvert, n'oublions pas que les plaies du duodénum ont été longtemps les plus facilement méconnues au cours des laparotomies exploratrices (sur 62 opérations, dans la statistique établie par Guibé en 1910, 24 fois la perforation resta introuvable). La loi de Winiwarter doit être présente à l'esprit de l'opérateur: « Lorsque, chez un sujet atteint de contusion grave de l'abdomen, on constate l'absence de liquides et de gaz intestinaux dans la cavité séreuse et l'existence d'un épanchement sanguin, biliaire ou gazeux rétro-péritonéal, on peut être assuré que la lésion est au duodénum. » Krogus, Fischl, Giordano furent avertis par l'hématome rétro-péritonéal; Schmorell, Laffitte, par la tache verte sous-

péritonéale; Pedisec, par la tache verte et par l'emphysème sous-péritonéaux; Leibowicz, par une tache verte du diamètre d'une pièce de deux francs. Cette tache verte est ou étalée ou, au contraire, nummulaire; elle est, ou en regard de l'écrasement (Laffitte) ou à quelque distance. Ces exemples valent pour rappeler, une fois de plus, ce que Guibé avait parfaitement dit : les ruptures postérieures du duodénum sont d'une découverte difficile : le sang, la bile, les gaz faisant hématome, tache verte, emphysème sous-péritonéaux, sont les avertissements. Déjà, ces notions cliniques étant plus familières aux chirurgiens, on voit s'améliorer les statistiques, se multiplier sensiblement les guérisons. L'observation de Blasker (de Londres) est une des plus suggestives : Un homme qui a été serré entre deux tracteurs, pendant cinq minutes, est apporté en état de shock intense; le blessé se plaint surtout d'une douleur dans l'hypocondre droit. Deux heures après l'accident, une laparotomie para-médiane droite peut être faite. L'exploration de la cavité abdominale reste assez longtemps négative; jusqu'au moment où l'on découvre derrière le mésentère un petit hématome. Celui-ci incite au décollement de l'angle colique droit; on peut inspecter la région rétro-péritonéale et découvrir une section presque complète de la deuxième portion du duodénum.

Les perforations de l'*intestin* (intestin grêle, 90 fois sur 100, gros intestin, 10 fois sur 100) peuvent être considérées comme ayant servi de type à la description générale. Je me contenterai, ici, d'attirer l'attention sur les *contusions herniaires* dont quelques travaux récents ont montré l'intérêt. Brocq, Miginiac, Chabrut, en particulier, en ont fait l'étude. Les signes en sont variables : ou ils sont au lieu même de la hernie, et ces signes, inguinaux le plus souvent, ressemblent à ceux de l'étranglement, ou ils sont abdominaux : ce sont ceux d'une péritonite généralisée. Il ne faut donc jamais faire de manœuvre de réduction sur une hernie contusionnée : on courrait le risque d'inoculation péritonéale diffuse. Et il faut faire suivre d'intervention immédiate toute symptomatologie nette, inguinale ou abdominale qui complique une contusion de hernie.

Les déchirures du *foie* succèdent généralement aux traumatismes de l'hypocondre droit, de la base du thorax ou aux chutes d'un lieu élevé avec contre-coup. Shock. Anémie rapide. Dyspnée. Glycosurie. Le *pouls lent*, que Finsterer leur croyait, à tort, particulier, Podlaha demande que l'on prête plus d'attention au signe suivant : météorisme précoce de l'estomac.

On a dit aussi douleur scapulaire si plaie de la face convexe, douleur xipho-ombilicale si plaie de la face concave. Il faut chercher la matité déclive, la sensibilité du Douglas, son remplissage progressif. Le *subictère* est un signe dont la valeur serait réelle si nous ne le savions présent dans bien des cas d'hématomes viscéraux ou intra-péritonéaux ou autres (hémolyse locale). Les formes prolongées ou latentes existent, mais avec une

moins grande fréquence que pour la rate. Le bon pronostic accordé par Bauer aux ruptures centrales est loin d'être assuré. L'observation de Wulsten concernant un enfant de onze ans le démontre cruellement. Ce sont ces *ruptures centrales* qui donneront le tableau de l'*évolution en deux temps*, mieux étudiée dans les ruptures de la rate. Dans un cas de Kramer, un homme de vingt-quatre ans, après une chute en ski suivie d'une course difficile d'une durée de cinq heures, dut être opéré : on trouva une déchirure du foie à côté d'un gros hydrocholécyste dû à un calcul du cystique. J'ajoute que le pouls du blessé, avant l'opération, était à 68.

J'ajoute que sur les 20 cas de rupture du foie, du travail de Lewis et Tremble (de Baltimore), il n'y eut, pas une seule fois, bradycardie, douleur scapulaire, rupture sous-capsulaire.

Les lésions de l'*appareil biliaire* ne sont pas fréquentes. La rupture traumatique des canaux biliaires semble plus observée que celle de la vésicule. Les accidents sont ceux d'un épanchement limité ou d'une inondation péritonéale, les premiers peut-être plus habituels. (Fifield.) Dans le cas de Vandebosshé qui a rassemblé 16 observations de rupture traumatique de la vésicule, les signes immédiats n'étaient que de moyenne intensité : on croyait pouvoir éliminer l'idée d'une lésion viscérale, quand, vers le dixième jour, le malade devint subictérique, un plastron devint perceptible dans la région de la vésicule biliaire, des vomissements apparurent. Au treizième jour, une espèce de bloc de gélatine existait dans toute la région ombilicale. Le diagnostic exact de péritonite enkystée, d'origine biliaire, fut fait et couronné de succès opératoire. Le chirurgien ne devra pas être trop surpris, dans son intervention retardée, de ne retrouver parfois que difficilement trace de la rupture. La rapidité de cicatrisation est connue depuis les travaux de Cornil et Carnot.

Faut-il ranger parmi elles cette observation de Lepoutre? Un enfant de sept ans est écrasé par un chargement de pierres; après une syncope, il revient à lui; pendant quatre jours, l'état est grave : vomissements, douleurs très vives dans le bas-ventre et dans l'hémi-thorax gauche; puis, ballonnement progressif; au dixième jour, sensation de flot, selles décolorées. Au quinzième jour, paracentèse; on retire un litre et demi de bile pure. On intervient et l'on ne trouve pas la plaie des canaux biliaires; drainage au contact du confluent. Guérison.

Les déchirures, ruptures de la *rate* sont fréquentes. Elles sont le fait d'un traumatisme quelquefois insignifiant, lorsqu'une lésion antérieure, surtout le paludisme (1), a augmenté son volume, sa friabilité, diminué sa mobilité. Chez l'*enfant*, le traumatisme, d'apparence minime, suffit. La

(1) On a déjà rapporté des exemples de rupture de la rate au cours de la malariathérapie, de la paralysie générale. (Kusiak, Beckmann.)

rate semble l'organe le plus souvent meurtri dans les contusions abdominales de l'enfance. La douleur scapulaire, la contracture pariétale, plus souvent que chez l'adulte, pourront éclairer. Chez l'adulte aussi, le traumatisme peut sembler paradoxalement infime. Une ivrognesse de cinquante ans, citée par de Quervain, fut trouvée morte un matin, dans son lit; son mari croyait l'avoir rossée sans plus d'éclat que d'habitude. Il y avait trois litres de sang dans la cavité abdominale.

Il y a shock ou non, exceptionnellement latence absolue; puis les signes d'hémorragie interne, agitation, dyspnée, décoloration des muqueuses, effondrement du pouls; matité déclive, fixe, invariable à gauche, variable à droite, quelquefois douleur vive, lorsque le blessé veut s'asseoir ou, mieux, s'étendre. Les étrangers appellent *signe de Ballance* la matité fixe du flanc gauche par sang précocement coagulé, et *signe de Kehr* la douleur dans l'épaule gauche. Les deux sont inconstants. Jean Quénu insiste sur la valeur diagnostique de la *syncope* lorsqu'elle est, non pas immédiate, mais retardée, c'est-à-dire lorsqu'elle survient après un intervalle libre bien constaté.

Il faut connaître les *formes prolongées*, où l'hémorragie ne semble faire que tardivement irruption dans le péritoine, et les *formes latentes*, où le saignement, sans signe d'alarme, mais non sans petits signes, a pu inonder toute la cavité péritonéale. De la contusion légère, que l'on appelait splénite traumatique, à l'éclatement foudroyant, tout se voit : *hématome sous-capsulaire, hématome périsplénique, inondation lente, prolongée, rapide, cataclysmique* (1), *hémorragie en deux temps*. Il y a trente-cinq ans que Demelin insistait sur cet écart symptomatique et l'*accalmie traîtresse* que quelques auteurs semblent aujourd'hui découvrir. Et il y a des années que Engelmann et Hitzler en rassemblaient trois douzaines d'observations et que Mc Indoc en recueillait 67 exemples.

Les ruptures de la rate sont souvent obscures et le schéma des *signes spléniques, des signes d'anémie, des signes d'irritation péritonéale* est bien souvent effacé. Grigsby dit que les premières heures ne renseignent pas et qu'il faut, dans la surveillance du blessé, s'appliquer à la constatation des signes suivants : douleur dans l'épaule gauche et le côté gauche de la poitrine, gêne respiratoire, signes d'hémorragie interne, contracture abdominale, matité progressive dans le quadrant supérieur gauche et dans le flanc. Pour Mac Cracken, qui a vu 20 cas, un signe important serait la perte de connaissance de quelques minutes à plusieurs heures à la suite du traumatisme; au contraire, la douleur de l'épaule ne serait pas observée; elle est loin d'être aussi fréquente que la douleur spontanée et provoquée dans le flanc gauche. J. Quénu a été alerté par la *reprise*

(1) Dans un cas de Cadenat, l'intervalle libre fut de trente-cinq jours; de trente jours dans un cas de Patey. Pour Engelmann et Hitzler, qui ont réuni 35 cas de rupture en deux temps, la durée moyenne de la latence serait de deux à quinze jours.

violente de la douleur. Pour Fletcher, *douleur dans l'épaule gauche + signes d'hémorragie interne = rupture de la rate*. J'ai vu, dans un cas, le signe de Willis et Grigsby très net : *douleur insupportablement accrue par le décubitus dorsal*. Quant aux *hémorragies dites en deux temps*, sous-capsulaires d'abord, puis extra-capsulaires et intra-péritonéales, elles n'ont peut-être pas cette évolution que la clinique a fait soupçonner: dans un cas de Ferrari, Lagrot et Morand, la rate était éclatée et détachée de son pédicule, et, cependant, l'inondation péritonéale ne s'est manifestée qu'au bout de plusieurs jours. Plutôt que le saignement en deux temps, c'est le bon diagnostic qui n'est fait qu'en deux temps : il y a retard de perception, parfois, plus que retard d'hémorragie. Mais il y a incontestablement des cas à hémostase provisoire et à anémie retardée. L'exemple qui suit est dû à Popoviciu et Mihaileanu. *L'intervalle libre* fut d'une durée de trois semaines.

« Une femme de vingt-deux ans vient pour des douleurs lombo-costales gauches avec irradiations de l'hypocondre à l'épigastre et gêne respiratoire. La malade nie tout traumatisme antérieur.

« Le lendemain de son arrivée, crise subite de douleurs abdominales violentes avec signes d'hémorragie interne; les douleurs spontanées siègent dans l'hypocondre gauche avec irradiations à l'épigastre et à l'épaule gauche, tandis que la palpation provoque des douleurs dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre. Gêne respiratoire et point phrénique.

« Intervention avec le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine. L'abdomen est en effet plein de sang; mais on ne trouve rien d'anormal aux annexes. L'incision est agrandie par en haut : on explore tous les organes et on finit par découvrir une rupture complète de la rate vers son milieu. Splénectomie. Guérison.

« En interrogeant la malade avec plus d'insistance, on apprend que, dix-neuf jours auparavant, elle a reçu un violent coup de poing à la suite duquel elle a même perdu connaissance. Puis elle avait pu reprendre ses occupations ordinaires jusqu'au jour de son entrée à la clinique. »

C'est avec des exemples de rupture de la rate que plusieurs auteurs ont affirmé que la contracture de la paroi était signe de saignement intra-péritonéal. Je crois que ce n'est ni un signe habituel ni un signe précoce. L'exemple des contusions de l'abdomen, avec lésion d'un viscère plein, n'est pas le meilleur, car il peut s'ajouter à la lésion viscérale un dommage de la paroi capable de troubler les conditions d'apparition, d'intensité et de durée d'un signe qui, précisément, est pariétal.

D'autre part, il faudrait chercher à comparer ce qui se passe, lorsqu'il

y a inondation violente par rupture, à ce qui se passe lorsqu'il y a saignement lent par bavure modérée.

C'est qu'à côté de tant d'autres facteurs l'élément de brusquerie, de soudaineté, de ce que Roux, de Lausanne, il y a plus de trente ans, appelait la « surprise intense » du péritoine, compte vraisemblablement.

Pour moi, je m'en tiens, après étude attentive des cas que j'ai vus, à la

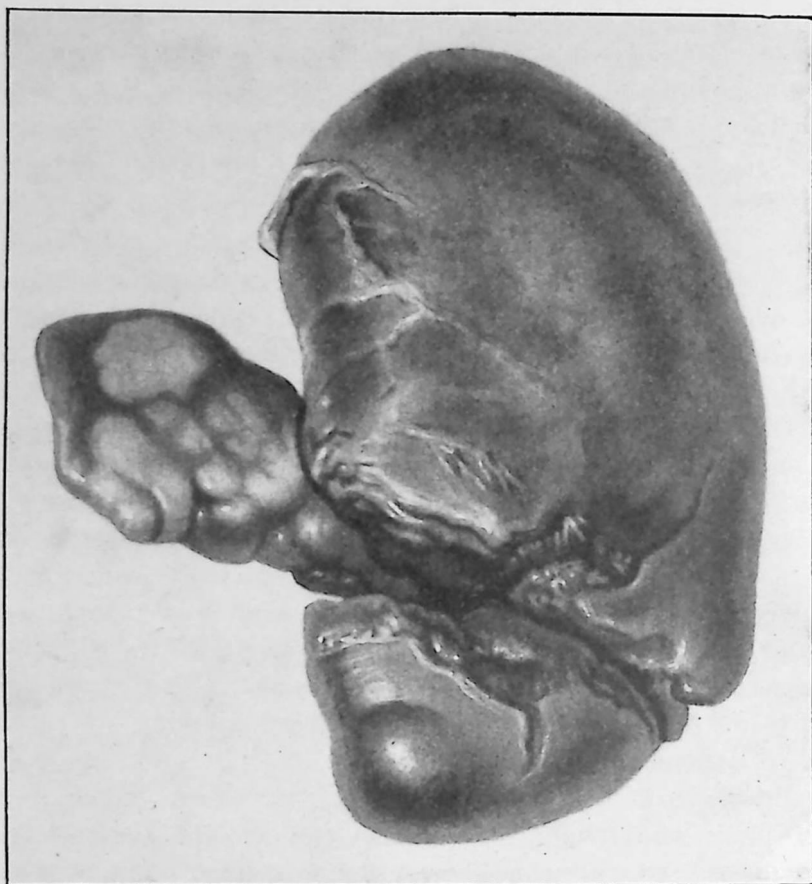


Fig. 89. — Ruptures associées de la rate et de la queue du pancréas.

position bien précisée par Lecène et prise par R. Proust dès le début de la discussion qui se poursuit à la Société de Chirurgie. Il peut y avoir, il y a, dans certains cas d'hémorragie intra-péritonéale, une contracture facile à mettre en évidence; mais c'est loin d'être un signe constant et toujours clair de cette complication. Répétons que les cliniciens qui attendraient le symptôme de la contracture pariétale nette pour dire : « Ça saigne dans le péritoine », seraient souvent entraînés dans de très malheureux retards.

Une belle observation de P. Huet nous servira pour deux démonstrations : l'absence de contracture, l'utilité d'une percussion bien faite.

Observation IV. — Fillette de onze ans environ, polytraumatisée, comateuse, victime d'une catastrophe de chemin de fer, admise à Lariboisière le 24 décembre 1933, vers 22 heures 30.

Elle présente, de toute évidence, une fracture du crâne avec paralysies oculo-motrices, et une lésion du rachis cervical — luxation ou fracture — non compliquée de paraplégie, pour laquelle nous rejetons toute idée de transport à la radiographie ou de réduction immédiate, en raison de la gravité de son état : shock marqué et coma avec agitation.

Dans ces conditions nous prescrivons seulement le réchauffement, les toni-cardiaques habituels et une transfusion que l'on effectue pendant que nous opérons d'autres blessés. La revoyant vers une heure du matin, nous constatons que son état s'est aggravé et nous sommes frappés de sa pâleur qui semble augmenter malgré la transfusion. Le pouls s'est accéléré, ce qui nous fait rejeter l'hypothèse d'accidents en rapport avec une hémorragie intra-cranienne. Nous pensons à une hémorragie intra-pleurale ou intra-péritonéale.

L'examen du thorax est entièrement négatif.

Le palper de l'abdomen montre celui-ci parfaitement souple en tous ses points; même la région splénique interrogée avec soin et persévérance ne donne aucune réponse; nous sommes, par contre, frappés, l'enfant étant couchée en chien de fusil sur le côté droit, de la présence dans la fosse iliaque de ce côté, d'une submatité discrète qui contraste avec la sonorité du flanc gauche. Ce signe nous paraissant discutable, et insuffisant à entraîner de façon absolue notre conviction, nous temporisons encore, ne voulant pas faire courir à cette enfant, dont l'état est très grave, le risque d'une laparotomie dont l'utilité nous semble encore contestable.

Deux heures plus tard, entre deux interventions, nous la revoyons. Même absence de contracture, même état général. Le pouls n'a pas varié depuis le précédent examen, mais au cours de son agitation, l'enfant s'est tournée, nous la trouvons toujours couchée en chien de fusil, mais reposant maintenant sur le côté gauche : la percussion révèle une matité légère mais indiscutable de ce côté tout à l'heure tympanique, tandis que le flanc droit submat deux heures plus tôt est maintenant sonore; l'existence d'un épanchement liquide intra-péritonéal mobile est évidente et celui-ci ne peut être que du sang.

Laparotomie médiane presque sans anesthésie, découverte d'une rate rompue. Splénectomie. Intégrité du foie et des autres viscères.

Guérison.

L'utilisation des *examens radiographiques* doit être inscrite dans les précautions à prendre. Lorsqu'il s'agit de bien interpréter les signes

atténués d'une période de latence, c'est l'étude minutieuse de la coupole diaphragmatique, de son élévation à gauche, de sa moindre liberté de mouvement à ce niveau qui sera la meilleure enquête. Ajoutez aussi les *numérations globulaires* répétées et l'appréciation de la courbe d'anémie.

Si les déchirures du **pancréas** comportaient le syndrome de pancréatite hémorragique, on pourrait espérer les diagnostiquer, mais c'est rarement (17 fois sur 138 cas, Truhart). Leur diagnostic, le premier jour, n'est pas fait; dans la suite, les troubles sont fort intéressants à suivre (Mocquot et Costantini), mais ils n'entrent pas dans les préoccupations de notre étude de clinique d'urgence. Le siège d'application de la force traumatique, l'insidiviosité du début, ici encore la bradycardie peuvent inciter à intervenir et à suspecter la rupture de la glande avant l'heure où l'hématome de l'arrière-cavité fait saillie à l'épigastre et emplit le pseudo-kyste.

Je donne, en exemple de contusion isolée du pancréas et de *bon diagnostic opératoire*, le résumé d'une observation de J.-Ch. Bloch et R. Leroy.

Un jeune homme de dix-sept ans reçoit un coup violent dans le creux épigastrique. Vive douleur, et croissante. Hoquet, vomissements, pas de selle, pas de gaz. Le surlendemain, facies péritonéal, pouls à 90; contracture abdominale généralisée.

Intervention sans diagnostic précis. A l'ouverture du ventre, on voit une grosse dilatation de l'intestin, mais ni pus, ni fausses membranes. En explorant méthodiquement l'intestin, on remarque, sur une frange épiploïque, trois taches de bougie très petites; le mésocôlon transverse relevé, on aperçoit, sur sa face inférieure, de très nombreuses taches caractéristiques. On effondre le ligament gastro-colique : toute la région pancréatique est noirâtre, violacée, et il y a un peu de sang dans l'arrière-cavité des épiploons. On place un drain et deux mèches dans cette arrière-cavité; guérison.

Un fait observé par Gray et Hodgson est intéressant : un traumatisme sportif : un joueur de football tombe et heurte du ventre le genou d'un joueur déjà à terre. Il y eut, un quart d'heure après l'accident, contracture généralisée; celle-ci disparut totalement au bout d'une heure et reparut. L'intervention fut précoce; elle montra la rupture totale du corps de la glande, les taches de nécrose graisseuse dans les épiploons, un énorme hématome rétro-péritonéal.

Wilmoth a opéré avec succès, dans mon service de Broussais, un blessé qui avait une rupture associée de la rate et du pancréas, il y avait eu contracture peu à peu perceptible et ferme de la paroi, mais limitée à l'étage supérieur (Voir fig. 89). Or il y avait, dans ce cas, un impor-

tant hématome rétro-péritonéal qui, à lui seul, eut expliqué la contracture.

Je rappelle, à ce sujet, que la stéatonécrose peut être consécutive aux ruptures du duodénum et du jéjunum; Lecourt, dans sa thèse, en avait réuni 7 cas : une fois après gastro-entérostomie; trois fois après ulcères duodénaux perforants, trois fois après traumatisme.

Pour le **rein**, « si l'hématurie avertit de la lésion rénale, l'hématome en mesure le degré » (Lardennois); et « la contracture lombaire a la même valeur de localisation et de pronostic qu'ailleurs » (Legueu). Dans certains cas, trompeurs, il n'y a ni hématurie, ni hématome palpable, mais des signes abdominaux : hoquet, vomissements, contracture. Le signe que Dumesnil et surtout Gargam donnaient comme signe de certitude : l'*ecchymose* à distance (inguinale ou dans les bourses) est un signe tardif. A la palpation, si la contracture, signe excellent déjà, ne gêne pas, on a la sensation que la fosse lombaire est « pleine et lourde » et douloureuse.

Un petit malade de Orth fit voir une lésion peu commune. Cet enfant avait fait, sur la glace, une chute d'apparence banale. Mais une heure plus tard, il était exsangue, avec un pouls filiforme. C'était à cause de la rupture d'un rein atteint de carcinome.

Les ruptures associées de la **rate** et du **rein gauche** ont été signalées à plusieurs reprises et bien étudiées par d'Allaines, par Desjacques, Félix Bérard et Lathuraz-Viollet, Goinard. Les ruptures associées de la **rate** et du **pancréas** mériteraient d'être mieux connues. J'ai déjà cité et figuré le cas que Wilmoth a guéri dans mon service.

Les ruptures de la **vessie** se compliquent d'abord de rétention, de ténésie, de tuméfaction hypogastrique. Cette tuméfaction simule une grosse vessie pleine : il n'en est rien. Si l'on fait le cathétérisme, on obtient chaque fois la même quantité d'urine, et, si le malade se met debout après le cathétérisme, il vient encore de l'urine par la sonde. Ces signes, dus à Morel, sont faciles à comprendre : la vessie déverse son trop-plein dans le ventre et, lorsque le malade est debout, l'urine intra-péritonéale ou péri-vésicale peut de nouveau couler dans la vessie.

Les déchirures du **mésentère** exposent aux cas cliniques *latents*, sur lesquels j'ai dit quelques mots (Voir fig. 86 et 87).

Je rappelle ici la classification et les remarques de Sencert et Ferry au sujet de ces déchirures du mésentère (1). Il y aurait trois catégories de blessés.

(1) Ferry a opéré 4 cas de désinsertion mésentérique : les uns étaient avec contracture, les autres non.

1° *Type d'hémorragie interne* : pâleur de la face et des ongles, sueurs, soif intense; pouls petit à 100, 110, progressivement plus rapide et plus faible; peu de signes fonctionnels; signes physiques vagues : une légère voussure, contracture localisée, matité dans les flancs, disparition du réflexe cutané abdominal.

2° *Type de perforation* : nez pincé, yeux excavés, cyanose rapide des ongles, des doigts; résolution musculaire; signes fonctionnels constants : vomissements, arrêt des selles et des gaz, oligurie extrême; signes physiques; ventre rétracté en bateau, immobile; contracture rigide, généralisée; douleur vive au palper; sonorité pré-hépatique, quelquefois.

3° *Type latent* : le blessé a pu travailler, marcher, rentrer chez lui. Le premier examen ne révèle ni signes de perforation, ni signes d'hémorragie; au bout de trente-six à quarante-huit heures, les signes de péritonite généralisée seront malheureusement au complet. Ce sont ces blessés qu'il importe de suivre d'heure en heure et chez qui il faut tenir, pour indications d'opérer, la douleur au palper, fixe, profonde, et la contracture localisée à la même région.

J'ajoute à ce tableau schématique la remarque de Carajannopoulos qui se trouva bien, dans un cas difficile de désinsertion traumatique du mésentère, du symptôme suivant cher aux élèves de P. Delbet : *le remplissage progressif du cul-de-sac de Douglas*.

Les ruptures traumatiques d'*utérus* gravis sont exceptionnelles, Jaroschka n'en a trouvé qu'un seul cas, sur 30.000 entrées à la maternité de Prague.

Quant à préciser le *degré* des lésions et les lésions *associées*, ce sont des exercices théoriques. Deux beaux exemples me serviront à rappeler la complexité de certains cas et les succès de la chirurgie prompte, lorsque l'exploration systématique a été faite : les observations de Just et de Oberascher. Les voici :

« Just vit un motocycliste qui avait heurté violemment la barrière d'un passage à niveau. A l'examen, tous les signes d'une perforation d'un viscère creux de l'étage sus-mésocolique étaient réunis. Une heure et demie après le traumatisme, laparotomie médiane sus-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, des gaz et un liquide bilieux s'échappent sous pression en même temps que des aliments et du sang. Il y a une rupture complète entre l'estomac et le duodénum, et l'artère gastro-duodénale sectionnée saigne en jet. On constate de plus un gros hématome pancréatique et péri-duodéal et un éclatement du parenchyme rénal droit. Anastomose gastro-duodénale selon le procédé de Péan. Drainage de la loge pancréatique, tamponnement hémostatique de la loge rénale. L'opéré

guérit après fermeture spontanée d'une fistule duodénale et d'une fistule pancréatique. »

« Oberascher vit un homme de soixante ans venir à l'hôpital et monter à pied au deuxième étage. Il raconta qu'une heure avant, il essayait de débloquer une courroie de transmission avec une perche qui l'a atteint au creux épigastrique : il a ressenti une violente douleur et perdu connaissance pendant un court moment. Il est pâle et souffre surtout dans les respirations profondes; le pouls est remarquablement lent (42); il n'y a ni nausées, ni vomissements, ni défense musculaire, ni matité dans les flancs; la matité hépatique est normale. On se contente d'abord de le mettre en observation.

« Une heure plus tard, le blessé a des vomissements de sang abondants et répétés; le pouls reste à 50, mais les douleurs abdominales augmentent; il y a de la contracture pariétale et une légère matité dans les flancs.

« On intervient aussitôt sous anesthésie locale. Le ventre est plein de sang, l'estomac présente sur la grande courbure, près du pylore, une perforation étoilée, large de 1 centimètre, et il y a en ce point une déchirure du ligament gastro-colique; l'hémostase et la réparation de ces lésions sont faites. Mais trouvant qu'elles n'expliquent pas l'abondance de l'hémorragie, on poursuit l'inventaire de la cavité abdominale : après des recherches « longues et pénibles », on ouvre l'arrière-cavité des épiploons et l'on découvre une rupture presque complète de la portion horizontale du duodénum; qui est fermée par une suture termino-terminale à deux plans. Après évacuation du sang et des caillots, le ventre est refermé sans drainage.

« Trois semaines plus tard, le blessé, guéri, quittait l'hôpital. »

Restent les *cas douteux*, ceux qu'aucun signe n'éclaire et qui vont cependant engager gravement notre responsabilité.

Faute de signe clinique décisif, quelle alternative choisir : l'expectative armée ou l'exploration :

L'expectative armée, cela ne signifie rien : *c'est une expectative, au contraire, d'heure en heure plus désarmée.*

S'il y a doute, il ne faut pas s'abstenir. Le doute doit rendre pessimiste le médecin et interventionniste le chirurgien.

S'il y a doute, faut-il *explorer* ? Non pas par *ponction abdominale*, en tout cas, ni par la *boutonnière sus-pubienne* de Guinard. Lenormant a bien montré que, si l'épanchement de sang était important, il avait des signes cliniques; que, s'il était sans abondance immédiate, la ponction pouvait ne pas le révéler; et, même révéler, ne guérirait-il pas spontanément ?

Lorsque Florence et Ducuing, en 1913, cherchaient à limiter la valeur de la contracture, ils préconisaient la *ponction du Douglas*. L'observation qu'ils envoyaient à la Société de Chirurgie permit à Hartmann une vic-

toire facile, mais dont il faut oublier le ton de prophétie trop schématique.

« Chez le malade de Florence et Ducuing, il n'y avait pas de contracture, la ponction du Douglas a ramené du sang. Les auteurs ont conclu dès lors à la laparotomie, le malade l'a refusée, il a bien fait. Il a guéri : il n'avait pas de contracture et devait guérir. »

L'*examen du sang* peut-être utile : abaissement du nombre des globules rouges ; augmentation du nombre des globules blancs, jusqu'à 18.000, 22.000. C'est Sommer qui en a le mieux parlé. Une leucocytose d'emblée élevée, 12-14.000, et qui augmente encore, tel est, pour cet auteur, un signe d'alarme. Pour avoir vu un jeune footballeur succomber au cinquième jour après un piétinement d'abdomen, au cours de la partie, qui ne l'empêcha pas de terminer celle-ci, Sommer plaide avec zèle pour l'examen du sang, surtout lorsque le tableau clinique, comme chez le malade que je viens de citer, se résume à peu près dans une simple rétention d'urine.

L'*examen aux rayons X* peut-il apporter une contribution ? Le *pneumo-péritoine*, si visible dans les perforations d'ulcère, peut-il être dépisté, radiographiquement, avant toute autre conviction ? Lenk, dès 1916, avait, dans plusieurs cas de plaies de l'abdomen par coup de feu, observé entre foie et diaphragme une bulle gazeuse augmentant de volume, et vérifié qu'elle était en relation avec une perforation de l'estomac ou du côlon. Grant Massie, de Londres, a publié, en 1919, l'examen radioscopique d'un homme contusionné à l'épigastre. On vit une zone translucide, de dimensions modérées, immédiatement à gauche de la deuxième lombaire, que l'on interpréta signe de pneumo-péritoine localisé. Il y avait rupture de l'angle duodéno-jéjunal. Les signes radioscopiques n'étaient d'ailleurs venus qu'en confirmation des signes cliniques. Il ne faut pas faire fi de cette enquête, ni la repousser systématiquement. On peut l'imaginer assez rapide, ne faisant perdre aucun temps (1). Les exemples confirmant le bienfait de ce supplément d'enquête ne sont plus difficiles à additionner. Il y a trois ans, Porcher, dans le service de P. Duval, a su découvrir et interpréter, aux rayons, une lésion traumatique de la rate : « Tout l'espace sous-phrénique gauche semblait déshabité : la poche à air gastrique, l'angle colique étaient refoulés ; le jeu diaphragmatique était libre ; mais, sous le diaphragme, il y avait une opacité anormale *hématique*. Cette rapide inondation sanguine sus-mésocolique gauche devait être rattachée à une lésion sans doute splénique. »

Si un signe, un seul signe, conduit le médecin à penser à la possibilité d'une lésion viscérale, il doit faire faire une laparotomie pour vérification

(1) Je renvoie le lecteur au chapitre que j'ai consacré aux examens radiologiques des malades atteints de péritonite par perforation (pp. 505 à 524).

et précision. On mourra encore de perforation intestinale hyperseptique ; mais un grand progrès serait de ne plus laisser mourir de perforation méconnue.

Diagnostic opératoire. — Lorsque les signes ont fait faire le diagnostic de contusion grave de l'abdomen, le chirurgien devra prendre grand soin de faire, au cours de la *laparotomie exploratrice*, une inspection minutieuse de la cavité abdominale, afin de ne pas laisser inaperçue une lésion bien cachée : rupture isolée du pancréas, lésion rétro-péritonéale (rein, duodénum), lésions associées (rate et rein, rate et pancréas, etc.).

J'ai montré, plus haut, avec l'exemple dû à J.-Ch. Bloch, comment la vue des taches de bougie permet, dans un cas obscur, d'aller au pancréas blessé.

Les exemples de rupture rénale ayant présenté des symptômes péritonéaux ne sont pas rares, ni ceux où la rupture compliqua un traumatisme de la paroi antérieure.

Mais je donnerai, de préférence, des exemples de rupture rétro-péritonéale du duodénum. Rudolfsky, en 1926, en réunissait 19 cas. L'observation suivante est de Kantor. Un maçon, de trente-huit ans, tombe du quatrième étage et présente les signes d'une lésion interne. La laparotomie, faite d'urgence, montre une cavité péritonéale normale et, *seule*, une *inspection attentive* permet de reconnaître, à droite de la colonne vertébrale, une coloration verdâtre et de l'emphysème sous-péritonéal. Le décollement du duodénum permet d'apercevoir, à l'angle de la portion descendante et de la portion horizontale, une déchirure de 4 centimètres de la paroi postérieure. La suture rétrécissant, on ajoute une gastro-entérostomie. Guérison.

Dans certains cas, avec contracture pariétale nette, l'on ne trouvera qu'un *hématome rétro-péritonéal*. A cet hématome rétro-péritonéal, il faut habituellement chercher, comme explication, ou une lésion duodénale, ou une lésion pancréatique, ou une lésion rénale. L'on peut ne lui trouver aucune explication visible. Ce n'est qu'à l'autopsie que Choquard, qui croyait avoir exploré avec soin sans résultat au cours de sa laparotomie, trouva une section de la veine rénale. J'ai vu à Broussais (Voir *Thèse de Maës*) un bel exemple de contracture de la paroi antérieure par hématome rétro-péritonéal : la cause de celui-ci resta inconnue, et, après la laparotomie simplement, mais minutieusement exploratrice, le blessé guérit sans incident. Le plus souvent, une contracture particulièrement marquée indique une lésion de viscère creux. Ainsi pensait Fischl par bonheur : intervenant chez un blessé de vingt-deux ans, à paroi dure et rétractée, il sut, après la découverte d'une rupture du foie, aller à la recherche d'une lésion intestinale : c'était une rupture duodénale.

Le chirurgien qui intervient pour une *contusion de l'abdomen* fera une

laparotomie beaucoup plus vite et véritablement exploratrice si son instruction lui rappelle à temps les petits signes anatomiques des ruptures duodénales, pancréatiques, la fréquence des ruptures spléniques à évolution d'abord paisible, puis compliquée, la possibilité de lésions associées : rate et rein, rate et pancréas, le premier temps obscur des lésions mésentériques, etc. Enfin il se souviendra que, sur l'intestin grêle, les lésions traumatiques sont assez souvent près de l'angle duodéno-jéjunal et près de l'angle iléo-cæcal.

PLAIES DE L'ABDOMEN (1)

Supposons les auditeurs d'une conférence faite il y a quinze ou vingt ans sur les plaies de l'abdomen. Ils entendaient faire la description classique des plaies de l'abdomen de la pratique civile et des plaies de l'abdomen du temps de guerre. Je crois bien que nous pouvons, sans grand risque d'erreur, imaginer avec quel esprit distrait et quelle âme neutre les auteurs entendaient évoquer, avant 1914, les plaies de guerre de l'abdomen.

Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi; pour longtemps encore, il faudra faire, dans toute étude des plaies de l'abdomen, une large place aux plaies de guerre. Si elles semblent, dans la dernière guerre, n'avoir pas représenté plus de 3 ou 4 p. 100 du total des plaies, cela fait encore un chiffre important.

Je vais avoir à rechercher si cette énorme statistique a modifié ou fortifié l'expérience des chirurgiens et si l'on peut espérer cette expérience décisive ou simplement féconde.

C'est une étude difficile, car, si les matériaux n'ont pas manqué, il en est, parmi ceux que l'on nous a offerts, qui ne semblent pas avoir été d'une observation rigoureuse.

Dans le temps dont je dispose, je ne peux pas prétendre à une étude complète des plaies de l'abdomen; c'est une étude considérable : chaque chapitre exigerait l'heure qui m'est réservée; on pourrait traiter de chaque plaie d'après l'agent vulnérant responsable, de chaque plaie d'après l'étage ou le viscère intéressé. Il y aurait lieu de faire une conférence sur les plaies du foie, de la rate, de l'estomac, du côlon, de l'intestin grêle, du mésentère, etc., et de bien d'autres.

De même, vous auriez souhaité, comme moi, une conférence de notre président, M. Walther, sur les séquelles des plaies de l'abdomen qui l'ont

(1) Je reproduis ici, sans changement notable, une conférence faite le 10 février 1928 devant les membres de l'Union fédérative des Médecins de réserve.

tant intéressé ; de M. Rouvillois, sur le syndrome para-péritonéal ; de M. Grégoire, sur les indications opératoires vraies.

Comment faire, puisque l'étude analytique, détaillée, est impossible ? J'essayerai de rester dans le noyau même de la question, dans son centre, c'est-à-dire de vous exposer les généralités, et de vous proposer une ligne de conduite pratique.

Pour y parvenir, je devrai faire à des considérations anatomiques classiques une place importante. Même renseigné sur la qualité de mon auditoire, je ne peux pas les écarter ; je les dis basales : c'est sur elles qu'il faut asseoir le problème, et c'est d'elles qu'il faut attendre la solution. De même, je ne séparerai pas les plaies de guerre des plaies civiles. Ces séparations sont loin d'être avantageuses. Les progrès de la chirurgie de guerre, on doit les attendre de son rattachement le plus étroit à la chirurgie du temps de paix, et non pas de leur divorce. Par contre, je ne m'attarderai pas dans les catégories étiologiques, dans la distinction des plaies par instruments piquants, tranchants, contondants, etc.

Si je me contente de distinguer les *plaies par armes blanches* et celles *par armes à feu*, c'est aussi avec l'arrière-pensée que leur opposition est plus apparente que profonde.

Lorsque l'on étudie les *contusions de l'abdomen*, c'est surtout un *problème de clinique*, le suivant : y a-t-il des lésions viscérales ? Dans l'étude des *plaies de l'abdomen*, le problème n'est pas semblable. La question n'est pas de clinique, elle est de *doctrine thérapeutique*. Il y a lésion viscérale, assez souvent évidente : vaut-il mieux intervenir ou s'abstenir ? Je vous montrerai que ce dilemme est moins vieillot qu'il ne le paraît et qu'il est bien l'axe de la question (1).

Il y a des *plaies pénétrantes* et des *plaies non pénétrantes*. On dit qu'il y a pénétration lorsque le péritoine pariétal est blessé. Qu'elles soient pénétrantes ou non, il y a des plaies avec ou sans lésion viscérale. Lorsqu'il y a lésion viscérale, il y a lésion unique ou multiple d'un seul ou de plusieurs viscères.

Je vais aller des cas faciles aux cas complexes. Même pendant la guerre, on a vu des *plaies non pénétrantes* de l'abdomen. Je crois bien en avoir lu, dans les souvenirs de guerre de Lejars, un heureux exemple : Briand visitait, un jour, l'hôpital de Lejars ; on lui montra un blessé, dont l'abdomen avait été protégé par les pièces d'or qu'il avait assemblées dans une ceinture ; de cette protection providentielle, et qui ne serait plus réservée qu'à des numismates, Briand tira cet ensei-

(1) Je renvoie le lecteur au chapitre *Contusions de l'abdomen*. Les lenteurs, les difficultés de diagnostic y sont étudiées avec des détails. Je ne les rappellerai pas ici où, je veux le répéter, l'intérêt est surtout de fixer les indications opératoires.

gnement bonhomme : « Tu vois bien, dit-il au blessé, qu'il est bon d'avoir toujours un peu d'argent sur soi. »

Les *plaies pariétales* n'ont pas d'intérêt, au moins ce soir. Nous imaginerons, sans difficulté, les lésions possibles : hémorragies par plaie de l'artère épigastrique, complication infectieuse par gangrène gazeuse, séquelles douloureuses, éventration par large destruction musculo-aponévrotique, etc. De même que, dans la pratique civile, les lésions peuvent être largement étendues, comme dans le cas partout rapporté du jeune paysan qui tomba sur un échalas ; celui-ci pénétra près du périnée et, sans léser aucun organe, fit un long parcours intra-pariétal, jusqu'à la deuxième côte.

Les *plaies pénétrantes sans lésion viscérale* sont de bien des sortes, avec deux catégories principales : plaies simples, plaies avec hernie traumatique.

Les anciens auteurs étaient si convaincus de la parfaite réplétion de l'abdomen par ses organes qu'ils ne concevaient pas qu'un agent vulnérant pût atteindre la cavité péritonéale sans léser un viscère. Mais ces plaies pénétrantes simples existent ; pour les instruments tranchants, la chose est entendue, les exemples n'en manquent pas, depuis celui, classique, de l'apache qui, cherchant à s'évader, est cloué au sol par une baïonnette transfixiante, et qui guérit en quatre jours.

En Italie, où les querelles batailleuses et les plaies par couteau étaient assez fréquentes pour que le coup à l'italienne ait été distingué, et pour que, dans l'hôpital de Palerme, on ait pu recevoir en dix ans plus de 2.000 blessés, il y avait 307 cas de plaies sans lésions viscérales.

Les projectiles d'armes à feu ou les projectiles terribles de guerre peuvent aussi ne donner aucune lésion viscérale : les observations de Rouvillois et de Wallace l'ont prouvé définitivement ; j'aurai l'occasion d'y revenir. Mais, dès maintenant, retenons qu'un projectile de guerre a pu traverser l'abdomen sans léser les viscères et que la guérison du blessé ne saurait être mise au compte de l'abstention opératoire.

Un degré de plus, c'est la plaie sans lésion viscérale, mais avec *hernie traumatique*. Cette hernie est celle des organes les plus mobiles de l'abdomen : l'épiploon et l'intestin grêle. Les hernies épiploïques sont les plus fréquentes ; elles le sont à ce point que certains auteurs, attendris, les ont admirées et qu'ils ont été jusqu'à parler de « l'intelligence » de cet organe qui viendrait mettre sur les plaies un bouchon contre l'infection, ou qui, « premier pompier », disait Kirmisson, arrive aussitôt près de l'incendie. Parfois, des plaies multiples ont chacune leur hernie ou presque, comme dans le cas, que vous connaissez tous, de ce dément reçu à l'Hôtel-Dieu et qui, dans sa tentative de suicide par trente coups de couteau, avait réalisé plus de vingt plaies pénétrantes avec hernies

traumatiques. Toutes ces plaies furent soignées et guéries par Quénu et Jalaguier.

Mais les hernies de guerre n'ont pas toujours cette bénignité ou cette apparence de protection. Vous vous souvenez de ces énormes éviscérations; elles étaient effrayantes; je connais l'observation de celle d'un de nos malheureux confrères qui, portant, dans son casque, tout son intestin, avait cheminé jusqu'à son poste de secours, où il se fit lui-même la piqûre de morphine qui ne précédait la mort que de quelques heures. Entre la petite hernie épiploïque et l'énorme éviscération, tous les degrés sont possibles de volume et d'évolution : petit capuchon non ischémié, énorme paquet épiploïque sphacélé, anses intestinales étranglées, putréfiées, perforées, etc.

J'arrive aux véritables lésions des plaies de l'abdomen de guerre.

Le schéma didactique classique vous est familier. Il y a les plaies des **viscères pleins** et les plaies des **viscères creux**, les unes tuant par **hémorragie**, les autres par **péritonite**. L'étude des premières, je l'écarte ; elle est facile. Plaie du foie, plaie de la rate, hémorragie interne; il n'y a pas d'hésitation, ni dans l'esprit du clinicien ni dans celui du chirurgien; il faut opérer, faire l'hémostase au plus vite. Encore faut-il rappeler, d'un seul mot, que quelques-unes de ces plaies viscérales n'ont pas obligatoirement et aussitôt, pour leur traduction, un syndrome de grave anémie.

Je ne retiendrai que les plaies du tube digestif, ou plutôt, à ce moment de la conférence et dans la suite de celle-ci, je supposerai qu'il s'agit de plaie univiscérale, de plaie du grêle.

C'est ici que les notions d'**anatomie pathologique** ont leur place. Que, par instrument tranchant, il puisse y avoir piqûre, section longitudinale, section perpendiculaire ou division complète du tube intestinal, je ne vais pas le retenir. Je vais aller encore jusqu'au cas le plus fréquent, le plus général, la transfixation de l'intestin par balle ou éclat d'obus.

Quel est le traitement des perforations intestinales par projectiles de guerre, ou par arme à feu de la vie civile ? Voilà, au fond, l'interrogation essentielle.

Cette perforation, dont le diamètre est fonction du projectile, est-elle aussitôt et fatalement responsable de la mise en communication du péritoine avec le milieu septique de l'intestin ? Quelle est, le plus souvent, l'évolution des lésions, qu'il y ait deux, quatre, six, huit, dix, douze perforations ?

Dès qu'il y a perforation, la muqueuse intestinale fait cette hernie immédiate, ce prolapsus que vous avez vu sur l'anse jéjunale de la gastro-entérostomie.

Une *hernie de la muqueuse* est-elle, ici, un phénomène favorable, une promesse d'obturation spontanée ? On l'a cru assez fortement pour bâtir sur cette notion toute une doctrine de chirurgie, ou plutôt d'abandon de chirurgie. Il nous faut donc, pour y souscrire ou pour la contredire, étudier de près cette théorie et ce **fameux bouchon muqueux** qui préserverait le péritoine de la contamination. Répétons d'abord ce qu'en ont

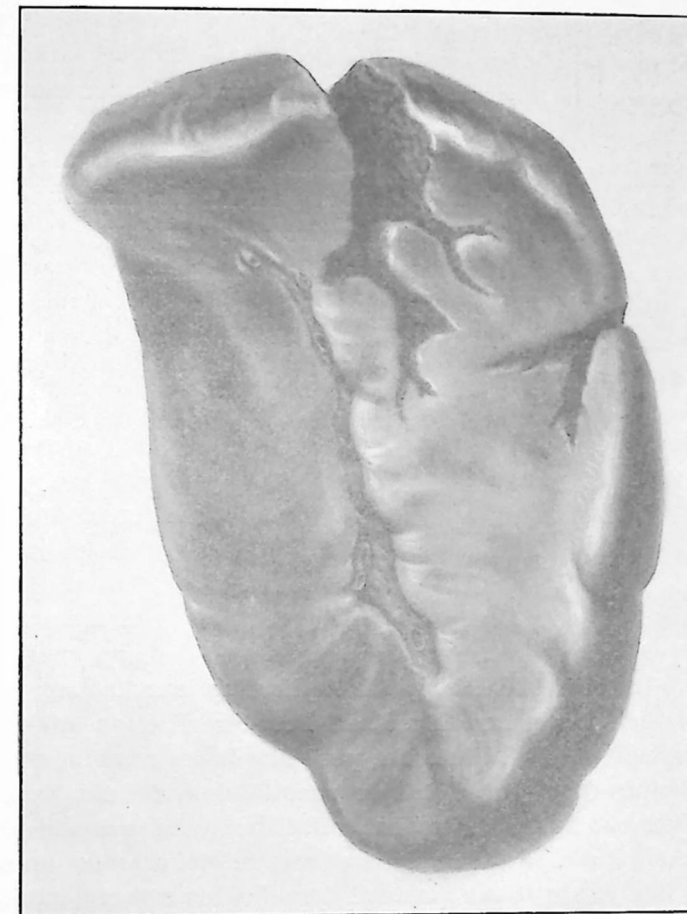


Fig. 90. — Plaie de la rate par balle de revolver.

dit les auteurs, ceux qui l'ont vu « aussi intelligent » que le bouchon épiploïque de tout à l'heure, et les auteurs qui l'ont vu, au contraire, insuffisant ou nuisible.

Cette hernie de la muqueuse de l'anse jéjunale au cours de la gastro-entérostomie, les progrès les plus récents de la chirurgie gastro-intestinale cherchent à nous en préserver, au contraire. Les plaies accidentelles seraient-elles si singulièrement faites que la hernie d'une muqueuse septique et perforée y deviendrait une chance de guérison ?

Écoutons-en discourir ceux qui ont étudié le phénomène de près. Une observation ancienne, faite par Bramann et portée devant le Congrès allemand de 1889, a été souvent utilisée par les optimistes. Il avait vu, au cours d'une laparotomie, les bords d'une plaie intestinale si exactement oblitérés que des pressions exercées sur l'anse blessée ne pouvaient en faire sourdre le contenu.

C'est Reclus qui fut le défenseur le plus tenace du *bouchon muqueux* : « Tous les expérimentateurs, disait-il, en ont signalé l'existence : Travers, Collins, l'ont étudié à loisir; nous l'avons étudié sur nos chiens. » Mais les contradicteurs ne manquaient pas, forts aussi d'expérimentations et d'observations cliniques.

Estor montra que, si l'on colore l'alimentation des animaux dans les quelques heures qui précèdent la blessure de l'intestin, on décèle constamment la présence des matières intestinales colorées dans la cavité péritonéale et leur diffusion, malgré le bouchon muqueux. Guinard opéra, à Saint-Louis, un blessé qui, atteint de trois perforations, avait trois bouchons muqueux épanouis; or le mésentère était couvert de matières intestinales : le bouchon muqueux existait bien, mais n'obturait pas. Chaput alla plus loin : « Je dois faire justice de la légende de ce bouchon muqueux obturateur; j'ai bien vu constamment, sur le chien, les lèvres de la plaie intestinale bordées de muqueuse éversée, mais cette muqueuse n'oblitérait rien. Au contraire, elle ne servait qu'à rendre l'orifice permanent, et constituait un obstacle sérieux à la guérison spontanée. »

Si nous supposons les blessés privés du secours de ce fameux bouchon contre l'infection, quelles chances leur restera-t-il d'une guérison spontanée ? Et, si celles-ci existent, quelle explication leur trouver, faute d'invoquer ce bouchon reconnu illusoire ? Peut-être l'action sphinctérienne des fibres musculaires de l'intestin, peut-être le trajet oblique des plaies sur les tuniques, peut-être l'état de vacuité de l'intestin, le couvercle épiploïque venu se coller au bon endroit, l'anse voisine venue adhérer, la lutte victorieuse du péritoine contre une infection sans grande virulence, etc. Les explications peuvent être facilement rassemblées, mais le jeu des hypothèses est, assez souvent, sans grand bénéfice.

A ces notions déjà fort anciennes et dont le rappel m'a semblé indispensable, la guerre a-t-elle ajouté ? Lui devons-nous un utile complément d'information ?

Les plaies par instrument tranchant ont été plus rares qu'autrefois, non pas exceptionnelles, cependant, ni bénignes, puisqu'elles furent, presque toujours, l'œuvre du terrible couteau de tranchée. Parmi les plaies par projectile, celles par balles ont été relativement moins fréquentes que celles par éclat d'obus, de grenade, de crapouillot, etc.

Des exemples de guérison spontanée ont été publiés.

Schwartz et Mocquot ont vu l'oblitération de dix perforations chez le même blessé. Chevassu a vu deux blessés, dont la plaie intestinale était en regard ou au contact de la plaie cutanée, guérir sans intervention. Ch. Walther a enlevé un projectile dans l'épiploon, onze mois après la blessure. Quelles plaies bénéficieront surtout de la chance de la guérison spontanée ? La discussion n'est pas finie. Pour quelques-uns, le gros intestin serait favorisé de bien des façons : moins de mobilité, donc moins d'essaimage septique; proximité des parois de l'abdomen; contenu moins liquide, c'est-à-dire moins diffusant, etc. Pour Quénu, les plaies de l'étage supérieur seraient moins graves; pour Wallace, la fréquence des abcès sous-phréniques témoignerait de la fréquence des plaies de l'estomac guéries spontanément. Mieux encore que les plaies spontanément guéries, il y eut pendant la guerre des plaies transfixiantes sans lésion viscérale : j'ai déjà fait allusion aux schémas de Rouvillois et à ceux de Wallace. Nous leur devons la démonstration de ces cas étonnants; les projectiles susceptibles de ne léser aucun viscère ne sont jamais ceux de la région ombilicale ou juxta-ombilicale, mais surtout ceux des flancs et des fosses iliaques : les schémas des deux auteurs que je viens de citer sont tout à fait en accord sur ce point.

La chirurgie de guerre a fait encore vérifier que les lésions multiviscérales étaient la règle, que les lésions thoraco-abdominales et les lésions associées (fractures du rachis, du bassin) étaient fréquentes et que la part de l'hémorragie interne était très grande, comme Monroë Mason devait l'établir, en 1924, avec sa statistique de 128 cas de plaies civiles où la mortalité variait de 24,8 p. 100 à 91 p. 100, suivant que l'hémorragie avait été faible ou notable.

Nous voici en possession de quelques notions anatomiques.

Sur la *clinique* des plaies de l'abdomen, je serai très bref.

Je ne peux pas redire ici tout ce que j'ai dit en parlant des contusions de l'abdomen. Je renvoie à l'étude clinique, qui est longuement faite. Mais je rappelle, ici, ce tableau excellent d'Abadie où les précautions de l'interrogatoire et les gestes de l'examen sont bien indiqués.

INTERROGATOIRE

Heure de la blessure.
Agent vulnérant.
Position occupée par le blessé.
Douleurs spontanées.
Vomissements. Nausées. Hoquet.
Selles.
Gaz.
Miction.

EXAMEN

ETAT GÉNÉRAL :

Facies = état de shock.
Pouls, pression artérielle.

EXAMEN DE L'ABDOMEN :

- 1° Les plaies, leurs orifices;
- 2° Le ventre.

Inspection : immobilité diaphragmatique.
Percussion : sonorité pré-hépatique; matité déclive.
Palpation : douleur provoquée; contracture.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Cathétérisme de la vessie.
Toucher rectal.
Examen du thorax.
Radioscopie.

Je vous répète que si, pour les contusions de l'abdomen, cette enquête clinique est l'acte primordial, pour les plaies, elle est habituellement simplifiée.

Ce n'est pas que le tableau soit uniforme; il peut être, ici aussi, ou à peine esquissé, ou de couleurs vives, parfois criardes, comme le disait Demons.

Mais les raisons de se déterminer sont plus claires que pour les contusions, presque toujours.

Pour celles-ci, j'ai divisé les *symptômes* en *symptômes trompeurs*, *symptômes inconstants* et *symptôme révélateur*; rangé dans les *signes trompeurs*: la température, les vomissements, le facies péritonéal; rangé dans les *signes inconstants*: la douleur, les selles sanglantes, le météorisme, la sonorité pré-hépatique, le pouls rapide; appelé *signe révélateur*: la contracture de la paroi.

Ce tableau peut être conservé pour les plaies abdominales; mais, assez souvent, deux signes de certitude sont évidents: *hernie épiploïque*, *sang viscéral et matières intestinales* faisant issue par la plaie cutanée.

Que la *douleur* soit un signe inconstant, je n'ai pas besoin d'y insister. Vous vous souvenez de l'observation rapportée par Verneuil: trois jeunes gens jouent avec un revolver; un coup est entendu; tous trois cherchent la balle; or, l'un des chercheurs a l'abdomen traversé. Guinard a publié un cas semblable: la scène est identique, l'un des rieurs a l'estomac perforé et meurt.

La guerre en a montré mille exemples.

L'orifice d'entrée ne devra pas non plus induire en erreur, je veux dire rassurer, *a priori*; le coup de couteau crural atteint très bien l'intestin; la balle entrée dans la fosse sus-claviculaire et celle entrée dans la région fessière peuvent perforer les viscères abdominaux: les blessures fessières par balles, en particulier, sont souvent compliquées de lésions intestinales.

La jeune fille vue par Follin, se laissant glisser languissamment du haut d'une meule, fit soudain la rencontre d'un pieu vertical, eut l'abdomen perforé par voie vaginale.

Voici le cas, récemment observé par Lavau, d'une femme de quarante-quatre ans, tombée assise sur un pieu de bambou. Elle est transportée tout aussitôt à l'hôpital, où on la voit deux heures après l'accident. Pas de plaie au périnée, mais la totalité du grand épiploon pend hors du vagin. La sonde vésicale ne ramène qu'un peu de sang, mais, en retirant la sonde, on ramène une frange de l'épiploon qui s'est engagée dans sa lumière. Le diagnostic s'éclaire: le pieu est entré par le vagin, a perforé la paroi vésico-vaginale, puis le dôme péritonéal de la vessie: l'épiploon, suivant le trajet, a rempli la vessie, puis le vagin, et pend à l'extérieur.

J'ai vu à Beaujon une malade dont l'orifice unique était sacro-coccygien: l'état général était parfait: la radiographie était négative. A cause d'une légère contracture, la lésion viscérale sembla vraisemblable. Il y avait, en effet, plaie du côlon pelvien, et la balle était dans l'ampoule rectale.

J'ai opéré à la Pitié de deux plaies du côlon pelvien un malade venu à pied et que l'on ne retint qu'à la faveur d'une syncope. Il avait une zone de contracture qui n'était pas plus large que la main; j'ai vu, à Broussais, un maniaque sénile mourir de perforation traumatique du rectum.

Par exception, un séton en apparence transfixiant a pu n'être que pariétal; une large plaie pariétale peut avoir respecté le péritoine.

A. Schwartz eut l'occasion « d'observer deux blessés typiques à cet égard. Le premier présentait un arrachement en masse de la paroi abdominale antérieure; on dut, pour lui reconstituer une paroi, le plier en deux, genoux ramenés aux épaules; à l'intervention, le péritoine et les organes abdominaux étaient intacts. L'autre blessé avait été atteint par de multiples et minuscules éclats de grenade: sa paroi semblait tatouée de petites plaies d'apparence superficielle: une trentaine de ces éclats étaient dans le derme; trois autres avaient pénétré et perforé trois anses grêles ».

Gelma et Kuhlmann ont vu un homme blessé au cours d'une rixe par une balle de revolver qui, après avoir traversé de gauche à droite le scrotum, était allée terminer son trajet à la face postérieure de la cuisse droite au-dessous du pli fessier. Or, ce blessé mourut en quarante-huit heures, de péritonite généralisée.

La **contracture** de l'abdomen nous rendra les immenses services qu'elle rend dans tous les cas où l'on s'interroge sur la contamination péritonéale.

Encore, devons-nous faire deux ou trois réserves : d'abord, il a été publié des observations où cette contracture manquait, malgré l'existence des lésions intestinales; d'autre part, elle peut exister, dans des cas d'ailleurs exceptionnels, ceux que Rouvillois a bien étudiés, sous le nom de syndrome para-péritonéal. De même la contracture peut exister dans des cas de plaies « para-abdominales ». (A. Schwartz et J. Quénu.)

Le cas de Rouvillois va fixer cette notion : pour un petit projectile entré au-dessus de la symphyse pubienne, existait une douleur abdominale généralisée, avec défense de la paroi, du battement des ailes du nez, un pouls à 120, un état général médiocre ; il ne s'agissait, en réalité, que d'un petit éclat intra-pariétal entouré de débris vestimentaires. Par contre, il est moins rare que des plaies thoraciques se soient accompagnées d'un syndrome de douleur et de contracture abdominale trompeuses. Enfin, comme Fraser et Bates le vérifièrent sur les soldats anglais, on peut voir, sous l'influence de la morphine et lorsque l'hémorragie qui accompagne la perforation est abondante, la contracture disparaître presque complètement. Cette constatation a été faite aussi par Rouhier.

Mais je laisse ces notions de clinique que chacun de vous connaît admirablement, et je répète que, dans la question des plaies, ce n'est pas là le centre du problème; pour elles, la présomption suffit à faire dire : oui, il y a plaie pénétrante. Même lorsque **le radiographe**, consulté sur l'existence d'un pneumo-péritoine, vous répondra : « Il n'y en a pas », sachez, s'il y a une contracture nette, vous détacher de ce renseignement optimiste, et affirmez l'utilité de la laparotomie. Nous le fîmes à plusieurs reprises et nous nous en sommes félicités. Une plaie de l'estomac lui-même a pu ne pas se signaler par le croissant clair sous-phrénique du pneumo-péritoine; elle sera découverte, comme nous l'avons vérifié avec P. Huet, si l'on obéit, avec confiance, au signal de la contracture.

Un des éléments importants du problème, lorsqu'il s'agit de plaie de l'abdomen, c'est le **shock**, non pas qu'il soit là, contrairement à ce que l'on a dit, plus marqué, plus tenace, plus complexe, en ses origines, que pour toute autre lésion ; beaucoup d'observateurs l'ont, au contraire, jugé rarement présent. Mais toutes les explications que l'on nous a proposées peuvent, ici, se trouver assemblées : éléments psychique, commotionnel, toxique, infectieux. Les Allemands y ajoutèrent encore (Kleinschmitt) et distinguaient six causes principales : psychique, excitatoire, paralytique, l'épuisement, l'acapnée, la toxémie. Comment faire la part de ce qui revient à l'émotion, aux dégâts musculaires, au saignement interne, aux résorptions rapides, au niveau du péritoine, de tout ce que déverse l'intestin d'infectieux et de toxique ? Où peut être le shock trau-

matique pur ? « Aucun exemple n'est plus mal choisi que les plaies de l'abdomen pour élucider la pathogénie du shock. » (E. Quénu.)

Comment différencier le shock nerveux du vrai shock traumatique et du shock secondaire, infectieux, particulièrement précoce ici ? Non pas au point de vue pathogénique, que nous négligeons volontairement, mais au point de vue du diagnostic.

Quelques formules ont été avancées, chacune ayant sa part de vérité. Après Berger, qui disait : « Lorsqu'un blessé se meut, se retourne, parle et pense sans gêne et sans douleur, à son attitude, son aspect, son facies normal, il y a de fortes présomptions pour que le péritoine soit intact. » A. Schwartz et Fey ajoutent : « On peut dire avec autant de justesse qu'un blessé qui présente un état de shock accentué a habituellement une plaie pénétrante avec lésions graves. Mais ce n'est là qu'une probabilité sans valeur absolue. »

En effet, Mac Ewen a publié l'observation d'un enfant de dix ans qui, en jouant, tomba sur une pointe. Il n'y avait ni shock, ni hématomé. A cause d'une contracture s'étendant du côté droit, et malgré l'examen de la plaie à la sonde qui faisait croire non pénétrante cette plaie, on intervint. Il y avait deux larges perforations gastriques.

Il convient de ne pas trop s'attarder à des impressions. Si un seul signe fait le doute, le doute doit faire intervenir; mais, dans le doute ou dans la certitude, on peut choisir le meilleur moment. Pour Sencert et Barnsby, on ne doit songer à opérer que si l'on sent le pouls radial du blessé et si sa tension maximum, prise au Pachon, a pu être ramenée à 10, avec oscillations franches de l'aiguille manométrique.

Pour Rouhier, « il n'existe qu'un symptôme véritablement décisif de plaie intestinale : c'est le ventre de bois; mais, par son caractère même, il s'oppose à toute palpation et ne donne, lorsque le projectile est resté dans le ventre, aucun renseignement ni sur son trajet, ni sur le foyer principal des lésions. Il en résulte qu'il serait infiniment précieux de compléter les données cliniques par un examen radiologique ». (Voir pages 505 à 524.)

Nous arrivons au débat essentiel : il est d'ordre thérapeutique.

Je vais supposer le cas le plus fréquent : il n'y a pas hémorragie interne évidente, il n'y a pas hernie traumatique forçant la main.

Il y a les signes d'une perforation intestinale. Comment allons-nous nous comporter ? Faut-il opérer ? Peut-on s'abstenir ? Ce débat ancien est moins vieilli qu'il ne semble et il n'a pas manqué, pendant la guerre, d'occasions de paraître actuel.

Nous suivrons la marche suivante : *courte histoire des idées, dans la pratique civile ; état de la doctrine de chirurgie de guerre en 1914 ; expérience de la dernière guerre.*

En 1895, à la Société de Chirurgie, les esprits étaient encore partagés. Chaput disait bien, à l'occasion d'une observation de Rochard: « L'expectative est dangereuse, seule la laparotomie est rationnelle, elle est bénigne. » Et Terrier, Quénu, Nélaton pensaient bien comme lui; mais Berger ne le suivait pas, qui disait: « Dans les cas récents de plaies par balles de revolver, lorsqu'il n'y a pas d'accident, malgré les symptômes certains ou probables de pénétration, il est permis d'attendre. » Cette attente était aussi l'attitude de Kirmisson et de Reclus, de Reclus surtout, qui fut le champion éloquent de l'abstentionnisme et qui sut réunir 66 guérisons spontanées sur 88 cas de plaies abdominales, juste ce qu'il fallait pour permettre de dire: « que la guérison s'obtient sans intervention chirurgicale, dans les deux tiers des cas », et qui ne pouvait pas accepter la bénignité de la laparotomie, puisque Peyrot, Périer avaient pu refermer le ventre en laissant une perforation non oblitérée, tel autre en oubliant quatre, et puisque d'autres chirurgiens méconnaissaient une plaie du mésentère ou rétrécissaient l'intestin par leurs sutures, etc. Cette condamnation était spécieuse: quelle opération résisterait à l'énumération des maladroites et des malfaçons?

Malgré ces arguments, l'interventionnisme gagnait du terrain, et l'on a pu dire que Reclus, dans sa leçon d'ouverture à la Faculté, avait crânement désarmé.

La doctrine de l'intervention systématique, aussi précoce que possible, dans tous les cas de plaies de l'abdomen pouvant être pénétrantes et compliquées ou non de lésion viscérale, fut la doctrine classique acceptée.

A côté de cette expérience de chirurgie de la pratique civile, quelle était l'expérience des chirurgiens militaires? Quelles avaient été les observations faites dans les dernières guerres?

Les observations et les résultats étaient bien minces; on les cherchait dans les événements de la guerre sino-japonaise, de la campagne de Cuba, de la guerre du Transvaal. De la première: deux laparotomies, deux morts; de la seconde: dix laparotomies, neuf morts; pendant la troisième, on vit les meilleurs chirurgiens devenir abstentionnistes. Et parce que Mac Cormac avait dit devant Kuttner: « Un homme blessé à l'abdomen meurt, en cette guerre, s'il est opéré; il demeure en vie si on le laisse tranquille », cette parole eut un grand retentissement; on en fit l'aphorisme de Mac Cormac; on lui voulut force de loi absolue et, grâce à lui, on condamna l'intervention sur les blessés au ventre, en temps de guerre.

Les déboires chirurgicaux continuèrent pendant la guerre russo-japonaise et la guerre des Balkans. Follenfant enregistra ceux de la première; Reverchon, ceux de la seconde. Mais ce dernier ajoutait avec justesse: « L'abstention systématique n'a que la valeur d'un dogme provisoire. »

En juillet 1914, cette somme de déboires nous est rappelée par M. Delorme: « En principe, la laparotomie immédiate est à rejeter. Les guerres les plus récentes ont affirmé sa nocivité. »

Voilà la doctrine officielle au début de la dernière guerre. Elle trouvera des avocats plus convaincus encore, comme ce médecin pour qui, « de la rencontre d'une balle humanitaire venant de loin et d'un abdomen en état de vacuité relative, il semble résulter pour celui-ci un minimum de dommages », et comme celui pour qui « les accidents ne seront pas plus graves que si l'homme avait mangé une pomme verte ».

Les médecins militaires ne sont pas les seuls à prôner l'abstention: Tuffier, Sencert le font aussi.

Les chances de guérison spontanée sont-elles vraiment celles que les paroles si optimistes que j'ai rappelées feraient espérer? Ne le croyez pas.

Lucas-Championnière a réuni dans sa thèse un grand nombre d'observations de plaies non opérées. Il les a trouvées dans des statistiques bien diverses: Crimée, Algérie, armée anglaise aux Indes, armée allemande à Metz, armée française à Sedan.

Sur 1.146 cas, 861 morts: mortalité, 75 p. 100.

Mais, dans la guerre de 1914, les chiffres furent vite de nature à troubler les abstentionnistes les plus euphoriques.

Dupont et Kendirdjy, dès novembre 1914, envoyaient à la Société de Chirurgie une statistique impressionnante: 40 blessés de l'abdomen non opérés, 40 morts; mortalité, 100 p. 100.

Par conséquent: fable, la balle humanitaire; fable, le ventre miraculeusement vide; fable, la pomme verte.

Contre l'abstention, et à la faveur aussi, il faut bien le dire, d'une guerre immobilisée, les chirurgiens vont lutter. Il faut mettre au premier rang les succès opératoires de Gosset, les efforts de controverse de Quénu et le rôle essentiel de la Société de Chirurgie de Paris.

Bientôt, après des rapports, des statistiques, des appels pressants, l'intervention fut préférée, prônée, célébrée. « S'abstenir, c'est livrer l'avenir au hasard, c'est tenter la chance, c'est assumer une terrible responsabilité. » (Lejars.)

En mai 1915, les membres assemblés à la Société de Chirurgie votaient le vœu dont je veux vous donner lecture:

« La Société de Chirurgie se prononce en faveur de l'intervention précoce dans les plaies de l'abdomen. Elle émet le vœu que, pour assurer à ces blessés, et d'ailleurs à tous les blessés graves, des soins où la rapidité de l'opération a sur le succès une influence considérable, les ambulances automobiles soient concentrées, selon les besoins et pour le temps nécessaire, au point où affluent les blessés. »

Le vœu que les efforts de E. Quénu avaient obtenu satisfaisait les esprits

à un point d'effusion que M. Rochard souligna : « La logique a triomphé du paradoxe. Les plaies de l'abdomen par projectiles de guerre viennent enfin d'entrer dans le domaine de la chirurgie active. C'est comme un soulagement pour notre entendement. Notre esprit avait peine à penser que ce qui était vérité avant la guerre fût subitement devenu erreur pendant. » Comme l'ont dit Schwartz et Mocquot, « les faits ont fait éclater le dogme ».

Les idées allemandes, semblables aux nôtres au début de la guerre, évoluèrent de la même façon, et l'intervention reprit tous ses droits.

Mais tout n'était pas fini, et, dans son excellent livre, Abadie a bien montré les diverses oscillations du mouvement des idées. Alors que les idées de la chirurgie de guerre semblaient s'harmoniser, adhérer aux idées de la chirurgie civile, Chevassu, en novembre 1915, fit une remarquable étude sur 210 cas de plaies de l'abdomen. Les chiffres étaient favorables à l'abstention. L'auteur eut le courage de les rapporter, de les commenter et de demander « de réprimer le vieil instinct chirurgical qui se cabre et de laisser évoluer les plaies de l'abdomen selon leurs propres forces ».

Le vieil instinct chirurgical se cabra, en effet, et E. Quénu protesta sans ménagement, sans perte de temps, et, après une révision des chiffres, annonça « que cette communication était faite pour encourager l'inertie et l'erreur ».

Je voudrais être assuré que tous les mémoires qui furent adressés à la Société de Chirurgie aient été de la qualité d'observation de ceux de Chevassu. E. Quénu a mis, à opérer le rassemblement de bien des matériaux et à en extraire le sens, la conscience et la science que vous savez, mais la laparotomie avait pris, à une certaine époque, un tel air héroïque, que l'on vit jaillir, de tous côtés, des statistiques avantageuses.

Il n'y a peut-être pas, si j'en crois des renseignements de bonne source, entre les statistiques qui sont dans les archives du Service de Santé et celles qui ont eu les honneurs des sociétés savantes, un accord toujours parfait.

Ceux qui opéraient et guérissaient l'ont, sans doute, presque toujours fait savoir.

Ceux qui s'abstenaient et voyaient guérir avaient, de leur mérite, une moindre opinion et ne publiaient peut-être pas tous leurs résultats.

Quant à ceux qui opéraient et ne guérissaient pas, leurs statistiques furent-elles toutes connues ?

Comme il va falloir être au courant de ces causes d'erreur au moment de confronter les statistiques ! Chacun s'est défendu de juger sur des chiffres, mais chacun y a cédé.

A mon tour d'en réunir pour vous.

Je veux vous indiquer d'abord ceux qu'Abadie a donnés dans le livre que je vous ai déjà vanté.

Abstentions : 713 cas, 550 morts; mortalité, 77 p. 100.

Interventions : 688 cas, 439 morts; mortalité, 64 p. 100.

En cas de lésions du grêle : mortalité, 70 p. 100.

J'ai recueilli à votre intention une statistique de quelque étendue :

1.397 interventions : guérisons, 44 p. 100.

600 abstentions : guérisons, 19 p. 100.

L'heure de l'intervention, il est inutile de le dire ici, est d'une importance considérable.

Gianettasio, sur 298 interventions, voit :

59 p. 100 de guérisons dans les six premières heures;

30 p. 100 de guérisons entre la sixième et la douzième heure;

14 p. 100 de guérisons entre la douzième et la vingt-quatrième heure.

Richards opère 80 blessés avant la douzième heure ; il en guérit 80 p. 100, c'est-à-dire quatre sur cinq.

Mais ces chiffres n'indiquent encore qu'une incomplète victoire, en particulier ceux réunis par Abadie. Les plaies de l'intestin grêle opérées ont donné une mortalité de 70 p. 100. L'écart n'est pas grand entre les résultats des abstentionnistes et des interventionnistes.

Il est même de très bon augure dans les chiffres de ceux qui ont pu opérer précocement, et à ce point modifié que la vérité scientifique théorique semble bien l'intervention.

Il faut le répéter sans septicisme, et tenir pour vérité la parole de Winslow, en 1921 : « Il faut toujours intervenir : je n'ai jamais eu la chance de voir une perforation d'un viscère creux guérir spontanément. Aucun de mes cas laparotomisés n'est mort de ce fait, et deux, au contraire, sont morts parce que la perforation intestinale avait été méconnue. »

C'est cette vérité, d'ordre didactique, que je vous dois ici. Je n'ai pas à chercher des règles d'organisation militaire et sanitaire qui en feront une vérité pratique.

Il faut intervenir, il faut mettre le blessé dans les conditions d'intervention plus que précoce, immédiate. Il faut aussi qu'il soit assuré d'arriver dans les mains d'un chirurgien à qui cette chirurgie n'est pas étrangère.

Les résultats s'amélioreront-ils ? Des chiffres plus réconfortants que ceux que je vous ai donnés seront-ils, un jour, obtenus ? Puis-je finir par une parole d'espoir ? Peut-être.

La technique opératoire a-t-elle toujours été ce qu'elle devait être, et, avant d'incriminer les imprudences ou les erreurs de la laparotomie, ne

devons-nous pas incriminer les imprudences ou les erreurs des laparotomistes ?

Si quelque progrès dans ce sens, dans la technique, était démontré, les résultats des chirurgiens, qui sont encore si incomplets, insuffisants, seraient sans doute meilleurs. Cette parole d'espoir, je vais l'emprunter à J.-L. Faure. Il s'est fait, comme nul ne peut l'ignorer, le défenseur, plein de foi et de courage oratoire, du drainage large, dit de Mikulicz, pour bien des interventions abdominales.

J.-L. Faure a réuni également quelques statistiques de plaies de l'abdomen opérées et drainées selon les règles qu'il a, infatigablement, répétées. Les observations lui venaient de Paveo Martin, de Bottreau-Roussel, de Banzet, de Pilven.

Les chiffres sont à l'inverse de ce que nous avons jusqu'ici. Le pourcentage de guérisons est remarquable : de 80 p. 100 à 90 p. 100.

Souhaitons, en terminant, que des matériaux de choix, nombreux, contrôlés, réunis sans hâte, puissent être bien étudiés, et qu'il y ait là le progrès réconfortant que nous avons encore à espérer (1).

Ce qui importe par-dessus tout, pour toute plaie, c'est la précocité de l'acte chirurgical. Pour certaines lésions, la gravité croît si régulièrement d'heure en heure qu'en 10, 12, 20 heures, la situation peut être passée au plus noir. Il importe encore, en matière de chirurgie civile, d'insister sur un point particulier : rien n'est plus préjudiciable à l'avenir du blessé que les entourages nombreux, où chacun croit pouvoir donner son avis, et que certaines discussions de médecins divisés en conflits moliéresques. Que de fois le vagabond de la rue, blessé dans une rixe, et transporté à l'hôpital, reçoit-il, avec une hâte exemplaire, des soins que le malade fortuné ou notoire, entouré de bavards, de zéloteurs, et trop diversement conseillé, ne recevra qu'avec un funeste retard.

HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE HÉMO-PÉRITOINE

(1) B. G. Willis, de Rocky Mount, a publié très récemment un travail basé sur 63 cas de perforation de l'abdomen, par armes à feu; la mortalité totale a été de 35 p. 100; l'importance de l'hémorragie interne, comme facteur de gravité, est flagrante. Dans 30 cas de grosse hémorragie, la mortalité a été de 56,66 p. 100; dans 28 cas de petite hémorragie, elle a été de 10,71 p. 100. La statistique de Oberhelman et Le Count, qui porte sur 343 cas réunis au Cook County Hospital en treize ans (1911 à 1924), n'est pas encore très réconfortante : si les plaies opérées de la rate, du rein sont de gravité réduite, celles de l'abdomen donnent encore une mortalité de 13 p. 100 ; celles de l'intestin et de la vessie, une mortalité de 48 à 66 p. 100 ; celles des gros vaisseaux, une mortalité de 100 p. 100.

HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE

J'étudierai, sous ce titre :

- I. Les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale chez la femme :
 - 1° *La grossesse extra-utérine; 2° Les hémorragies d'origine génitale, mais non gravidique; 3° Les perforations utérines.*
- II. D'autres hémorragies intra-péritonéales :
 - 1° *Rupture d'anévrysmes; 2° L'apoplexie abdominale.*

I. — DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET DE SES COMPLICATIONS

On sait, depuis quarante-huit ans, c'est-à-dire depuis les travaux de Lawson Tait (1885), que la cause prépondérante des hémorragies intra-péritonéales, chez la femme, c'est la rupture de la trompe gravide.

Les aphorismes, sur ce sujet, ne manquent pas : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » (Pinard.) « Toute grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle. »

Ce n'est plus la nécessité de l'acte chirurgical qui est à enseigner; elle est bien connue; mieux que pour l'appendicite, presque aussi bien que pour la hernie étranglée, la notion de chirurgie d'urgence, en cas de grossesse extra-utérine, est déjà, presque, du domaine public; ce qu'il faut, inlassablement, chercher à éclairer, car les retards sont encore la règle, ce sont les moyens de diagnostic précoce.

Je commencerai par les cas simples, ceux où les signes sont francs :

- 1° Les signes de la grossesse ectopique avant l'avortement ou la rupture ;
- 2° Les signes du saignement intra-péritonéal.

Puis j'étudierai les cas difficiles, les formes cliniques à signes bâtarde.

I. — DIAGNOSTICS SIMPLES

Il est des malades, distraites ou sans malaise, qui ne sont pas averties; elles arrivent, ignorantes ou négligentes de leur état, jusqu'aux plus graves complications : la maladie ne semble commencer que par les accidents qui, du même coup, la terminent.

Mais, assez souvent, les malades n'ont pas été informées des menaces qui leur étaient réservées, parce que le médecin ou le chirurgien ne fut pas inquiet à temps. C'est lui qui fut distrait. C'est lui qui doit se juger sévèrement et se multiplier les reproches (1).

Sproat Heaney se félicitait, dans un récent article, que l'appendicite ait été assez étudiée, assez bien enseignée, assez ressassée, pour que « le praticien et même l'homme de bien » en soient suffisamment instruits, et que mourir d'appendicite inopérée soit chose maintenant à peu près inconnue. Le progrès des idées lui paraît moins sûr, moins vérifié, en ce qui concerne la grossesse extra-utérine, à ce point que, pour lui, les cas négligés seraient la règle. Il se fait accusateur, et d'autres ont repris ses arguments, quelques-uns le traduisant, sans le citer; il s'en prend aux livres d'enseignement : il voudrait voir « refaire ce chapitre, dans les manuels ». Il y trouve trop soigneusement étudiées les formes graves et les complications, pas assez étudiée la grossesse extra-utérine elle-même, avant les avatars.

Je ne suis pas aussi sûr que lui que le nombre des appendicites méconues soit négligeable, ni aussi sûr que lui que les livres didactiques soient si mal faits. Ils sont peut-être mal lus. Ils sont trop vite oubliés. Le praticien, médecin ou chirurgien, ne garde plus bientôt, de ses lectures, que des souvenirs trop squelettiques : la maladie, avec ses degrés divers, et les erreurs, avec leurs conséquences, lui rappelleront peu à peu que « le schéma » et une mémoire lacunaire ne suffisent pas du tout, lorsqu'il s'agit de dépister les grossesses extra-utérines.

Je suis aussi convaincu que Heaney du grand nombre des grossesses extra-utérines ignorées, avant et pendant leurs plus gros accidents; avant, parce que l'on attend, à tort, des signes francs de grossesse et des signes topographiques de grosseur latéro-utérine; pendant les accidents aussi, parce que l'on attend des signes cataclysmiques qui ne sont pas la règle. On veut à la maladie, dans ses débuts, une symptomatologie trop parfaite et aux complications une gravité qui, au lieu d'être évidente, est souvent cachée.

(1) La statistique de Labhardt fait bien voir la lenteur des progrès. Il y a vingt-cinq ans, 18 p. 100 des malades atteintes de grossesse extra-utérine entraient à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite; les diagnostics sont encore erronés (de 1926 à 1930) dans 19 p. 100 des cas.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(avant les complications).

Le diagnostic urgent, c'est celui de la *grossesse extra-utérine*. J'étudierai d'abord ses signes, non pas dans leur groupement le plus complet, mais, au contraire, dans leur éparpillement habituel, telle malade n'ayant que l'un d'eux, telle autre malade n'ayant qu'un autre signe. *Je ne les étudierai pas chez de grandes malades appelant au secours, mais chez les malades de la consultation quotidienne, chez celles qui sont sur les bancs d'une salle d'attente de consultation gynécologique ou qui viennent, en se promenant, chercher un conseil chez le médecin.* Parmi elles, sont les grossesses extra-utérines, à opérer vite.

J'étudierai ensuite l'évolution des cas simples, habituels, faciles, puis ceux plus obscurs; il ne saurait être question de « brosser » des tableaux, mais de signaler les pièges, de les compter, de les éclairer : ni fresque, ni même tableau de chevalet, aucune peinture; simplement mettre des indications, avertir des chausse-trapes.

Parmi les malades qu'il faudra savoir retenir, les unes viennent pour « des pertes », d'autres « pour des douleurs », ou pour « l'estomac », « les reins », « la vessie », etc. Il ne faut pas espérer une première indication plus claire.

La première cause d'erreur est d'attendre une *aménorrhée*, signe essentiel de grossesse; la seconde, de croire que les douleurs de la grossesse ectopique sont particulières : *coliques salpingiennes*.

Le très jeune âge ne doit pas trop servir d'argument à l'abstention chirurgicale. Que le cas que je dois à A. Martin me serve à y insister : une jeune fille de quatorze ans a été prise, la veille, d'une douleur abdominale aiguë, siégeant en bas, à gauche et à droite de la ligne médiane. Le médecin conseille la glace et l'huile camphrée. Le lendemain, lorsque A. Martin voit l'enfant, elle a 37°,6, mais un facies décoloré, un ventre ballonné, non contracturé, douloureux à hauteur de la fosse iliaque gauche, un pouls bien frappé. Le toucher rectal permet de reconnaître une tuméfaction douloureuse du Douglas. On opère : il s'agit d'une grossesse extra-utérine gauche rompue. Il n'y avait eu comme irrégularité menstruelle que l'abréviation de la durée des dernières règles.

ÉTUDE CRITIQUE DES SYMPTÔMES FONCTIONNELS

Les deux symptômes les plus habituels sont : *une irrégularité menstruelle, des douleurs.*

Les vieux auteurs proposaient parfois des distinctions ingénues : « Les grossesses extra-utérines sont plus ordinaires dans les filles, les veuves qui ont passé pour sages, parce que la crainte, la honte, le saisissement dont ces femmes sont affectées dans un embrassement illicite y ont beaucoup de part. » (Astruc, *Manuel des accouchements*, 1846.)

Irrégularité menstruelle. — « L'aménorrhée est mentionnée dans les livres avec trop d'emphase. » (Sproat Heaney.) Il est d'un esprit peu averti d'attendre, en effet, de la malade, qu'elle arrive en disant : « J'ai un retard de règles. » Ce n'est presque jamais, sinon la vérité, au moins ce que peut penser la malade.

Il faut interroger avec beaucoup de soin, beaucoup de clarté, de patience : la malade est imprécise, émotionnée, noyée dans ses réponses.

Reprenons les trois derniers mois, un à un, et ayons le récit de leurs règles; nous jugerons; mais la question posée ainsi : « Avez-vous eu un retard ? » reçoit très souvent une réponse négative dont on aurait tort de se tenir pour satisfait, car un interrogatoire plus précis va aussitôt apporter la contradiction.

Si cet examen rétrospectif de la durée des règles des trois ou quatre derniers mois est bien fait, il apprend qu'il y a eu une **irrégularité**, un **court retard** le plus souvent, parfois une **arrivée prématurée** des règles; mais « depuis, je perds du sang », dit la malade. Et c'est très important à retenir.

Pinard disait : « La femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant une grossesse normale. » Cette formule pourrait être trompeuse, si son auteur n'avait eu soin d'ajouter : « Ses hémorragies diffèrent toujours des hémorragies cataméniales par le défaut de périodicité aussi bien que par la qualité et la quantité de sang perdu. » C'est aussi ce qu'avait dit Pajot : « Ce ne sont pas les règles ordinaires; elles sont modifiées dans leur qualité, leur quantité, leur apparition, leur durée. »

Mais il ne faut pas, de la malade, espérer cette distinction; c'est au médecin de l'établir. Que de fois, le dialogue terminé, la jeune femme laissera-t-elle voir sa grande surprise de ce « retard » démontré par le médecin.

Il y a eu *modification dans le temps*; légère avance, court retard : premier avertissement.

« Le sang que vous perdez est de quelle couleur ? » La malade le sait : noirâtre, chocolat, marc de café, brun ou rouillé, séreux, clair. Le médecin demande à voir le dernier linge et il retrouve l'adjectif de ses manuels : sang sépia. C'est la *modification de qualité*; deuxième avertissement.

Enfin, *modification de quantité* : ou bien les règles de l'avant-dernier mois écourtées, arrêtées, le premier soir; ou bien, chaque jour, depuis l'irrégularité initiale, un écoulement peu abondant, baveux, sale; ou bien, avec une apparence de périodicité, des hémorragies.

Comment la malade se croirait-elle sans règles ? Elle a l'impression inverse : que les dernières règles n'en finissent plus.

Comment aurait-elle répondu « oui » à la question : « Avez-vous eu un retard ? » Elle croit, au contraire, qu'elle a des hémorragies, des règles anormalement longues. Elle ne pense pas (le plus souvent) à un retard, mais à ces saignements prolongés ou impurs ou malodorants ou de couleur sale.

Il n'est pas douteux que, dans la majorité des cas, c'est ainsi que les choses se passent et nous sont présentées. A moins d'avoir affaire à une méthodique maniaque, éprise de minutie et de calendrier, ou à une inquiète, angoissée de grossesse, on se trouve en présence d'une malade préoccupée de « perdre », et non pas interrogatrice sur un « retard ».

Parce qu'elle est vêtue de linges spéciaux depuis plusieurs semaines, et, chaque jour, ensanglantée, on aura souvent beaucoup de difficultés à lui faire reconnaître qu'elle a eu un retard vrai et que ce ne sont pas ses règles. Or, c'est là que le médecin doit arriver. Qu'il ne se laisse tromper ni par des hémorragies abondantes (on en a vu qui nécessitaient le tamponnement), ni par ces fragments de membranes qu'on lui montre; qu'il n'attende pas l'expulsion de la caduque, en moulage de la cavité ou en débris informes : ce n'est ni signe de la mort de l'œuf, ni surtout symptôme habituel (à peine une fois sur cinq). Une seule circonstance est difficile à débrouiller : lorsque la mort de l'œuf et son enkystement (kyste fœtal) ont permis le retour régulier des menstrues; c'est assez exceptionnel pour ne pas mériter plus que ce simple rappel.

Nous voici, au bout de cet interrogatoire assez souvent laborieux, en possession du renseignement suivant : *ou un saignement interrompu ou pauvre à l'une des dernières époques; ou un saignement irrégulier, intermittent depuis un retard de six à huit jours; ou un saignement peu abondant, continu, sur une plus ou moins longue période depuis une irrégularité (avance ou retard).* Et c'est tout; ce n'est presque jamais plus clair. Et cependant, comme dit très bien Bréchet, c'est déjà le meilleur signe : **un léger retard, une interruption des règles, suivie de pertes irrégulières.** Le premier signe, ce n'est donc pas l'absence de

règles, c'est, malgré son aspect si commun, si banal, un *saignement irrégulier* (1).

Douleurs. — Si cet autre signe est un signe d'alarme, tant mieux ; si les douleurs sont assez vives pour faire que la femme se préoccupe, comme c'est heureux. Mais c'est très, très rare. « Insister sur la sévérité de la douleur comme signe pathognomonique de grossesse extra-utérine, c'est à peu près comme insister sur l'émaciation comme signe de cancer utérin... L'attendre, c'est aimer les désastres. » (Sproat Heaney.)

Comme Heaney a raison ! Les auteurs décrivent trop complaisamment les fameuses coliques salpingiennes : douleur terrassante, déchirante, pendant laquelle la malade serait terrifiée, les deux mains appuyées sur son ventre ou sur ses reins, ou serait tordue, agitée, gémissante, hurlante, puis, après la crise, anéantie, écrasée, etc. (j'emploie les mots courants).

C'est dramatiser beaucoup ; bien des fois, les douleurs ont été si peu de chose que la malade a pensé et que le médecin a dit : ce sont des gaz. Ce sont des crampes unilatérales à gauche ou à droite, avec des irradiations surtout lombaires, quelquefois sacrées, périnéales, viscérales, rectales, crurales. On a donné à leur modification progressive les explications : coliques d'expulsion, douleurs de distension, troubles de compression, etc. ; les unes sont courtes, vives, intermittentes, calmées par l'écoulement de sang (vomique salpingienne), les autres plus longues, plus profondes, les dernières continues, étalées, etc. Ce sont des nuances difficiles à numéroter.

La douleur est un signe presque constant, mais, traduit par les renseignements de la malade, c'est un signe d'apparence souvent si bénigne ! « Je sens mon côté. J'ai des coliques. Mon ovaire me fait mal. Je dois avoir de l'entérite », etc., autant de locutions qui semblent devoir rassurer. C'est parmi ces vagues endolories qu'il faut chercher. Là encore, ce n'est pas à la malade de dire : j'ai des douleurs intermittentes, par crises, ou j'ai des douleurs « de faux travail » ; c'est au médecin de s'appliquer à retrouver la *colique salpingienne* vive, d'assez courte durée, mais répétée, la *douleur de torsion*, calmée par l'écoulement plus que par le repos, ou même des douleurs de menace, de *réaction péritonéale* voisine, avec pâleur, nausées, léger ballonnement, pouls accéléré ; ces douleurs obligent parfois la malade en marche à se plier un peu, la malade au lit à se coucher « sur un côté ». Mais que de fois c'est une « simple pesanteur », un « poids », un « point » ! (2).

(1) Sur les 100 cas étudiés par Ricci et Salvator, de Palma, 28 fois il n'y eut aucun retard de règles.

(2) Sur 100 cas étudiés par Ricci et Salvator, de Palma, 32 fois une douleur vive avec syncope, 33 fois une douleur vive sans syncope, 16 fois une douleur vive précédée de deux ou trois semaines de coliques intermittentes, 19 fois des coliques douloureuses. Sur 313 cas de la statistique de Falk et Rosenbloom, dans 9 cas seulement, il n'y eut pas de douleurs abdominales.

Il n'y a pas d'autre signe à espérer de l'interrogatoire : ni troubles digestifs, ni vomissements, ni nausées, ni modification des seins, ni apparition précoce du colostrum, ni modification de la pigmentation cutanée, ni les vertiges. (Doléris.) Rien, de tout cela, n'est assez régulier pour être retenu. Pour Kraul, cependant, l'importance diagnostique des signes subjectifs de la grossesse ne serait pas négligeable : dans 288 sur 300 cas, ils auraient aidé.

Avec quelle fréquence l'un ou l'autre des signes avertisseurs ? Lilian Farrar a cherché à les préciser dans ses 186 cas : 74 fois il y avait douleur et saignement notable, 58 fois douleur sans saignement, 47 fois douleur et un peu de sang, 4 fois saignement sans douleur. Dans les statistiques de Brady (50 cas), la douleur 48 fois, les règles anormales 37 fois, les règles sautées 24 fois, furent les meilleurs avertissements.

LES MALADES

J'espère avoir bien montré que les malades à examiner, celles retenues avec soupçon de grossesse ectopique, ce ne sont pas, jusqu'ici, des malades disant à l'arrivée : j'ai un retard ! ou : suis-je enceinte ? ou : mon ventre grossit ! ou : j'ai des vertiges !

Ce sont, dans bien des cas, des malades qui ne pensent absolument pas à la grossesse : elles sont, beaucoup plutôt que dans une maternité, allées dans un service de gynécologie ; assez souvent même, ce sont des femmes jusque-là stériles, et qui ne croient plus beaucoup pouvoir être enceintes ; ou des femmes qui, jusque-là, n'ont eu que des fausses couches, ou des femmes à qui quelque salpingite de longue durée a fait croire à une stérilité définitive.

L'âge ordinaire des malades varie surtout entre vingt-deux et trente-huit ans. Dans la statistique de Urdan, qui porte sur 474 cas, il n'y a que 13 observations de malades de quarante ans et plus.

Que le lecteur me permette de bien répéter que c'est parmi les consultantes en apparence les plus banales que l'on découvrira, à temps, les grossesses extra-utérines. Par exemple :

Une femme qui, à la question fatale : « Avez-vous eu un retard ? », répond : « Oh ! non, au contraire, depuis mes dernières règles je perds tout le temps, et c'est sale et noirâtre », voilà une malade à voir de près.

Une malade qui dit : « Je souffre dans le côté depuis quelques jours, ça me prend tout d'un coup, puis la douleur s'arrête et une heure après recommence ; la nuit aussi ; on dirait des coliques », voilà encore une malade à voir de près.

Et une autre : « Depuis huit jours, j'ai tout le temps envie d'uriner, et je souffre en urinant. » Vous pensez à une gonococcie, vous demandez :

« Perdez-vous en jaune ? » ; elle répond : « Non, je perds du sang comme du chocolat. » Voilà encore une malade qu'il ne faut ni rassurer ni laisser partir sans un sérieux examen.

EXAMEN

Cet examen devra être complet, mais très doux. *S'il y a grossesse extra-utérine, le toucher brutal ou le palper combiné trop appuyé peut hâter la rupture et l'hémorragie.* Forgue raconte avoir dû opérer d'urgence une malade qui, dans le cabinet d'un médecin de Mont-

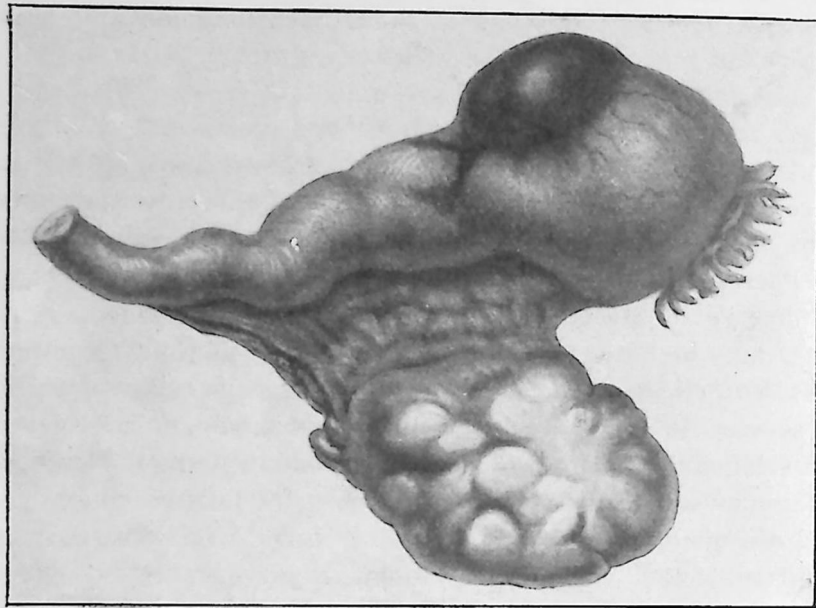


Fig. 91. — Grossesse tubaire diagnostiquée et opérée avant toute complication. (LECÈNE.)

pellier, fit, quelques secondes après le toucher, la rupture et l'inondation péritonéale.

J'ai opéré une malade qui fit la rupture, et d'une forme cataclysmique que je dirai tout à l'heure, après l'examen au spéculum et le « pansement gynécologique » d'un médecin.

Dans une maison de santé, un accoucheur des plus éminent fait entrer une malade, chez qui il suspecte une grossesse extra-utérine. Il fait un examen, la malade étant mise en position de Trendelenburg. Il prolonge cet examen, car le cas est difficile; après ce toucher et ce palper prolongés, il se croit rassuré, rassure la malade, dit : « Non, il n'y a rien. » Une heure après la malade meurt d'hémorragie cataclysmique, avant que l'on ait pu retrouver l'accoucheur.

Plusieurs malades ont eu des syncopes, par hémorragies graves, au moment du transport dans la salle d'opération.

Il convient donc, pendant l'examen, de songer aux *précautions de douceur*. Il n'y a pas que ces précautions de gestes : comme il n'est pas exceptionnel qu'un premier examen soit incertain, il faut le recommencer et le recommencer souvent; sinon, ainsi que le disait Varnier, chaque jour et plusieurs fois par jour, au moins dans les plus courts délais.

L'examen du ventre n'indique rien. Il faut faire le *toucher vaginal* et le *palper hypogastrique et iliaque combiné au toucher* : comme toujours, si l'on veut un examen plus facile, la vessie de la malade doit être parfaitement vidée.

Le *col* est un peu ramolli, pas beaucoup, « pas comme dans la grossesse » (Pinard); il est quelquefois gros et entr'ouvert, quelquefois haut, sous le pubis ou un peu latéral. La douleur, par pression à son niveau, est sans grande valeur.

Le *corps* est en antéflexion quelquefois bien marquée; il est un peu ramolli, d'un ramollissement uniforme, sans signe de Hégar. Il peut, dans certains cas, se trouver un peu surélevé vers le ventre, comme si l'érection tubaire l'entraînait. Enfin, il est un peu gros. Il l'est d'autant plus que la grossesse tubaire est plus près de lui (Sproat Heaney), mais à aménorrhées égales, il est moins gros qu'un utérus gravide. Il est quelquefois petit, atrésié; il faut une grossesse ectopique déjà de plusieurs semaines pour que le corps soit gros et mou. C'est un signe de plus à ne pas attendre : on gagne un temps précieux à s'en passer.

La recherche dans les culs-de-sac est plus importante : c'est elle qui peut, doit donner la clef. Elle la donna 44 fois sur les 50 cas de Brady. Mais la perception de la *petite masse annexielle* n'est pas facile : il faut aller loin sur les côtés, loin en arrière de l'utérus. C'est quelquefois très haut, près de l'arcade crurale et pas gros : une sangsue, une amande, une noix ; c'est quelquefois séparé nettement, quelquefois collé à l'utérus ; est-ce rond, dur, solide, rénitent? On ne peut pas le préciser, on ne veut pas trop appuyer. En tout cas, ce « quelque chose » est douloureux.

C'est à peu près tout : ce ne sont pas des renseignements encore décisifs. Le toucher rectal n'ajoute pas grand'chose : on retrouve ce même quelque chose (ovaire scléro-kystique, appendicite, hydrosalpinx, petit kyste?). Quelques-uns ont dit : l'examen sera facilité par l'abaissement du col avec une pince; l'examen hystérométrique éclairera; faites un *curettage explorateur* et l'examen microscopique de la muqueuse. Ce sont des examens inutiles. Le dernier a été vanté par Mac Leod.

Avouons notre perplexité si l'examen ne nous apprend pas davantage et prenons simplement les meilleures dispositions de surveillance et de nouvel examen.

Il faut d'abord prescrire le repos absolu. Pendant ces journées de repos, nous reverrons la malade, et la conviction ne tardera pas. Si, malgré le repos, la « petite chose » latéro-utérine grossit, si l'utérus reste sans changement, si les pertes sépia continuent, si la tuméfaction augmente malgré la glace, le repos, et sans température, si les crises douloureuses résistent au repos et à la glace, s'il n'y a pas hyperleucocytose trop marquée, le diagnostic est devenu plus facile : *on peut affirmer la grossesse extra-utérine*. Dans huit jours, elle va venir derrière la paroi abdominale, ou elle va se rompre. Il faut, avant, appeler le chirurgien. L'urgence est certaine. Ainsi, le diagnostic de grossesse extra-utérine aura été fait avant les complications (Voir fig. 91).

Au contraire, si le diagnostic échappe encore, les complications vont survenir. Leur brutalité, parfois, donnera bien des remords au clinicien inattentif. Commençons par les cas les plus sévères.

LA RUPTURE

Supposons, plutôt qu'un médecin distrait, une de ces malades évoquées dans les premières lignes, malades sans douleur, sans saignement, sans malaise, ou n'ayant pris garde à aucun avertissement. Nous sommes appelés pour une complication grave, la *rupture*.

Je vais supposer, en premier lieu, un cas simple.

La malade est couchée. Elle est pâle, décolorée, sans force, sans révolte, étalée, résignée. Un facies de cire et un peu grippé. Une respiration courte. Lèvres, muqueuses, conjonctives, tout est blafard. Des sueurs froides. Extrémités froides, bleutées ou de pâleur de cire. Vertiges, bourdonnements d'oreille, lipothymie.

Que la situation soit menaçante, c'est de toute évidence !

Le pouls est à 140-160, filant, sans résistance.

Une anémie brusque, suraiguë. Pas de fièvre. Voilà les premières constatations.

Entourez-vous tout de même de quelques renseignements. Si la malade, que cela surmène, ne peut les fournir, demandez-les à l'entourage. La malade perd un peu, « mais très peu, et ainsi depuis plusieurs semaines ». Il y a bien eu, en effet, un très court retard, il y a deux mois ou six semaines. Déjà le diagnostic est fait : *l'opposition d'abord, entre cette anémie profonde, et le pauvre suintement que l'on vous dit ou que l'on vous montre; d'autre part, la notion de l'irrégularité menstruelle, c'est assez pour la certitude*.

Le début ? Par une douleur très vive dans le ventre. Où ? La malade ne sait plus. Qu'importe ! Il a fallu la coucher aussitôt et traiter la syncope qui a suivi; la perte de connaissance a pu être assez prolongée :

certaines shocks sont graves. Maintenant, l'entourage trouve la malade un peu mieux. Celle-ci parle, se plaint de la soif, et de soif d'air. On lui a donné à boire, mais elle a vomi et aussitôt souffert davantage.

Faisons l'examen.

Un ventre un peu ballonné, un peu tendu; c'est bien de la tension, et *non pas de la contracture* : de l'hyperesthésie cutanée, un peu de tympanisme péri-ombilical, quelquefois une étroite matité dans les flancs.

Au toucher, un col mou, un corps un peu augmenté de volume, mais noyé, difficile à apprécier; une douleur vive si l'on cherche à mobiliser, une plus vive douleur encore dans le cul-de-sac de Douglas; dans les culs-de-sac latéraux, c'est très vague; quelquefois d'un côté une petite masse, quelquefois une simple résistance; quelquefois rien, les plus larges

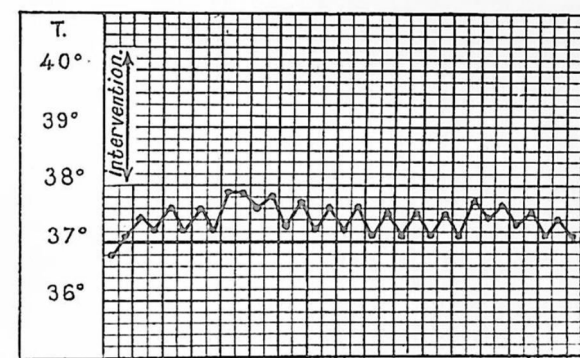


Fig. 92. — Rupture de grossesse extra-utérine avec très importante hémorragie interne.

ruptures vidant complètement la trompe. *Dans le Douglas*, où il faut revenir, une *douleur exquise*, et non pas rien d'autre, comme on dit : mais à ce niveau aussi une sorte de dédoublement, de résistance molle, pâteuse ou faiblement rénitente : le *remplissage* peu à peu plus tendu.

Le diagnostic n'en demande pas plus : une malade sans hémorragie externe, mais saignée à blanc, à qui le toucher vaginal fait pousser « le cri du Douglas ». Un autre signe peut parfois être recueilli. Il me parut particulièrement net, au cours de l'examen d'une malade sur laquelle Braine voulut bien m'interroger. Cette malade avait eu, à 2 heures du matin, une douleur violente, abdominale; à 3 heures, une douleur claviculaire vive. Lorsque je la vis, à 8 h. 30, le diagnostic de Braine me sembla d'autant plus facile à accepter que l'utérus semblait flotter dans un épanchement important où la moindre impulsion le faisait extrêmement mobile. A plusieurs reprises, j'ai pu apprécier la netteté de ce signe.

Cette fois, la notion d'extrême urgence est facile à faire admettre. Tout le monde se rend compte de la menace tragique; la malade elle-même,

avec l'angoisse de la mort imminente, accepte ou demande l'appel au chirurgien.

Que le médecin ne le retarde pas! Il a été, pendant quelque temps, de mode de se demander si l'intervention d'extrême urgence était bien nécessaire et s'il n'était pas plus souhaitable, que d'opérer « en plein shock », d'attendre les forces revenues. On avait longtemps cru l'inverse bien démontré et les chiffres de l'excellente thèse de Cestan étaient faciles à opposer pour prôner l'extrême rapidité :

Abstention : mortalité, 85 p. 100;

Intervention : mortalité, 15 p. 100.

Mais vinrent des expériences, des communications. Trenb plaida pour l'abstention. Elle lui aurait permis de faire tomber la mortalité à 12,5 p. 100, tandis que les cas opérés lui auraient montré une mortalité de

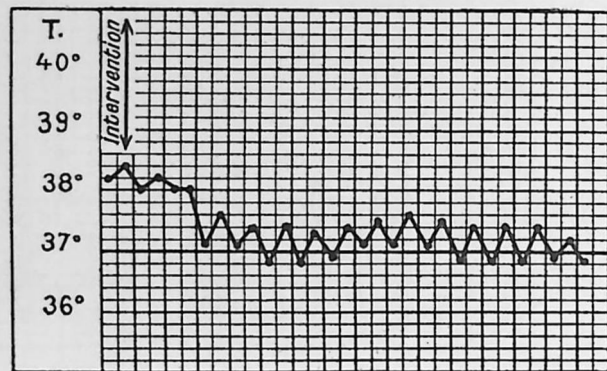


Fig. 93. — Rupture au deuxième mois, avec hémorragie interne grave, d'une grossesse extra-utérine. Il ne faut pas tenir pour signe constant l'absence de fièvre ou l'hypothermie.

31 p. 100. Dorn, après des expériences sur le chien, fut le principal défenseur de l'abstention; n'en retenons rien. Faisons la réponse que leur fit Sturm Dorf : « Laissons les chiens et les théories de côté, et opérons d'urgence. » Pour ma part, je reste fermement attaché à la doctrine de l'intervention immédiate et jusqu'ici je lui dois 100 p. 100 de guérisons.

Au surplus, à Lyon même, il y a peu de temps, et à la tribune où ces théories avaient trouvé avocat, Tavernier suppliait ses jeunes collègues de n'en rien conserver et citait deux malades mortes par la faute de ces théories d'abstentionnistes.

Si, pour une raison ou pour une autre, cette intervention a été ajournée et si, par chance exceptionnelle, la malade n'est pas morte, que va-t-il se passer ?

Un mieux va apparaître : celui qui succède assez souvent au shock

brutal du début. Le pouls est perceptible. Les paroles et la lucidité de la malade indiquent une moindre angoisse, une moindre prostration asthénique. L'entourage, la malade, le médecin peuvent s'y tromper et croire ou s'être, précédemment, inquiétés à tort, ou avoir remporté une victoire décisive.

Si cette amélioration, cette accalmie induit en erreur et si elle fait décider l'abstention, les soucis ne sont pas terminés; les mauvaises heures reviendront.

Même avec la meilleure surveillance, même sous la glace, même avec l'ergotine et autres hémostatiques, la rechute peut se produire.

Le lendemain paraîtra donner raison à qui décida de ne pas intervenir. Le surlendemain encore. Et la malade obtiendra chaque jour mieux : d'abord de boire, puis de manger, enfin de se lever. Le médecin se dit-il rassuré? Deux heures après, on le cherche partout et dans le plus vif affolement : « Ça l'a reprise ! » Et, en effet, c'est la *rechute*, la rupture grave en deux temps.

Un toucher optimiste, vite terminé, il n'en faut pas plus pour mettre une malade en nouveau danger de mort.

Et, même si cette nouvelle alerte s'apaise, la confiance est interdite : c'est encore une accalmie. Une rechute nouvelle, et la malade mourra.

Il y a des ruptures cataclysmiques qui tuent en deux heures.

Il y a des ruptures en deux temps, en trois temps.

Il y a des cas à hémorragies successives et dont la gravité, au lieu de fléchir, s'accroît.

Que de raisons d'opérer aussitôt! Un exemple de ces retards redoutables, le voici :

« Une malade de trente-quatre ans, L..., que j'ai opérée à Beaujon. Le 30 octobre, elle rentre à midi, chez elle, ayant travaillé tout le matin, sans fatigue. Elle est prise brusquement de coliques et de nausées.

« Elle va à la selle, en diarrhée, deux ou trois fois de suite, vomit et souffre tant qu'elle doit se coucher tout habillée. Elle va rester ainsi seule, incapable de se lever, d'appeler; le lendemain, on fait venir un médecin, il fait une injection de morphine et prescrit une potion, promet son retour pour le lendemain.

« Le lendemain, la malade est sans pouls, avec du hoquet, une respiration haletante.

« Elle arrive dans cet état à Beaujon, à 10 heures du matin. Le diagnostic peut se passer d'examen : c'est l'anémie la plus profonde, par hémorragie interne. Ventre souple, mais douloureux, ballonné, tendu. Matité dans les fosses iliaques. Au toucher, col mou, culs-de-sac souples,

Douglas vivement douloureux. Le doigt ramène du sang noir. Pouls incomptable. Température, 36°,5.

« Il n'y a pas une minute à perdre.

« L'intervention montre un ventre plein de caillots et d'odeur déjà fétide; la grossesse tubaire était dans la trompe gauche, qui est rompue à un centimètre de la corne utérine.

« Guérison. »

Je ne crois pas qu'en présence d'une inondation, par rupture de grossesse extra-utérine, le clinicien doive se soucier de mesurer ce qu'est le shock, ce qu'est l'hémorragie, la part de l'un, la part de l'autre : lorsque Ricard, à la Société de Chirurgie de Lyon, dit : « La plupart du temps, c'est le péritoine qu'il faut rendre responsable du syndrome anémique, et non l'hémorragie », Patel répondit par un fait très intéressant et que je veux mettre sous les yeux des lecteurs. Il s'agissait d'une malade venue à pied à la consultation obstétricale de l'hôpital de la Croix-Rousse. Elle était porteuse d'une grossesse tubaire et *une rupture se produisit au cours de l'examen obstétrical*. Elle fut transportée dans le service de Patel, à 100 mètres de là. Il ne s'écoula pas dix minutes entre le début des accidents et l'opération. *Il y avait une quantité considérable de sang rouge dans le ventre, un litre, un litre et demi*. Une transfusion fut nécessaire.

Nous avons vu, jusqu'ici, parmi les cas simples que j'ai, d'abord, voulu réunir, la malade dont la grossesse extra-utérine a été diagnostiquée à temps, avant toute complication, et celle qui a fait une rupture grave, de symptomatologie flagrante.

Voyons une troisième malade : celle que ni les malaises de la grossesse extra-utérine débutante, ni la crise grave d'une rupture n'ont alarmée; c'est quelquefois celle dont « le gynécologue » fut « confiant, abstentionniste, refroidisseur », « car, dit-il, il n'aime pas la chirurgie ».

HÉMATOCÈLE

Ici encore, comme premier exemple, un cas facile.

La malade se plaint actuellement de bien des malaises : de pesanteur, de tiraillements, de ténésme rectal, de douleur à la miction. Elle a 38°,5. Au palper du ventre, on trouve un peu d'empâtement pas très douloureux à l'hypogastre ou dans les fosses iliaques.

Le toucher fait faire, cette fois, beaucoup de découvertes.

Le col est remonté sous la symphyse, quelquefois presque bien caché.

Le fond du corps est ou introuvable ou, au contraire, immédiatement collé contre la paroi abdominale antérieure, juste au-dessus du pubis.

Derrière l'utérus, dans le cul-de-sac postérieur, un énorme empâtement : ce n'est pas une tumeur; c'est sans limite précise, débordant, étalé latéralement. La consistance est cartonnée. Il peut y avoir une résistance inégale, ici ferme, là de neige. Quelquefois une dépressibilité uniforme; quelquefois une coque indurée.

Les doigts qui se retirent sont couverts de sang sépia.

Il faut reprendre l'interrogatoire, si l'histoire n'a pu encore être bien

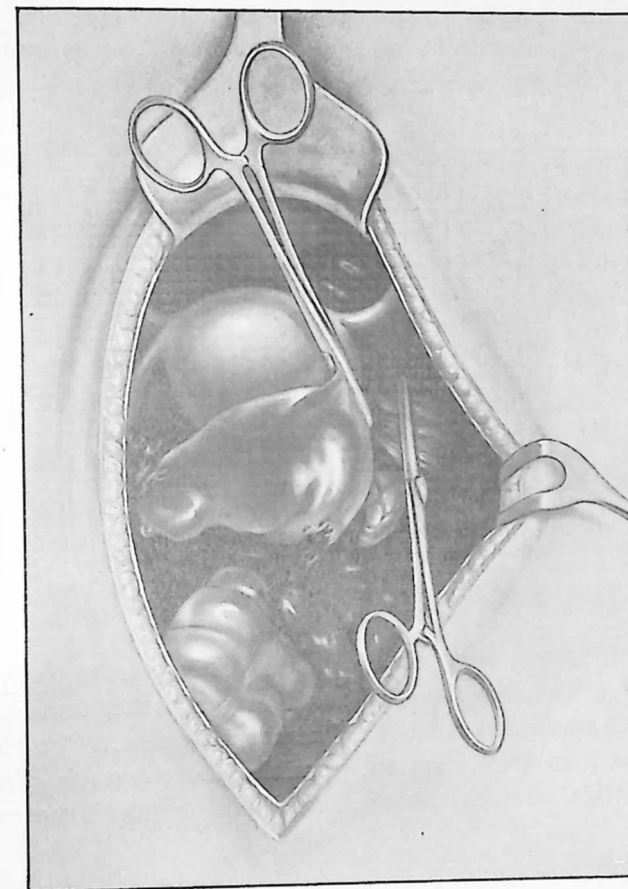


Fig. 94. — Rupture tubaire; hématosalpinx; hématocèle péri-tubaire. (FORGUE.)

établie. Il faut la demander, avec des questions claires, ordonnées, sans hâte. Les réponses vont être lumineuses :

1° Depuis deux, trois, ou quatre mois, malade mal réglée, dérégulée. Au début, un petit retard; depuis, ce sang noir;

2° Il y a cinq à six semaines, un jour, il y a eu une syncope, après une douleur brusque. Puis plus rien que quelques crises moins nettes à syncopes très brèves et une grande lassitude;

3° Mais la malade souffre en marchant, en urinant, « au moment des époques », surtout.

Le diagnostic n'est pas difficile: le ventre est un peu ballonné au centre; il y a une résistance cartonnée dans les deux fosses iliaques, ou une voussure d'un côté; le col et le corps utérin sont refoulés en avant par une masse spongieuse, pas très douloureuse, sans aucune limitation. Les signes fonctionnels s'éclairent: obstruction intestinale par compression, et aussi les troubles vésicaux et rectaux par compression aussi et par irritation.

C'est une *hématocèle rétro-utérine* par avortement tubo-abdominal d'une grossesse ampullaire: plus simplement, et pour parler clinique, et non

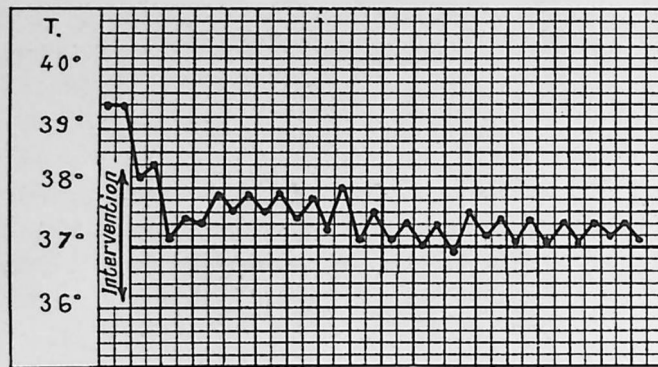


Fig. 95. — Avortement tubaire avec hémorragie péri-utérine d'importance moyenne. Je donne cette feuille pour rappeler qu'il peut y avoir élévation de température.

anatomie pathologique, c'est une hématocèle rétro-utérine par avortement ou rupture de grossesse extra-utérine. Il est, je pense, inutile de redire que, même à ce stade de la maladie, l'hémorragie peut n'être pas arrêtée; les reprises les plus graves restent possibles. Le couvercle d'adhérences ne sera pas obligatoirement un obstacle à une grande hémorragie intra-péritonéale.

Grâce à trois malades, nous avons vu les accidents typiques, schématiques; une grossesse extra-utérine, d'abord en évolution, puis interrompue, dans cette évolution, par rupture ou avortement. Je dis rupture ou avortement et ne veux pas attacher à ces deux mots une distinction clinique trop radicale, c'est-à-dire trop sommaire: *chacun de nous doit savoir, maintenant, que l'avortement tubaire, dans l'abdomen, peut donner des hémorragies graves comme celle de la rupture, et que la vieille division allemande, en avortement commandant l'abstention et rupture commandant l'intervention, est une division insoutenable.*

ÉVOLUTION

Une grossesse extra-utérine évolue pendant un mois, ou deux, ou trois, avec les caractères cliniques que nous avons dits. Un jour, éclate l'accident dramatique, parfois cataclysmique. Si la mort ne survient pas, l'enkystement du sang épanché va constituer l'hématocèle. Celle-ci va ou se résorber, lentement, ou par saccades, ou augmenter, progressivement, ou par hémorragies successives. Elle peut suppurer, s'ouvrir dans un organe voisin ou se compliquer de péritonite diffuse.

Je crois que, le plus souvent, le diagnostic peut être fait. J'ai opéré, dans une seule année, en 1926, vingt et une grossesses extra-utérines; le diagnostic, plus ou moins prompt, fut toujours fait. Comme, jusqu'ici, je n'ai pas perdu une seule malade de grossesse extra-utérine, je crois pouvoir considérer le diagnostic comme ordinairement facile, et l'intervention d'urgence comme la meilleure suite à lui donner.

Quelqu'un a dit, je n'ai pas le texte sous les yeux: « *En matière de chirurgie de grossesse extra-utérine, on n'opère jamais trop tôt et on ne doit jamais dire qu'il est trop tard.* » C'est très vrai. On guérit ainsi des malades qui, pendant l'intervention, semblaient moribondes. J'en donnerai un exemple dans un instant.

II. — DIAGNOSTICS COMPLEXES

Cherchons, maintenant, parmi les cas difficiles, les raisons, les excuses des diagnostics retardés ou avortés. C'est une maladie dont les aspects sont très divers; sa connaissance comporte l'énumération de bien des formes cliniques et, pour chacune d'elles, de bien des nuances.

Avant, cherchons, comme nous l'avons fait pour la grossesse tubaire à son début, si une mauvaise interprétation des signes, la surestimation de quelques-uns, l'oubli de quelques autres, ne sont pas responsables des erreurs, au moment où survient la complication, la *rupture* qui semble habituellement si facile à reconnaître, mais qui, à tort, a paru inopinée.

Pour qu'il y ait *syncopes à répétition, soif d'air, matité dans les flancs*, signes toujours soulignés, il faut une hémorragie considérable.

Celle-ci peut bien se produire vite, comme en fait foi l'observation classique suivante. Verneuil, de Bruxelles, allait pratiquer l'opération d'une grossesse tubaire droite; pendant la préparation de la malade, le kyste se rompt: tout de suite, le ventre est ouvert et, bien que dix minutes ne se soient pas écoulées depuis le moment de la rupture, le péritoine contient déjà près de 1.000 grammes de sang épanché; le jet de sang qui s'échappait de la déchirure tubaire était comparable à celui d'une artère de gros calibre.

Mais, bien souvent, le cataclysme est de moindre violence. La douleur n'a été ni déchirante, ni torturante; il n'y a pas eu *syncopes à répétition, mais tendance fugitive à la syncope*. J'ai opéré des malades qui, à l'arrivée sur la table, étaient de teint si intact, si peu blafard, qu'un doute me venait. Celles qui ont eu une seule syncope ont pu s'en rétablir très vite, mais ce prompt rétablissement n'écarte pas le danger et ne doit pas faire écarter le diagnostic.

« Le syndrome qui traduit l'hémorragie intra-péritonéale peut, en somme, présenter des degrés de gravité très variables, depuis l'inondation cataclysmique jusqu'à ces formes atténuées où l'irruption sanguine se fait par étapes et s'accompagne, à peine, de quelques douleurs abdominales. » (Forgue.)

Il faut rechercher les petites crises qui ont assez souvent précédé la grande, la *tendance syncopale*, s'il n'y a pas eu syncope: la malade a des vertiges, si on la prie de s'asseoir; il est vrai que bien des femmes ont des syncopes dans tout shock abdominal: occlusion, appendicite aiguë,

perforation d'ulcère; un caractère distinctif est que, dans ces derniers cas, il s'agit d'une syncope unique sans tendance aucune à la récurrence.

On ne peut attendre de la *topographie des douleurs* aucune sûre indication: parce qu'elle était épigastrique, Statt, Rocher et Labry, Paquet

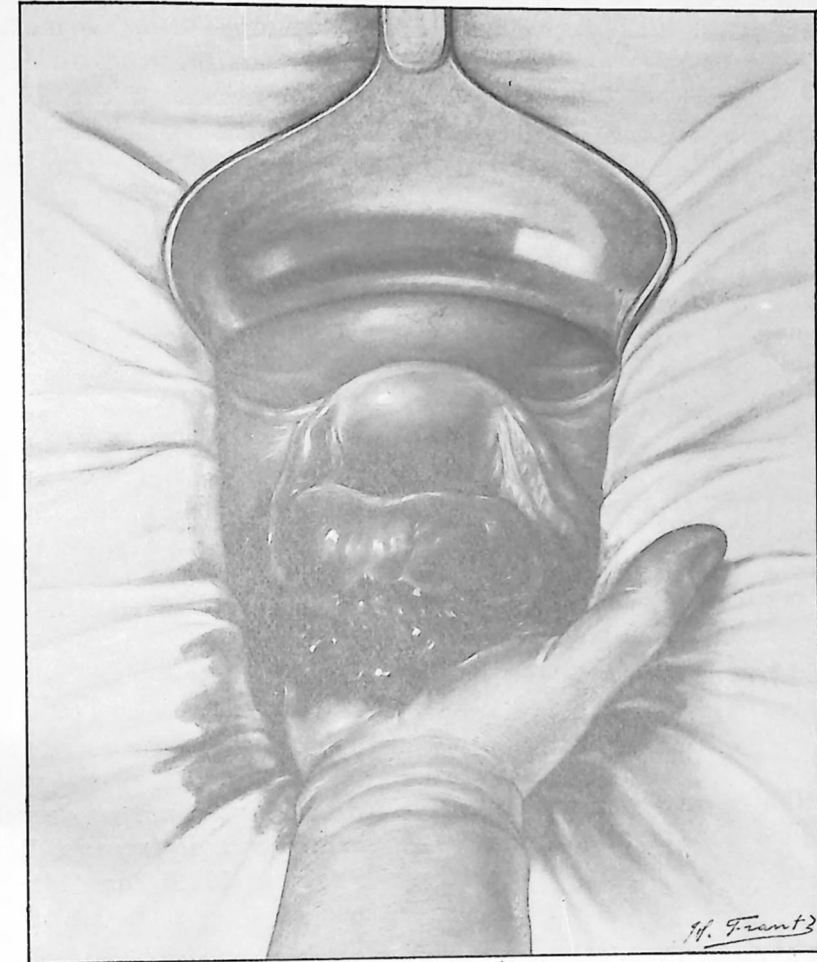


Fig. 96. — Rupture tubaire avec abondant épanchement péri-utérin et sang libre, intra-péritonéal; la malade avait été dirigée vers un radiothérapeute pour cure, par rayons X, d'un « fibrome anémiant »; le diagnostic fut heureusement réformé.

pensent à une péritonite par perforation: d'autres ont enregistré des douleurs croisées. Nous étudierons, plus loin, la douleur élevée.

Les *signes d'épanchement* valent-ils mieux? Thomas y attache assez d'importance pour signaler que leur recherche est trop souvent oubliée et qu'après une injection de morphine la percussion, facilitée, peut don-

ner le précieux renseignement d'un épanchement libre dans le ventre. Mais Brady, sur 50 cas, ne trouve ce signe que 4 fois. Constaté dans les flancs, la péritonite, l'occlusion du grêle n'en seraient d'ailleurs pas plus facilement discutées.

Il y a un signe qui doit aider à écarter l'idée de péritonite : c'est l'absence de contracture. Cette absence est la règle dans l'inondation péritonéale. Je ne l'ai jamais trouvée chez mes malades et mes internes, invités à cette vérification, dans leurs après-midi de garde, m'ont toujours affirmé l'absence de contracture. Je pense tout à fait comme Lecène sur ce point : ce n'est pas un signe d'inondation péritonéale, c'est un signe



Fig. 97. — Grossesse ectopique. Importante hémorragie par avortement tubaire. Aspect de la trompe ouverte, après l'intervention.

d'irritation péritonéale; **la contracture est un signe constant de péritonite, c'est un signe plutôt rare dans l'hémorragie interne.** Il y a des exceptions (1). Brady l'aurait trouvée 9 fois sur 50. Si l'on déduisait, de tous les cas où elle est enregistrée, ceux où il ne s'agissait que de légère défense, tension, distension, le nombre des contractures vraies, des ventres de bois, serait infime.

Avec quelque application à la recherche, mais avec grand soin de ne pas donner aux phénomènes observés un nom usurpé, *je n'ai jamais vu un exemple de contracture généralisée dans un cas d'inondation intra-péritonéale par rupture de grossesse ectopique.*

Quand Dionis du Séjour s'étonne, devant une malade dont le ventre est souple, qui n'a aucune réaction de défense, et se demande « si l'application de glace avait supprimé toute réaction ordinaire du péritoine »,

(1) Launay et Séguinot, L. Bonnet, Paquet, Lapeyre, Fayot et M^{lle} Lafourcade, etc...

je crois qu'il a tort. Et ce serait un tort, à mon sens très dangereux, d'attendre pareille réaction pour songer à l'hémorragie. Si, par mégarde, un doute persistait, dans l'enseignement de ce précieux symptôme, et si sa surestimation le faisait attendre dans tout syndrome abdominal aigu, que d'hémorragies mortelles, que d'occlusions sphacélantes se poursuivraient devant le clinicien non encore possesseur de la « réaction ordinaire » ! Proust dit justement que l'hémorragie intra-péritonéale est « un des seuls cas où ce signe merveilleux qu'est la contracture et qui indique la réaction péritonéale soit en défaut ». On peut le regretter, mais il faut retenir qu'attendre la défense musculaire, la contracture, pour diagnostiquer une rupture ou un avortement tubaire grave serait aussi décevant que d'attendre le collapsus pour diagnostiquer la péritonite.

Je crois, en effet, que l'on s'attend trop à des inondations à riche symptomatologie : *signes d'anémie suraiguë, signes de réaction péritonéale, cataclysme véritable.* Quand cataclysme il y a, il y a mort rapide souvent, avant tout secours. Il faut dépister le saignement avant l'anémie, comme il faut, dans l'ulcère perforé, dépister la perforation avant la péritonite, et, dans la hernie étranglée ou l'occlusion, la strangulation avant la gangrène.

L'étude du *pouls* et de la *coloration des muqueuses* y suffit, avec deux ou trois bons signes locaux; mais seulement lorsqu'il s'agit de rupture ou d'avortement avec grand saignement.

Le *pouls* est rapide, hypotendu, filant. Il peut être lent et en apparence bon; mais, si l'on demande un ou deux mouvements à la malade, au moindre effort le pouls s'affaïsse, révèle sa faiblesse, son instabilité.

SIGNES COMPLÉMENTAIRES

Je voudrais m'expliquer en quelques lignes sur certains signes, appelés récemment en vedette, et qui sont de bien inégale valeur : il ne faut pas leur laisser prendre une place égale dans les esprits. Je veux parler des trois signes suivants : le *signe de Cullen*, la *douleur dite « tardive élevée »*, le *signe du Douglas*.

Cullen a décrit en 1919 le modeste signe suivant : teinte bleu noir de la région ombilicale chez une femme de trente-huit ans, dont l'abdomen était plein de sang; la malade était d'une maigreur extrême. Cullen ajoute, avec beaucoup de simplicité : « Ce signe est-il fréquent ou rare? Il ne se rencontre probablement que chez les femmes maigres à paroi abdominale très mince. » Et il rapporte en faveur de cette transparence ombilicale une observation de Ransohoff, qui aurait vu une rupture du cholédoque avec cholépéritoine occasionner un ictère limité de l'ombilic.

Ce signe de si mince apparence a déjà fait le tour du monde. Jackson y croit, et, « pour une femme obèse où on ne le voyait pas, il a suffi de porter la malade en chambre noire et de diriger une lampe vers l'ombilic pour voir le *signe de Cullen* ». Il est vrai que Busch l'a vu pour un kyste de l'ovaire sans hémorragie et ne l'a pas vu dans un cas de gros saignement. Novak, qui l'a vérifié dans deux cas, non seulement y croit, mais le revendique comme appartenant à la chirurgie américaine. « Chez une femme sans retard de règles, sans saignement, cette apparence noir bleuté de l'ombilic, non associée à une histoire de contusion de l'abdomen, associée en revanche à une tuméfaction juxta-utérine droite, rendait le diagnostic de grossesse extra-utérine relativement certain. » De récentes expériences l'ont convaincu de la valeur de cet ombilic bleuté de Cullen et, ajoute-t-il : « Hellendall, qui a décrit, en 1921, ce signe comme nouveau, paraît ignorer l'article de Cullen, écrit deux ans avant. » Hellendall, dans le *Zentralblatt für Gynäkologie*, avait, en effet, publié gravement le cas d'une femme qui avait dit à son chirurgien que, une hernie aidant, elle avait vu son ombilic devenir bleu.

Voilà l'histoire de ce signe dont Cullen réclama, par lettre, à Hellendall, une paternité que Hoffstätter aurait pu lui réclamer à lui-même.

Je crois que c'est un signe assez insignifiant : depuis que je le connais, et il y a au moins neuf à dix ans, je l'ai cherché et ne l'ai vu que deux fois. Il ne me rendait, d'ailleurs, aucun service, le diagnostic étant déjà facile.

Brady, moins heureux encore, ne l'a jamais vérifié sur 50 cas. En revanche, pour l'avoir vu deux fois : une fois à l'ombilic, une fois au niveau d'une cicatrice d'appendicectomie, Smith et Wright le célèbrent. A. Sicard l'a vu, avec netteté, au niveau d'une éventration post-appendiculaire.

C'est un tout petit signe (1).

La *douleur tardive élevée* a aussi toute sa littérature. C'est surtout Laffont qui l'a étudiée, dès 1919, et dans plusieurs mémoires, depuis.

Pourquoi élevée, pourquoi tardive? A les bien lire, on s'aperçoit que les auteurs ont appelé élevée toute douleur sus-ombilicale dans la grossesse extra-utérine, et ont rangé dans cette catégorie des douleurs épigastrique, dorsale, scapulaire, interscapulaire, thoracique antérieure (dixième côte), rétro-sternale, deltoïdienne, brachiale, cervicale postérieure basse.

Pourquoi tardive? parce qu'il y avait toujours un décalage entre la douleur pelvienne et la douleur haute, ce décalage pouvant être de quelques minutes ou de quelques heures.

(1) A ce petit signe, qui est à la fois exceptionnel et non pathognomonique, Schmid a proposé de donner le nom vraiment un peu étiré de « signe d'Hoffstätter-Cullen-Hellendall ».

J'ai observé, avec Maurice Joanny, un cas qui a complété mon instruction sur ce point. Chez une malade grasse, difficile à examiner, une aménorrhée de deux mois et quelques douleurs vives unilatérales faisaient penser à une grossesse extra-utérine. Mais la découverte des signes physiques était difficile. Je venais de l'examiner et je trouvais aussi l'empatement latéro-utérin droit que M. Joanny m'avait dit avoir perçu. Je lui demandai de faire à son tour le toucher et de me dire s'il trouvait quelque changement depuis son précédent examen. Tout à coup, pendant ce second toucher, la malade crie, se plaint d'une douleur thoracique haute, d'une atroce fixité, douleur siégeant au-dessous de la clavicule droite. Quelques minutes plus tard, douleurs diffuses dans le ventre; sueurs froides, décoloration des muqueuses, malaise prolongé. Nous avons décidé d'intervenir et nous avons trouvé une inondation péritonéale, dont la douleur thoracique haute nous a bien paru être, non pas l'avertissement tardif, mais, au contraire, le signal le plus précoce et le plus douloureux.

Laffont appelle cette douleur élevée « un nouveau signe de rupture tubaire ». Il la croit fréquente, puisqu'il a réuni 16 observations où elle existait. Cette douleur peut durer vingt-quatre, quarante-huit heures, et serait quelquefois assez aiguë pour attirer sur elle toute l'attention; en effet, dans les cas de Mathieu et Guibal, elle était scapulaire et si vive que l'on avait placé là de l'ouate thermogène; elle serait ou homolatérale ou croisée, presque toujours indice d'hémorragie importante, enfin un véritable cri d'alarme.

Elle ne paraît pas toujours en rapport avec l'irritation phrénique ou la distension du Douglas. Laffont, Houel, d'autres, l'auraient vue dans des cas où l'épanchement n'était que de quelques grammes.

Plusieurs auteurs ont dit, depuis Laffont, avoir observé cette douleur élevée : Phélip, Hans Dewes, Jonescu, Guillemain, Sabatier, etc. Guinard l'avait observée dès 1910. A. Sicard l'a constatée dans 8 cas; l'une de ses malades « traçait avec son doigt, de façon étonnamment précise, le trajet du nerf phrénique, depuis la base du thorax jusqu'au cou, pour nous montrer comment se propageait sa douleur ».

Mais on ne peut pas l'accepter avec la dénomination que donne Laffont : « signe nouveau de grossesse extra-utérine ». J'ai dit déjà longuement, et dès les premières pages du livre, ce qu'est la douleur haute, dans les syndromes abdominaux, quelles sérieuses et anciennes études en ont été faites.

La douleur élevée n'est ni un signe nouveau, ni un signe de grossesse extra-utérine; d'autre part, son étude attentive exige que l'on ne mette pas sur le même plan la douleur épigastrique et la douleur deltoïdienne, ni même la douleur dorsale interscapulaire, la douleur acromiale, claviculaire, sus ou sous-épineuse. Je renvoie à ce que j'ai recueilli, sur ce sujet, aux chapitres *Péritonites aiguës* et *Ulcères perforés*.

Ces réserves faites, j'ajouterai deux choses : j'ai observé bien des fois la douleur haute, ou scapulaire ou claviculaire. Il s'agissait, chaque fois, de gros épanchements qui avaient certainement été jusqu'au diaphragme. Dans l'un de ces cas, la douleur persista pendant quarante-huit heures après l'opération; elle pouvait tenir à un épanchement résiduel, car je dus ensuite, par incision iliaque, vider un hématome.

J'ajouterai aussi que Laffont a rendu service en insistant sur cette douleur, de siège en apparence paradoxal, et qui, parfois, a égaré certains observateurs.

J'arrive à un signe très supérieur, qui a aussi ses limites, mais qui, dans beaucoup plus de cas, peut orienter justement le diagnostic : c'est le *signe du Douglas*, on pourrait dire les *signes de Douglas*.

Proust a très bien décrit et recommandé l'un d'eux, le meilleur, la *sensibilité du Douglas*.

« Lorsque l'on examine une femme atteinte d'inondation péritonéale, il est impossible de percevoir, au toucher bimanuel, le sang liquide répandu dans le Douglas. Mais si, à ce moment, on fait la palpation profonde de ce cul-de-sac, on détermine *une de ces douleurs* dont on a l'habitude de dire qu'elles sont *exquises*, douleur tellement perçante que, chez les malades en demi-syncope, on leur arrache encore une plainte.

« Cette douleur profonde, jointe à la parfaite dépressibilité du Douglas, constitue ce que j'appelle le *signe du Douglas*.

« Il se passe, pour la sensibilité du Douglas, quelque chose de comparable à l'hyperesthésie de la paroi abdominale dans certaines formes de péritonite.

« Un point est intéressant à noter : la présence de sang, qui est suffisante à exalter la sensibilité péritonéale au point que l'on réveille par le vagin un réflexe analogue à celui que donne, au cours des laparotomies, l'attouchement direct du cul-de-sac; cette présence de sang dans le ventre n'agit nullement sur les muscles grands droits, qui ne sont pas contracturés. C'est là un des symptômes dont le groupement permet d'établir le diagnostic d'épanchement sanguin.

« Ce *signe du Douglas*, que j'ai signalé, dans un article de janvier 1914, m'avait déjà frappé antérieurement et je ne l'ai jamais vu manquer dans les hémorragies des grossesses tubaires que j'ai eu à soigner.

« Il ne faut pas le confondre avec la sensibilité du cul-de-sac de Douglas, telle qu'on l'observe dans le cas d'annexite ou d'ovaire prolabé.

« Ce qui est frappant dans les inondations péritonéales, c'est le contraste entre la palpation des culs-de-sac, qui ne révèle aucune modification de forme, et la douleur extrême que détermine leur palpation profonde.

« Une maladie qui, sans s'accompagner de contracture de l'abdomen ni de modifications anatomiques des culs-de-sac, crée une sensibilité exaltée, ne peut guère être qu'une hémorragie intra-péritonéale. Reste maintenant à en apprécier la modalité et les caractères accessoires.

« Ce qui prouve bien que c'est la sensibilité du Douglas qui est en jeu, et non la sensibilité de la trompe rompue ou déchirée, c'est que, dans des cas où il ne s'agit que d'une rupture très minime, difficile même à trouver au cours de l'opération, impossible à sentir par la palpation, la sensibilité du Douglas n'en reste pas moins absolument nette.

« Il suffit, du reste, de se souvenir des constatations opératoires habituelles dans la rupture de la grossesse tubaire pour comprendre ce qui se passe au niveau du Douglas. Lorsque l'on incise la paroi abdominale au cours d'une inondation péritonéale, on arrive, après avoir traversé des

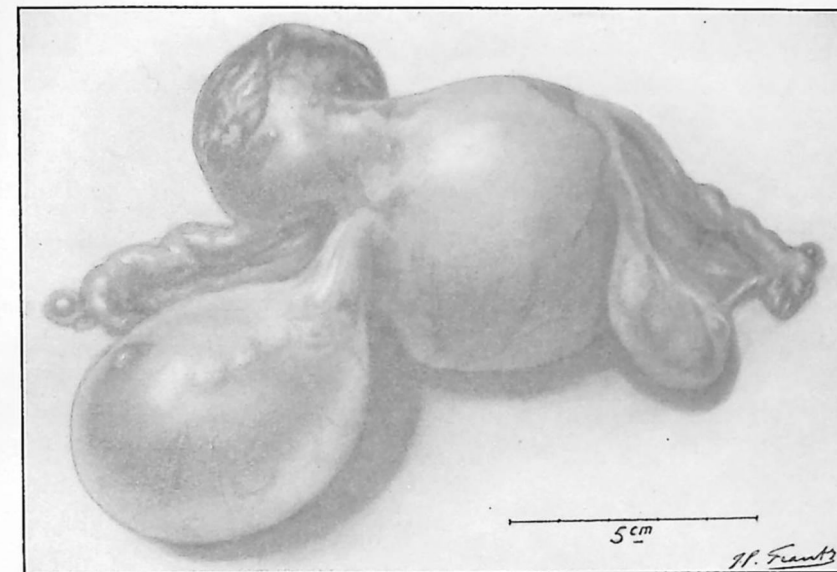


Fig. 98. — Grossesse extra-utérine et kyste ovarien coexistants.

tissus complètement exsangues, sur un péritoine bleuâtre et qui semble imbibé par le sang qui est contenu dans la cavité abdominale.

« C'est cette modification du péritoine, cette imbibition qui, en se rencontrant également au niveau du cul-de-sac de Douglas, permet, selon mon hypothèse, d'en exalter la sensibilité révélée par la palpation profonde. »

Ce signe de la *sensibilité du Douglas* est un excellent signe. Il a été loué, depuis Proust, par beaucoup d'auteurs, et utilisé, avec grand profit, par la plupart des chirurgiens.

Il doit aider à éliminer de l'esprit du clinicien tous les syndromes douloureux : colique hépatique, colique néphrétique, névralgie ovarienne, entéro-colite, et c'est le meilleur pas à faire, au début de l'examen de la malade. Si le médecin sait utiliser cette recherche et bien découvrir une

sensibilité vive d'un cul-de-sac postérieur libre de toute tuméfaction, de toute masse, il saura déblayer très vite et sortir des premiers embarras, c'est-à-dire écarter les syndromes non chirurgicaux; surtout, il saura y voir l'indication de l'appel au chirurgien.

Bien observé, c'est-à-dire vérifié dans sa pureté : sensibilité indépendante de toute lésion tuméfiant, remplissant, refoulant le cul-de-sac, le signe de la douleur exquise du Douglas est presque aussi formel, dans son commandement, que la contracture de la paroi l'est dans le sien.

Quand il existe, il y a lésion chirurgicale. Il restera, au médecin et au chirurgien ensemble, à bien lui faire préciser sa réponse, et c'est ici que nous touchons ses limites. Il a permis au médecin d'écarter les syndromes douloureux qui ne comportent pas l'indication opératoire; il va permettre au chirurgien d'écarter un épanchement du Douglas, une grossesse utérine interrompue, une occlusion intestinale même; mais une pelvi-péritonite, une péritonite par perforation, non.

« *Ce signe du Douglas : douleur à la pression, accompagnée de dépressibilité, peut se rencontrer dans des épanchements péritonéaux purulents, dans lesquels tout le ventre est douloureux, mais alors ce n'est qu'un point particulier de la recherche de la douleur abdominale, et la contracture de vigilance des muscles grands droits vient compléter le tableau clinique de la péritonite.*

« *Au contraire, dans la rupture de la grossesse tubaire, il est permis de dire que le signe du Douglas (douleur et dépressibilité) est positif, pendant que la contracture des muscles grands droits de l'abdomen est négative. L'association d'un signe du Douglas positif avec la constatation négative de la contracture des muscles abdominaux m'a toujours paru caractéristique d'un épanchement sanguin intra-péritonéal lié à la rupture ou l'avortement d'une grossesse tubaire.* » (Proust.)

Mais, dans certaines pelvi-péritonites gonococciques, en flambée aiguë, et contre lesquelles nul ne doit songer à intervenir, le signe de la sensibilité du Douglas ne tranche plus avec sécurité.

Cette sensibilité existe dans les deux affections, et dans les deux, à ce stade, sans tuméfaction du cul-de-sac; or, l'une des affections commande l'intervention, l'autre l'abstention. La fièvre et la contracture partielle seront en faveur de la pelvi-péritonite; mais, assez souvent, celle-ci n'a eu sa vive flambée qu'un seul ou deux jours, puis température, contracture sont tombées, la sensibilité du Douglas persiste. Pour peu qu'il y ait syncope, au début, et qu'il y ait encore tachycardie et pâleur, l'embarras peut être grand : il n'est pas résolu par le signe de la douleur du Douglas.

Enfin, dans certains cas d'inondation péritonéale, à large épanchement,

ce signe peut manquer. Il manquait, tout à fait, dans une des dernières observations personnelles que j'ai eues, et cette absence rendait temporisateurs plusieurs chirurgiens, appelés à voir cette malade; c'est la vérification, par examens répétés du sang, d'une anémie vite aggravée, qui me fit affirmer le diagnostic et la nécessité d'opérer. Cette absence du signe du Douglas, Lenormant l'a enregistrée plusieurs fois et en a donné des exemples à son élève Bisono; je vais y revenir dans un instant.

Il y a un *autre signe du Douglas*, auquel on a quelquefois donné le nom de signe de Solowij : c'est une résistance spéciale, due à l'épanchement et décrite dans les plus anciens manuels français. Pour Bertolini, et contrairement à Solowij, ce signe « pourrait être précoce et dû à un épanchement de minime quantité ».

Ce signe est très fréquent; je l'ai rencontré et utilisé très souvent; il est moins constant que le signe de la douleur et surtout plus nuancé, plus difficile à apprécier, mais il existe et, l'habitude aidant, intéressant à bien étudier. Il s'agit là, en effet, d'une sensation subtile, sans évidence immédiate, mais instructive.

Le Douglas semble avoir ses parois, antérieure et postérieure, écartées l'une de l'autre; on a dit dédoublées, c'est très juste. On y sent contre la paroi postérieure du vagin, en haut, une rénitence très molle, comparable à celle d'une hydrocèle très peu tendue. C'est ce que les médecins savent parfaitement retrouver d'une ascite, dans sa déclivité, au Douglas. Quelquefois, la résistance est moins liquide, plus neigeuse et à peine indiquée, mais ce signe est vrai. Il a malheureusement un minimum d'expression, et cela rend sa recherche difficile; elle exige une grande habitude du toucher vaginal. Dans plusieurs cas, l'ayant à coup sûr enregistré, il me donnait cette réponse bien importante : présence certaine de liquide libre dans le Douglas.

Ody a fait du *cri vésical*, dans la grossesse extra-utérine, un signe que l'on peut rapprocher du *cri du Douglas* et qui témoigne aussi de la sensibilité du péritoine pelvien : c'est la douleur violente, presque intolérable, que provoque la miction ou, mieux encore, le cathétérisme chez de telles malades. « Cette douleur va jusqu'à gêner l'évacuation spontanée de l'urine et tout à coup, en sondant, on est frappé de la réaction douloureuse que l'on provoque et qui fait crier la malade. » Ce signe d'Ody est distinct du *signe de Herzfeld* (grand besoin de miction au moment de la rupture). Enfin, si le signe de Banki (douleur provoquée en refoulant le col de l'utérus en avant) est sans grand intérêt, le signe vanté, dans un très bon travail, par Meylan et Mossadegh, est utile : c'est la *douleur à l'anus*, que j'ai observée plusieurs fois.

La *percussion douloureuse* de la paroi abdominale antérieure est un signe apprécié en Allemagne. Stör ne l'aurait jamais vu manquer dans la grossesse extra-utérine. Percutez avec douceur; la malade vous dira à la

fois la souffrance qu'elle en éprouve et le lieu du maximum. Celui-ci peut aider à une précision topographique que la *douleur haute* peut permettre aussi, lorsqu'elle n'est pas croisée.

Dans un tableau facile à retenir, Meylan et Mossadegh ont classé, par ordre de fréquence décroissante, les signes qui, sur 130 observations, ont été les plus fidèles :

- 1° Les anomalies de la menstruation;
- 2° Les métrorragies;
- 3° Le signe du Douglas;
- 4° La tumeur juxta-utérine;
- 5° Les signes d'anémie;
- 6° La douleur tardive élevée;
- 7° La douleur à l'anus;
- 8° Les symptômes vésicaux.

FORMES CLINIQUES

Dans les trois premiers cas de *grossesse extra-utérine*, d'*inondation péritonéale*, d'*hématocèle* que nous avons choisis, les caractères étaient assez nets pour forcer vite un diagnostic exact.

Malheureusement, il est des cas complexes, des formes trompeuses, où la lésion est masquée. Je vais en choisir quelques-uns, pour leur fréquence particulière et pour les risques d'erreurs de thérapeutique auxquels ils exposent.

Je ne m'occuperai plus de l'*hématocèle ancienne* : c'est un diagnostic de gynécologie qui peut demander quelque temps; la lésion laisse ordinairement ce temps de réflexion; ce diagnostic, plus ou moins rapide, n'entre pas dans nos diagnostics d'urgence, d'extrême urgence. Il n'en sera donc plus question. Je ne m'occuperai plus, maintenant que nous savons l'évolution générale de la maladie, que des cas complexes et urgents.

Le *diagnostic de l'inondation péritonéale* par rupture ou avortement est habituellement bien facile. *C'est une anémie soudaine et extrême que n'explique pas une hémorragie visible : c'est donc par une hémorragie interne.* La cause, presque toujours, c'est la *grossesse extra-utérine* brusquement compliquée. Ce diagnostic, le plus souvent, peut être fait en quelques secondes. Tant mieux, car il y a des cas où les minutes comptent. L'observation de A. Ricard fait bien la preuve que le tableau cataclysmique peut être déterminé par le *choc réflexe péritonéal*, dans certains cas, et sans la contribution de l'hémorragie, mais la règle générale, c'est bien que le saignement est en cause. Il y aurait à dire *choc*, et

à en faire une raison d'absence des dangers que le praticien et le chirurgien devront éviter.

Bien que ce diagnostic soit presque toujours très facile, il y a des cas d'erreur, et par des hommes expérimentés.

Des cliniciens comme Bouilly, Reclus, Campenon avaient avoué les leurs. Le cas rapporté par Chauvel est classique : trois médecins autour de la malade, trois diagnostics : l'un dit choléra, l'autre dit empoisonnement, le troisième tient pour une congestion cérébrale. Dans tels autres cas, on avait cru à une indigestion ou à des coliques hépatiques ou néphrétiques, ou à un étranglement herniaire.

J'ai opéré une jeune femme à qui un chirurgien avait conseillé la diathermie, une autre pour qui deux médecins, mécontents du premier cliché, voulaient une seconde radiographie « où l'on verrait le calcul rénal », une autre qui avait été vue par deux accoucheurs : non seulement ils avaient nié toute grossesse, mais ajouté : « Il y a bien des risques pour que vous ne soyez jamais enceinte. » Une plus récente malade que j'ai opérée, vue quelques jours après la syncope par un premier médecin, avait été traitée pour coma diabétique menaçant et par l'insuline !!! Les quatre malades, à l'opération, faite quelques jours plus tard, avaient du sang libre dans le ventre et sans autre nouvel épisode douloureux ou syncopal.

Il faut savoir que la rupture, l'avortement avec hémorragie, inondation intra-péritonéale, *ne comportent pas obligatoirement le grand drame cataclysmique.*

Il ne faut pas plus exiger le tableau le plus dramatique qu'il ne fallait, au début, attendre les signes purs et de grossesse et d'ectopie. Il est assez fréquent que la grande hémorragie qui va apporter le danger mortel ait été précédée d'une ou de plusieurs crises atténuées : ce sont elles qu'il faudrait savoir interpréter. Toute malade, en âge d'être enceinte, qui présente une douleur abdominale violente suivie de shock ou de syncope, doit être suspectée, jusqu'à preuve incontestable du contraire, de grossesse tubaire. Lenormant a fait insérer, dans la thèse de Bisono, un chapitre sur les *inondations péritonéales sans symptômes menaçants*; les caractères les plus fréquents de celles-ci seraient les suivants : 1° absence ou discrétion extrême du syndrome anémique; 2° absence presque constante de la douleur exquise du Douglas; 3° existence d'une tuméfaction annexielle, distincte de l'utérus, constatation exceptionnelle dans l'inondation, avec symptômes menaçants.

Quand les erreurs se font avec torsion de kyste, torsion de trompe, rupture de kyste, péritonite, perforation gastrique, etc., il n'y a qu'un écart sans gravité, car l'indication opératoire n'échappera pas; elle est aussi pressante.

Mais, si l'on dit appendicite à refroidir, entérite, colique néphrétique, congestion ovarienne, salpingite, le danger est considérable (1).

J'étudierai cinq formes un peu particulières et fréquemment rencontrées:

Deux formes graves :

L'une à type péritonitique;

L'autre à type occlusif.

Trois formes un peu moins sévères :

L'une à type appendiculaire;

L'autre à type de fausse couche;

La troisième à type salpingien.

Les deux premières me permettront **l'étude du diagnostic de la rupture, dans ses aspects les moins clairs**. Les trois dernières concernent plutôt les aspects de *l'avortement tubaire*, mais je répète que cette distinction n'a pas grande importance en pratique.

1° Diagnostic de la forme pseudo-péritonitique.

Les douleurs vives, diffuses, succédant au coup de poignard, une température à 39°, des vomissements verts, l'arrêt des gaz, un minimum de décoloration du visage, de l'hyperesthésie cutanée, de la contracture, ce tableau découvert chez une femme de trente ans qui a une histoire de troubles annexiels antérieurs ou même qui est sans antécédents spéciaux, il n'en faut pas plus pour penser ou à une péritonite par perforation, ou à une pelvi-péritonite.

Si l'on dit péritonite par perforation, l'erreur est vite corrigée par l'acte opératoire; mais, si l'on dit pelvi-péritonite, ce sera le repos avec glace et quelque vaccinothérapie. Une des dernières malades, que j'ai opérée d'une grossesse ectopique, isthmique, rompue, avait reçu, d'un premier consultant, trois injections intra-musculaires de propidon !

Supposons les circonstances favorables, le drame s'apaisant, le pouls plus plein le lendemain, la fièvre diminuant un peu : quelques jours après, viendront les troubles pelviens de compression; le toucher fera découvrir une grosse collection rétro-utérine; « c'est l'abcès du Douglas », pensera-t-on. Viendra la colpotomie, seconde erreur; mais viendra aussi, avec la vue du sang poisseux, le diagnostic retardataire.

Des exemples de pareilles difficultés ? A tous les degrés, ils abondent. Paquet voit un malade qui a le facies péritonéal, le ventre plat d'une dureté ligneuse; la douleur, au palper, est à l'épigastre; la réaction de

(1) L'on peut s'étonner des difficultés de diagnostic soulignées par Urdan qui, dans un travail fait de 474 cas, n'aurait vu faire le diagnostic exact que dans 58 p. 100 des cas.

défense, la contracture sont très accusées. Pendant l'examen, le pouls tombe de 140 à 96. On peut bien dire, en effet, que les signes d'infection péritonéale masquaient l'hémorragie. Rochet et Labry, devant une malade dont la douleur initiale, violente, a été épigastrique avec, aussitôt, irradiation dorsale, scapulaire droite, et qui présente une disparition de la matité hépatique, crurent pouvoir penser à la perforation d'un ulcère. Remarquons, cependant, que « le ventre était souple ».

La difficulté peut être plus grande, soit qu'il y ait, en quelque sorte, syndrome pur de perforation, soit qu'il y ait association précoce de phénomènes infectieux; voici un exemple de chacune des deux situations. Laurentie intervient pour un syndrome abdominal grave : « A notre grand étonnement, nous trouvons une trompe gauche gravide présentant un orifice de rupture par où passe le cordon qui nous amène sur le fœtus de trois mois et demi, à cheval sur le cæcum, auquel il est particulièrement adhérent. La trompe renferme de gros caillots venant obstruer l'orifice de rupture. Pas la moindre hémorragie intra-péritonéale. » Violet, en revanche, se trouve devant un gros épanchement de sang dans le péritoine, compliqué de suppuration, de péritonite précoce.

Lorsque la fièvre est d'un haut degré, et il n'est pas très exceptionnel que 38°,5, 39° soient atteints, lorsque le facies est sans modification profonde, les douleurs, les vomissements, la paralysie intestinale peuvent faire penser à une péritonite; mais, dans la péritonite, il y a une contracture ferme, généralisée, un ventre de bois qui est, à ce point, tout à fait exceptionnel, dans les inondations péritonéales hémorragiques. C'est un bon signe de différenciation, à la condition de savoir l'utiliser, c'est-à-dire de ne pas appeler contracture ce qui est tension, résistance, et de ne pas palper un ventre douloureux avec des mains trop appuyées. Dans le chapitre en tête du livre, où je traite, en détail, du ventre de bois, je dis ce qu'il en faut penser, au sujet des hémorragies internes par grossesse extra-utérine (p. 17). Toutefois l'opposition entre une *contracture drue, dans les péritonites, une contracture insignifiante dans les hémorragies intra-péritonéales*, risque, sans correctif, d'être trop tranchante : en réalité, chez bien des malades multipares, à paroi défective, la contracture, même en cas de péritonite diffuse, peut rester débile, et ne donner, à aucun moment, le ventre de bois.

2° Diagnostic de la forme pseudo-occlusive.

Là encore, peu ou pas de signes d'anémie. Des douleurs, des vomissements, pas de gaz, un ballonnement important, du tympanisme périombilical, des anses intestinales distendues et presque dessinées. J'ai été appelé, une nuit, à l'hôpital de la Charité, pour une malade à laquelle je ferai encore allusion au chapitre *Occlusion intestinale*. Elle avait un bal-