

sures pénétrantes de l'abdomen. Elle débute par des nausées suivies bientôt de vomissements de matières verdâtres ou de matières alimentaires; l'abdomen est le siège de vives douleurs et se ballonne. La pression avec la main sur la paroi abdominale est pénible et cette sensibilité devient telle, si l'affection fait des progrès, que le patient ne peut plus tolérer le poids des couvertures. Il y a inappétence, soit d'autant plus vive que les boissons ingérées sont bientôt rendues par le vomissement. La langue est sèche, les traits sont abattus, le pouls est fréquent et déprimé; la constipation est opiniâtre. Parfois il y a rétention d'urine. Il survient un amaigrissement rapide et la face prend un aspect hippocratique. Le pouls devient petit, filiforme, la peau se couvre d'une sueur froide et le malade succombe en conservant jusqu'à la fin toute son intelligence.

Telle est la terminaison la plus commune, ordinaire on peut dire, de la péritonite *généralisée*. La péritonite *circonscrite* peut se terminer par résolution ou par la formation d'un abcès; ce dernier s'ouvre tantôt à l'extérieur, tantôt dans l'un des organes creux de l'abdomen, l'intestin par exemple.

Le traitement de la péritonite est antiphlogistique: saignée générale quand le pouls est fort; en tous cas, application de sangsues en nombre proportionnel à l'étendue de la phlegmasie; onctions hydrargyriques belladonnées sur les téguments de l'abdomen; compresses de toile ou de flanelle imbibées d'une décoction de guimauve en permanence sur la région. Lorsque l'affection n'est pas encore assez avancée pour que le déplacement du sujet occasionne de vives douleurs, un bain d'eau tiède prolongé apporte un grand soulagement. Pour calmer la soif et combattre les vomissements, on fait sucer de petits fragments de glace. Pour soutenir les forces, on administre par cuillerées du bouillon froid que l'estomac rejette le plus souvent. On éloigne les couvertures du lit au moyen d'un cerceau.

Dans la péritonite circonscrite, s'il se forme dans un point de l'abdomen une collection purulente, on en favorise l'ouverture au dehors par l'application d'un cataplasme émollient. Dès que la fluctuation est manifeste, on donne issue au pus par une incision.

2° ÉPANCHEMENTS TRAUMATIQUES DANS L'ABDOMEN.

Ces épanchements sont formés de matières diverses: sang, bile, urine, matières alimentaires et stercorales, pus, sérosité, air, gaz.

I. ÉPANCHEMENTS DE SANG.

Le sang provient ordinairement de la *blessure* des vaisseaux contenus dans l'abdomen ou rampant dans l'épaisseur des parois abdominales, de la déchirure directe ou par contre-coup d'un des organes de l'abdomen. Il est encore possible que le liquide soit fourni par un anévrysme artériel qui s'est rompu. Un développement physiologique (utérus gravide, vessie distendue par rétention d'urine) ou morbide (anévrysme de l'aorte, varices)

de certains organes doit être considéré comme cause prédisposante.

La quantité de sang épanché et la rapidité avec laquelle le liquide s'accumule dans l'abdomen varient en raison de l'organe lésé et de l'étendue de la blessure. Supposez une large déchirure de la rate ou une lésion minime, par instrument piquant étroit par exemple, de l'aorte ou de la veine cave, et vous aurez un écoulement sanguin très-abondant; admettez une lésion superficielle du foie ou une blessure d'un vaisseau artériel de troisième ordre, l'épanchement sanguin sera de médiocre importance.

Théorie des épanchements de sang dans l'abdomen. On appelle ainsi la manière dont se comporte dans l'abdomen le sang versé par un des organes. Les chirurgiens se sont divisés d'opinion sur ce mécanisme, et les uns ont adopté les idées de Petit le fils, les autres l'opinion de Garangeot.

Petit le fils admet que les épanchements de sang traumatiques se *confinent toujours dans l'abdomen au voisinage du lieu de la blessure, sans avoir plus de tendance à se porter vers les parties les plus déclives de l'abdomen que dans d'autres directions*. Cette théorie a trouvé pour défenseurs J. Bell et Fourcade. Elle fait à peu près abstraction des lois de la pesanteur, et met tout le mécanisme de l'épanchement sur le compte de la force d'impulsion du liquide et du degré de résistance qu'opposent les viscères ambiants à cet écoulement. Le sang, dit Petit, se porte vers les parties qui lui offrent le moins de résistance, et continue à couler *de cette façon* jusqu'à ce que la résistance opposée par les viscères à l'épanchement soit égale à l'effort que le sang fait pour sortir du vaisseau. La quantité de sang épanché est en rapport avec la force d'impulsion de ce liquide et en raison inverse de la résistance des viscères.

Garangeot professe au contraire que les fluides épanchés dans l'abdomen *se portent vers les parties qui offrent le moins de résistance, c'est-à-dire à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen; que c'est toujours dans cette région que le sang s'accumule, quelle que soit la source de l'hémorragie*, d'où ce précepte que les contre-ouvertures pour les épanchements sanguins de l'abdomen doivent être faites constamment sur les côtés de la partie antérieure et inférieure de l'abdomen. De nos jours, cette opinion a été défendue par Desoër.

Les deux assertions précédentes sont trop exclusives: tantôt le sang reste confiné autour de la blessure (théorie de Petit), tantôt il coule entre les parois de l'abdomen et les viscères pour arriver dans les flancs, les fosses iliaques ou l'hypogastre (théorie de Garangeot). Mais il est encore possible qu'on le trouve entre l'épiploon et la paroi abdominale, entre les intestins et l'épiploon, ou dans l'arrière-cavité du grand épiploon. La manière dont les épanchements se comportent est subordonnée à la fluidité et à la quantité de liquide qui s'écoule de la blessure: si le sang est fourni par un petit vaisseau, si le liquide est de nature artérielle et a par conséquent de la tendance à se coaguler, il y a toute chance pour que l'épanchement reste confiné dans la partie de l'abdomen qui se trouve au voisinage de la blessure (théorie de Petit). Si, au contraire, le sang provient

d'un gros vaisseau, s'il a peu de tendance à se coaguler par le fait de sa nature veineuse, il se répand au loin, et, obéissant aux lois de la pesanteur, arrive dans les parties déclives de l'abdomen (théorie de Garangeot). Telles sont les conclusions auxquelles on est en droit d'arriver, en se fondant sur les expériences pratiquées sur les chiens, et en tenant compte des observations cliniques dues à Bonet, Valsalva, Ravaton, Garangeot, Cabrole, Vacher, Pelletan, etc. Ce qui donne encore gain de cause à la théorie de Garangeot, c'est la facilité avec laquelle le liquide de l'ascite se déplace suivant l'attitude du tronc, en obéissant aux lois de la pesanteur, et cet autre fait bien constaté par des autopsies, que la matière séro-purulente des péritonites commence toujours par s'accumuler dans le bassin, les fosses iliaques ou les régions lombaires, c'est-à-dire dans les parties les plus déclives de l'abdomen.

Symptômes. Les uns sont *primitifs*, c'est-à-dire qu'ils se manifestent au moment même de la blessure; les autres sont *consécutifs*, c'est-à-dire se montrent plusieurs jours après l'accident.

Les symptômes *primitifs* sont ceux de toute hémorragie abondante : pâleur de la face, faiblesse du pouls, lipothymies, syncopes, etc.; à quoi il faut ajouter parfois le gonflement subit avec mollesse du bas-ventre. Ces symptômes manquent lorsque l'épanchement sanguin se fait lentement, c'est-à-dire que le liquide s'écoule par petites quantités, ou bien encore que le sang fourni par le vaisseau ouvert est peu abondant.

Les symptômes *consécutifs* se montrent au bout de quatre à huit jours. Alors on constate l'existence d'un gonflement plus ou moins circonscrit dans une des régions de l'abdomen. Les malades se plaignent de douleurs dans cette région. Il survient aussi des troubles fonctionnels subordonnés au siège de l'épanchement et résultant de la compression que le foyer exerce sur les viscères de l'abdomen : des vomissements, de fréquents besoins d'uriner, une pesanteur sur le fondement, etc.

Terminaisons. Dans les cas les plus heureux, le sang accumulé dans l'abdomen se résorbe graduellement et le blessé arrive à un rétablissement complet. Dans d'autres cas, l'absorption porte sur la partie liquide du sang seulement, c'est-à-dire le sérum; la portion fibrineuse ou caillot demeure dans le péritoine pendant un temps plus ou moins long. Chez d'autres sujets, le sang épanché produit une irritation plus vive qui se traduit par les phénomènes d'une péritonite. Si celle-ci se généralise, la mort est la conséquence inévitable de l'inflammation qui se développe généralement du troisième au douzième jour après la blessure. Lorsque la phlegmasie se limite à une portion de l'abdomen et que le foyer sanguin se trouve circonscrit par de fausses membranes, la terminaison est moins grave. Il se forme alors un *kyste sanguin* qui peut se résorber ultérieurement ou s'enflammer et se transformer en un abcès sanguin, lequel se vide dans la cavité péritonéale, d'où une péritonite aiguë mortelle, ou dans l'un des viscères de l'abdomen, l'estomac, les intestins, la vessie, le vagin, etc.

Diagnostic. Il est fondé sur l'ensemble des symptômes primitifs et consécutifs.

Le *pronostic* est toujours grave, en raison de l'abondance de l'hémorragie, de l'intensité des phénomènes inflammatoires consécutifs.

Traitement. Combattre l'hémorragie interne par les moyens généraux et locaux, afin de limiter l'abondance de l'épanchement, est la première indication à remplir. S'il existe une plaie pénétrante de la paroi abdominale, loin de l'agrandir pour évacuer le sang épanché, ce qui amènerait l'effusion d'une nouvelle quantité de liquide, il convient de la fermer, afin de retenir le sang dans l'abdomen. En même temps, on prescrit le repos absolu, on fait couvrir l'abdomen de topiques réfrigérants, on exerce une compression sur la portion abdominale du tronc avec un large bandage de corps; on administre à l'intérieur les préparations de digitale. Si le sujet est robuste, le pouls plein, on pratique une saignée générale.

Après quelques jours, quand on suppose qu'un caillot obturateur empêche l'issue d'une nouvelle quantité de sang, on favorise la résorption de la portion de ce liquide épanché dans l'abdomen, en couvrant la paroi abdominale de sangsues ou de ventouses scarifiées. De larges vésicatoires promenés sur l'abdomen contribuent à favoriser cette terminaison. La péritonite consécutive réclame des indications exposées à la page 584.

Plus tard, si on reconnaît l'existence d'un épanchement circonscrit, on favorise la résorption du foyer sanguin par les émissions sanguines locales, les vésicatoires volants. Si le dépôt s'enflamme, on couvre la région de cataplasmes émollients, et dès que la présence du pus est soupçonnée dans la collection, on donne issue au sang altéré, en pratiquant une large ouverture. Si le kyste sanguin est situé profondément et qu'on craigne de pénétrer dans le péritoine pour arriver jusqu'à lui, on ouvre la poche suivant les procédés de Graves ou de Bégin pour le traitement des kystes du foie (voy. *Kystes du foie*).

II. ÉPANCHEMENTS DE BILE, D'URINE, DE MATIÈRES ALIMENTAIRES ET STERCORALES, DE PUS, DE SÉROSITÉ, D'AIR OU DE GAZ.

Epanchements de bile. Ils sont la conséquence de lésions de la vésicule ou des canaux biliaires : ces lésions sont le plus communément des plaies pénétrantes de l'abdomen, des déchirures consécutives à des violences extérieures exercées sur le ventre ou même à une violente secousse imprimée au tronc (Bonnet, Hoffmann). D'autrefois ce sont des ulcérations des voies biliaires, ulcérations qui se font des parties profondes vers les parties superficielles et qui alors reconnaissent communément pour point de départ des calculs biliaires.

L'issue de la bile dans la cavité péritonéale donne lieu à une douleur vive et instantanée dans l'hypocondre droit, à une rétraction de la paroi abdominale. Il y a difficulté pour uriner et pour aller à la garde-robe. Le contact de la bile avec la séreuse donne lieu à une péritonite suraiguë qui dans quelques cas ne se généralise pas, et produit des angoisses plus fortes, des nausées et des envies de vomir moins prononcées que dans la péritonite ordinaire. La mort est la conséquence fatale de cet accident;