

le change, c'est que, ainsi que nous le dirons, les symptômes immédiats sont souvent complètement nuls, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long, au bout de plusieurs heures, qu'ils apparaissent ; mais, ce répit est dû à ce que la résorption péritonéale des matières septiques n'est pas instantanée, et non pas à ce que l'ouverture, ou communication, a été oblitérée momentanément par un mécanisme physiologique.

Si la rupture porte sur deux points voisins, il en résulte une double section complète qui isole un segment intestinal plus ou moins long. On en trouve des exemples dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Quant aux autres lésions concomitantes, elles échappent, pour ainsi dire, à toute description ; on ne peut que citer des cas particuliers et faire une énumération de bizarreries traumatiques ; citons pourtant : les désinsertions, parfois fort étendues, du mésentère (0^m,75 d'intestin grêle avaient été arrachés du mésentère par un coup de tampon dans une observation de la thèse d'Innschaupté), les arrachements de l'épiploon.

A quelques semaines d'intervalle, j'ai rencontré deux fois des lésions épiploïques de ce genre, au cours de laparotomies à la suite de coups de pied de cheval. Mon premier malade, qui a succombé à un arrachement du hile du rein gauche, avait une déchirure complète du grand épiploon, au niveau de son insertion à la grande courbure de l'estomac. Une hémorragie considérable provenait des vaisseaux rompus tout le long de cette grande courbure (*Société anatomique*). J'ai présenté à la Société de chirurgie le second malade, parfaitement guéri (26 mai 1897) ; il avait, avec une rupture du foie, dont je parlerai plus loin, une désinsertion complète, au niveau de la petite courbure de l'estomac, de l'épiploon gastro-hépatique.

La cavité péritonéale contient habituellement des gaz, des matières fécales et, surtout, du sang en quantité variable ; et les ruptures intestinales résultant presque toujours de traumatismes graves, on trouve concurremment des lésions viscérales variées, sur lesquelles nous reviendrons à propos de chaque organe en particulier.

En étudiant les nombreuses statistiques publiées, on peut voir que ce sont l'iléon et le jéjunum qui sont le plus souvent atteints. Dans les soixante-trois observations de Poland (1), le jéjunum a été rompu quatorze fois, sur lesquelles dix fois la lésion siégeait à sa jonction avec le duodénum ; c'est, en effet, en ce point que l'intestin est le plus fixe, en raison de l'absence du mésentère qui prend là son origine. Quant au duodénum, Poland n'en cite que quatre ruptures ; il est, avec l'estomac (2) et le gros intestin, bien plus rarement atteint que le jéjuno-iléon.

(1) POLAND, *Guy's hospital Reports*.

(2) Voy. la note de la page 344, où ma malade eut une perforation de l'estomac trois jours après l'accident.

Pour le gros intestin, dans les soixante-trois ruptures intestinales de Poland, on en trouve deux sur le cæcum, deux sur l'S iliaque et une sur le côlon descendant.

L'S iliaque, dans une relation de Hole (1), était arrachée et séparée du rectum et, dans la *Gazette médicale* de 1852, Morineau publie une rupture du côlon ascendant.

On a beaucoup écrit pour élucider le mécanisme des ruptures intestinales et plusieurs théories sont en présence pour expliquer ce point spécial de physiologie pathologique ; bien qu'il ne s'agisse là que de théories purement spéculatives, l'usage nous oblige à en dire quelques mots. Voici d'abord la théorie émise par Duplay ; je cite textuellement :

« La lésion se produit au point frappé et il faut admettre que la paroi stomacale ou intestinale se trouve directement comprimée entre l'agent vulnérant et les matières contenues dans la cavité du viscère (2). »

C'est là un mécanisme absolument incompréhensible ; il faudrait admettre, pour que cette explication fut plausible, que l'intestin contient des corps complètement solides et c'est, justement, le gros intestin qui est le moins souvent atteint, alors que, seul, il renferme des matières relativement dures. Passons.

Nous restons en présence de trois théories, en éliminant celle de Duplay.

1° L'éclatement ; 2° l'arrachement ; 3° le pincement.

1° RUPTURES PAR ÉCLATEMENT. — La première condition pour qu'il y ait éclatement de l'intestin, c'est qu'un segment du viscère soit, par un mécanisme quelconque, isolé à ses deux extrémités et ne communique plus avec les segments adjacents.

Dans ces conditions-là, si un traumatisme assez violent s'exerce sur cette cavité close, il est clair que les parois seront déchirées de dedans en dehors, tout comme les parois d'un ballon sur lequel passe une roue de voiture. Si la communication avec le tube digestif n'est pas interceptée, le contenu, gazeux ou liquide, pourra fuir sous le traumatisme et l'éclatement n'aura pas lieu.

Moty, se basant sur cette conception de physique hydraulique, a donné une explication des plus ingénieuses de la topographie, presque constante, des lésions intestinales observées après un coup de pied de cheval.

On trouve, je le rappelle, deux petites perforations situées symétriquement à 8 centimètres environ l'une de l'autre ; à mi-chemin, entre ces deux perforations, on en rencontre une troisième beaucoup plus grande, au niveau de laquelle la muqueuse est éversée et sail-lante du côté du péritoine. Dans la théorie de Moty, les deux pre-

(1) HOLE, *The Lancet*, 1851, vol. I, p. 381.

(2) FOLLIN et DUPLAY, *Traité de pathol.*, t. V, p. 677.

mières répondent aux deux extrémités du diamètre transversal du fer du cheval et correspondent, chacune, au point d'occlusion qui isolait le segment intermédiaire du reste de la cavité intestinale. La grande perforation serait produite par éclatement, alors que les deux autres le sont par pression directe.

On n'a pas manqué de chercher à reproduire cet ensemble anatomique par l'expérimentation. Bech, en 1881, a montré, à l'aide des expériences de Heschl, qu'en pareille circonstance, c'est la séreuse qui, moins extensible que les autres tuniques, se rompt la première; la muqueuse, plus lâche, ne cède que lorsque l'éclatement de la musculéuse a permis aux gaz et aux liquides de la refouler violemment au dehors, à travers la boutonnière séro-musculaire.

Je crois, pour ma part, que cette théorie très ingénieuse, appuyée même du contrôle de l'expérimentation, ne saurait répondre à la majorité des faits. Les deux petites perforations peuvent être, tout aussi bien, le fait de la contusion directe d'une anse contre le rachis; le corps contondant, comprimant les deux extrémités d'une anse sur le même plan osseux, intercepte parfaitement toute communication du segment intermédiaire avec la cavité intestinale, et l'éclatement se produit alors au sommet de l'anse, sans qu'il soit utile d'invoquer l'action séparée des deux branches du fer à cheval.

J'insiste sur ce point en raison des constatations précises que j'ai pu faire récemment au cours de la laparotomie dont j'ai parlé plus haut.

Il faut compter aussi, dans ce paragraphe, les *éclatements à distance*; on cite partout une observation de Baraduc dans laquelle le rectum a été trouvé rompu, alors que la contusion n'avait pu l'atteindre directement.

J'ai été, en 1895, appelé d'urgence dans le service de Peyrot, à Lari-boisière, auprès d'un tamponné du chemin de fer, chez lequel le rectum avait été décollé à ses insertions anales et pendait, déchiré, entre les cuisses. Il est vraisemblable que le refoulement en masse des gaz, du côté de l'anus, avait produit cet éclatement à distance.

En somme, ces considérations théoriques sont d'un intérêt très restreint, car ces grands éclatements ne s'observent que dans les traumatismes les plus graves, après lesquels la mort survient rapidement.

2° RUPTURES PAR ARRACHEMENT. — Faurot, dans sa thèse de 1877, a soutenu ce mécanisme des ruptures qui avait été décrit, par Strohl, en 1848, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Je suis convaincu que, dans bon nombre de cas, cette théorie répond à la réalité: l'intestin, entraîné obliquement par l'agent vulnérant, est arraché à son point d'attache; cela explique la fréquence relative des ruptures du jéjunum à l'extrémité supérieure du mésentère. Les adhérences pathologiques favorisent les ruptures, par ce même mécanisme, qu'il faut invoquer aussi pour expliquer la gravité des contusions abdominales chez les hernieux.

3° RUPTURES PAR PINCEMENT. — L'agent vulnérant refoule la paroi abdominale antérieure et exerce son action sur tout ce qui se trouve au-devant du plan osseux postérieur correspondant; une, deux, ou plusieurs anses intestinales peuvent ainsi être pincées, comme on l'observe cliniquement et comme Longuet, Chavasse, etc., l'ont vu expérimentalement. Outre les lésions intestinales, on constate, très nettement, les traces de la contusion du côté du plan postérieur: ecchymoses, hématomes, etc., voilà pourquoi les ruptures, produites par ce mécanisme, sont souvent multiples et correspondent à tous les segments intestinaux empilés les uns sur les autres entre le corps contondant et le point d'appui postérieur. La paroi abdominale est simplement refoulée et sert de lame de transmission.

Cette théorie du pincement viscéral, entrevue par Jobert et Forget, a été longtemps admise comme la seule en cause [Baudens, Legouest (1), etc.]. Je ne suis pas éloigné de croire que le mécanisme du pincement est celui qui répond à la généralité des cas.

Je n'ai jamais pu, sur le cadavre, arriver à produire l'éclatement, en frappant fortement avec un marteau sur les anses intestinales accumulées au-devant du rachis; j'ai toujours trouvé sur l'intestin autant de perforations qu'il y avait eu « d'épaisseurs » de parois entre le marteau et la colonne vertébrale; en d'autres termes, les lésions sont toujours localisées aux points directement contusionnés, et on trouve deux, quatre ou six perforations, suivant que l'intestin s'est trouvé pincé une, deux ou trois fois. Pour produire sur le cadavre la rupture par éclatement, il faut serrer une anse intestinale dilatée avec une main, de façon à former un espace hermétiquement clos; si avec l'autre main, on fait glisser le pédicule de cette anse de façon à diminuer progressivement la capacité de l'espace clos, sans que son contenu puisse s'échapper, il arrive un moment où la paroi intestinale se tend et l'éclatement se produit; le péritoine cède le premier, et ce n'est qu'après un nouvel effort que la muqueuse se rompt au même niveau avec un bruit sec.

Tout le monde peut répéter cette expérience si simple et en conclure que, s'il est si facile de reproduire la rupture par pincement et si malaisé d'obtenir un éclatement véritable, il est bien probable que, cliniquement, le premier de ces mécanismes est, presque toujours, seul en cause. Passavant, dans sa thèse de 1877, combat aussi la théorie de l'éclatement soutenue par Chauveau dans sa thèse (2). Après lui, Beck et Moty se sont ingénies à caractériser le mécanisme d'une plaie intestinale par l'aspect qu'elle présente.

« Les plaies par écrasement sont indiquées par une ecchymose assez large autour de la rupture; les bords de celle-ci sont déchiquetés; les plaies par éclatement, au contraire, sont nettes, ovalaires, à

(1) LEGOUEST, Traité de chirurgie d'armée, 1872.

(2) CHAUVEAU, thèse de Paris, 1869.

grand axe parallèle à l'axe de l'intestin, sans ecchymose sur les bords; la muqueuse est déchirée sur une étendue moins considérable. »

Je le répète, tout cela est de la théorie pure, et pour plus de détails je renvoie à un mémoire d'Adam (de Nancy) (1).

2° **Foie.** — Les traumatismes du foie, de la rate, des reins et de la vessie seront étudiés à propos de chacun de ces viscères (2).

Je crois cependant qu'il y a avantage à ne pas séparer complètement de l'histoire des contusions de l'abdomen, celle des traumatismes de tous les viscères péritonéaux.

Le foie est caché sous la concavité du diaphragme et protégé par les côtes; il n'en est pas moins fréquemment atteint. Comme l'a fait remarquer Cruveilhier, « le foie réunit au plus haut degré les deux conditions les plus favorables à la déchirure : le *poide*s et la *fragilité*. Sa position entre la colonne vertébrale et les côtes, son mode de fixation le laissent trop mobile dans les cas où il s'agit d'éviter un choc en retour, trop fixe dans ceux où il devrait se dérober aux traumatismes directs ».

Un état pathologique antérieur du foie ou son augmentation de volume favorise l'action vulnérante, et comme mécanisme les ruptures du foie peuvent être classées en trois catégories, comme l'a fait Roustan dans sa thèse d'agrégation.

1° *Traumatismes par choc direct*; 2° *Traumatismes par pression*; 3° *Traumatismes par contre-coup*.

C'est, en somme, moins le fouettement, la division que nous avons adoptée au chapitre précédent. Dans sa thèse, Heinzmann (3) a trouvé cinquante-deux cas de lésions produites par choc indirect ou contre-coup, sur cent cinquante et un traumatismes du foie. Au point de vue anatomique, Terrillon a, depuis longtemps (1875), décrit des déchirures du foie, siégeant d'ordinaire sur la face inférieure du viscère, sans que la capsule de Glisson soit rompue; il a vu de petites collections sanguines qui peuvent faire relief sous la capsule, ou siéger dans l'épaisseur même du tissu hépatique, ayant un volume qui varie d'une tête d'épingle à une noisette.

D'ordinaire, la capsule de Glisson est déchirée, et au point de vue chirurgical, les traumatismes du foie ne sont intéressants que lorsque cette déchirure a permis à l'épanchement sanguin de devenir intrapéritonéal. On observe des fentes, des fissures plus ou moins profondes et étendues, sans parler des grands traumatismes dans lesquels le tissu hépatique est réduit en bouillie.

Comme le font remarquer Terrier et Auvray, dans leur remarquable

(1) ADAM (de Nancy), *Gaz. des hôp.*, avril 1895, p. 429 et 453.

(2) Art. FOIE, par J.-L. FAURE; art. RATE, par FR. VILLAR; art. REINS et VESSIE, par ALBARRAN.

(3) HEINZMANN, Inaugural Dissertation. Munich, 1886.

mémoire de la *Revue de chirurgie* (1), « les résultats des diverses statistiques ne sont pas concordants, en ce qui concerne le degré de fréquence des lésions dans telle ou telle région du foie ».

Pour Roustan, les lésions sont plus communes dans le lobe droit; pour Ogston, il y en a 11 à gauche et 6 au centre, sur 25, et pour Mayer, 54 dans le lobe droit pour 10 dans le gauche et 21 à la partie médiane.

Ce qui est plus intéressant, c'est de savoir que les lésions, dans les expériences de Terrillon sur le chien, se sont presque toujours produites sur la face concave dans les traumatismes par pression directe. Elles siègent au contraire sur la convexité dans les ruptures par contre-coup.

Fait à noter : le tissu hépatique est moins résistant que les vaisseaux qui le traversent; aussi voit-on, parfois, un vaisseau de calibre, aller, comme un pont, d'un côté de la solution de continuité à l'autre.

On trouve dans le péritoine un épanchement sanguin souvent considérable, mais très variable, en somme, et en rapport avec la gravité de la déchirure depuis les scissures superficielles en étoile (*foie craquelé* de Terrillon), jusqu'à la rupture totale qui divise l'organe en plusieurs segments.

Dans une observation de Dagron (2), quatre litres de sang remplissaient la cavité péritonéale. On se rappellera les loges naturelles dont nous avons parlé à propos des infections péritonéales (3), et on ne sera pas surpris que dans les lésions portant sur le lobe droit, le sang s'accumule dans l'hypocondre droit et dans la fosse iliaque correspondante, tandis que l'hémorragie, venant du lobe gauche, siège à gauche du mésentère qui, avec l'intestin, forme une sorte de cloison verticale médiane; le sang peut, de ce côté, descendre jusque dans le petit bassin.

3° **Rate.** — De même que pour le foie, les ruptures de la rate n'intéressent le chirurgien que si la capsule est déchirée. Dans les cas les plus fréquents, c'est une côte fracturée qui vient perforer la rate, mais c'est là une complication des fractures de côtes.

Les vieilles infections paludéennes et toutes les hypertrophies de la rate sont des conditions qui favorisent les ruptures traumatiques.

La lésion peut siéger sur toute la surface du viscère et affecter les directions les plus variées; tantôt verticale, tantôt transversale, elle peut intéresser la scissure et le hile.

En somme, on a bien rarement l'occasion de l'observer en clinique; comme celle du foie, elle s'accompagne d'une hémorragie plus ou moins considérable.

(1) TERRIER et AUVRAY, *Rev. de chir.*, 10 octobre 1896.

(2) DAGRON, *Soc. anat.*, 1888.

(3) A. GUINARD, *Traité de chirurgie clinique*, t. VII, p. 282.

4° *Reins*. — On a l'habitude de décrire des contusions du rein par *commotion indirecte*; une chute, sur les pieds ou sur le siège, produirait indirectement une commotion du rein et des hématuries consécutives; il en serait de même des efforts musculaires violents et des secousses répétées, comme on en éprouve dans l'équitation, par exemple.

Mais tous ces faits, peu précis, s'appliquent surtout à des calculeux, porteurs de lésions anciennes du rein. Il n'en est pas de même de la contusion directe qui produit des déchirures complètes ou incomplètes.

Dans un mémoire sur les traumatismes du rein (1), Tuffier en compulse 198 observations, dont 136 chez l'homme. Ce chirurgien a bien marqué que le rein est accessible uniquement par l'échancrure iléo-costale, de sorte que, si le corps contondant est trop large, il ne peut atteindre l'organe sans briser une ou plusieurs côtes, ce qui arrive cinq fois sur cent, ou la crête iliaque, ce qui s'est vu deux fois sur cent. Si, au contraire, il est étroit, comme une barre de fer, un angle aigu, un timon, etc., il pénètre dans l'échancrure iléo-costale, il vient « caler le rein » contre la colonne vertébrale. C'est sur la douzième côte ou, plus souvent, sur la forte apophyse transverse de la première vertèbre lombaire que vient s'exercer le traumatisme; aussi est-ce le plus souvent au niveau du hile et à la face postérieure du rein, c'est-à-dire précisément au point où le viscère prend contact avec l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire, qu'on observe, d'ordinaire, les lésions de déchirure et d'écrasement.

Par de nombreuses expériences, Tuffier a essayé de produire des lésions rénales à des degrés divers et il les classe en trois catégories :

1° Les *ecchymoses sous-capsulaires*; 2° les *foyers sanguins intrarénaux*; 3° les *fissures profondes*.

Pour les deux premiers degrés, la capsule n'est pas rompue et le sang, qui est presque toujours collecté au niveau de la base des pyramides, a de la tendance à se donner jour du côté du bassin; mais pour les déchirures profondes, le sang se répand dans la région lombaire, autour du viscère, et peut fuser au loin, jusque dans le cul-de-sac recto-vésical, comme dans le cas de Dumesnil, cité par Gargam (2), ou même dans le canal inguinal, comme dans l'exemple publié par Letulle (3).

Dans un cas que j'ai observé récemment, avec Peyrot, et qui a été suivi d'une guérison inespérée, le rein droit, qui avait été écrasé par une roue de camion, sans que la paroi abdominale fût lésée, était divisé en trois segments, complètement séparés les uns des autres. J'avais d'urgence pratiqué une laparotomie médiane, indiquée par des

(1) TUFFIER, *Arch. gén. de méd.*, 1888, t. XXII, p. 591 et 697, et t. XXIII, p. 335.

(2) GARGAM, thèse de Paris, 1881.

(3) LETULLE, *Soc. anat.*, 1876.

accidents péritonéaux, et j'avais trouvé le péritoine rompu au niveau du bassin, et un épanchement d'urine et de sang dans la cavité abdominale.

Dans un second temps, dix-huit jours après l'accident, en présence d'hématuries graves incessantes, Peyrot fit une néphrectomie par la voie lombaire et put extraire le rein en trois fragments, au milieu d'une masse énorme de caillots sanguins (1).

Cette lésion du péritoine, au-devant du rein, est très rare. Tuffier n'en a relevé que cinq cas.

« Quand le péritoine est rompu, dit-il, l'épanchement sanguin se fait dans la séreuse et les malades succombent. »

L'observation, plus haut citée, montre que cette formule est exagérée. Il en est de même de cette assertion de Poireault, qui pense que la déchirure du péritoine est inévitable chez les enfants au-dessous de dix ans, puisque, sur neuf autopsies, on n'a constaté que trois fois la lésion du péritoine.

5° *Vessie*. — La vessie se dissimule derrière la symphyse pubienne quand elle est vide; il faut donc, pour qu'il se produise une rupture, qu'elle soit plus ou moins distendue par l'urine. Dans le cas contraire, il faut qu'il y ait une fracture du bassin et qu'un fragment vienne déchirer les parois vésicales; ces dernières sont épaisses et résistantes et présentent cette particularité qu'elles ne sont pas recouvertes par le péritoine sur toute l'étendue de la vessie. Il en résulte que les ruptures se divisent naturellement en *ruptures extrapéritonéales* et *ruptures intrapéritonéales*.

Pour les premières, l'épanchement se fait dans la cavité de Retzius, et nous n'avons pas à en parler, car elles se rencontrent, 8 fois sur 9, d'après Ullmann, en arrière et en bas, et sont alors le fait d'une lésion spontanée; ou bien, elles siègent en avant, et sont, alors, une complication d'une fracture du bassin.

Les ruptures, par contusions abdominales directes, sans fracture concomitante, sont toujours intrapéritonéales, ou, du moins, 85 ou 90 fois sur 100, d'après les statistiques de Penwick et de Ullmann.

Dans ces cas-là, la vessie s'est trouvée fortement comprimée sur un point de la ceinture pelvienne, le plus souvent sur le promontoire, comme cela a lieu pour l'intestin grêle.

La séreuse se rompt la première et les fibres musculaires écrasées peuvent résister plusieurs jours avant que la perforation ne soit complète.

Chez un de mes malades, l'escarre, produite par un coup de timon de charrette, n'a laissé filtrer l'urine dans la cavité péritonéale que cinq semaines après l'accident; elle siégeait, comme nous l'avons vu

(1) Aimé GUINARD, *Congrès de chir.*, XI^e session, 1897, octobre. Contusions de l'abdomen.

à l'autopsie, à la partie moyenne de la face postérieure de la vessie.

Il est important de distinguer les cas où l'urine est infectée, de ceux où elle est aseptique, et nous renvoyons, pour de plus grands détails sur ce sujet, à l'article qui traitera des maladies de la vessie.

6° *Pancréas, vaisseaux, etc.* — On peut dire que tous les vaisseaux peuvent être atteints et les trouvailles d'autopsie, après les grands traumatismes de l'abdomen, ne sont pas rares. Morris cite deux déchirures de l'aorte qui sont conservées au Musée de l'hôpital de Middlesex (1).

Legouest et Schwartz ont observé, le premier une déchirure de l'aorte, et le second une rupture de l'artère iliaque primitive.

Quant aux veines, il semble qu'elles soient plus fréquemment atteintes que les artères. La veine cave a été trouvée rompue dans plusieurs autopsies. On connaît des observations de Breschet, de Richerand, trois cas de Velpeau, un de Bourguignon, de Poland, etc.

La veine porte, dans une autopsie due à Poland, était déchirée, sans qu'aucun autre organe fût lésé. Gross a publié un cas de déchirure de la veine splénique, et Fesq, dans sa thèse, parle longuement d'un malade que j'ai vu succomber dans le service de Tillaux, à une hémorragie foudroyante, due à la chute d'une escarre traumatique de l'iliaque externe. Citons encore l'autopsie due à Mac Naughton, dans laquelle la rupture de la veine ovarienne droite avait causé la mort.

J'ai observé deux cas où la mort fut causée par une déchirure de la veine rénale et par une rupture de la veine splénique.

Le pancréas n'échappe pas aux traumatismes abdominaux, bien qu'il soit plus rarement atteint, en raison de sa situation, et quand il est lésé, on peut être assuré que les viscères voisins sont, eux-mêmes, gravement atteints.

Aussi la mort survient-elle presque toujours très rapidement ; quelques heures après l'accident, dans les trois exemples connus de Travers, de Storck et de Le Gros-Clark, et « quelques jours après » dans l'observation de Cooper. On connaît aussi un fait dû à Chavasse, et Senn, qui a écrit une monographie intéressante sur ce sujet, a reproduit expérimentalement, chez le chien et chez le chat, des lésions traumatiques variées du pancréas. Chez le malade que j'ai présenté, très bien guéri, à la Société de chirurgie, en mai 1897, j'ai trouvé, outre la déchirure transversale du lobe gauche du foie, à sa face concave, un arrachement complet de l'épiploon gastro-hépatique, à son insertion stomacale ; la petite courbure se trouvait libre et, en écartant l'estomac de droite à gauche, j'ai pu attirer dans le même sens la première portion du duodénum et voir le pancréas écrasé au niveau de sa tête et présentant, çà et là, des ecchymoses et des hématomes multiples.

(1) Henry MORRIS, *Encyclop. intern. de chir.*, Paris, 1886, t. VI, p. 274.

Au point de vue pratique, les lésions de cet organe ne donnent lieu à aucune indication particulière.

Le mésentère et l'épiploon peuvent être déchirés ou arrachés sur une étendue plus ou moins grande. C'est dans ces cas-là que les artères mésentériques ont été rompues, comme Michaux l'a constaté au cours d'une laparotomie après un coup de tampon de wagon (1).

Dans quelques cas, le mésentère est littéralement détaché de l'intestin sur une longueur souvent considérable.

Dans une observation de Michaux (2), une anse intestinale de 25 centimètres, complètement détachée de son mésentère, est vingti-deux heures après l'accident « putréfiée, flasque et du plus beau vert de bronze qu'on puisse imaginer, il n'y avait aucune perforation intestinale. Le péritoine était rempli de liquide putride, ultraseptique et infect ».

Symptômes. — J'insisterai d'abord sur deux particularités générales, qu'on ne doit jamais perdre de vue en pratique :

1° *La gravité des lésions viscérales n'est jamais dans un rapport constant avec l'intensité du traumatisme.*

2° *Les lésions viscérales les plus graves peuvent, pendant plusieurs heures, ne s'accompagner d'aucun symptôme inquiétant.*

Nous aurons à revenir sur ces deux préceptes ; mais il est bon de les mettre tout de suite en évidence, car ils dominent toute l'histoire clinique des contusions abdominales. C'est pour les avoir méconnues que bien des erreurs de diagnostic ont été commises et, ce qui est plus grave, que bien des fautes thérapeutiques ont amené des désastres imprévus. Que de fois n'a-t-on pas été trompé par ce calme apparent du blessé, par cette absence totale de signes abdominaux, alors qu'une grave lésion viscérale existait et ne devait attirer l'attention que vingt-quatre, ou même trente-six heures après l'accident.

Que de fois, enfin, n'est-on pas resté inactif, uniquement parce qu'on ne pouvait pas croire à l'existence d'une lésion viscérale grave, étant donnée l'innocence apparente du traumatisme ; aussi, on ne saurait trop le répéter, toute contusion de l'abdomen demande un examen attentif et des soins assidus, même si l'accident a paru léger, même si les symptômes immédiats sont nuls.

Depuis le travail de Moty, cité si souvent et à juste titre, tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, Jalaguier, Michaux, Demons (3) ont adopté la même division des contusions de l'abdomen en :

1° *Cas légers* ; 2° *cas moyens* ; 3° *cas graves*.

Je rejette résolument cette division qui, selon moi, ne répond à rien, pas plus au point de vue clinique qu'au point de vue des indications opératoires. Ne venons-nous pas de dire que des contusions

(1) MICHAX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 202.

(2) MICHAX, *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 204.

(3) DEMONS (de Bordeaux), *Congrès de chir.*, 1896, p. 441, et *Congrès de chir.*, 1897.