

légères au point de vue étiologique doivent être classées parmi les cas graves au point de vue thérapeutique, sans pour cela s'être accompagnées des symptômes de la contusion violente; quant aux cas dits « cas moyens », il est vraiment bien arbitraire de les séparer des cas légers et des cas graves, et Jalaguier (1) ne peut s'empêcher de faire remarquer « combien la délimitation de ce groupe est des plus élastiques et des plus difficiles ».

Non, il n'y a pas de cas graves, de cas légers et de cas moyens en pratique; il y a des contusions de l'abdomen, et tel accident qui paraît grave au récit du blessé et d'après les symptômes immédiats, se termine favorablement, alors que tel autre, dit léger, aura les suites les plus graves.

Nous étudierons les symptômes des contusions de l'abdomen :  
1° *Au moment de l'accident*; 2° *quelques heures après l'accident*.

1° *Au moment même de l'accident*, tous les blessés, quelle que soit la violence du choc, présentent à l'observation une série de phénomènes qui ne varient de l'un à l'autre que dans leur intensité.

D'abord, au point de vue fonctionnel, il faut citer la *douleur*, toujours extrêmement vive, et qui « porte au cœur », suivant l'expression habituelle; cette douleur caractéristique est suivie le plus souvent de syncopes avec perte de connaissance complète, ou tout au moins d'un état syncopal plus ou moins prononcé.

Le blessé peut-il succomber sur le coup, du fait seul de la contusion épigastrique, sans lésion intra-abdominale?

Quelques observations permettent de répondre affirmativement, malgré l'opinion contraire de Pollock et de Bryant. A. Cooper a vu un homme qui, frappé sur l'épigastre, tomba mort sur le coup. Je citerai aussi l'observation de Hunter Mac Guire.

« Un soldat, frappé sur la plaque de son ceinturon par une balle de carabine Minié, tomba et mourut en quelques minutes, l'autopsie n'ayant révélé d'autre lésion qu'une contusion des parois abdominales (2). » Swaine Taylor et Arthur Harding ont publié plusieurs observations dans lesquelles « un coup sur le creux de l'estomac, un coup *dans le vent*, comme on dit en terme de boxe, ont déterminé un arrêt brusque du cœur et la mort subite » par shock du plexus solaire et du grand sympathique.

Ces faits de mort subite sont très exceptionnels.

Il n'en reste pas moins, qu'en général, le blessé éprouve, au moment du shock, une sensation d'angoisse, une anxiété particulière et reste dans une sorte de stupeur. Il est d'une pâleur extrême et semble, pour un instant, étranger à tout ce qui se passe autour de lui.

(1) JALAGUIER, *Soc. de chir.*, 1897, p. 250.

(2) HUNTER MAC GUIRE, *Encyclop. intern. de chir.* Paris, 1887, t. II, p. 532.

Le pouls est alors petit, fuyant, ralenti, et l'hypothermie est instantanée; enfin, le plus souvent, surtout si le blessé vient de manger, il se produit un vomissement, mais il n'a pas la valeur qui lui a été attribuée; on en voit souvent se produire à l'occasion d'un traumatisme portant sur une région quelconque; c'est plutôt un réflexe émotif d'ordre général qu'un symptôme propre à la contusion de l'abdomen.

En résumé, nous avons comme symptômes fonctionnels, se manifestant au moment même de l'accident : la *douleur*, l'*état syncopal*, la *syncope* et la *stupeur*, l'*hypothermie* et les *modifications du pouls*, et enfin le *vomissement*.

Les *symptômes physiques* étudiés immédiatement sont remarquables, en général, par leur peu d'intensité; je ne parle pas, bien entendu, des grands traumatismes produits par les éboulements, les roues de voiture, les tampons de wagons, etc.; là tout peut s'observer : les éraflures épidermiques, les décollements cutanés, les sections, ou ruptures des muscles, avec hématomes volumineux, et même, comme je l'ai constaté sur un blessé du service de Peyrot à Lariboisière, un arrachement de la paroi abdominale, au niveau des régions inguinales et crurales, les anses intestinales ayant glissé sous la peau de la cuisse gauche, jusqu'à deux travers de main au-dessous du pli de l'aîne.

En dehors de ces cas complexes, il faut bien savoir que, le plus souvent, on ne constate rien d'apparent par l'examen physique et il est remarquable de voir qu'on peut explorer l'abdomen avec une facilité relative, sans provoquer cette vive douleur qui sera, quelques heures après, un des symptômes les plus constants. Il est probable que l'état de stupeur et de demi-syncope dans lequel se trouve le blessé atténue notablement les sensations douloureuses de l'exploration manuelle.

2° *Quelques heures après l'accident*, les symptômes se sont déjà modifiés considérablement. Tout ce que nous avons décrit dans le paragraphe précédent est raconté au chirurgien qui, en général, ne voit le blessé que plusieurs heures après l'accident. Parfois, le malade s'est relevé seul et a pu marcher, sans que cela permette d'affirmer qu'il n'y a pas de lésion viscérale; témoin le soldat de Chavasse qui, blessé à trois heures du matin, attendit l'heure du réveil et se rendit seul à la visite; ce n'est que la nuit suivante qu'il présenta les premiers phénomènes de réaction péritonéale; il mourut cependant trente-quatre heures après avoir reçu le coup de pied de cheval : on trouva, à l'autopsie, une section totale du jéjunum. On cite aussi une petite fille de onze ans qui, malgré une rupture du jéjunum, resta vingt-quatre heures sans aucun symptôme (Holland), et un enfant de treize ans qui, après une rupture totale du duodénum, put parcourir un mille à pied pour rentrer chez lui; disons pourtant qu'en général le blessé reste étendu et ne peut remuer sans éprouver de vives douleurs dans l'abdomen.

Il est impossible de fixer le temps qui va s'écouler entre le moment de l'accident et celui où les signes de réaction péritonéale, en cas de rupture viscérale, vont se produire; cependant, dans cet intervalle, il est de première importance de faire le diagnostic exact. Voyons donc comment le malade se présente à l'observation. Pour schématiser cette étude délicate, nous considérerons les quatre cas principaux qui peuvent se présenter :

*a. Les contusions sans lésions viscérales graves; b. les contusions avec rupture immédiate du tube digestif; c. les contusions avec rupture d'un viscère, suivies d'hémorragie interne; d. les contusions avec escarre et rupture tardive d'un viscère.*

A chacune de ces quatre subdivisions, qui comprennent des lésions bien définies et bien tranchées, devraient correspondre quatre types cliniques bien distincts. Il n'en est malheureusement rien, et c'est ce qui rend la question si difficile.

*a. CONTUSIONS SANS LÉSIONS VISCÉRALES GRAVES.* — Nous avons en vue ici les cas dans lesquels aucun organe n'est ouvert dans le péritoine et aucune lésion n'est assez profonde pour amener de la mortification et une perforation tardive.

Après les phénomènes nerveux immédiats, sur lesquels je ne reviens pas, l'état général se modifie rapidement; le pouls redevient normal et la température s'élève; il n'est même pas rare de la voir dépasser la normale pendant deux ou trois jours. Quant à la douleur, elle siège en un point fixe où la pression la réveille, mais le blessé ressent dans tout le ventre une sensation de pesanteur.

Tous ces phénomènes diminuent progressivement, sauf dans les cas où quelques adhérences se produisent autour d'une lésion superficielle, ou d'un petit épanchement sanguin; on voit alors la température rester autour de 38° pendant quelques jours, et la douleur locale persister un peu plus longtemps.

Les parois intestinales, en pareil cas, sont en partie parésiées; il en résulte un certain degré de ballonnement du ventre et de constipation.

Quant aux symptômes physiques, ils siègent sur les parois abdominales.

L'ecchymose peut apparaître très rapidement; elle ne présente ici d'autre particularité que d'être assez rarement observée, même après des traumatismes violents; on conçoit, en raison de la mobilité des parois, que ces dernières fuient devant l'agent vulnérant et la peau, tendant à glisser sur le plan aponévrotique; pour peu que la contusion se fasse obliquement, il en résulte un épanchement séro-sanguin sous-cutané, plutôt qu'une ecchymose proprement dite.

Sur la paroi abdominale postérieure, on trouve souvent des hématomes qui remontent le long des gouttières vertébrales. Ces épanchements sanguins se distinguent des épanchements de sérosité en

ce qu'ils sont plus tendus et recouverts par des téguments ecchymotiques.

Les poches de Morel-Lavallée semblent n'être pas pleines alors que les hématomes sont durs comme une tumeur solide.

Quand l'extravasation sanguine vient des parties profondes de la région rénale, par exemple, l'ecchymose n'apparaît que tardivement et dans des régions souvent fort éloignées du point où elle a pris naissance; la région inguinale, par exemple, dans les hémorragies périrénales, les bourses et le périnée dans les hémorragies périsésicales.

Il nous reste à parler des RUPTURES et des HERNIES MUSCULAIRES qu'on peut rencontrer dans la contusion simple des parois. C'est, en général, un des muscles droits qui est atteint, soit que le traumatisme l'ait sectionné directement, soit que la rupture musculaire se soit produite sous l'influence d'une violente contraction instinctive, destinée à protéger les viscères abdominaux. On trouve alors un épanchement sanguin considérable, formant une véritable tumeur entourée d'une zone d'induration et d'empatement; ce qui en fait la caractéristique, c'est l'impossibilité où est le blessé de contracter son muscle rompu; et si, pendant les efforts de contraction, on palpe avec soin la tumeur, on sent qu'elle se durcit au niveau de ses bords et qu'on peut insinuer les doigts dans une véritable solution de continuité du plan musculaire.

Fait à retenir: il suffit parfois d'un choc relativement léger pour produire cet accident, et je ne parle ici que des traumatismes chez les sujets sains, car nous verrons, dans un autre chapitre, que les ruptures des muscles droits, après les fièvres graves, la fièvre typhoïde, par exemple, sont fréquentes.

Pour les hernies musculaires, je reste convaincu qu'elles n'existent que très exceptionnellement, si tant est qu'elles existent. Dans tous les cas, elles présentent là, comme ailleurs, les symptômes propres qui les distinguent des ruptures et que j'ai mis en évidence dès 1888, par des expériences faites sur le lapin (1). En deux mots, la tumeur due à une hernie musculaire disparaît ou diminue notablement quand le muscle se contracte, ou quand le malade, en se renversant, tend à éloigner les deux insertions opposées du muscle; s'il s'agit, au contraire, d'une rupture du muscle droit, l'opisthotonos est très douloureux et la contraction du muscle fait grossir et durcir la tumeur, ce qui est tout juste l'inverse de ce qui se passe dans la hernie musculaire.

Quand on voudra examiner avec soin les faits, on s'apercevra que les hernies musculaires sont des plus rares, là comme ailleurs; pour

(1) A. GUINARD, Des hernies musculaires (*Gaz. hebdomadaire*, n° 14, 6 avril 1888).

ma part, je n'en ai jamais vu, et toutes les observations que j'ai sous les yeux peuvent laisser place au doute à cet égard.

A la suite de ces ruptures musculaires, lorsque l'épanchement sanguin s'est résorbé, ce qui demande quinze jours, trois semaines, un mois et plus, il reste une véritable éventration et on peut voir survenir des hernies souvent très volumineuses. Quant à la suppuration, elle n'envahira la poche sanguine que si l'infection a pu se faire par des éraflures épidermiques dont on n'aura pas surveillé suffisamment l'asepsie, ou encore par des piqûres de sangsues et des plaies de ventouses scarifiées.

b. CONTUSIONS AVEC RUPTURE IMMÉDIATE DU TUBE DIGESTIF. — Quoi qu'on en ait dit, les phénomènes immédiats n'ont pas été, le plus souvent, plus accentués dans les cas de rupture du tube digestif, et cela n'a rien qui puisse surprendre, puisque, nous l'avons vu, il s'agit d'une stupeur générale, due à une commotion nerveuse. Ce n'est pas la rupture qui cause ces accidents, c'est le choc lui-même qui produit, à la fois, la rupture et les accidents nerveux ou ces derniers, à l'exclusion de l'autre. Donc, il n'y a aucun renseignement à tirer de l'intensité des symptômes du début. Le calme, souvent le plus complet, persiste pendant une heure, deux heures, et peut même se prolonger pendant douze heures, vingt-quatre heures, et même trente-six heures, comme je l'ai vu dans ma première observation du Congrès de chirurgie de 1896. C'est pourtant pendant ces vingt-quatre premières heures qu'il y aurait intérêt à faire le diagnostic de la perforation, pour pouvoir intervenir dans de bonnes conditions. Étudions donc avec soin tous les symptômes qui peuvent mettre sur la voie, à cette période.

Je mets hors de pair, et tout à fait en vedette, un signe sur lequel je n'ai cessé d'appeler l'attention depuis ma communication au Congrès de chirurgie; c'est la *disparition de la matité hépatique*.

Ce symptôme, c'est le seul qui soit pathognomonique d'un épanchement de gaz dans la cavité péritonéale et, par conséquent, d'une perforation intestinale. Jobert (de Lamballe) insistait déjà sur la tympanite, et Jalaguier, en faisant remarquer combien elle est difficile à constater, a appelé l'attention sur la sonorité préhépatique. Les gaz, épanchés dans le péritoine, viennent se loger entre le diaphragme, les fausses côtes et le foie et, quand on percute doucement, de haut en bas du mamelon au rebord costal, on trouve une sonorité tympanique continue; c'est là un signe absolument pathognomonique de perforation et j'ajoute qu'il est facile à déceler, tandis que ce « météorisme soudain et excessif » dont parlent Otis et Jobert est, le plus souvent, impossible à distinguer du ballonnement, produit par la distension paralytique des anses intestinales. Voilà pourquoi il ne faut pas noyer ce symptôme, si important, dans une énumération banale.

Malheureusement c'est un signe sûr, mais inconstant; son existence permet d'affirmer qu'il y a perforation; mais bien des ruptures du tube digestif ne s'accompagnent pas d'un épanchement gazeux assez notable pour masquer, à la percussion, la matité du foie; parfois même, les gaz restent cantonnés à gauche du mésentère, si la lésion siège de ce côté et les rapports du foie avec la paroi restent normaux.

Un second signe, sur lequel j'ai insisté dans le mémoire déjà cité, mérite de nous arrêter un instant. Pour n'avoir pas la valeur pathognomonique du précédent, il n'en est pas moins très important; je veux parler de la *contracture des muscles abdominaux*; ce symptôme apparaît dès les premières heures qui suivent l'accident; les muscles abdominaux sont dans un état de défense continue, et lorsqu'on s'approche, pour la moindre exploration, il semble qu'on met la main sur un plan solide, sur un « ventre en bois ». C'est, en somme, l'exagération d'un fait qui se présente toutes les fois qu'on veut palper une région douloureuse de l'abdomen.

Mais jamais cette contracture n'est aussi complète et aussi généralisée que dans les cas qui nous occupent; aussi, faut-il y attacher une très grande importance et bien savoir que lorsque cinq ou six heures après un traumatisme de l'abdomen, un malade se présente avec ce « ventre en bois » caractéristique, on peut, presque à coup sûr, affirmer l'existence d'une grave lésion viscérale.

Venons maintenant à la description de l'état dans lequel on trouve les blessés quelques heures après leur accident.

Après un calme relatif, qui peut durer, comme l'a bien noté Moty (1), vingt-quatre ou trente-six heures, on voit survenir tous les signes de l'infection péritonéale par perforation. Le pouls, qui s'était relevé, devient de nouveau petit, dépressible; ce n'est plus le pouls lent du début; il bat 120, 130 fois par minute, et les extrémités des membres, le nez, les oreilles ont de la tendance à se refroidir: le blessé est d'ordinaire dans un état d'anxiété et d'agitation incessante; le visage exprime l'angoisse, la langue est sèche, la soif est ardente et le malade hésite à la satisfaire, en raison des vomissements douloureux que provoque la moindre ingestion de liquide. Dans ces vomissements, qu'il ne faut jamais négliger d'examiner, on peut trouver du sang, ce qui est d'une importance capitale; il ne faut pourtant pas croire que cette *hémorragie stomacale* soit pathognomonique d'une rupture de l'estomac. Dans une observation de Pierre Delbet, le sang provenait du poumon, et Chaput a vérifié dans une autopsie qu'une hématomérose avait pu se produire à la suite d'une contusion sans rupture de l'estomac. J'ai moi-même, avec Peyrot, observé un blessé à qui j'ai fait une laparotomie sus-ombilicale, en m'autorisant de ce

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

seul signe du vomissement sanguin, et l'autopsie m'a démontré qu'il n'y avait pas trace de rupture de l'estomac, ni de l'intestin; la muqueuse pylorique présentait, seule, une ulcération superficielle de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Tout cela est utile à connaître; mais il n'en est pas moins vrai que le vomissement sanglant garde une grande valeur diagnostique.

Le plus souvent, l'intestin paralysé se dilate et augmente encore la tension des parois abdominales contracturées. Il n'y a ni émission de gaz, ni garde-robe, et si, par hasard, il survient une selle, c'est très exceptionnellement qu'elle contiendra du sang. Cette hémorragie n'existe guère que dans les lésions du gros intestin; encore est-il qu'il faut songer aux hémorroïdes.

Un signe à peu près constant, c'est la *rétenion d'urine*; le catéthérisme est d'ailleurs la première chose à faire quand on approche un blessé de ce genre; on évacue ainsi l'urine contenue dans la vessie et, si elle est teintée de sang, on a déjà un renseignement précieux; mais, ce qui est capital, c'est que l'*oligurie* et même l'*anurie* seront des signes importants de perforation intestinale, et même de perforation siégeant haut sur le jéjunum.

J'ajouterai qu'à l'angoisse, dont je parlais plus haut, se joint bientôt une *anxiété respiratoire* très vive, les mouvements du thorax sont courts et répétés, entrecoupés de *hoquets* et de *soupirs douloureux*.

L'examen local est à peine possible; le malade ne supporte pas d'attouchements sur l'abdomen. En cas d'épanchement gazeux ou liquide notable, on peut voir une voussure et constater par la percussion de la matité dans les points déclives, et du tympanisme aux lieu et place de la matité hépatique.

Tous ces symptômes deviennent de plus en plus menaçants; le visage se grippe, le nez se pince, les yeux s'excellent et la dyspnée est intense.

Chavasse a bien montré que la température ne s'élève pas, comme l'avait dit Beck; je dirai même qu'elle s'abaisse et qu'elle est, en général, plus près de 36° que de 37°, ce qui contraste avec la rapidité du pouls et l'anxiété respiratoire.

Une fois que ces accidents ont commencé à se manifester, ils évoluent avec une rapidité extraordinaire et la mort survient, le plus souvent, sans que le malade ait perdu connaissance.

Tel est le tableau symptomatique dans les heures qui suivent un traumatisme de l'abdomen, avec perforation du tube digestif; mais, je le répète, il y a toute une période dans laquelle les symptômes peuvent être les mêmes, qu'il s'agisse d'une contusion sans lésion du tube digestif, ou d'une rupture gastro-intestinale. Pendant cette période, qui peut durer jusqu'à trente-six heures, l'existence du tympanisme préhépatique peut avoir une importance décisive.

c. CONTUSIONS AVEC RUPTURE D'UN VISCÈRE, SUIVIES D'HÉMORRAGIE INTERNE. — Quel que soit le viscère atteint, sauf la vessie et la vésicule biliaire, il se produit une hémorragie intrapéritonéale; cette hémorragie peut être foudroyante ou très rapidement mortelle, si c'est un gros vaisseau comme la veine porte, la veine rénale, la veine cave, etc., qui est déchiré; mais, quand il s'agit de la rupture d'un parenchyme vasculaire, tels que celui du foie ou de la rate, l'hémorragie se fait lentement; elle n'a aucune tendance à s'arrêter spontanément, où il le sang trouve dans la cavité péritonéale une loge préformée, où il peut s'accumuler en très grande abondance. On a donc, en dehors de toute lésion du tube digestif, les signes de l'hémorragie interne.

Les symptômes de stupeur du début sont exactement ceux que nous avons décrits plus haut, mais en cas d'hémorragie profuse, au lieu de s'amender dans les heures qui suivent, ils s'aggravent progressivement et sans répit; en d'autres termes, la période de calme n'existe pas ici, on voit le malade garder une pâleur extrême, se couvrir de sueurs froides et se plaindre de la soif ardente qui accompagne les grandes pertes de sang.

Localement, la douleur a son siège principal au niveau du viscère atteint; pour le *foie*, elle est sourde, profonde, et irradie vers l'ombilic, ou l'appendice xyphoïde, quand la lésion siège sur la concavité de l'organe; elle retentit dans l'épaule droite, comme dans la colique hépatique, lorsque la plaie est à la face convexe (Boyer).

L'ictère s'observe quelquefois, dès le début; c'est ce que Verneuil appelait « l'ictère traumatique proprement dit, c'est-à-dire par lésion directe du foie (1) », mais le fait est rare, quand la vésicule biliaire est intacte; sur les 267 observations de Ludwig, on ne l'a rencontré que 24 fois; Chauvel et Nimier le notent dans la proportion de 22,8 p. 100.

Ce qui est plus important, c'est de rechercher les pigments biliaires dans l'uriné, car leur présence, aussitôt après l'accident, est un indice précieux, en l'absence de l'ictère.

Citons aussi la glycosurie, que Claude Bernard a décrite comme conséquence des contusions du foie (2).

Quand il s'agit de la *rate*, on a uniquement les signes d'une hémorragie interne prolongée, absolument comme dans les grandes déchirures de l'épiploon.

Pour les lésions du *rein*, le signe le plus précieux est l'hématurie, qui ne fait défaut que dans les cas les plus graves, dans lesquels l'uretère a été rompu. On peut dire que l'hématurie est constante et s'accompagne, dès le début, de douleurs irradiées dans la cuisse et dans le testicule correspondant.

(1) VERNEUIL, *Acad. de méd.*, 1872.

(2) CL. BERNARD, *Leçons de physiologie expérimentale*, 1855, t. I, p. 345.

Ces douleurs sont dues parfois à des caillots qui obstruent l'uretère et donnent naissance à de vraies coliques néphrétiques.

Ces hématuries sont surtout remarquables parce qu'elles persistent parfois fort longtemps.

Peyrot a deux fois été conduit à faire une néphrectomie tardive pour parer à des accidents graves d'hématuries prolongées. Chez le malade que j'ai récemment observé avec lui, ces hématuries étaient des plus menaçantes; le blessé était exsangue et la néphrectomie a mis fin à tous les accidents.

Je n'insiste pas sur l'examen de la région lombaire qui révélera, quand il sera possible, une tuméfaction, un empatement, une véritable tumeur sanguine; disons pourtant que la douleur ne permet pas, en général, au début, un examen bien approfondi.

Quant aux réservoirs, tels que la vessie et la vésicule biliaire, leur perforation donnant lieu à l'épanchement immédiat de leur contenu, urine ou bile, les phénomènes de réaction péritonéale se produisent quand ces liquides sont septiques, en s'accompagnant des mêmes symptômes que ceux que nous avons décrits à propos des perforations du tube digestif.

Comme on les retrouvera à propos des affections de la vessie et de la vésicule biliaire, nous n'insisterons pas ici davantage. J'ajoute cependant, que si la rupture de la vessie siège en dehors du péritoine, on voit se développer des accidents d'infiltration d'urine qui modifient sensiblement l'aspect et la marche de la maladie.

*d. CONTUSION AVEC ESCARRE ET RUPTURE TARDIVE D'UN VISCÈRE.* — Je peux être plus bref sur cette quatrième catégorie de malades, car ils présentent les accidents décrits plus haut, avec cette particularité que les symptômes de réaction péritonéale n'apparaissent que tardivement, c'est-à-dire au moment de la chute de l'escarre. Voici donc, en quelques mots, comment les choses se passent.

Après les phénomènes immédiats de stupeur, de commotion nerveuse, d'anxiété, etc., le pouls se relève et l'état général ne tarde pas à redevenir normal; il reste seulement quelques symptômes locaux auxquels on ne prendrait pas garde, si l'on n'était averti.

Il se fait, autour du point contus, une exsudation péritonéale qui amène une réaction locale plus ou moins vive; de là, quelques douleurs sourdes, avec pesanteur dans le ventre, léger ballonnement et constipation opiniâtre.

Au bout de deux ou trois jours, tout danger semble écarté et le blessé se dispose à reprendre son existence habituelle, lorsque, brusquement, les signes foudroyants de la perforation avec épanchement apparaissent, terrassant le malade en quelques heures.

Ces perforations tardives peuvent survenir huit, dix et douze jours après le traumatisme, alors que tout semble rentré dans l'ordre. Dans un cas auquel j'ai déjà fait allusion, une escarre de la vessie s'est

détachée cinq semaines après l'accident; les médecins qui soignaient ce malade n'avaient pas eu l'idée qu'il pût y avoir une corrélation quelconque entre les accidents péritonéaux et un traumatisme léger qui n'avait donné lieu qu'à des symptômes immédiats, peu intenses et vite effacés.

Mais le mal n'évolue pas toujours d'une façon aussi fâcheuse et l'organisme a parfois des ressources inattendues pour se défendre.

Il est clair que si l'escarre porte sur un gros vaisseau, comme la veine cave, ou l'iliaque primitive (observation de Fesq), il y aura, au moment de son élimination, une hémorragie foudroyante, contre laquelle rien ne saurait prévaloir; mais lorsqu'il s'agit de l'intestin, et spécialement du gros intestin, un processus adhésif provoque tout autour de l'escarre, avant qu'elle ne soit en voie d'élimination, l'établissement d'une véritable barrière complète et solide, qui l'isole de la grande cavité péritonéale; aussi, quand la perforation est constituée, l'infection se trouve localisée et bridée par des adhérences solides; il en résulte un abcès, souvent peu étendu, qui peut se vider dans l'intestin, ou se faire jour du côté de la paroi abdominale.

Cet abcès s'ouvre spontanément si le chirurgien n'est pas intervenu et on assiste alors à l'établissement d'un anus contre nature, ou, plutôt, d'une fistule pyostercorale.

Tels sont les deux modes de terminaison des accidents en question.

- 1° La *mort rapide par infection suraiguë généralisée du péritoine*;
- 2° La *formation d'un abcès et d'une fistule pyostercorale*.

Il faut noter, en terminant, que cette localisation de l'infection peut se rencontrer exceptionnellement, après une rupture intestinale immédiate, comme on peut le voir dans une observation de Frœlich (de Nancy) (1). Chez ce malade âgé de douze ans, qui avait reçu un coup de pied de cheval dans le ventre, la laparotomie fut faite trois jours entiers après le traumatisme.

On trouva le péritoine sain et normal dans la partie supérieure; les anses intestinales, agglutinées et refoulées en arrière, séparaient la grande cavité d'une poche contenant du pus et des matières fécales. On put suturer la perforation, mais le drainage fut insuffisant et l'enfant succomba, en pleine septicémie, vingt et un jours après l'opération.

**Pronostic.** — Après tout ce que nous venons de dire de la symptomatologie des contusions de l'abdomen, est-il bien nécessaire d'insister sur le pronostic? Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il n'est pas d'accident qui commande une plus grande réserve; il suffit de parcourir les observations publiées, pour voir à quelles surprises et à quels mécomptes on est exposé, en particulier pour les faits de perforation retardée.

(1) FRÖELICH, *Mercredi méd.*, mars 1895, n° 11, p. 121