

malade reste couché immobile et indifférent; la peau présente une pâleur, qui au niveau des extrémités fait place à une coloration bleuâtre; la température s'abaisse et le pouls faible devient souvent à peine perceptible. Peu de temps après l'accident le blessé est ordinairement pris de vomissements, même dans les cas où il n'existe pas de lésion organique grave. En général le blessé ne revient que lentement à son état normal; cependant on peut voir quelquefois la guérison s'effectuer avec une rapidité inattendue, même à la suite de violences traumatiques graves.

Les symptômes et la marche des contusions graves de l'abdomen dépendent à la fois de l'hémorragie et de la lésion des organes creux, avec épanchement de leur contenu dans la cavité abdominale et péritonite consécutive ou formation d'un abcès stercoral ou urinaire. Dans les premiers temps il est souvent impossible de savoir quel est l'organe qui a été blessé et qui provoque les phénomènes graves observés, et beaucoup de malades succombent dans les premiers jours qui succèdent à l'accident, sans que l'on ait réussi à poser avec certitude le diagnostic du siège de la lésion. Les symptômes eux-mêmes sont parfois, au début, très peu marqués; c'est ainsi qu'une rupture de l'intestin peut fort bien ne pas donner lieu à des phénomènes graves de péritonite, et qu'un blessé peut ne pas accuser de malaise malgré les signes évidents d'une déchirure de la vessie. Dans d'autres cas une petite déchirure de l'intestin peut provoquer une septicémie suraiguë se terminant par la mort au bout de quelques heures. Mais si le diagnostic est souvent difficile au début, il n'en est plus de même dans la suite. On voit, en effet, survenir des symptômes de blessure du tube intestinal, tels que vomissements, hématurie et mélaena, ou des phénomènes indiquant une lésion des organes urinaires, comme les douleurs rénales, l'hématurie et les signes déjà décrits de rupture de la vessie. Un diagnostic précis du siège de la lésion intestinale ne peut sans doute jamais être posé; parfois seulement on pourra le soupçonner en prenant en considération le point d'application de l'agent traumatique, ainsi que la succession des symptômes, tels que les vomissements de substances alimentaires, de matières fécales. Si les signes d'une blessure du tube intestinal font défaut, et que, néanmoins, on constate des phénomènes indiquant une lésion grave des viscères, on pourra, en se basant sur les conditions mécaniques du traumatisme et sur l'existence de lésions concomitantes des côtes, etc., en conclure avec plus ou moins de vraisemblance qu'il s'agit d'une rupture du foie, de la rate, etc.

Nous aurons à revenir brièvement dans la suite sur les phénomènes se rapportant à la péritonite.

§ 9. — Abstraction faite des interventions chirurgicales particulières aux blessures de l'appareil urinaire, telles que nous les avons mentionnées plus haut à propos de ces lésions, le **traitement des contusions de l'abdomen** doit être dirigé suivant les règles généralement admises.

Les cas légers guérissent sans l'aide du médecin, tandis que les blessés qui présentent les symptômes graves du **shock** doivent être réchauffés artificiellement et ramenés à la vie par des excitants, tels que le vin, le café ou le thé chaud, les injections sous-cutanées de substances excitantes (éther, huile camphrée, etc.). Trop souvent malheureusement des lésions graves d'organes se cachent sous les phénomènes du **shock**, et alors toute espèce de traitement devient inutile.

Lorsque le blessé est parvenu au delà de la première période, on a généralement à s'occuper du traitement de la péritonite par l'opium, la glace à l'intérieur et sur l'abdomen, et les médicaments propres à diminuer, autant que possible, les mouvements péristaltiques, mais avant tout par la laparotomie sur laquelle nous aurons à revenir ultérieurement.

En présence du pronostic absolument mauvais des ruptures de l'intestin, il est évidemment hors de doute que le seul traitement rationnel dans ces cas consiste dans la suture de l'intestin. Autant ce traitement a été peu mis en pratique jusqu'ici, autant il est à désirer qu'il le soit à l'avenir, toutes les fois que l'on aura réussi à poser le diagnostic d'une blessure de l'intestin. Malheureusement, au début, les symptômes sont presque toujours obscurs et ne nous renseignent pas sur le siège de la lésion; assez souvent même ils ne permettent pas de poser, d'une manière générale, le diagnostic d'une blessure de l'intestin. Lorsqu'on réussit à faire le diagnostic, c'est souvent trop tard. **BECK** pense que la **douleur violente** que le malade éprouve dans les cas de rupture de l'intestin, peut être utilisée pour le diagnostic différentiel avec la simple contusion. Par contre, ainsi qu'il le fait remarquer, la tympanite abdominale ne se montre pas toujours de très bonne heure, et elle fait même parfois défaut au bout de 24 heures, tandis qu'on l'observe volontiers dans les contusions de l'abdomen, grâce à la paralysie de l'intestin qui survient alors. Un phénomène caractéristique de la rupture de l'intestin, c'est la persistance et l'aggravation des **vomissements**. Lorsqu'on observe ces symptômes qui permettent de conclure avec une grande probabilité à l'existence d'une blessure de l'intestin, c'est à la laparotomie que l'on doit avoir recours le plus tôt possible; le diagnostic d'épanchement stercoral peut être alors posé rapidement, grâce à un mince enduit de matières recouvrant les anses intestinales; puis on va aussitôt à la recherche de la blessure de l'intestin, on réunit par des sutures les bords de la plaie, et l'on pratique la désinfection de la cavité abdominale. Certainement on a exagéré autrefois le danger et avant tout les difficultés d'une pareille intervention; car en ce qui concerne d'abord le danger, il n'en est pas de plus grand que celui qui menace le blessé si l'on ne se hâte d'intervenir, et tout moyen de traitement capable de conjurer un si grand péril doit être mis en œuvre, alors même qu'il n'aurait que très peu de chances de succès. D'autre part il n'est généralement pas aussi difficile qu'on se

l'imagine de découvrir le siège de la lésion, car la couche de matières fécales qui tapisse les anses intestinales et la sortie de ces matières par la plaie de l'intestin permettent bien vite au chirurgien de trouver la solution de continuité.

Les épanchements stercoraux dus à la lésion de parties extra-péritonéales de l'intestin occupent une place particulière, au point de vue de l'intervention chirurgicale. Lorsqu'on est parvenu à en faire le diagnostic, on doit les ouvrir le plus tôt possible. De même les abcès qui surviennent dans la suite, tels que les abcès stercoraux et urinaires enkystés, doivent être incisés dès qu'il est possible de le faire sans blesser en même temps le péritoine.

De même lorsqu'on a posé d'une façon certaine le diagnostic d'une blessure de la vésicule biliaire, on est parfaitement autorisé à pratiquer la laparotomie, dans le but de débarrasser la cavité abdominale de la bile épanchée, et d'aller à la recherche de la plaie de la vésicule que l'on ferme par la suture, ou dont on réunit les bords avec la peau de façon à former une fistule qui permette à la bile de s'écouler au dehors. On sait, en effet, que l'écoulement continu de la bile dans la cavité abdominale provoque régulièrement une péritonite mortelle.

#### Plaies de l'abdomen.

§ 10. — Selon l'usage établi on distingue aussi à l'abdomen des plaies **pénétrantes** et des plaies **non pénétrantes**. On désigne sous le nom de plaies pénétrantes celles qui arrivent jusque dans la cavité péritonéale ou dans un organe non revêtu par le péritoine comme le côlon descendant, le cœcum, la vessie, etc.

Les **plaies non pénétrantes** de la paroi abdominale n'offrent, en somme, que peu de particularités. Elles guérissent de la même manière que les autres plaies des parties molles; pendant la guérison on voit quelquefois survenir des processus phlegmoneux dans les espaces intermusculaires correspondants. Lorsque la blessure s'étend jusque dans le tissu sous-séreux, ce dernier peut devenir le siège d'un phlegmon, et une péritonite purulente en est facilement la conséquence. D'autre part, une plaie musculaire étendue, lorsqu'elle guérit d'une façon défectueuse, fait courir au blessé le danger d'une hernie abdominale.

Toutes les fois qu'on pourra le faire, on cherchera, par des sutures profondes à obtenir une guérison par première intention des plaies que nous venons de décrire. Des plaies inégales, à bords déchiquetés, compliquées d'épanchement sanguin etc., ne peuvent naturellement pas être réunies par des sutures. Dans ces cas la blessure sera traitée selon les règles généralement usitées et l'on apportera un soin tout particulier à prévenir le développement d'un phlegmon. L'emploi de la méthode antiseptique se recommande ici tout particulièrement; on placera de nom-

breux tubes à drainage dans la plaie suturée, ou bien on les fera sortir par des boutonnières établies dans les points les plus favorables à l'écoulement des liquides. Les plaies déjà infectées doivent être rendues aseptiques par l'emploi de substances désinfectantes (sublimé, iodoforme, acide phénique), puis recouvertes d'un pansement antiseptique.

Après la guérison de plaies étendues de l'abdomen il est bon de faire porter encore pendant longtemps au blessé une ceinture élastique, afin d'éviter une éventration et de favoriser la formation d'une cicatrice étroite.

Les **blessures par armes à feu de petit calibre** se présentent parfois sous forme de plaies en contour assez longues. Dans ces cas on peut se demander s'il s'agit vraiment d'une lésion des parois seulement ou bien, au contraire, d'une véritable plaie pénétrante, et la même question se pose assez souvent aussi pour les autres formes de blessures. Il n'est absolument pas dans l'intérêt du blessé de chercher, dans ces cas, à donner au diagnostic toute la certitude désirable. L'exploration avec les doigts ou des instruments n'est permise que lorsqu'on a des motifs d'admettre la présence de corps étrangers dans une plaie récente. Si ce n'est pas le cas, on traitera comme si elle était indubitablement pénétrante toute plaie qui ne présente pas des signes certains de pénétration. Mais s'il existe déjà des symptômes faisant craindre une perforation et le développement d'une péritonite, on devra examiner la plaie avec soin, et au besoin l'agrandir par une incision, afin de pouvoir, cas échéant, commencer le traitement de la péritonite par la désinfection de la cavité abdominale.

§ 11. — Les **plaies pénétrantes de l'abdomen** doivent être divisées en deux catégories: les plaies pénétrantes simples de la paroi abdominale, et celles qui intéressent en outre les viscères, tels que l'estomac, l'intestin, etc.

Les **plaies pénétrantes simples**, c'est-à-dire celles qui pénètrent simplement dans la cavité péritonéale, peuvent certainement s'observer aussi bien que les plaies simples de la plèvre, mais en somme elles sont assez rares. Elles sont produites le plus facilement par des instruments tranchants ou contondants; cependant un instrument plus ou moins piquant peut aussi, dans quelques cas, blesser seulement le péritoine sans produire de lésions d'organes. La possibilité de l'existence d'une plaie pénétrante sans lésion viscérale a été prouvée soit par des autopsies, soit par des expériences sur le cadavre (recherches d'HERRMANN et d'ALBRECHT, sous la direction de REIHER). Ces expérimentateurs ont réussi assez souvent à faire pénétrer dans la cavité abdominale une tige triangulaire d'une épaisseur de 16 mm. sans blesser aucun organe. Une plaie pénétrante simple n'offre rien de caractéristique au point de vue des symptômes primitifs, et souvent on ne peut décider si elle est vraiment pénétrante. Cependant, outre la lésion des vaisseaux musculaires, on peut observer aussi celle des vaisseaux profonds sous-séreux,