

testin grêle, intégrité complète de la paroi, très peu d'accidents locaux et généraux; le blessé marche et, par exemple, se rend à pied à l'hôpital; le quatrième ou le cinquième jour se développent des accidents dont la mort est souvent la conséquence. A l'autopsie, on constate une péritonite et, quelquefois, une perforation de l'intestin grêle. La contusion avait produit une escarre qui s'est détachée.

En conséquence, le pronostic doit être très réservé toutes les fois qu'il s'agit d'une contusion de l'abdomen, surtout lorsque le dos du blessé reposait sur un objet résistant au moment du choc. On doit réserver d'autant plus le pronostic que les lésions les plus variées, les plus imprévues et les plus graves, étrangères même au tube digestif, peuvent être la conséquence de ces contusions. C'est ainsi qu'en 1875, à l'hôpital Lariboisière, je reçus dans mon service un charretier qui, tenant ses chevaux à la bride pour les faire reculer, avait été frappé dans la région hypogastrique par le bout du timon de sa voiture alors qu'il était adossé à un poteau. Il y eut peu d'accidents les premiers jours, mais je n'en fis pas moins de fortes réserves sur le pronostic, et bien m'en prit, car je ne tardai pas à voir apparaître la gangrène, qui envahit tout le membre inférieur gauche. L'artère iliaque primitive gauche avait été déchirée (1), et, chose étonnante, ni la paroi abdominale ni surtout l'intestin grêle, placés au-devant de l'artère, ne présentaient la plus légère trace de contusion.

Pour peu que, dans une contusion, le chirurgien redoute une lésion de l'intestin, il doit faire au plus tôt la laparotomie.

D'ailleurs, dans toute contusion de l'abdomen, il faut toujours songer à la possibilité d'une escarre de l'intestin et traiter le malade dans cette prévision. S'il se forme une escarre, on peut espérer qu'à la période d'élimination il se produira une péritonite locale qui fera adhérer l'anse malade à une voisine, en sorte qu'au moment de la chute de l'escarre il n'y aura plus de communication entre la perforation et la cavité péritonéale. Pour obtenir ce résultat, on immobilisera l'intestin le plus possible, en ordonnant une diète sévère et l'opium à haute dose, à moins qu'on ne trouve une indication à pratiquer la laparotomie. Que le lecteur se reporte à cet égard au chapitre *Paroi antéro-latérale de l'abdomen*, où je me suis occupé des contusions de cette région.

J'ai dit, plus haut, que dans les plaies un peu larges de la paroi abdominale l'épiploon et l'intestin pouvaient être précipités en dehors de la cavité, mais il est possible que, du même coup, l'intestin soit atteint et qu'il faille y pratiquer d'abord une suture avant de le réduire. Les plaies de l'intestin ont, avec raison, vivement préoccupé les chirurgiens de notre époque. On doit à Jobert (de Lamballe) d'avoir, le premier, formulé ce précepte que le seul mode rationnel de suture intestinale était l'adossement l'une à l'autre des surfaces sereuses. On sait avec quelle rapidité les surfaces péritonéales enflammées adhèrent entre elles. Une expérience de Travers, que tout le monde a répétée, rend bien

(1) La lésion de l'artère iliaque primitive était bien remarquable; elle siégeait juste au niveau de sa bifurcation. L'iliaque primitive, l'iliaque interne et l'iliaque externe étaient transformées en un cordon noirâtre, arrondi, adhérent au tissu cellulaire voisin; les veines étaient intactes. En ouvrant l'iliaque primitive, je trouvai une déchirure des tuniques interne et moyenne qui, recroquevillées en haut et en bas, oblitéraient la lumière du vaisseau, ainsi que cela a lieu à la suite de la torsion. Entre les bouts écartés se trouvait la tunique interne très dilatée, et un caillot mou occupait cette dilatation.