

Un premier fait mérite d'abord d'être relevé : l'autopsie nous a révélé la présence de douze à quinze cents grammes de sang dans la cavité péritonéale, et nous n'avons constaté à aucun moment avant la mort les signes ordinaires des hémorragies internes : aucun symptôme local, aucune modification de l'état général ne pouvait pousser, dans les moments qui suivirent le traumatisme, à une intervention contre cette hémorrhagie.

L'augmentation légère du ballonnement du ventre constatée le deuxième jour, devait-elle nous faire abandonner le traitement médical ? Constituait-elle le cortège des signes précurseurs de la péritonite ? Notons qu'il n'y avait aucun changement du pouls et de la température ; le malade n'avait ni nausées ni vomissements : le facies restait bon. D'ailleurs, l'autopsie nous l'a démontré, la péritonite ne pouvait exister à ce moment, l'anse en voie de sphacèle n'avait pas eu le temps de se rompre.

La péritonite ne devint évidente qu'à l'apparition du vomissement, cinquante six heures après l'accident, et il ne pouvait alors rester aucun doute sur l'urgence de la laparotomie. Mais n'aurait-il pas été possible d'intervenir plus tôt encore ? Les signes précurseurs n'étaient-ils pas l'augmentation rapide du ballonnement du ventre, la transformation du facies, l'apparition de la dyspnée, constatés dans la soirée quatre heures plus tôt que le vomissement ? Nous n'avons pas vu le malade à ce moment, et il y a lieu de se demander si ces signes auraient suffi à décider l'intervention, si on n'avait pas attendu l'apparition du vomissement. Péritonisme ou péritonite, voilà le problème qu'il fallait résoudre : peut-être n'était-ce pas impossible.

L'augmentation rapide du ballonnement survenant après cinquante deux heures n'était guère en faveur du simple péritonisme : le shock péritonéal en effet et le ballonnement qu'il provoqua, s'atténuaient à mesure que le moment de l'accident s'éloigne. Ce fut l'inverse dans notre cas. Aussi nous semble-t-il que si le ballonnement du ventre ne suffit pas pour distinguer péritonisme et péritonite, on devra prendre en grande considération sa persistance et surtout son augmentation pour établir le diagnostic différentiel.

Malheureusement, aucun chirurgien ne fut appelé auprès de notre malade. Le lendemain, M. Rochard eut à discuter l'utilité d'une intervention. Mais l'infection péritonéale datait de quinze heures au moins et la laparotomie avait, de ce fait, bien des chances de grossir le nombre des interventions inutiles, faites à période aussi éloignée de l'apparition des premiers symptômes. Et surtout, le malade était si faible (pouls petit et irrégulier, refroidissement des extrémités) qu'il paraissait hors d'état de supporter une opération qui aurait été longue et difficile, ainsi que l'autopsie l'a montré. L'abstention parut donc plus sage. Le malade mourut, du reste, cinq heures après la visite.