

a) S'il est en état de shock : pâleur de la face, sueurs froides, petitesse du pouls, hypothermie (36° à $35^{\circ},5^{\circ}$) phénomènes d'angoisse, respiration faible et courte, lypothymies, soif vive, abdomen sensible, on doit commencer par chercher à faire disparaître cet état et à remonter le blessé ; mais on ne fera pas de laparotomie séance tenante. Les phénomènes de shock ne signifient rien. Chez tel blessé ils seront très marqués, alors que les lésions abdominales sont nulles ; chez tel autre, moins émotif, ils seront nuls ou à peine ébauchés, et malgré leur absence, il y aura des lésions viscérales sérieuses.

On luttera donc d'abord énergiquement contre le shock : enveloppement ouaté, boules chaudes, oxygène, huile camphrée, éther, sérum chaud, frictions des membres à l'alcool, etc.

Puis, on attendra une heure ou deux avant de prendre une décision.

b) Si les phénomènes de shock ont fait défaut, l'état général est bon : le pouls est resté bon, la température normale, le ventre non sensible, il ne faut pas se hâter de conclure à la bénignité du cas, mais revoir le blessé fréquemment, afin que si un ou plusieurs symptômes de lésion viscérale apparaissent, on puisse être prêt à agir aussitôt que possible.

— Quelque temps se sont écoulés depuis l'accident (1 heure, 2 heures) on a lutté contre le shock et alors de deux choses l'une :

1c. Ou le sujet est remonté et les phénomènes réflexes disparus, on pourra alors faire avec profit un examen local.

2c. Ou le pouls reste faible, petit, tend à disparaître, le facies angoissé et pâle, les sueurs et les vertiges persistent, il y a des syncopes ; bref, on est alors en présence de signes d'hémorragie interne ; il faut alors laparotomiser le plus tôt possible, pour tarir la source de l'hémorragie.

2c. A la deuxième période. — Le blessé est vu quelques heures après l'accident.

Le shock a disparu ou n'a pas existé. C'est alors qu'il importe au chirurgien de faire appel à son sens clinique. " C'est la période chirurgicale " par excellence ; dans les jours qui suivent, il sera le plus souvent trop tard.

Le praticien peut avoir affaire à une lésion de l'intestin, de l'estomac, une déchirure du foie, de la rate, de la vessie, du rein, des vaisseaux épiploïques ou mésentériques.

Il cherchera les signes susceptibles de lui faire songer à la lésion d'un de ces organes.

1c. La contracture permanente des muscles de l'abdomen est un des meilleurs signes, peut-être le meilleur, de lésions profondes. Le ventre est dur, tendu, en état de défense continuë : si on le palpe, on a la sensation d'une résistance presque ligneuse " ventre de bois ". Quand ce signe existe quelques heures après l'accident, qu'il est

permanent et généralisé à tout l'abdomen, il acquiert une valeur de tout premier ordre.

2c. La disparition de la matité hépatique, considérée par Guinard comme symptôme pathognomonique d'une lésion intestinale, n'a par elle-même, pas grande valeur, du moins dans les conditions où on le rencontre généralement.

Le plus souvent, il y a seulement une grande diminution de la matité hépatique ; et on conçoit aisément qu'un estomac ou un côlon très distendus puissent recouvrir la presque totalité d'un foie petit.

... Aussi faut-il se montrer très réservé dans l'interprétation de ce symptôme.

3c. L'état du pouls, par contre, fournira des indications de la première importance. Un pouls qui reste petit ou tend à diminuer progressivement d'amplitude et devient de plus en plus fréquent, indique une hémorragie interne.

4c. L'état des fosses iliaques fournit encore des renseignements utiles. S'il existe de la matité dans les fosses iliaques, c'est qu'il existe un épanchement sanguin intra-péritonéal ; partant, la laparotomie s'impose.

5c. L'anurie, et même l'oligurie indiquent une lésion intestinale, généralement, et souvent assez haut située.

6c. L'état général et le facies fourniront aussi des renseignements importants pour la détermination à prendre : si le facies reste pâle, anxieux, la voix éteinte, il y a de grandes chances pour qu'il y ait une lésion abdominale.

7c. Le météorisme ne doit pas être considéré comme signe ; lorsqu'il existe, en effet, il y a déjà un degré plus ou moins marqué de péritonite ; et partant il est déjà tard pour opérer. Toutefois, on cherchera s'il n'y a pas une légère tendance au ballonnement.

8c. Enfin on sondera le blessé, pour reconnaître l'état de la vessie.

La douleur, les vomissements, même lorsqu'ils contiennent un peu de sang, l'hémorragie intestinale et les différents procédés d'exploration physique (insufflation par le procédé de Senn, injection d'eau stérilisée) n'ont qu'une valeur tout à fait relative.

En fait, les signes qui commanderont à ce moment la laparotomie immédiate sont ceux que nous avons énumérés plus haut. L'existence d'un seul de ces signes, nettement constaté, commande, d'après Pauchet, la laparotomie immédiate.

En outre, on recherchera avec grand soin si les signes précédents sont peu nets, les anamnétiques.

On devra ainsi rechercher : 1c le moment du traumatisme par rapport aux repas, se souvenant qu'à jeun, une contusion de l'abdomen est toujours moins grave ; alors que quelques instants après le repas, elle est beaucoup plus sérieuse à tel point que, pour certains chirurgiens, toute contusion un peu violente de l'abdomen, survenant en période de digestion, commanderait par elle-même la laparotomie.

2c La direction du traumatisme et son intensité qui