

rales est souvent atténuée et presque fruste. 2° Après l'apparition de phénomènes inquiétants, et malgré une lésion grave, il peut survenir une accalmie trompeuse d'une durée plus ou moins longue.

Au point de vue des indications thérapeutiques, M. Demons propose la classification suivante : I, contusion légère, II, contusion douteuse (légère ou violente) ; III, contusion violente. Celle-ci peut être : *a*, sans shock ; *b*, avec shock modéré persistant ou suivi d'accalmie ou avec péritonite consécutive ; *c*, avec shock considérable persistant ou suivi d'accalmie ou avec péritonite consécutive.

La contusion légère ne demande qu'un traitement simple.

La contusion douteuse doit être traitée comme une contusion violente.

La contusion violente sans shock exige la laparatomie précoce. Si on ne trouve aucune lésion, cette laparatomie est simplement exploratrice, par conséquent simple et innocente.

La contusion violente, avec shock modéré persistant implique des lésions sérieuses et commande plus encore la laparatomie précoce. Si le shock modéré est suivi d'accalmie, il faut considérer cette accalmie comme trompeuse, ne pas la regarder comme une marche favorable et naturelle vers la guérison.

La contusion violente avec shock considérable persistant indique des lésions très graves, souvent multiples. Bien que la laparatomie constitue la seule ressource, il est prudent de la différer, si le blessé est menacé de mort, rochaine, si le pouls est absent et imperceptible, car le blessé ne pourrait supporter l'opération. S'il survient une accalmie au bout de cinq, dix, quinze heures, il faut vite en profiter pour agir.

La péritonite consécutive est justiciable de la laparatomie, mais cette opération est faite alors dans des conditions très fâcheuses.

DU STERCOROME INFANTILE, par le Dr DEMONS, de Bordeaux, *Rev. de chir.*—M. Demons propose le nom de *coprome* ou de *stercorome* à l'accumulation de matières fécales, constituant des tumeurs d'un diagnostic souvent difficile et affectant, en particulier chez les enfants, un aspect spécial. Il a observé un garçon de huit ans habituellement constipé, chez lequel les purgatifs n'avaient aucune action et qui présentait une volumineuse tumeur abdominale depuis près de dix-huit mois. Un médecin appelé, croyant à un néoplasme, avait porté un diagnostic très grave. Quand M. Demons le vit, l'abdomen était distendu ; la tumeur extrêmement volumineuse, remplissait tout le ventre, était dure et bosselée, mais surtout conservait l'empreinte des doigts qui cherchaient à en apprécier la consistance. Le toucher rectal conduisait sur une masse de matières fécales agglomérées, qu'on eut beaucoup de peine à fragmenter, mais dont on put immédiatement extraire environ 800 grammes. Dix jours plus tard, après cinq séances, dans lesquelles on continua l'évacuation avec les doigts, avec injections tièdes, il n'y avait plus trace de tumeur dans l'abdomen.

Ces faits ne sont pas rares et M. Demons cite un cas de M. Philippe (de Bordeaux), dans lequel on avait porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES PAR LE PROCÉDÉ DE WHITEHEAD, par le Dr DELORME, de Paris.—*Rev. de chir.*

M. Delorme considère la méthode de Whitehead comme la méthode de choix dans les cas d'hémorroïdes externes ou extéro-internes formant un bourrelet circulaire et non enflammé. Sur dix huit opérés le résultat immédiat et le résultat définitif ont toujours été satisfaisants : réunion par première intention, affrontement presque toujours exact de la muqueuse et de la peau, cicatrice linéaire le plus souvent circulaire, simple, dilatable, sphincter actif. On n'a noté ni rétention, ni incontinence durable. L'incontinence des matières qui suit immédiatement l'opération est toute temporaire, et la gêne légère de la défécation qu'entraînent quelques cicatrices disparaît également. La cure est radicale.