

un véritable arrachement ; et en cas de rupture spontanée, on trouve les lésions d'une ancienne endocardite.

Pour la mitrale, ce n'est pas la valve elle-même, comme dans les sigmoïdes, qui est atteinte, ce sont surtout les cordages tendineux ou les muscles papillaires. Toutes les lésions peuvent d'ailleurs présenter diverses variétés qui expliquent aussi les modifications dans les signes physiques.

Un point important, dont il faut tenir compte, c'est que, alors même que la rupture traumatique a intéressé une valve absolument saine, cette lésion peut devenir une porte d'entrée pour les agents microbiens et amener une endocardite secondaire. C'est ainsi que chez un malade du service, on a vu se produire une insuffisance aortique d'abord, et par la suite une aortite chronique avec rétrécissement et peut-être même y a-t-il eu une insuffisance mitrale sous cette influence. Ces faits sont d'ailleurs conformes à ce que l'on observe expérimentalement chez les animaux.

Au point de vue clinique, la symptomatologie est celle d'une insuffisance aiguë. Le premier phénomène est la douleur subite, pongitive, angoissante, accompagnée souvent d'une sensation de déchirure profonde que les malades rapportent au cœur ou à la région préaortique, avec irradiations vers l'épaule et le cou. Puis, survient une dyspnée intense, qui peut aller jusqu'à la suffocation, et souvent une petite toux accompagnée parfois d'une expectoration sanglante. A ces signes se joignent des battements tumultueux du cœur, des palpitations violentes, des lipothymies et des syncopes, un pouls petit et irrégulier.

A l'auscultation, on constate le souffle de l'insuffisance aortique mais très intense, sonore et même musical. Pour la rupture mitrale, c'est à son foyer qu'on entend ce souffle qui est quelquefois perceptible à distance. Dans un cas cité, le claquement s'entendait dans toute la chambre.

Le diagnostic de la lésion est presque toujours facile à faire ; la difficulté est de rapporter l'insuffisance à sa cause et cela peut avoir beaucoup d'importance au point de vue des accidents du travail. Il est vrai, cependant, que l'instantanéité de la douleur, de la dyspnée, des troubles de la circulation, d'une part, et d'autre part, l'intensité du souffle sont des signes suffisants pour admettre cette cause.

Quant au pronostic, il est plus grave que celui des insuffisances ordinaires, parce que, en raison de la brusquerie de son invasion, il ne peut pas y avoir d'adaptation progressive de l'organisme. En outre, la rupture de la mitrale paraît plus grave pour l'avenir que celle qui intéresse les valves sigmoïdes. On comprend facilement du reste que le traitement soit semblable à celui des insuffisances ordinaires.



## Pratique Chirurgicale

### Les indications opératoires dans les contusions de l'abdomen

Par le Dr Albert Grugel, de Laval, ancien interne des Hôpitaux de Paris

Il est peu de question aussi délicate à trancher parfois que celle de la conduite à tenir en présence d'une contusion de l'abdomen. A l'antique doctrine de "l'expectation armée" s'est substituée celle de l'intervention précoce, lorsqu'on a quelque raison de soupçonner une lésion viscérale. Déjà au "Congrès de Chirurgie 1897," Michaux, Guinard, Desmons se montrent partisans de la laparatomie aussi hâtive que possible. Actuellement, l'accord est fait sur ce point ; mais à quels signes reconnaîtra-t-on que tel blessé doit être, ou non opéré ?

—Evidemment, la chose est souvent fort difficile.

On se souviendra (Guinard et Michaux ont insisté sur ces faits), que :

1e. La gravité des lésions viscérales n'est pas dans un rapport constant avec l'intensité du traumatisme.

2e. Les lésions viscérales graves peuvent rester un certain temps sans symptômes.

Aussi l'ancienne division en cas légers, moyens et graves n'est plus admise depuis longtemps.

En pratique, voici comment les choses se passent le plus souvent.

Un homme reçoit un coup de pied de cheval dans le ventre, est renversé par une voiture dont les roues lui passent sur le corps, reçoit un coup de treuil, est tamponné entre deux wagons, etc.

Le blessé est vu à un moment variable après l'accident, et les difficultés de diagnostic sont différentes suivant le moment où le malade est vu.

Avec Brin, nous devons diviser l'évolution des accidents en trois périodes.

1e. La période initiale : le malade est en état de "shock" le plus souvent.

2e. La période pré-infectieuse : quelques heures après les accidents.

3e. La période tardive : période de péritonite confirmée.

Il est clair que cette division reste purement clinique la période dite pré-infectieuse ne signifie pas qu'il n'y ait anatomiquement aucune lésion inflammatoire ; elle indique seulement que, cliniquement, il n'existe pas encore de signes de réaction péritonéale.

1e. A la première période. — C'est-à-dire, de suite après l'accident, ou dans les instants qui suivent, on ne peut tirer aucun renseignement précis au point de vue des indications opératoires.