

bouchant la lésion perforante ou en faisant l'hémostase de la lésion hémorragique. D'autre part, l'opération n'est facile et bénigne que lorsque l'intestin n'est pas encore distendu et qu'il n'a pas eu le temps de former des paquets d'adhérences qui ont souvent masqué les lésions, comme on le voit dans les deux cas de DELORME. Erreur pour erreur, mieux vaut faire une laparotomie purement exploratrice, bénigne si elle est aseptique et bien menée, que de méconnaître une perforation et d'intervenir trop tard en pleine péritonite.

Précoce et rapide : telles sont les qualités que doit remplir la laparotomie en pareil cas. L'intervention suppose évidemment les conditions d'asepsie, d'outillage et de technique sans lesquelles elle créerait de lourdes responsabilités. — L'incision médiane, sous-ombilicale est le procédé de choix. MAYO ROBSON et GUINARD ont recommandé une étroite boutonnière exploratrice, qui est mieux acceptée par le blessé, qu'on peut faire avec la cocaïne et que l'on complète sous l'éther qui a l'avantage de relever le pouls et d'exciter le cœur, lorsque l'issue de sang, de matières ou de gaz, vient révéler la perforation. Si cette dernière est probable, il faut voir clair et faire vite : l'incision large est nécessaire. Le déroulement rapide et la réintégration des anses, réduisent au minimum l'exposition à l'air de l'intestin et le shock réflexe ; mais l'éviscération totale méthodiquement conduite, recevant les anses dans des compresses imbibées de sérum tiède, se recommande par la clairovoyance et la découverte rapide des lésions. Si l'on opère en pleine péritonite, il faudra, après clôture des lésions perforantes, laver la séreuse par des irrigations de sérum chaud et l'assécher avec des compresses épongeant toutes ses anfractuosités : précaire intervention. Si, au contraire, la laparotomie devance l'infection péritonéale, les chances de succès seront d'autant plus grandes qu'en général les ruptures intestinales par contusion ne sont pas multiples, qu'en tous cas elles sont voisines, et que l'on n'est point exposé, comme dans les coups de feu de l'abdomen, à en omettre.

## ARTICLE II

## PLAIES DE L'ABDOMEN

**Anatomie et physiologie pathologiques.** — Suivant que l'agent vulnérant, — couteau, poignard, épée, défense d'animal, projectile d'arme à feu — après s'être enfoncé dans la paroi abdominale, ouvre ou non le péritoine pariétal, la plaie est dite *pénétrante* ou *non pénétrante*. — Une plaie *non pénétrante* est toujours bénigne : si elle n'est pas désinfectée aussitôt, elle peut simplement déterminer un abcès de la paroi et favoriser plus tard, au niveau de la cicatrice, une éventration. — Une *plaie pénétrante* est souvent mortelle : parce qu'il suffit d'une piqûre septique pour inoculer la séreuse et allumer la péritonite généralisée ; parce que les viscères sont très souvent atteints ; or, les blessures des viscères creux, à contenu septique, tuent par infection ; celles des viscères pleins peuvent tuer par hémorragie.

Mais toutes les plaies pénétrantes s'accompagnent-elles fatalement de lésions internes ? Un poignard ou une balle ne peuvent-ils trouer la paroi sans perforer un organe ou déchirer un vaisseau ? La clinique et l'expérimentation prouvent qu'il en est quelquefois ainsi ; d'où la division des plaies pénétrantes en deux groupes : 1° *les plaies pénétrantes simples* ; 2° *les plaies pénétrantes compliquées de lésions viscérales ou vasculaires*. Il faut bien savoir quelle différence sépare à cet égard les plaies par armes blanches des plaies par arme à feu. Sur 100 coups de couteau du ventre, 30 environ ne s'accompagnent pas de lésions internes. *Dans les coups de feu, au contraire la plaie simple est l'exception, la complication viscérale est la règle*. Sur 38 chiens en expérience, RECLUS et NOGUÉS n'ont vu qu'une fois la balle de revolver traverser le ventre sans blesser d'organe.

Quels dégâts produisent les agents vulnérants dans l'abdomen ? — Tout d'abord, par la solution de continuité de la paroi, un ou plusieurs viscères, intacts ou blessés, peuvent sortir et

s'étrangler, c'est la *hernie traumatique*. Mais surtout le projectile ou le couteau peut ouvrir l'estomac et l'intestin, pénétrer dans le foie et la rate, blesser l'épiploon ou une artère mésentérique. Enfin des corps étrangers — projectiles ou fragments de vêtements entraînés par eux — peuvent se perdre dans l'abdomen et constituer un danger nouveau. Il faut donc étudier la hernie traumatique, les plaies des viscères creux, celles des viscères pleins, les plaies de l'épiploon et du mésentère, et les corps étrangers introduits dans le ventre au moment de l'accident.

1° HERNIE TRAUMATIQUE. — Dès qu'une brèche est faite à l'abdomen avec déchirure du péritoine pariétal, les viscères tendent à faire issue au dehors : il en résulte une *hernie traumatique*, dépourvue de sac péritonéal, et d'enveloppes extérieures. Les armes blanches qui font de larges plaies déterminent presque chaque fois une hernie de l'épiploon ou de l'intestin. De tous les organes, le grand épiploon est celui qui sort le plus facilement, à cause de sa mobilité et de son étalement entre les viscères et la paroi. Il fait même hernie par de petites plaies linéaires et forme un bouchon qui empêche l'infection, si celle-ci n'est pas entrée avec l'agent vulnérant. La *hernie épiploïque*, la moins grave de toutes les hernies traumatiques, peut rentrer spontanément ou s'étrangler entre les lèvres de la plaie pariétale, se gangrener et s'éliminer. — L'intestin grêle évacue quelquefois en bloc la cavité abdominale et ces *éviscérations traumatiques* ne sont pas toujours mortelles, quand on intervient précocement. Le plus souvent, une ou deux anses seulement sortent du ventre ; si des adhérences s'établissent entre le péritoine pariétal et l'intestin hernié, le blessé échappe à la péritonite généralisée. Mais l'intestin peut s'étrangler, se sphacéler et s'ouvrir à l'extérieur ; il en résulte un anus contre nature, d'ailleurs curable chirurgicalement.

2° PLAIES DE L'INTESTIN. — Les plaies de l'intestin grêle sont, de toutes les lésions viscérales, les plus fréquentes, à cause des nombreuses circonvolutions qui occupent les régions ombilicales, hypogastrique, les flancs et les fosses iliaques. Suivant la nature de l'agent vulnérant et depuis les recherches expérimentales

de TRAVERS, de JOBERT et de REYBARD, on divise ces plaies en trois groupes : les *piqûres*, les *sections* et les *perforations*. Les piquures sont produites par des poinçons, des trocars capillaires, des fleurets, des aiguilles : la lésion est insignifiante et ne se retrouve pas toujours à l'examen direct. — Les *sections*, dues à des armes blanches, sont partielles ou totales : *partielles*, une portion de la circonférence de l'intestin est seule intéressée ; suivant leur direction, elles sont *transversales*, *obliques*, *longitudinales* par rapport à l'axe du conduit ; ou bien la muqueuse n'a pas été fendue, et la plaie porte seulement sur la séreuse et la musculuse. Dans les *sections totales*, l'intestin est divisé complètement jusqu'au mésentère : celui-ci est souvent intéressé et le danger de l'hémorragie interne s'ajoute à celui de l'infection péritonéale.

La *perforation* est le type de la lésion par coup de feu : il n'y a pas seulement division, il y a une perte de substance à l'emporte-pièce, ordinairement des dimensions du projectile. Il est rare qu'une balle ne produise qu'une seule perforation : la moyenne est de 4 ou 6, à distance variable, soit sur des anses voisines, soit sur des anses grêles éloignées de plusieurs mètres. Le nombre des plaies dépend de l'obliquité du trajet de la balle à travers le ventre : seuls, les projectiles qui traversent le ventre d'avant en arrière, de l'ombilic au rachis, ont quelques chances rares de ne pas perforer l'intestin.

Comment évoluent ces lésions, si on les abandonne à elles-mêmes ? — Dans les *piqûres*, caractérisées anatomiquement par la section de quelques fibres musculaires, le rapprochement des fibres, comme l'a montré VOGT, suffit à fermer l'orifice et à empêcher l'issue des matières dans le péritoine. Ainsi s'explique la bénignité relative des ponctions capillaires de l'intestin météorisé et la guérison spontanée des plaies de l'abdomen par instruments piquants (fleuret démoucheté).

Les perforations par armes à feu peuvent également évoluer vers la guérison spontanée et RECLUS a insisté sur sa fréquence relative, à une époque où l'intervention chirurgicale comportait une gravité qu'elle n'a plus aujourd'hui. Que se passe-t-il après un coup de feu pénétrant de l'abdomen, avec lésion vis-

cérale ? Par la plaie intestinale, la muqueuse s'ectropionne, et forme un *bouchon muqueux* décrit par TRAVERS en 1812; ce prolapsus de la muqueuse paraît oblitérer pendant quelques instants la perforation. Mais ce bouchon muqueux, retrouvé par RECLUS dans ses expériences et par nombre de chirurgiens au cours de laparotomies précoces, ne mérite pas d'être considéré comme jouant un rôle protecteur en empêchant l'écoulement des matières dans le péritoine. D'abord, il n'est pas constant; ensuite, lorsque l'intestin est distendu par des matières et des gaz, il ne ferme pas hermétiquement l'orifice. Comme l'a démontré ESTOR dans ses expériences qui consistaient à tirer des coups de feu sur des chiens auxquels on avait préalablement fait boire du lait coloré, il constitue, alors, un véritable « entonnoir muqueux » déversant dans le péritoine le contenu intestinal: ESTOR trouvait, en effet, à l'autopsie de tous ses chiens, les anses et l'épiploon colorés en bleu par le liquide échappé à travers les perforations. De plus, ce prolapsus muqueux, quand il existe, n'a qu'une durée éphémère: dès que les fibres musculaires qui s'étaient contractées se paralysent, la muqueuse cesse de s'ectropionner et l'écoulement se produit. Enfin, il ne faut pas oublier que la muqueuse intestinale est éminemment septique, et que, à défaut d'épanchement, le bouchon muqueux est suffisant pour allumer la péritonite.

On doit donc chercher ailleurs le mécanisme de guérison spontanée des perforations de l'intestin, et surtout ne pas escamoter en pratique une évolution aussi favorable. Le problème est plus complexe. Il faut tenir compte: 1° de l'état de vacuité de l'intestin au moment de l'accident, ce qui diminue les chances d'infection; 2° de la résistance du péritoine à l'infection, grâce à sa tendance à faire des adhérences autour de la plaie et à limiter ainsi la diffusion microbienne; 3° du défaut de parallélisme des lèvres de la plaie, qui permet aux tuniques inégalement rétractiles, de fermer hermétiquement la brèche en se superposant. Ces divers éléments peuvent réaliser la guérison spontanée par le mécanisme suivant: une anse voisine vient s'accoler à l'anse blessée et tout autour de la plaie s'établissent des adhérences protectrices qui soudent les deux viscères;

ou bien, c'est l'épiploon qui, grâce à sa mobilité défensive, vient faire une doublure à l'intestin troué, et, en oblitérant la perforation, empêche l'infection. Mais si c'est là un fait réel, vérifié même pour les plaies de l'abdomen par les balles cuirassées à petit calibre des armes de guerre, il ne faut pas poser en principe que la guérison spontanée soit fréquente.

Dans les cas moins favorables, il se produit un foyer de péritonite enkystée qui sauve le blessé de la péritonite généralisée; ou bien, dans les plaies par armes blanches surtout, un anus contre nature s'établit qui, en dérivant à l'extérieur les matières, évite l'infection péritonéale. On conçoit que si l'intestin est sectionné en totalité, l'infection soit fatale: les deux bouts s'écartent, les fibres circulaires contractées peuvent momentanément retarder l'écoulement des matières, mais elles se paralysent bientôt et celui-ci se fait librement.

3° PLAIES DE L'ESTOMAC. — Les plaies de l'épigastre, de l'hypochondre gauche, de la base du thorax, s'accompagnent de plaies de l'estomac. Dans les tentatives de suicide où le cœur est visé, le couteau, le projectile pénètrent quelquefois trop bas et, après avoir perforé le cul-de-sac pleural et le diaphragme, atteignent l'estomac. Si l'agent vulnérant a largement déchiré le diaphragme, l'estomac peut être aspiré en totalité dans le thorax. La mort rapide est fréquente après ces graves traumatismes thoraco-abdominaux. Les plaies de l'estomac par les armes à feu sont plus bénignes, surtout si, comme le dit SCHROTTER, au moment de l'accident, l'estomac est sain, s'il est vide, et si le projectile, de petit calibre, a traversé l'estomac assez loin des courbures que suivent des vaisseaux dangereux. Malheureusement, les lésions isolées de l'estomac sont rares: sauf dans les plaies d'armes blanches, il y a souvent coexistence de blessures du foie, de la rate, du colon ou de l'iléon, quelquefois du rein gauche. La guérison spontanée est possible, comme pour les plaies de l'intestin; la fistule gastro-cutanée est un mode de terminaison favorable, comme le montre l'exemple classique du Canadien de DE BEAUMONT qui essuya un coup de feu en 1822 et vivait encore en 1873 avec sa fistule gastro-cutanée.

4° PLAIES DES VISCÈRES PLEINS, DE L'ÉPIPLOON ET DU MÉSENTÈRE. — Les piqûres du foie et de la rate se réparent facilement. Mais les instruments tranchants font, dans ces parenchymés, véritables éponges vasculaires, des brèches profondes avec section nette de nombreux vaisseaux : l'hémorragie est rapidement mortelle quand les artères ou les veines du hile sont sectionnées (cas du Président Carnot ; double section de la veine porte par un coup de poignard). Au contraire, les coups de feu creusent dans le foie des trajets à parois contuses au niveau desquelles l'hémorragie est peu abondante et l'hémostase spontanée assez facile. CORNIL et CARNOT ont montré que le foie répare ses plaies et ses pertes de substance par prolifération des cellules conjonctives et néoformation de capillaires « absolument comme dans la réparation cicatricielle de la peau et dans les adhérences des séreuses ». La cellule hépatique ne prend donc aucune part à la cicatrisation des plaies du foie.

Suivant que le sang vient du foie, de la rate, du mésentère ou du grand épiploon, il se collecte en des régions différentes de l'abdomen. Lorsque l'épiploon saigne, l'épanchement se fait à l'hypogastre (signe de Garengot) ; et MALGAIGNE a montré que la ligne d'insertion mésentérique canalise le sang qui se collecte dans la fosse iliaque droite s'il vient du foie, dans le petit bassin, si la rate est blessée. Lorsque le blessé survit, des adhérences enveloppent la collection sanguine entre les anses grêles, l'épiploon et la paroi. Il en résulte un *kyste hématique* qui peut suppurer, ou se résorber lentement en plusieurs mois ou même plusieurs années.

**Symptômes et diagnostic.** — Un blessé reçoit un coup de couteau ou une balle dans le ventre ; deux symptômes sont à peu près constants, quelle que soit la profondeur à laquelle ait pénétré l'agent vulnérant : la douleur et le shock. Le shock manque quelquefois : tel le cas rapporté par VERNEUIL de ces trois jeunes gens qui maniaient un revolver dont le coup partit ; ils cherchèrent où était la balle ; elle était dans le ventre de l'un d'eux. Tel le blessé de KOCHER qui reçoit un coup de pistolet dans l'estomac, va à l'hôpital à pied et monte lui-même sur la table d'opération. La douleur et le shock peuvent,

par contre, être très accentués quand la paroi abdominale est seule intéressée, il en est ainsi dans les duels, où le système nerveux des adversaires est en état d'émotion intense. Donc ces deux symptômes ne prouvent rien au point de vue de l'existence des lésions internes. Or, ce qu'il importe de reconnaître, dès le début, c'est la pénétration. Deux signes seuls permettent d'affirmer, dès l'accident, que le péritoine est ouvert : 1° la hernie traumatique ou tout au moins la possibilité d'apercevoir un organe par une brèche ; l'issue de matières ou de gaz par la plaie. Le premier de ces signes prouve qu'il y a plaie pénétrante, le second qu'il y a lésion du tube digestif. Rarement, quand un viscère plein ou un vaisseau est atteint, le sang s'écoule au dehors ; l'hémorragie est intrapéritonéale.

Si la plaie n'est pas pénétrante, le shock se dissipe, le pouls revient à sa fréquence normale, le facies se colore, la douleur se localise et demeure superficielle. En cas de pénétration ou de lésions viscérales, le shock persiste en général plus longtemps ; mais bientôt, le tableau varie suivant : 1° que la *guérison spontanée* va avoir lieu par le mécanisme indiqué plus haut ; 2° qu'il y a *infection péritonéale* par inoculation ou par perforation d'un viscère creux à contenu septique ; 3° qu'il y a *hémorragie interne* par lésion d'un viscère plein ou d'un gros vaisseau.

Lorsque la blessure évolue vers la guérison spontanée, on n'observe que quelques phénomènes peu marqués de réaction péritonéale : vomissements peu abondants, léger ballonnement du ventre qui est peu tendu et peu douloureux. Le pouls et la température restent parallèles, même si la fièvre atteint 38°. Le facies reste bon. Si la péritonite généralisée se déclare, on en connaît la physionomie habituelle : la disparition de la matité hépatique, remplacée par une sonorité anormale due à ce que les gaz issus de l'intestin remplissent le ventre (signe de Jobert), est un signe de début excellent, mais inconstant, de la perforation du tube digestif.

Le foie, la rate, un gros vaisseau épiploïque ou mésentérique sont-ils ouverts, le tableau est celui des *abondantes hémorragies internes* : le pouls devient filant et rapide, monte

à 130, 140 et même 160 pulsations par minute, les extrémités se refroidissent, la face pâlit, la respiration s'accélère; une agitation inquiète se montre et s'accroît, l'intelligence du blessé restant intacte. Malheureusement, il est souvent difficile de distinguer cette *anémie aiguë par hémorragie profuse*, du shock péritonéal. La palpation et la percussion du ventre y aident quelquefois par la constatation d'une zone de *matité* due à l'épanchement sanguin collecté: une matité étendue à toute la fosse iliaque droite coïncidant avec une plaie de l'hypochondre droit et des symptômes d'hémorragie interne doit faire conclure à une plaie du foie.

Donc, ici comme dans les contusions de l'abdomen, il n'y a pas de symptômes primitifs qui trahissent la lésion interne au début. A l'exception de la hernie traumatique et de l'écoulement de matières par la plaie, la pénétration se manifeste, non par des signes personnels à la lésion existante, mais par des phénomènes secondaires qui sont soit la *péritonite généralisée*, soit l'*anémie aiguë posthémorragique*.

Le *diagnostic* comporte plusieurs éléments à résoudre: 1° Y a-t-il pénétration? — 2° Y a-t-il lésion interne? — 3° Quels sont les organes blessés? — Au moment de l'accident, la distinction entre une plaie pénétrante et non pénétrante est très souvent impossible, surtout si le blessé est en état de shock. Dans quelques cas, la seule inspection de la plaie suffit pour reconnaître qu'elle est simplement pariétale. — Lorsqu'on voit le blessé quelques heures après l'accident, les commératifs (nature et calibre de l'arme, distance du tir,) les caractères de la plaie d'entrée, l'existence d'un orifice de sortie ou la présence du projectile dans la paroi opposée, la contracture de défense des muscles abdominaux (ventre en bois), le tympanisme pré-hépatique, les vomissements, le mélena, l'existence des zones mates dans le bas-ventre ou de phénomènes de péritonite rendront évidente la lésion viscérale. — Peut-on préciser davantage et déterminer l'organe blessé? Oui, à la condition de tenir compte: 1° du siège topographique des plaies d'entrée et de sortie; 2° de la direction suivie par l'agent vulnérant dans l'abdomen; 3° de la position du blessé au

moment de l'accident. C'est ainsi qu'un projectile tiré sur un soldat couché, et entré par la fosse iliaque droite a pu traverser plusieurs anses grêles, l'estomac et la rate. Quant à utiliser d'autres phénomènes comme l'ictère, les vomissements, le mélena pour diagnostiquer une lésion du foie ou de l'intestin, il n'y faut pas songer: ce sont là des symptômes inconstants, tardifs, quelquefois indépendants d'une lésion perforante de l'organe. L'hématémèse seule est un excellent signe des plaies de l'estomac: nous l'avons noté dans la moitié des cas. Mais son absence ne prouve donc pas que l'estomac soit indemne.

**Traitement.** — 1° Dans les *plaies non pénétrantes*, débrider, désinfecter et suturer la paroi par trois plans, pour éviter l'éventration secondaire;

2° Dans les *plaies par armes blanches avec hernie traumatique*, si la blessure est récente, on réduira l'intestin après nettoyage avec des compresses stériles imbibées de sérum artificiel légèrement sublimé; s'il s'agit d'une hernie de l'épiploon, il est préférable de le réséquer, après l'avoir solidement lié au catgut. Quand l'accident date de plusieurs heures, et que l'intestin est recouvert de fausses membranes grisâtres, il serait dangereux de le réduire: on applique alors sur la plaie un large pansement humide et, la guérison survenue, on fait la cure de l'éventration;

3° *Plaies par armes à feu*: aujourd'hui on est d'accord pour intervenir, même en l'absence de signes nets de perforation ou d'hémorragie. Les cas de guérison spontanée sont certainement une faible minorité à côté des morts qui ne sont pas publiés. Malgré les chiffres rassurants de TRÈVES qui dans la guerre du Transvaal déclare que 60 p. 100 des blessés d'abdomen ont guéri sans intervention, on doit considérer un coup de feu du ventre par projectile de guerre comme le plus souvent mortel. L'abstention, lorsqu'on est appelé au début, n'est permise qu'en cas d'absence de matériel chirurgical et d'assistance: telles, les conditions de l'ambulance. Si l'on voit le blessé au delà de la vingt-quatrième heure après l'accident, la règle est moins absolue: le fait que le blessé a survécu est déjà une présomption en faveur de la guérison spontanée, et si

le ventre est souple et indolore, le pouls bien frappé et peu fréquent, le facies bon, si le blessé n'a eu ni hématomène ni mélangé, on a le droit, bien que la perforation puisse ne se manifester que le deuxième jour, de surseoir à l'intervention en maintenant le patient au repos et à la diète absolue, une vessie de glace sur l'abdomen, l'intestin immobilisé par des injections de morphine répétées.

Le shock n'est une contre-indication à l'opération que s'il n'est pas sous la dépendance de l'hémorragie. Malheureusement il est difficile au moins au début, de démêler si la faiblesse et l'accélération du pouls tiennent à un réflexe ou à une saignée intrapéritonéale.

Voici les principales règles de l'intervention : dans les plaies par armes à feu, laparotomie médiane sus ou sous-ombilicale suivant le siège de l'orifice d'entrée. Pour les plaies d'armes blanches, on agrandit la plaie pariétale en ayant soin de la désinfecter, et on fait ainsi une laparotomie au niveau de la blessure. — Les perforations intestinales sont enfouies par des points à la Lembert ; si une anse est trouée en plusieurs endroits, il faut la réséquer et suturer les deux bouts (entérectomie et entérorraphie circulaire ou entéro-anastomose avec le bouton de Murphy). Lorsque le péritoine a été souillé par des matières, toilette de la séreuse avec des compresses stériles imbibées de sérum tiède et drainage soigneux.

En 1824, JOBERT établit le principe fondamental des sutures intestinales : à savoir l'adossement des séreuses. Mais les sutures de Jobert avaient le tort d'être perforantes. LEMBERT apporta un progrès considérable en limitant le trajet du fil aux couches séreuse et musculuse. Pour exécuter ce mode de suture, on pique avec l'aiguille la séreuse d'une des lèvres ; on chemine, durant 3 à 4 millimètres, dans l'épaisseur de la musculuse, et l'on ressort à quelque distance de la lèvre de la plaie. Puis, sur l'autre lèvre, et en un point symétrique, on refait le même trajet sous-séro-musculaire. Ainsi est passée une anse musculo-séreuse, qui adosse, face séreuse contre face séreuse, les points qu'elle étire et qui repousse vers la cavité, sous la forme d'une petite valvule, la portion libre des bords (fig. 117).

Il faut connaître trois types allemands de sutures intestinales, qui ne sont que des dérivés du point de Lembert : les sutures de Czerny, de Gussenbauer, de Wölfler. La suture de

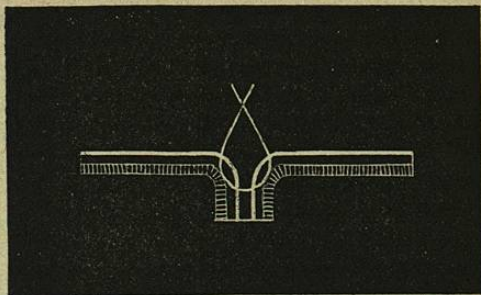


Fig. 117.

Suture de Lembert (CHAPUT).

Czerny et celle de Gussenbauer sont à double étage ; CZERNY passe une première rangée de fils traversant la tranche de la

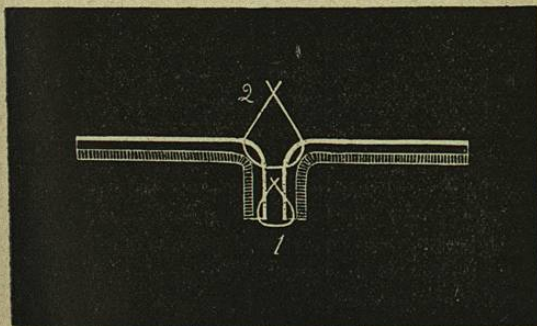


Fig. 118.

Suture de Lembert-Czerny (CHAPUT).

musculaire ; puis par-dessus, il fait un plan de sutures Lembert (fig. 118). GUSSENBAUER exécute ce double plan avec un seul

fil. WÖLFLEER ajoute aux deux plans de Czerny une suture interne de la muqueuse : ce procédé à triple étage est adopté pour les entérorraphies circulaires et pour toutes les sutures viscérales, abouchant deux parties de l'intestin ou de l'estomac ; il se recommande, en effet, par ses qualités de solidité et de clôture hermétique.

4° Quand le blessé est en pleine péritonite, faut-il tenter l'intervention ? L'acte opératoire est rendu pénible à cause du météorisme intestinal, dangereux parce que les manipulations du péritoine enflammé aggravent le shock et peuvent déterminer la mort sur table. Mais grâce à des injections répétées de sérum artificiel, à une intervention rapidement conduite, à l'enveloppement des intestins dans des compresses chaudes, à un drainage large, on peut obtenir des succès dans quelques cas désespérés : éventualité rare.

## CHAPITRE II

## DES HERNIES ABDOMINALES

## ARTICLE PREMIER

## HERNIES EN GÉNÉRAL

**Définition et étiologie générales.** — La cavité abdominale n'est point partout fermée avec une égale solidité. Il y a des points de moindre résistance, au niveau desquels les organes contenus dans le ventre — épiploon et intestin surtout — peuvent s'échapper, en formant sous la peau et à l'extérieur des tumeurs que l'on désigne sous le nom de *hernies abdominales*.

Ces points faibles, *zones herniaires*, se rattachent à deux conditions anatomiques différentes. Tantôt, comme c'est le cas des hernies de l'ombilic et de la hernie inguinale congénitale, ils dépendent d'une disposition embryogénique, établissant une communication entre la cavité abdominale et l'extérieur, soit que la hernie se produise pendant la vie fœtale, soit qu'elle ne se montre qu'à plus ou moins longue échéance par persistance anormale et latente de l'état embryonnaire : ce qui explique qu'on appelle *congénitale* une hernie qu' *n'existe point dès la naissance*, erreur grammaticale qui est une vérité clinique. Tantôt, ils résultent de la dilatation des trajets ou des orifices de la paroi, qui servent de passage à des paquets vasculo-nerveux : trajet inguinal où passent le cordon chez l'homme, le ligament rond chez la femme ; entonnoir crural par lequel les vaisseaux iliaques arrivent à la cuisse ; exceptionnellement, trou ovale où pénètrent les vaisseaux et le nerf obturateur, échancrure sciatique, orifices du diaphragme, triangle de J.-L. Petit.