

si elle est reconnue avant que l'inflammation et l'étranglement se soient produits, et si la portion herniée n'est pas blessée, doit être, s'il est possible, réduite immédiatement. L'ouverture de la paroi thoracique sera élargie, s'il est nécessaire, puis l'on appliquera un pansement contentif. Dans un cas au moins, celui d'Angelo, cette réduction a réussi. Si le poumon est blessé ou très enflammé, on ne touchera pas à la hernie. Dans les cas de plaie du diaphragme, avec hernie d'une partie du contenu de la cavité abdominale, le même traitement doit être suivi.

Les blessures du péricarde et du cœur, qui n'amènent pas rapidement la mort, seront traitées d'abord par le repos, le froid, et l'occlusion de la plaie extérieure. Celle-ci serait réouverte

plus tard, s'il se produisait des signes d'une compression dangereuse. Au début, cependant, tous les efforts doivent tendre à prévenir ou à arrêter l'hémorrhagie, et à favoriser une rapide cicatrisation des blessures internes.

Les mêmes principes doivent guider le chirurgien dans le traitement des plaies du médiastin accompagnées d'une hémorrhagie abondante, mais sans complication de lésion du cœur. La stimulation, si elle est nécessaire, sera appliquée avec beaucoup de soin et de précautions. A une période ultérieure, s'il se développe une péricardite et une endocardite, et, bien que fréquentes, ces inflammations ne sont pas une suite nécessaire de la blessure, elles seront traitées à la manière habituelle.

BLESSURES DE L'ABDOMEN PAR COUPS DE FEU.

Les coups de feu peuvent produire dans cette région : 1° une contusion ; 2° une plaie pariétale ; 3° une plaie pénétrante de la cavité, avec ou sans lésion des viscères. Le projectile peut alors se loger dans l'abdomen, en perforant la cavité, sortir par une seconde ouverture extérieure, ou bien s'arrêter en quelque point au-dessous des téguments restés intacts. En haut, ces plaies peuvent se compliquer de lésions des parois ou de la cavité thoracique ; en bas, de lésions du bassin ; en arrière, de lésions du rachis.

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN.

La contusion peut résulter du choc d'un boulet presque mort ou d'un éclat d'obus, de l'effleurement d'une balle, ou du choc plus direct d'une balle de fusil ou de pistolet, dont le mouvement est insuffisant pour surmonter l'élasticité de la peau. Si le projectile est volumineux, il peut produire : soit une simple déchirure des vaisseaux superficiels avec extravasation sanguine plus ou moins étendue ; soit des ruptures musculaires ; soit une déchirure des viscères abdominaux, spécialement du foie ou de la rate hypertrophiée ; soit même une lésion des gros vaisseaux sanguins.

PLAIES PARIÉTALES DE L'ABDOMEN.

Dans une plaie des parois, la balle peut s'être logée à peu de distance, avoir coupé la paroi en travers, formé un séton long ou court ; ou réfléchi, avoir contourné la paroi pour sortir ou

se loger dans un point presque ou complètement opposé à l'ouverture d'entrée. Une balle ronde, parfois, peut contourner complètement l'abdomen. Il peut exister une lésion des gros vaisseaux, une déchirure du péritoine, et aussi, quoique rarement, une lésion des reins ou de la partie de l'intestin non enveloppée par la séreuse. Il est même possible qu'une hernie préexistante soit blessée, comme dans un cas rapporté par l'inspecteur médical Gibon. Dans les contusions comme dans les plaies non pénétrantes, spécialement quand l'extravasation sanguine est très étendue, des abcès pariétaux se produisent fréquemment.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN.

Quand la membrane séreuse est perforée, la balle peut glisser sur les viscères sans les intéresser. Cette possibilité a été niée d'après des vues théoriques, mais le fait est amplement établi par des nécropsies (voir fig. 744, page 680 (1)).

Ordinairement, dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de feu, il y a des lésions des viscères creux (fig. 721 à 723) ou solides (fig. 724 à 726), parfois des deux en même temps, et les plaies multiples des anses intestinales sont fréquentes (2).

(1) Dans son discours à la section chirurgicale de l'association médicale américaine, à Richmond, en 1881, le Dr Hunter Mac-Guire a rapporté quatre cas de cette nature, observés par lui personnellement.

(2) Longmore rapporte un cas de la Crimée, dans lequel l'autopsie montra « seize ouvertures du petit

Des protrusions de l'épiploon sain ou blessé et des intestins peuvent se faire rapidement, bien

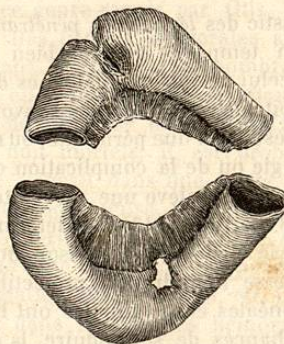


Fig. 721. — Ouvertures de l'iléon avec perforations par coup de feu (A. M. M. spec. 1231-a).

que les blessures par balles ne soient pas suivies de ces complications. Les portions

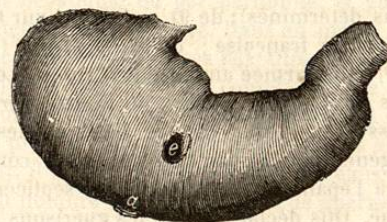


Fig. 722. — Perforation de l'estomac par coup de feu ; a, plaie d'entrée ; e, plaie de sortie (A. M. M., spec. 3749).

lésées, même des viscères solides (foie, reins, rarement la rate), peuvent apparaître à l'exté-



Fig. 723. — Perforation du jejunum par une balle de pistolet, montrant le renversement de la membrane muqueuse (A. M. M., spec. 341).

rieur. Le résultat de la fixation rapide de l'intestin endommagé, peut être en définitive l'établissement d'un anus artificiel, avec ou plus intestin faites par la balle, qui, entrée près de l'ombilic était sortie par le scrotum ; l'homme ayant été frappé pendant l'acte de la défécation. » Dans le cas de feu J. Fiske Junior, il y avait « quatre perforations de l'intestin grêle, deux du gros intestin, et quatorze perforations ou blessures distinctes du péritoine » (Peugnet).

souvent sans éperon saillant. On peut trouver une hernie au niveau de l'ouverture faite pour

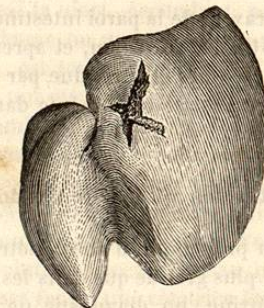


Fig. 724. — Section du foie montrant une perforation par coup de feu du lobe droit (A. M. M., spec. 1232).

l'extraction d'une balle arrêtée. Quand le diaphragme a été perforé, la hernie peut se faire

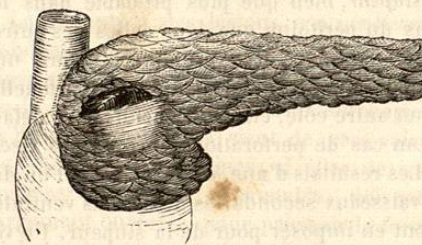


Fig. 725. — Pancréas dans lequel est enfoncée une balle conique de fusil (A. M. M., spec. 2884).

dans la cavité thoracique, ou, comme nous l'avons déjà vu, elle peut se montrer au travers

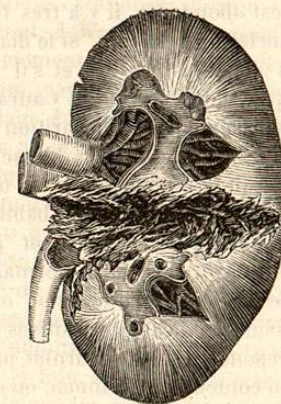


Fig. 726. — Perforation du rein par coup de feu (A. M. M., spec. 1773).

de la paroi externe de la poitrine. La balle peut dès l'abord entrer et se loger dans l'estomac

ou l'intestin, être bientôt rendue par l'anus (en 14 heures dans un des cas de Lidell), ou plus tard, par ulcération et absorption, se frayer une voie au travers de la paroi intestinale, généralement au travers du côlon, et après un certain nombre de jours être rendue par les selles. L'enkystement peut se faire même dans un des viscères solides.

Diagnostic des plaies de l'abdomen.

Bien que la probabilité d'une pénétration soit ici beaucoup plus grande que dans les plaies de tête ou de poitrine, un diagnostic ne peut être sûrement basé sur la direction apparente du projectile, ni même sur la stupeur ou les troubles fonctionnels des viscères. Comme nous l'avons déjà mentionné, il peut y avoir eu réflexion de la balle et, par suite, uniquement plaies des parois.

La *stupeur*, bien que plus probable dans les lésions du péritoine que dans celles des autres cavités, peut être très prononcée pour une plaie abdominale comparativement superficielle, et, d'un autre côté, elle peut parfois faire défaut dans un cas de perforation mortelle des viscères. Les résultats d'une *hémorragie* de l'un des gros vaisseaux secondaires des parois ventrales peuvent en imposer pour de la stupeur. Un vomissement de sang, ou des selles sanguinolentes, peuvent être la conséquence d'une contusion simple et rapidement guérie; et la même contusion le long du parcours d'un canal urinaire peut être suivie de l'apparition du sang dans l'urine. Cependant, si dans ces cas l'hémorragie est abondante, il y a très forte probabilité d'une lésion viscérale. Si le diaphragme est compris dans la blessure et s'il s'est fait une hernie par sa perforation, il y aura généralement affaiblissement ou disparition des contractions de ce muscle du côté blessé. Le *météorisme* apparaît-il rapidement dans un cas de contusion, il y a très grande probabilité d'une rupture intestinale. Un *abaissement* rapide et persistant de la *température* normale, rend très probable l'existence d'une lésion organique grave. Les seules indications positives de la pénétration, cependant, sont fournies par l'issue au dehors du contenu de l'estomac ou des intestins, de la bile ou de l'urine, par la hernie des viscères, par la vue et le toucher des organes intra-péritonéaux.

Pronostic.

Le pronostic des lésions *non pénétrantes*, rencontrées en temps de guerre, bien que plus grave que celui des plaies analogues de la tête et de la poitrine, est cependant favorable. La mort peut résulter d'une péritonite, ou rarement d'hémorragie ou de la complication d'une autre blessure. Otis relève une mortalité de 8,07 p. 100 : 233 morts sur 3134 cas déterminés.

Dans la vie civile, où, en raison du volume et de la vitesse moindre du projectile, les lésions péritonéales et intestinales ont beaucoup moins de chances de se produire, la mortalité est beaucoup plus faible; si faible, en général, que l'on peut dire que, dans ces circonstances, la guérison est presque certaine.

Les *blessures pénétrantes*, au contraire, sont très dangereuses. La mortalité fut, pendant la guerre de la Sécession, de 87, 72 p. 100 (3008 sur 3429 cas déterminés); de 91 p. 100 (111 sur 121) dans l'armée française; de 92, 5 p. 100 (111 sur 120) dans l'armée anglaise en Crimée. Lorsqu'elles intéressent l'estomac ou l'intestin grêle, ces blessures ont toute chance d'être suivies de mort, généralement par une péritonite consécutive à l'épanchement, parfois par septicémie suraiguë. Otis déclare que « les guérisons authentiques de coups de feu de l'estomac, avec ou sans fistules, ne sont qu'au nombre de six ou sept. On n'a noté des fistules que deux fois, dans le cas d'Alexis Saint-Martin, et dans le fait rapporté par le baron Percy. Le même auteur doute que pendant la guerre de la Sécession il y ait un seul exemple incontestable de guérison d'une plaie de l'intestin grêle, bien que, dans cinq cas terminés heureusement, il y eût des raisons plus ou moins plausibles pour soupçonner une lésion de cette nature.

Les rapports des chirurgiens militaires, ne fournissent certainement que bien peu d'exemples de guérison de perforations par coups de feu, de cette partie de l'intestin. Si la blessure est faite par une petite balle de revolver, cas ordinaire dans la vie civile, l'ouverture peut être si petite que l'issue des fluides est immédiatement empêchée par le renversement de la muqueuse de l'intestin. Cette éversion est arrêtée par la paralysie temporaire de la portion endommagée du tube digestif, résultat du coup, et ainsi peut être donné le temps nécessaire pour la formation d'adhérences qui protègent la cavité péritonéale dans son ensemble.

Le pronostic des lésions du *gros intestin* est

bien plus favorable, particulièrement si elles siègent sur les parties ascendante ou descendante du côlon. Dans au moins 20 p. 100 des cas de ce genre réunis par Otis, la guérison eut lieu. Des fistules stercorales s'étaient formées dans le plus grand nombre, mais très souvent elles se fermèrent spontanément dans le cours de quelques mois. Dans beaucoup de ces cas non mortels, il est probable que la blessure siégeait dans une partie de l'intestin dépourvue de séreuse, de sorte qu'en réalité, la cavité péritonéale n'était pas ouverte. Or, c'est dans cette ouverture du péritoine et dans l'inflammation qui en résulte, ou, bien plus rarement, dans les grandes hémorragies, que consiste l'excessif danger des plaies de l'intestin.

Quand le foie est incontestablement blessé, comme le prouvent l'issue de la bile ou la hernie d'une partie de l'organe; bien que la mort soit très probable, par hémorragie, par suppuration hépatique, ou par péritonite, la guérison, toutefois, peut se faire. Dans au moins 14 des 39 cas simples analysés par Otis (23 p. 100), et dans 18 des 111 cas compliqués de lésions d'autres parties importantes et dont le résultat fut précisé (16,2 p. 100), les patients survécurent. Il est également possible que dans un certain nombre des 30 autres cas de guérison pour plaie supposée du foie, l'organe ait été réellement intéressé. Même quand la *vésicule biliaire* est lésée, la mort n'est pas inévitable, quoique presque constante par suite de l'épanchement et de la péritonite consécutive (1). Les blessures, bien plus rarement observées, de la *rate* guérissent parfois, mais sont habituellement suivies d'une hémorragie mortelle. Comme pour le foie, la hernie d'une partie du viscère n'empêche pas nécessairement une terminaison favorable. Bien qu'il soit vrai que l'existence d'une lésion du *pancréas* ne peut généralement être reconnue qu'à l'autopsie, et bien qu'elle soit habituellement associée avec d'autres blessures très sérieuses sinon mortelles, cependant, s'il se fait une hernie du pancréas, elle n'ajoute pas forcément et matériellement à la gravité du pronostic, la partie herniée du viscère pouvant être enlevée avec succès, comme on l'a fait une fois pendant la guerre d'Amérique.

Les lésions du *rein*, souvent associées à des

(1) Dans un cas au moins, celui de Paroisse, une balle fut trouvée dans la vésicule biliaire; la mort était survenue longtemps après la blessure et par une cause complètement indépendante.

blessures du rachis ou de quelqu'autre viscère solide ou creux, bien que rarement suivies d'un épanchement d'urine dans le péritoine, causent en général la mort, cependant, par la stupeur, l'hémorragie ou un abcès extra-péritonéal. La guérison est toutefois possible. Bien des cas heureux ont été rapportés, mais dans un très grand nombre, l'exactitude du diagnostic est discutable avec plus ou moins de raison. Dans un cas observé en Crimée par Legouest, où la balle avait traversé le rein en son milieu d'avant en arrière, on trouva, à l'autopsie, l'organe très réduit de volume et présentant au centre de chacune de ses faces, une cicatrice ferme, fibreuse, déprimée, à laquelle se rattachaient, comme les rayons d'une roue, cinq autres cicatrices irrégulières.

Traitement des blessures de l'abdomen par coups de feu.

Le traitement des lésions *non pénétrantes* de l'abdomen, doit être conduit d'après les principes généraux: extraire les corps étrangers, si on le peut faire; arrêter les hémorragies, par la ligature, si le sang vient de gros vaisseaux. Les collections sanguines, si elles ne sont absorbées en temps convenable, doivent être largement ouvertes, pour prévenir la formation d'abcès, danger pour le péritoine, soit par la propagation de l'inflammation contiguë, soit, plus rarement, par l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale. Un repos extrême doit être maintenu, une diète sévère prescrite. Si le *rein* est blessé, il faut pratiquer un large drainage, et les collections extérieures d'urine ou de pus qui en résultent, doivent être évacuées au plus vite et complètement. Par l'administration judicieuse de l'opium, par des applications froides et par un bandage compressif, la péritonite peut être prévenue ou largement modérée.

Dans les plaies *pénétrantes*, les chirurgiens se sont jusqu'ici contentés d'appliquer le froid; de placer un bandage, même un appareil plâtré (Neudörfer); de maintenir un repos absolu; de prescrire un régime liquide sévère et l'opium à l'intérieur, jusqu'à ce que l'inflammation ait cessé. L'administration de la morphine a été poussée si loin, que dans nombre de cas on peut se demander si la mort a été le résultat de la blessure ou la conséquence du traitement. Mais l'excessive mortalité de ces lésions par hémorragie, par septicémie aiguë, ou par une péritonite intense et rapidement développée, indique certainement qu'il y a quelque chose de

plus à faire, et que ce *quelque chose* doit être dans la voie de l'intervention chirurgicale. L'expérience des vingt dernières années a clairement démontré que l'ouverture régulière du péritoine n'est pas aussi dangereuse qu'on le pensait auparavant, que cette sereuse est un grand sac lymphatique qui absorbe les matières septiques très aisément et très rapidement; et que pour prévenir le résultat mortel d'une telle absorption, il faut assurer le drainage. Lorsque les symptômes indiquent clairement qu'une hémorragie considérable vient de se faire ou se fait encore; que l'estomac ou l'intestin ont été ouverts, ou qu'il existe un épanchement intrapéritonéal de bile ou d'urine; la conduite la plus convenable, le devoir du chirurgien, est certainement, de pratiquer la laparotomie, d'enlever tous les caillots, de suturer l'ouverture ou les ouvertures du tube intestinal, de nettoyer avec soin la cavité et d'assurer l'issue facile au dehors de tout fluide qui pourrait être à l'avenir versé dans la cavité ventrale.

Comme l'a déclaré Mac Guire, « si l'on objecte que les moyens conseillés sont désespérés, on

peut répondre que le péril est si grand que, par le traitement actuel, presque tous les blessés succombent. Je crois, par les moyens que j'ai conseillés, que dans les blessures, par coups de feu, du péritoine, le patient échangera une mort presque certaine contre de grandes chances, au moins, de guérison. »

Pour fermer les plaies de l'estomac ou des

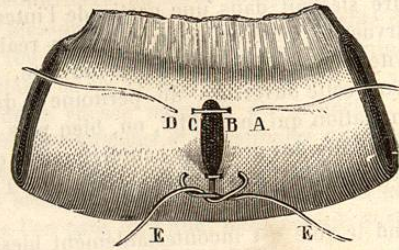


Fig. 727. — Suture de Lembert.

intestins, on peut se servir de la suture continue ordinaire (fig. 601, page 533), ou mieux de celles de Lembert (fig. 727), ou de Gély (fig. 728, 729, 730). Il est probablement peu important que les

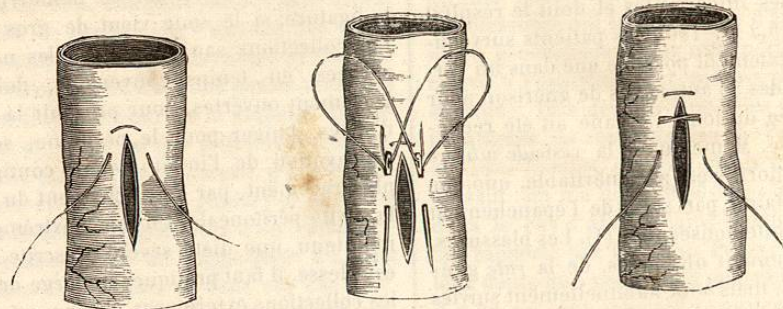


Fig. 728, 729, 730. — Premier, second et troisième temps de l'application de la suture de Gély.

lèvres des plaies soient ou ne soient pas rafraîchies, puisque l'union doit se faire entre les surfaces sereuses adossées. Des fils de soie ou de catgut peuvent être employés pour ces sutures. Ce dernier a l'avantage de disparaître d'habitude entièrement, mais il a parfois l'inconvénient de se ramollir avant que la réunion soit assez solide pour être permanente (fig. 731).

S'il y a hernie d'une *portion intacte d'épiploon ou d'intestin*, et le cas s'est vu quand les parties ne sont que congestionnées, la hernie sera réduite, en élargissant la plaie pariétale s'il est nécessaire, puis cette dernière sera fermée solidement, soit par la compression, soit par la suture, pour prévenir la protrusion qui, sans cette précaution, se ferait de nouveau très probablement. S'il y a *étranglement*, l'anse intesti-

nale sera réduite ou laissée au dehors suivant qu'elle a conservé ou non sa vitalité; l'épiploon doit être laissé en place, bien que la plus grande partie de la masse herniée puisse être avec avantage liée et réséquée. La même conduite doit également être adoptée dans les hernies de portions du foie, de la rate, du rein ou du pancréas.

S'il s'est formé un *anus artificiel*, il faut toujours tenter son occlusion. Même si l'opération échoue, elle sera généralement suivie d'un rétrécissement notable de l'orifice, et la fistule stercorale sera devenue bien moins gênante. S'il est nécessaire, les bouts de l'intestin sont excisés, puis suturés (1), ou bien le bout supé-

(1) Dans un cas rapporté par Kinloch, de Charles-

rieur est simplement invaginé dans le bout inférieur, comme dans la méthode de Jobert (fig. 731 et 732).

M. Salis (1) a publié un fait curieux de plaie pénétrante de l'intestin, guéri par des sutures intestinales. Nous le rapporterons, quoique la

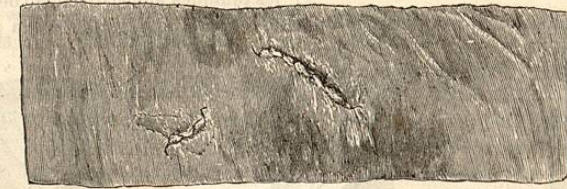


Fig. 731. — Perforations par coup de feu de l'iléon, fermées par la suture (A. M. M., spec. 4390).

blessure ait été produite par des coups de couteaux, parce qu'il est intéressant de rapprocher ce fait des indications que nous avons déjà données pour l'emploi de la suture.

Paul Ettenat, cultivateur, âgé de 26 ans, avait reçu plusieurs coups de couteau, dont trois à l'épaule droite, sans aucune gravité, et un dans l'abdomen.

Six heures et demie environ après l'événement, voici l'état du blessé, tel que je l'ai constaté :

Ettenat est couché sur le dos, sur une natte étendue à terre; les membres inférieurs sont à demi fléchis. Sa physionomie exprime l'anxiété et la prostration, suite de la douleur et d'une hémorragie assez abondante qui a eu lieu; le pouls est petit et fréquent. La constitution de ce jeune homme paraît bonne.

L'intestin grêle, sorti de sa cavité naturelle dans

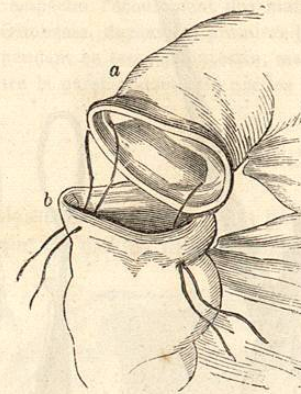


Fig. 732. — Suture intestinale par la méthode de Jobert. Les fils sont en place, et le mésentère distendu pour permettre l'invagination.

une longueur de 0^m,40 à 0^m,50, repose sur le ventre. Il est distendu, et offre une teinte rouge très prononcée, déterminée par le contact de l'air, de la chemise en grosse toile qui est, pour ainsi dire, collée dessus, et de substances qui s'en échappent par trois ouvertures. Deux de ces solutions de continuité, légèrement obliques à l'axe de l'intestin, mais plutôt transversales que longitudinales, ont de 0^m,015 à

ton, où ce procédé fut employé, un demi-pouce d'un côté de l'ouverture, deux pouces d'intestin de l'autre côté, furent réséqués. Une semaine plus tard, la continuité de l'intestin était si bien rétablie, que le malade eut une selle féculente par le rectum, bien que ce canal n'eût pas servi depuis sept ans.

Encycl. de chirurgie.

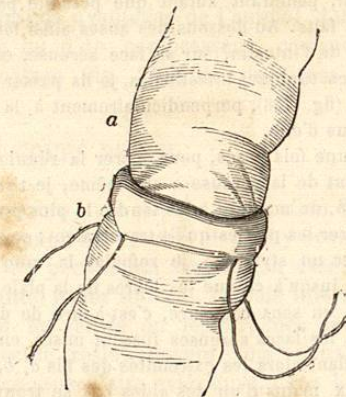


Fig. 733. — Extrémité supérieure de l'intestin invaginée dans les lèvres renversées du bout inférieur. Méthode de Jobert.

0^m,020 de longueur. Leurs bords, nettement coupés, offrent un boursoufflement formé par la muqueuse renversée. La troisième ressemble à une piqûre avec déchirure.

Je me trouvais dans le plus grand embarras devant une lésion semblable. Éloigné de la ville, au milieu de la nuit, je ne pouvais avoir l'aide d'aucun confrère. Je ne possédais sur moi que de grosses épingles à suture et du gros fil ciré. Enfin j'étais obligé de m'ac-

(1) Salis, *Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'intestin grêle au dehors, et trois plaies de cet intestin, sutures intestinales, réduction de l'intestin, guérison* (Archives de méd. navale, juillet 1867, t. VIII, p. 53).

croupir auprès du blessé, les jambes repliées sous moi, et je n'étais éclairé que par deux mauvaises petites chandelles de suif. Malgré toutes ces mauvaises conditions, je me mis en devoir de panser cet homme.

Je me procurai du fil fin ordinaire et une aiguille

appropriée au fil, et je pratiquai les sutures intestinales comme suit :

Avec un premier fil *a* (fig. 734), je circonscrivis la plaie à 2 millimètres environ de ses bords, traversant les tuniques alternativement de la face séreuse à la face muqueuse, et de celle-ci à la première, de manière à

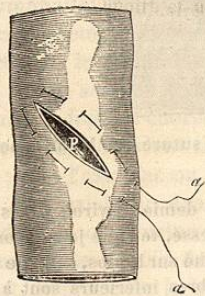


Fig. 734.

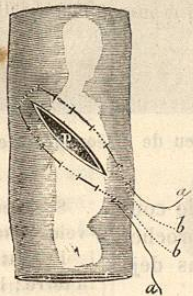


Fig. 735.

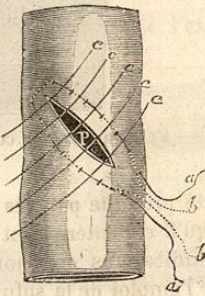


Fig. 736.

laisser plusieurs portions du fil au dehors. J'agis ensuite de même avec un second fil *b* (fig. 735), pour remplir les vides restés au dehors entre les anses du premier fil, pénétrant autant que possible par les trous déjà faits. Au-dessous des anses ainsi formées au dehors de l'intestin, sur sa face séreuse, et sans traverser les tuniques intestinales, je fis passer d'autres fils *c* (fig. 736), perpendiculairement à la plaie et au-dessus d'elle.

Les fils une fois posés, pour opérer la réunion par l'adossement de la séreuse à elle-même, je tirai sur les fils *a*, *b*, de manière à les tendre le plus possible sans déchirer les parties qu'ils traversaient; en même temps, avec un stylet fin, je refoulai la muqueuse en dedans, jusqu'à ce que les lèvres de la plaie étant renversées en sens contraire, c'est-à-dire de dehors en dedans, les faces séreuses fussent mises en contact. Confiant alors les extrémités des fils *a*, *b*, ainsi tendus, aux mains d'un des aides qui se trouvaient là, je nouai dessus les fils *c*, afin de rendre et maintenir le contact plus parfait. Puis je réunis en faisceaux les extrémités libres de ces fils pour les laisser au dehors de la plaie abdominale, et les en retirer en temps et lieu. Après avoir noué aussi les extrémités des fils *a*, *b*, je les joignis aux faisceaux précédents. J'avais l'espoir ou plutôt l'idée que les fils *a*, *b* couperaient peu à peu les tuniques intestinales de dedans en dehors, et que, la section terminée, ils tomberaient. Comme on le verra plus loin, c'est ce qui eut lieu.

Les sutures intestinales faites, je nettoyai l'intestin avec de l'eau tiède, et je le réduisis en agissant avec beaucoup de précaution et de lenteur, car la plaie de sortie n'était pas grande.

Je pus reconnaître alors une plaie à bords nettement coupés, s'étendant dans une longueur de 0^m,20 environ, obliquement de bas en haut de dedans en dehors de la ligne blanche, immédiatement au-dessous de l'ombilic, vers la région splénique. Dans les

deux tiers supérieurs de son trajet, elle n'intéresse que l'épiderme et le derme; mais, dans son tiers in-

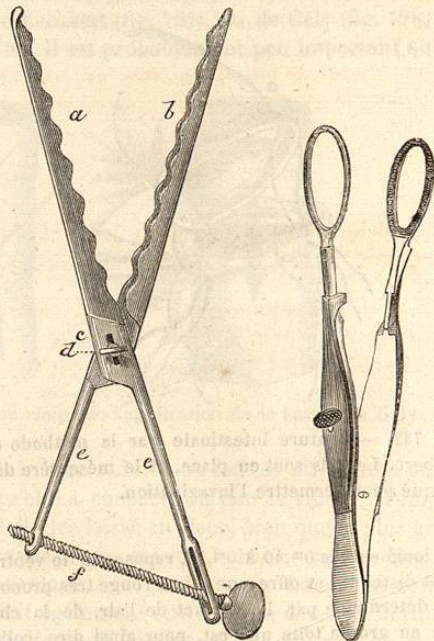


Fig. 737. — Entérotome de Dupuytren ouvert (*). Fig. 738. — Entérotome de Gross.

(* *a*, branche mâle; *b*, branche femelle en regard de l'autre; *c*, croisement et articulation de ces branches; *d*, la clef placée en travers; *ee*, manches des branches; *f*, vis disposée pour rapprocher les manches et par suite les lames à la faveur de leur entrecroisement.

férier, l'instrument vulnérant, agissant plus profondément, a divisé la ligne blanche et le péritoine, et a

fait ainsi une ouverture qui permet l'introduction du pouce. On y sent, de chaque côté, le bord des muscles droits tendus comme des cordes et nullement lésés.

Dans son trajet dans la cavité péritonéale, l'instrument a rencontré les anses intestinales et a produit les lésions citées plus haut. Une hémorrhagie assez abondante a eu lieu.

Les fils de sutures intestinales placés à la partie la plus déclive de la plaie abdominale, celle-ci fut réunie par trois points de suture entortillée. Un mouchoir, plié en plusieurs doubles, fut placé sur la plaie, et un bandage circulaire un peu serré l'y maintint.

Je fis transporter cet homme en ville pour être admis à l'hôpital. Il était dans un état de prostration extrême, le pouls filiforme, et j'étais convaincu qu'il n'arriverait pas vivant.

Ettenat, arrivé à l'hospice, respirait encore.

A partir de ce moment, deux fois par jour, j'ai pansé moi-même ce blessé, et au bout de deux mois il sortait guéri.

Si nous nous demandons quels sont les phénomènes qui se sont produits pour amener la guérison de cette grave lésion, nous dirons :

Que l'occlusion des plaies intestinales par les sutures a empêché l'écoulement des matières dans la cavité péritonéale, durant les premiers jours;

Que, pendant ce temps, l'intestin, maintenu appliqué contre la paroi abdominale par les fils des sutu-

res attirés au dehors, a pu contracter avec elle des adhérences tout autour de la plaie abdominale;

Que les fils traversant les tuniques intestinales les ont coupées de dedans en dehors, mais que l'ouverture faite par ces fils ne s'est pas fermée aussi vite qu'elle s'est produite, ce qui a favorisé la sortie d'un liquide bilieux au dehors; l'adhérence de l'intestin avec la paroi abdominale ne lui a pas permis de s'épancher dans la cavité péritonéale, d'où absence presque complète de péritonite;

Enfin, le contact des bourgeons charnus de la plaie extérieure a obturé la plaie intestinale produite par les fils; le liquide bilieux trouvant un léger obstacle, et obéissant probablement aussi aux lois de la pesanteur favorisées par le décubitus dorsal, a dû suivre son cours normal. La cicatrisation de la plaie a entraîné celle de l'intestin, et la lésion a guéri sans fistule.

Si un éperon, ou une saillie en éperon existe, ce qui se rencontre bien moins souvent que lorsque l'anus artificiel est dû à des causes autres que les coups de feu, il faut, en général, le détruire. Dans ces conditions, on retire souvent de grands avantages de l'emploi d'un entérotome ou d'un compresseur, comme ceux de Dupuytren (fig. 737), ou de Gross (fig. 738).

BLESSURES DU BASSIN PAR COUPS DE FEU.

Les blessures de cette région peuvent n'intéresser que les parties molles extérieures; s'ac-

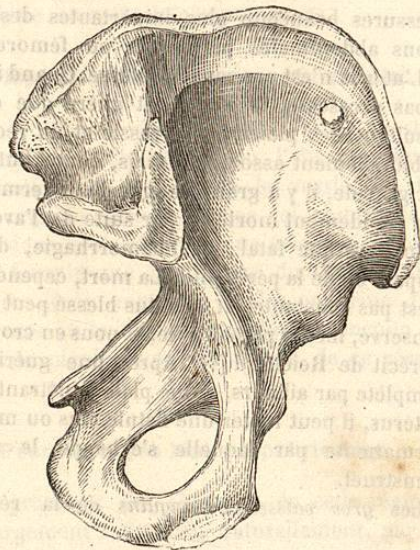


Fig. 739. — Perforation de l'ilium par coup de feu (A. M. M., spec. 2217).

compagner de lésions de l'os iliaque (fig. 739) ou

du sacrum, avec ou sans pénétration de la cavité pelvienne; ou encore, il peut y avoir pénétration ou perforation sans lésion osseuse concomitante. Assez souvent, la plaie intéresse également le ventre ou les organes génitaux. Le projectile reste souvent logé dans l'épaisse masse musculaire extérieure, dans les os, dans la cavité pelvienne, ou même dans la vessie ou le rectum. Comme résultat d'un éclat d'obus, on observe des destructions étendues des parties molles, parfois suivies de guérison; et fréquemment un fracas considérable de l'os iliaque, même par les balles de fusil.

BLESSURES DE LA VESSIE.

Les lésions de la vessie (fig. 740) sont habituellement suivies d'un épanchement d'urine, en dedans ou en dehors du péritoine suivant le siège de l'ouverture vésicale. Une balle, une esquille, peuvent, cependant, par ulcération ou absorption, finir par se frayer une entrée dans la cavité vésicale, sans qu'il y ait eu issue de l'urine.

La contusion de l'hypogastre peut causer une paralysie temporaire de la vessie, et même une incontinence permanente, comme dans le cas