

l'abdomen, mais peuvent se montrer en l'absence de la pénétration : la *pâleur du visage*, le *refroidissement des extrémités* indiquent l'existence d'une hémorragie ; une *teinte icterique* survenant peu de temps après l'accident annonce une lésion du foie ; des *vomissements de matières alimentaires* sont l'indice d'une blessure de l'estomac ; le *hoquet*, le *ballonnement du ventre* sont le cortège de la péritonite.

Les signes *sensibles* ont une grande valeur. Lorsque la blessure est faite par un instrument *tranchant*, que l'un des viscères abdominaux fait issue à travers la plaie, que des liquides contenus dans ces organes, matières alimentaires ou fécales, bile, urine, s'échappent par la blessure, le diagnostic est facile. Or ces mêmes symptômes font le plus souvent défaut dans les plaies étroites et obliques. Il est une circonstance qui peut en imposer : c'est l'issue à travers la blessure de quelques *vésicules graisseuses* des parois de l'abdomen que l'on prend pour une portion d'épiploon. Dans tous les cas douteux, on se gardera de faire des manœuvres d'exploration qui auraient pour effet d'augmenter la vulnération et ne donneraient le plus souvent aucun éclaircissement au chirurgien. Ce n'est pas la pénétration de la blessure qui constitue le danger de celle-ci, c'est la lésion des viscères abdominaux qui est le véritable péril.

#### 1° BLESSURES PÉNÉTRANTES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS.

Ces blessures sont *simples* ou *compliquées* ; *simples* quand elles ne sont accompagnées d'aucune lésion des organes importants de la cavité abdominale ; *compliquées* lorsqu'une de ces circonstances se rencontre en même temps que la lésion du péritoine.

Les blessures *simples* sont généralement peu graves ; on en a la preuve dans l'innocuité de l'opération de la *paracentèse* abdominale. Le traitement doit avoir pour effet de prévenir la péritonite, en prescrivant le repos absolu, une diète modérée ; en recouvrant la plaie d'un emplâtre agglutinatif. Les *complications* immédiates ou éloignées réclament des indications spéciales qui seront exposées plus loin (voy. *Blessures de l'estomac, des intestins*, etc.). Si un corps étranger tel qu'une pointe d'épée avait pénétré dans l'abdomen et que l'extrémité fût saillante entre les lèvres de la plaie extérieure, l'extraction serait facile. Si le corps étranger n'était pas saillant, mais qu'il pût être atteint facilement, on l'enlèverait encore. Si ce même corps étranger était perdu dans l'abdomen, on ne ferait aucune tentative pour le chercher, l'expérience ayant démontré que, dans ce cas, si le blessé ne succombe pas promptement à la péritonite, le corps étranger peut être expulsé plus tard par l'anus.

#### 2° BLESSURES PÉNÉTRANTES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS.

Ces blessures sont *simples* ou *compliquées*. On appelle *simples* celles qui ne sont accompagnées ni de lésion viscérale, ni d'issue au dehors d'aucun des organes de l'abdomen.

A. **PLAIES SIMPLES.** On affronte les lèvres de la solution de continuité, en donnant au blessé une situation convenable ; en faisant usage de bandelettes agglutinatives ; en usant d'un bandage approprié, en disposant par exemple sur les côtés de la plaie des compresses graduées qu'on maintient avec un bandage de corps. Ce n'est que dans les plaies d'une certaine longueur qu'on se servira de la suture enchevillée (voy. t. I, p. 27). Cette opération est désignée sous le nom de *GASTRORAPHIE*. Une condition importante pour le succès est de comprendre dans le trajet des fils non-seulement la peau, mais encore les plans musculo-aponévrotiques subjacents.

Dans le but de prévenir la production d'une *hernie ventrale*, par suite de l'affaiblissement de la paroi abdominale au niveau de la portion correspondante à la plaie, il est prudent de conseiller l'usage d'un bandage compressif. Toutefois il ne faut pas s'exagérer la fréquence de cet accident éloigné des plaies par instruments tranchants de l'abdomen. Petit le fils rapporte, dans son mémoire sur les épanchements dans le bas-ventre, l'observation d'un sujet atteint d'une plaie de l'hypocondre droit ; on pratiqua, plusieurs jours après, une incision à l'abdomen pour donner issue à un épanchement sanguin. Le blessé guérit. Deux ans après l'opération, il n'existait, à l'endroit de l'incision, aucune disposition à la hernie.

B. **PLAIES COMPLIQUÉES.** Il ne sera pas question ici des blessures des viscères, ce genre de complications étant commun aux plaies par instruments piquants, tranchants et contondants, et devant faire l'objet d'autant d'articles spéciaux (voy. *Blessures de l'estomac, des intestins, du foie*, etc). Ce sont les complications propres aux blessures par instruments tranchants qui doivent seules nous arrêter pour le moment, c'est-à-dire la sortie et l'étranglement par les lèvres de la plaie des viscères de l'abdomen.

**Issue d'une anse intestinale.** Nous supposons l'intestin hernié sain. Dans ces conditions, il peut se présenter deux circonstances : ou bien l'anse intestinale sortie de l'abdomen n'est pas étranglée par les lèvres de la plaie, ce qui motive la réduction, et celle-ci est alors facile. Il suffit de placer le blessé dans une situation telle que la paroi abdominale soit relâchée, et de repousser l'organe dans la cavité abdominale par une pression douce et continue que les doigts exécutent ; on maintient la réduction par un bandage compressif convenable.

Dans d'autres cas, la réduction comporte des difficultés parce que l'intestin sorti est fortement distendu par des gaz, et que l'ouverture abdominale est devenue relativement trop petite pour laisser rentrer l'organe. On peut essayer de refouler les gaz dans la portion intra-abdominale de l'intestin, en exerçant sur l'anse herniée une compression douce et continue. Si cette manœuvre échoue, on attire une nouvelle portion d'intestin au dehors, afin de disséminer les gaz contenus dans la portion herniée sur une plus large étendue. Si cet expédient ne réussit pas, il faut débrider la plaie abdominale. Cette dernière pratique est préférable à celle qui consiste à ponctionner l'intestin soit avec une aiguille à acupuncture, soit avec un mince trocart, parce qu'en agissant de la sorte, on est obligé, pour prévenir le passage de l'air et des matières intestinales dans le péritoine, de

passer à travers le mésentère, à l'endroit correspondant à la piqûre, une anse de fil qui retient près de la plaie extérieure l'intestin ponctionné.

Si l'intestin sorti est étranglé par les lèvres de la plaie abdominale, il faut débrider. Cette opération s'exécute, en introduisant une sonde cannelée entre l'intestin et l'un des angles de la plaie, de préférence l'angle supérieur, en ayant soin que le bec de la sonde rase la face postérieure de la paroi abdominale antérieure. Un bistouri droit boutonné est introduit dans la cannelure de la sonde jusqu'à une certaine longueur, en ayant soin de faire écarter l'intestin du trajet suivi par l'instrument tranchant. Celui-ci est ensuite relevé par le manche de façon que la lame coupe les parties tendues sur la sonde. Lorsque l'étranglement est tellement prononcé, que ni la sonde cannelée, ni un bistouri herniaire ne peuvent être insinués entre l'intestin et les lèvres de la plaie, il faut exécuter le débridement de dehors en dedans, en coupant couche par couche les parties molles jusqu'au péritoine qu'on peut se dispenser quelquefois d'intéresser.

Lorsqu'au lieu d'une anse intestinale, c'est une petite portion de la circonférence de l'intestin qui est pincée et étranglée par les lèvres de la plaie, le débridement est de règle.

Si la portion d'intestin sortie est *gangrenée*, la réduction est formellement contre-indiquée, et il faut établir un *anus contre nature*.

**Issue de l'épiploon.** Diverses circonstances motivent des indications spéciales :

(a) *L'épiploon sorti de l'abdomen est sain et non étranglé.* La réduction nous semble ici la règle, bien que quelques chirurgiens contemporains aient proposé d'abandonner la blessure à sa marche naturelle, c'est-à-dire de laisser le bouchon épiploïque extérieur se ratatiner et se rétracter, en se contentant d'un pansement simple.

(b) *L'épiploon sorti de l'abdomen est sain, mais étranglé par les lèvres de la plaie abdominale.* Si l'étranglement occasionne des accidents, il ne peut y avoir de doute sur le parti à prendre : il faut débrider, ce qui ramène le cas aux conditions suivantes : Supposons que l'épiploon soit étranglé, ou pour mieux dire *serré* par la plaie de la paroi abdominale, sans que cette striction détermine d'accidents. Deux pratiques sont préconisées dans ce cas : les uns veulent qu'on débride la plaie et qu'on réduise l'épiploon. Les adversaires objectent qu'en agissant de la sorte, c'est-à-dire en augmentant l'étendue de la brèche abdominale, le sujet est plus exposé aux hernies consécutives. A quoi les premiers répondent, à leur tour, qu'en laissant l'épiploon au dehors, celui-ci contracte des adhérences avec les lèvres de la plaie, ce qui expose le sujet à des tiraillements de l'estomac. Il faut encore ajouter que si l'épiploon resté au dehors s'atrophie parfois consécutivement, dans d'autres cas la tumeur reste stationnaire, et l'on est contraint d'en pratiquer l'excision ultérieurement.

La réduction de l'épiploon après le débridement de la plaie abdominale nous semble devoir être posée en règle générale.

(c) *L'épiploon sorti de l'abdomen est gangrené.* Ici la réduction est formellement contre-indiquée. Mais les avis sont partagés relativement à la con-

duite à tenir pour la portion restée au dehors. Les uns veulent qu'on retranche la portion mortifiée et qu'on réduise la partie saine après avoir promené sur celle-ci un pinceau imbibé d'une liqueur astringente. Cet expédient ne suffit pas toujours pour prévenir une hémorragie et un épanchement sanguin intra-abdominal. Ajoutez que la réduction d'une portion cruenta d'épiploon détermine parfois des accidents de péritonite. D'autres ont proposé, comme moyen hémostatique, la ligature de l'épiploon en masse sur les limites de la portion saine, après quoi on retranche la partie mortifiée. L'inconvénient de cette manière d'agir est de provoquer une inflammation grave; tels sont du moins les résultats qui découlent des faits observés par Pouteau, et des expériences faites sur des chiens par Louis et Pipelet.

Le mieux est de s'en tenir aux préceptes de Boyer : retrancher l'épiploon mortifié, sans dépasser les limites de la gangrène, afin de prévenir toute hémorragie; abandonner le reste à la réduction ou à l'atrophie spontanées, afin de ne pas exposer le blessé à une inflammation consécutive.

**Issue d'une anse intestinale et d'une portion d'épiploon.** Les indications à remplir ressortent suffisamment de ce qui vient d'être dit.

### 3<sup>o</sup> BLESSURES PÉNÉTRANTES PAR INSTRUMENTS CONTONDANTS ET PAR ARMES À FEU.

Il est rare que des instruments contondants ou des projectiles lancés par la poudre à canon pénètrent dans la cavité abdominale, sans léser quelques uns des viscères renfermés dans cette cavité. Toutefois il existe des exemples de balles qui ont traversé l'abdomen de part en part, sans produire de lésion d'aucun organe important. Dans d'autres cas, la balle pénètre dans le ventre et y demeure sans léser aucun viscère; il faut alors s'abstenir de toutes espèces de recherches et de tentatives d'extraction, à moins que le projectile ne soit tombé dans la vessie (Boyer). Certains blessés ont conservé une balle dans l'abdomen toute la vie, sans éprouver d'accidents : le projectile s'était enkysté. Chez d'autres, la balle s'est frayé, après un certain temps, une issue par les intestins et a été rendue par l'anus. Parfois le projectile descend et s'arrête dans les fosses iliaques; ou bien arrive dans le bassin jusqu'au périnée, où il est possible d'en faire l'extraction.

Lorsque l'abdomen est atteint par une balle, celle-ci peut cheminer entre la face postérieure de la paroi abdominale et les viscères sans les ouvrir, en parcourant un certain trajet et en présentant une ouverture d'entrée et de sortie. Mais il est extrêmement rare que les viscères que la balle a côtoyés ne soient pas gravement *contus*, et qu'il n'en résulte pas des accidents de péritonite. Quand un projectile plus volumineux, un éclat d'obus par exemple, frappe *obliquement* la paroi abdominale, les désordres sont bien plus étendus; les intestins s'échappent en masse par la blessure et la mort survient rapidement.

Il ne faut donc pas s'illusionner sur la gravité des blessures pénétrantes par armes à feu, alors même qu'on n'a aucune raison de soupçonner