

des capsules surrénales; ce sont des lésions exceptionnelles impossibles à reconnaître. Les plaies du rein, de la vessie et de l'utérus seront étudiées ailleurs.

En résumé, dans l'état général d'un individu atteint de plaie pénétrante grave de l'abdomen, il y a deux choses qui dominent: ce sont au début, les symptômes d'une hémorrhagie interne grave, lorsqu'il y a eu lésion d'une artère ou d'une veine importante, plaie d'un viscère riche en vaisseaux sanguins; un peu plus tard, les signes bruyants de la péritonite traumatique.

En dehors de là, on peut bien observer quelques signes indiquant telle ou telle lésion viscérale, mais souvent le diagnostic est laissé dans le doute; il est de même à peu près impossible de savoir si la plaie a porté sur tel ou tel segment de l'intestin. Sans vouloir étendre par trop la signification des statistiques, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que ce diagnostic précis n'avait pas été porté dans 2599 cas sur 3717 plaies pénétrantes de l'abdomen observées dans la guerre de Sécession; de pareils chiffres ont bien leur éloquence. Il est néanmoins du devoir du chirurgien de s'appliquer à bien connaître ces plaies pour être à même de les traiter avec plus d'audace éclairée, et peut-être un jour avec plus de succès.

**Pronostic.** — Les plaies non pénétrantes ne sauraient en aucune façon être renfermées dans une statistique générale des plaies de l'abdomen; envisagées dans leur pronostic, elles ne sont pas très graves, et cependant il y a encore eu 8 morts sur 100, chiffre en grande partie imputable à des lésions viscérales profondes produites par contusion.

La mortalité des plaies pénétrantes est au moins 10 fois plus considérable. 3717 plaies pénétrantes de l'abdomen ont donné 5031 morts, 444 guérisons seulement et 242 résultats inconnus, soit une mortalité de 87,2; le total des statistiques antérieures relevé par Otis donne une mortalité un peu moindre, 75,1 pour 100; le premier chiffre nous paraît plus en rapport avec la puissance de pénétration des armes modernes. On n'oubliera pas non plus que cette statistique ne porte que sur les blessés amenés à l'ambulance, et que le dixième des morts restés sur le champ de bataille est, au dire d'Otis, atteint de plaies de l'abdomen.

Une hémorrhagie interne un peu abondante, la présence d'un corps étranger, l'issue de l'épiploon ou de l'intestin souillé de sang et de boue, constituent des complications toujours sérieuses des plaies pénétrantes simples.

Dans le cas de plaie pénétrante du tube digestif, les conditions les plus favorables se rattachent aux données suivantes: état de vacuité du tube digestif, plaies étroites, petites piqûres ou incisions, plaies par balles de revolver. Ces dernières (il s'agit, bien entendu, de revolver de petit calibre) seraient pour quelques observateurs plus particulièrement susceptibles de guérir sans complications. Il est difficile dans l'état actuel de la science d'établir la proportion des guérisons obtenues. Mais on ne peut négliger cette donnée que Noguès a pu relever jusqu'à 50 faits de guérison de plaies pénétrantes bien constatées.

La gravité plus grande des blessures de l'intestin grêle est connue depuis longtemps; la multiplicité de ses lésions, sa mobilité, la nature de son contenu qui est plus fluide, nous l'expliquent suffisamment; sur 56 cas guéris, 5 seulement appartiennent à des plaies de l'intestin grêle, Otis: dans tous les autres, il s'agissait de plaies du gros intestin. Quoi qu'on en ait dit, les plaies du côlon descendant ne sont pas plus dangereuses que celles du côlon ascendant.

La mortalité des plaies de l'estomac, en ne tenant compte que des faits observés avec soin et ne laissant pas de doute, serait voisine de 89 pour 100. Otis la croit encore plus considérable.

Relativement aux plaies du foie, il est fort difficile de se prononcer. La statistique d'Otis donne une mortalité de 63,5 pour 100 pour 173 cas; celle de Mayer, portant sur 177 faits, donne un résultat très différent: plaies par armes à feu, 43 pour 100; par instruments tranchants, 26 pour 100.

La différence est moins accusée pour les plaies de la rate; 29 faits ont donné à Otis une mortalité de 95 pour 100 et 116 observations de Mayer (traumatismes de toute espèce) donnent une mortalité allant de 60 pour 100 (coups de feu) à 87 pour 100 (ruptures).

Les lésions des vaisseaux ont fourni le chiffre de 47 morts sur 54. La plaie pénétrante de l'abdomen est donc extrêmement grave ainsi que nous le disions au début, et ce n'est pas trop de toute l'attention du chirurgien pour aider et diriger la nature dans les efforts qu'elle tente pour la guérison de semblables lésions.

**Traitement.** — Appelé à traiter une plaie de l'abdomen, le chirurgien aura peu de choses à faire, s'il s'agit d'une plaie non pénétrante: arrêter l'hémorrhagie par la forcipressure ou la ligature; extraire le corps étranger, si on a pu le trouver facilement; calmer la douleur par l'administration du chloral ou de l'opium, ou mieux



encore l'injection sous-cutanée d'une solution de morphine; enfin appliquer un pansement approprié, tels sont les seuls soins que réclame une plaie non pénétrante superficielle.

Si la plaie est plus profonde, si elle a divisé les muscles et les téguments, en cas de division nette il faut appliquer quelques points de suture et de recommander l'immobilité; le tronc sera légèrement fléchi sur le bassin pour relâcher les muscles. Au moindre soupçon de lésion viscérale, le chirurgien prescrira les préparations opiacées à haute dose et se tiendra prêt à combattre, dès les premières menaces, la péritonite traumatique. Enfin, à distance, l'affaiblissement de la paroi abdominale peut être prévue, et le blessé évitera, en portant après sa guérison une ceinture abdominale, l'éventualité d'une hernie ventrale.

La plaie est-elle pénétrante, la principale, sinon l'unique préoccupation du chirurgien, c'est la péritonite traumatique: il devra la prévenir avant qu'elle existe, la combattre énergiquement dès qu'elle se sera montrée. L'opium à la dose de 10, 15 et même 20 centigrammes, les injections sous-cutanées d'une solution de morphine, sont les meilleurs moyens à employer pour immobiliser les viscères et favoriser le développement des adhérences; un repos et une diète absolus seront les compléments indispensables de ce traitement préventif; de la glace sera appliquée en permanence sur le ventre dans des vessies de caoutchouc; on pourra également en faire prendre quelques petits morceaux au blessé pour combattre la soif; un grand vésicatoire sur la paroi abdominale, le badigeonnage au collodion, en un mot toutes les ressources possibles devront être mises en œuvre pour combattre la complication redoutée.

Lorsqu'une hémorrhagie grave se produit par un vaisseau accessible, on s'en rendra maître directement par la ligature; pour les autres on recourra aux hémostatiques à l'intérieur: de Léchelle, perchlorure de fer, acide sulfurique en limonade ou en potion, injections d'ergotinine.

Nous avons indiqué déjà les différentes opinions chirurgicales à l'égard des corps étrangers: lorsqu'on a pu les sentir, il est sans doute fort avantageux d'en tenter l'extraction; lorsqu'on est dans le doute, il vaut mieux s'abstenir, en se tenant prêt d'ailleurs à intervenir à la moindre indication: développement d'abcès profonds, commencement d'élimination du corps étranger.

Mais des questions plus difficiles peuvent se poser au chirurgien; du nombre de celles-ci est la *conduite à tenir vis-à-vis de l'issue de l'épiploon et des viscères abdominaux*. — Bien des discussions ont eu lieu sur ce sujet à l'Académie royale de chirurgie. La plupart des anciens auteurs croyaient que l'épiploon laissé en dehors était fatalement voué à l'inflammation et à la gangrène, et voulaient qu'on le réduisit immédiatement. Un peu plus tard, les avantages de cette épiplocèle n'ont plus fait doute pour personne (travaux de D. Larrey, de H. Larrey et de Robert): au début ce bouchon fermait la blessure et mettait le malade à l'abri de la péritonite; il renforçait ensuite la cicatrice. On en avait déduit l'important précepte de la non-intervention chirurgicale. Il semble évident aujourd'hui qu'un épiploon sain, peu volumineux, non étranglé, doit être réduit si l'on peut le faire dans des conditions d'asepsie parfaite. Si l'épiplocèle est très volumineuse, on en excise une partie au-dessous de la ligature, puis on réduit. Si l'épiploon est souillé de telle façon que l'antisepsie ne puisse être faite, il vaut mieux s'en tenir à la méthode ancienne et même le fixer à la paroi.

L'épiplocèle est-elle ancienne, très volumineuse, enflammée, on se trouvera bien des applications caustiques pour diminuer le volume de la tumeur.

L'issue de l'intestin s'accompagnant le plus ordinairement d'accidents de péritonite grave et d'étranglement, la règle est de le réduire toutes les fois qu'il est sain; c'est ce qu'on fera après l'avoir soigneusement lavé avec des solutions phéniquées, protégé avec des linges chauds et antiseptiques. Cette réduction pourra nécessiter le débridement de la plaie.

Si l'intestin hernié est lésé, il faut fermer la plaie par la suture intestinale; quelquefois il est nécessaire de pratiquer la résection d'une portion plus ou moins étendue de l'intestin, avec réunion des deux bouts par la suture. On réduit ensuite; mais il est bon le plus souvent de laisser dans le voisinage de la plaie l'anse saturée pour pouvoir la surveiller facilement.

Parmi les procédés multiples, décrits pour l'exécution de la suture intestinale, deux seulement nous paraissent mériter d'être retenus, la suture de Lambert et la suture de Gely, toutes deux basées sur la seule méthode rationnelle, l'adossement des séreuses de Jobert de Lamballe.



Nous renvoyons pour la description de ces opérations aux traités de médecine opératoire.

En présence d'une lésion contuse, mâchée, de l'intestin, mais peu étendue, bien des chirurgiens reculent devant la suture simple, qui offre peu de chances de succès, et devant la résection de l'intestin, toujours grave. On se contentera dans ce cas d'amener les lèvres de l'ouverture intestinale au contact de la plaie cutanée pour créer un anus artificiel que l'on traitera ultérieurement.

Depuis quelques années les chirurgiens sont allés plus loin dans le traitement des plaies des viscères abdominaux et en particulier des plaies de l'intestin. Le jour n'est peut-être pas éloigné où toute plaie pénétrante sera justiciable de la laparotomie. Les résultats obtenus jusqu'à présent ne permettent pas de poser cette règle d'une façon absolue. Dans l'incertitude où l'on est presque toujours sur la nature des lésions cachées, l'abstention reste encore défendable. Mais lorsque des lésions intestinales sont certaines, l'ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane devient légitime et nécessaire. Les lésions intestinales seront recherchées et traitées par les procédés qui conviennent. Le péritoine sera nettoyé avec soin. La péritonite commencée ne peut qu'être influencée en bien par ce mode de traitement.

En cas de plaie de la vésicule biliaire, l'agrandissement de la plaie, la suture de la vésicule ou même la cholécystectomie nous paraîtraient encore plus logiques, si c'est possible, tandis que, dans les plaies du foie, l'extirpation du corps étranger, la surveillance des abcès qui pourraient se produire, constituent les seules règles du traitement chirurgical.

Si l'on pouvait avoir dans les statistiques une confiance absolue, l'extirpation de la rate devrait toujours être tentée dans le cas de grave lésion de cet organe, puisque dans une intéressante revue publiée par Gilson dans la *Revue de chirurgie* (avril 1885), on trouve 18 succès pour 18 splénotomies pratiquées dans le cas de traumatismes de la rate. L'opération n'a pas toujours été immédiate, ni prévue; mais, tout en n'admettant qu'avec réserve de pareils succès, nous ne croyons pas moins qu'ils doivent être présents à la mémoire du chirurgien, et constituer pour lui un puissant encouragement dans la voie de l'intervention active.

## DEUXIÈME PARTIE

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES PAROIS DE L'ABDOMEN

#### CHAPITRE PREMIER

##### PHLEGMONS ET ABCÈS DES PAROIS ABDOMINALES.

Les parois de l'abdomen sont le siège d'inflammations *primitivement* développées dans le tissu conjonctif et graisseux qu'elles renferment.

Ces inflammations seules doivent être étudiées ici; seules elles méritent le nom de *phlegmons des parois abdominales*; nous aurons à étudier séparément les *phlegmons de la paroi antéro-latérale* et les *phlegmons de la paroi postérieure*.

On ne doit pas ranger dans les phlegmons antéro-latéraux ceux qui sont en rapport de continuité avec les phlegmasies profondes du médiastin, de la fosse iliaque, ni même les abcès du foie et de la rate ouverts à l'extérieur; ce sont des phlegmons intra-abdominaux devenus *apparents* sur lesquels nous aurons soin d'insister à propos du diagnostic.

Il en est de même à la paroi postérieure pour les abcès périnéphrétiques, auxquels d'ailleurs leurs relations intimes et fréquentes avec des altérations rénales suffisent pour donner des caractères spéciaux; ils seront étudiés à propos des affections du rein.

Enfin, avec Chassaignac, nous avons cru plus logique et plus clinique de décrire, avec les suppurations pelviennes, le psôte et le phlegmon iliaque.

##### I. PHLEGMONS DE LA PAROI ANTÉRO-LATÉRALE.

**Division.** — Ces inflammations peuvent être subdivisées en trois variétés principales, d'après le siège qu'elles occupent dans l'épaisseur de la paroi.

1° *Phlegmons superficiels*;