

ne vaut, pour cela, l'examen visuel à travers une large ouverture. Quand on arrive à des lésions de la face convexe du foie, on peut même pratiquer une résection de la neuvième côte, comme l'a fait Zoledziowski, ou des cartilages costaux, comme l'a fait Terrier (1).

Ce qui peut paraître paradoxal, c'est que plus l'opération est précocée, plus l'incision doit être longue. Quand les premiers signes d'infection péritonéale ont paru, l'anse intestinale blessée est déjà modifiée; elle est enflammée, épaissie, comme rigide avec des exsudats qui l'unissent à la paroi, ou aux anses voisines; il n'est pas rare, en pareil cas, d'arriver facilement, par une incision relativement petite, 15 centimètres par exemple, sur l'anse malade; mais pour la majorité des faits, comme on interviendra en suivant les préceptes donnés plus haut, à une heure très rapprochée de l'accident, c'est toujours à la vaste incision, étendue du pubis à l'appendice xiphoïde, qu'il faudra avoir recours; car, à ce moment, la réaction péritonéale, autour de l'anse blessée, ne s'est pas encore produite, et rien n'appelle l'attention de son côté. Il faut pouvoir explorer *de visu* et l'on n'est guidé que par l'épanchement sanguin ou l'écoulement de matières intestinales.

Si, du premier coup, pour ainsi dire, on n'arrive pas sur la lésion, alors que l'épanchement stercoral ou sanguin permet d'affirmer une lésion, il est de règle d'éviscérer toute la masse intestinale dans des compresses chaudes stérilisées, ou mieux dans une serviette, « une nappe » stérilisée, suivant l'expression de Charles Nélaton; on dévide alors rapidement tout l'intestin, du cæcum au duodénum, en faisant rentrer les anses au fur et à mesure qu'elles ont été examinées. Dès qu'une perforation est rencontrée, on la repère avec une pince de Kocher qui en affronte momentanément les bords, et l'on n'y revient que lorsque toute la masse est réintégrée.

Quel traitement appliquera-t-on à l'anse malade? Deux cas peuvent se présenter pour le tube digestif:

1° Si la rupture ou les perforations paraissent assez peu étendues pour que la suture ne rétrécisse pas notablement le calibre de l'intestin, on se bornera à adosser, au-devant de l'orifice, les deux surfaces péritonéales voisines; on prendra soin, si l'on a fait d'abord un surjet à la soie fine, de le renforcer par des points séparés, à la Lembert, en passant les fils à un demi-centimètre au delà du surjet; un point capital est de faire cette suture en passant les fils longitudinalement dans le sens du canal intestinal. Il est facile de comprendre que si la suture était faite perpendiculairement à l'axe de l'intestin, il en résulterait un rétrécissement considérable du calibre, qu'il faut absolument éviter.

Pour les régions où la rupture paraîtra incomplète, c'est-à-dire où

(1) TERRIER, *Revue de chir.*, 1896, p. 751.

le péritoine seul a cédé, on agira exactement de même, en faisant les sutures, comme si la perforation était constituée.

Il peut arriver que la rupture comprenne tout le pourtour de l'intestin dont les deux bouts se trouvent séparés l'un de l'autre; rien n'est plus aisé alors que de régulariser avec des ciseaux les bords déchiquetés, d'ébarber les lambeaux de muqueuse exubérants et de faire, en rapprochant les deux bouts, une entérorraphie circulaire; c'est ce que j'ai mis en pratique sur un des malades dont j'ai présenté l'observation au Congrès de chirurgie de 1896.

2° Si les lésions sont trop étendues, si les parois sont contusionnées, écrasées, vouées à un sphacèle prochain, il n'est plus possible d'agir de même; je rappellerai cependant, et je renvoie à ce sujet à la thèse de mon élève Gröll (1), que je suis arrivé à traiter par la suture, sans excision, des sphacèles étendus de l'intestin. J'invagine, en pareil cas, sous un double plan de sutures, toutes les parties destinées à se mortifier qui s'éliminent ensuite par les voies naturelles; c'est le procédé du « tout à l'égout ».

Si la lésion est trop étendue, c'est-à-dire porte sur une anse de 8 ou 10 centimètres et plus, ou bien encore, comme cela est plus fréquent, si plusieurs perforations sont très rapprochées les unes des autres, on peut hésiter entre deux partis à prendre :

1° La résection suivie d'entérorraphie;

2° L'établissement d'un anus contre nature.

La résection et l'entérorraphie sont évidemment le traitement idéal, mais il faut, pour l'entreprendre, être outillé, être éclairé, être aidé dans d'excellentes conditions; il faut surtout que le blessé ne soit pas dans un état général trop mauvais, qu'il soit jeune et résistant; enfin que les recherches préliminaires n'aient pas duré trop longtemps.

Les indications de l'anus contre nature ne sont faites, en somme, que des contre-indications de l'entérorraphie; mais je pense qu'actuellement, avec l'habitude qu'on a des opérations sur l'intestin, des anastomoses, etc., les indications de l'anus contre nature sont des plus restreintes et, le plus souvent, il sera tout aussi expéditif de faire une bonne suture.

Les plaies du mésentère, les arrachements épiploïques, seront suturés avec de la bonne soie.

Pour les ruptures du foie, l'idéal est de faire la suture; cette suture a été pratiquée trois fois, à ma connaissance, pour des plaies du foie sans lésion de la paroi; une fois par Schlatter et l'autre par Kronlein: les deux opérés sont morts. J'ai présenté en mai 1897, à la Société de chirurgie, le troisième malade que j'ai guéri d'une rupture du foie par la suture. Je me suis servi et me servirai doré-

(1) GRÖLL, Traitement des hernies gangrenées par l'invagination, thèse de Paris, 1895.

navant, non pas de catgut, comme ces deux chirurgiens, mais de fils de soie plate très gros. On aura la précaution d'embrasser une grande épaisseur de tissu dans l'anse du fil, de serrer très modérément et de faire des points séparés.

Sur les 12 observations publiées, 5 fois on s'est borné à tamponner avec de la gaze, et J.-L. Faure a joint au tamponnement le pincement d'un vaisseau, en laissant la pince à demeure. Ces cinq blessés ont guéri. Je ne parle pas des quatre autres chez lesquels la lésion du foie n'a pu être traitée.

Une grave question se présente alors, c'est de savoir si, pour aseptiser la cavité péritonéale, il est utile de faire un grand lavage? Je renvoie pour les détails à mon article sur les infections péritonéales (1); je dirai seulement qu'en règle générale, lorsqu'on intervient de bonne heure, alors qu'il n'y a pas encore de réaction péritonéale, on devra s'en abstenir; le lavage ne peut que disséminer des matières septiques; on se bornera donc à une toilette locale, avec des tampons secs ou des éponges.

Cependant, chez un malade que j'ai présenté en juin 1897, à la Société de chirurgie, j'avais trouvé, trois heures après un coup de pied de cheval sur le ventre, une perforation de l'intestin. Les sutures faites, je m'aperçus qu'en voulant éponger des matières fécales épanchées je n'arrivais qu'à les étaler sur le mésentère et à en imprégner pour ainsi dire la séreuse. Je crois qu'en pareil cas il est nécessaire d'imiter la conduite qui m'a donné un si beau succès, et d'inonder tout l'intestin éviscéré avec de l'eau bouillie très chaude. Dans ce cas particulier, un aide n'a pas employé moins de quatre brocs d'eau chaude, à 50°, en la versant de haut sur l'intestin, à mesure que je rentrais ce dernier dans l'abdomen.

Bien entendu, si on a opéré en pleine infection péritonéale généralisée, il n'y a pas d'hésitation possible. Dans les deux cas, d'ailleurs, on établira un drainage à la gaze et au tube de caoutchouc, en tâchant d'isoler le plus possible la ligne des sutures intestinales.

Je l'ai dit, l'anesthésique de choix est l'éther qui *excite* au lieu de déprimer. On se trouvera bien de faire, même pendant l'opération, des injections sous-cutanées d'éther, de caféine et de sérum.

Une diète absolue est de rigueur, avant comme après l'opération.

Je pense que toutes les statistiques brutes sont vaines et trompeuses, surtout dans cette question. Je renvoie ceux que cette étude intéresserait à la thèse d'Adler, qui contient 23 opérations, avec 9 guérisons et 14 morts, au Mémoire de Michaux qui, sur 11 cas, compte 9 guérisons et 2 morts; à la thèse de Gachon (2), qui donne 75 p. 100 de mortalité pour les laparotomies faites après les vingt heures qui suivent l'accident, et de 20 p. 100, seulement, pour celles qui sont

(1) *Traité de chirurgie clinique*, p. 265 et suiv.

(2) GACHON, thèse de Paris, 1895.

pratiquées avant cette époque. Pour ma statistique personnelle, je trouve, sur 8 cas, 2 morts et 1 guérison pour des opérés, après trente-six heures, pour des ruptures de l'intestin et de l'estomac, 3 guérisons pour des opérations faites dans les premières heures (ruptures du foie et de l'intestin et du rein), et 2 morts par rupture de la veine splénique, malgré l'intervention une demi-heure après l'accident, dans un cas, et par rupture de la veine rénale gauche, malgré une opération hâtive trois heures après l'accident, dans l'autre cas.

II. — PLAIES DE L'ABDOMEN.

Les plaies de l'abdomen se divisent en : 1° *Plaies non pénétrantes*, 2° *Plaies pénétrantes*.

Le fait capital, au point de vue thérapeutique, est précisément de distinguer les unes des autres; en présence d'une plaie de l'abdomen, la première question à se poser est de savoir si le péritoine pariétal a été intéressé ou si, au contraire, les lésions sont limitées aux couches musculaires, aponévrotiques et cutanées qui constituent la paroi. C'est uniquement ce voisinage du péritoine qui donne aux plaies de l'abdomen une physionomie spéciale. Si l'instrument vulnérant n'a pas pénétré dans la cavité séreuse, l'infection, lorsqu'elle se produit, reste limitée à la superficie avec tout son cortège de lymphangites et de suppurations plus ou moins étendues, mais elle ne s'accompagne pas de ces accidents si graves de résorption qui caractérisent les ensemcements péritonéaux.

Quoi qu'il en soit, que ces plaies soient pénétrantes ou non pénétrantes, elles ont une étiologie commune que nous pouvons étudier immédiatement.

Étiologie. — D'un côté on trouve ici, comme dans toutes les régions, les plaies par instruments piquants, tranchants et contondants. Les plaies par arrachement et par morsures sont moins communes. D'un autre côté, formant une classe à part, il faut citer (1) les plaies par armes à feu. Dans la pratique civile, on a affaire en général à des piqûres par des stylets, des fleurets démouchetés ou cassés, ou à des coupures produites par des coups de couteau. En dehors de ces causes communes, on peut trouver tous les intermédiaires possibles. Tel le cas de Galbrunner (2). « Un homme de vingt-sept ans qui se laissa tomber du haut d'un cerisier sur un échelas long de 4 pieds et demi fut empalé par cette tige piquante. L'échelas, pénétrant à la partie interne de la cuisse droite, à un pouce du périnée, s'était dirigé de là en dehors et en haut. Il passait par la région inguinale et s'arrêtait

(1) Je renvoie, pour éviter des redites fastidieuses, à l'article de H. NIMIER, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. I, p. 13).

(2) GALBRUNNER, *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} série, t. XIX, p. 114.