

projectile est petit et a abordé l'intestin perpendiculairement à sa surface. Souvent, la balle, tombant obliquement, fait une perte de substance considérable qui peut aller, comme dans un cas de Pozzi, jusqu'à avoir 2 centimètres de largeur sur 4 de longueur. La muqueuse fait, là aussi, hernie à l'extérieur, constituant ce fameux bouchon muqueux déjà décrit :

« Tous les expérimentateurs, dit Reclus, en ont signalé l'existence; Travers, Collin, Hinton l'ont étudié à loisir; nous l'avons retrouvé sur nos chiens. »

Il est de fait que Charvot en signale l'existence dans un cas où la perforation de l'intestin grêle provenait de la balle d'un revolver d'ordonnance et que Bull, Hamilton, Brouardel, Berger, Peyrot, etc., l'ont vu sur l'intestin vivant.

Bramann (1) a même, au cours d'une laparotomie, trouvé les bords d'une plaie intestinale si exactement oblitérés « que des pressions exercées sur cette anse ne purent faire sourdre le contenu ».

Puisqu'on l'a vu, ce bouchon doit bien exister : reste à savoir s'il oblitère la perforation aussi strictement que le dit Bramann.

« Je dois faire justice de la légende du bouchon muqueux obturant, dit Chaput (2); j'ai vu constamment sur le chien les lèvres de la plaie intestinale bordées de muqueuse éversée, mais cette muqueuse n'oblitérait rien; au contraire, elle ne servait qu'à rendre l'orifice permanent et constituait un obstacle sérieux à la guérison spontanée. »

Le 3 octobre 1897, je voyais à Saint-Louis un malade de dix-neuf ans qui venait de recevoir un coup de couteau au niveau de l'aîne droite; le cordon spermatique était sectionné et, en agrandissant la plaie, je trouvai trois perforations de l'intestin grêle, dont la plus étendue n'avait pas plus de 8 millimètres. J'ai constaté trois superbes bouchons muqueux qui s'épanouissaient sur ces trois perforations et cependant le mésentère était couvert de matières intestinales.

Dès qu'on saisissait une des anses blessées, pour l'attirer au dehors et faire les sutures, on voyait sourdre très librement, à travers la plaie, le contenu pâteux de l'intestin qui était, d'ailleurs, rempli de matières. C'étaient de véritables excréments vermiculaires par un anus dont la muqueuse serait prolabée. Le bourrelet muqueux existe donc bien, mais ce n'est pas un bouchon, puisqu'il n'obture rien, quoi qu'en dise Reclus.

EVOLUTION DES PLAIES DE L'INTESTIN. — On peut résumer ce que nous venons de dire en groupant sous quatre chefs les causes de l'obturation des blessures intestinales et par conséquent de leur guérison spontanée, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'agent vulnérant.

(1) BRAMANN, *Congrès de chirurgie allemand.*, 1889.

(2) CHAPUT, *Thérap. chir. de l'intestin*, p. 9.

1° La production d'un bourrelet muqueux qui, par *extrême exception*, peut oblitérer la plaie *si elle est infime*;

2° Le resserrement des fibres musculaires qui suffit dans les petites piqûres, mais qui joint son action à celle de l'éversion de la muqueuse pour oblitérer, dans une certaine mesure, les plaies perpendiculaires à l'axe intestinal;

3° Le défaut de parallélisme entre les plaies des différentes tuniques de l'intestin, quand le trajet est oblique;

4° La formation rapide d'adhérences entre le pourtour de la plaie intestinale et un organe voisin, surtout l'épiploon.

Toutes ces causes peuvent concourir au même résultat, qui est la cure spontanée, mais je suis bien convaincu que c'est surtout la formation de ces adhérences salutaires autour de la plaie, se produisant avant que l'infection se soit généralisée à tout le péritoine, qui limite les accidents et permet la guérison spontanée.

Pour peu que la plaie dépasse 1 centimètre, on fera bien de ne pas compter sur cette évolution favorable, mais exceptionnelle.

b. *Lésions de l'épiploon et du mésentère.* — L'épiploon fait en général partie des hernies quand il ne les constitue pas à lui tout seul; ce qu'il y a de remarquable dans ses lésions, comme dans celles du mésentère, c'est que les vaisseaux nombreux qui le sillonnent sont la source d'hémorragies fort importantes; le sang qui s'écoule dans la cavité péritonéale peut être extrêmement abondant bien que les vaisseaux sectionnés n'aient pas un volume considérable; cela tient à ce que le sang épanché n'exerce aucune pression sur la lumière du vaisseau, et peut-être aussi à ce que ce sang, non soumis à l'action coagulante de l'air, reste liquide, ce qui ne favorise pas la formation du caillot obturateur. Le sang se répand dans la cavité péritonéale et gagne les parties déclives; on le trouve dans la région hypogastrique, suivant une remarque déjà ancienne de Garengeot. Malgaigne avait déjà montré que le mésentère formait, d'avant en arrière, une cloison verticale limitant à la fosse iliaque droite les hémorragies qui prennent naissance de ce côté, et à la fosse iliaque gauche celles dont la source est dans la région splénique ou au-dessous; ces épanchements sanguins obéissent d'ailleurs aux lois de tous les épanchements abdominaux et je renvoie, pour la description des six loges du schéma de Hadra, à la page 282 de ce volume.

Le sang peut provenir d'une artère de la paroi intestinale et se déverser dans le tube digestif; nous verrons que les selles sanglantes sont un excellent signe des plaies du tube digestif. On peut cependant s'y tromper : dans le service de Peyrot, à Lariboisière, j'ai laparotomisé un malade qui avait reçu un coup de revolver dans la région épigastrique; bien qu'il ne présentât aucun symptôme abdominal, je décidai l'intervention sur la constatation d'une hématomése très abondante de sang rutilant. Toutes mes recherches d'une plaie

de l'estomac restèrent infructueuses, et le malade ayant succombé, l'autopsie démontra que la balle était libre dans la cavité péritonéale et n'avait perforé aucun viscère; mais en ouvrant l'estomac, on trouva près du pylore une plaie de la muqueuse des dimensions d'une pièce de 1 franc, au niveau de laquelle s'était faite l'hémorragie. C'est le seul exemple que je connaisse d'une plaie de la tunique interne de l'estomac sans perforation, c'est-à-dire par contusion simple.

Je signale, en terminant, la présence des CORPS ÉTRANGERS dans l'abdomen, des projectiles qui peuvent être libres dans la cavité abdominale ou perdus dans un parenchyme viscéral, ou bien encore fixés dans la paroi; ces corps étrangers, grains de plomb, fragments d'étoffe, boulons, etc., ont une tendance à s'éliminer ultérieurement par les voies naturelles, ainsi que l'ont démontré les expériences de Jalaguier et Mauclair sur les animaux. Après tout ce que je viens de dire, sera-t-on surpris si, anatomiquement, on rencontre au bout de peu de temps les lésions des infections péritonéales? Il y a là des corps étrangers plus ou moins septiques, des matières intestinales répandues et enfin du sang tout prêt à servir de bouillon de culture aux germes infectieux et à les propager au loin; heureusement, dans nombre de cas des adhérences salutaires ont le temps de limiter une loge où se localise l'infection; il en résulte une sorte d'abcès circonscrit qui peut s'ouvrir à l'extérieur et même donner naissance à une fistule pyostercorale.

Symptômes. — Tout l'intérêt de la symptomatologie est de savoir si quelque indice certain permet de diagnostiquer la pénétration. Nous étudierons donc: 1° les *signes de la pénétration*; 2° les *signes des plaies non pénétrantes*.

1° **Signes de la pénétration.** — On peut dire qu'il n'y a qu'un seul signe pathognomonique, c'est l'*issue des matières fécales*; à moins, bien entendu, qu'un viscère ne fasse hernie hors de l'abdomen et soit reconnaissable à la vue et au toucher; mais en dehors de toute hernie, le seul signe pathognomonique de la pénétration, c'est l'*issue des matières*. Disons tout de suite que ce symptôme est rarement observé, même lorsque la plaie intestinale est étendue et a permis au liquide digestif de se déverser dans la cavité péritonéale; il faut, pour qu'il se produise, que la plaie pariétale soit placée juste au niveau de la plaie viscérale, ce qui se rencontre rarement en pratique.

Éliminons donc de notre description ce symptôme qui fait si souvent défaut.

A. SYMPTÔMES LOCAUX. — Il est très important d'étudier avec soin l'orifice d'entrée du corps vulnérant et d'examiner l'instrument qui a causé la plaie; s'il s'agit d'un revolver, le calibre est important à connaître; les balles de 5 à 7 millimètres ne font qu'un orifice insignifiant,

avec des bords plus ou moins noircis et déchiquetés; néanmoins, elles pénètrent souvent très profondément, causant des désordres viscéraux considérables.

Pour les pistolets d'ordonnance, ou les fusils de guerre, la pénétration peut être considérée comme la règle; de même s'il s'agit d'un long couteau, d'un stylet acéré; le récit de l'accident peut donner des indications capitales pour apprécier le degré de profondeur de la plaie. Souvent, l'épiploon est étalé comme un champignon rougeâtre, congestionné au-devant de la plaie, parfois accompagné d'une anse intestinale, lésée ou non; alors, le doute n'est pas possible, mais c'est surtout l'étude clinique des faits dans lesquels rien de saillant n'indique la pénétration, que j'ai en vue ici.

Deux symptômes, que je considère comme de premier ordre, doivent être recherchés attentivement: 1° la *disparition de la matité préhépatique*; 2° la *constatation d'un épanchement liquide dans l'abdomen*.

Je ne reviens pas sur ce que j'ai dit du *tympanisme hépatique* à propos des contusions de l'abdomen; ce sont les Américains qui ont attiré l'attention sur ce symptôme important, souligné en France par Jalaguier et sur lequel, depuis des années, j'insiste au lit des malades. Ce signe est d'une fidélité remarquable; malheureusement, on ne peut conclure de son absence à l'intégrité du tube digestif; il est donc fidèle, mais inconstant.

Quant à l'*épanchement sanguin* dans la cavité péritonéale, quelle que soit la source de l'hémorragie, il donne lieu à des zones de matité dans les régions déclives signalées plus haut; on percute donc, avec grand soin et à petits coups, l'hypogastre et les flancs.

En dehors de ces symptômes locaux, je ne vois à signaler en passant que l'*emphysème* sous-cutané, mais c'est un signe qui s'observe rarement et n'a que peu de valeur; cette infiltration gazeuse peut provenir d'une lésion concomitante du poumon ou d'un appel d'air au niveau de la plaie, pendant certains efforts musculaires. Morton a vu un blessé qui avait de l'emphysème sans plaie viscérale.

En résumé, au moment de l'accident, si l'on met hors de cause l'issue au dehors des matières stercorales, de la bile, de l'urine ou des gaz, ainsi que les hernies par la plaie, il n'y a que deux signes locaux qui peuvent indiquer la pénétration, c'est le tympanisme hépatique et la matité des régions déclives.

B. SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — C'est presque la répétition de ce que j'ai dit pour les contusions de l'abdomen; même discussion sur les phénomènes, dits de *shock*, même description de cet état général grave avec pâleur de la face, sueurs froides, tendances aux lipothymies et à la syncope et même perte de connaissance; mêmes

réflexions sur les variations de la douleur qui sont très notables suivant chaque blessé. Saint-Laurens (1) cite ces trois jeunes gens, observés par Verneuil, qui se demandaient ce qu'était devenue la balle du revolver parti entre leurs mains; elle avait perforé l'abdomen de l'un d'eux. Dans des circonstances tout à fait analogues, un de mes camarades a succombé à une plaie de l'estomac; au moment de l'accident, il chercha avec nous dans quelle direction avait pu se perdre le projectile, sans se douter qu'il lui avait perforé l'estomac de part en part.

Ce que je veux souligner ici, comme pour les contusions de l'abdomen, c'est qu'il n'est pas un symptôme général caractéristique qui soit spécial à la pénétration. Les vomissements immédiats, les nausées, le hoquet s'observent parfois, mais manquent souvent aussi; quant aux selles sanglantes, indice certain d'une plaie intestinale et en particulier du gros intestin, elles n'apparaissent que plusieurs heures après l'accident.

Il faut donc encore insister ici, comme pour les contusions de l'abdomen, sur cette *faillite de la clinique* dont parle Chaput; en l'absence de tout symptôme local et général, il peut y avoir une plaie pénétrante avec graves lésions viscérales.

Disons cependant que, dans le plus grand nombre de cas, un examen attentif permet de diagnostiquer, ou tout au moins de soupçonner la pénétration.

2° *Signes des plaies non pénétrantes.* — Lorsque le péritoine n'est pas intéressé, les plaies des parois abdominales n'offrent rien de spécial; elles se présentent, elles évoluent et se terminent absolument comme les plaies de toute autre région, sous la réserve déjà faite des éviscérations ultérieures qui peuvent survenir. Il est évident aussi que dans les plaies contuses, il peut y avoir du côté des viscères des lésions graves sans que la pénétration existe.

On a voulu donner à la douleur, dans les plaies non pénétrantes, des caractères spéciaux d'acuité et d'irradiation qui lui seraient propres; cela me paraît de la fantaisie pure; on ne l'a observé que sur des duellistes, dont le système nerveux surexcité exagère les sensations douloureuses, quel que soit le siège de la blessure. En réalité, les plaies superficielles ne s'accompagnent d'aucun trouble général, et, localement, la douleur reste toujours cantonnée au voisinage de la plaie. La palpation profonde est indolore et le ventre n'est nullement ballonné et tympanisé. La respiration est calme, le pouls est bon, il n'y a ni hoquet, ni nausées, ni vomissements, et les traits ne sont nullement altérés.

Je pense, avec Berger (2), que si « le malade se meut, se retourne, parle et pense sans gêne et sans douleur, a son attitude, son aspect,

(1) SAINT-LAURENS, thèse de Paris, 1888.

(2) BERGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. XXI, p. 84.

son faciès normaux », il y a de fortes présomptions pour que le péritoine soit intact.

Nous avons pourtant vu qu'en l'absence de tout symptôme général ou local, il peut y avoir pénétration et même lésion viscérale grave; on ne saurait trop revenir sur ce point.

Quand la plaie siège aux confins de la cavité abdominale, on a souvent à se demander, pour peu que la pénétration à une grande profondeur soit manifeste, si l'abdomen est intéressé; je fais allusion aux plaies de la base du thorax dans lesquelles l'instrument ou le projectile ont pu suivre la voie transpleuro-péritonéale et venir blesser les viscères abdominaux. Pendant que je réunissais les matériaux destinés à la rédaction de ce travail, j'ai été profondément humilié par une erreur de diagnostic et le désastre qui s'en est suivi (septembre 1897).

Un malade arrive à Lariboisière, après s'être tiré un coup de revolver dans la région du cœur. L'orifice d'entrée est situé sur la ligne mamelonnaire au niveau du septième espace intercostal; on sent très nettement sous la peau de la gouttière vertébrale gauche, à un travers de main de l'épine dorsale, le projectile mobile sous le doigt. Personne, dans le service, n'a pensé à une plaie pénétrante de l'abdomen, et, en examinant avec attention le blessé, je prends soin de faire remarquer que la balle a certainement suivi un trajet rectiligne et que nous sommes sur les limites de la cavité abdominale; mais l'abdomen est absolument souple et indolore; il n'y a pas trace de ballonnement ni de tympanisme; il n'y a eu ni nausées, ni vomissements; le seul symptôme positif est une dyspnée assez considérable accompagnée d'angoisse précordiale; ces deux signes s'expliquent très bien par l'auscultation qui révèle l'existence d'un épanchement sanguin dans le péricarde avec le bruit de rouet caractéristique; vingt-quatre heures après, l'état ne s'est nullement modifié; la température est pourtant montée à 38°, mais je place cette hyperthermie légère, ainsi que les modifications du pouls, sur le compte de l'hémopéricarde.

Dans la soirée, on me téléphone en hâte que le blessé vient d'avoir une selle sanglante très abondante et qu'il présente des signes manifestes d'infection péritonéale; mon intervention dans ces conditions-là, plus de trente-six heures après l'accident, n'empêcha pas le malade de succomber juste douze heures plus tard. Il y avait dans l'abdomen un abondant épanchement de liquide sanguinolent, mêlé de matières fécales, et, au niveau de l'angle du colon, on voyait une double perforation. Si le moindre indice avait pu au début attirer mon attention du côté de l'abdomen, je n'aurais pas hésité à intervenir immédiatement; mais tous les symptômes que présentait le malade pouvaient s'expliquer par l'hémopéricarde qui existait bien en réalité.

J'ai tenu à citer cet exemple afin de mettre en garde contre les erreurs qui peuvent résulter du siège de la blessure sur le thorax.

On a vu aussi plus haut que la plaie d'entrée peut siéger sur les cuisses, dans le vagin, etc.

Pronostic. — J'ai déjà dit que les plaies superficielles se comportaient là comme ailleurs ; leur pronostic est donc bénin et les cas de mort qu'on a cités sont dus à des lésions viscérales profondes par contusion ; mais pour les plaies pénétrantes il n'en est pas de même ; leur gravité est considérable surtout quand elles sont produites par des armes à feu ; plus d'un dixième des morts, sur un champ de bataille, ont succombé, nous dit Otis, à des plaies de l'abdomen, et sur 100 blessés de ce genre, amenés à l'ambulance, il en meurt 75. Dans la statistique de Peyrot (1), sur 3717 plaies pénétrantes, il y a 3031 morts, 444 guérisons seulement et 242 résultats inconnus, ce qui fait une mortalité de 87,2 p. 100.

Que sera-ce dans la prochaine guerre avec les projectiles modernes et les nouvelles poudres ; les expériences de Chavasse, de Delorme, sont effrayantes, et ici encore je renvoie à l'article de Nismier (tome I de ce *Traité*). Pour les balles de revolver, il n'en est pas de même, et Reclus n'a jamais manqué une occasion de proclamer de sa parole éloquente et persuasive, de sa plume alerte et claire, la bénignité relative de ces plaies ; mais il a eu beau accumuler les statistiques favorables, discuter et épilucher les mémoires contradictoires, je crois bien qu'il n'a convaincu personne.

Son ami Jalaguier lui-même ne peut s'empêcher de trouver « stupéfiante » cette conclusion de Reclus que, dans les plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésions viscérales par balles de revolver, la guérison s'obtient, sans intervention chirurgicale, dans les deux tiers des cas ».

C'est le cas de répéter qu'on trouve tout ce qu'on veut dans les statistiques et ce résultat, proclamé par Reclus, est si peu en rapport avec ce qu'on observe dans la pratique courante qu'il suffirait, à lui tout seul, à démontrer l'inanité des études de ce genre.

Disons donc, statistiques à part, que la guérison spontanée est, dans les plaies par balles de revolver, une exception sur laquelle on ne saurait compter.

Les plaies de l'intestin grêle sont de beaucoup les plus graves, ainsi que celles de l'estomac ; pour le gros intestin et surtout pour le cæcum et l'S iliaque, les guérisons sont nombreuses.

Dans tous les cas, l'état de réplétion de l'organe aggrave beaucoup le pronostic ; dans l'état de vacuité, l'estomac peut être perforé sur ses faces sans que les liquides s'échappent, car les parois sont épaisses, les muscles puissants et la muqueuse lâche et mobile.

(1) PEYROT, Pathol. externe, t. III, p. 428.

Même sur l'intestin grêle, des perforations par balles de 5 millimètres peuvent se cicatriser, comme Reclus et Noguès l'ont constaté sur deux de leurs chiens ; il est vrai que les blessés que nous avons à soigner n'ont pas pris la précaution de se purger la veille de leur accident, tandis que les chiens de Reclus avaient tous subi cette préparation.

Concluons en somme, avec Peyrot, que toute plaie pénétrante « est extrêmement grave » et mérite la plus grande attention du chirurgien.

Traitement. — Il n'est peut-être pas de question qui ait passionné davantage tous les chirurgiens. Quand on prend les *Bulletins de la Société de chirurgie*, on la voit reparaitre presque périodiquement chaque année. De même, il n'est pas de volume du Congrès français de chirurgie où elle n'ait fourni d'intéressantes communications, sans parler de la troisième session (1888), où une des questions à l'ordre du jour était précisément : « De la conduite à suivre dans les blessures par coups de feu des cavités viscérales. »

Jusqu'ici on a accumulé les faits, on a présenté des statistiques dans lesquelles, il faut bien le dire, figuraient les cas les plus disparates, les blessures par coups de feu à côté des plaies par coups de couteau. En 1895, Chaput s'est résolument prononcé en faveur de l'intervention et n'a pas craint d'écrire cette conclusion : « En cas de plaie abdominale datant de quelques heures, il faut faire la laparotomie toutes les fois qu'on a un doute, même léger, sur l'intégrité de l'intestin..., l'expectation est dangereuse ; elle fournit une mortalité de 60 à 75 p. 100. La laparotomie, précoce et bien exécutée, est seule rationnelle et bénigne (1). »

Ces conclusions furent combattues par Berger, Reclus, Kirmisson, tandis que Charles Nélaton et Ed. Schwartz apportaient de nouveaux faits pour en affirmer la valeur. Je crois qu'à l'heure actuelle, on peut déblayer le terrain et ne plus s'embarrasser des statistiques et des pourcentages qui, jusqu'ici, ont rendu si délicate la solution du problème. D'ailleurs, pour que ces statistiques aient une véritable valeur, il faudrait n'y faire entrer que les observations récentes, sous peine de les assombrir, si elles remontent à une époque où l'antisepsie et l'asepsie n'étaient pas ce qu'elles sont aujourd'hui.

Je dirai donc, sans m'attarder à la discussion des chiffres, que *tout diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen implique une laparotomie immédiate*.

Ce précepte s'applique, selon moi, à toutes les plaies pénétrantes aussi bien par revolver de tout calibre que par armes blanches, et la règle est si formelle qu'il faut tout mettre en œuvre pour faire le

(1) CHAPUT, Rapport sur une observation d'Eugène Rochard (*Soc. de chir.*, 1895, p. 77).

diagnostic de la pénétration. S'il s'agit d'un coup de feu, cette pénétration est pour ainsi dire constante et presque à coup sûr accompagnée de lésions viscérales, à moins, bien entendu, qu'on ne trouve une plaie superficielle en forme de sillon ou encore une balle saillante sous la peau.

En dehors de ces cas-là, même en l'absence de toute hernie épiploïque ou autre, le fait seul que c'est une plaie par coup de feu commande la laparotomie immédiate, en l'absence de toute espèce de symptômes généraux.

Dans un second ordre de faits, c'est une arme blanche qui est en cause; si la pénétration est évidente, soit parce qu'il y a une hernie viscérale, ou un écoulement sanguin profond, soit parce que la plaie donne issue à des matières, à des gaz, à de la bile, etc., la laparotomie immédiate s'impose.

Enfin, pour peu qu'on ait des doutes sur la profondeur de la plaie, on se gardera bien d'user du stylet ou de la sonde cannelée pour « sonder la plaie »; ce sont là des pratiques d'un autre âge; la seule exploration de mise est le débridement avec le bistouri et les ciseaux; il permet d'aseptiser la plaie quand elle n'est pas pénétrante, ce qui ne saurait être préjudiciable au blessé, et surtout de s'assurer si le péritoine a été ou non intéressé.

Tout ce qui précède concerne les cas dans lesquels on est appelé aussitôt après l'accident, alors que les symptômes généraux sont le plus souvent absolument nuls. Il va de soi que si le traumatisme remonte à plusieurs heures, et si la pénétration a déjà donné lieu à des phénomènes de réaction péritonéale, la prescription est encore plus formelle et là, tout le monde est d'accord; ce qu'il importait de spécifier, c'est que cette doctrine néfaste de « l'expectation armée », c'est-à-dire de l'attente des premiers accidents pour intervenir, doit être absolument bannie de la thérapeutique. Quand ces premiers accidents apparaissent, il est le plus souvent trop tard pour que l'opération soit efficace; le péritoine est déjà infecté et il est plus facile d'empêcher l'infection, en s'attaquant de bonne heure à sa source, que de la guérir quand elle s'est manifestée.

D'autant plus qu'une laparotomie blanche, c'est-à-dire au cours de laquelle on n'aura pas trouvé de lésion viscérale, ne saurait par elle-même amener la mort. La question doit être en somme envisagée de la façon suivante: Voilà un blessé qui a une plaie pénétrante de l'abdomen reconnue par l'examen local, aidé ou non du débridement: il ne présente aucun phénomène réactionnel du côté de la séreuse. Berger, Reclus, les expériences de Noguès, etc., nous disent que le malade « peut » guérir sans intervention, même s'il y a une lésion intestinale. Mais quelle sécurité avez-vous, puisqu'il sera trop tard pour agir efficacement quand les premiers symptômes apparaîtront. Sans nier le moins du monde que la guérison spontanée des plaies

de l'intestin soit possible, comme il est facile de s'en assurer en lisant les travaux inspirés par Reclus à Saint-Laurens, à Démétride, à Levasseur, etc..., et la statistique personnelle si intéressante de Berger (1), on ne peut contester que la mort est *non moins possible* en pareil cas. Or, notez que rien, absolument rien ne fait prévoir si la lésion va guérir spontanément ou infecter le péritoine et amener la mort. Peut-on hésiter, dans le doute, à pratiquer une laparotomie, qui n'a de gravité réelle que si elle conduit sur des lésions multiples et profondes; et qui, dans les cas légers, *qui auraient guéri peut-être spontanément*, n'aggrave pas notablement le pronostic. C'est le cas d'user du dilemme philosophique: ou bien la lésion intestinale est légère, et aurait guéri spontanément, et alors la laparotomie sera simple et innocente, ou bien les lésions sont graves et multiples, et alors la laparotomie intervient à une époque où elle peut encore être efficace. Avec l'opération immédiate, vous ne tuez pas les blessés qui auraient guéri *sans elle*, et vous sauvez souvent des malades voués sans elle à une mort certaine.

Disons d'ailleurs que les discussions sur ce sujet avaient surtout lieu avant l'organisation nouvelle de la chirurgie, à une époque où la laparotomie en elle-même pouvait être considérée comme une opération grave. Reclus ne manque jamais l'occasion actuellement de dire qu'il a « évolué » depuis cette époque. Il est certain, ainsi que le dit Berger, que malgré la vivacité des discussions, on est en pratique plus près de s'entendre qu'il ne le semble, et qu'en présence d'un cas donné, la plupart des chirurgiens se conduiraient de même. Il est pourtant utile de préciser, comme je viens de le faire, pour qu'il n'y ait désormais aucun doute possible. La pratique de la chirurgie d'urgence me confirme dans ces idées interventionnistes que Peyrot ne cesse de mettre en pratique. « Il faut aller y voir », dit-il familièrement, avec son grand sens clinique, chaque fois qu'il a le moindre doute sur la pénétration de la plaie abdominale.

En résumé, pour ne pas intervenir immédiatement il faut être « absolument sûr » qu'il n'y a pas pénétration. Et comme, presque toujours, on ne peut acquérir cette certitude qu'en incisant la paroi abdominale, il faut conclure que la laparotomie immédiate est de règle générale dans les plaies du ventre.

Jusqu'ici, ce qui a été dit s'applique à toutes les plaies de l'abdomen, quelle que soit leur cause — coup de feu ou arme blanche. Pour ce qui va suivre, on doit avoir soin de distinguer les plaies par balle des plaies par coup de couteau.

Deux questions importantes restent en effet à élucider: le *siège de l'incision exploratrice* et la *longueur à donner à cette incision*.

Doit-on faire chez tous les blessés une laparotomie sur la ligne

(1) BERGER, *Soc. de chir.*, 1895.