

boutonnière créée par la plaie; mais ce n'est pas ordinairement avec ces caractères que se présente cette complication. C'est plus tard, lorsque la cicatrice est formée, qu'on la voit céder et qu'on assiste à la formation d'une de ces hernies ventrales dont nous n'avons à indiquer ici que l'existence et non les caractères. — Ces hernies se rencontrent surtout dans les blessures du bas-ventre (Legouest).

2° Les plaies pénétrantes de l'abdomen se traduisent par deux espèces de symptômes : les uns, *primitifs*, apparaissent au moment même de la blessure ou dans les instants qui suivent; les autres, *consécutifs*, ne surviennent que plusieurs heures, plusieurs jours et parfois beaucoup plus longtemps après les premiers. Ce sont les signes de la péritonite, conséquence de l'infection péritonéale.

Dans certaines circonstances, les commémoratifs, les caractères de la blessure pariétale : siège, direction, étendue, font craindre la pénétration et même la lésion d'un viscère; mais aucun signe ne vient confirmer ces craintes avant l'apparition de la péritonite septique.

Dans beaucoup d'autres faits l'état général du blessé, l'examen direct par une plaie largement béante, l'issue d'un viscère, la constatation d'un épanchement traumatique dans le péritoine, l'écoulement de matières prouvant que certains viscères abdominaux sont atteints, ne laissent pas de doute à cet égard et bientôt les premiers symptômes de la péritonite traumatique viennent compléter le tableau clinique. Étudions ces différents symptômes avec plus de détails en raison de leur importance.

La pénétration se traduit souvent, pas toujours, par une sensation remarquable de douleur profonde, dont le blessé rend fort bien compte; le visage présente une pâleur extrême; le pouls est petit, fréquent, concentré; il y a de la tendance à la syncope, de l'anxiété, de la stupeur, avec immobilité; en un mot, tous les phénomènes du choc; on a souvent noté simultanément une soif vive, des nausées, des vomissements, du hoquet, la tension spasmodique des muscles abdominaux, du météorisme, du ballonnement du ventre, quelquefois aussi, mais plus rarement, des troubles urinaires, analogues à ceux que nous avons mentionnés à propos de la contusion de l'abdomen, et se produisant surtout dans les blessures de la région lombaire ou de l'hypogastre. Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que tous ces caractères soient constamment réunis; il n'est pas rare de ne les

voir exister qu'en partie et diversement groupés suivant les blessés observés, et d'autre part leur ensemble même, quoique très important, s'il doit faire considérer la pénétration comme très probable, n'établit pas son existence d'une façon certaine.

La pénétration devient au contraire indiscutable, lorsque l'on peut arriver à la *constatation directe des viscères* lésés ou non dans la cavité abdominale par la vue ou par le toucher, à travers une plaie suffisamment large.

Un signe non moins certain est fourni par la *hernie traumatique*; l'issue de l'épiploon et de l'un quelconque des viscères abdominaux s'effectue soit par la paroi abdominale, soit par le vagin, soit enfin par la partie inférieure du thorax ce qui suppose qu'il a traversé le diaphragme et la partie inférieure de la cavité thoracique.

L'épiploon hernié se présente sous l'aspect d'un champignon graisseux à petits lobules fins, de volume variable, facile à reconnaître à la disposition de ses vaisseaux, tant que la hernie est récente; dans les mêmes conditions, les adhérences péritonéales ne s'étant pas encore formées, il n'est pas difficile de s'assurer, en l'attirant au dehors, qu'il se continue avec le tablier graisseux du grand épiploon; cette constatation devient impossible lorsque l'épiploon a pris des adhérences et que la hernie s'est recouverte de bourgeons charnus. L'épiploon hernié est sain ou blessé lui-même et souillé; il joue par rapport à la plaie le rôle important d'obturateur, mais Gayraud a bien montré qu'il ne renforçait pas la cicatrice abdominale, comme on le croyait autrefois.

Avec l'épiploon, ou plus rarement sans lui, on peut voir une anse intestinale faire hernie à travers les lèvres de la solution de continuité des parois; en général, c'est l'intestin grêle, quelquefois le gros intestin. Tantôt l'anse herniée est saine, tantôt elle est lésée par l'agent vulnérant lui-même; ici elle est très petite; là, au contraire, c'est une longue portion d'intestin, jusqu'à 1 ou 2 mètres, qui fait au dehors une hernie volumineuse; la surface peut en être souillée par de la boue, de la poussière, du sang. Quelquefois l'anse n'étant pas trop serrée se réduit spontanément, c'est l'exception; presque toujours, on voit survenir de graves accidents d'étranglement suivis d'une péritonite plus ou moins rapide, qui imposent au chirurgien le devoir de réduire l'intestin le plus tôt possible.

On a observé des hernies de l'estomac seul; le plus souvent il est

accompagné de l'épiploon, du côlon transverse. Enfin on a rencontré dans ces hernies le foie, la rate, la vessie, l'utérus gravide. Les symptômes sont loin d'être aussi nets quand les viscères blessés ne font pas hernie ou ne sont pas visibles au fond de la plaie abdominale. Supposons le cas de beaucoup le plus fréquent : il s'agit d'une *plaie du tube digestif*.

L'écoulement des matières intestinales ou stomacales par la plaie est pathognomonique de la perforation du tube digestif. Quelquefois c'est le doigt qui, introduit dans la blessure pour rechercher la perforation, ressort souillé par ces matières.

Si dans certaines circonstances la nature des matières, ainsi sorties du ventre, laisse subsister quelque doute *sur l'existence d'une plaie du tube digestif*, et s'il peut être nécessaire de recourir à un examen ultérieur, il faut bien le dire, dans l'immense majorité des cas, la coloration, l'odeur des matières, leur état d'altération digestive ne permettent pas l'erreur. Mais l'issue des matières à l'extérieur suppose ou un épanchement abondant, ou une concordance parfaite des deux plaies, intestinale et cutanée; conditions qui sont loin d'être toujours réalisées. L'issue des gaz de l'intestin à travers ses parois déchirées est un autre signe très important de la pénétration. La *tympanite* qu'ils produisent en distendant l'abdomen acquiert une grande valeur quand elle est localisée en particulier à l'épigastre ou à la région du foie. Quelquefois les gaz s'échappent d'une manière intermittente en sifflant à travers la plaie des parois; mais ce phénomène est encore plus rare que l'issue des matières. L'absence de parallélisme entre les deux lèvres de l'orifice pariétal permettra la production d'un *emphysème* de la paroi, d'ailleurs exceptionnel.

Il est encore un symptôme curieux, mais exceptionnel aussi, des plaies de l'intestin qui doit être mentionné ici : l'*expulsion d'un projectile, d'une portion de lame par la défécation*. Il y a des faits incontestables, où la balle, où des grains de plomb ont été rendus peu de temps après le coup de feu; l'hypothèse de la pénétration suivie de rétention à la suite de la perforation d'une seule des parois de l'intestin est alors admissible; mais souvent le processus est tout autre, et il s'agit simplement de l'élimination secondaire d'un corps étranger, enkysté au voisinage d'une anse intestinale.

La lésion du tube digestif est encore indiquée par des vomisse-

ments sanglants, s'il s'agit d'une lésion de l'estomac, des *selles sanglantes*, dans les plaies de l'intestin; ce sont là des signes d'une certaine valeur qu'on trouve indiqués dans bon nombre d'observations.

Comme complément de tous ces phénomènes immédiats, nous devons signaler la possibilité d'un *épanchement abdominal* collecté dans un des sièges que nous avons indiqués, épanchement formé le plus souvent par du sang, et reconnaissable à la matité, et aux sensations qu'il donne par les différents modes de palpation et de toucher. Dans les grands épanchements sanguins, ce sont du reste les phénomènes généraux graves des hémorragies internes : pâleur de la face, petitesse du pouls, tendance à la syncope, collapsus rapide, qui dominent la scène.

Les symptômes ultérieurs seront très différents suivant les cas.

Nous savons que certaines plaies pénétrantes ne se traduisent par aucun symptôme pathognomonique avant que survienne l'infection péritonéale. D'autre part, nous avons vu que dans certaines conditions d'étendue les plaies intestinales pouvaient s'oblitérer spontanément. Voilà donc toute une série de faits où pourront manquer à la fois et les symptômes primitifs de la perforation et ses accidents consécutifs. La guérison sera obtenue spontanément sans qu'on ait constaté autre chose que les caractères d'une blessure pariétale.

La guérison peut encore être obtenue lorsque la perforation est rendue évidente par certains signes primitifs, tels que melæna, hématomèse, rejet par les selles d'un projectile, voire même issue des gaz ou des matières par la plaie abdominale (6 cas de Reclus).

A part ces cas heureux, beaucoup plus nombreux qu'on ne le croit, d'après Reclus, les phénomènes primitifs, lors même qu'ils se présentent dans toute leur netteté, ne tardent pas à disparaître, noyés, perdus dans l'appareil symptomatique bien plus effrayant de la *péritonite traumatique* : douleur abdominale vive, tympanisme considérable, vomissements porracés, hoquet, altération profonde des traits, petitesse du pouls, dépression rapide aboutissant parfois en quelques heures à une terminaison fatale. — Cette péritonite traumatique, nous l'avons déjà vu, est dans l'immense majorité des cas une péritonite par perforation intestinale. Elle peut pourtant reconnaître pour cause la pénétration des germes septiques à travers la plaie de la paroi.

Quelquefois, après avoir présenté dans toute leur gravité les symptômes précédents, l'inflammation péritonéale se calme petit à petit; des adhérences ont limité l'épanchement stercoral; il se fait un phlegmon stercoral qui se termine par la formation d'un *anus contre nature accidentel* ou d'une simple *fistule stercorale*. Cette dernière et l'anus accidentel lui-même s'établissent d'ailleurs, quelquefois primitivement, par adhérence rapide de l'intestin perforé à la paroi, sans l'intervention d'un phlegmon. — Lorsqu'au lieu de s'ouvrir à la peau, les orifices voisins de deux anses ouvertes se mettent en contact (fistule bimucqueuse), ce phénomène curieux et très rare ne se révèle par aucun signe extérieur. — Un anus anormal qui évolue bien se rétrécit peu à peu et se transforme en une fistule stercorale dont le chirurgien aura plus facilement raison; dans d'autres cas, l'orifice cutané restant trop large, ou l'éperon formé par l'adossement des deux moitiés de l'anse intestinale ne subissant aucune rétraction, les matières continuent à s'écouler en totalité, et l'art est obligé d'intervenir pour aider la nature : on trouvera plus loin les procédés employés dans ce but.

Les symptômes propres aux *plaies de l'estomac* diffèrent peu des précédents; des phénomènes accusés de choc, une douleur gastrique très vive, le siège de la blessure, des vomissements abondants de matières alimentaires, surtout une hématomèse, exceptionnellement le rejet du corps vulnérant par ces efforts expulsifs (cas de Culberston), tels sont les signes indiqués par les auteurs. Quoique la constatation directe de la blessure et l'établissement d'une fistule gastrique, si le sujet vient à guérir, soient peut-être les seuls signes de certitude, on ne peut refuser aux précédents une grande valeur. — La mort rapide par péritonite suraiguë est fort à craindre, l'état de vacuité ou de plénitude de l'organe ayant d'ailleurs une grande importance pour le développement de la péritonite. La guérison est pourtant observée assez souvent, beaucoup plus souvent que dans les plaies de l'intestin grêle, ce qui a même fait dire que les plaies du tube digestif spontanément guéries étaient surtout des plaies de l'estomac. Quelquefois des adhérences favorisent la formation de *fistules gastriques*. Ces dernières sont très rares; mais, une fois établies, elles sont fort compatibles avec la vie, puisque le Canadien de Beaumont, blessé à dix-huit ans, était encore très bien portant à soixante-dix. Quant à la présence du corps étranger vulnérant dans la cavité stomacale, si

elle peut produire quelques accidents, elle n'entraînerait pas en général une aggravation sérieuse.

5° *Symptômes des plaies du foie et des voies biliaires*. — En cas d'exploration visuelle ou digitale, pas de doute. L'écoulement de bile en quantité notable par la plaie a une valeur presque aussi grande; on peut cependant l'observer en cas de plaie du duodénum. Quant aux signes de probabilité, plus ils sont nombreux, plus ils ont d'importance. Ils sont tirés des commémoratifs, du siège de la plaie, de sa direction, de l'existence d'une douleur hépatique avec irradiation vers l'épaule droite ou le thorax, de l'apparition d'un ictère intense, d'une glycosurie passagère, des signes d'une suppuration ou d'un abcès hépatique. La péritonite généralisée est ici encore une complication fréquente et à peu près fatale; cependant nous devons rappeler les faits où l'écoulement de la bile dans le péritoine n'a produit d'autre accident que des phénomènes plus ou moins marqués de péritonisme. Nous avons déjà signalé ce point particulier à propos des ruptures hépatiques observées dans la contusion abdominale. La guérison peut survenir directement sans suppuration; néanmoins celle-ci est une complication possible et importante des plaies du foie.

Enfin l'hémorrhagie complique assez souvent les plaies du foie; elle a amené la mort 5 fois sur 46 plaies par instruments tranchants; 5 fois sur 51 plaies par armes à feu.

6° *Symptômes des plaies de la rate*. — L'hémorrhagie interne ou externe, quelquefois simultanément interne et externe, constitue le caractère principal, la complication la plus sérieuse des plaies de la rate; elle peut acquérir une abondance extrême et provoquer rapidement la mort. Lorsque le sang est en moins grande abondance, il peut être enkysté par le fait d'une péritonite circonscrite. Mais ces phénomènes internes sont loin d'être faciles à diagnostiquer, et les plaies de la rate ne sont guère soupçonnées que lorsque le siège et la direction de la plaie peuvent y faire penser, ou encore, ce qui est plus rare ici que partout ailleurs, lorsqu'on peut constater par la vue la lésion de ce viscère. Les accidents consécutifs aux plaies de la rate résultent de l'infection péritonéale et nous ne reviendrons pas sur les symptômes de la péritonite généralisée.

Nous ne dirons rien des symptômes des plaies du pancréas et 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.

Diagnostic. — Pour être complet, le diagnostic devrait comprendre la solution des points suivants : la plaie abdominale est-elle pénétrante? Si elle est pénétrante a-t-elle intéressé un viscère et l'intestin en particulier est-il perforé? Enfin quelle est la portion de l'intestin qui est atteinte? La plupart de ces questions restent souvent sans réponse.

Nous avons énuméré tous les signes pathognomoniques de la pénétration dans ses différents modes. Par malheur, nous le savons, tous ces signes font défaut dans bien des cas. Dans ces conditions il y a deux partis à prendre : ou bien attendre les événements en restant dans l'incertitude jusqu'au moment où les signes de l'infection péritonéale, s'ils surviennent, démontreront à la fois la pénétration et la lésion viscérale; ou recourir à des moyens d'exploration qui permettent un diagnostic précoce.

On peut, en présence d'une plaie pariétale, chercher, si on le juge utile, à se rendre compte de la pénétration ou de la non-pénétration en sondant la plaie avec le doigt, en débridant le trajet de façon à en reconnaître le fond. Presque toujours, lorsque la pénétration sera démontrée, la laparotomie suivra cette exploration.

La laparotomie seule permet de reconnaître une lésion viscérale que ne décèle aucun signe primitif. On ne peut accorder en effet aucune confiance au procédé de Senn dont nous avons parlé au chapitre précédent : l'insufflation de l'hydrogène par le rectum qui révélerait la perforation intestinale en produisant la tympanite. Ce procédé est dangereux; il augmente le choc, crée des difficultés à la rentrée de l'intestin après la laparotomie; il a provoqué la rupture de plaies intestinales antérieurement suturées. Il n'est pas infailible : avec lui on a méconnu deux perforations de l'estomac (Dalton).

Le siège de la blessure ne pourra guère qu'être soupçonné d'après le lieu où se trouve la plaie extérieure. L'estomac pour l'épigastre, le

côlon ascendant ou le cæcum à droite seront toujours mis en cause. Mais nous savons que l'agent vulnérant borne rarement son action à une seule portion du tube digestif et qu'après avoir traversé l'estomac, le côlon ou le cæcum, il peut encore atteindre l'intestin grêle. C'est par la laparotomie seule qu'on pourrait acquérir des renseignements complets sur le nombre et le siège des lésions.

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 3031 morts, 446 guérisons seulement et 242 résultats inconnus, soit une mortalité de 87,2 pour 100; 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.

La gravité du pronostic est d'ailleurs bien différente suivant les caractères de la plaie et la nature de l'agent qui l'a produite.

Les *plaies pénétrantes simples* sont tout naturellement moins graves que celles qui se compliquent de plaies viscérales. Mais une hémorrhagie un peu abondante, la présence d'un corps étranger, l'issue de l'épiploon ou de l'intestin et leur souillure constituent pour cette variété de plaie des complications toujours sérieuses.

Pour les *plaies pénétrantes avec lésion du tube digestif*, il faut distinguer les *plaies par armes blanches* des *plaies par armes à feu*. Les premières sont incontestablement moins graves; la statistique d'Otis donne 59 pour 100 comme chiffre de leur mortalité; sur 21 cas où, en s'appuyant sur la constatation d'un signe pathognomonique, la perforation a pu être affirmée, Reclus n'a relevé que 5 morts. Pour les plaies par armes à feu Otis a trouvé une mortalité de 80 pour 100; mais il faut distinguer ici les plaies par projectiles de petit calibre comme ceux de revolver et les plaies dues

aux armes de guerre. Avec celles-ci la mort par péritonite est à peu près certaine, car les lésions intestinales sont telles que l'épanchement stercoral ne peut guère être évité. Avec les revolvers de petit calibre la guérison s'observerait, d'après Reclus, dans les trois quarts de cas; mais cette opinion est loin d'être partagée par tout le monde.

Le pronostic change suivant la partie de l'intestin qui a été blessée.

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. Pour celles-ci on cite en effet de nombreux exemples de guérison et, quoi qu'on en ait dit, les plaies du côlon descendant ne sont pas plus dangereuses que celles du côlon ascendant. Celles du côlon transverse seraient un peu plus sérieuses.

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. Toutes les statistiques sont loin d'être aussi sombres. C'est ainsi que Bailly, élève de Le Fort, sur 88 cas a trouvé une mortalité inférieure à 15 pour 100, chiffre certainement exagéré. Il est exact que les plaies de l'estomac guérissent plus souvent que celles de l'intestin grêle; mais elles sont encore loin d'être bénignes.

Relativement aux plaies du foie, il est fort difficile de se prononcer. La statistique d'Otis donne une mortalité de 65,5 pour 100 pour 175 cas; celle de Mayer, portant sur 177 faits, donne un résultat très différent: plaies par armes à feu, 15 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 chose à faire, s'il s'agit d'une plaie non pénétrante: arrêter l'hémorragie par la forcipressure ou la ligature; extraire le corps étranger, si on a pu le trouver facilement; nettoyer soigneusement la plaie avec les solutions de sublimé ou d'acide phénique; réunir par quelques crins de Florence; 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 lésions viscérales, 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 conduite à tenir vis-à-vis de l'issue de l'épiploon et des viscères abdominaux est maintenant très claire. 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 est 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 lie solidement l'épiploon au catgut ou à la soie, on l'excise et on réduit le moignon dûment lavé dans l'abdomen. La plaie pariétale sera suturée comme dans les cas précédents. Si l'épiploon est souillé de telle façon que l'antisepsie ne puisse être faite, on réséquera la portion douteuse et on fixera le pédicule dans la plaie.

On se comportera de même si l'épiplocèle est ancienne, très volumineuse, enflammée.

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, protégées avec des linges chauds et antiseptiques. Cette réduction pourra nécessiter le débridement de la plaie. Si l'intestin hernié est enflammé, si la vitalité de l'anse ne semble plus complète par suite de l'étranglement qu'elle a subi, on peut encore réduire après nettoyage soigneux; mais on aura soin de fixer l'anse au voisinage de la plaie abdominale qu'on ne refermera pas.

Y a-t-il une perforation de l'intestin hernié, il faut fermer cette plaie par la suture intestinale. En présence d'une anse étranglée et menacée de gangrène, si l'état général du malade est bon, et qu'il puisse supporter une opération assez longue on pratique l'entérectomie et l'entérorrhaphie. Dans le cas contraire, ou avec des lésions contuses machées de l'intestin, beaucoup de chirurgiens reculent devant la résection et se contentent d'amener l'intestin perforé au contact de plaie cutanée pour créer un anus artificiel que l'on pourra guérir ultérieurement.

Dans tous les cas que nous venons d'examiner, les indications thérapeutiques sont très simples et l'accord des chirurgiens est parfait. Il n'en est plus de même lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie pénétrante sans hernie des viscères.

Ici encore deux conditions précises peuvent se rencontrer qui commandent une thérapeutique indiscutable.

Un écoulement sanguin par la plaie, phénomène très rare, ou l'apparition des signes qui traduisent une abondante hémorragie interne fournissent la meilleure indication d'une laparotomie immédiate. L'abdomen étant ouvert sur la ligne médiane, on évacuera les caillots et l'on placera un catgut sur le vaisseau qui donne.

La laparotomie est également de règle pour les cas où se produit une issue immédiate de gaz ou de matières par l'ouverture extérieure, pour ceux où une tympanite précoce ou localisée permet d'affirmer l'effusion des gaz dans l'abdomen. Dans les faits de ce genre on ne peut douter en effet du contact établi entre le péritoine et le contenu de l'intestin. Il faut aller au plus vite obturer l'orifice par lequel les matières se déversent.

Dans le plus grand nombre des cas ces phénomènes manquent.

On a à traiter une plaie pénétrante. La lésion viscérale est infiniment probable, mais elle n'est pas prouvée. Deux parties s'offrent : l'expectation avec un traitement médical, ou l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire la laparotomie. Pendant quelque temps les chirurgiens ont paru se partager en deux camps très nets, les non-interventionnistes, pour lesquels l'abstention était de règle dans tous les cas, les interventionnistes qui opéraient toujours. Les premiers, dont Reclus à Paris a semblé un moment le chef, opposaient aux revers de la laparotomie primitive (60 à 90 pour 100 de mortalité) les succès de l'expectation qu'ils évaluaient à 75 pour 100. — Mais on ne saurait vraiment accepter sans discussion les résultats de ces statistiques. Elles n'ont convaincu personne, pas même ceux qui les ont recueillies. Rien d'ailleurs ne serait plus antiscientifique et plus barbare, que de se déterminer dans un cas particulier d'après un calcul de probabilité basé sur un ensemble de faits quelconques. L'opinion qui nous paraît prévaloir est celle que Jalaguier a bien exposée dans le *Traité de chirurgie de Simon Duplay et Reclus*.

La plaie a été produite par un instrument assez acéré, ou par une balle de tout petit calibre, 5 à 6 millimètres; il n'y a aucun symptôme local ou général, indiquant une pénétration des matières ou des gaz dans le péritoine; abstention avec immobilité, opium, glace, etc.; mais au moindre symptôme anormal pratiquer la laparotomie.

Quand la plaie est le résultat d'un coup de couteau ou de tout instrument du même genre, ou bien de la pénétration d'un projectile supérieur comme calibre à 5 à 6 millimètres, il faut s'assurer de la pénétration, et, en cas de plaie pénétrante, intervenir par la laparotomie immédiatement après l'accident, même en absence de tout indice d'une lésion viscérale.

La principale condition du succès ici c'est la rapidité de l'intervention. Si l'on attend comme on l'a conseillé, l'apparition des accidents péritonitiques, on se trouve presque toujours en présence d'une péritonite beaucoup plus étendue que les accidents constatés auraient pu le faire croire, et dans ces conditions on n'obtient que des résultats déplorables la plupart du temps. — Si l'on voulait aller au fond des choses, il faudrait dire que l'indication tirée de l'apparition des phénomènes péritonitiques est encore inexacte pour un motif tout

opposé. La réaction péritonéale s'observe dans une forte proportion chez les malades qui doivent guérir, mais elle tourne court comme l'a fait remarquer Ch. Nélaton.

Nous pensons donc qu'il faut dans les plaies de l'abdomen ne pas s'en tenir à des préceptes trop généraux, mais examiner chaque cas, et se déterminer rapidement, immédiatement, en connaissance de cause, pour l'abstention ou pour l'intervention.

Voyons rapidement quelle sera la *technique de l'opération* : La paroi abdominale sera divisée sur la ligne médiane sur une longueur de 12 à 15 centimètres au moins. En cas d'hémorrhagie constatée, nous savons ce que l'on doit faire. On ira ensuite à la recherche des lésions intestinales. Sauf certains cas, où l'on est conduit par l'épanchement des matières sur la blessure même, on se trouve dans la nécessité d'explorer méthodiquement le tube digestif. On part pour cela du cæcum et l'on suit dans une direction le gros intestin, puis dans une autre l'intestin grêle. Dans cette manipulation, les anses, dont on évitera autant que possible la sortie en masse, seront retenues par des compresses chaudes rigoureusement stérilisées. La manœuvre doit être aussi rapidement faite que possible; c'est une importante condition du succès. Suivant la nature des lésions constatées, on pratiquera la suture intestinale ou l'entérectomie suivie de l'entérorrhaphie. Nous renvoyons pour la description de ces opérations, aux traités de médecine opératoire.

Toutes les fois que le péritoine a été souillé par le contenu de l'intestin, et surtout s'il y a déjà des lésions de péritonite, on devra compléter l'opération par le lavage de la séreuse. Plusieurs litres d'eau à 40 ou 45 degrés stérilisée et contenant 7 pour 100 de chlorure de sodium devront passer dans l'abdomen. Enfin, s'il reste quelque doute sur l'asepsie de la cavité péritonéale, au lieu de refermer complètement l'abdomen, on établira le drainage avec de la gaze iodoformée suivant le procédé de Mikulicz.

En cas de plaie de la vésicule biliaire, l'agrandissement de la plaie, la suture de la vésicule ou même la cholécystectomie nous paraîtraient fort logiques, 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.