

l'imagine de découvrir le siège de la lésion, car la couche de matières fécales qui tapisse les anses intestinales et la sortie de ces matières par la plaie de l'intestin permettent bien vite au chirurgien de trouver la solution de continuité.

Les épanchements stercoraux dus à la lésion de parties extra-péritonéales de l'intestin occupent une place particulière, au point de vue de l'intervention chirurgicale. Lorsqu'on est parvenu à en faire le diagnostic, on doit les ouvrir le plus tôt possible. De même les abcès qui surviennent dans la suite, tels que les abcès stercoraux et urinaires enkystés, doivent être incisés dès qu'il est possible de le faire sans blesser en même temps le péritoine.

De même lorsqu'on a posé d'une façon certaine le diagnostic d'une blessure de la vésicule biliaire, on est parfaitement autorisé à pratiquer la laparotomie, dans le but de débarrasser la cavité abdominale de la bile épanchée, et d'aller à la recherche de la plaie de la vésicule que l'on ferme par la suture, ou dont on réunit les bords avec la peau de façon à former une fistule qui permette à la bile de s'écouler au dehors. On sait, en effet, que l'écoulement continu de la bile dans la cavité abdominale provoque régulièrement une péritonite mortelle.

Plaies de l'abdomen.

§ 10. — Selon l'usage établi on distingue aussi à l'abdomen des plaies **pénétrantes** et des plaies **non pénétrantes**. On désigne sous le nom de plaies pénétrantes celles qui arrivent jusque dans la cavité péritonéale ou dans un organe non revêtu par le péritoine comme le côlon descendant, le cœcum, la vessie, etc.

Les **plaies non pénétrantes** de la paroi abdominale n'offrent, en somme, que peu de particularités. Elles guérissent de la même manière que les autres plaies des parties molles; pendant la guérison on voit quelquefois survenir des processus phlegmoneux dans les espaces intermusculaires correspondants. Lorsque la blessure s'étend jusque dans le tissu sous-séreux, ce dernier peut devenir le siège d'un phlegmon, et une péritonite purulente en est facilement la conséquence. D'autre part, une plaie musculaire étendue, lorsqu'elle guérit d'une façon défectueuse, fait courir au blessé le danger d'une hernie abdominale.

Toutes les fois qu'on pourra le faire, on cherchera, par des sutures profondes à obtenir une guérison par première intention des plaies que nous venons de décrire. Des plaies inégales, à bords déchiquetés, compliquées d'épanchement sanguin etc., ne peuvent naturellement pas être réunies par des sutures. Dans ces cas la blessure sera traitée selon les règles généralement usitées et l'on apportera un soin tout particulier à prévenir le développement d'un phlegmon. L'emploi de la méthode antiseptique se recommande ici tout particulièrement; on placera de nom-

breux tubes à drainage dans la plaie suturée, ou bien on les fera sortir par des boutonnières établies dans les points les plus favorables à l'écoulement des liquides. Les plaies déjà infectées doivent être rendues aseptiques par l'emploi de substances désinfectantes (sublimé, iodoforme, acide phénique), puis recouvertes d'un pansement antiseptique.

Après la guérison de plaies étendues de l'abdomen il est bon de faire porter encore pendant longtemps au blessé une ceinture élastique, afin d'éviter une éventration et de favoriser la formation d'une cicatrice étroite.

Les **blessures par armes à feu de petit calibre** se présentent parfois sous forme de plaies en contour assez longues. Dans ces cas on peut se demander s'il s'agit vraiment d'une lésion des parois seulement ou bien, au contraire, d'une véritable plaie pénétrante, et la même question se pose assez souvent aussi pour les autres formes de blessures. Il n'est absolument pas dans l'intérêt du blessé de chercher, dans ces cas, à donner au diagnostic toute la certitude désirable. L'exploration avec les doigts ou des instruments n'est permise que lorsqu'on a des motifs d'admettre la présence de corps étrangers dans une plaie récente. Si ce n'est pas le cas, on traitera comme si elle était indubitablement pénétrante toute plaie qui ne présente pas des signes certains de pénétration. Mais s'il existe déjà des symptômes faisant craindre une perforation et le développement d'une péritonite, on devra examiner la plaie avec soin, et au besoin l'agrandir par une incision, afin de pouvoir, cas échéant, commencer le traitement de la péritonite par la désinfection de la cavité abdominale.

§ 11. — Les **plaies pénétrantes de l'abdomen** doivent être divisées en deux catégories: les plaies pénétrantes simples de la paroi abdominale, et celles qui intéressent en outre les viscères, tels que l'estomac, l'intestin, etc.

Les **plaies pénétrantes simples**, c'est-à-dire celles qui pénètrent simplement dans la cavité péritonéale, peuvent certainement s'observer aussi bien que les plaies simples de la plèvre, mais en somme elles sont assez rares. Elles sont produites le plus facilement par des instruments tranchants ou contondants; cependant un instrument plus ou moins piquant peut aussi, dans quelques cas, blesser seulement le péritoine sans produire de lésions d'organes. La possibilité de l'existence d'une plaie pénétrante sans lésion viscérale a été prouvée soit par des autopsies, soit par des expériences sur le cadavre (recherches d'HERRMANN et d'ALBRECHT, sous la direction de REIHER). Ces expérimentateurs ont réussi assez souvent à faire pénétrer dans la cavité abdominale une tige triangulaire d'une épaisseur de 16 mm. sans blesser aucun organe. Une plaie pénétrante simple n'offre rien de caractéristique au point de vue des symptômes primitifs, et souvent on ne peut décider si elle est vraiment pénétrante. Cependant, outre la lésion des vaisseaux musculaires, on peut observer aussi celle des vaisseaux profonds sous-séreux,

et principalement de l'artère épigastrique qui passe dans le tissu sous-séreux le long du bord externe du muscle grand droit. Il faut alors s'attendre à voir survenir des symptômes d'anémie. Les autres phénomènes que l'on observe quelquefois primitivement à la suite des plaies de l'abdomen, ne diffèrent en rien de ceux que nous avons décrits à propos des contusions. Les vomiturations et les vomissements ne sont pas rares et s'accompagnent souvent de symptômes de shock plus ou moins prononcés.

Lorsque la plaie est peu étendue, ses bords peuvent s'accoler si favorablement qu'elle ne reste pas béante et que la guérison s'opère sans l'intervention de l'art. Par contre toute plaie béante de l'abdomen donne lieu nécessairement à une inflammation des parties du péritoine et de la cavité abdominale qui sont exposées au contact de l'air. Nous avons déjà dit, dans les premiers paragraphes de ce chapitre, que cette inflammation peut, dans des circonstances favorables, provoquer la formation d'adhérences, au niveau de la plaie béante, par le fait qu'un organe avec la membrane séreuse qui le tapisse, vient s'appliquer contre le péritoine, dans le voisinage de la plaie. La guérison se fait alors par seconde intention, c'est-à-dire par voie de granulation. C'est le cas le plus favorable. Lorsqu'il s'agit d'une plaie étendue de la paroi, elle se complique bien plus facilement d'une inflammation diffuse s'étendant à tout le péritoine, et cette inflammation, dans certaines conditions défavorables, se développe même à la suite de petites blessures sans gravité en apparence. Ces petites plaies sont surtout dangereuses lorsqu'elles ont été faites par un instrument portant des germes d'infection. Un coup porté avec un couteau malpropre peut provoquer une péritonite, et il en est de même lorsque l'instrument vulnérant a entraîné dans la cavité abdominale des souillures du vêtement et de la peau du blessé. Abstraction faite de ces cas, nous devons mentionner comme conditions défavorables toutes les causes capables de favoriser les phénomènes de décomposition putride, comme un air imprégné d'agents de putréfaction, ou des corps étrangers en décomposition ou facilement putrescibles qui ont pénétré dans la plaie; enfin, dans beaucoup de cas, il s'agit d'une inflammation septique spécifique.

Les nombreuses observations de blessures de l'abdomen nous prouvent que dans une grande proportion des cas on peut épargner aux plaies simples toutes ces complications accidentelles. L'ovariotomie qui a été si souvent pratiquée dans ces derniers temps, nous fournit la meilleure preuve que les plaies les plus étendues de l'abdomen ne donnent qu'une proportion relativement faible de péritonites mortelles, à condition que l'on prenne les précautions les plus rigoureuses pour empêcher la pénétration d'agents de putréfaction dans la cavité abdominale, et qu'avant la fermeture artificielle de la plaie, on ait soin de procéder à un lavage minutieux de la cavité péritonéale, afin d'en éloigner toute trace de sang et d'autres corps étrangers.

Le moyen le plus sûr d'éviter une péritonite septique à la suite d'une plaie de l'abdomen, consiste dans la suture faite avec les précautions antiseptiques.

Tout d'abord le voisinage de la plaie et la plaie elle-même seront nettoyés et désinfectés par le procédé bien connu. Si la blessure est due à un instrument malpropre ou que des explorations aient été pratiquées jusque dans la cavité abdominale sans précautions suffisantes, on fera bien de désinfecter les parties du péritoine et des organes abdominaux les plus rapprochées de la plaie par des irrigations avec une solution d'acide salicylique suivies d'un court lavage avec une solution de sublimé. Puis l'hémostase est pratiquée très soigneusement au moyen de ligatures au catgut, et l'on fait des sutures profondes à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale sur une largeur suffisante; ces points de suture comprennent également le péritoine, mais seulement la partie de ce dernier qui tend à faire saillie dans la plaie; les bords de la solution de continuité du péritoine sont ainsi réunis exactement l'un à l'autre et de façon qu'ils ne soient pas attirés entre les lèvres de la plaie par la traction des fils. Outre ces sutures profondes on en fait un certain nombre de superficielles.

Lorsqu'on a pratiqué le nombre de sutures profondes et superficielles suffisant pour fermer exactement la plaie, on a mis obstacle par le fait à l'introduction d'agents infectieux ainsi qu'à l'issue des anses intestinales. Si l'on se contentait de la suture superficielle ne dépassant pas la couche sous-cutanée, l'intestin pénétrerait facilement à travers l'ouverture péritonéale et viendrait s'étrangler entre les bords de la plaie, ou en tout cas ferait continuellement saillie au-dessous de la cicatrice, une fois la réunion opérée.

Après avoir terminé la suture on appliquera un pansement antiseptique, et sous ce rapport c'est le pansement de Lister qui est le plus sûr. On recouvre d'abord la plaie et son voisinage de grandes quantités de gaze chiffonnée, que l'on maintient modérément serrée contre la paroi abdominale par des tours de bande. Puis on applique un grand pansement de Lister. La compression par le pansement peut facilement être augmentée à l'aide d'une bande élastique, que l'on aura soin cependant de ne pas tendre trop fortement. Il va sans dire que les tours de bande doivent être relâchés dès que l'on constate du ballonnement.

Lorsque les conditions ne permettent pas de compter sur une réunion immédiate, par exemple dans les plaies fortement contuses et dans celles qui sont produites par des projectiles de guerre, on pratiquera la suture après avoir avivé la plaie et introduit le nombre de drains nécessaire. Toutefois si les lésions sont tellement étendues qu'une réunion par première intention soit impossible, on se contentera d'appliquer, après une bonne désinfection de la plaie, un pansement de Lister compressif.

Nous avons déjà indiqué plus haut la ligne de conduite à suivre lorsque, appelé auprès d'un blessé atteint d'une plaie pénétrante de l'abdo-