

men, on constate déjà des signes de péritonite. Si la plaie est largement béante, on la soumettra à des lavages antiseptiques, et l'on désinfectera ensuite également la cavité péritonéale. S'agit-il d'une blessure par instrument piquant, on incisera la plaie jusqu'à l'orifice du péritoine, que l'on agrandira de façon à pouvoir pratiquer la désinfection de la cavité péritonéale; on fera bien dans ces cas, si l'on veut suturer ensuite la plaie, d'introduire dans l'ouverture du péritoine un tube à drainage saupoudré d'iodoforme. Dans plusieurs cas j'ai vu la péritonite céder à ce moyen de traitement.

§ 12. — Jusqu'ici nous ne nous sommes occupés que des conditions les plus simples d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Mais on les rencontre bien rarement dans la pratique, et l'accident le plus fréquent de ces plaies consiste dans la **hernie des organes intra-péritonéaux**. Sous ce rapport il faut citer en première ligne **l'épiploon et l'intestin**. Les parties en contact avec la paroi abdominale font irruption hors de la plaie à la première expiration forcée, et sont plus ou moins étranglées lorsque la blessure est étroite. Par le fait de cet étranglement il se produit une stase dans la partie herniée et le gonflement qui en résulte vient encore ajouter aux difficultés de la réduction. Or si cette dernière n'est pas pratiquée de bonne heure, la partie herniée se soude au péritoine dans le voisinage de la plaie et joue ainsi le rôle d'un bouchon, tandis que la partie saillante au dehors devient le siège de phénomènes inflammatoires; finalement, si l'on n'intervient pas, elle se recouvre de granulations, puis d'une membrane cicatricielle mince, ou bien, si la constriction est plus forte, la partie herniée se mortifie sur une étendue plus ou moins grande. D'autre part, les plaies compliquées de hernie des viscères ne sont pas à l'abri de la péritonite septique.

La **hernie de l'épiploon** est celle qui présente relativement le moins de dangers. Dans les plaies qui ne sont pas trop étendues, l'épiploon s'applique intimement au pourtour de la solution de continuité, et, si l'on n'en fait pas la résection, il joue le rôle d'un bouchon organique permanent. Quant à la portion de l'épiploon qui fait saillie au dehors, ou bien elle se cicatrise, ou bien elle est éliminée par la gangrène, suivant son volume, le degré de constriction exercée sur ses vaisseaux par les bords de la plaie, et l'état normal ou pathologique de son tissu. Mais même dans les cas où la gangrène de l'épiploon s'étend jusqu'au niveau de la plaie, le danger d'une propagation de l'inflammation putride à la cavité abdominale est tout à fait minime. Par sa structure l'épiploon se prête peu à la diffusion des processus inflammatoires. Par contre on verra survenir une péritonite si la portion enflammée ou déjà en partie gangrenée de l'épiploon a été refoulée dans la cavité abdominale.

Quant à la **hernie de l'intestin**, elle constitue dans tous les cas une complication plus fâcheuse. D'abord, lorsque la plaie est étroite, on peut voir survenir immédiatement un étranglement de la partie herniée de

l'intestin, accident qui, dans les cas où l'on n'a pas fait la réduction, peut se produire à chaque instant pendant toute la durée de la guérison. En outre le blessé court le danger de l'inflammation et de ses conséquences, à savoir la propagation du processus inflammatoire à la cavité abdominale, la perforation de l'anse herniée et la formation d'une fistule de l'intestin ou d'un anus contre-nature. Même dans les cas où le blessé réussit à guérir avec une anse intestinale perméable et recouverte d'une cicatrice, il court continuellement un danger par le fait de la persistance de la hernie. Outre l'épiploon et l'intestin on a déjà vu des parties du foie ou des reins faire hernie dans les plaies de l'abdomen. Mais parmi les organes glandulaires, ce sont des portions de la rate ou la rate toute entière que l'on rencontre le plus souvent dans les hernies, sans qu'il en résulte des accidents graves, abstraction faite de l'hémorragie ou de la gangrène de l'organe hernié.

§ 13. — Avant de discuter le procédé à suivre dans les cas de hernies traumatiques des différents organes abdominaux, nous devons encore apprendre à connaître les lésions de l'estomac et de l'intestin qui compliquent si souvent les plaies pénétrantes de l'abdomen.

Les **plaies de l'intestin** constituent la complication la plus fréquente des plaies pénétrantes de l'abdomen, et comme nous l'avons déjà rappelé, il existe des plaies que l'on désigne sous le nom de pénétrantes et qui n'intéressent que l'intestin, c'est-à-dire la partie de la paroi de l'intestin qui ne se trouve pas recouverte par le péritoine (côlon descendant, coecum, etc.).

La partie du tube intestinal la plus souvent blessée est l'intestin grêle. L'importance de ces plaies est naturellement très variable suivant leur étendue, leur direction et leur situation. Une division complète de l'intestin entraîne presque toujours, et en très peu de temps, les dangers que nous avons déjà signalés plusieurs fois, tandis qu'une petite piqûre avec une aiguille est à peu près sans importance. Dans les grandes plaies de l'intestin il importe peu que la direction de la solution de continuité soit transversale ou longitudinale; les plaies longitudinales sont largement béantes dans la direction transversale, tandis que dans les plaies transversales l'écartement se produit dans le sens de la longueur de l'intestin, avec renversement de la muqueuse au dehors par suite de la contraction des fibres musculaires longitudinales. Les plaies transversales et longitudinales peu étendues offrent des conditions relativement meilleures au point de vue de leur occlusion provisoire, ainsi que nous l'avons déjà vu à propos des ruptures de l'intestin (§ 7). Une blessure de l'intestin à l'état de plénitude est, à cause du danger de l'issue des matières fécales, bien plus grave qu'une blessure semblable faite avec le même instrument sur une anse intestinale vide. Cependant nous devons faire remarquer que lorsque l'intestin est à l'état de plénitude, la plaie, après l'issue de son contenu, devient relativement plus petite que la blessure faite à un intestin déjà contracté, toutes autres conditions étant égales d'ailleurs. Les plaies de l'intestin ont naturellement plus d'importance lorsqu'elles s'accompagnent d'une déchirure

des parois abdominales par la pénétration de corps massifs tels que des pieux ou de petits projectiles de guerre, etc.

Ainsi que nous l'avons vu aux paragraphes 3 et 7, la situation de l'intestin blessé joue un rôle extrêmement important au point de vue des conditions nécessaires à la guérison. Nous avons dit que si la séreuse du voisinage de la plaie vient s'appliquer sur d'autres parties recouvertes également de péritoine et y provoque une inflammation adhésive, les principales conditions de guérison se trouvent réalisées. Or il est presque superflu de faire remarquer que sous ce rapport la lésion d'une anse intestinale en relation avec la paroi de l'abdomen, l'épiploon ou la face inférieure du foie, offre de bien meilleures chances de guérison que la lésion d'une partie de l'intestin située au milieu de la cavité abdominale, entre d'autres anses intestinales. Ici en effet les mouvements de l'intestin mettent certainement obstacle à l'accrolement et à la soudure de la partie blessée. La hernie de l'intestin blessé est aussi d'un pronostic plus favorable en ce sens que l'issue des matières stercorales se fait au dehors et non dans la cavité péritonéale.

§ 14. — Ce sont essentiellement les conditions anatomiques et mécaniques exposées plus haut qui décident des **symptômes et de la marche des plaies intestinales**. Les phénomènes observés dépendent principalement de l'issue du contenu de l'intestin comme nous l'avons déjà vu à propos des ruptures du tube intestinal. Lorsque de grandes quantités de matières stercorales pénètrent dans la cavité abdominale, on voit dans la plupart des cas survenir une péritonite aiguë à terminaison rapidement mortelle. L'apparition soudaine des symptômes douloureux, de la tympanite, des vomissements et du collapsus, permettra de poser le diagnostic d'épanchement stercoral. L'issue des matières fécales ou alimentaires par la plaie rendrait le diagnostic absolument certain, mais ce symptôme fait le plus souvent défaut. A ces cas malheureux on en peut opposer d'autres dans lesquels, bien que le contenu de l'intestin ne s'écoule pas au dehors, on voit survenir non pas une péritonite septique, mais simplement une inflammation adhésive modérée. Ici également le diagnostic peut rester douteux lorsque l'intestin ne fait pas hernie dans une large plaie, où que l'on n'a pas vu sortir de petites quantités de matières fécales par la plaie extérieure avant que l'intestin contracté se soit accolé et soudé à la paroi de l'abdomen. Entre ces deux possibilités extrêmes il en existe une troisième intermédiaire ; ce sont les cas dans lesquels de petites quantités de matières fécales ou de gaz sortis de l'intestin s'enkystent dans la cavité abdominale par suite de la formation d'adhérences entre les anses intestinales, ou de la soudure de l'intestin à la paroi de l'abdomen. On peut alors observer tout d'abord des symptômes modérés de péritonite, et si la plaie de l'intestin reste ouverte, il est bien possible que les petites quantités de matières épanchées rentrent dans l'intestin par le fait de la rétraction cicatricielle de la capsule de nouvelle formation ; la guérison peut être ainsi définitivement obtenue. Mais une marche aussi favorable est certai-

nement l'exception ; en règle générale, de nouvelles quantités de matières fécales s'écoulent hors de la plaie intestinale restée ouverte et provoquent la décomposition putride de l'épanchement enkysté. Même dans ce cas la guérison de l'abcès stercoral est possible si le pus réussit à se frayer un passage dans l'intestin en perforant les parois de ce dernier, mais encore plus souvent on voit survenir la fonte putride et la perforation de la capsule et finalement une péritonite septique. Les épanchements stercoraux provenant d'une partie de l'intestin en rapport avec la paroi abdominale, provoquent parfois la formation d'un abcès tendant à s'ouvrir à l'extérieur ; on le reconnaît à l'existence de symptômes inflammatoires et à la présence de gaz dans la cavité de l'abcès. Les plaies des portions de l'intestin non recouvertes par le péritoine se terminent aussi généralement de la même manière ; si dans ces cas les matières intestinales ne s'écoulent pas directement au dehors par la plaie extérieure, elles pénètrent dans les parties molles et sont le point de départ d'un phlegmon septique avec suppuration et gangrène des tissus.

Lorsqu'on a négligé de suturer une plaie intéressant une anse intestinale herniée ou en contact avec la paroi de l'abdomen, une **fistule intestinale** en est la conséquence habituelle. Une telle fistule peut se fermer, et dans ce cas les adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale peuvent s'allonger considérablement et disparaître. D'autre part, lorsque la muqueuse intestinale est venue se souder à la peau, il en résulte une fistule persistante (fistule labiée), et lorsque la communication avec l'extérieur est plus large et qu'une forte coudure de l'intestin met obstacle au passage des matières stercorales dans le bout inférieur, on se trouve en présence d'un **anus contre-nature**.

§ 15. — Les **plaies de l'estomac** ressemblent en tous points à celles de l'intestin que nous venons de décrire. Les plaies de la région comprise entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde sont celles qui atteignent le plus souvent la paroi antérieure, et dans certains cas aussi la paroi postérieure de l'estomac. Ici encore le danger de pareilles lésions dépend des conditions énoncées plus haut. Un estomac à l'état de plénitude se présente naturellement dans des conditions bien plus propices à un épanchement abondant de substances alimentaires. Mais, d'autre part, l'estomac trouve à un haut degré dans son voisinage les conditions que nous avons considérées comme favorables à une guérison par première intention ; il est en rapport sur une grande étendue avec le péritoine pariétal, l'épiploon et le foie. C'est pourquoi les petites plaies se ferment spontanément et guérissent en contractant des adhérences avec les surfaces péritonéales en question. On a même vu guérir des blessés dont l'estomac avait été perforé de part en part par une balle (FISCHER entre autres). Par contre la lésion des gros vaisseaux de l'estomac constitue une complication sérieuse, parce que le sang qui, généralement, s'é-