

panche dans la cavité péritonéale, a alors une tendance à subir la décomposition putride. Si la plaie de l'estomac se soude directement à la plaie extérieure de façon que la muqueuse se réunisse à la peau, il en résulte une fistule stomacale permanente. D'autre part les plaies de l'estomac peuvent donner lieu à un épanchement de substances alimentaires, soit en avant, sous la paroi abdominale, soit dans la profondeur. Toutes ces particularités et surtout la formation de fistules nous expliquent pourquoi les petites plaies de l'estomac par instruments piquants ne sont pas aussi dangereuses qu'on l'admet généralement.

§ 16. — Nous allons maintenant entreprendre l'étude du **traitement des complications des plaies pénétrantes de l'abdomen**, et aborder en premier lieu la question de savoir quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une hernie traumatique des différents organes abdominaux.

En général nous avons d'autant plus le devoir d'opérer la réduction d'un organe hernié que nous voyons le blessé plus tôt après l'accident. Lorsque la hernie date déjà d'assez longtemps, c'est d'après les altérations survenues dans les viscères herniés que l'on jugera si l'on peut être autorisé à en faire la réduction. Plus un organe hernié est enflammé et plus il est à craindre qu'en le refoulant dans l'abdomen on n'introduise en même temps des agents irritants capables de provoquer une péritonite septique diffuse, et l'on agira sagement dans ces cas en laissant l'organe en question au dehors, ou en en pratiquant l'excision suivie de la réduction du moignon après ligature des vaisseaux (épiploon).

Pour ce qui concerne d'abord l'épiploon, il n'y a aucun doute que lorsqu'il est intact et la hernie récente, il faut en faire la réduction, à condition qu'il ne soit pas nécessaire d'agrandir beaucoup la plaie par des incisions. Mais si dans une hernie récente, l'épiploon présente de notables altérations, s'il est contus, déchiré, si ses vaisseaux sont blessés, on sera très réservé dans le choix des cas dans lesquels on croit devoir encore tenter la réduction, et l'on y renoncera tout à fait lorsque la partie herniée a été souillée d'une façon notable. Si l'un ou l'autre vaisseau seulement a été blessé, on en fera la ligature avec un fil de catgut; si c'est uniquement l'extrémité de la partie herniée qui présente des signes de contusion ou de souillure, on pourra en faire la résection et lier les vaisseaux qui donnent du sang, puis pratiquer la réduction. Mais on ne devrait pas pousser plus loin les tentatives de ce genre, bien que l'on ait publié de nombreux cas de guérison dans lesquels la réduction avait été opérée malgré les conditions défavorables que nous venons de faire connaître, ou dans lesquels le moignon de l'épiploon avait été réduit après résection de la partie saillante hors de la plaie et ligature des vaisseaux.

Dans le cours des dernières années, lorsque je me suis trouvé en présence d'une hernie de l'épiploon, et que ce dernier n'avait pas encore subi d'altérations inflammatoires secondaires, mais était souillé et déchiré, j'ai eu recours au procédé qui consiste à agrandir la plaie, à attirer au dehors une nouvelle portion

d'épiploon, puis à pratiquer l'excision de la partie souillée après ligatures multiples du pédicule avec des fils de catgut. Le moignon d'épiploon était ensuite refoulé dans la cavité abdominale et la plaie réunie avec soin par des sutures. Une pareille intervention n'est évidemment justifiée qu'à la condition que le chirurgien observe strictement les règles de l'antisepsie et pratique la désinfection avec une solution d'acide phénique ou de sublimé. Je suis très satisfait des résultats de cette opération, tant au point de vue du soulagement immédiat du blessé qu'à celui de la solidité de la réunion de la plaie abdominale. Je serais même tenté de considérer le procédé que nous venons de décrire comme étant le procédé normal pour tout chirurgien rompu à l'antisepsie. Cependant il faut avouer que, dans certains cas douteux, il semble préférable de laisser l'épiploon hernié dans la plaie que de le réduire dans la cavité abdominale; du reste, l'abandon de l'épiploon à l'extérieur, loin d'être un grand inconvénient, peut même dans certaines conditions offrir quelque avantage. L'épiploon joue, en effet, plus ou moins pour la plaie le rôle d'un bouchon organique; il se soude aux bords de la blessure, se recouvre de granulations, et finalement reste adhérent à la cicatrice extérieure ou se retire peu à peu ultérieurement dans la cavité abdominale. Ces cordons épiploïques persistants peuvent être il est vrai, dans la suite une source d'ennuis et de dangers pour le blessé, mais il est loin d'en être ainsi dans la majorité des cas. D'ailleurs cet inconvénient n'est rien en comparaison de celui qui résulterait de la réduction d'une partie de l'épiploon herniée déjà depuis longtemps et enflammée, ou présentant à sa périphérie des signes de contusion, de déchirure, de gangrène, de souillure par des corps étrangers ou du sang en putréfaction. Dans ces conditions, le procédé le plus rationnel est l'abandon du moignon d'épiploon dans la plaie. En effet, il faut avoir une bien grande habitude de ce genre d'opérations pour oser dans ces cas pratiquer la résection de l'épiploon et réussir à éviter la pénétration de substances septiques dans la cavité abdominale.

Généralement, dans les cas d'épiplocèle traumatique volumineuse, on observe la gangrène d'une partie ou de la totalité de l'épiploon hernié jusqu'au niveau de la plaie. Bien que de nombreuses observations nous montrent que les malades peuvent guérir si l'on attend la chute spontanée de la partie gangrénée, cependant nous préférons lier en masse l'épiploon hernié et enlever la plus grande partie avec les ciseaux, puis lier séparément les vaisseaux. Si l'on soupçonne que l'épiploon pourrait déjà se rétracter de bonne heure et transporter des substances nuisibles dans la cavité abdominale, on fera bien de le fixer au moyen de sutures traversant en même temps les bords de la plaie (BROCA). La fixation à l'aide d'une anse de fil offre moins de garanties.

Lorsque ce sont les grosses glandes abdominales qui font saillie hors de la plaie, on suit pour le traitement à peu près les mêmes règles que dans les cas de hernie de l'épiploon. Du reste cette question n'a guère d'importance que pour la rate. Lorsque des parties de cet organe sortent de la plaie, elles sont en général déchirées, et ont, par conséquent, une tendance à se gangrener; en outre, si l'on en fait la réduction, le blessé court le danger d'une hémorragie intra-abdominale. Par conséquent, d'une manière générale, il vaut mieux laisser l'organe hernié dans la plaie et en abandonner l'élimination à la nature, ou bien

en pratiquer la résection au devant d'une ligature. Il n'est pas sans inconvénient de laisser l'élimination se faire spontanément, à cause des phénomènes de putréfaction dont la partie herniée devient le siège. Si la rate toute entière se trouve hors de la plaie, on devra se diriger d'après l'état de l'organe ; on fera la réduction si elle est facile, si la hernie est récente et la rate intacte. Dans le cas contraire on ne doit pas craindre d'extirper la glande après ligature des vaisseaux ou de tout le pédicule. Il a été publié déjà un certain nombre de cas dans lesquels un tel procédé n'a pas eu de conséquences fâcheuses pour le blessé.

§ 17. — La réduction de l'intestin intact, lorsque la hernie est récente, doit être pratiquée dans tous les cas. Mais on devra y renoncer dans les cas où l'intestin a déjà contracté des adhérences solides avec la plaie, comme aussi lorsqu'il présente des altérations notables ou est frappé de gangrène. De même on ne doit pas réduire un intestin blessé lorsqu'il n'est pas possible de fermer la plaie intestinale par la suture. Dans l'un et l'autre cas on aura soin de maintenir hors de la blessure les parties blessées ou malades de l'intestin, soit à l'aide de quelques points de suture qui les réunissent aux bords de la plaie, soit au moyen d'une anse de fil traversant le mésentère. Nous donnerons plus de détails à ce sujet à propos de la herniotomie.

Avant de procéder à la réduction, il faut avoir soin de laver soigneusement toutes les parties herniées à l'aide de solutions désinfectantes. Les solutions de sublimé en quantité modérée sont tout particulièrement à conseiller. Il convient également de saupoudrer d'iodoforme les parties blessées, surtout avant leur réduction. Lorsque la plaie est petite, toutes les parties qui font saillie au dehors sont plus ou moins étranglées, et des débridements sont quelquefois nécessaires. Dans ce but on se servira d'un bistouri boutonné que l'on introduira avec précaution le long du doigt ou de la sonde cannelée. En règle générale, les parties herniées doivent être réduites dans l'ordre suivant lequel s'est opéré leur sortie de la cavité abdominale ; c'est le seul moyen de réussir dans les cas difficiles, surtout lorsqu'il s'agit d'une hernie de l'intestin. Ce dernier, en effet, se gonfle presque toujours notablement par suite de la stase veineuse et de l'accumulation des gaz. En soulevant l'intestin au niveau de la plaie qui l'étrangle on réussit généralement à en chasser le contenu vers la cavité abdominale ; puis d'une main on fait rentrer successivement dans l'abdomen les différentes portions de l'intestin, tandis que l'autre main exerce une légère pression sur tout le paquet intestinal, favorise sa réduction et empêche de nouvelles anses intestinales de sortir par la plaie ; peu à peu on réussit ainsi à faire rentrer complètement l'intestin. On ne se permettra de pratiquer la ponction de l'intestin avec une fine aiguille et l'aspiration du contenu que dans certains cas exceptionnels, bien que la petite piqûre se ferme le plus souvent et ne laisse plus échapper le contenu de l'intestin, une fois ce dernier revenu sur lui-même (Voir herniotomie). Dans les cas difficiles on fera le taxis dans l'anesthésie chloroformique.

Nous avons insisté à plusieurs reprises sur la nécessité des précautions antiseptiques dans toutes ces manipulations ayant pour but la réduction des parties herniées. Soit que ces dernières aient été réduites et la plaie suturée, soit que l'on ait renoncé au taxis, on devra dans tous les cas appliquer un grand pansement antiseptique. Grâce à ce dernier le danger pouvant résulter de la gangrène des parties herniées se trouvera considérablement diminué.

§ 18. — Nous avons maintenant à nous occuper du **traitement des plaies de l'intestin**. La première indication qui se pose ici, indication vitale qu'il est de notre devoir de remplir, c'est **d'empêcher l'écoulement du contenu de l'intestin dans la cavité abdominale**.

On rencontre les plus grandes difficultés à remplir cette indication lorsque le diagnostic de lésion de l'intestin et d'épanchement stercoral ne repose que sur l'issue par la plaie d'une partie du contenu intestinal, ou sur le développement rapide d'une péritonite. Quelquefois on réussit alors, par l'introduction du doigt dans la plaie récente, à trouver l'intestin blessé et à l'attirer au dehors. Il est en général vide, et d'après le dire de différents chirurgiens, il est d'une consistance dure relativement au reste de l'intestin rempli de matières.

Lorsqu'on est convaincu de l'existence d'une blessure intra-péritonéale de l'intestin, les chances de guérison sont si faibles lorsqu'on néglige de réunir la plaie intestinale et de pratiquer le nettoyage de la cavité abdominale, on est si peu en droit de compter dans ces conditions très fâcheuses sur les éventualités favorables que nous avons fait connaître, que dans tous les cas, à moins que le blessé ne soit sur le point de succomber, on ne devra pas hésiter à ouvrir la cavité abdominale par une incision passant, en général, au niveau de la plaie, dans le but d'aller à la recherche de l'intestin blessé et de débarrasser la cavité abdominale des matières fécales qui s'y sont épanchées. On pratiquera le plus souvent une grande incision le long de la ligne blanche ou au niveau de la plaie, incision que l'on agrandira encore, au besoin, dans le cours de l'opération.

Si l'on ne se décide pas à une pareille intervention ou que le malade s'y refuse, il ne reste plus qu'à combattre les douleurs péritonitiques par des applications froides sur l'abdomen, et à calmer la soif du blessé en lui faisant avaler de petits fragments de glace ; on prescrira, en outre, des doses moyennes souvent répétées d'opium, qui auront pour effet de diminuer la douleur et de limiter les mouvements de l'intestin.

Lorsque, par contre, l'intestin est visible dans la plaie ou fait hernie au dehors, on doit à tout prix empêcher l'écoulement du contenu intestinal, et ici on parvient généralement d'une manière ou de l'autre au but désiré. Nous avons déjà indiqué plus haut brièvement les deux voies qui s'offrent au choix du chirurgien. S'il est possible de fermer la plaie intestinale par une suture, la tâche du chirurgien se trouvera remplie de