

raissant située plus profondément, on peut se demander s'il ne serait pas indiqué de fixer en outre l'intestin au péritoine pariétal par quelques points de suture, dont on ferait passer les fils en dehors par la plaie abdominale.

Lorsque l'intestin a été complètement divisé, ou que, par suite d'une affection morbide ou d'une cause traumatique, une portion de l'intestin fait défaut ou a été enlevée par le chirurgien, on a recours volontiers à la méthode d'invagination de RAMBDOHR, qui n'est qu'une modification de celle de JOBERT. Nous aurons plusieurs fois dans la suite l'occasion de revenir sur la question de l'opportunité de cette méthode et de ses modifications. Le bout supérieur de l'intestin doit être introduit dans le bout inférieur, dont le bord a été renversé circulairement en dedans. On aura eu soin d'enlever préalablement du mésentère du bout supérieur une portion correspondante à la longueur de la partie invaginée. Puis les surfaces sereuses des deux bouts de l'intestin sont réunies par la suture entrecoupée. On comprend que ce procédé doit présenter de grandes difficultés. En tout cas il est plus parfait que celui qui consistait à fixer simplement l'intestin divisé au niveau de la plaie à l'aide d'une anse de fil traversant le mésentère.

Les plaies de l'estomac doivent être traitées d'après les mêmes

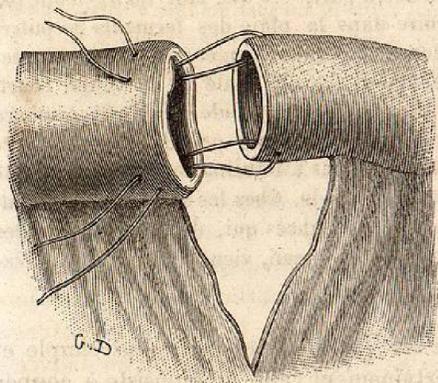


Fig. 9. — Procédé de RAMBDOHR ou par invagination de l'intestin.

principes. Toutes les fois qu'on le pourra, on réunira sereuse contre sereuse par une suture entrecoupée ou continue. Si l'estomac est plein on devra, si possible, le vider avant l'opération. Naturellement en cas d'hémorragie on fera tout d'abord les ligatures nécessaires. Si l'on ne peut réunir la plaie de l'estomac, on devra du moins chercher à la fixer par des sutures à la plaie abdominale, de façon à établir provisoirement une fistule stomacale, que l'on pourra fermer plus tard soit par un pansement occlusif, soit par une opération plastique, de la même manière que pour les fistules de l'intestin (MIDDELDORPF). (Voir § 67 de ce chapitre). On a du reste déjà enlevé des portions étendues de l'estomac contuses ou déchirées, et réuni ensuite par des points de suture les bords de la perte de substance (Voir extirpation du pylore, etc.).

Dans le traitement consécutif des lésions traumatiques du tube gastro-intestinal on ne doit pas oublier d'abord qu'il importe d'éviter,

autant que possible, toutes les causes capables de provoquer les mouvements de l'intestin. On restreindra de la manière la plus stricte l'usage d'aliments et de boissons. On fera prendre au blessé de petites quantités de bouillon concentré, on lui administrera des lavements de substances nutritives, et pour calmer la soif, on lui fera avaler de petits fragments de glace. Tel est le régime à suivre dans les premiers jours. On prescrira l'opium principalement lorsque le blessé se plaint de coliques. S'il y a du ballonnement et de la sensibilité à la pression dans un point limité, on appliquera une vessie de glace sur l'abdomen. Si l'on voit survenir tout à coup des symptômes graves de péritonite, et que l'on constate l'existence d'un épanchement, on aura à se demander si l'on doit rouvrir la plaie ou donner issue au liquide par une incision ou une ponction. Ce sont principalement les cas d'épanchement stercoral et d'abcès que l'on doit traiter de bonne heure par une incision.

§ 21. — Les plaies des autres organes de la cavité abdominale, tels que le foie, la rate, l'épiploon et les gros vaisseaux, ont beaucoup moins d'importance pratique pour le chirurgien. Ce n'est pas qu'elles soient dépourvues de danger, car, au contraire, elles doivent être considérées comme une cause de mort très fréquente dans les traumatismes abdominaux, mais elles échappent dans un très grand nombre de cas au diagnostic et au traitement. C'est pourquoi nous n'avons que peu de détails à ajouter à ceux que nous avons donnés à propos des contusions de l'abdomen.

L'importance des plaies du foie dépend des lésions concomitantes, et principalement de celles des gros vaisseaux sanguins et biliaires. Aussi les plaies du hile du foie sont-elles bien plus graves que celles qui intéressent la face convexe ou le bord de la glande, ou qui perforent l'organe d'avant en arrière dans toute son épaisseur. Lorsque les gros vaisseaux sanguins ont été blessés, le malade est en général emporté rapidement par l'hémorragie. D'autre part, l'écoulement continu de la bile dans la cavité abdominale entraîne au bout d'un certain temps une péritonite. Les lésions de la vésicule biliaire sont très graves mais non absolument mortelles, car la plaie de la vésicule peut venir se souder à la plaie abdominale, et le malade guérit en conservant une fistule biliaire.

Le seul phénomène caractéristique pour les blessures du foie c'est l'écoulement de bile par la plaie. Tous les autres symptômes qui ont été signalés s'observent également dans les autres lésions traumatiques de l'abdomen. La douleur dans l'épaule droite est un symptôme tout à fait incertain. On comprend facilement la difficulté du diagnostic si l'on songe à la grande fréquence des lésions concomitantes. Autrefois on attribuait des symptômes particuliers aux lésions des différents organes; c'est ainsi que le « rire sardonique » et le hoquet étaient considérés comme caractéristiques pour les lésions du diaphragme. Mais ils n'ont en réalité aucune valeur. Le siège de l'orifice d'entrée et la direction de

la plaie peuvent seuls servir de base au diagnostic au début. Plus tard les lésions du foie s'accompagnent assez souvent d'ictère ou de symptômes indiquant un abcès de cet organe, et le diagnostic se trouve alors confirmé.

On ne peut guère exposer d'une manière générale le pronostic des plaies du foie. MAYER qui a fait des recherches à ce sujet, estime à 34 pour 100 la mortalité pour les plaies par armes à feu, et à 56 pour 100 la mortalité pour les plaies par instruments piquants et tranchants. On est, par conséquent, bien en droit de tirer de ces résultats de la statistique la conclusion que les blessures du foie peuvent guérir. Même les plaies de la vésicule biliaire sont susceptibles de guérison, comme le prouvent quatre observations réunies par MAYER et se rapportant à des blessures par armes à feu. Il n'y a pas de traitement particulier pour ces diverses lésions traumatiques.

Les **blessures de la rate** entraînent souvent immédiatement la mort par hémorragie. Le danger d'hémorragie peut surgir de nouveau plus tard lorsque, au moment où la plaie est en bonne voie de guérison, une tuméfaction de la rate due soit à la fièvre soit à la malaria, produit une nouvelle rupture des vaisseaux (KLEBS). La possibilité de la guérison d'une rate partiellement déchirée et contuse est due à la péritonite adhésive développée autour de la partie blessée, et, d'autre part, à la résorption des tissus détruits.

Les **plaies des gros vaisseaux** tels que l'aorte, la veine cave, les gros vaisseaux mésentériques, entraînent la mort sauf dans de rares exceptions. L'art ne peut intervenir que dans les cas où l'organe qui est le siège de l'hémorragie, apparaît dans la plaie ou fait hernie au dehors (estomac, épiploon); on fera alors la ligature des vaisseaux qui donnent du sang. L'indication de la splénectomie pourrait être aussi discutée dans certains cas.

§ 22. — Nous avons encore à dire quelques mots au sujet des différentes espèces de lésions traumatiques.

Les plaies les plus fréquentes dans la pratique civile sont produites par des **instruments piquants et contondants**. Elles représentent le type pur des plaies qui ont servi de base à notre précédente description. Cependant le chirurgien a aussi quelquefois à traiter en temps de paix des lésions pénétrantes dues à d'autres causes traumatiques. Telles sont particulièrement les plaies produites par les cornes d'un taureau furieux. On trouve dans les auteurs des cas de lésions vraiment effroyables, et qui cependant se sont terminées heureusement. Des plaies étendues de la paroi abdominale avec hernie d'une grande partie des intestins souillés par des corps étrangers et dont une portion même était déchirée, ont guéri quelquefois après résection de la partie déchirée, suture et réduction de toute la hernie. Ces accidents ne sont pas très rares d'ailleurs (PATRY, DEQUISE, ORCHINI, WERNER). De

même que les cornes d'un taureau, des pieux plus ou moins pointus, des crochets en fer, les dents d'une fourche peuvent pénétrer dans la cavité abdominale. Quelquefois des instruments ou des parties de ces derniers, qui s'étaient brisés, sont restés dans l'abdomen et ont dû être extraits par la laparotomie, et cependant, même dans ces cas, on a observé quelquefois la guérison. Dans ces plaies par instruments plus ou moins mous l'intestin est probablement moins souvent blessé que dans les plaies dues à d'autres causes traumatiques, et c'est là, sans doute, qu'il faut chercher la cause de leur pronostic plus favorable.

Pour des motifs aisés à comprendre les **plaies de l'abdomen par armes à feu** sont, au contraire, généralement mortelles. Nous ne pouvons donner le chiffre de la mortalité parce que la plupart des soldats atteints de pareilles blessures ne peuvent être retirés vivants du champ de bataille, et que, par conséquent, nos calculs ne se trouveraient ainsi basés que sur les cas heureux. Les blessés succombent au shock, à l'hémorragie, à la péritonite par perforation entraînant la mort au bout de quelques heures. Cependant on a observé parfois la guérison dans toutes les catégories de lésions d'organes dont nous avons parlé. Pour les plaies de l'estomac la possibilité de la guérison nous est prouvée par des faits anciens, tels que celui de FISCHER rapporté plus haut, dans lequel on trouva à l'autopsie une double cicatrice d'une plaie par arme à feu. KLEBS a décrit un cas analogue, mais compliqué d'une blessure du foie; à l'autopsie la plaie de l'estomac se trouva fermée par une cicatrice. Comme c'est le cas généralement pour les plaies de l'estomac, la guérison s'était opérée ici par adhérence avec le péritoine.

La guérison des blessures de l'intestin a été aussi assez souvent observée. Si l'intestin sort par la plaie, les chances de guérison sont les mêmes que dans les autres lésions traumatiques avec hernie. PIROGOFF fit dans un cas de ce genre la résection d'une portion d'intestin longue de quatre pouces, qui avait été perforée en quatre endroits par une balle, puis il sutura les deux bouts. L'état du blessé fut bon jusqu'au quatrième jour. Dans d'autres cas où la plaie est située profondément, la guérison peut être obtenue par adhérence de l'intestin blessé avec l'épiploon, etc., de la même manière que dans les autres lésions traumatiques d'organes intrapéritonéaux, ou bien la partie blessée de l'intestin est située en dehors du péritoine et il s'établit une fistule intestinale.

Lorsque, dans une plaie par arme à feu, le projectile a rencontré le péritoine et les intestins, sans les perforer, on voit quelquefois se développer, dans la suite, un **abcès stercoral**. L'intestin contus vient s'appliquer contre la plaie abdominale et y contracte des adhérences; puis toute la partie mortifiée de l'intestin s'élimine en donnant naissance à un abcès des parois abdominales avec fistule consécutive.

Les plaies du foie par armes à feu ne sont, en général, mortelles que dans les conditions signalées plus haut de lésions des gros vaisseaux