

sanguins et biliaires ; tout chirurgien militaire a observé en temps de guerre des cas de guérison de plaies du foie, même parfois à la suite d'un écoulement bilieux de longue durée.

Toutes les plaies de l'abdomen par armes à feu font courir au blessé un grand danger résultant de la pénétration de corps étrangers, tels que balles, fragments de vêtement, dans la cavité abdominale. Les tentatives d'extraction de balles ne sont permises que dans les cas où l'on connaît exactement le siège du projectile, et où l'opération peut être pratiquée sans mettre en péril les jours du blessé.

II. MALADIES INFLAMMATOIRES DE L'ABDOMEN

1. PÉRITONITE DIFFUSE.

§ 23. — Dans le chapitre précédent nous avons déjà insisté sur la péritonite diffuse comme mode de terminaison grave d'un grand nombre de lésions traumatiques, et nous avons fait remarquer que la désignation de **péritonite traumatique** ne répond pas à la véritable nature de ce processus inflammatoire. Le traumatisme, en effet, ne provoque pas par lui-même une péritonite, mais comme dans toutes les plaies pénétrantes des différentes cavités du corps, c'est la plaie elle-même qui sert de porte d'entrée à la maladie en question. Ainsi même dans une plaie qui a laissé le péritoine intact, l'agent infectieux venu du dehors peut provoquer un phlegmon du tissu sous-séreux, suivi d'une péritonite due à l'immigration de corpuscules purulents dans la cavité abdominale. Lorsque le péritoine a été aussi blessé, c'est l'introduction directe de substances septiques qui, par l'action spécifique de ces dernières, entraîne la complication fatale. Enfin dans les plaies des viscères, la péritonite est due à l'épanchement, dans la cavité péritonéale, de substances putrides ou irritantes, telles que les matières fécales, la bile ou l'urine.

La péritonite constitue donc toujours un fait accidentel, et comme elle reconnaît pour cause, du moins généralement, l'introduction de substances putrides, ou autrement dit, de substances infectieuses spécifiques, on est bien en droit de la désigner sous le nom de **péritonite septique**. D'ailleurs, même les péritonites qui surviennent indépendamment de lésions traumatiques proprement dites, sont dues aussi, le plus souvent, à une infection. La rupture de l'intestin, à la suite de son ulcération, la perforation d'un abcès de péritiphylite ou de paramérite dans la cavité abdominale, provoquent une inflammation diffuse par importation directe de corpuscules du pus. Dernièrement LEYDEN a décrit une péritonite soi-disant spontanée, laquelle, selon lui, serait plus

fréquente qu'on ne l'admet habituellement, du moins en Allemagne. Nous ne partageons pas l'opinion de cet auteur. Sans parler de la péritonite tuberculeuse suppurée dont nous aurons à nous occuper plus loin, le nombre en apparence plus considérable de péritonites dites spontanées, chez la femme, s'explique, selon nous, par une infection propagée le long des trompes de Fallope. On peut bien admettre la possibilité de la pénétration d'un agent infectieux dans la cavité abdominale à la suite de blennorrhées utérines, de même que des substances septiques peuvent arriver, le long de la trompe de Fallope, en contact avec le péritoine, lorsque la cavité utérine est le siège d'un épanchement sanguin en voie de décomposition. Quant aux formes métastatiques de péritonite survenant dans la pyémie, la septicémie, l'érysipèle, si elles ne sont pas dues à l'immigration directe de corpuscules purulents provenant d'un foyer voisin du péritoine, on peut bien supposer qu'elles reconnaissent comme cause le dépôt dans la cavité péritonéale de substances infectieuses apportées par le courant sanguin.

Dans un travail intitulé : *Remarques chirurgicales sur la cavité péritonéale*, etc., (Archives de Langenbeck, vol. 20), G. WEGNER, se basant principalement sur l'expérimentation, a exposé récemment d'une façon claire et complète les conditions particulières que présente la cavité en question.

Il insiste en premier lieu sur la **grande étendue de la surface péritonéale** comme étant une circonstance éminemment favorable à l'extension des processus infectieux. Cette condition n'a pas par elle-même une importance très grande ; mais, grâce à son étendue et à la disposition anatomique spéciale de certaines parties de sa surface, le péritoine possède une puissance énorme de **résorption et de transsudation**. Chez les animaux (lapin) le pouvoir de résorption est si considérable qu'une quantité d'eau égale à 8 0/0 du poids du corps peut être résorbée dans l'espace d'une heure, et si les appareils servant à l'assimilation et à l'élimination du liquide résorbé travaillaient avec la même activité, le péritoine pourrait en peu de temps faire passer dans la circulation une quantité d'eau égale au poids du corps. Le péritoine d'un homme pesant 75 kil. devrait pouvoir résorber approximativement 6 litres de liquide dans l'espace d'une heure. Cette grande faculté de résorption ne s'explique qu'en partie par les phénomènes de **diffusion** qui se produisent entre le liquide introduit et le sang et la lymphe circulant dans le système vasculaire de la séreuse. Une quantité certainement plus petite encore est absorbée par **filtration** en vertu de la pression positive qui existe normalement dans la cavité abdominale. Par contre on doit attacher la plus grande importance à la pénétration directe du liquide dans les orifices lymphatiques de la face abdominale du diaphragme et principalement de son centre tendineux (V. RECKLINGHAUSEN), car de ces ouvertures le liquide arrive presque directement, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, dans le conduit thoracique et de là dans la veine innommée. Le diaphragme lui-même, par ses alternatives de contraction et de relâchement correspondant aux mouvements respiratoires, agit à la manière d'une pompe aspirante et foulante, et favorise ainsi la résorption du liquide. C'est ainsi que non seulement des liquides, mais encore des éléments figurés,