

suiwi d'abcès et une observation plus intéressante de déchirure de ce repli membraneux, suivie de la pénétration et de l'étranglement des intestins à travers l'ouverture anormale.

§ II. — Plaies.

A l'exemple de tous les auteurs, je diviserai les plaies de l'abdomen en deux grandes classes, comprenant les *plaies non pénétrantes* et les *plaies pénétrantes*. Les premières n'intéressent que les parois abdominales, sans qu'il y ait ouverture de la cavité péritonéale ou blessure d'aucun organe; les secondes, au contraire, atteignent le péritoine pariétal seul ou s'accompagnent de la lésion d'un ou plusieurs des viscères abdominaux.

I. PLAIES NON PÉNÉTRANTES.

Produites par des instruments *piquants*, *tranchants* ou *contondants*, les plaies des parois abdominales peuvent être *superficielles*, c'est-à-dire bornées à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, ou *profondes*, et dans ce cas elles intéressent les aponévroses, les muscles, les vaisseaux et les nerfs.

La forme de la solution de continuité est variable et le plus souvent en rapport avec la nature de l'agent vulnérant; tantôt c'est une piqûre, tantôt une coupure à bords nets ou plus ou moins contus; tantôt une plaie avec perte de substance et parfois à lambeau.

Le trajet de la plaie peut être direct ou perpendiculaire à la surface cutanée, le plus souvent il est plus ou moins oblique ou sinueux, par suite de la déviation de l'instrument sur les aponévroses et les muscles. On observe parfois à l'abdomen des *plaies en séton*, c'est-à-dire présentant deux ouvertures réunies par un trajet creusé dans l'épaisseur des parois.

Enfin, il peut se faire qu'un instrument vulnérant pénétrant par un point voisin traverse toute l'épaisseur des parois abdominales, sans que celle-ci présente la moindre solution de continuité; tel est le cas suivant rapporté par Galbrunner (1). Un homme de vingt-sept ans, en tombant du haut d'un cerisier, fut empalé par un échelas très-pointu qui, pénétrant à la partie interne de la cuisse droite, à un pouce du périnée, traversa la région inguinale et vint ressortir au niveau de la deuxième côte. De l'aîne à la côte, la tige se trouvait située sous la peau. Quoique l'extraction ait été difficile, le malade guérit.

SYMPTOMATOLOGIE. — a. Les *plaies superficielles* des parois abdominales ne donnent lieu à aucune considération spéciale, leurs caractères physiques varient à l'infini, suivant la forme de l'instrument et la direction qui lui a été imprimée.

La douleur est parfois assez vive, même dans le cas de simple piqûre,

(1) Archives gén. de méd., 1^{re} série, t. XIX, p. 114, et Dictionnaire encyclopédique, art. PLAIES DE L'ABDOMEN.

pour donner lieu à une syncope, à des spasmes, et ces troubles nerveux pourraient faire supposer l'existence d'une blessure plus profonde.

L'hémorrhagie est généralement peu abondante, à moins que l'artère sous-cutanée abdominale n'ait été divisée. Le sang s'écoule à l'extérieur si la plaie est béante; il peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le cas de piqûre, et donner lieu à la formation d'un thrombus.

Les phénomènes consécutifs des plaies superficielles des parois abdominales sont également sans importance. La réunion immédiate est souvent obtenue dans les piqûres ou les coupures nettes; l'érysipèle, le phlegmon sont rares.

b. Les *plaies profondes* se caractérisent tout d'abord par l'écartement plus ou moins considérable des lèvres de la plaie. Ce phénomène est surtout marqué dans les plaies par instrument tranchant, et lorsque la section divise les muscles perpendiculairement à leur direction. L'écartement peut être porté à ses dernières limites dans certains cas où la solution de continuité intéresse une grande épaisseur des parois, et l'on peut voir alors le péritoine pariétal refoulé entre les lèvres de la plaie par les viscères qui tendent à faire hernie à l'extérieur.

On comprend l'entrave apportée à la cicatrisation par cet écartement des lèvres de la plaie et les conséquences ultérieures qui peuvent résulter de la formation d'une cicatrice plus ou moins lâche que les viscères viennent distendre, constituant une hernie ventrale.

La douleur et l'écoulement de sang sont également beaucoup plus accusés dans les plaies profondes que dans les plaies superficielles. L'hémorrhagie peut même prendre les proportions d'une véritable complication, lorsqu'elle provient de la blessure d'un des vaisseaux importants contenus dans l'épaisseur des parois abdominales. Les plaies profondes produites par des instruments contondants s'accompagnent souvent de vastes épanchements sanguins.

Plus fréquemment aussi que les plaies superficielles, les plaies profondes exposent aux accidents consécutifs, tels que l'inflammation, l'érysipèle, les phlegmons circonscrits et diffus.

DIAGNOSTIC. — Le point capital du diagnostic est relatif à la profondeur de la blessure. En présence d'une plaie de l'abdomen, on doit d'abord se demander si elle est bornée aux parois, si elle intéresse le péritoine ou quelque organe. Nous reviendrons plus tard sur ce diagnostic qui se fonde le plus souvent sur l'existence de quelque complication, telle que la hernie d'une partie contenue dans l'abdomen (intestin, épiploon), la sortie à travers la plaie de liquides divers (matières intestinales, bile, urine) indiquant la blessure de l'intestin, du foie et des voies biliaires, du rein ou de la vessie.

On pourrait être tenté, dans les cas douteux et pour s'assurer de la profondeur de la plaie, de pratiquer son exploration à l'aide de stylets ou de sondes. Cet examen doit être absolument proscrit comme inutile, en ce qu'il peut ne fournir que des renseignements négatifs ou même

faux, et comme dangereux, en ce qu'il peut compléter une perforation qui n'existait pas, détruire des adhérences déjà formées, déplacer un caillot et donner lieu à une hémorrhagie.

COMPLICATIONS. — Les complications que l'on peut observer dans les plaies des parois abdominales sont : l'hémorrhagie, les *corps étrangers*, la *lésion des viscères*.

a. *Hémorrhagie*. — La blessure de l'artère sous-cutanée abdominale, de l'épigastrique, de la mammaire interne, de la circonflexe iliaque, peut donner lieu à une hémorrhagie assez abondante pour constituer une véritable complication. Le siège et la direction de la blessure permettront le plus souvent de reconnaître le vaisseau blessé.

Quelle que soit la source de l'hémorrhagie, elle peut être *extérieure* ou *interstitielle*. Dans le premier cas, l'abondance de l'écoulement sanguin, proportionnée d'ailleurs au volume du vaisseau atteint, peut être telle que la vie du malade se trouve en danger. Boyer cite un exemple de mort due à la blessure de l'artère épigastrique. Legouest a dû recourir à la ligature des artères épigastrique et circonflexe iliaque dans deux cas d'hémorrhagies abondantes à la suite de plaies non pénétrantes. On trouvera dans l'histoire de la guerre d'Amérique quelques faits de blessures des artères pariétales, suivies d'hémorrhagies primitives ou consécutives.

Lorsque la plaie des parties molles est sinueuse, anfractueuse, lorsque le vaisseau blessé s'est rétracté entre les plans musculaires, l'hémorrhagie est *interstitielle* et l'on voit se produire des infiltrations, des épanchements sanguins plus ou moins abondants, qui peuvent s'étendre au loin, décoller les muscles et les aponévroses. Ces épanchements se résorbent lentement et peuvent donner lieu à des phlegmons des parois abdominales.

b. *Corps étrangers*. — Fréquente surtout dans les plaies par armes à feu, cette complication s'observe assez rarement à la suite des plaies par instruments piquants ou tranchants. Nous avons cité précédemment le fait de Galbrunner dans lequel un échalas, ayant pénétré à la partie interne de la cuisse, chemina à travers la paroi abdominale et demeura dans la plaie. Dans les piqûres par des instruments petits et effilés, comme des aiguilles, le corps étranger peut disparaître en entier dans l'épaisseur des parois du ventre, ou se briser et rester en partie dans la plaie. Les commémoratifs, l'examen de l'instrument, l'exploration minutieuse de la plaie, permettront le plus souvent de reconnaître la présence de ces corps étrangers.

Par leur séjour prolongé, ils peuvent donner lieu à des accidents inflammatoires dont on comprend le danger, en raison de la proximité du péritoine.

c. *Lésion des viscères*. — Cette complication est propre aux plaies contuses des parois abdominales, et surtout fréquente dans les plaies par armes à feu. Elle n'offre ici rien de particulier et nous renvoyons le lecteur à la description qui en a été faite dans le paragraphe consacré aux contusions de l'abdomen.

PRONOSTIC. — Les plaies des parois abdominales, généralement bénignes, n'acquièrent de gravité que par leurs complications immédiates ou consécutives. Parmi les premières on doit citer : les hémorrhagies, surtout à redouter dans les plaies par instruments tranchants, et les lésions des viscères abdominaux qui ne s'observent guère que dans les plaies contuses. La présence de corps étrangers, les inflammations, les hémorrhagies consécutives, peuvent ultérieurement aggraver le pronostic des plaies des parois abdominales. Enfin, dans les cas de larges et profondes solutions de continuité intéressant une grande épaisseur de muscles, on doit craindre la production de hernies ventrales, de cicatrices vicieuses.

TRAITEMENT. — Dans les plaies superficielles et sans complication, la réunion à l'aide de bandelettes agglutinatives, ou même de quelques points de suture suffit ordinairement pour amener la guérison. S'il s'agit de plaies plus profondes, intéressant une partie plus ou moins considérable des muscles abdominaux, on ne doit pas hésiter à réunir la plaie aussi exactement que possible à l'aide de la suture profonde, comprenant toute l'épaisseur des muscles divisés. La suture enchevillée offrirait ici de sérieux avantages. L'affrontement et la réunion de la plaie seront favorisés par le décubitus horizontal, aidé de la flexion des cuisses sur le bassin, et par une douce compression sur l'abdomen. La plaie sera ensuite pansée simplement, et si l'on craint l'inflammation et sa propagation au péritoine, des compresses glacées seront appliquées sur le ventre.

Lorsqu'il y a une hémorrhagie abondante, on devra avant tout chercher à découvrir quelle en est la source, afin de placer une ligature sur les extrémités du vaisseau blessé. Cette règle est absolue et ne saurait être omise sans danger. Aussi, dans les cas où une artère rétractée dans l'épaisseur des muscles ne pourrait être saisie à la surface de la plaie, il serait indiqué d'agrandir celle-ci dans la direction connue du vaisseau, afin de pouvoir le mettre à découvert et le lier.

De même, lorsque la présence d'un corps étranger a été nettement reconnue et que son extraction ne paraît pas devoir exposer à des délabrements considérables, on devra en pratiquer l'extraction immédiate.

II. PLAIES PÉNÉTRANTES.

Sous le titre de plaies pénétrantes de l'abdomen, nous avons désigné les solutions de continuité qui intéressent toute l'épaisseur des parois abdominales. La plupart des auteurs modernes subdivisent les plaies pénétrantes de l'abdomen en plaies pénétrantes *simples* et *viscérales*, suivant que l'instrument vulnérant traverse seulement toute la paroi abdominale y compris le péritoine pariétal, mais sans intéresser aucun des viscères, ou suivant qu'il atteint en même temps un des organes contenus dans l'abdomen. On comprend d'ailleurs que certains viscères incomplètement recouverts par le péritoine (cæcum, côlon, rein, vessie, utérus) puissent être blessés par un instrument traversant toute l'épais-

seur des parois abdominales sans que la cavité péritonéale soit ouverte. Ce sont là des faits rares, dont l'étude appartient moins à l'histoire générale des plaies pénétrantes de l'abdomen qu'à celles des plaies de chaque viscère en particulier.

Quelle que soit la nature de la lésion, qu'elle soit simple ou compliquée de la blessure d'un viscère, le fait seul de la pénétration donne lieu à un ensemble de phénomènes cliniques communs et devient souvent le point de départ d'accidents qu'il importe d'étudier d'une manière générale avant d'aborder la description des diverses variétés de plaies pénétrantes.

Après avoir jeté un coup d'œil sur la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, envisagées d'une manière générale, nous décrirons quelques complications communes à la plupart de ces plaies, et nous terminerons par l'étude de chaque variété.

A. Plaies pénétrantes en général.

Contrairement à ce que l'on observe pour la tête et la poitrine, où les plaies des parties molles sont plus fréquentes que celles qui pénètrent jusque dans les cavités crânienne ou thoracique, à l'abdomen le nombre des plaies pénétrantes égale ou même surpasse celui des plaies bornées aux parties molles. Cette particularité s'explique par le défaut de protection de la paroi abdominale antérieure contre l'action des divers agents traumatiques (instruments piquants, tranchants, contondants, projectiles de guerre); c'est aussi en raison de la moindre épaisseur des parois abdominales antérieures que les plaies pénétrantes siègent plus souvent en avant qu'en arrière du ventre.

Dans quelques cas même, l'agent vulnérant ne traverse ni la paroi antérieure, ni la paroi postérieure, et pénètre soit de haut en bas, soit de bas en haut. Ainsi il n'est pas rare de voir des plaies siégeant à la base de la poitrine, au niveau des derniers espaces intercostaux, traverser le diaphragme et atteindre la cavité péritonéale; il y a dans ces cas à la fois pénétration de la poitrine et de l'abdomen. Dans d'autres circonstances, un instrument vulnérant, un projectile atteignant le bassin, le périnée, peut pénétrer dans l'abdomen; dans les fractures par armes à feu du bassin, les projectiles traversent souvent l'os iliaque ou le sacrum et pénètrent dans la cavité du ventre. Nous aurons l'occasion de citer plusieurs exemples dans lesquels un instrument vulnérant pénétrant par le périnée, par le vagin, par le rectum, a pu ouvrir le péritoine.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes généraux qui caractérisent tous les grands traumatismes s'observent à un haut degré dans les plaies pénétrantes de l'abdomen; tels sont: la pâleur de la face, le refroidissement des extrémités, l'affaiblissement ou la disparition du pouls, la syncope, etc, etc. Nous rappellerons que ces symptômes, quoique plus accusés en général dans les plaies pénétrantes que dans les plaies non

pénétrantes, peuvent aussi se montrer dans ces dernières; aussi ne doit-on leur attribuer qu'une importance médiocre. Il en est de même pour la douleur, qui cependant acquiert en général un caractère d'intensité beaucoup plus considérable lorsqu'un viscère est blessé.

L'hémorrhagie qui accompagne les plaies pénétrantes de l'abdomen est très-variable, et son abondance est proportionnée à la vascularité de l'organe atteint. Elle peut se faire soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de la cavité abdominale, soit des deux côtés à la fois. L'hémorrhagie externe est quelquefois assez grave pour constituer une complication immédiate qui prime tous les autres symptômes et compromet sur-le-champ la vie du blessé. L'hémorrhagie interne peut également par son abondance devenir dangereuse; mais elle entraîne en outre d'autres conséquences graves, ainsi que nous le dirons plus tard.

Toute plaie pénétrante de l'abdomen, pour peu qu'elle ait une certaine étendue, peut donner issue à un ou plusieurs des organes contenus (épiploon, intestin). Tantôt l'organe qui vient faire hernie entre les lèvres de la solution de continuité est intact, tantôt il a été lui-même atteint par l'agent vulnérant. Mais, dans tous les cas, on comprend que l'existence de cette complication rende évidente la pénétration.

Enfin, en l'absence de ce symptôme, on peut voir s'écouler par la blessure des parois une certaine quantité de liquides, dont la nature indique avec certitude la lésion de l'organe qui les contient (liquide stercoral, bile, urine).

DIAGNOSTIC. — D'après ce qui précède, on voit que le diagnostic d'une plaie pénétrante de l'abdomen repose presque exclusivement sur la constatation des phénomènes propres à ses complications. Cependant, en présence d'une plaie de l'abdomen que l'on suppose être pénétrante, le chirurgien ne devra pas attendre l'explosion d'accidents ultérieurs pour asseoir son diagnostic, et il lui sera souvent possible, en interrogeant avec soin les commémoratifs, en explorant minutieusement la plaie, d'arriver sinon à une certitude absolue de la pénétration, du moins à une présomption en faveur de celle-ci.

On devra donc s'enquérir des circonstances dans lesquelles l'accident a eu lieu, de la position du blessé, de la direction dans laquelle il a été frappé, pour se rendre compte du trajet oblique ou direct de la blessure. La force et la vitesse dont était animé le corps vulnérant devront être également prises en considération. Il en est de même de sa nature, de sa forme, de ses dimensions.

Lorsqu'il s'agit de plaies par des instruments tranchants et piquants, il sera utile, toutes les fois qu'on le pourra, d'examiner l'arme, de voir dans quelle étendue elle est tachée par le sang, et de comparer ses dimensions avec celles de la solution de continuité de la peau. Le couteau qui frappa Henri III était long de 30 centimètres, et ensanglanté jusqu'à quatre travers de doigts de la pointe, ce qui fit aussitôt songer à une plaie pénétrante.

Quant au cathétérisme de la plaie à l'aide de sondes et de stylets, dans le but de s'assurer de la profondeur de la blessure, tous les auteurs s'accordent aujourd'hui pour le proscrire d'une manière à peu près absolue comme inutile et dangereux ; on serait tout au plus autorisé à y avoir recours dans les cas où l'on soupçonnerait la présence d'un corps étranger.

Enfin, après avoir acquis une notion aussi exacte que possible sur la direction et la profondeur de la plaie, il sera permis d'après le siège qu'elle occupe, et en faisant appel aux connaissances que nous possédons sur la topographie des organes abdominaux, de présumer celui d'entre eux qui a été atteint.

PRONOSTIC. — Toute plaie pénétrante de l'abdomen constitue une lésion grave ; mais cette gravité varie infiniment, comme on le conçoit, suivant la nature de l'instrument vulnérant et suivant la variété de plaie pénétrante. Sur un nombre de 3717 cas de plaies pénétrantes rassemblés durant la guerre de Sécession, on compte 3031 morts, 444 guérisons et 242 résultats inconnus, soit une mortalité de 87,2. Nous ferons remarquer que dans cette statistique le chiffre le plus considérable se rapporte à des cas de plaies pénétrantes par armes à feu, dont le pronostic, ainsi que nous le dirons plus tard, l'emporte de beaucoup comme gravité sur celui des plaies pénétrantes par instruments piquants, tranchants ou contondants. Nous indiquerons aussi les différences que l'on observe au point de vue pronostique entre les diverses variétés de plaies pénétrantes : plaies simples, plaies de l'estomac, des intestins, du foie, de la rate.

Tout en établissant d'une manière générale la gravité des plaies pénétrantes de l'abdomen, il importe de dire que, dans certains cas, ces blessures se montrent d'une bénignité remarquable et guérissent sans donner lieu au moindre accident.

TRAITEMENT. — Trois indications principales se présentent dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen : 1° combattre l'état d'affaissement du blessé, le refroidissement, la tendance syncopale, etc. ; 2° mettre la plaie dans les conditions les plus favorables à la guérison ; 3° prévenir ou combattre les complications.

La première indication sera remplie à l'aide des moyens thérapeutiques mis en usage dans tous les cas de traumatismes graves : situation horizontale, excitants divers, externes et internes, etc. Il va sans dire que l'on devra s'abstenir rigoureusement de pratiquer à cette époque la saignée générale, dont on faisait autrefois un abus considérable et qui serait ici plus nuisible qu'utile.

Le premier soin local sera de réprimer l'hémorrhagie. Lorsque le sang s'écoule à l'extérieur, on devra en rechercher la source, et, suivant le précepte donné à l'occasion des plaies des parois, si le vaisseau blessé est considérable, il faudra, même au prix d'un débridement convenable, s'assurer de lui par une ligature.

Contre l'hémorrhagie interne, on usera des ressources que met à notre disposition la thérapeutique médicale, en même temps qu'on exercera sur l'abdomen une douce compression. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point en étudiant l'épanchement de sang dans le péritoine qui constitue une complication importante.

L'écoulement sanguin n'existant pas ou ayant été arrêté par le chirurgien, la conduite à tenir varie suivant que la blessure est simple ou compliquée, et nous aurons à revenir sur ce sujet à l'occasion de chaque variété de plaie pénétrante. Nous dirons seulement que, sauf contre-indication dépendant de l'existence d'une complication, l'occlusion aussi exacte que possible de la plaie est de règle dans toute plaie pénétrante de l'abdomen. Cette occlusion peut être faite à l'aide des agglutinatifs ; mais dès que la solution de continuité présente une certaine étendue, la suture est indispensable, et le chirurgien doit faire en sorte de comprendre le péritoine pariétal dans l'anse de fil, afin d'adosser la séreuse à elle-même et de favoriser l'occlusion rapide de la cavité péritonéale.

Le repos absolu sur le dos avec les cuisses fléchies sur le bassin, la diète, l'administration de l'opium à haute dose, soit par l'estomac, soit mieux par la voie hypodermique, les applications réfrigérantes sur l'abdomen, en même temps qu'ils favorisent la réunion de la plaie, complètent les indications du traitement en prévenant les complications inflammatoires.

B. Complications communes aux diverses variétés de plaies pénétrantes.

Toute plaie pénétrante de l'abdomen peut s'accompagner d'un certain nombre de complications, résultant du fait seul de la pénétration et qu'il importe d'étudier d'une manière générale, afin d'éviter de constantes répétitions. Ces complications communes, que l'on a distinguées en *immédiates* et *consécutives* ou *secondaires*, comprennent : 1° l'issue de l'épiploon et des viscères abdominaux, 2° l'hémorrhagie externe ou interne, 3° les corps étrangers, 4° la péritonite. Cette étude générale sera complétée par celle des complications particulières que l'on peut observer dans chaque variété de plaie pénétrante.

1° Issue de l'épiploon et des viscères abdominaux.

L'issue à travers une plaie pénétrante de l'abdomen d'un ou de plusieurs viscères est un accident assez fréquent et qui a de tout temps préoccupé les chirurgiens, relativement à la conduite qu'il convient de tenir en pareil cas. Nous indiquerons de suite quelques travaux à consulter sur ce sujet :

PIPELET, *Mémoire sur la ligature de l'épiploon* (Mém. de l'Acad. de chirurgie, édit. in-4, t. III, p. 394). — H. LARREY, *Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue de l'épiploon* (Mém. de l'Acad. de médecine, t. II, p. 665. 1845). — *Discussion à la Société de chirurgie sur l'épiplocèle traumatique* (Bull. de la Soc. de chir., t. 1, p. 617 et suiv.). — COCUD, *De l'issue de l'épiploon*, etc. Paris, 1864. — FLOUS, *Traitement des épiplocèles traumatiques*, thèse de Paris, 1867. — ZABLOCKY, *De l'épiplocèle traumatique*, thèse de Paris, 1869. — CARPENTIER, *Plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue de l'épiploon*, thèse de Paris, 1870.

La cavité abdominale se trouve à l'état physiologique dans un état de tension constante en vertu de laquelle tous les viscères sont soumis à une pression égale. Lorsqu'une ouverture est produite subitement en un point de la paroi, l'équilibre de pression étant rompu, les viscères qui ne sont pas fixés dans leur situation, tels que l'épiploon, l'intestin, l'estomac, etc., tendent à s'engager par la voie qui leur est ouverte, et cette tendance se trouve encore accrue par l'augmentation de la pression résultant de la contraction involontaire des muscles abdominaux au moment de l'accident.

C'est le plus souvent dans les plaies de la région antéro-latérale de l'abdomen que l'on voit se produire l'issue des viscères. Cependant une plaie intéressant la partie inférieure de la cavité thoracique et pénétrant dans l'abdomen peut se compliquer de l'issue de l'épiploon à travers la solution de continuité du diaphragme et des parois thoraciques. Nous avons déjà signalé des faits de cette nature à l'occasion des plaies pénétrantes de poitrine.

De même on a vu des anses intestinales s'engager dans une plaie du vagin pénétrant jusque dans la cavité péritonéale.

Tous les viscères peuvent venir faire hernie au travers d'une plaie de l'abdomen. Le siège de la blessure, l'étendue qu'elle occupe, rendent compte des variétés que l'on observe à cet égard. Lorsque la plaie est large, on peut voir plusieurs organes à la fois sortir à l'extérieur. Nous citerons, comme exemple de cette lésion, le fait de Patry qui a été l'occasion d'un remarquable rapport du professeur Sappey (1) à l'Académie de médecine, fait dans lequel l'estomac, l'intestin et une partie de la rate, étaient sortis du ventre à travers une large plaie de l'abdomen produite par un coup de corne de taureau. Le plus souvent la hernie est constituée soit par l'épiploon, soit par l'intestin, soit à la fois par l'un et l'autre.

a. *Issue de l'épiploon.* — La hernie de l'épiploon ou *épiplocèle traumatique* serait, dit-on, plus fréquente dans les plaies intéressant le côté gauche de l'abdomen.

Lorsqu'elle est récente, il est facile d'en reconnaître les caractères. L'épiplocèle est, en effet, constituée par une masse plus ou moins consi-

(1) *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 16 juin 1863.

dérable d'un tissu cellulo-graisseux, jaunâtre, que l'on distinguera par sa vascularisation d'un peloton de tissu adipeux sous-cutané, engagé entre les lèvres de la plaie. Si la hernie date de quelque temps, les caractères de l'épiploon se modifient; il devient rouge et forme une tumeur molle, pâteuse, ne produisant sous la main aucun gargouillement et différant par conséquent de l'intestin.

A l'intérieur de l'abdomen, on constate que l'épiploon hernié se dirige de ses attaches à l'estomac et au côlon vers l'ouverture anormale qui lui donne passage, et dans laquelle il s'engage en formant des plis longitudinaux et en se terminant au niveau de cette ouverture par un pédicule plus ou moins étroit. A l'extérieur l'épiploon s'épanouit sous forme d'une espèce de champignon de volume variable.

Que devient l'épiploon abandonné à lui-même dans les épiplocèles traumatiques?

Les chirurgiens ont longtemps professé sur ce point les opinions les plus erronées. Persuadés que l'épiploon abandonné à l'extérieur était fatalement voué à la gangrène, ils redoutaient pour le blessé les conséquences de cette gangrène, qui devait amener une suppuration suivie de péritonite, d'infection putride. De plus, en cas de guérison, l'adhérence de l'épiploon à la paroi abdominale devait exposer le malade à des tiraillements de l'estomac. De là, ainsi que nous le verrons, une thérapeutique irrationnelle, quoique Verdier (1), Pipelet et Louis aient déjà réagi contre ces idées, au sein de l'Académie de chirurgie.

Il faut arriver jusqu'à l'époque contemporaine pour voir ces vues théoriques s'effacer devant une observation plus exacte des faits. C'est à Larrey père et surtout à H. Larrey et à Robert que l'on doit la première démonstration de l'innocuité relative de l'épiplocèle traumatique et le précepte de la non-intervention chirurgicale que tous les chirurgiens acceptent aujourd'hui comme règle.

Contrairement à l'opinion professée par les anciens, il est en effet prouvé par l'observation que l'épiplocèle abandonnée à elle-même guérit le plus souvent, que l'épiploon, après avoir subi diverses transformations, rentre peu à peu dans l'abdomen, et que les prétendus accidents dus aux tiraillements de l'estomac sont purement hypothétiques. Voici ce qui se passe :

La partie herniée de l'épiploon ne tarde pas à contracter avec les lèvres de la plaie des adhérences qui la rendent irréductible, puis elle s'enflamme, augmente de volume, devient rouge, tendue.

L'inflammation et l'étranglement qui en résulte peuvent atteindre un degré considérable et être suivis d'une véritable gangrène. Dans ce cas, la portion mortifiée devient sèche, noirâtre et se détache bientôt d'elle-même au niveau de la plaie abdominale qui guérit peu à peu. Parfois, il est vrai, l'inflammation, au lieu de se borner à la portion de l'épiploon

(1) *Mém. Acad. roy. de chirurgie*, t. I, p. 67.

restée au dehors, se propage du côté de l'abdomen, détermine une péritonite généralisée, suivie même de suppuration; mais cet accident tant redouté des anciens est très-rare.

Enfin, dans l'immense majorité des cas, l'inflammation qui s'empare de l'épiplocèle, abandonnée à l'extérieur, reste seulement superficielle, et après un temps variable, qui peut se prolonger durant vingt ou vingt-cinq jours, la masse épiploïque enflammée diminue de volume, s'affaisse et subit une sorte de réduction spontanée par suite d'un retrait progressif vers la cavité abdominale.

Quelquefois cependant cette régression s'arrête, et l'épiploon reste dans la plaie sous forme d'un champignon plus ou moins volumineux, rouge, saignant, sensible, qu'il faut faire disparaître par une intervention chirurgicale.

On a pensé que, dans tous les cas d'épiplocèles traumatiques guéries, l'épiploon adhérent à la plaie et confondu avec le tissu cicatriciel faisait l'effet d'une sorte de bouchon obturateur, ajoutant à la solidité de la cicatrice et prévenant la formation consécutive d'une hernie ventrale à ce niveau. L'observation est encore venue démontrer combien cette opinion était fautive. L'épiploon en se rétractant dans l'abdomen laisse le plus souvent derrière lui une cicatrice insuffisante pour prévenir l'éventration. Goyrand (1) a insisté avec raison sur ce fait.

TRAITEMENT. — Les connaissances positives que nous possédons actuellement sur les phénomènes consécutifs à l'épiplocèle traumatique vont nous permettre de formuler les règles qui doivent guider la conduite du chirurgien en présence de cette complication.

Contrairement à la pratique des anciens qui, dans le but d'éviter à tout prix les dangers de l'inflammation et de la gangrène de l'épiploon, prescrivaient de le réduire, après l'avoir lié ou excisé, les chirurgiens modernes s'accordent généralement aujourd'hui à prescrire la non-intervention, c'est-à-dire l'abandon pur et simple de la partie herniée à l'extérieur. Ce précepte général, dû surtout à Larrey, admet cependant quelques rares exceptions et peut être légèrement modifié suivant les cas particuliers.

Quoique la réduction doive être considérée comme nuisible dans la plupart des circonstances, si l'on est appelé *immédiatement* après l'accident, si la partie herniée est peu volumineuse, si l'épiploon est sain et n'est pas étranglé par la plaie, si enfin il n'est le siège d'aucune blessure donnant lieu à un écoulement sanguin, il est permis de tenter sa réduction en procédant à cette opération avec la plus extrême douceur.

Dans le cas d'épiplocèle très-volumineuse, récente, sans lésion de l'épiploon, on a proposé de diminuer le volume de la partie herniée par son excision, puis de le réduire. Cette pratique me paraît condamnable. Si

(1) *Gaz. méd.*, février 1858.

l'excision d'une portion considérable de l'épiploon peut être faite, à la condition de lier successivement les vaisseaux, nous estimons qu'il y aurait danger à réduire la portion restante et qu'il vaut mieux la laisser au dehors.

Dans ce cas, il peut même être utile de fixer l'épiploon dans la plaie, à l'aide d'une épingle ou d'un point de suture, car on pourrait craindre que, réduit à de plus petites dimensions par le fait de l'excision, il ne rentrât de lui-même dans le ventre. Le fait suivant montre les dangers de cette réduction spontanée après excision.

Un homme atteint d'un coup de couteau dans l'abdomen présentait une plaie étroite avec issue d'une masse épiploïque de 8 centimètres de long. L'épiploon parut trop altéré pour être réduit et fut laissé au dehors. Trois jours après l'accident, les principaux dangers paraissant conjurés, on crut devoir, dans le but d'abrèger la convalescence, faire la ligature du pédicule et l'excision immédiatement au-dessus; mais les adhérences n'étant probablement pas encore assez résistantes, la surface excisée rentra spontanément dans l'abdomen dès le lendemain, et l'on vit se développer presque sur-le-champ une péritonite rapidement mortelle (1).

Si l'excision nous paraît ne devoir être appliquée que rarement, à plus forte raison devons-nous proscrire la *ligature en masse*, contre laquelle Pipelet et Louis se sont élevés avec juste raison en montrant les dangers de cette pratique.

L'épiploon abandonné à l'extérieur doit être entouré d'un linge sec ou mieux d'une compresse imbibée d'une solution antiseptique. Les attouchements avec le perchlorure de fer sont souvent très-utiles et amènent une sorte de momification de la partie herniée; qui se flétrit et s'affaisse rapidement presque sans suppuration.

Dans quelques cas où l'épiploon enflammé forme une tumeur volumineuse dont le retrait est lent à se faire, on pourra favoriser le travail de la nature en détruisant la partie exubérante par la cautérisation. La pâte au chlorure de zinc appliquée en lamelles dont on recouvre la surface de l'épiploon est le meilleur caustique à employer.

b. *Issue de l'intestin*. — C'est le plus souvent l'intestin grêle qui s'échappe à travers une plaie pénétrante de l'abdomen, quelquefois c'est le gros intestin, ou tous les deux en même temps. Enfin, l'épiploon accompagne aussi fréquemment l'anse intestinale herniée; tantôt celle-ci est saine, tantôt elle est le siège d'une ou plusieurs blessures. L'examen direct permettra de reconnaître ces diverses circonstances.

Abandonné à lui-même, l'intestin peut se réduire spontanément, mais c'est là une très-rare exception. Bodin (2) rapporte l'observation suivante: Une femme tomba du haut d'un mûrier après avoir pris un repas

(1) Carpentier, thèse citée, p. 31.

(2) *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1834, t. V, p. 104.