

rate ou à l'organe tout entier de faire hernie à l'extérieur. On sait aujourd'hui que la rate peut être enlevée sans compromettre la vie, aussi en pareil cas fera-t-on sagement de ne pas chercher à la réduire, mais bien d'en lier soigneusement le pédicule et de l'extirper.

Traitement. — Si l'on se trouve dans un cas où manifestement aucun organe autre que la rate n'est atteint, si la blessure est simple, on combattra l'hémorragie comme s'il s'agissait d'une plaie du foie, et l'on se conduirait comme nous l'avons dit plus haut en parlant des plaies du foie : drain, injection antiseptique, pansement compressif, etc.

Si au contraire d'autres organes sont atteints, si la plaie est compliquée, on fera avec toutes les précautions antiseptiques possibles la laparotomie, et si la rate présentait des lésions considérables, si elle était éclatée, si des fragments en étaient détachés, on n'hésiterait pas et on l'enlèverait.

ART. II. — COMPLICATIONS DES LÉSIONS CHIRURGICALES DE L'ABDOMEN.

§ 1. — Corps étrangers.

Les corps étrangers dont la présence peut compliquer ou déterminer les lésions chirurgicales de l'abdomen peuvent être de deux origines. Les uns pénètrent par les voies traumatiques créées par les corps vulnérants; les autres au contraire pénètrent par les voies naturelles. Dans le premier cas ce sont des fragments de projectile, des éclats d'os ou de pierre entraînés par ceux-ci, des débris de vêtements, des pointes d'épée, de couteaux, etc., etc.; ce sont ceux dont nous allons nous occuper en premier lieu.

Tout corps étranger qui pénètre dans l'abdomen par une blessure des parois peut déterminer autour de lui une irritation du tissu connectif péritonéal sous-endothélial qui constitue des soi-disant fausses membranes; formées par des éléments conjonctifs embryonnaires (du tissu connectif muqueux), elles isolent rapidement le corps étranger, et plus tard, en se durcissant, en devenant compactes, en subissant l'évolution normale de toute prolifération connective, elles deviennent fibreuses et constituent une poche d'enkystement au milieu de laquelle le corps étranger deviendra presque inoffensif. Ainsi que déjà nous l'avons dit et expliqué, ce sont les corps étrangers métalliques qui surtout jouissent de cette immunité; les parties vestimentaires, au contraire, entraînés par les projectiles, sont toujours plus ou moins contaminés par des éléments microbiens, dont la présence au milieu des tissus détermine l'inflammation des éléments anatomiques et entraîne la suppuration.

L'enkystement ne fixe cependant pas d'une manière définitive le

corps étranger. Le blessé, après sa guérison, se livre à ses occupations ordinaires, il marche, se tient debout, et le projectile agissant par son poids sur la poche kystique l'entraîne et l'allonge vers le bas. Une poussée inflammatoire, déterminée par une compression, une fatigue, amènera la production d'un abcès qui se videra au niveau du point de moindre résistance, à la région inguinale surtout.

Quand la suppuration s'établit autour du corps étranger, ou bien déjà des adhérences périphériques sont formées et un abcès s'ensuit, ou bien l'inflammation s'étend à toute la séreuse, et une péritonite généralisée en est la conséquence.

Lorsqu'au contraire elle reste limitée et qu'une collection purulente est formée, le pus tendra toujours à sortir par le point où la paroi de la poche qui le contient présente la moindre résistance, comme encore il tendra toujours, en raison de son poids, à s'accumuler vers la partie la plus déclive, partie qui variera suivant la position du malade ou suivant l'inclinaison normale des plans anatomiques de la région blessée. Quand donc, par suite de ces causes, la poche de l'abcès se trouvera au contact des parois abdominales, et que tout à l'entour d'elle les adhérences péritonéales auront déterminé une barrière qui ne permet pas au liquide purulent de s'infiltrer dans la cavité de la séreuse, l'abcès proéminera et s'ouvrira à l'extérieur, entraînant avec le pus le corps étranger cause essentielle de sa formation. Si au contraire la poche purulente trouve une moindre résistance vers la cavité abdominale, c'est dans cette dernière, ou encore en arrière d'elle, au-dessous du péritoine par conséquent, que se fait l'épanchement du pus, qui entraînera ou bien une péritonite généralisée ou un vaste foyer rétro-péritonéal, logé dans le tissu connectif qui double la séreuse.

Il peut encore se faire que le corps étranger ait pénétré directement dans la cavité d'une anse intestinale ou de l'estomac. Si alors, autour du point où le tube digestif est ouvert par la plaie, des adhérences suffisantes se sont faites soit avec la paroi abdominale, soit avec une anse intestinale voisine, nous nous trouverons dans le même cas que si le corps étranger avait pénétré par les voies naturelles, et suivant que sa forme, ses aspérités le permettront ou ne le permettront pas, il sera expulsé par le cours régulier des matières fécales, par l'anus. Il pourra néanmoins, il ne faut pas l'oublier, rester accroché, arrêté en un point de son parcours et agir alors, ainsi que nous le dirons tout à l'heure, comme un corps étranger introduit par la cavité buccale ou par une ouverture normale ou accidentelle de la partie supérieure du tube digestif.

Traitement. — Dans tous les cas où des corps étrangers sont logés dans une plaie abdominale, on cherchera à les extraire soit directement, soit par des contre-ouvertures s'ils se présentent à la vue ou si la palpation permet de les reconnaître, mais toujours il faudra éviter de les rechercher au moyen de sondes, ainsi que déjà nous l'avons dit à plusieurs

reprises, quelle qu'en soit la nature. S'agit-il d'un projectile, d'une balle, elle peut s'enkyster et la blessure peut guérir sans accidents, aussi a-t-on recommandé de fermer la plaie et d'attendre; cette méthode peut être bonne lorsqu'il s'agit de balles de revolver du commerce, balles petites, lancées avec une force peu considérable; mais lorsqu'il s'agit de nouvelles balles de petite dimension aussi mais lancées avec une force extrême, traversant tous les tissus qu'elles rencontrent sur leur passage, la conduite à tenir n'est plus la même, et pour mon compte je crois à la nécessité d'une intervention active, à la laparotomie par conséquent. Je n'ai nul besoin de répéter ce que déjà si souvent j'ai dit : les précautions antiseptiques sont d'absolue rigueur.

Corps étrangers du tube digestif venus par les voies naturelles. — Tout corps étranger qui a franchi l'isthme du gosier est soumis à l'action des constricteurs du pharynx et dégluti. S'il ne s'arrête pas dans le pharynx ou dans l'œsophage, il pénètre dans l'estomac. C'est ainsi que l'on a vu des individus avaler, par inadvertance ou par bravade, des cuillers, des fourchettes, des couteaux, des pièces de monnaie, des cailloux, et que les enfants et les aliénés ingurgitent inconsciemment des objets durs et compacts, noyaux de fruits, morceaux de bois, etc. D'autres fois encore des fragments d'os détachés par nécrose, syphilitique d'ordinaire, ou des fragments de cartilages du larynx sont engloutis et passent dans l'estomac.

Une fois que tous ces corps sont arrivés dans la cavité stomacale, en raison même de la direction du grand axe de celle-ci, ils ne sauraient plus que fort difficilement reprendre la position exacte qu'ils avaient en franchissant le cardia, et il est bien difficile qu'ils soient rejetés par le vomissement. Au contraire, s'ils sont de petit volume, de surface lisse, sans angles ni saillies qui les accrochent au passage, ils peuvent traverser le pylore au milieu des masses chymeuses qui les entourent et facilitent leur glissement. Dans le cas contraire, ils restent dans l'estomac, et leur présence, leurs aspérités déterminent des douleurs et, par réflexe, des contractions spasmodiques des parois stomacales. La muqueuse en contact avec les angles, les pointes du corps étranger, est blessée à ce contact, ses vaisseaux capillaires sont ouverts et livrent passage à du sang qui se mêle aux liquides rejetés par les vomissements, que quelquefois il constitue tout seul. En même temps la sensibilité de la muqueuse stomacale, sensibilité inconsciente à l'état normal, s'exagère, et une douleur vive en est la conséquence. Cette douleur s'exagère par la pression qu'exercent les muscles abdominaux sur la paroi stomacale en rapport avec les saillies du corps étranger, aussi le malade incline-t-il le haut de son corps en avant en se ployant pour diminuer autant qu'il le peut les contacts de son estomac avec les corps irritants. En même temps qu'il relâche les muscles abdominaux, le malade cherche à immobiliser l'estomac, ou plutôt

avec ses mains, qu'il appuie doucement sur l'épigastre, il cherche inconsciemment à déplacer et à repousser les parties vulnérantes.

Aussitôt après l'ingestion, le malade est en proie à une angoisse des plus grandes, angoisse due surtout à la conscience du danger qu'il court. Les enfants et les aliénés, loin de manifester ce sentiment, dissimulent souvent le fait de l'ingestion du corps étranger, les premiers par peur d'être grondés, les seconds par inconscience.

Quand le corps étranger est métallique, il peut être attaqué, même dissous, dit-on, par les acides du suc gastrique; dans tous les cas, en admettant que cette dissolution fût possible sur des morceaux de plomb ou de monnaie, il est, ce me semble, fort difficile de supposer qu'une cuiller ou qu'une fourchette puisse éprouver le même sort avant que sa présence prolongée n'ait entraîné les accidents que nous allons étudier. L'irritation des parois stomacales par les aspérités du corps étranger se transmet par contiguïté de tissus aux feuilletts péritonéaux, d'où résultent des adhérences aux parois abdominales, la formation d'un abcès et l'issue du corps étranger par cette voie. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et les douleurs physiques, les préoccupations morales, la difficulté de l'alimentation en raison de la présence de ce corps étranger qui obstrue en partie la cavité de l'estomac et l'orifice pylorique, l'irritation permanente de la muqueuse qui, fonctionnant mal, détermine les vomissements fréquents, sont toutes des causes qui demandent une intervention chirurgicale.

Il n'est pas toujours facile chez les enfants et surtout chez les aliénés, de savoir au juste si un corps étranger a été dégluti; c'est alors à la palpation, à l'examen méthodique, à l'examen des vomissements qu'il faudra s'adresser, et souvent le diagnostic ne pourra être porté immédiatement.

Traitement. — Faire repasser le corps étranger par le cardia et les voies supérieures au moyen des vomitifs, n'est possible que dans les cas où il est de petit volume. On réussit quelquefois chez les enfants quand ils ont avalé des noyaux de fruits; dans tout autre cas les vomitifs sont inefficaces et peuvent même être dangereux, les contractions stomacales pouvant en effet, par le contact de la muqueuse contre les aspérités du corps étranger, déterminer des écoulements de sang dans la cavité de l'organe.

Quand la nature du corps étranger est connue, quand on sait qu'il n'est pas trop volumineux, qu'il est de surface lisse, on peut espérer lui faire franchir le pylore au milieu d'une masse alimentaire molle et pâteuse.

Dans les cas où la douleur est vive, où l'alimentation devient insuffisante, où des accidents surviennent, il vaut mieux ouvrir l'abdomen, aller à la recherche de l'estomac, l'inciser et enlever le corps étranger. Puis on suturera au catgut l'organe ouvert et on fermera l'abdomen, sans songer à établir une fistule stomacale. Cette méthode est devenue

praticable grâce à l'antisepsie. Jadis il n'en était pas ainsi; Sédillot, alors que j'étais son interne, pratiquait la gastrostomie en tentant de reproduire artificiellement la fistule gastrique que le hasard avait produite chez le Canadien de Beaumont et que Blondlot et Küss produisaient sur les chiens. Les sutures de la plaie stomacale contre les parois abdominales tenaient mal; les liquides fusaient dans le péritoine et les malades succombaient au bout d'un temps plus ou moins long.

Les corps étrangers, après avoir traversé le pylore, cheminent plus ou moins facilement à travers l'intestin; s'ils sont très aigus, comme les aiguilles par exemple, ils peuvent en traverser les parois sans inconvénients et se faire jour loin du point où ils sont sortis de la cavité de l'intestin; ils se bornent alors à écarter les fibres musculaires entre lesquelles ils cheminent. Les corps durs, les calculs biliaires souvent, les os plus rarement, peuvent au contraire séjourner dans l'intestin, former un centre, un noyau autour duquel s'accumulent des sels calcaires, carbonates et phosphates provenant des liquides digestifs, qui constituent avec des débris épithéliaux une gangue autour du noyau central, et forment ainsi des masses calculeuses. D'autres fois ce sont des quantités de noyaux de fruits qui forment, au lieu d'une masse unique et volumineuse, de petits amas ou des calculs multiples. La présence de ces corps étrangers entrave nécessairement le cours des matières intestinales et peut entraîner en tout ou en partie les accidents d'une obstruction intestinale. D'autres fois encore, à la suite d'inertie ou de paralysie de l'intestin, des matières fécales dures peuvent s'accumuler dans le gros intestin, dans une de ses bosselures, autour d'un noyau dur venu des substances alimentaires non digérées, et constituer ainsi des amas qui ne sont pas expulsés par les selles. Ces corps étrangers déterminent tous, quelle qu'en soit la nature, des accidents de même genre qui varient suivant l'intensité de l'irritation que leur présence détermine; tantôt l'irritation est très faible et le corps étranger est éliminé par les selles sans même que le malade s'en rende compte autrement que par quelques coliques et quelque diarrhée. Quand l'irritation est plus grande, les coliques augmentent, deviennent intenses, le corps étranger provoque par sa présence une desquamation épithéliale étendue, desquamation qui donne lieu à une transsudation séreuse abondante et à une diarrhée intense alternant avec de la constipation; cette dernière est amenée mécaniquement par une obstruction plus ou moins complète de la cavité de l'intestin au niveau du point où les contractions réflexes ont poussé le corps étranger et où la chute épithéliale ne s'est pas encore produite. Quand en ce nouveau lieu le corps étranger détermine une nouvelle irritation, la desquamation épithéliale se fait de la même manière que plus haut, les coliques reviennent, la transsudation séreuse s'opère et la diarrhée s'établit. Les phénomènes se passent successivement de la même manière jusqu'au moment où l'élimination par l'anus

est accomplie. Les douleurs ventrales, la diarrhée qui revient par accès, ne sont pas sans réagir sur l'état général; la fièvre peut survenir, des vomissements réflexes peuvent se manifester. Mais l'irritation peut être plus grande encore alors surtout que le corps étranger reste fixé en un point presque immuable; l'inflammation de la muqueuse peut se transmettre au feuillet péritonéal et des adhérences peuvent se produire entre les anses intestinales voisines; les symptômes d'une péritonite partielle ou généralisée se manifestent alors. Il peut encore se faire que les feuillet péritonéaux, pariétaux et viscéraux se soudent entre eux, que des adhérences s'établissent ainsi avec les parois abdominales, et que le corps étranger fixé dans sa place détermine la production d'un véritable abcès stercoral, qui se vide au dehors dans les cas heureux, ou dans la cavité péritonéale dans les cas malheureux.

Quand les malades ne fournissent aucun renseignement sur la possibilité de la présence de corps étrangers dans l'intestin, le diagnostic n'en est pas toujours facile: la douleur fixe en un point, la diarrhée alternant avec la constipation, l'état général, appelleront l'attention du chirurgien sur la probabilité de la maladie, et la palpation attentive de l'abdomen jointe à la percussion permettra de se prononcer.

Traitement. — Les purgatifs répétés amèneront d'ordinaire une débâcle qui entraînera les corps étrangers si leur volume, leur dureté et leur enclavement ne sont pas des obstacles presque invincibles. Dans ce dernier cas et quand l'obstruction intestinale met la vie du malade en danger, il faut intervenir activement et agir alors comme nous le dirons dans le chapitre consacré aux différentes causes d'obstructions intestinales. Quoi qu'il en soit, lorsque les coliques sont très violentes et occasionnent des accidents nerveux, il faudra les calmer par tous les moyens possibles, tout en évitant de se servir de préparations opiacées à l'intérieur, elles n'auraient d'autre action que de paralyser l'intestin et de s'opposer par conséquent à l'expulsion du corps étranger. Lorsque des accidents de péritonite se manifestent, on les combattra comme nous allons le dire en traitant de la péritonite traumatique.

§ 2. — Péritonite traumatique.

Tout traumatisme abdominal peut déterminer la péritonite, une contusion violente des parois suffit à la produire, elle complique toujours les plaies pénétrantes de l'abdomen si l'instrument vulnérant a entraîné des éléments infectants, s'il a laissé dans la plaie des corps étrangers, et surtout si, par la perforation des intestins ou des voies biliaires, des matières stercorales putrides ou de la bile éminemment irritante sont tombées dans la cavité péritonéale. Le sang lui-même issu d'un vaisseau blessé et accumulé dans la séreuse peut déterminer la péritonite.

Comme dans toutes les séreuses, l'inflammation débute toujours par

chute du revêtement endothélial qui en protège la surface. Le tissu connectif sous-jacent à l'endothélium prolifère et forme ainsi des éléments nouveaux, mous, à structure embryonnaire, du tissu connectif muqueux, qui en se condensant constitue des fausses membranes reliant les feuillets du péritoine et soudant ainsi les parties voisines entre elles. C'est autour de la plaie ou du corps étranger que se fait cette néoformation; si donc la soudure s'opère entre le feuillet viscéral et le feuillet pariétal du péritoine et isole ainsi de toute part le canal produit par la plaie, ou enveloppe le corps étranger qu'elle pourra enkyster, il n'existera plus aucune communication entre le trajet de la blessure et la cavité péritonéale. Si l'ouverture cutanée est restée perméable, les liquides nocifs, n'ayant plus aucune possibilité de pénétrer dans cette cavité, se déverseront au dehors. Le même phénomène se produira au pourtour de la partie de la séreuse qui, par suite d'une contusion violente, aura été dépouillée de son revêtement endothélial protecteur. Quand l'introduction d'éléments infectieux vient compliquer la présence du corps étranger ou la plaie pénétrante, que les éléments infectieux aient été entraînés par l'instrument vulnérant, ou bien qu'ils proviennent de l'intérieur du tube digestif perforé, la péritonite, au lieu de rester localisée comme dans le cas précédent, tend au contraire à s'étendre à toute la surface de la séreuse, à se généraliser. Les mêmes phénomènes de chute endothéliale, de prolifération connective en sont la conséquence, mais au lieu de constituer un tissu connectif complet, des adhérences denses et solides, la formation nouvelle restera molle, muqueuse, avec infiltration générale de pus dans toutes ses mailles. Ce processus, étendu à toute la surface péritonéale, évoluera d'autant plus rapidement que les éléments infectieux en contact avec elle seront plus nombreux ou de nature plus septique, et souvent très rapidement, en deux ou trois jours, le malade succombera à l'infection. Dans ce cas, on trouve à l'autopsie tout le paquet intestinal aggloméré par des fausses membranes molles, infiltrées de pus, et dans les parties déclives des collections purulentes qui y sont accumulées.

La péritonite localisée, adhésive, est d'ordinaire, non pas un accident sérieux, mais bien un mode de guérison des plaies perforantes de l'abdomen; souvent même le chirurgien cherche à la déterminer par l'emploi de caustiques sur la peau dans le but de s'ouvrir ultérieurement sans danger une voie vers des abcès ou des poches kystiques intra-abdominaux, comme nous le verrons en étudiant les lésions nutritives et formatives de l'abdomen. Habituellement, dans les cas de péritonite simple et localisée, les phénomènes généraux sont nuls ou peu de chose, la douleur est localisée autour d'un point limité, et au bout de peu de temps les adhérences solides sont formées. C'est pour ne pas détruire celles qui sont en voie de formation et qui, ainsi que nous venons de le dire, sont toujours molles et muqueuses au début, qu'il faut toujours

s'abstenir de tout examen avec une sonde dans les plaies abdominales récentes.

Tout autre est le cas d'une péritonite infectieuse généralisée; quelques heures, un jour ou deux au plus après le traumatisme, les pourtours de la plaie deviennent très douloureux et la douleur se propage très rapidement à tout l'abdomen; un frisson intense se manifeste, prélude d'une fièvre des plus intenses, la température atteint entre 40 et 41 degrés, le système nerveux central est déprimé, le cœur, dont l'innervation n'est plus régularisée par le pneumo-gastrique, déraile et bat jusqu'à 130 ou 140 fois à la minute; par contre, le pouls est petit et serré. Le faciès du malade prend un aspect spécial, il est couché sur le dos dans l'immobilité, les cuisses relevées sur le tronc pour éviter la douleur que lui causent les moindres contractions de la ceinture abdominale. La face est contractée et indique un état de souffrances graves, le nez est pincé, les yeux enfoncés; puis, la péritonite s'étendant et gagnant la face inférieure du diaphragme ainsi que l'estomac et toute l'étendue des parois abdominales, détermine des vomissements incoercibles de matière noirâtre et de bile porracée. La surélévation de la température jointe aux vomissements produit une soif intense; la putridité des exsudats purulents intrapéritoniaux donne naissance à des gaz qui ballonnent l'abdomen.

Si, contrairement à cette évolution fatale qui jusqu'à présent est le cas habituel, la péritonite généralisée aboutit à la formation d'adhérences, si les phénomènes de purulence, d'infection générale disparaissent, le malade peut guérir, mais les adhérences formées deviennent de plus en plus denses, le paquet intestinal est congloméré par de vraies soudures; des brides résistantes interposées entre les anses ou entre elles et les parois constituent des obstacles au cours régulier des matières intestinales et peuvent devenir causes d'occlusion mécanique.

Traitement. — Puisque nous avons admis que dans tous les cas, sauf peut-être ceux où la péritonite traumatique dépend d'une large et violente contusion, sans rupture intestinale ou viscérale, elle est toujours d'origine septique, il est évident que nous sommes partisan de la laparotomie aussitôt qu'un symptôme de péritonite se manifestera. On devra donc en pareil cas ouvrir largement l'abdomen, faire une toilette soigneuse et antiseptique du péritoine, fermer par des sutures appropriées au catgut les points par lesquels un liquide septique quelconque peut pénétrer dans la cavité, et refermer ensuite l'abdomen après avoir établi un drain dans les parties déclives. En même temps il faudra immobiliser l'intestin par l'opium en lavements, car les vomissements ne permettent souvent pas de le faire absorber par la bouche. On donnera au malade des boissons glacées à petites doses fréquemment répétées, du vin de Champagne surtout; il aura l'avantage d'agir en même temps comme excitant du système nerveux. On appliquera

sur l'abdomen des compresses imbibées de liquides antiseptiques glacés. Je n'ai pour ma part plus aucune confiance dans les sangsues, l'onguent mercuriel, belladonné ou non, le badigeonnage au collodion, et moins encore dans les cataplasmes. Si un foyer purulent se manifestait en un point quelconque, on l'ouvrirait avec toutes les précautions voulues et on le drainerait.

Quand malheureusement le chirurgien vient un peu tard, quand déjà la péritonite est généralisée, quand les accidents d'infection sont manifestes, il reste peu d'espoir, la laparotomie elle-même serait trop tardive, et l'on se bornera à calmer les accidents qui se produisent, tout en souhaitant que la péritonite se localise et que le pus se collecte en un seul foyer.

§ 3. — Épanchement sanguin dans l'abdomen.

Déjà nous avons dit que des vaisseaux blessés par un instrument vulnérant pouvaient déterminer un épanchement de sang intrapéritonéal; le sang peut provenir encore du lacis vasculaire qui entre dans la constitution de certains organes, du foie, de la rate par exemple.

On comprend difficilement qu'à la suite d'une blessure, sauf peut-être dans le cas d'une contusion, le sang qui se répand dans le péritoine ne soit pas contaminé par les liquides intestinaux ou biliaires, le tube digestif, le foie ou d'autres organes ayant été blessés simultanément. Il peut l'être encore par l'introduction d'éléments septiques à travers la plaie. Dans ces conditions, le sang n'agit pas sur le péritoine comme un liquide innocent, car il participe aux propriétés infectieuses qui lui sont communiquées, et il détermine par sa présence une péritonite traumatique sur laquelle nous ne reviendrons pas.

Quand au contraire le sang reste indemne de toute propriété septique, il se comporte vis-à-vis du péritoine d'une manière beaucoup plus simple et plus innocente. Suivant la position du vaisseau blessé, le sang fusera au devant du grand épiploon, entre lui et les parois abdominales, et ira gagner ainsi les parties antérieures du petit bassin et les régions vésicales. D'autres fois, si le vaisseau blessé est en arrière, le sang se dirigera suivant l'une des deux faces obliques du mésentère et gagnera ainsi les fosses iliaques. Quand, au contraire, il provient d'une des nombreuses branches des mésentériques, il chemindra entre les anses intestinales et, suivant sa quantité, fusera plus ou moins loin.

Si la quantité de sang épanché n'est pas très grande, il se collectera en un foyer dont les éléments liquides se résorberont en laissant les matières colorantes qui, ainsi que nous l'avons vu quand nous avons étudié les hémorragies en général, constitueront un noyau induré.

Si au contraire le sang en quantité plus considérable exerce sur le

tissu connectif ambiant une compression constante, il s'enkystera, se résorbera difficilement et un hématome s'ensuivra. Ce kyste sanguin pourra plus tard, pour des causes mal déterminées encore, comme tous les kystes, passer à suppuration, un foyer purulent s'ensuit alors. La palpation, la percussion, l'étude de la manière dont l'accident s'est produit, la compression sur les organes voisins, permettront quelquefois de reconnaître la présence de ce kyste, qui souvent cependant passe inaperçue.

L'hématome peut encore se transformer en un kyste séreux par disparition des éléments colorés du sang et par extravasation exagérée du plasma: c'est encore là une transformation dont nous ignorons le mécanisme intime. Quoi qu'il en soit, kystes sanguins ou kystes séreux devront être traités par l'évacuation de leur contenu, par l'injection de liquides irritants pour amener l'adhérence des parois, et si cela ne suffit pas, par la large incision et l'extirpation de la poche kystique.

L'hémorragie, au lieu d'être de petite quantité, de se faire lentement, se fait-elle au contraire brusquement, un gros vaisseau est atteint. C'est alors une véritable hémorragie interne avec son cortège de symptômes et de dangers que nous avons décrits.

Traitement. — Quand l'hémorragie n'est pas considérable, quand rien ne vient infecter le sang, le plus souvent elle passe inaperçue; cependant il sera toujours bon, en prévision de cette complication possible, de mettre le malade au repos absolu et de le surveiller attentivement.

Si l'on a constaté la présence d'une poche sanguine ou d'un épanchement diffus, on en favorisera la résorption par le repos, la compression, etc.

L'hémorragie est-elle grave, il ne faut pas hésiter, il faut ouvrir l'abdomen, lier le vaisseau blessé, enlever les caillots, nettoyer le péritoine et fermer.

ART. III. — DES HERNIES ABDOMINALES EN GÉNÉRAL.

On désigne sous le nom de hernies abdominales *les tumeurs que forment les viscères contenus dans l'abdomen en s'échappant au travers des parois de cette cavité.*

Nous devons, bien qu'elles rentrent dans cette définition, éliminer de notre description les hernies constituées par des organes sortant à nu, sans enveloppe, à travers une plaie récente des parois abdominales. L'issue des viscères n'est plus alors qu'un épiphénomène, une complication de la plaie. Nous avons décrit cette variété en parlant des plaies de l'abdomen.

Il faut encore distinguer des hernies les *éventrations*. On désigne ainsi les déplacements qui résultent *du relâchement ou de la dilatation avec*