

susceptible. L'espèce humaine offre-t-elle de ces différences? C'est probable.

Il est certain que, toutes choses égales d'ailleurs, le péritoine est loin de réagir de la même manière chez les différents sujets. Ne rencontrons-nous pas des malades dont le ventre est rempli de pus, alors qu'aucun symptôme grave ne le faisait pressentir? J'ai observé dans mon service une femme dont le ventre avait été inondé de matières fécales. Il y en avait jusque sous la face inférieure du foie, et cela depuis près de vingt-quatre heures. Je ne comptais pas, je l'avoue, sur le lavage et le nettoyage du ventre pour empêcher la mort. Eh bien! la malade guérit de cet accident sans la moindre réaction péritonéale.

Comme toutes les séreuses, le péritoine présente un *feuillet pariétal* en rapport avec la paroi abdominale et un *feuillet viscéral* qui recouvre les viscères. Entre les deux feuillets se trouve la *cavité péritonéale*. Cette cavité, à l'état normal, est virtuelle, c'est-à-dire que les deux feuillets sont au contact; elle n'apparaît que lorsqu'un liquide ou des gaz s'y épanchent. Elle diffère des autres cavités séreuses en ce qu'elle n'est pas close chez la femme: l'extrémité externe de la trompe de Fallope communique, en effet, avec le péritoine, exemple unique d'une séreuse se continuant avec une muqueuse. Un certain nombre de faits pathologiques importants, que nous retrouverons plus tard, résultent de cette communication.

PÉRITOINE PARIÉTAL.

Le *feuillet pariétal du péritoine* tapisse la face profonde de la paroi abdominale. On peut le diviser en pariétal antérieur et pariétal postérieur.

Lorsque, dans une plaie de l'abdomen, ce feuillet a été divisé, on dit que la plaie est *pénétrante*. Il est souvent difficile en clinique de se prononcer à cet égard: si la plaie est étroite, si l'on n'a pas de renseignements précis sur la profondeur à laquelle a pénétré l'instrument, sur la direction qu'il a suivie, cela est même impossible. J'ajoute qu'il est préférable de ne pas porter un stylet dans la plaie pour s'en assurer; on pourrait ainsi rendre pénétrante une plaie qui ne l'était pas. Dans le doute, il est préférable de pratiquer une incision de la paroi qui permettra d'accéder au fond de la blessure. Si le péritoine pariétal est intact, on suture la plaie; si le péritoine est intéressé, on continue l'opération en ouvrant largement la cavité abdominale.

Lorsque la plaie de la paroi abdominale est large, le diagnostic s'impose de lui-même si l'épiploon, avec ou sans intestin, s'y est engagé et fait hernie à l'extérieur. Après une asepsie rigoureuse, il convient de réduire l'intestin dans le ventre le plus tôt possible, en débridant au besoin la plaie. Quant à l'épiploon, il faut le serrer au ras de la peau avec un fil de catgut, le réséquer et réduire le pédicule.

Si la plaie ne s'accompagne pas d'issue de viscères et que, néanmoins, il y ait de grandes présomptions en faveur de la pénétration, il faut laparotomiser.

Quant aux plaies du ventre par arme à feu, le consensus s'est établi à cet égard parmi les chirurgiens; la règle est d'ouvrir immédiatement la cavité abdominale et de traiter par la suture toutes les plaies intestinales que l'on pourra rencontrer.