

la plaie avec le doigt indicateur : en cas de lésion de l'intestin, le chirurgien retire souvent le doigt imprégné de matières intestinales à odeur caractéristique. Baudens a signalé ce fait que les bouts de l'intestin divisé deviennent très-durs à cause de la contraction qu'ils éprouvent ou de la présence de l'escarre ; ce signe peut aussi être apprécié par le doigt introduit au fond de la plaie. Toutefois cette exploration n'est pas sans incertitude, parce que la portion blessée de l'intestin peut être à une certaine distance de la plaie extérieure, ce qui expose à ne pas la rencontrer ; ni sans danger, parce que les manœuvres facilitent la production d'un épanchement de matières fécales dans le péritoine.

En résumé, dans les cas de blessure étroite de la paroi abdominale, sans issue de l'intestin, sans écoulement de matières fécales par la plaie des téguments, on tiendra compte de la région atteinte par l'instrument vulnérant, de la direction imprimée à ce dernier, de la profondeur à laquelle il a pénétré et des symptômes généraux.

Complications. L'intestin est parfois blessé dans plusieurs points de son étendue ; ou bien encore à la lésion de cette portion du tube digestif se joint la blessure d'autres viscères abdominaux, épiploon, mésentère, rein, vessie, aorte, etc. La balle qui a atteint l'intestin peut rester dans la cavité abdominale. On a signalé la possibilité d'une hémorragie grave et même mortelle par lésion d'un des vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur des tuniques intestinales.

Pronostic. Il est grave, en raison de l'épanchement de matières de l'intestin dans le péritoine et de la péritonite qui en est la conséquence. Les détails exposés plus haut dénotent toute l'importance exercée par l'étendue de la plaie. Si la multiplicité des blessures de l'intestin augmente la gravité, elle est parfois une circonstance favorable, par la raison que les plaies communiquent, de façon que les matières intestinales passent d'une anse dans l'autre. Un mode de terminaison fréquent dans les blessures de l'intestin est l'anus contre nature, infirmité que l'on ne parvient pas toujours à guérir.

Traitement. Il diffère suivant que l'intestin blessé est resté dans l'abdomen ou est sorti de cette cavité.

1° Intestin blessé resté dans la cavité abdominale. Dans ce cas, il est préférable de s'abstenir de toute tentative de réunion. On se borne à un traitement général propre à prévenir la péritonite : repos absolu du blessé, abstinence complète d'aliments, boissons en très-petite quantité. L'administration de l'opium à doses fractionnées, dans le but de diminuer le mouvement péristaltique de l'intestin et de prévenir un épanchement, conviendrait si la blessure était faite à une époque un peu éloignée du dernier repas. Faut-il se départir de la règle précédente dans les plaies contuses et surtout dans les plaies par armes à feu de l'intestin, et aller chercher la partie blessée dans l'abdomen en agrandissant au besoin la plaie extérieure ? Dupuytren conseille cette pratique et propose de fixer l'intestin en dehors, en formant un anus contre nature. Baudens et Legouest ont mis ces préceptes à exécution.

2° Intestin blessé hors de l'abdomen. La conduite à tenir varie en raison de l'étendue de la lésion. Si c'est une simple piqûre ou une plaie de quelques millimètres, on peut réduire, après avoir au préalable passé une anse de fil à travers le mésentère. On soumet ensuite le blessé à un traitement antiphlogistique. Si la plaie a plus de longueur, 1 centimètre par exemple, quelques chirurgiens, notamment John Bell et Scarpa, veulent qu'on se contente de maintenir l'intestin blessé en rapport avec la plaie extérieure par une anse de fil passée à travers le mésentère ou le mésocôlon. La suture est jugée préférable, dans ce cas, par les chirurgiens contemporains. La même opération est applicable lorsque la division de l'intestin est complète.

Dans les plaies par armes à feu, lorsque l'intestin blessé est au dehors, ou qu'il est en rapport avec la plaie extérieure, la suture est encore prescrite, en ayant soin d'adosser les séreuses au delà des portions escarrifiées, après quoi on réduit l'intestin. Lorsqu'il existe plusieurs ouvertures à cet organe, à peu de distance les unes des autres, on peut enlever toute la portion comprise entre les plaies et réunir les deux bouts comme si on avait affaire à une division primitive complète de l'intestin. Les deux blessures sont-elles à une assez grande distance l'une de l'autre, on pratique deux sutures isolées, ou bien on adosse par la suture les plaies opposées.

En cas de blessure de portions extrapéritonéales de l'intestin, face postérieure du cœcum, partie postérieure du côlon lombaire, on se dispense de la suture ; on laisse s'établir l'anus contre nature, sauf à traiter plus tard cette infirmité.

DE L'ENTÉROGRAPHIE.

L'entéroraphie est une opération qui consiste à réunir par la suture les divisions de l'intestin. Elle comprend un grand nombre de procédés que l'on peut rattacher à trois méthodes : affrontement direct des bords de la plaie ; invagination d'un bout d'intestin dans l'autre, en adossant la membrane séreuse de l'un à la muqueuse de l'autre ; adossement des membranes séreuses soit des lèvres opposées de la plaie, soit de la circonférence libre des deux bouts d'intestin. Nous indiquerons ici les procédés principaux. Pour mieux en faire comprendre le manuel opératoire, j'ai l'habitude, dans mes cours de pathologie chirurgicale, de les simuler sur des doigts de gant auxquels je pratique au préalable des incisions de diverses longueurs et dans divers sens, de manière à représenter les diverses espèces de plaies. Je pratique les sutures sur ces mannequins avec des fils de couleur, qui ressortent mieux que les fils blancs.

PREMIÈRE MÉTHODE. AFFRONTEMENT DIRECT. Il consiste à réunir les parties divisées de telle façon que les sections des quatre tuniques intestinales se correspondent. Pour obtenir ce résultat, on emploie la suture *en surjet* ou *du pelletier* (voy. t. I, p. 27, fig. 10, E), ou la *suture entrecoupée* (fig. 10, A). Moreau-Boutard veut qu'avant de faire la réunion par cette dernière suture, on excise la muqueuse renversée sur les bords de la plaie, en la taillant en biseau de dedans en dehors.

Reybard a modifié la suture *en surjet* de la manière suivante : il se sert

d'une aiguille à coudre ordinaire, armée d'un fil double (*f*, fig. 222, B qui représente l'intestin vu par sa face interne) dont l'extrémité libre porte en guise de nœud un petit rouleau de linge (*e*) de 6 millimètres de long. On traverse de dedans en dehors et près de l'une des extrémités

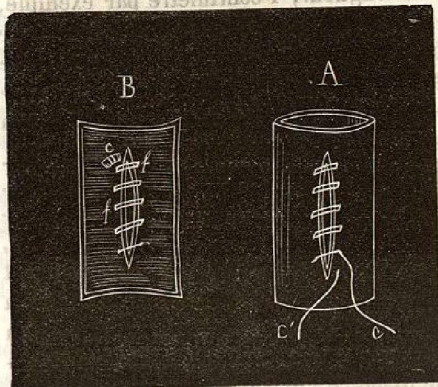


Fig. 222.

de la plaie intestinale une des lèvres de la plaie, de manière à arc-bouter le petit rouleau de linge contre la partie correspondante de la face interne de l'intestin ; on traverse ensuite les lèvres opposées de la plaie intestinale comme dans la suture en *surjet* ordinaire jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de l'extrémité opposée de la plaie intestinale. Avant de faire le dernier point de suture, on dédouble le fil (*cc'* fig. 222, A qui représente l'intestin vu par sa face externe), de façon que ce dernier point de suture au lieu d'être fait avec un fil double, l'est avec un fil simple (*c'*). Les deux chefs sont alors noués ensemble et coupés au ras de la plaie. On réduit l'intestin ; la réunion faite, les fils divisent les parties molles qu'ils ont étreintes, tombent dans l'intestin et sont rendus par les selles.

Suture à anse. Procédé de Ledran. On prend autant de fils (*ff*, fig. 223) qu'on veut faire de points de suture, et on passe l'un des bouts de chaque fil dans le chas d'une aiguille à coudre ordinaire. On passe chacun des fils à travers les lèvres de la plaie intestinale à la distance de 7 millimètres les uns des autres. Alors on enlève les aiguilles et on noue ensemble tous les chefs situés d'un même côté de la plaie, de manière à former deux faisceaux de fils (*n, n*, fig. 223) qu'on tortille ensemble par deux ou trois tours. On a ainsi de chaque côté un cordon unique.

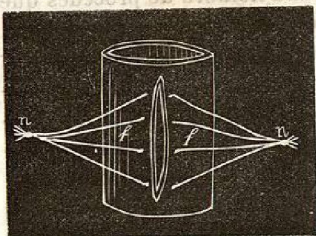


Fig. 223.

Au lieu de plusieurs anses de fil, Palfyn n'employait qu'une seule anse dont il fixait les extrémités sur la peau de l'abdomen au moyen d'un emplâtre agglutinatif.

Suture à points passés. Procédé de Bertrandi. Ce procédé est conforme à celui que nous avons décrit t. I, p. 27, fig. 10, B. Mentionnons une modification imaginée par Béclard, dans le but d'éviter la destruction des adhérences encore faibles de l'intestin, au moment où on retire le fil. Pour cela, au lieu de se servir, pour faire la suture, d'un fil simple, on arme l'aiguille de deux fils, l'un blanc et l'autre de couleur. Au bout de trois jours on tire sur le fil blanc à une extrémité, sur le fil coloré à l'autre

extrémité ; l'effet des deux tractions simultanées en sens contraire est de laisser l'intestin dans l'immobilité.

Affrontement avec interposition d'un corps étranger. Procédé des quatre maîtres et de Duverger. Les quatre maîtres se servaient d'une portion de *carte à jouer* qu'ils roulaient en forme de cylindre, au moyen d'un fil qui portait une aiguille à chaque bout. Ils fixaient les deux bords de la carte, en piquant cette dernière de dedans en dehors. Ils traversaient ensuite les lèvres correspondantes de la plaie intestinale de dedans en dehors, avec le même fil et les mêmes aiguilles, de façon que l'anse de chaque fil répondait au canal formé par la carte, pendant que les extrémités de ces fils étaient fixées sur les téguments de l'abdomen. Au lieu d'une carte, Duverger se servait d'une portion de *trachée de veau* desséchée. Il passait à travers cette trachée trois anses de fil disposées à distances égales les unes des autres. A chaque extrémité des fils était une aiguille courbe. Le bout de trachée ayant été introduit dans les deux bouts d'intestin, afin de soutenir ces derniers, on pratique avec les aiguilles courbes trois points de suture entrecoupée, en piquant l'intestin de dedans en dehors à 6 ou 8 millimètres des bords de la plaie. Après avoir fait rapprocher ces bords par un aide, le chirurgien pratique les nœuds sur l'un des côtés de la solution de continuité intestinale.

Procédé de Reybard. Une plaque de bois de sapin mince et polie, longue de 34 à 36 millimètres, large de 18 à 20 millimètres, de forme ovale, est suspendue dans une anse de fil dont les deux bouts qui la traversent dans son milieu sont écartés d'environ 4 millimètres. Chaque bout du fil est passé dans le chas d'une aiguille ordinaire. La plaque est introduite dans l'intestin et placée de façon que le grand diamètre en soit parallèle à la plaie intestinale. Pour la maintenir appliquée contre les bords de la solution de continuité de l'intestin, on traverse, de dedans en dehors, à 7 millimètres de leur bord libre, chacune des lèvres de la plaie, avec les aiguilles placées à chaque bout du fil. Les deux bouts sont alors passés ensemble dans une seule aiguille courbe substituée aux deux premières. Avec cette aiguille on traverse la paroi abdominale de dedans en dehors, à quelques millimètres de la plaie extérieure. On réduit l'intestin et on tire les bouts du fil à soi de façon à appliquer la plaie intestinale contre la face postérieure de la paroi abdominale ; pour maintenir l'organe dans une situation immuable, on noue les bouts du fil double sur un petit rouleau de linge placé sur les téguments parallèlement à la plaie extérieure. Au bout de deux jours on coupe le nœud ; le lendemain la plaque de bois est rendue avec les garde-robes.

DEUXIÈME MÉTHODE. INVAGINATION AVEC ADOSSEMENT D'UNE SÉREUSE A UNE MUQUEUSE. PROCÉDÉ DE RHAMBOR. Ce procédé consiste à introduire le bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin et à les maintenir réunis par un point de suture, ou par la suture du pelletier (Hermans). On a reproché à cette méthode : la difficulté de distinguer le bout supérieur de l'inférieur, d'où la possibilité d'invaginer le second dans la cavité du premier ; la difficulté même d'introduire l'un des bouts d'intestin dans l'autre, à