

cause du mésentère qui y met obstacle ; le peu d'aptitude pour la réunion qu'offrent une séreuse et une muqueuse mises au contact direct.

TROISIÈME MÉTHODE. ADOSSÉMENT DES MEMBRANES SÉREUSES. PROCÉDÉ DE JOBERT. Ce procédé est fondé sur la facilité et la rapidité avec laquelle se réunissent des membranes séreuses mises au contact l'une de l'autre.

Le blessé étant couché sur le dos, les muscles de l'abdomen relâchés, on dissèque le mésentère sur l'un et l'autre bout d'intestin, dans l'étendue de 1 centimètre environ. Si pendant cette dissection l'écoulement sanguin est modéré, il ne faut pas l'arrêter, cette déplétion étant considérée comme favorable pour prévenir une phlegmasie consécutive. En cas contraire, rien n'empêche de lier les vaisseaux ouverts. — Le bout supérieur de l'intestin (*bs*, fig. 224, A qui représente les deux bouts d'intestin vus de face) ayant été reconnu, on le saisit de la main gauche et on prend de la main droite un fil d'environ 20 centimètres de long, dont chaque extrémité est passée dans le chas d'une aiguille à coudre ordinaire. Les deux aiguilles traversent la paroi antérieure du bout supérieur de l'intestin de

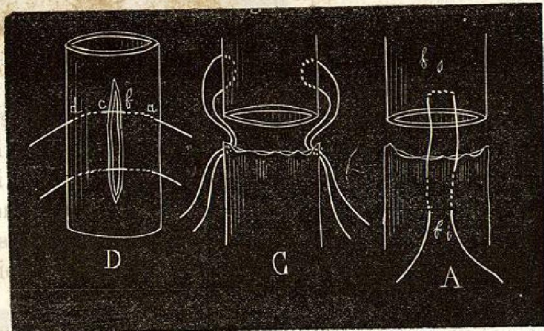


Fig. 224.

dedans en dehors, à 6 millimètres de la division, de façon à laisser une anse de fil dans l'intérieur de l'intestin. Un second fil est passé de la même façon à travers la paroi postérieure de l'intestin. Dans les trois figures A, C, D, la partie ponctuée indique la portion du fil qui est dans la cavité de l'intestin. — Le chirurgien, abandonnant pour le moment le bout supérieur, renverse au moyen d'une pince le bord libre du bout inférieur (*bi*, fig. 224, A) dans la cavité du bout de l'intestin, de façon à tourner la séreuse en dedans. Le doigt indicateur gauche étant introduit dans le bout inférieur pour maintenir la séreuse renversée et pour servir en même temps de conducteur aux aiguilles, on traverse avec celles-ci de dedans en dehors la paroi doublée du bout inférieur, en faisant sortir les aiguilles à la distance de 2 millimètres l'une de l'autre. On agit de la même façon sur la face postérieure de l'intestin. — On rapproche alors, par une traction douce exercée sur les extrémités des fils, les deux bouts de l'intestin et on introduit peu à peu le bout supérieur dans l'inférieur. — On réduit l'intestin dans l'abdomen ; on dispose à l'angle inférieur de la

plaie des téguments les fils réunis ensemble, et on les colle sur les téguments avec une bandelette de baudruche gommée. Au quatrième ou cinquième jour, les fils peuvent être retirés parce que la cicatrisation est suffisamment avancée. La figure 224, C, représente les mêmes manœuvres sur les deux bouts d'intestins vus de profil.

Lorsque la section de l'intestin, au lieu d'être totale, est incomplète (fig. 224, D) Jobert exécute la suture de la façon suivante : on se sert d'un fil enfilé d'une seule aiguille. On enfonce celle-ci dans une des lèvres de la plaie, à environ 10 millimètres (*a*) de la solution de continuité ; on la fait cheminer dans la cavité de l'intestin pour la faire sortir à 2 millimètres de la plaie (en *b*). On agit ensuite de même sur l'autre lèvre de la plaie, mais en sens inverse (*c, d*). En tirant sur les extrémités du fil on fronce les lèvres de la plaie et on met en rapport les surfaces séreuses opposées.

Denans (de Marseille) a modifié le procédé précédent, en maintenant les bouts d'intestin en rapport au moyen de trois viroles d'argent ou d'étain introduites dans la cavité de l'organe ; chaque bout d'intestin reçoit une virole, après quoi la troisième virole, moins volumineuse, est enfoncée dans la virole supérieure d'abord, ensuite dans la virole inférieure. Au moyen d'une anse de fil qui les embrasse toutes les trois, on les fixe sur deux points de l'intestin.

Le procédé de Lembert (fig. 225) a pour but de mettre les surfaces péritonéales des deux bouts de l'intestin en contact direct, sans renverser en dedans la circonférence du bout inférieur. Une aiguille entraînant un fil *f* est enfoncée à 8 millimètres de la plaie intestinale. Elle traverse l'épaisseur de la paroi de l'intestin, à l'exception de la tunique muqueuse (*m*, les lettres *i* et *s* répondent à la tunique intermédiaire ou musculaire et à la tunique séreuse) dont elle laboure seulement le tissu sous-muqueux ; elle ressort à peu près à 2 millimètres de la plaie. On l'enfonce ensuite dans l'épaisseur de l'autre bout d'intestin en pénétrant seulement à 2 millimètres de la plaie pour ressortir à 8 millimètres de cette même plaie, en passant toujours entre la membrane muqueuse et la tunique musculaire de l'intestin. Quand on a placé tous les fils, on tire sur les extrémités de ceux-ci, de façon à rapprocher les bouts d'intestin et à mettre les séreuses en contact, par le renversement en dedans des lèvres de la plaie. Chaque point de suture est maintenu par un double nœud. On coupe les fils au ras de la plaie.

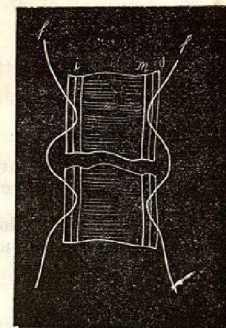


Fig. 225.

Procédé de Gély. Suture en piqué. Un fil de soie à coudre, de moyenne grosseur, porte à chaque extrémité une aiguille ronde, un peu plus forte que le fil ; on enfonce l'une des aiguilles parallèlement à la plaie, à 4 millimètres en dehors et en arrière de l'extrémité de la plaie (*a*, fig. 226) ; on traverse la paroi intestinale, et parcourant dans la cavité de l'organe un trajet d'environ 4 millimètres parallèle au bord correspondant de la plaie,

on fait ressortir l'aiguille de dedans en dehors (en *c*; le ponctué *ac* indique le trajet du fil dans la cavité de l'intestin). Avec l'autre aiguille, on accomplit une manœuvre semblable sur l'autre lèvre de la plaie (*bd*). Les fils ayant été croisés, l'aiguille de gauche passe à droite, et *vice versa*. Avec chacune des aiguilles on fait un nouveau point semblable à chacun des premiers, en prenant la précaution de piquer tout d'abord dans le trou de sortie du fil qui a été porté au côté opposé. On jette ainsi sur la plaie intestinale un

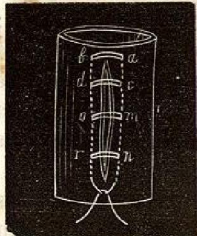


Fig. 226.

nombre suffisant d'anses perpendiculaires doubles (*ab, cd, om, rn*) pour en couvrir toute la longueur. Avant de nouer les fils, il faut serrer convenablement chaque point; pour cela, on prend successivement, avec une pince à disséquer, chaque anse transversale, ou mieux encore chacun des deux fils qui composent ces anses, à l'exception de la première, qui n'en a qu'une, et l'on exerce une traction douce et continue qui a pour effet d'adosser les lèvres de la plaie par leur face séreuse avec une telle exactitude, qu'on n'aperçoit

plus au dehors aucune trace des fils. On noue les deux fils opposés et l'on coupe les chefs au ras du nœud. — Le procédé est le même pour les plaies complètes et incomplètes. On peut se dispenser de faire pénétrer l'aiguille *exactement* par le trou de sortie du fil opposé, ce qui constituerait une difficulté opératoire.

Le tableau suivant donne une idée générale des principaux procédés employés pour la suture de l'intestin :

	Suture en surjet ou du pel- letier.....	Procédé Reybard.
	Suture entrecoupée.....	Procédé Moreau-Boutard.
Affrontement direct.....	Suture à anse.....	{ Procédé Ledran. Procédé Palfyn.
	Suture à points passés ..	{ Procédé Bertrandi. Procédé Béclard.
Affrontement direct avec inter- position d'un corps étranger.		{ Procédé des quatre maîtres et de Duverger. Procédé Reybard.
Invagination avec adossement d'une séreuse à une mu- queuse.....		Procédé Rhamdhor.
Adossement des membranes séreuses.....		{ Procédé Jobert. Procédé Denans. Procédé Lambert. Procédé Gély.

Appréciation. Quand on jette une ligature sur une anse intestinale, ou bien encore qu'on pratique sur cet organe une suture, on reconnaît que la tunique muqueuse et la tunique musculieuse sont coupées immédiatement dans le premier cas, plus lentement dans le second; au contraire, la membrane séreuse reste intacte. On remarque encore que la séreuse oppose plus d'obstacle à la section quand la ligature est un fil ciré que quand c'est un fil simple.

En expérimentant sur des chiens, il est facile de s'assurer que, dans les premières quinze heures qui suivent l'application de la suture, il se fait un épanchement de lymphe plastique dans toute l'atmosphère de la plaie. Plus tard, la lymphe plastique s'organise en fausse membrane, unissant d'une part les lèvres de la plaie entre elles, de l'autre l'intestin à la paroi abdominale et aux surfaces séreuses ambiantes. Après trois à quatre jours, les fils provoquent une espèce de suppuration de la fausse membrane; ils coupent tout ce qui est embrassé par le nœud, deviennent libres et tombent dans l'intestin si on les abandonne dans la plaie. Alors aussi on peut les retirer à l'extérieur de la même façon qu'on enlève une ligature artérielle après la section des parois de l'artère par le fil. Au bout de cinq à six jours il y a une réunion solide, avec adhérence de l'intestin à toutes les parties voisines de la plaie. Après un à deux mois, les adhérences ont disparu; l'intestin est redevenu libre dans l'abdomen, et la plaie de l'intestin est réunie par un tissu de cicatrice nouveau.

Lorsque l'on enlève les fils d'une suture de l'intestin, au bout de quelques jours, alors qu'on suppose faite l'agglutination des lèvres de la plaie, celle-ci est réduite à un plus ou moins grand nombre de piqûres qui sont couvertes de lymphe plastique, laquelle s'organise pour produire une cicatrice. Si la suture est faite de telle façon que les fils soient destinés à tomber dans la cavité de l'intestin, et si on les abandonne à eux-mêmes, ils finissent par couper la membrane séreuse; une sécrétion plastique bouche cette solution de continuité et les fils sont entraînés ultérieurement avec les garde-robes.

Pour ce qui concerne le choix d'un des procédés de suture que nous avons décrits plus haut, il importe de tenir compte de la longueur de la plaie intestinale :

(a) *Plaie peu étendue.* On pourrait se contenter, dans ce cas, de saisir la plaie avec des pinces et de l'étreindre circulairement dans une anse de ligature dont on coupe un des chefs du fil près du nœud, pendant qu'on maintient l'autre chef sur un des points de la plaie abdominale. Il est préférable d'avoir recours à une suture, soit la suture à surjet par le procédé Reybard, soit la suture à anse de Palfyn, soit le procédé de Jobert, ou la suture en piqué de Gély. Ces deux dernières sutures assurent mieux l'adossement des séreuses. Quand la plaie a plus de longueur, le procédé de Lambert a des avantages.

(b) *Division complète de l'intestin.* Le procédé de Rhamdhor (invagination avec adossement d'une séreuse à une muqueuse) a de grands inconvénients: il nécessite la dissection des deux bouts de l'intestin et expose à blesser des artéριοles; il n'est pas toujours facile de distinguer le bout supérieur du bout inférieur de l'intestin; enfin le nombre assez grand de points de suture à pratiquer pour fixer les deux bouts d'intestin ensemble est une cause d'irritation. Le procédé de Duverger, celui de Denans, sont plus compliqués que le précédent; le corps étranger qu'on introduit dans les deux bouts d'intestin peut être arrêté dans un point du tube digestif avant de parvenir à l'anus. Le procédé de Gély est long et d'une exécution diffi-