

la manière la plus parfaite, car si la marche est favorable, la blessure de l'intestin se trouvera guérie en même temps que la plaie de l'abdomen. Mais il existe des cas dans lesquels la suture de l'intestin est impossible, soit à cause de l'étendue trop grande de la plaie, soit à cause de pertes de substance des parois intestinales. Lorsque la perte de substance est petite on peut, il est vrai, en enlevant certaines parties de l'intestin ou en pratiquant une excision cunéiforme, donner à la plaie une forme favorable à la suture, mais il est évident que la possibilité d'une telle réunion a ses limites, et, d'autre part, la suture est tout à fait impossible lorsqu'on est appelé à traiter la plaie tardivement, alors qu'elle est déjà le siège d'un processus inflammatoire intense.

Dans ces cas la tâche du chirurgien doit consister au début à empêcher l'introduction de matières fécales dans la cavité abdominale, et à les laisser s'écouler librement hors de la plaie de l'intestin ; on se trouvera dès lors en présence soit d'une **fistule stercorale**, soit d'un **anus contre nature**, dont on devra plus tard entreprendre la guérison par les procédés que nous aurons à décrire plus tard. Pour répondre à cette indication on aura soin de fixer l'intestin au niveau de la plaie afin qu'il ne puisse fuir dans la cavité abdominale ; dans ce but on attire au dehors l'intestin et l'on passe une anse de fil à travers la partie du mésentère qui correspond à la plaie intestinale, puis on réunit par des points de suture le péritoine pariétal à la peau afin d'empêcher l'introduction des matières stercorales dans les espaces de tissu conjonctif des parois abdominales ; enfin la séreuse de l'intestin blessé est réunie par des sutures à la séreuse de la plaie de l'abdomen, de façon à fermer en même temps la cavité abdominale.

Nous reviendrons plus loin sur la question de la résection de l'intestin et du traitement de l'anus artificiel (herniotomie).

§ 19. — Si nous laissons de côté les cas décrits en dernier lieu, nous devons considérer la **suture de l'intestin** comme le procédé normal. Nous n'avons pas à discuter ici pourquoi, en général, la suture de l'intestin ne peut réussir qu'en mettant les séreuses en contact réciproque sur une large surface. Ce fait nous paraît bien simple après les considérations générales émises plus haut (§ 1 et suivants), et cependant il faut arriver jusqu'à LEBERT et JOBERT pour trouver des chirurgiens conseillant la suture des surfaces séreuses comme étant la seule que l'on doive employer. Il existe un grand nombre de modifications du procédé de ces auteurs, modifications qui ont pu rendre de bons services dans un cas donné, ou qui ont été essayées seulement sur des animaux, ou qui enfin ne reposent que sur des vues théoriques. L'idée qui a conduit les chirurgiens à imaginer de nouveaux procédés, a été en partie la nécessité de trouver une suture qui produisit un adossement suffisant des séreuses pour assurer l'occlusion parfaite de la plaie ; en outre, tantôt on opérât de façon à pouvoir retirer les fils après la guérison de la plaie,

tantôt on cherchait à obtenir leur chute dans l'intestin. D'autre part, les chirurgiens étaient en quête du meilleur procédé de réunion des deux bouts de l'intestin complètement divisé.

Afin que nous ne soyons pas accusé de négligence, nous allons mentionner quelques-uns de ces procédés. Nous reviendrons, du reste, sur la question de la suture intestinale à propos des opérations intéressant l'estomac et l'intestin (résection de l'intestin), et nous ferons connaître alors les procédés modernes de suture.

Les procédés les plus simples sont ceux de JOBERT et de LEBERT (fig. 6 et 7), et comme nous le verrons, ce sont encore aujourd'hui les meilleurs. Tous deux font usage de la **suture entrecoupée**. Dans le procédé de JOBERT le fil passe à travers toute l'épaisseur des lèvres de la plaie renversées en dedans, tandis que dans celui de LEBERT le fil traverse seulement la

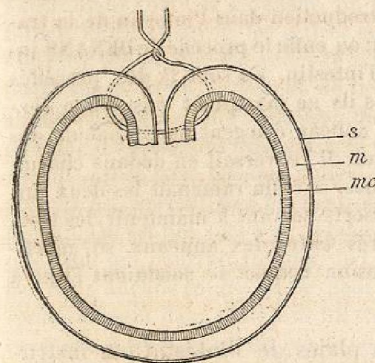


Fig. 6. — Suture de JOBERT.

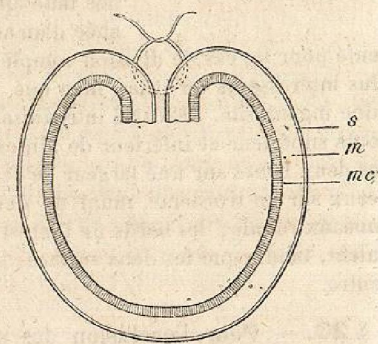


Fig. 7. — Suture de LEBERT.

séreuse au point où les bords de la plaie commencent à s'infléchir pour arriver en contact réciproque. Dans le premier procédé, si les fils sont coupés courts, on peut plutôt espérer qu'ils tomberont dans l'intestin, tandis que dans le procédé de LEBERT l'un des chefs de chaque fil de suture est ramené en dehors de la plaie abdominale.

La **suture continue** ou **suture du pelletier**, dans laquelle le fil décrit une spirale, était déjà beaucoup employée dans l'antiquité, et on l'a utilisée assez souvent dans les derniers temps pour l'entérorraphie. Dernièrement NUSSBAUM l'a de nouveau vivement conseillée. Nous ne voyons à cette suture qu'un seul inconvénient, que nous n'avons pu vérifier, il est vrai, pour ce qui concerne l'intestin, mais que nous avons constaté maintes fois dans d'autres parties du corps. Si l'on tire un peu fortement les deux bouts du fil pour les nouer, tout le tissu compris dans la suture est compromis dans sa nutrition et peut dans certains cas se mortifier. C'est pourquoi nous donnons la préférence à la suture entrecoupée bien qu'elle exige plus de temps. Une suture qui a été tout particulièrement conseillée (MALGAIGNE, etc.), est celle de GÉLY. Un fil est armé d'une aiguille à chaque bout. Vers l'un des angles de la plaie,



et à une distance des bords assez grande pour permettre l'adossement des séreuses, on introduit de chaque côté les deux aiguilles que l'on pousse de dehors en dedans pour les faire sortir de dedans en dehors à 4 ou 5 mm. plus bas et sur la même lèvre de la plaie. On entrecroise ensuite les deux aiguilles au devant de la ligne de suture de façon à les réintroduire chacune précisément dans le trou de sortie de l'autre, et l'on continue ainsi jusqu'à ce que toute la plaie puisse être fermée par la traction successive des fils.

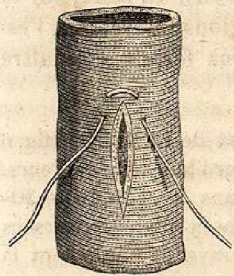


Fig. 8. — Suture de GÉLY.

Nous serions entraînés trop loin si nous voulions décrire aussi les autres procédés, tels que celui qui consiste à réunir les lèvres de la plaie dans une pièce métallique creusée en gouttière, ou entre deux petites plaques de liège, ou encore au moyen de corps étrangers introduits dans l'intestin (telle est la suture dite des quatre maîtres ou suture entrecoupée faite après introduction dans l'intestin de la trachée d'un animal); ou enfin le procédé de DENANS inventé pour les cas de division complète de l'intestin. Ce sont là des procédés plus intéressants qu'utiles, bien que parfois ils ne manquent pas d'une certaine ingéniosité. DENANS introduisait un anneau d'argent dans chacun des bouts supérieur et inférieur de l'intestin, puis il renversait en dedans chacun des deux bouts sur une largeur de deux lignes, et enfin ramenait les deux anneaux sur un troisième, muni de deux ressorts servant à maintenir les trois anneaux réunis; les bords de l'intestin serrés entre les anneaux se mortifiaient, tandis que les deux surfaces séreuses en contact se soudaient l'une à l'autre.

§ 20. — Pour l'occlusion des petites plaies de l'intestin par instruments piquants et tranchants A. COOPER a fait connaître un procédé employé par J. COOPER, et qui a été utilisé depuis lors un grand nombre de fois et avec succès, mais que nous ne saurions plus conseiller de nos jours, la réunion obtenue de cette manière n'étant pas très sûre. Il consiste à saisir avec des pinces les bords de la petite plaie et à les soulever en forme d'entonnoir, puis à les lier avec un fil de soie fin en arrière de la plaie.

Les plaies étendues longitudinales et transversales doivent être fermées par la suture après renversement en dedans des bords de la solution de continuité. On a même réussi assez souvent à rendre inoffensives des portions sphacélées de l'intestin en les refoulant vers l'intérieur du tube intestinal, et en réunissant par des points de suture le repli ainsi formé. (Voir herniotomie).

Pour pratiquer l'entérorraphie il importe de choisir un procédé qui permette de fermer la plaie de façon que le contenu de l'intestin ne puisse s'échapper au dehors. Des recherches sur le cadavre (B. SCHMIDT) prouvent que sous ce rapport la suture entrecoupée et la suture continue ont la même efficacité, pourvu qu'elles soient faites suivant les prin-

cipes établis par LEMBERT ou JOBERT. Si l'on insuffle l'intestin, on constate que les deux bords de la plaie qui font saillie à l'intérieur ne s'écartent pas pour laisser passer l'air, mais qu'elles s'appliquent latéralement à la manière d'une valvule contre la paroi de l'intestin, de sorte que plus ce dernier est rempli d'air et plus la fermeture est solide. Par conséquent, sous ce rapport, la suture entrecoupée ne le cède en rien comme efficacité aux autres sutures, et comme elle est plus commode à exécuter, on lui donnera certainement la préférence. Une autre question est celle du nœud de suture. Doit-on laisser le fil de façon à pouvoir le retirer après la guérison de la plaie intestinale, ou faut-il le couper à ras du nœud et abandonner la suture dans la cavité abdominale? Dans cette seconde alternative on pourrait pratiquer la suture de façon que le fil coupe peu à peu les parois pour tomber dans la cavité intestinale.

Si au lieu de nouer les fils on les réunit pour les tordre ensemble (JOBERT), ou si après les avoir noués, on coupe un chef de chaque fil de suture et laisse l'autre dans toute sa longueur, on fera passer tous ces fils par la plaie abdominale afin de pouvoir les retirer au bout de quelque temps lorsque la plaie de l'intestin est guérie. Ce procédé a l'avantage de donner la certitude que l'intestin suturé reste au niveau de la plaie en contact avec le péritoine, ce qui assure encore mieux la guérison de la plaie intestinale. D'une part, il est alors possible d'enlever les fils, bien que l'on soit quelquefois obligé pour cela d'exercer une assez forte traction; mais, d'autre part, ces fils, tant qu'ils n'ont pas été retirés, peuvent fort bien introduire dans la plaie des ferments de putréfaction. On est dès lors à se demander si ce dernier danger est plus à redouter que celui qui pourrait résulter de l'abandon dans la plaie du fil coupé court, car dans aucune suture on ne peut affirmer avec certitude que le fil tombera spontanément dans l'intestin. La statistique ne permet pas de répondre avec certitude à cette question, car le nombre des cas à terminaison favorable a été à peu près le même avec l'une et l'autre méthode. Chez les animaux le fil s'enkyste ou bien provoque la formation d'un petit abcès qui, du moins dans les cas où l'intestin reste soudé à la paroi de l'abdomen, vient s'ouvrir dans la cavité intestinale.

D'après l'expérience acquise de nos jours, le moyen le plus simple et en même temps le meilleur est certainement celui qui consiste à couper les fils à ras du nœud, et à abandonner la suture dans la cavité abdominale. La suture doit être faite avec des fils très fins, et de préférence avec la soie grège de Chine, et avant de s'en servir on les désinfectera en les plongeant un moment dans une solution phéniquée bouillante, ou bien on fera usage de fils pouvant s'enkyster dans les tissus sans provoquer de suppuration, ou se ramollir et se résorber, ce qui est généralement le cas; tels sont les fils fins de catgut. Pour tous les cas dans lesquels la partie blessée est en contact avec la paroi abdominale, comme le côlon, l'estomac, etc., on se contentera de faire une suture entrecoupée; mais lorsqu'on a affaire à une plaie d'une portion d'intestin pa-