

présente une canule très-simple, munie de deux rebords coudés à angle droit, pour l'assujettir dans la plaie, sans autres moyens de contention: elle serait fermée avec un bouchon supportant une sorte de crochet (fig. 476). La fig. 477 offre cette différence, que l'extrémité stomacale de l'instrument est terminée par quatre languettes articulées *e*, mobiles, qui restent parallèles à l'axe de l'instrument et fixes par l'introduction d'un mandrin d'ébène *c* (fig. 478), et se redressent perpendiculairement à la longueur du tube, dès



Fig. 478.

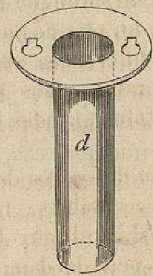


Fig. 479.

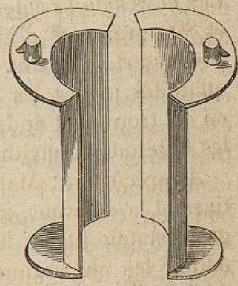


Fig. 480.

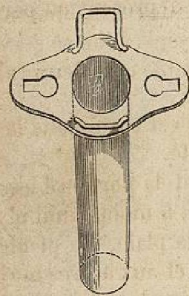


Fig. 481.

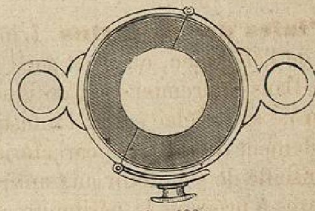


Fig. 482.

qu'un second tube *d* (fig. 479) est engagé dans le premier. Nous donnons la préférence à la canule à double valve (fig. 480), dont chaque moitié peut être portée dans l'estomac, ou retirée à volonté, et qui est immobilisée par un deuxième tube intérieur (fig. 481), qui s'y fixe par des anneaux mobiles, pendant que la totalité de l'instrument se trouve entourée et maintenue par un disque *c* (fig. 482) garni de liège à l'intérieur et reposant sur la paroi abdominale.

Les injections alimentaires se feraient avec une sonde de gomme élastique, portée plus ou moins loin vers le grand cul-de-sac de l'estomac, et une seringue d'argent de la capacité d'un demi-litre.

Les premiers aliments injectés seraient du bouillon, du lait, des bouillies, des panades et autres substances liquides et pâteuses, et, un peu plus tard, des portions de viande et de légumes triturés et en purée: l'on se rapprocherait successivement de l'alimentation ordinaire. La ration militaire en France est généralement de 300 grammes de viande fraîche, 750 grammes de pain de munition, 250 grammes de pain de soupe et 200 grammes de légumes. Aux pensionnaires de l'hôpital civil de Strasbourg on distribue 500 grammes de viande, 750 grammes de pain et 1000 grammes de légumes. Les élèves de l'École militaire de santé ont 600 grammes de viande et 800 grammes de légumes, un plat de hors-d'œuvre et un plat de dessert. On voit quelles différences se rencontrent dans les quantités jugées les plus favorables pour le régime alimentaire; on en trouverait de beaucoup plus grandes encore, si l'on étudiait les habitudes individuelles.

Appréciation. Malgré le peu de succès de ces premières tentatives et la défaveur qui les a accueillies, nous ne croyons pas la gastrostomie jugée; les succès si nombreux de l'ovariotomie doivent édifier les chirurgiens sur le peu de danger des grandes plaies de l'abdomen et du péritoine, et leur inspirer plus de hardiesse et de confiance qu'ils n'en ont montré jusqu'à présent en pareille circonstance.

Gastrostomie. (Voy. ce mot).

Plaies des intestins. L'intestin blessé est resté dans la cavité de l'abdomen, ou il est sorti de cette cavité.

1° Dans le premier cas, on ignore quelle est la portion blessée, et on ne sait même pas si l'intestin a été lésé, à moins qu'il n'y ait écoulement de matières caractéristiques par la plaie. La prudence a conseillé de s'en tenir aux antiphlogistiques et aux autres moyens propres à prévenir la péritonite. Baudens, dans les plaies intestinales par armes à feu, donne hardiment le conseil d'agrandir avec le bistouri la plaie faite par le projectile, et d'aller à la recherche de l'organe blessé; recherche facilitée par la dureté des bouts de l'intestin contractés spasmodiquement.

Un jeune homme atteint d'un coup de couteau dans l'abdomen entra, en 1865, à la clinique de la Faculté de Strasbourg. Un intestin hernié était blessé; la suture et la réduction en furent opérées par M. le docteur Feltz, chef de clinique. Deux jours plus tard le malade succombait à une péritonite provoquée par un épanche-

ment dû à une blessure intestinale plus profonde restée inaperçue. Eût-il fallu agrandir la plaie abdominale, retirer les intestins pour les examiner et rechercher s'ils n'avaient pas été blessés? C'est une question d'une solution des plus difficiles; cependant il ne faut pas oublier le peu de danger des éventrations et des hernies de la presque totalité des viscères abdominaux, et il nous semble vraiment indiqué de rechercher le siège des blessures, si le moindre indice en révèle l'existence, tant le danger de l'épanchement des matières alimentaires est considérable et presque toujours mortel. M. Legouest a adopté résolument le conseil de Baudens, et l'a mis en pratique avec succès.

2^o Quand l'intestin blessé est hors de l'abdomen et que la plaie est peu considérable, à plus forte raison si elle consiste dans une simple piqûre, l'indication est de le réduire en passant un fil dans le mésentère pour fixer la solution de continuité intestinale en face de celle de l'abdomen, après y avoir placé un point de suture. Si la plaie a une certaine étendue, les doctrines diffèrent. Scarpa prescrivait de réduire dans tous les cas. J. Bell et Palfern passaient dans les lèvres de la plaie intestinale une anse de fil qu'ils ramenaient au dehors et qu'ils fixaient à l'aide de bandelettes agglutinatives sur un point de l'abdomen, afin d'immobiliser l'intestin. Une troisième opinion, à laquelle nous nous rangeons, fait une nécessité de pratiquer la suture et de retenir l'intestin à la plaie au moyen d'un des fils de la suture, sans passer dans le mésentère un nouveau fil, qui, faisant faire un coude à l'intestin qu'il embrasse, y gêne nécessairement le cours des matières.

Les diverses espèces de sutures intestinales peuvent être rangées dans l'ordre suivant: 1^o affrontement; 2^o invagination; 3^o adossement des surfaces sereuses; 4^o autoplastie.

I. AFFRONTEMENT. *Suture du pelletier* (voy. *Suture*). Elle est abandonnée, à cause de la difficulté que l'on éprouve à retirer le fil.

Modification de cette suture par Reybard. On perce de dedans en dehors l'une des lèvres de la plaie avec une aiguille armée d'un fil double dont l'extrémité porte un petit rouleau de linge. Ce petit rouleau reste par conséquent dans l'intestin. Pour le dernier point de suture, on dédouble le fil, et l'on procède avec un fil simple, que l'on noue ensuite avec l'autre. Les deux chefs sont coupés près du nœud.

Suture à anses de Ledran (voy. *Suture*, t. I). Elle ferme et retient l'intestin. On l'emploie très-rarement.

Procédé de Reybard. Une plaque de sapin mince et polie pré-

sente deux trous à la distance de quatre à cinq millimètres l'un de l'autre, dans lesquels on passe un fil dont les deux bouts sont engagés dans une aiguille ordinaire. La plaque est introduite dans l'intestin. Avec chaque aiguille on perce le milieu des bords de la plaie intestinale de dedans en dehors, puis on ôte les aiguilles, et l'on passe les bouts du fil réunis en un seul dans une aiguille courbe qui sert à traverser la paroi abdominale de dedans en dehors. L'intestin réduit, les deux fils réunis servent à l'attirer contre la paroi abdominale. On sépare alors les fils l'un de l'autre et on les noue sur un rouleau de linge. Deux jours plus tard on coupe le nœud. La plaque est entraînée avec les selles.

Procédé de Bertrandi. Suture à points passés (voy. *Suture*). Ce procédé expose à déchirer la cicatrice quand on enlève le fil.

Modification de cette suture par Béclard. On se sert d'un fil double composé de deux fils de couleurs différentes. Pour les enlever, on tire simultanément d'un côté sur l'un des fils, et de l'autre côté, sur l'autre fil.

Procédé de M. Jobert. On renverse les bords de la plaie en dedans avec l'aiguille, et on les soutient avec des fils transversalement placés. Les fils sont ramenés en dehors et fixés à la manière de Ledran. (Voy. fig. 483, 484.)

Procédé de M. Lambert. Il s'applique aux divisions complètes aussi bien qu'aux divisions incomplètes de l'intestin. On introduit les fils comme dans le cas précédent, puis on les noue et on les coupe près des nœuds, et l'on réduit l'intestin. La plaie extérieure peut être réunie par première intention. Les nœuds, bientôt recouverts d'une couche plastique, tombent avec la suture dans l'intestin. M. Lambert a autant de fils et d'aiguilles qu'il doit faire de points de suture.

Modification de ce procédé par Marx et Paillard. On n'a qu'une aiguille comme pour la suture du pelletier.

Procédé de Moreau-Boutard. On enlève le bourrelet muqueux, renversé en dehors par la pression des fibres musculaires, et on maintient en contact, par une suture à points séparés, les surfaces avivées.

II. INVAGINATION SIMPLE. Si l'intestin est divisé dans toute sa circonférence, il présente deux bouts séparés: l'*invagination* consiste à engager le bout supérieur dans l'inférieur.

Une des difficultés de cette méthode est de reconnaître le bout supérieur. Une injection rectale peut lever la difficulté, si le gros intestin est le siège de la blessure. On a conseillé d'administrer un minoratif, si c'est l'intestin grêle qui est atteint. L'écoulement des