

matières alimentaires, se faisant par le bout supérieur, lève ordinairement les doutes.

L'invagination se fait simplement par l'introduction de l'un des bouts dans l'autre, ou bien après que l'un des deux bouts a été renversé en dedans de manière que les séreuses soient adossées; de là deux subdivisions.

1^o *Introduction simple d'un bout de l'intestin dans l'autre.*

Procédé de Rhamdhor. Ce procédé fut appliqué par son auteur dans un cas de hernie étranglée avec gangrène de l'intestin, dont une portion fut enlevée. Rhamdhor commença par disséquer le mésentère dans une petite étendue parallèlement à la concavité de l'intestin, puis il introduisit le bout supérieur dans l'inférieur, et maintint les deux bouts réunis par un point de suture médiocrement serré. Le succès fut complet. Malheureusement ce procédé, essayé depuis, n'a plus réussi.

Procédé de Duverger ou des quatre maîtres. On éprouve une grande difficulté à introduire l'un des bouts de l'intestin dans l'autre, en raison du renversement et du gonflement de la muqueuse. Pour y obvier, il a été proposé de mettre dans le bout supérieur une portion de trachée-artère de veau (Duverger), un cylindre de suif (Smith, B. Bell). Le cylindre était introduit dans le bout supérieur, qu'on portait ensuite dans l'inférieur, puis les deux bouts de l'intestin et le cylindre étaient traversés par une anse de fil. Quelques jours plus tard on retirait le fil; l'expulsion du corps étranger était abandonnée à la nature par les voies naturelles.

Procédé de Chopart et de Desault. Pour ne pas laisser dans l'intestin des corps étrangers volumineux capables de gêner le cours des matières, ces chirurgiens se servaient d'un cylindre de carte huilé sur lequel ils fixaient l'anse des fils avec lesquels ils réunissaient les deux bouts de l'intestin.

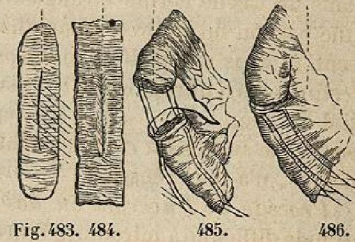
III. ADOSSEMENT DES SÉREUSES. *Procédé de Jobert.* Il se compose de trois temps :

Premier temps. Dissection du mésentère. On dissèque le mésentère sur l'un et l'autre bout. Il suffit généralement de faire tenir la portion divisée entre deux doigts pour arrêter le sang; s'il en est autrement, il faut opérer la torsion ou la ligature des vaisseaux.

Deuxième temps. Introduction des aiguilles. Avec un fil muni à ses deux extrémités d'une aiguille droite, on traverse d'abord la paroi antérieure du bout supérieur de dedans en dehors, à 0^m,007 ou 0^m,008 de la plaie, de manière à former une anse dont la convexité est dirigée en haut; cette anse est confiée à un aide. On passe

de la même manière un fil dans la paroi postérieure ou opposée de l'intestin. On renverse ensuite sur lui-même, avec les doigts ou avec une pince, le bord libre de l'autre anse intestinale, de telle sorte que sa séreuse soit tournée en dedans (fig. 485).

Troisième temps. Invagination. L'opérateur introduit l'indicateur gauche dans le bout inférieur ainsi renversé, pour en empêcher le redressement et servir de guide aux aiguilles déjà passées dans le bout supérieur. Les deux aiguilles du fil antérieur, mises de niveau, traversent de dedans en dehors le doublement du bout inférieur de l'intestin à la distance de 0^m,003 environ l'une de l'autre. Les aiguilles de l'anse postérieure sont conduites de la même manière sur le point opposé du bout inférieur de l'intestin. Le chirurgien retire alors son doigt, et, saisissant les extrémités de chaque fil, attire et introduit peu à peu le bout supérieur dans l'inférieur. Les fils sont réunis et fixés à l'appareil, après la réduction de l'intestin. On les enlève le quatrième ou le cinquième jour (fig. 486).



Modification de ce procédé par Bérard. On introduit, de dehors en dedans, à 0^m,006 de la section du bout inférieur, deux ou trois aiguilles armées d'un fil terminé par un nœud, et on les fait ensuite ressortir de dedans en dehors à un peu plus de 0^m,01 au-dessus du point par lequel elles ont pénétré. En tirant sur l'extrémité de ces fils, on obtient plus facilement le renversement du bout inférieur en dedans, lorsque les tissus ne se déchirent pas.

Procédé de M. Lembert. On le pratique avec une aiguille ordinaire armée d'un fil simple. On traverse successivement de la séreuse à la muqueuse, et de celle-ci à la séreuse, une portion peu étendue de l'intestin, à la distance de 0^m,004 environ du bord de la plaie. On répète la même opération sur l'anse opposée, et il suffit de serrer le fil pour rapprocher l'une de l'autre les surfaces séreuses et repousser en dedans, sous forme d'un léger bourrelet, la saillie exubérante de la membrane muqueuse. On noue chaque point séparé de cette suture, que l'on peut aussi pratiquer en forme de surjet, mais avec moins de sûreté. Ce procédé est aussi simple que facile, et présente des résultats excellents. On peut rapprocher ou écarter les points de suture selon les indications, et les appliquer avec un égal avantage dans les plaies longitudinales et transversales.

Procédé de Denans. Trois petits cylindres creux ou viroles de métal sont nécessaires (fig. 487, 488, 489) pour l'exécuter. On place un de ces cylindres dans chaque bout de l'intestin, que l'on renverse en dedans (fig. 491, 492); le troisième cylindre, plus long et moins gros que les deux autres (fig. 488), est introduit d'abord dans le bout supérieur garni de sa virole, ensuite dans le bout inférieur à l'aide d'une pince (fig. 490). Deux anses de fil embrassent le tout (fig. 493); on coupe les fils près du péritoine. Le fil et les

Fig. 490. 487. 491. 488. 492. 489.

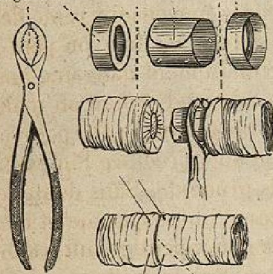


Fig. 493.

pièces métalliques sont rendus par les selles. Il en est de même des portions d'intestin renversées sur les viroles et que la pression a gangrenées. L'auteur a simplifié plus tard son procédé en rendant les fils inutiles au moyen d'un ressort qui fixe les trois viroles.

Procédé de Travers et d'Amussat. L'expérience suivante fut faite sur des chiens par Travers. Un intestin ayant été entouré d'un fil fortement serré, les surfaces séreuses en contact par-dessus ce fil adhèrent entre elles au moyen d'une exsudation plastique; le fil coupa les parties qu'il entourait et tomba dans l'intestin, dont la continuité fut rétablie. Le procédé d'Amussat est fondé sur cette expérience. Il consiste à étrangler avec un fil les deux bouts de l'intestin sur un bouchon rétréci à son milieu, renflé à ses extrémités et percé dans sa longueur. Le procédé de Travers, mis plusieurs fois en usage sur des animaux par M. Sédillot, et toujours sans succès, n'a jamais été essayé sur l'homme.

Procédé de M. Gely. Particulièrement proposé pour les plaies longitudinales et destiné à l'adossement des séreuses, il est exécuté à l'aide d'un fil d'une certaine longueur, armé d'une aiguille à chacune de ses extrémités. On commence par engager la pointe d'une des aiguilles au-dessus et à 0^m,005 en dehors de la plaie. L'aiguille est ensuite ramenée longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la longueur de l'intestin, de l'intérieur à l'extérieur, et ressort à 0^m,005 ou 0^m,006 plus bas. On agit de même du côté opposé, et les deux aiguilles sont alors croisées et réengagées, celle de droite dans le point de sortie de celle de gauche, et *vice versa*. En continuant de la même manière jusqu'à l'extrémité de la plaie, on a une série de fils doubles transversalement placés en dehors de l'intestin, et une autre série de fils simples situés en dedans de l'organe et parallèles à la plaie. Dès que l'on tire sur les fils, ceux-ci renversent

les deux séreuses en dedans et les adossent. Malgaigne avait insisté sur la nécessité de fixer chaque point de suture par un nœud, pour éviter les entrebâillements de la plaie et la possibilité d'un épanchement.

IV. PROCÉDÉ AUTOPLASTIQUE. On interpose un repli de l'épiploon dans la plaie et l'on réunit avec la suture. Nous ne voyons pas en quoi ce procédé pourrait l'emporter sur la suture simple.

Appréciation. La variété des procédés que nous venons d'indiquer et de décrire montre combien les chirurgiens se sont préoccupés du danger des plaies intestinales et des moyens d'y remédier. Lorsque la plaie est simple, incomplète et peu étendue, on peut la saisir entre des pinces et l'étreindre circulairement dans une anse de ligature dont on coupe un des fils près du nœud et dont on maintient l'autre sur un des points de la plaie abdominale. On pourrait également couper les deux fils près du nœud et réduire l'intestin, mais cette hardiesse ne nous paraît pas prudente. Sans doute les ligatures intestinales, bientôt recouvertes d'un néoplasme et emprisonnées par des adhérences péritonéales, tombent par ulcération dans l'intérieur de l'intestin et sont rendues par les selles; mais le danger des moindres épanchements est si redoutable, et la plasticité est généralement si faible chez l'homme qu'il est beaucoup plus sage de retenir les fils au dehors. Si, dans ce dernier cas, des adhérences ne se produisent pas, l'épanchement trouve une issue facile, et le malade est affecté d'une simple fistule stercorale, qui se ferme presque toujours très-vite, lorsqu'elle n'est pas compliquée de perte de substance. À l'exemple de Ledran et de Larrey, on peut encore passer un ou plusieurs fils simples dans la plaie et maintenir l'intestin contre les parois abdominales, afin d'éviter un épanchement. Si la plaie est plus étendue, la suture de M. Lembert nous paraît la plus avantageuse. Dans le cas de division complète de l'intestin, ce même procédé nous semble encore supérieur. La suture de Jobert est très-difficile à pratiquer. L'invagination facilite le passage des matières alimentaires du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin, et met à l'abri du suintement des liquides dans l'intervalle des sutures et d'un épanchement mortel consécutif. Les viroles si ingénieuses de M. Denans offriraient toute sûreté à l'égard de l'épanchement; mais on aurait certainement à redouter un engorgement du bout intestinal supérieur et la rupture des membranes au niveau de la virole supérieure, soit par ulcération, soit par gangrène. Disons toutefois que les expériences répétées sur les animaux n'ont pas révélé les dangers dont nous parlons. Le mode de suture de M. Gely, quoique très-ingénieux, est d'une