

1° Plaies de l'estomac.

Les instruments piquants, tranchants ou contondants, qui pénètrent dans la cavité de l'abdomen, auront d'autant plus de chances d'atteindre l'estomac que ce viscère sera distendu par des aliments, circonstance qui modifie la direction, la forme et le volume de l'organe, et rend plus étendus ses rapports avec les parois abdominales.

Les plaies de l'estomac sont tantôt uniques, tantôt doubles, l'instrument vulnérant traversant l'organe de part en part; cette particularité s'observe principalement dans les plaies par armes à feu.

Le siège de la blessure est variable; la face antérieure, la grande courbure, la grosse tubérosité, sont les parties le plus souvent atteintes. Les plaies de la grande courbure sont fréquemment compliquées de lésions de l'artère gastro-épiploïque droite et des vaisseaux courts; celles du cardia s'accompagnent de la blessure de l'artère coronaire; celles du pylore de l'ouverture de l'artère hépatique.

Les plaies de l'estomac se compliquent souvent de lésions d'autres organes, tels que le foie, la rate, le diaphragme, le poumon, etc. Elles peuvent aussi s'accompagner du séjour du corps étranger dans l'intérieur du viscère. Les exemples de cette complication sont rares. Nous citerons le suivant rapporté par Otis (1). Il s'agit d'un homme qui, après avoir été atteint à la région épigastrique par une balle Minié, succomba le huitième jour sans avoir présenté d'autres symptômes qu'une douleur violente dans la région lombaire, une sensation de corps étranger dans la gorge, de la difficulté à avaler, des vomissements fréquents, du hoquet, de la prostration, de la petitesse et de la fréquence du pouls. A l'autopsie, on constata que la balle, après avoir traversé le lobe droit du foie, avait pénétré par la petite courbure de l'estomac et était libre dans la cavité du viscère.

Au point de vue des suites de la blessure, l'état de plénitude de l'estomac présente une importance capitale, en ce qu'il expose presque fatalement à l'épanchement des matières alimentaires dans la cavité péritonéale.

Cependant, si la plaie est produite par un instrument piquant, ou si elle est réduite à de petites dimensions, cet épanchement peut être prévenu par le mécanisme exposé précédemment, grâce à la hernie de la muqueuse à travers les lèvres de la solution de continuité. Dans ces conditions, la cicatrisation peut même se faire par première intention, comme dans le cas suivant rapporté par Dorsey (2). Un homme atteint d'une plaie pénétrante de l'abdomen, après avoir bu du porter, mourut le quatrième jour de péritonite. A l'autopsie, on trouva une plaie de l'estomac complètement cicatrisée.

(1) *Surgical history of the war of rebellion*, part. II, p. 50, case 196

(2) *Elements of surgery*, 1818, vol. I, p. 94.

Dans d'autres circonstances, la guérison est due à l'adhérence de la plaie stomacale avec un viscère voisin. Beck, cité par Otis, a rapporté un cas de plaie par une balle qui avait traversé la rate, l'estomac, le foie, le diaphragme, le poumon gauche, la cavité pleurale droite et l'humérus droit. Le blessé survécut seize jours. A l'autopsie, on trouva sur l'estomac deux ouvertures, dont l'une était unie à la plaie du foie par un canal en entonnoir, tandis que l'autre occupant le fond de l'estomac, large d'un centimètre, était fermée par la muqueuse et par un tissu réticulaire fortement adhérent.

Enfin, lorsque la plaie de l'estomac est largement à découvert au niveau de la solution de continuité des parois abdominales, et à plus forte raison lorsque l'estomac blessé fait hernie à l'extérieur, l'épanchement des matières alimentaires dans la cavité péritonéale se trouve prévenu, et la guérison peut survenir au prix de la formation d'une fistule gastrique, les lèvres de la solution de continuité de l'estomac s'unissant avec celles de la plaie pariétale.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Les signes qui permettent de diagnostiquer l'existence d'une plaie de l'estomac sont loin de présenter une certitude absolue dans tous les cas. Les symptômes généraux immédiats, tels que pâleur de la face, refroidissement, angoisse extrême, syncope, n'offrent rien de spécial, quoique la plupart des auteurs s'accordent à leur attribuer une gravité plus grande dans les plaies de l'estomac que dans celles des autres viscères.

Le siège de la blessure à la région épigastrique, à l'hypochondre gauche, sa profondeur, sa direction, peuvent seulement faire soupçonner la nature de la lésion, mais sans donner de certitude à cet égard.

Les vomissements de matières alimentaires, et surtout l'hématémèse, doivent aussi être considérés comme une présomption en faveur de l'existence d'une plaie de l'estomac. Toutefois, la présence d'un projectile dans les matières vomies immédiatement après la réception de la blessure, comme le docteur Culberston en a rapporté un exemple, serait une preuve irréfutable de la blessure de l'estomac.

A part cette circonstance tout à fait exceptionnelle, on peut dire que le diagnostic des plaies de l'estomac repose exclusivement sur la constatation évidente, par la vue ou par le toucher, de la solution de continuité de ce viscère, et sur l'écoulement à l'extérieur des matières alimentaires solides ou liquides. Ce dernier signe est le seul vraiment pathognomonique dans les cas de plaies étroites et obliques; tandis que dans les plaies larges, ou lorsque l'estomac fait hernie au dehors, il est facile de s'assurer par la vue et le toucher du siège de la lésion.

La mort peut être la conséquence presque immédiate d'une plaie de l'estomac, et cette issue fatale est due soit à une syncope, soit à une hémorragie abondante. Ces accidents s'expliquent: le premier, par la blessure du pneumogastrique; le second, par la lésion d'une des branches artérielles volumineuses qui parcourent la grande et la petite

courbure de l'estomac. D'ailleurs la mort rapide peut tenir à ce que l'instrument vulnérant a atteint en même temps d'autres viscères importants.

La complication la plus habituelle des plaies de l'estomac est l'invasion d'une péritonite suraiguë et promptement mortelle, produite soit par le fait seul du traumatisme, soit plus souvent par l'épanchement des matières contenues dans l'estomac.

Enfin, si le blessé échappe à ces premiers accidents, la guérison complète peut survenir ainsi que nous l'avons dit, sans laisser de traces, ou bien le blessé conserve une fistule gastrique. Ce mode de guérison a été observé à la suite de plaies par armes à feu. On connaît le fait célèbre du Canadien qui servit à Beaumont (1) pour ses expériences sur le suc gastrique et les phénomènes de la digestion, et qui, blessé d'un coup de feu à l'âge de dix-huit ans environ, guérit avec une fistule gastrique et était encore vivant en 1873, jouissant d'une santé satisfaisante et âgé de près de soixante-dix ans. Nous reviendrons plus tard sur les fistules *gastro-cutanées*.

Suivant Dupuytren (2), la présence d'un corps étranger, d'une balle perdue dans l'estomac, ne serait pas une complication grave, le projectile devant être tôt ou tard évacué par les garderobes. Guthrie (3) rapporte une observation qui serait en faveur de cette opinion, puisqu'il s'agit d'une balle qui, ayant pénétré dans l'estomac, a été rendue le sixième jour par les selles sans avoir déterminé d'accidents. Cependant le fait cité précédemment et emprunté à Otis montre qu'une balle peut donner lieu, par son séjour dans l'estomac, à divers symptômes, tels que douleurs lombaires, sensations particulières à la gorge, difficultés de la déglutition, vomissements, hoquet, et que la propulsion des corps étrangers peut être empêchée par l'arrêt du mouvement péristaltique.

PRONOSTIC. — L'extrême gravité des plaies de l'estomac a été reconnue de tout temps. A. Paré regardait ces lésions comme mortelles « *sauf les miracles que peut faire quelquefois la nature* ». Percy, Larrey, regardaient également la guérison des plaies de l'estomac par instruments piquants ou tranchants comme très-rare, et les observations modernes sont plutôt de nature à rendre plus sombre encore le pronostic de ces plaies. Otis pense qu'en fixant à 99 pour 100 le chiffre de la mortalité, au lieu de 75 pour 100, chiffre donné par Percy, on se rapprocherait davantage de la vérité.

Quant aux plaies par projectiles de guerre, leur pronostic n'est pas moins grave. En comptant seulement les cas où le diagnostic ne saurait être revoqué en doute, on ne connaît guère que six ou sept exemples de guérison avec ou sans fistules. Sur soixante cas de plaies de l'estomac

(1) *Exper. and Observ. on the gastric Juice*. Plattsburg, 1833.

(2) *Leçons orales*, t. VI, p. 464.

(3) *Injuries of abdomen*, lecture III, p. 38.

par armes à feu observées durant la guerre d'Amérique, Otis ne compte qu'un seul cas authentique de guérison.

TRAITEMENT. — Sans parler des principes généraux de traitement applicables à toute plaie pénétrante de l'abdomen, on doit, lorsque l'on a lieu de supposer une plaie de l'estomac, prescrire l'abstinence absolue même des boissons, et administrer l'opium par la méthode hypodermique. Les vomissements et surtout les vomissements de sang seront combattus par la glace à l'extérieur et prise en très-petite quantité par la bouche. Nous proscrivons de la manière la plus absolue la pratique des anciens qui conseillaient, dans les cas où l'estomac était rempli d'aliments, d'administrer un vomitif ou de provoquer de toute autre manière l'évacuation du contenu de l'estomac. Il en est de même pour l'administration de médicaments styptiques, astringents (alun, tannin, perchlorure de fer), destinés à arrêter l'hémorrhagie.

Relativement au traitement de la plaie en elle-même, la conduite à tenir devra dépendre des conditions dans lesquelles se trouve l'estomac blessé. S'il fait hernie à l'extérieur ou peut être aperçu et saisi à travers une large plaie abdominale, si la solution de continuité de l'estomac est nette comme celle qui est produite par un instrument tranchant, il sera indiqué de réunir la solution de continuité à l'aide de la suture et d'après les principes que nous indiquerons tout à l'heure pour la suture de l'intestin, puis, après avoir exactement nettoyé le viscère hernié, de le réduire dans l'abdomen et de fermer la plaie pariétale.

La *gastrorrhaphie* a réussi, en effet, dans une dizaine de cas, et suivant la remarque du docteur Otis (1), la plupart des guérisons à la suite de plaies de l'estomac ont été obtenues à l'aide de la suture.

Dans le cas, au contraire, où la solution de continuité est fortement contuse, comme dans les plaies par armes à feu, il serait préférable de fixer la plaie stomacale au niveau de la plaie de la paroi, de manière à obtenir la formation d'une fistule gastro-cutanée. Il va sans dire que, dans tous les cas, le chirurgien devrait lier avec soin les vaisseaux qui donnent du sang.

Il serait plus difficile de prendre un parti si l'estomac blessé se dérobait à la vue et était retenu dans l'abdomen.

La plupart des auteurs conseillent, dans ce cas, d'agrandir la plaie du ventre et d'aller à la recherche de l'estomac pour y pratiquer une suture. Cette conduite ne serait justifiée que dans les cas où la blessure de l'estomac serait absolument certaine, et nous avons dit que, dans les plaies petites et obliques, l'issue au dehors des matières alimentaires était le seul signe pathognomonique de la pénétration de l'estomac.

2° Plaies de l'intestin.

La longueur du tube intestinal, les rapports étendus qu'il présente avec les parois abdominales, expliquent aisément la fréquence de ses

lésions dans les plaies pénétrantes. L'intestin grêle (jéjuno-iléon), par sa plus grande étendue et par les nombreuses circonvolutions qu'il décrit dans la cavité du ventre, est plus exposé et plus souvent atteint que les autres portions du tube intestinal; après lui viennent par ordre de fréquence: le côlon transverse, le cæcum, les côlons ascendant et descendant, le duodénum et le rectum.

Il importe de faire remarquer que le cæcum, le côlon ascendant et le côlon descendant n'étant recouverts de péritoine que dans une certaine étendue de leur surface, un instrument vulnérant peut les atteindre à leur partie postérieure sans ouvrir la cavité péritonéale. On conçoit dès lors que ces plaies, d'ailleurs fort rares, ne s'accompagneront pas d'épanchement dans le péritoine. Elles pourront donner lieu à des accidents divers, tels que: phlegmons gangréneux, abcès stercoraux, fistules intestinales.

Quelle que soit la nature de l'instrument vulnérant, celui-ci peut, en pénétrant dans la cavité abdominale, traverser à la fois plusieurs anses intestinales voisines. Il en résultera des plaies multiples en nombre variable. Gross (1) a vu une balle de pistolet, pénétrant un peu au-dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane, traverser successivement l'iléon, le jéjunum, le duodénum et l'arc du côlon en produisant ainsi huit orifices distincts.

Ces plaies multiples s'observent, en effet, plus particulièrement dans les blessures par armes à feu, et, suivant le docteur Otis, la proportion de ces plaies multiples est en moyenne de deux ou trois pour un même projectile.

Les plaies de l'intestin sont souvent compliquées de la blessure d'autres organes (épiploon, mésentère, foie, rate, gros vaisseaux), et s'accompagnent d'une hémorrhagie plus ou moins abondante.

Enfin on peut observer, principalement à la suite des plaies par armes à feu, le séjour dans l'intestin d'un corps étranger (balle, fragment d'os, d'habillement).

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.— Lorsque la plaie des parois abdominales est large et permet d'apercevoir l'anse intestinale blessée, ou lorsque celle-ci fait hernie au dehors, le diagnostic ne saurait être douteux. Il en est de même lorsque l'on voit sortir par une plaie de l'abdomen des gaz ou des matières solides et liquides, ayant l'odeur et la couleur du contenu de l'intestin.

A part ces conditions, le diagnostic offre le plus souvent une grande incertitude. Sans parler des signes ordinaires de la pénétration, la rapidité de l'épanchement, la présence du sang dans les matières rendues par le vomissement ou par les selles, la tympanite, sont des symptômes d'une réelle valeur; mais aucun ne présente un caractère véritablement pathognomonique.

(1) *System of surgery*, t. II, p. 662.

Jobert attachait cependant une très-grande importance à la tympanite développée rapidement à la suite d'une plaie pénétrante, au point de vue du diagnostic de la blessure de l'intestin. La production d'un emphysème des parois abdominales, dépendant de l'infiltration des gaz intestinaux dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, puis dans le tissu cellulaire intra-musculaire et sous-cutané, aurait une valeur bien plus grande.

Si, d'une manière générale, le diagnostic d'une plaie des intestins est entouré d'une grande obscurité, à plus forte raison sera-t-il le plus souvent impossible de déterminer exactement quelle est la portion du tube intestinal qui est atteinte. Le siège, la direction de la blessure, parfois la nature des matières écoulées, fourniraient seulement des présomptions à cet égard.

La mort est la terminaison la plus commune des plaies de l'intestin, et survient habituellement par suite du développement d'une péritonite suraiguë consécutive à l'épanchement des matières intestinales. Celui-ci s'accuse par une douleur vive, un ballonnement rapide du ventre, accompagné de matité dans les régions iliaques et hypogastriques, et de sonorité tympanique à l'épigastre.

La mort peut être également déterminée par l'abondance de l'hémorrhagie, soit qu'elle résulte de la blessure d'un autre organe et de l'ouverture d'un gros tronc vasculaire, soit même que le sang provienne d'un des vaisseaux de l'intestin blessé. Nélaton (1) cite le cas d'un homme atteint d'un coup de couteau dans l'abdomen et qui présentait, comme unique symptôme pouvant faire soupçonner la blessure de l'intestin, un écoulement de sang abondant par l'anus. Le blessé ayant succombé exsangue, on trouva à l'autopsie une petite plaie de l'intestin grêle au voisinage de son insertion mésentérique, avec division d'une des branches artérielles se rendant aux parois intestinales. La plaie était d'ailleurs cicatrisée du côté du péritoine.

Malgré la gravité des blessures que nous étudions, la guérison spontanée peut être obtenue et nous avons indiqué précédemment par quel mécanisme les plaies étroites de l'intestin se cicatrisent. Lorsque la plaie est plus large, la guérison est encore possible, mais, dans ces cas, elle est le plus souvent obtenue au prix de la formation d'un anus contre nature. Signalons enfin un mode de terminaison propre aux plaies multiples de l'intestin et consistant dans l'abouchement de deux plaies voisines par suite de l'accolement rapide des tuniques péritonéales: dans ces conditions l'épanchement des matières stercorales dans le péritoine [peut être prévenu, et il s'établit entre les deux parties de l'intestin blessé une communication qui persiste et qui peut entraîner divers troubles digestifs. Cette communication anormale peut même se produire à la suite d'une plaie pénétrante entre l'intestin et la vessie (fistule vésico-intestinale).

(1) *Pathologie chirurgicale*, t. IV, p. 137.

La présence de corps étrangers, et plus particulièrement de projectiles de guerre ayant pénétré dans l'intestin, ne semble pas constituer une aggravation dans la marche des accidents consécutifs. On possède un assez grand nombre d'observations dans lesquelles des balles ont été rendues par les selles plus ou moins longtemps après une blessure par arme à feu de l'abdomen.

Dans presque tous les cas il s'agissait de projectiles ayant pénétré dans une portion du côlon. Tantôt le corps étranger a été rendu dans les premiers jours qui ont suivi la réception de la blessure, et il est dès lors permis de supposer qu'il a pénétré directement dans la cavité de l'intestin, et que la plaie qui lui a donné passage a été immédiatement obturée par des adhérences protectrices; tantôt le projectile n'est rendu par les selles qu'à une période plus ou moins éloignée, et dans ce cas on peut mettre en doute sa pénétration immédiate. Nous avons vu en effet (page 715) qu'un certain nombre de corps étrangers enkystés dans le péritoine ont pu se faire jour à travers les parois de l'intestin, et plus particulièrement du côlon, pour être évacués par l'anus.

PROGNOSTIC. — La gravité des plaies de l'intestin varie suivant la nature de la lésion, l'étendue, la multiplicité des blessures, le siège qu'elles occupent sur telle ou telle portion du tube intestinal.

Tandis que les simples piqûres sont souvent inoffensives, les plaies produites par un instrument tranchant ou contondant présentent en général une gravité exceptionnelle, dès qu'elles dépassent 6 ou 8 millimètres.

La léthalité des plaies par armes à feu, plus grande encore, est évaluée à 80, 3 pour 100, d'après les statistiques de la guerre d'Amérique, ce qui s'explique précisément par l'étendue et la multiplicité des blessures.

La majorité des auteurs s'accordent à considérer d'une manière générale les solutions de continuité de l'intestin grêle comme beaucoup plus graves que celles du gros intestin. Ces dernières, lorsqu'elles guérissent, laissent le plus souvent à leur suite une fistule stercorale qui peut s'oblitérer après un temps variable.

TRAITEMENT. — D'après ce qui a été dit du mode de guérison spontanée des plaies intestinales, il est évident que les deux seules méthodes de traitement applicables à ce genre de blessures consistent, soit dans la réunion exacte de la plaie intestinale, soit dans la fixation de celle-ci au niveau de la solution de continuité des parois abdominales ou, en d'autres termes, dans la création d'un anus contre nature.

Lorsque l'intestin blessé fait hernie au dehors ou que la plaie des parois abdominales est assez large pour permettre de constater *de visu* le siège de la solution de continuité intestinale, le choix entre les deux méthodes ne me paraît pas douteux, et toutes les fois que l'intestin blessé n'est pas assez fortement contusionné pour qu'on doive craindre la gangrène et par suite l'insuccès de la réunion, on doit tenter celle-ci

et réduire l'anse intestinale, en prenant les précautions que nous indiquerons bientôt.

Mais les choses sont loin de se présenter toujours à ce degré de simplicité, et dans bien des cas, le chirurgien se demandera avec d'autant plus de perplexité quelle conduite il doit tenir, que cette question de pratique est encore loin d'être élucidée. En effet, lorsque l'intestin blessé, au lieu de faire hernie au dehors ou du moins d'être facilement accessible au doigt ou à la vue, reste enfermé dans l'abdomen, le chirurgien doit-il s'abstenir de toute intervention et abandonner le blessé aux chances d'une guérison spontanée, ou bien est-il autorisé à agrandir la plaie des parois abdominales, à aller à la recherche de l'intestin blessé, pour l'attirer au dehors, le suturer et le réduire ou le fixer à la plaie du ventre dans le but de créer un anus artificiel?

Tandis que la plupart des auteurs prescrivent de s'abstenir, d'instituer le traitement général des plaies pénétrantes de l'abdomen, d'administrer l'opium, la glace, etc., en un mot, de favoriser autant que possible les adhérences protectrices dans l'espoir d'une guérison spontanée, consécutivement à l'établissement d'une fistule stercorale, d'autres chirurgiens, parmi lesquels il faut citer Baudens, Legouest, Pirogoff, Lohmeyer, Beck, Gross et plus récemment encore le docteur Otis (1), frappés de la terminaison presque fatale par extravasation des matières fécales dans le péritoine, des plaies du tube intestinal abandonnées à elles-mêmes, ont combattu l'abstention et conseillé l'intervention active du chirurgien. Otis considère même cette intervention comme l'unique ressource offerte aux blessés dans toutes les plaies de l'intestin grêle et dans quelques cas de plaies du gros intestin sans hernie du viscère blessé.

Il est extrêmement difficile de se prononcer catégoriquement sur cette question, pour la solution de laquelle les faits et l'expérience personnelle font également défaut. Son importance mérite cependant que nous examinons avec quelques détails les arguments en faveur de l'une et de l'autre pratique.

Les faits apportés par le docteur Otis à l'appui du principe de l'intervention chirurgicale sont loin d'être concluants.

Sur neuf cas d'entérorrhaphie pratiquée dans les conditions que nous examinons pour des plaies par armes à feu, un seul a donné un succès complet, trois se sont terminés par la guérison avec des fistules stercorales, et cinq ont été suivis de mort. Mais en étudiant avec soin ces observations on trouve que, dans quatre d'entre elles (Larrey, Gissing, Bentley et Indson), comprenant deux des quatre cas de guérison, l'intestin faisait hernie, condition différente de celle que nous examinons. La cinquième observation (Kinloch) n'a rien à faire dans la question en litige; il s'agit d'une opération que l'on pourrait qualifier de téméraire et qui a été faite sept mois après la réception de la blessure, dans le but

(1) *Surgical history of the war of rebellion*, part. II, p. 112.

de rétrécir une fistule stercorale, et de rétablir la continuité de l'intestin. Le malade a survécu à cette opération, mais en conservant sa fistule. Il reste donc seulement quatre cas se rapportant véritablement à la suture intestinale pratiquée après débridement de la plaie des parois de l'abdomen, et sur ces quatre cas on ne compte qu'une seule guérison obtenue par Baudens, et encore s'agissait-il d'une plaie du côlon transverse. Or, on n'ignore pas que les blessures du gros intestin sont de beaucoup moins graves que celles de l'intestin grêle, et que leur guérison spontanée n'est pas exceptionnelle.

On voit donc que les faits invoqués par Otis sont loin d'être en faveur de l'intervention chirurgicale dans les plaies de l'intestin renfermé dans l'abdomen. Ils seraient même plutôt de nature à faire pencher vers la doctrine de la non-intervention, car, en opposition avec le seul exemple de succès de l'entérorrhaphie après débridement des parois abdominales (dans un cas de plaie du côlon transverse), on trouve dans l'*Histoire chirurgicale de la guerre d'Amérique* 56 cas de guérisons spontanées de plaies intestinales, dont 5 pour l'intestin grêle et 51 pour le gros intestin.

La proportion relativement assez considérable des guérisons spontanées à la suite de plaies du gros intestin devrait déjà restreindre le principe de l'intervention aux cas de plaies de l'intestin grêle. Or le diagnostic du siège exact de la blessure intestinale est malheureusement à peu près impossible, ce qui diminue déjà la valeur de la distinction précédente. En outre, le chirurgien ignore non-seulement le siège, mais encore le nombre des blessures de l'intestin; il pourra donc être entraîné à une intervention toujours grave pour une blessure du gros intestin qui aurait guéri seule, ou bien il pourra faire une opération inutile en suturant une seule plaie, lorsque d'autres anses intestinales ont été atteintes.

En résumé donc, quoique les faits et le raisonnement ne soient pas favorables au principe de l'intervention chirurgicale dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion de l'intestin, lorsque celui-ci ne fait pas hernie au dehors ou n'est pas facilement accessible, cependant je n'oserais condamner ouvertement cette pratique, en raison de la gravité exceptionnelle de ces plaies qui excusera et justifiera même parfois bien des témérités chirurgicales.

Il nous reste maintenant à faire connaître les moyens à mettre en usage, lorsque l'intervention chirurgicale est indiquée, soit pour établir un anus contre nature, soit pour obtenir la réunion de la plaie intestinale.

Lorsque la blessure est très-large, que les bords sont fortement contus, dilacérés, et fatalement voués au sphacèle, il faut attirer légèrement l'anse intestinale entre les lèvres de la plaie de l'abdomen et la fixer à l'aide de quelques points de suture traversant à la fois les lèvres de la solution de continuité intestinale et celles de la plaie abdominale.

De la sorte on prévient l'épanchement des matières dans le péritoine,

l'adhésion de la surface séreuse de l'intestin au péritoine pariétal ne tarde pas à s'établir et à fixer solidement l'ouverture de l'intestin à celle des parois abdominales. L'anus artificiel ainsi constitué pourra, s'il ne guérit pas spontanément, exiger plus tard une nouvelle intervention de la part du chirurgien (voy. *Anus contre nature*).

Toutes les fois que l'intestin ne sera pas assez profondément lésé pour qu'on ait lieu de craindre la gangrène consécutive, c'est à la suture que l'on devra donner la préférence.

Depuis Hippocrate jusqu'à l'époque moderne, les chirurgiens se sont préoccupés de cette question de la suture intestinale, et l'histoire de l'art renferme un nombre considérable de méthodes et de procédés d'entérorrhaphie, dont la plupart sont tombés dans un juste oubli. Nous renvoyons pour leur description aux traités de médecine opératoire (1).

Actuellement, la seule méthode véritablement rationnelle de suture intestinale est celle qui est fondée sur le principe de l'adossement de deux surfaces séreuses, susceptibles de s'unir rapidement entre elles. Ce principe qui, je le rappelle, est dû à Jobert une fois admis, les procédés opératoires peuvent varier pourvu qu'ils réalisent le résultat désiré.

Une seule exception à la règle précédente pourrait être admise dans le cas de piqûre très-étroite. Une simple ligature faite avec un fil très-fin autour de la petite plaie suffit à amener son oblitération et à prévenir l'épanchement des matières stercorales. Le fil disparaît au milieu de l'exsudat plastique, soit qu'il reste enkysté ou qu'il finisse par tomber dans l'intestin.

Quel que soit le procédé que l'on adopte, on peut, une fois la suture faite, réduire l'intestin et fermer l'ouverture de l'abdomen, ou le maintenir au voisinage de la plaie abdominale, en laissant celle-ci incomplètement fermée.

Cette dernière manière de faire a pour résultat d'adosser la séreuse viscérale au péritoine pariétal, et si l'adhérence des deux surfaces ne suffit pas, conjointement avec la suture, à amener la réunion de la plaie intestinale, du moins l'épanchement sera circonscrit au niveau de la plaie abdominale et les matières pourront trouver une issue à l'extérieur.

Cette méthode, qui présente pour inconvénients de retarder la cicatrisation de la plaie abdominale et d'exposer à l'inflammation du péritoine, ne devrait être mise en pratique que dans les cas où l'on conserve des doutes sérieux relativement au succès de la suture et où l'on a tout lieu de craindre la gangrène, par suite de la nature et de l'étendue de la lésion de l'intestin.

Si l'on se décidait à y avoir recours, on pourrait appliquer un des pro-

(1) Voyez aussi : Fleury, *Mém. sur la suture intestinale* (*Archives génér. de méd...* 2^e série, 1837, t. XIII); — Jamain, *Rech. histor. et clin. sur l'entérorrhaphie*, thèse. Paris, 1861.

cédés de suture interrompue, connus sous les noms de *sutures de Palfyn*, de *Ledran*, etc. La suture de Ledran (fig. 104) consiste à passer entre les lèvres de la plaie intestinale une ou plusieurs anses de fils dont les extrémités réunies et tordues ensemble sont fixées solidement au niveau de la plaie abdominale contre laquelle l'anse intestinale blessée se trouve ainsi maintenue.

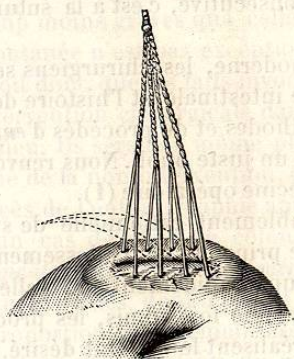


Fig. 104. — Suture de Ledran.

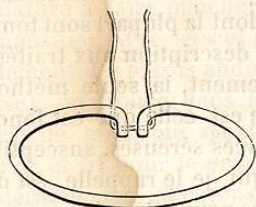


Fig. 105. — Suture de Jobert.

Lorsqu'on se propose de faire une suture perdue, c'est-à-dire de réduire l'intestin blessé dans l'abdomen après avoir réuni les lèvres de la plaie, et de fermer ensuite complètement la solution de continuité de l'abdomen, il faut avoir recours à l'un des procédés modernes qui réalisent aussi exactement que possible l'adossement des surfaces séreuses de l'intestin. Ces procédés se rattachent à deux types principaux, suivant qu'il s'agit d'une *suture interrompue* ou d'une *suture continue*.

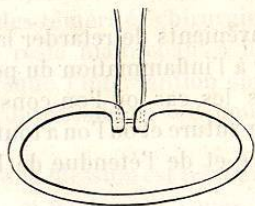
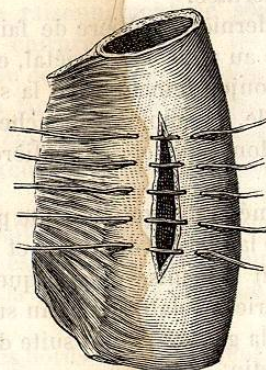


Fig. 106. — Suture de Lembert.

Au premier type correspondent les procédés de Jobert et de Lembert, représentés figure 105 et figure 106, qui ne diffèrent que par le trajet parcouru par le fil.



Au second type se rapportent la suture continue simple (fig. 107), la suture de Bertrandi (fig. 108), qui est déjà une amélioration; enfin le procédé de Gely, qui constitue un grand perfectionnement et assure l'adossement exact des surfaces séreuses. Dans ce procédé, dont les

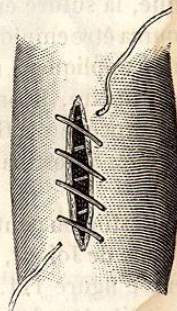


Fig. 107. — Suture continue.

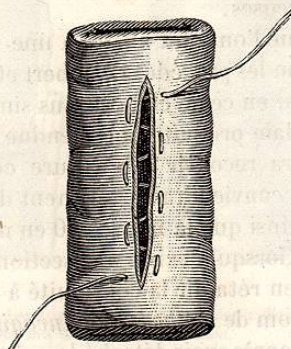


Fig. 108. — Suture de Bertrandi.

divers temps sont représentés figure 109, on prend un fil armé d'une aiguille à chaque bout; vers l'un des angles de la plaie, on introduit de chaque côté et dans un point symétrique les deux aiguilles que l'on pousse de dehors en dedans, pour les faire ressortir de dedans en dehors quelques millimètres plus bas et sur la même lèvre de la plaie.

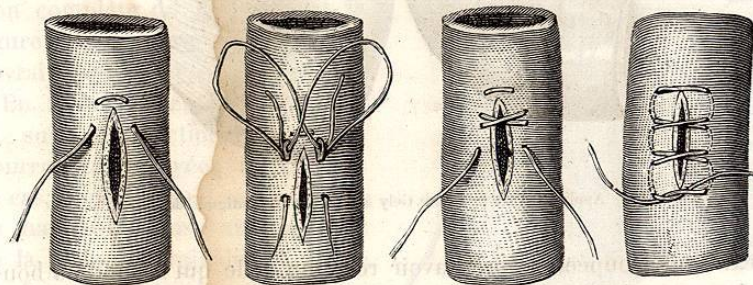


Fig. 109. — Les trois premiers temps de la suture Gely, avec quatre points de suture placés et sur le point d'être rapprochés.

Le fil étant tiré à bout par chaque extrémité, on entre-croise les aiguilles, de façon à les réintroduire chacune précisément dans le trou de sortie de l'autre, puis à les conduire comme précédemment. La suture se compose ainsi d'une série d'échelons, qui, sauf les deux extrêmes, sont tous formés par l'entre-croisement du fil; le dernier échelon porte le nœud. Mais avant d'arrêter celui-ci, il importe de serrer les fils, en exerçant, à