

compte de la rapidité avec laquelle se fait cette adhérence et du rôle immense qu'elle joue dans certains traumatismes de l'intestin. On lie complètement une anse d'intestin grêle sur un chien; on coupe les fils à ras du nœud, on remet l'intestin dans le ventre et l'on suture la paroi abdominale. Vers le troisième ou quatrième jour, les fonctions digestives se rétablissent, et le chien guérit.

Voici ce qui se produit : le fil détermine sur le pourtour de l'intestin grêle un sillon profond dans lequel il est caché. Les deux lèvres du sillon formées par le péritoine adhèrent aussitôt l'une à l'autre, ce fil coupe rapidement les tuniques et tombe dans l'intestin, dont la cavité se trouve ainsi rétablie. Deux ou trois mois après, c'est à peine si l'on trouve à l'intérieur un léger repli de la muqueuse indiquant le siège de l'opération.

Cette belle expérience de Travers nous donne la clef des phénomènes qui se passent chez l'homme dans l'invagination intestinale : lorsqu'il y a élimination du cylindre invaginé, c'est d'une façon analogue que se rétablit la continuité de l'intestin.

Une plaie étroite, une piqûre de l'intestin, ne présente pas, en général, de gravité : la muqueuse venant immédiatement boucher l'orifice, il n'y a pas écartement des bords. C'est ainsi que l'on peut presque impunément ponctionner l'intestin dans la tympanite, et même dans l'étranglement interne. En conséquence, si, dans une opération de hernie étranglée, on piquait très légèrement l'intestin, on pourrait réduire sans faire de suture, mais il serait cependant plus prudent de fermer la petite plaie avec un fil de soie.

On éprouve parfois une certaine difficulté, même après le débridement, à réduire une anse d'intestin très distendue. Il n'y aurait pas d'inconvénient à pratiquer alors une très petite piqûre pour évacuer les gaz.

Si la plaie présentait un écartement de ses bords, sans comprendre toutefois tout le pourtour de l'intestin, on ferait une suture, la suture de Lembert avec des fils de soie; on réduirait ensuite l'intestin en coupant les fils à ras et en les abandonnant dans l'abdomen.

Lorsque l'intestin était complètement coupé en travers, Jobert conseillait de replier l'un des bouts en dedans et d'y introduire ensuite l'autre bout, toujours de façon à mettre en contact les surfaces séreuses, condition, suivant lui, indispensable au succès. Mais une difficulté, qui me paraît devoir être souvent insurmontable, se présente dans ce cas : comment distinguer immédiatement le bout supérieur du bout inférieur? Et cependant, cette reconnaissance présente un intérêt majeur, car *il faut invaginer le bout supérieur dans l'inférieur*, afin que les matières abaissent, en passant, la valvule ainsi formée, au lieu de la redresser. L'invagination en sens inverse, c'est-à-dire du bout inférieur dans le supérieur, rend presque fatalement la guérison impossible. La meilleure suture dans ce cas est celle de Lembert. Celle-ci n'a d'autre inconvénient que de former une sorte de crête circulaire qui diminue un peu le calibre de l'intestin. M. Chaput nous a appris qu'il n'est pas nécessaire d'adosser les séreuses pour obtenir la réunion de deux bouts d'intestin, mais d'affronter bien exactement entre elles les couches celluleuses après avoir gratté la muqueuse avec la curette tranchante. La suture pratiquée de la sorte forme une crête saillante à l'extérieur. Le plus sûr alors est de faire d'abord une suture muco-muqueuse, et, par-dessus, une série de sutures séro-séreuses avec ou sans bouton de Murphy.