

CHAPITRE IX
AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ESTOMAC

ARTICLE PREMIER
TRAITEMENT DES OBSTRUCTIONS PYLORIQUES

L'imperméabilité du pylore domine les indications opératoires de la chirurgie de l'estomac. Cette imperméabilité est produite, soit par le cancer de la région pylorique, soit par sa sténose cicatricielle.

Les premières interventions qui furent tentées ici visaient la

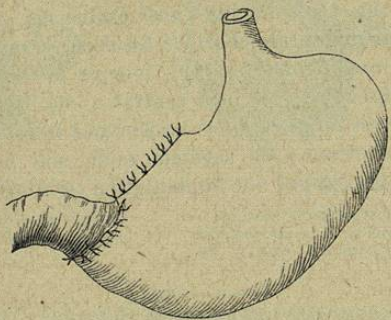


Fig. 160.

Abouchement termino-terminal du duodénum à la partie inférieure de la suture gastrique. BILLROTH, 1^{re} manière (RYDIGIER).

suppression radicale de l'obstruction pylorique : l'extirpation du pylore, cancéreux ou rétréci, la pyloréctomie. PÉAN, en 1879, et RYDIGIER en 1880, firent les premiers, chez l'homme, l'ablation du pylore que GUSSENBAUER avait expérimentée sur

le chien. — Actuellement, les indications de la pyloréctomie se sont précisées et doivent être exactement appréciées par un diagnostic pré-opératoire aussi exact que possible ; car cette

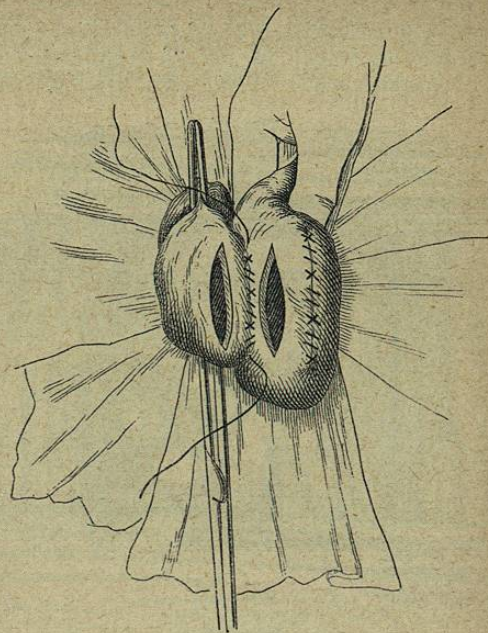


Fig. 161.

Implantation termino-latérale du duodénum sur la face postérieure de l'estomac oblitéré (KOCHER).

intervention garde, en dépit des perfectionnements techniques réalisés, une gravité qui est surtout évidente dans les cas où elle est mal indiquée. Dans le cas d'affections non cancéreuses, elle n'est ordinairement pas justifiée ; et la gastro-entérostomie est alors l'intervention de choix. Dans le cancer du pylore, elle trouve sa légitime indication, comme opération prééminente,

parce que curatrice, dans les tumeurs encore mobiles, sans adhérences étendues, sans retentissement ganglionnaire trop diffusé.

Les principes opératoires essentiels, qui dirigent la technique moderne de la gastrectomie, sont les suivants : 1^o extirpation large de la tumeur, surtout du côté de la petite courbure, en raison de l'envahissement ordinaire de cette région et de la

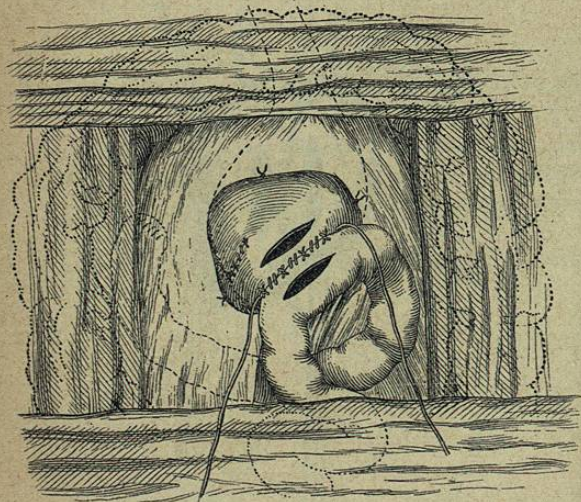


Fig. 162.

Anastomose latéro-latérale (par gastro-entérostomie transmésocolique), après occlusion des deux sections gastrique et duodénale (BILLROTH, 2^e manière).

chaîne ganglionnaire qui longe la coronaire stomacique ; 2^o coprostase absolue (pincés d'HARTMANN, compresseur de GOSSET, auxquels nous préférons la grande pince de KOCHER) ; 3^o anastomose gastro-intestinale très soignée comme étages de sutures, soit que l'on choisisse, comme nous tendons à le faire, l'abouchement *termino-terminal* du bout duodénal dans l'orifice gastrique rétréci par occlusion partielle (*procédé de Billroth, 4^{re} manière, fig. 160*), soit que l'on fasse l'*anastomose termino-latérale*

en abouchant le bout duodénal dans la paroi postérieure de l'estomac après fermeture complète de la tranche gastrique (*procédé de Kocher, fig. 161*), soit enfin qu'en raison de la distance des bouts duodénal et gastrique, on ferme complètement ces deux sections et réalise une *anastomose latéro-latérale* en faisant une gastro-entérostomie antérieure ou mieux postérieure (*procédé de Billroth, 2^e manière, fig. 162*).

Comme fréquence d'indications et d'applications, une autre

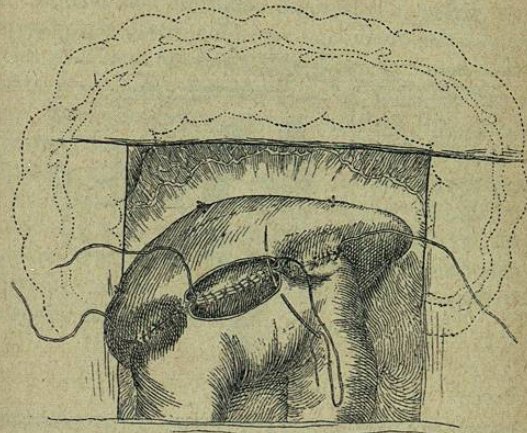


Fig. 163.

Procédé de Von Hacker anastomosant, à travers le mésocolon, la face postérieure de l'estomac avec l'anse jéjunale (RICARD et LAUNAY).

opération est passée au premier rang : c'est la *gastro-entérostomie*, créée en 1881 par WÖFLER, alors assistant de BILLROTH, qui, en présence d'un néoplasme pylorique trop étendu pour être enlevé, établit, sur le conseil de NICOLADONI, une communication entre l'estomac et l'intestin grêle. — Dans le *cancer*, cette anastomose gastro-entérique n'a évidemment qu'une valeur palliative, comparable à l'anus iliaque dans le cancer rectal, dérivant le cours des matières et leur évitant le passage obstrué. Elle combat la dénutrition en maintenant,

par voie détournée, la circulation alimentaire; elle diminue les hémorragies et ralentit les progrès du mal en épargnant au néoplasme l'irritation produite par le passage des matières ou leur stagnation. — Dans les *sténoses cicatricielles*, la gastro-entérostomie est vraiment curatrice, puisqu'elle crée un nouveau pylore, bien placé, et pare ainsi à la rétention gastrique et puisqu'il ne s'agit plus alors, comme dans le cancer, d'un

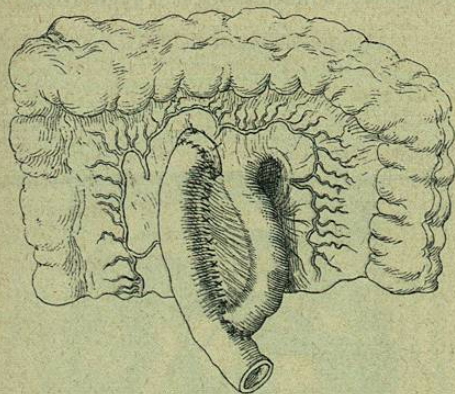


Fig. 164.

Gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique, en Y (procédé de Roux)
(RICARD et LAUNAY).

tissu morbide voué au progrès continu, à la récurrence, à la généralisation. Elle est préférée actuellement aux opérations qui visent le simple élargissement du pylore rétréci : à savoir, l'opération de LORETA, qui consiste dans la dilatation digitale de la sténose, opération de résultat instable, et l'opération de HEINECKE-MIKULICZ qui élargit le pylore par son incision longitudinale suivie de la suture transversale.

La gastro-entérostomie se fait actuellement en anastomosant la face postérieure de l'estomac avec la première anse du jéjunum, en passant à travers le mésocolon transverse : c'est l'opération de VON HACKER, gastro-entérostomie postérieure

transmésocolique (fig. 163). Deux causes d'échec sont à éviter : le reflux de la bile dans l'estomac; le retour du contenu de l'estomac dans le duodénum. Pour assurer un cours normal, on prend deux précautions : renverser l'anse jéjunale, à la façon de ROCKWITZ, de façon à ce que le bout périphérique soit dirigé du côté du pylore, dans le sens du péristaltisme régulier; fixer l'anse à l'estomac par une assez large surface pour que ses deux bouts ne subissent pas de coudure angulaire. On a conseillé une troisième précaution : ouvrir, au-dessous de l'anastomose gastro-entérique une communication de sûreté entre les deux branches de l'anse jéjunale; mais cette fistule de sûreté n'est point indispensable et nous l'avons toujours négligée, dans nos gastro-entérostomies. — Un procédé assure bien l'évacuation du bout duodénal : c'est le procédé en Y de WÖFLER-ROUX (fig. 164). Il consiste : à sectionner l'anse jéjunale; à implanter son bout périphérique, ou efférent, dans l'estomac (sur la face antérieure d'après WÖFLER, sur la face postérieure d'après ROUX, ce qui est un perfectionnement considérable); enfin, à aboucher le bout central ou afférent, dans la continuité de l'anse efférente.

ARTICLE II

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE L'ULCÈRE ROND
HÉMORRAGIE; PERFORATION

L'hémorragie ne nous paraît point appelée à fournir au chirurgien de favorables indications. La gravité de l'état général, le siège souvent peu accessible de l'ulcération hémorragique, la temporisation d'autant plus naturelle que le traitement médical arrive ici souvent à de bons résultats, voilà les conditions qui nous semblent s'opposer aux progrès de cette intervention. Il y a eu quelques succès opératoires, mais ils demeurent rares et concernent des lésions peu étendues, bien accessibles, et des interventions précoces.

La perforation aboutit soit à la péritonite suraiguë, soit à l'abcès sous-phrénique. Dans les deux cas, il faut opérer. Deux

conditions importent : la précision du diagnostic, la précocité de l'intervention. En ce qui concerne le diagnostic, trois signes peuvent être considérés comme pathognomoniques : une sensation brusque de déchirure et une douleur épigastrique intense ; la disparition de la matité hépatique qui est remplacée par de la sonorité ; la contracture de défense des muscles de la paroi, surtout dans la zone épigastrique. La notion de symptômes antérieurs d'ulcère de l'estomac est importante ; la considération d'âge, ne l'est pas moins : c'est un adulte ; c'est, le plus souvent une jeune femme qui vient d'être prise de douleurs violentes au creux de l'estomac, qui a eu quelques vomissements, quelques hoquets, dont le pouls s'accélère et s'affaiblit, dont l'épigastre est très douloureux au palper, dont le ventre est induré par la contracture pariétale. Il faut intervenir dans la première journée : la vingtième heure est la limite de la période favorable.

CHAPITRE X

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU FOIE

ARTICLE PREMIER

TRAUMATISMES DU FOIE

1° CONTUSIONS DU FOIE

Étiologie et anatomie pathologique. — Une chute, un choc violent, peuvent produire des ruptures du foie qui, tantôt s'accompagnent de la déchirure de la capsule, tantôt demeurent sous-capsulaires. — Dans ce dernier cas on observe deux types de lésions : 1° des foyers superficiels, sous la forme d'épanchements sanguins soulevant la capsule ; 2° des lésions profondes sous l'aspect de foyers hémorragiques interstitiels. — Les ruptures avec déchirure capsulaire présentent deux types : 1° tantôt des fissures linéaires ; 2° plus souvent des craquelures irrégulières, avec traits de rupture rayonnants, comparables aux craquelages de la porcelaine.

Comment évolue le processus de réparation de ces ruptures hépatiques ?

Il est absolument comparable au processus de cicatrisation du tissu conjonctif de la peau. De très bonne heure, c'est-à-dire dès le second jour, il se fait une émigration de leucocytes qui se répandent soit à la surface de la plaie hépatique, soit dans les interstices de la fibrine du caillot qui occupe cette plaie. Puis, au bout de cinq à six jours, la fibrine est envahie, dans la plus grande partie de son étendue, par des vaisseaux de nouvelle formation et par des cellules plasmatiques. Ce sont