

V. — OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC

1° RÉSECTION DE L'ESTOMAC¹

La résection de l'estomac est une opération difficile et grave, même quand l'organe ne présente pas d'adhérences anormales.

Quand ces adhérences existent, l'opération cesse d'être réglée et n'est plus susceptible d'être décrite ; elle donne en outre une mortalité effrayante ; je la considère donc comme contre-indiquée quand il y a des adhérences anormales et étendues.

Je décrirai seulement la technique dans les cas simples².

Précautions préliminaires.

Pendant les jours qui précèdent l'opération, on

1. Consulter Guinard, *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac*. Paris, Asselin, 1892, et Jonnesco, *Technique et résultats éloignés des gastrectomies pour cancer* (*Gazette des Hôpitaux*, 1891).

2. J'ai exécuté cette opération une dizaine de fois sur le chien.

fera plusieurs lavages de l'estomac à l'eau de Vichy et à l'eau boriquée.

La veille de l'opération, le malade ne prendra rien par la bouche, on l'alimentera par des lavements nutritifs.

1^{er} temps.

Lavage de l'estomac à l'eau de Vichy, puis à l'eau boriquée.

2^e temps. — Incision cutanée.

On fera sur la ligne médiane une incision de 15 centimètres qu'on pourra agrandir ensuite.

3^e temps.

Exploration de l'estomac, qui permet de décider l'étendue de la résection.

4^e temps. — Section des épiploons.

On coupe entre deux pinces l'épiploon gastro-hépatique et le grand épiploon dans toute l'étendue correspondant à la résection.

5^e temps. — Section stomacale et duodénale.

Avec de longues pinces souples à crémaillère on oblitère l'estomac et le duodénum. Les sections doivent être faites entre deux pinces pour éviter l'effusion des liquides digestifs.

6^e temps. — Oblitération du duodénum.

Après avoir lié en masse les portions de muqueuse qui saignent abondamment, on invagine le duodénum dans lui-même et on l'oblitére par deux étages de sutures séro-séreuses.

7^e temps. — Oblitération de l'estomac.

La muqueuse stomacale saigne si abondamment que le patient mourrait en quelques minutes si l'on ne faisait pas l'hémostase de cette membrane.

Le procédé le plus simple consiste à faire une série de ligatures en chaîne, à la fois sur les deux muqueuses des deux lèvres stomacales.

On surajoute deux étages séro-séreux pour oblitérer complètement la plaie stomacale.

La plupart des auteurs conseillent de ne pas fermer complètement la plaie stomacale et de suturer le duodénum à la partie inférieure de cette plaie.

Ce procédé me paraît défectueux.

En effet :

Il est difficile d'obtenir un adossement correct à la partie supérieure de la suture gastro-duodénale ;

En outre, si l'on fait une suture à deux étages, l'orifice duodénal se trouve considérablement rétréci. Je préfère établir une anastomose entre la première anse grêle et l'estomac (Billroth).

8^e temps.

Établissement d'une anastomose entre la première anse grêle et l'estomac, dont on trouvera la technique au chapitre suivant.

Précautions consécutives.

Pendant 48 heures l'opéré ne prendra ni liquides ni aliments par la bouche ; on le soutiendra exclusivement par les lavements nutritifs (trois ou quatre par jour).

A partir du troisième jour on donnera un peu de liquide par la bouche. (Voir plus haut, *Régime alimentaire*, p. 26 et suiv.)

A partir du quinzième jour on commencera l'alimentation solide.

Indications.

La résection de l'estomac n'est indiquée que dans les cas de cancer au début. Dans les cas anciens avec rétrécissement du pylore, la gastro-entérostomie est préférable.

Cette dernière opération est encore la meilleure à opposer au rétrécissement cicatriciel du pylore.

2° GASTRO-ENTÉROSTOMIE (OPÉRATION
DE WÖLFLER)

La gastro-entérostomie consiste à anastomoser l'estomac avec l'intestin.

La technique est analogue à celle de l'entéro-anastomose pour ce qui est des sutures; j'indiquerai seulement les temps principaux et je donnerai quelques renseignements complémentaires.

1^{er} temps.

Incision médiane de 10 à 15 centimètres.

2° temps. — Recherche de la première anse grêle.

Soulever le grand épiploon, relever le côlon transverse et chercher au côté gauche de la colonne le commencement de l'intestin grêle, amener la première anse grêle au contact de l'estomac.

Wölfler conseille d'attirer cette anse au contact de la paroi stomacale antérieure en passant au-devant du côlon transverse; je trouve cette pratique préférable à celle de Hacker qui perfore le mésocôlon transverse et anastomose l'anse grêle sur la face postérieure de l'estomac. Cette dernière technique est

compliquée; il faut en effet traverser le mésocôlon transverse et faire une brèche au grand épiploon pour avoir accès dans l'arrière-cavité; en outre, il est à craindre que la brèche faite au mésocôlon ne se rétrécisse en cicatrisant et ne comprime l'intestin.

3° temps.

Faire un étage de sutures séro-séreuses sur une longueur de 7 à 8 centimètres réunissant l'estomac et l'anse grêle.

4° temps.

Deuxième étage de sutures séro-séreuses au-devant du premier.

5° temps. — Incision stomacale et intestinale.

Cette incision doit être plus longue que celle de l'entéro-anastomose, à cause de la mobilité et de l'épaisseur de la muqueuse stomacale qui a tendance à prolaber par l'orifice et à l'oblitérer.

Je conseille de lui donner 7 à 8 centimètres. On fera cette incision au thermocautère.

6° temps. — Suture et hémostase de la muqueuse des lèvres postérieures.

On fera l'hémostase provisoire de la muqueuse stomacale avec des pinces en T à crémaillère.

L'hémostase définitive et la suture se feront par

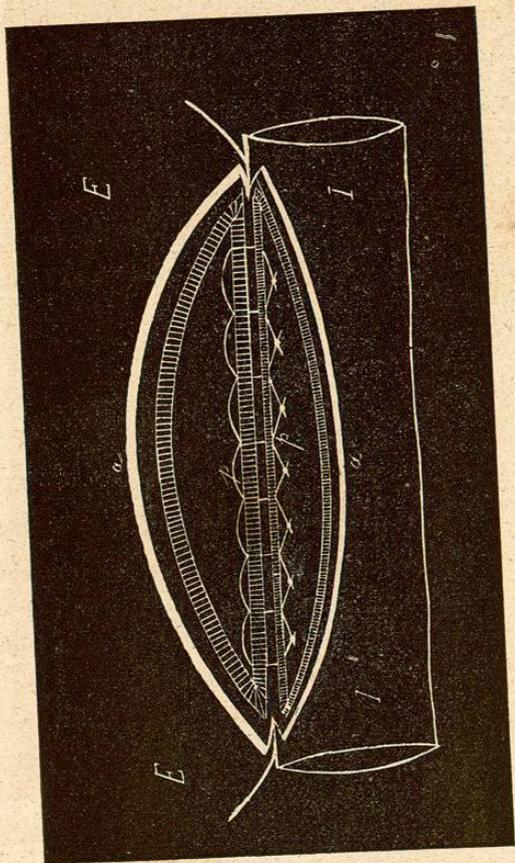


Fig. 67. — Suture de la muqueuse des lèvres postérieures.

E, estomac ; — I, intestin ; — aa, lèvres antérieures ; — pp, lèvres postérieures.

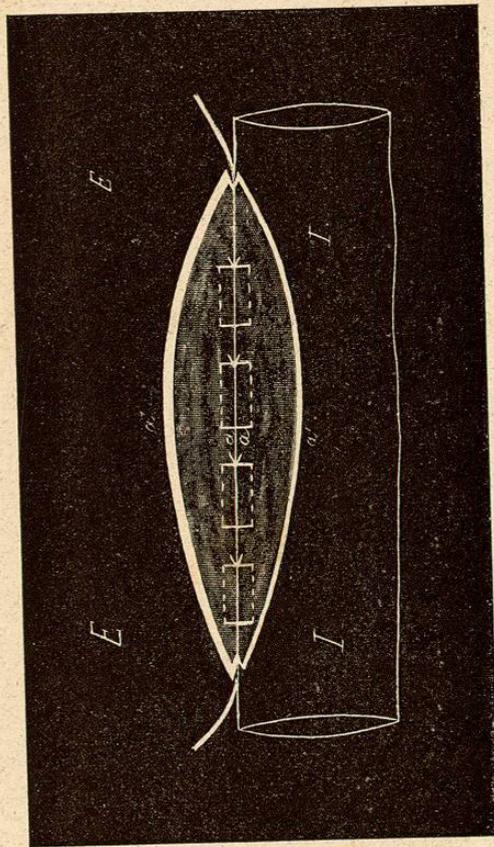


Fig. 68. — Suture de la muqueuse des lèvres antérieures.

E, estomac ; I, intestin ; aa, muqueuse des lèvres antérieures ; a'a', musculature des lèvres antérieures.

une série de ligatures en chaîne réunissant ensemble la muqueuse stomacale et intestinale des lèvres postérieures, comme s'il s'agissait d'un large pédicule vasculaire. On emploiera des aiguilles très fines afin de n'avoir pas trop d'hémorrhagie par les piqûres (fig. 67).

Ce mode de suture diminue considérablement l'étendue de l'incision des muqueuses, aussi est-on obligé de faire, à droite et à gauche, des débridements secondaires (qu'on suturera de la même façon) afin d'avoir un orifice muqueux identique comme dimensions à l'incision de la musculuse.

7° temps. — Suture et hémostase de la muqueuse des lèvres antérieures.

On fait également une série de ligatures en masse fixant les deux muqueuses dos à dos. En raison de la situation de ces lèvres on fera les sutures de la façon suivante : avec l'aiguille courbe (fig. 1) on traverse la muqueuse de la lèvre supérieure d'avant en arrière, puis on fait ressortir la pointe de l'aiguille d'arrière en avant, à un centimètre et demi plus loin, parallèlement à l'incision. On retire l'aiguille entraînant le fil, on répète la même manœuvre sur la lèvre inférieure et on ramène avec l'aiguille le chef gauche du premier fil ; on n'a plus qu'à nouer (fig. 68).

8° temps.

Double plan séro-séreux sur les lèvres antérieures.

9° temps.

Placement des fils de sûreté aux extrémités de l'incision.

10° temps. — Moyens d'empêcher la bile de passer dans l'estomac.

Le passage de la bile dans l'estomac arrête la digestion gastrique, il est donc important d'éviter cet inconvénient. On a employé plusieurs procédés, tels que formation de valvules empêchant le reflux dans l'estomac, ces moyens sont illusoire.

Wölfler (Congrès de Berlin, 1890) recommande la pratique de Rockwitz, qui consiste à croiser les deux jambes de l'anse fixée à l'estomac, afin que les mouvements péristaltiques de l'estomac se continuent dans le même sens sur l'intestin ; de plus la bile ayant à parcourir un chemin tout à fait vertical a moins de tendance à s'engager dans l'estomac.

Il prend d'ailleurs la précaution de fixer l'intestin à l'estomac à une certaine distance de l'anastomose. De cette façon le trajet est moins direct de l'intestin à l'estomac.

Wölfler conseille encore un autre moyen qui con-

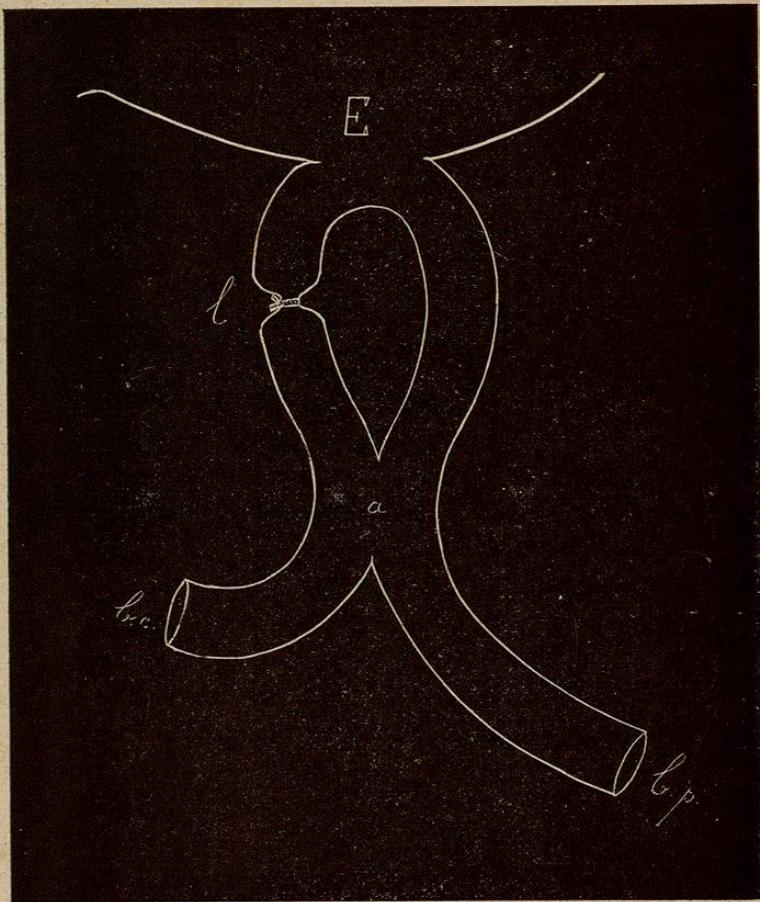


Fig. 69. — Procédé pour empêcher le passage de la bile dans l'estomac.

E, estomac anastomosé à l'intestin ; — a, anastomose entre les deux jambages de l'anse grêle ; — l, ligature sur le bout central b, c, = b, p, bout périphérique.

siste à sectionner complètement l'intestin grêle, et à anastomoser le bout périphérique à l'estomac. (Cette pratique a l'inconvénient de rétrécir considérablement l'orifice intestinal.) Le bout central est oblitéré par sutures séro-séreuses et on l'anastomose avec le bout périphérique, un peu au-dessous de l'estomac ; de cette façon le passage de la bile dans l'estomac est impossible.

Je conseille d'établir d'abord la gastro-entérostomie sans entre-croiser les jambages de l'anse grêle. Ceci fait, entre la portion d'anse qui monte vers l'estomac et celle qui en descend, j'établis une entéro-anastomose avec un orifice de deux centimètres environ. Je place ensuite une ligature peu serrée sur l'anse ascendante entre les deux anastomoses afin de la rétrécir sans couper les tissus ; de cette façon la bile ne peut remonter vers l'estomac et s'écoule fatalement dans l'intestin (fig. 69).

3° OPÉRATION D'HEINEKE-MIKULICZ

Ces auteurs ont imaginé, pour traiter le rétrécissement cicatriciel du pylore, un procédé qui consiste à inciser longitudinalement le rétrécissement. En écar-

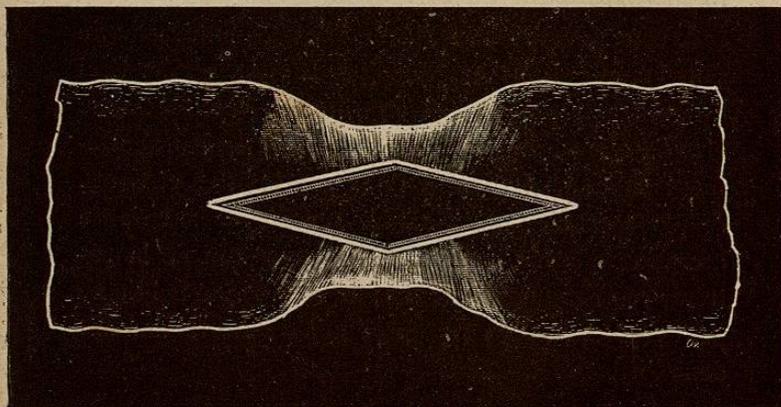


Fig. 70. — Opération d'Heineke-Mikulicz pour rétrécissement du pylore. On fend longitudinalement le rétrécissement; on donne à la fente une forme losangique et on suture ensemble les bords contigus du losange.

tant les bords de la fente, on lui donne facilement l'aspect d'un losange. Il reste à suturer l'un à l'autre les bords contigus de ce losange, comme je l'ai décrit pour l'entérorraphie avec fente (fig. 71).

Cette méthode a été employée avec succès par Péan

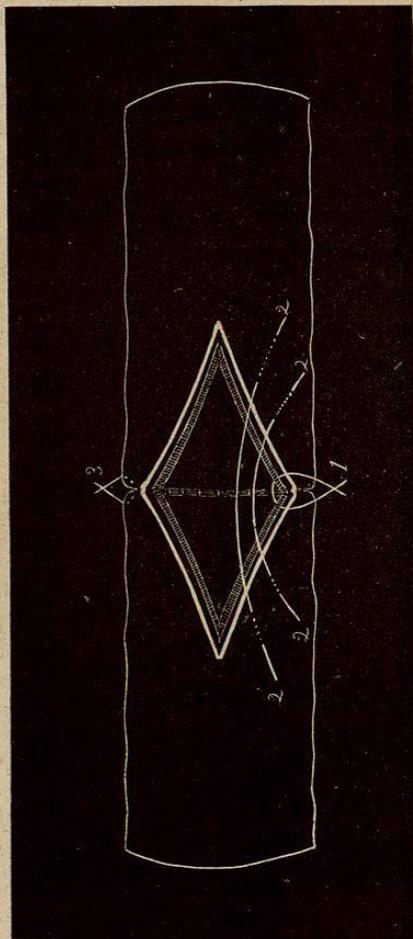


Fig. 71. — Suture de la fente.
1, suture muco-muqueuse; — 2, 2, 3, sutures séro-séreuses.

pour un rétrécissement de l'intestin grêle (Académie de médecine, 1890) et pour les rétrécissements du rectum.

Ce procédé est précieux pour le rectum où il est difficile de faire mieux ; mais pour les rétrécissements du pylore ou de l'intestin, je trouve préférable la gastro-entérostomie ou l'entéro-anastomose, qui s'exécute avec plus de facilité sur des tissus plus souples.

Au pylore, il est difficile, en raison de la fixité des organes, de donner une étendue suffisante à l'orifice de communication.

4° GASTROSTOMIE

PROCÉDÉ DE TERRIER¹

Les points caractéristiques de ce procédé sont :

- 1° De fixer l'estomac au péritoine par des sutures séro-séreuses ;
- 2° De faire à l'estomac un orifice aussi petit que possible ;
- 3° De suturer la muqueuse à la peau pour border la fistule.

1^{er} temps. — Incision cutanée.

A 2 centimètres du rebord costal gauche, faire une incision de 6 à 8 centimètres parallèle à ce bord, limitée en haut par la matité hépatique.

2^e temps. — Recherche de l'estomac.

Avec le doigt, reconnaître le bord du foie, suivre sa face inférieure, reconnaître l'épiploon gastro-hépatique, et saisir, avec une pince, l'estomac qui se trouve au-dessous.

1. Terrier et Delagenière, *Revue de chirurgie*, 1890, p. 198 ; Hartmann, *Société anatomique*, 1891, p. 117.

3^e temps. — Fixation de l'estomac à la paroi.

On fixe l'estomac à la paroi (y compris le péritoine

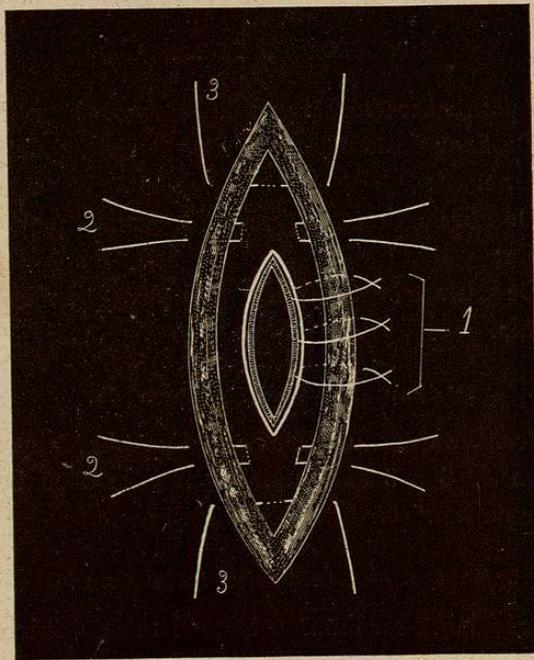


Fig. 72. — Établissement de la gastrostomie.

1, suture de la muqueuse à la peau; — 2, 2, fils latéraux; — 3, 3, fils terminaux.

pariétal) par six points de suture; deux de chaque côté sont passés dans l'estomac, parallèlement aux bords

de la plaie (*fils latéraux*). Les deux derniers, perpendiculaires à l'incision cutanée, ferment en haut et en bas le péritoine (*fils terminaux*). (V. fig. 72.)

L'estomac se trouve exposé, sur une surface mesurant environ 3 à 4 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur. Cette surface doit être d'autant plus étendue que la paroi abdominale est plus épaisse.

On achève de suturer la paroi abdominale au-dessus et au-dessous du point fixé.

4^e temps. — Incision de l'estomac.

Cette incision doit être très petite, elle mesure un centimètre ou un centimètre et demi au plus.

5^e temps. — Suture de la muqueuse à la peau.

La muqueuse est suturée à la peau de manière à border l'orifice. M. Terrier emploie pour cette suture des fils perforants; je crois préférable de ne saisir dans les sutures que la tunique musculieuse, afin d'éviter l'infection de la paroi.

Soins consécutifs.

Aussitôt après l'opération, on donnera une alimentation liquide au malade; peu et souvent.

On se gardera de fermer l'orifice stomacal avec des sondes ou des obturateurs quelconques.

Hartmann a fait une remarque importante, en signalant que l'obturation est réalisée plus parfaitement par la muqueuse toute seule que par tout autre procédé.

Pour remédier à la digestion de la paroi, par le suc gastrique, on peut, à l'exemple de *Debove* et *Terrillon*, administrer au malade du bicarbonate de soude et de la craie préparée, et saupoudrer, avec les mêmes substances, la paroi ulcérée. *Terrier* conseille l'emploi de sachets de carbonate de magnésie.

Autres procédés.

Le procédé primitif de *Verneuil* reste dans des grandes lignes; toutefois on renonce, avec raison, aux sutures perforantes qui exposaient à l'infection.

Girard (*Correspondenzblatt f. schw. Aertze*, n° 11, 1888) incise verticalement au milieu du muscle droit et ouvre le péritoine; de chaque côté, il dissèque dans le muscle droit un pont charnu, large de 12 à 15 millimètres, et long de 10 centimètres.

Il entre-croise ces deux faisceaux musculaires et, dans leur intervalle, il attire l'estomac et le suture à la peau. De cette façon la fistule gastrique est munie d'un sphincter.

Von Hacker (*Wiener Klin. Wochenschrift*) fait une incision en plein muscle droit, et ne fait pas l'entre-croisement musculaire de *Girard*.

Hahn (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1890, n° 11) fait d'abord une incision dans l'extrémité antérieure du huitième espace intercostal; il va ensuite à la recherche de l'estomac par une incision médiane; une pince, introduite par le huitième espace, saisit l'estomac et l'attire au dehors; on le suture alors à la peau.

Ces procédés ont, d'après leurs auteurs, l'avantage d'éviter l'écoulement des matières au dehors; ces précautions, plus ou moins justifiées, n'empêchent pas que la technique n'en soit plus compliquée que celle du procédé de *Terrier*, que nous persistons à préférer.