

dilaté ; à gauche du mésentère on reconnaît le rein gauche et, sur la colonne vertébrale, la main saisit à ce niveau l'anse *qui lui semble adhérente* ; cette manœuvre s'exécute en quelques secondes, sauf difficultés exceptionnelles, et l'on est sûr qu'on tient bien la première anse jéjunale lorsqu'en exerçant des tractions de bas en haut, on sent qu'elle est fixée solidement au rachis. Je me borne à citer cette manière d'agir qui m'a toujours réussi, sauf une fois ; mais chaque chirurgien a un tour de main qui lui est propre et le meilleur est assurément celui dont on a l'habitude de se servir.

Wilhelm (1) et Adam, (de Nancy) Czerny et Rindfleisch, etc., décrivent des procédés qui diffèrent peu de celui que je viens de préconiser.

e. *Abouchement des deux viscères.* — On place sur l'anse choisie deux pinces ayant beaucoup de bande, avec les mors garnis de caoutchouc ; elles sont situées à quinze centimètres environ l'une de l'autre

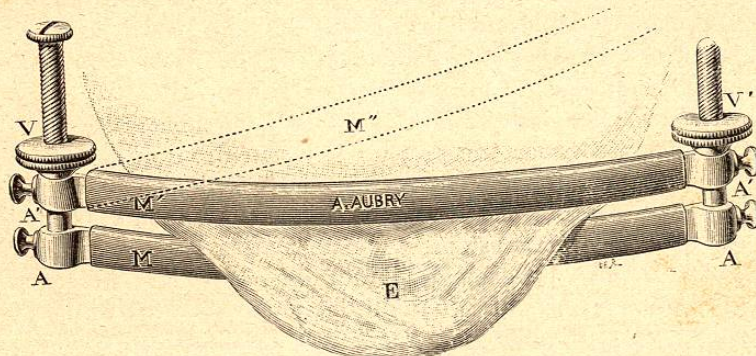


Fig. 27. — Clamp à branches parallèles (Guinard).

et isolent le segment sur lequel on va opérer ; on peut de même avec deux pinces courbes, isoler un cul-de-sac de l'estomac, mais je recommande d'user à cet effet du clamp figuré plus haut (fig. 27) qui m'a été construit par Aubry.

Les mors, garnis de caoutchouc, en sont parallèles, et la pression s'exerce uniformément sur toute leur étendue. Avec les pinces on a toujours une striction trop forte d'un côté alors que les mors dérapent par leur extrémité libre. Rien de pareil avec mon clamp, qui maintient parfaitement isolée, pendant la durée de l'opération, la portion de l'estomac (E) sur laquelle portera l'incision et cela sans pression exagérée en aucun point. Pour l'enlever, il suffit de dévisser les rondelles V, V' et de dégager le pivot ; la branche M' n'étant plus solidaire de la branche M, on retire très facilement l'instrument ; on a fait l'inverse pour le mettre en place comme dans la figure 27.

(1) WILHELM, De la gastro-entérostomie, thèse de Nancy, 1893.

La bouche stomacale doit siéger à une bonne distance du néoplasme s'il s'agit d'un cancer. L'idéal est, dans tous les cas, de la faire le plus près possible de la grande courbure. On commence par fixer l'intestin non ouvert à un demi-centimètre environ de la grande courbure ; les fils séro-séreux sont passés sur l'intestin tout près de son attache mésentérique.

Ici commencent les discussions pour savoir à quel point donner la préférence ; point séparé à la Lembert, surjet continu, surjet avec point d'arrêt, etc. Le fait a son importance car, ainsi que j'ai coutume de le dire familièrement, la vie de l'opéré tient à un fil. Faisons donc les sutures auxquelles nous sommes le plus habitués. Les points de Lembert demandent plus de temps et un aide plus expérimenté. Le surjet continu avec arrêts, au bout de quatre coups d'aiguille, est de beaucoup le plus expéditif ; c'est à ce mode de suture que j'ai presque toujours recours. Il faut seulement avoir soin, en serrant le surjet, de ne pas « tendre de loin », pour éviter de déchirer la séreuse.

Pour ces sutures, c'est toujours de la soie fine qu'il faut employer.

Ce premier surjet accole le bord mésentérique de l'intestin à la face antérieure de la grande courbure, le plus près possible du bord de l'estomac.

Un deuxième surjet séro-séreux placé à un demi-centimètre au devant du premier et parallèlement, accole les deux viscères suivant une surface et non suivant une ligne.

On procède alors à l'ouverture des viscères. L'incision porte sur la séreuse à un demi-centimètre environ au devant du second surjet.

Faut-il user du bistouri, du thermocautère, ou inciser en deux temps comme faisaient Michaux, Doyen, etc., qui ne sectionnaient que la muqueuse au thermocautère !

Toutes ces discussions sont maintenant oiseuses, ainsi que celles qui portent sur le point de savoir s'il faut ouvrir l'estomac avant l'intestin ou inversement.

Ce que je peux affirmer c'est que l'incision avec le thermocautère est parfaite : la section est nette comme au bistouri et ne s'accompagne d'aucune trace d'hémorragie.

On commence indifféremment par l'estomac ou par l'intestin en prenant garde que l'orifice ait bien sur les deux viscères la même longueur, environ 6 centimètres. On ne craindra pas de le faire grand, en observant que les surjets séro-séreux, préalablement faits, doivent dépasser d'un demi-centimètre environ chaque extrémité de l'incision.

Après avoir avec de petits tampons asséché la cavité du segment intestinal et du segment stomacal isolés entre les pinces à mors caoutchoutés, on réunit rapidement par un surjet à la soie la muqueuse de l'estomac à la muqueuse correspondante de l'intestin,

et on continue hardiment cette suture sur tout le pourtour de la nouvelle bouche, après avoir commencé à une des extrémités de l'ouverture. Un surjet séro-séreux à la soie fixe ensuite la demi-circonférence antérieure de l'orifice intestinal à la demi-circonférence antérieure de l'orifice stomacal au devant du surjet muco-muqueux.

Cela fait, il reste à compléter l'adossement des séreuses par un surjet nouveau placé à un demi-centimètre au devant du premier. Quelques points séparés, placés à distance de la nouvelle bouche, sont utiles pour soutenir l'anse jéjunale de chaque côté de l'anastomose et l'empêcher de tomber perpendiculairement à la courbure de l'estomac. On arrive ainsi à donner à l'anse anastomosée une courbure à large rayon très favorable au bon fonctionnement du nouvel orifice.

Un des gros écueils de la gastro-entérostomie est, précisément, d'assurer le passage facile des aliments de l'estomac dans le bout iléo-cæcal du jéjunum.

Presque tous les opérés qui ont succombé dans les jours qui suivent l'intervention, sont morts parce que le contenu de l'estomac passait dans le bout duodénal de l'anse anastomosée pour revenir, par le duodénum, dans l'estomac.

Les matières et la bile tournaient toujours dans le même cercle vicieux et, à l'autopsie, on trouvait le duodénum et le jéjunum, jusqu'à la nouvelle bouche stomacale, extrêmement distendus, alors que tout le reste de l'intestin grêle était vide et rétracté. L'opéré mourait avec des vomissements incoercibles, comme dans un véritable étranglement intestinal.

Pour éviter cet accident si grave, Wœlfler avait déjà conseillé, ainsi que Lücke et d'autres, de diriger de gauche à droite, c'est-à-dire dans le même sens que le pylore et la première portion du duodénum, la branche descendante du jéjunum. Depuis mes premières opérations, je n'ai cessé d'insister sur l'importance qu'il y a à faire ce qu'on a appelé « le retournement de l'anse », « l'entre-croisement des jambes de l'anse ». Voici comment, en 1893, je m'exprimais dans un Mémoire lu à la Société de chirurgie (1) :

L'anse jéjunale ne doit pas être amenée directement sur la face antérieure de l'estomac, il faut la retourner de façon à ce que son extrémité iléo-cæcale soit fixée à l'angle pylorique de l'incision-stomacale; on comprendra l'utilité de cette manœuvre, si l'on veut se rappeler le sens dans lequel vont les mouvements péristaltiques des tuniques musculaires de l'estomac et de l'intestin. Ces mouvements se font du cardia au pylore et du duodénum au jéjunum et à l'iléon.

Pour se rapprocher le plus possible de la physiologie normale de la

(1) A. GUINARD, *Bull. gén. de thérap.*, 15 juin 1894, p. 500.

circulation gastro-intestinale, il faut arriver à ce que les mouvements péristaltiques se continuent dans le même sens en passant par le pylore artificiel. Si l'on se borne à appliquer une anse intestinale directement au devant de l'estomac (fig. 28, A), les mouvements péristaltiques se font de droite à gauche, tandis que ceux de l'estomac ont lieu de gauche à droite, c'est-à-dire en sens inverse.

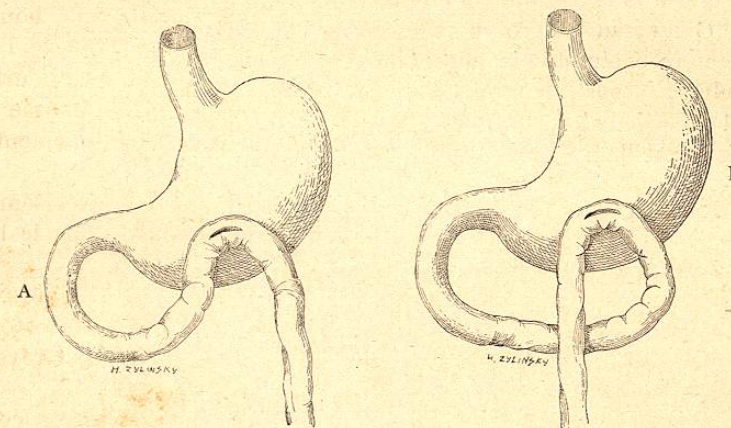


Fig. 28. — A, (Schéma). L'anse jéjunale est appliquée directement (ce qu'il ne faut jamais faire); — B, (Schéma). L'anse est retournée (ce qu'il faut toujours faire).

Si, au contraire, on a soin de tordre l'anse sur elle-même, de lui faire subir un mouvement tel que son bout périphérique ou iléo-cæcal se porte à droite, c'est-à-dire du côté du pylore, on obtient un canal gastro-jéjunale, dans lequel les mouvements péristaltiques se font uniformément de gauche à droite, ou mieux de haut en bas, aussi bien dans l'estomac que dans le jéjunum (fig. 28, B). Dans la gastro-entérostomie pratiquée sans cette technique, les aliments, venant du cardia, ont à franchir, pour pénétrer dans le bout inférieur de l'intestin, un véritable éperon formé par le bord gauche de la suture gastro-jéjunale. En admettant même que cette conception soit un peu théorique (puisqu'on a obtenu des guérisons parfaites sans avoir retourné l'anse), on doit absolument avoir recours à cette manœuvre, qui ne complique en rien l'opération; c'est d'ailleurs la pratique constante de Terrier, de Peyrot, Championnière, et on peut presque dire de tous ceux qui, comme moi, sont fidèles à la gastro-entérostomie antérieure.

Il reste ensuite à réduire les viscères et à suturer, comme à l'ordinaire, la paroi abdominale.

f. *Soins postopératoires.* — Je conseille de laisser pendant vingt-quatre heures le malade à une diète absolue aussi bien pour les liquides que pour les solides, je rejette surtout l'emploi du Champagne qui, en France surtout, sert indistinctement pour tous les

opérés. Après les interventions sur l'estomac, ce vin, comme toutes les boissons gazeuses, est absolument contre-indiqué.

De grands lavements d'eau calmeront la soif; des injections sous-cutanées de sérum relèveront les forces si c'est nécessaire, et, dès le second jour, on pourra commencer l'alimentation sans oublier, si les vomissements surviennent, qu'il suffit quelquefois, pour les faire cesser, de faire asseoir l'opéré, de changer sa position.

2° GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE (procédé des sutures). — Si la gastro-entérostomie antérieure mérite le nom d'opération de Wœlfler, la postérieure mérite celui d'opération de von Hacker. Ce sont donc deux assistants de Billroth qui ont créé ces deux procédés : mais la meilleure part reste à Wœlfler qui a imaginé la méthode

générale. Il s'agit ici d'aboucher une anse élevée du jéjunum à la face postérieure de l'estomac à travers une boutonnière pratiquée dans le mésocôlon transverse.

La technique a été donnée par von Hacker en 1885 (1). Elle diffère notablement des opérations de Courvoisier (2), imitées au début par Terrier, Tuffier, Doyen, dans lesquelles on effondre le grand épiploon pour déchirer le mésocôlon transverse de haut en bas et attirer par cette brèche l'anse jéjunale.

Poucel (de Marseille) amène l'intestin à la paroi postérieure de l'estomac en réséquant l'épiploon au ras de ses insertions gastriques et coliques et en passant au devant du côlon (3).

Roux (4) (de Lausanne) sectionne le jéjunum et implante le bout inférieur sur la paroi postérieure de l'estomac à travers une brèche du mésocôlon, puis il fixe le bout duodénal par implantation latérale sur le jéjunum : c'est la gastro-entérostomie postérieure transmésocôlique en Y (fig. 29), que je considère actuellement comme le procédé de choix qui met le plus sûrement à l'abri des accidents de rétention et d'obstruction.

Je renvoie aux articles spéciaux pour les détails.

Tous ces procédés ne sont pas définitifs; les chirurgiens évoluent sans cesse. Kocher, dans son livre récent, a changé sa technique. Disons que le point de départ de tous ces sous-procédés est l'opé-

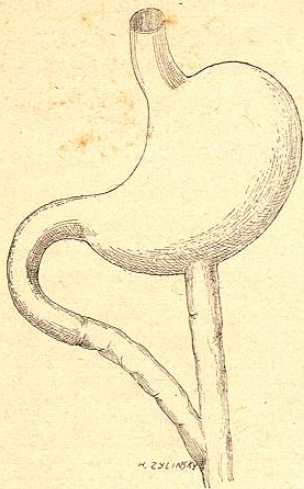


Fig. 29. — Procédé de Roux en Y ou transmésocôlique (schéma.)

(1) VON HACKER, X^e Congrès allemand de chirurgie. Berlin, 1885.

(2) COURVOISIER, *Centralblatt für Chir.*, 1883, n° 40, p. 794.

(3) POUCEL, *Gaz. des hôp.*, 1896, n° 89, p. 891.

(4) ROUX (de Lausanne), *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, 1897, n° 1, p. 90.

ration de von Hacker; c'est d'ailleurs à celle-ci que les partisans de la voie postérieure ont surtout recours.

Rien de changé dans la technique pour ce qui concerne : a) les soins préopératoires; b) l'anesthésie; c) l'incision de la paroi; d) la recherche de l'anse jéjunale; f) les soins postopératoires. Seul le mode d'abouchement des deux viscères e) doit nous arrêter.

Aussitôt l'anse jéjunale reconnue et repérée, on exerce une légère traction en avant sur le côlon transverse; on voit alors le mésocôlon se tendre, et avec un instrument mousse on perfore cet écran séreux en évitant autant que possible les arcades vasculaires visibles. Le doigt agrandit la brèche séreuse et attire au travers la paroi postérieure de l'estomac et la grande courbure. On peut, sauf exception, amener ainsi l'estomac hors du ventre et glisser en arrière une compresse aseptique qui l'isole de la cavité abdominale.

L'anastomose se fait alors exactement comme dans la gastro-entérostomie antérieure, avec les mêmes précautions pour le retournement de l'anse, etc. La seule différence est que, avant de terminer, on fixera par une suture les bords de la brèche du mésocôlon à la paroi postérieure de l'estomac, tout autour de la bouche anastomotique. Il serait en effet dangereux de laisser là un orifice où pourrait s'engager et s'étrangler l'intestin.

B. *Gastro-entérostomie avec bouton.* — On peut employer diverses sortes de boutons pour faciliter les gastroanastomoses et en rendre l'exécution très rapide.

L'idée des anastomoses viscérales sans sutures appartient à Denans (1) (de Marseille). Collin a, dans sa collection d'instruments, le modèle du bouton qui a été construit en 1826, sur les indications de ce chirurgien. Depuis cette époque, nombre de tentatives ont été faites pour supprimer les sutures ou, tout au moins, en diminuer autant que possible le nombre. Senn, en 1887, employa des plaques d'os décalcifié absorbables (2); Dawbarn, en Amérique, se servit de plaques taillées dans une pomme de terre; von Baracz, en Allemagne, prit des tranches de navet; Robinson des lames de caoutchouc; Abbe des anneaux de catgut; mais, c'est en 1892 que Murphy (de Chicago) décrit le bouton qui a joui pendant quelques années d'une vogue extraordinaire. Ce bouton de Murphy a été introduit en Europe par Terrier, en 1894 (3).

Son succès fut si considérable que, en 1895, Duvivier put déjà réunir dans sa thèse 42 observations de gastro-entérostomies avec le bouton de Murphy. Très rapidement l'enthousiasme du début se

(1) DENANS, *Bull. de la Soc. de méd. de Marseille*, 1826, n° 1.

(2) Voir sur ce sujet la thèse de Magill, 1894, n° 211.

(3) Voir à ce sujet la thèse de TARDIF, *Anastomoses viscérales sans sutures*. Paris, 1894, n° 228 et la thèse de DUVIVIER, *Gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy*. Paris, 1895.

refroidit et, au Congrès de chirurgie de Paris en 1896, une vive discussion s'engagea entre ce qu'on a appelé plaisamment « les boutonnistes et les suturistes ». Je crois bien que si un vote avait clos la

discussion, la grande majorité des chirurgiens se serait déclarée en faveur des sutures.

Quoi qu'il en soit, voici comment il faut procéder pour l'application du bouton de Murphy. Pour la clarté de la description, supposons qu'il s'agit d'anastomoser deux anses intestinales; la technique ne diffère en rien

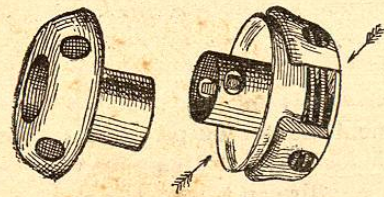


Fig. 30. — Bouton de Murphy.

quand on veut faire communiquer l'estomac ou la vésicule biliaire avec l'intestin grêle.

Comme le montre la figure 30, l'instrument est constitué par deux pièces séparées, l'une mâle, l'autre femelle (fig. 30). La partie renflée de chaque pièce doit être fixée dans l'intérieur des deux viscères et l'anastomose se fait par l'engainement des deux cylindres qui sont maintenus en contact à l'aide de deux crochets montés sur ressort.

Une suture en bourse court circulairement autour de l'orifice viscéral, à un demi-centimètre environ de ses bords. On introduit la tête d'un des demi-boutons dans l'orifice et on serre solidement la suture qui fronce les lèvres de la boutonnière dans la rainure de l'appareil; puis lorsqu'on en a fait autant pour l'autre demi-bouton, on articule les deux cylindres, en serrant jusqu'à ce qu'on sente nettement que les ressorts des crochets ont joué. Les deux figures 31 et 32 montrent bien les deux temps de l'opération. On termine généralement en faisant quelques points de sûreté séro-séreux autour de la bouche anastomotique.

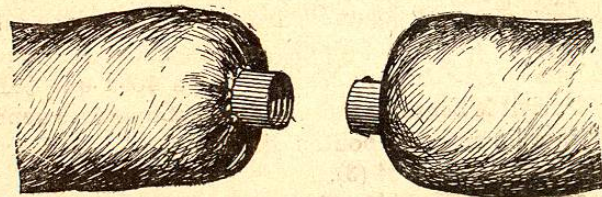


Fig. 31. — Emploi du bouton de Murphy.

L'opération ainsi conduite est extrêmement rapide. Czerny, qui l'a souvent pratiquée, lui donne à peine un quart d'heure de durée; Murphy parle de neuf minutes.

J'insiste sur un détail opératoire important quand on fait une entéroanastomose latérale ou une gastro-entérostomie; il faut se

rappeler que l'ouverture pratiquée aux deux viscères doit être très minime; il faut qu'elle paraisse trop petite pour qu'elle soit bonne; on est étonné que le volumineux chapeau du bouton puisse passer par un orifice aussi étroit.

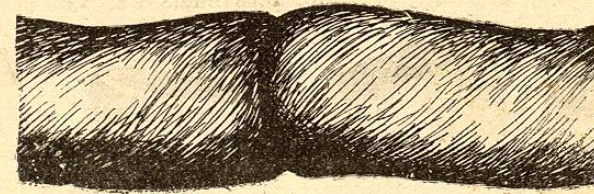


Fig. 32. — Opération de Murphy terminée.

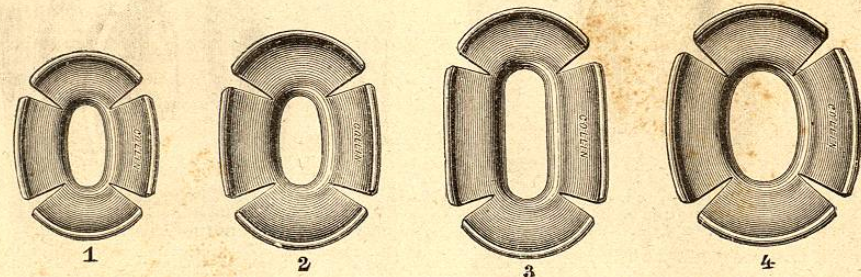


Fig. 33. — Bouton anastomotique de 1 à 4. — Les nos 1 à 3 sont destinés à la suture circulaire de l'intestin grêle; le n° 4 à la suture circulaire du gros intestin.

On s'est ingénié à modifier le bouton de Murphy et, parmi tous les appareils proposés, je ne donnerai ici que la description de celui de Chaput (1). Ce chirurgien a fait construire cinq grandeurs d'anneaux (fig. 33, 34), qui ne présentent ni ressort ni crochet. Pour la gastro-entérostomie c'est le numéro 5 qu'il emploie. Vus de profil les bords de l'anneau ont la forme d'une gouttière circulaire, comme celle d'une poulie; les bords de la gouttière sont renflés et mousses, et présentent quatre ou six incisions séparant des lames minces et flexibles.

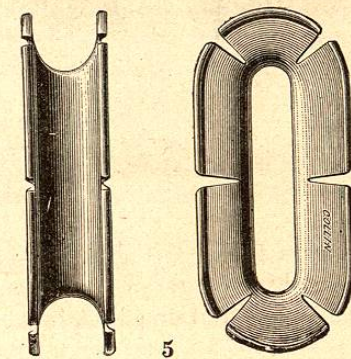


Fig. 34. — Bouton n° 5 vu de profil et de face.

Les figures 35, 36, 37, 38, dues à Chaput, s'appliquent à l'entéroanastomose, mais conviennent aussi bien à la gastro-entérostomie.

(1) CHAPUT, Thérapeutique chirurgicale: intestins, rectum, péritoine, 1896.