

toute suture en T ou en raquette, comme étant défectueuse et dangereuse au premier chef.

Sur trois opérations analogues que nous citerons dans notre statistique sous la rubrique : *Pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie à raquette*,

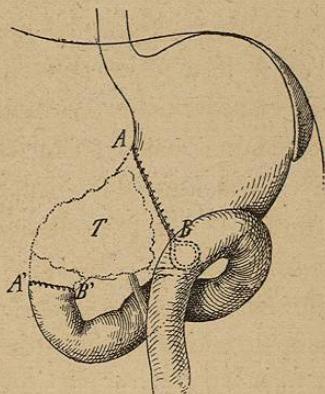


FIG. 121.

nous avons noté d'ailleurs trois insuccès (Roux, 2 ; Doyen, 1).

Les inconvénients de la pylorectomie typique et des sutures en raquette ont frappé bien des chirurgiens et suscité quelques méthodes nouvelles.

La seule qui mérite de nous arrêter est la pylorectomie avec gastroduodénostomie, imaginée par Kocher, de Berne.

2° PYLORECTOMIE AVEC GASTRODUODÉNOSTOMIE

Le chirurgien de Berne, dont la compétence en matière de chirurgie gastro-intestinale est universellement reconnue, a proposé à l'ancien manuel opératoire de pylorectomie typique une modification qui consiste à fermer complètement l'estomac en cul-de-sac et à aboucher le duodénum à un orifice spécial, créé sur la paroi postérieure du ventricule, en arrière de la ligne des sutures¹, comme le démontre la figure 122, que nous avons extraite du mémoire original (figure 4, p. 15).

L'opération de Kocher (pylorectomie combinée à la gastroduodénostomie) a donné entre ses mains d'excellents résultats. Elle est supérieure à la pylorectomie typique (fig. 111), mais elle nous semble présenter certains inconvénients :

1° Cette opération est impraticable si la portion de la région pylorique à réséquer est très étendue. Le chirurgien se voit donc obligé, comme dans la pylorectomie typique, de ménager le plus possible les parois de l'estomac et du duodénum, qu'il faudrait au contraire largement sacrifier et sectionner à

1. Zur Technik der Magenresection. Separatabdruck a. d. *Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte.* Jahr. XXIII, 1893.

plusieurs centimètres des limites du néoplasme.

Cette objection est capitale, puisque la pylorectomie ne se fait plus que dans les cas de cancer.

Or il nous est presque toujours arrivé d'en-

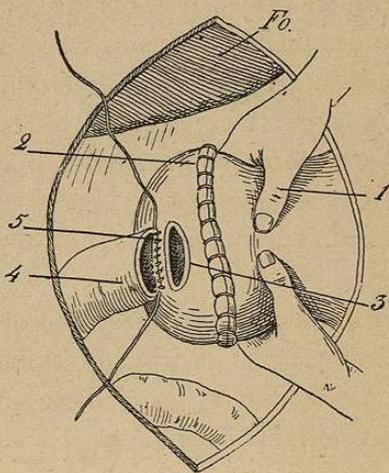


FIG. 122.

lever avec la région pylorique, non seulement une grande étendue des parois de l'estomac, mais toute la première portion du duodénum; de telle sorte que nos sutures duodénales portaient en partie sur le tissu pancréatique. Le procédé de Kocher est inapplicable en pareil cas.

2° La paroi postérieure de l'estomac peut être difficilement accessible, s'il existe des adhérences et s'il a fallu en réséquer une certaine étendue.

3° L'application du premier rang de sutures séro-séreuses de la demi-circonférence postérieure de la ligne de réunion duodéno-gastrique (fig. 122, 5), est passible des mêmes critiques que l'application des premières sutures dans la pylorectomie typique : quel que soit le soin avec lequel on a désinfecté les muqueuses gastrique et duodénale, il est bien à craindre que le fil ne s'infecte; d'où la possibilité d'une suppuration profonde, aboutissant tôt ou tard à la péritonite.

Nous verrons que, dans notre procédé de pylorotomie combinée à la gastrojéjunostomie, cet accident n'est pas à craindre, les plans de suture séro-séreuse étant toujours pratiqués à l'abri de toute effusion du contenu gastro-intestinal, dont quelques gouttes à peine apparaissent au dehors au moment de l'incision des muqueuses.

3° ACCIDENTS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

La gastro-entérostomie, plus encore que la pylorotomie typique, a soulevé bien des objections : le procédé de Wœlfli a été accusé d'exposer à l'étran-

glements du duodénum par le côlon ou du côlon par le jéjunum. Bien des opérés sont morts sans que le cours des matières ait pu s'établir de l'estomac vers le jéjunum, etc., etc.

La plupart des chirurgiens se sont imparfaitement rendu compte des causes de leurs insuccès, et nous verrons, particulièrement en ce qui concerne la prétendue imperméabilité de l'orifice gastrojéjunal, jusqu'à quel point une interprétation illogique des accidents observés a pu donner lieu à des conceptions bizarres et peu rationnelles.

La gastro-entérostomie antérieure de Wœlfler (1881) consiste à aboucher le jéjunum et la face antérieure de l'estomac.

On a tantôt disposé le jéjunum de droite à gauche, le long de la grande courbure (fig. 123), tantôt on a pratiqué le croisement de l'anse jéjunale (fig. 124), afin, disait-on, que les mouvements péristaltiques de l'intestin grêle soient dirigés de gauche à droite.

Wœlfler avait en effet remarqué que l'estomac se vidait mieux quand la branche descendante de l'intestin grêle se trouvait dirigée dans le même sens que le pylore.

Les flèches indiquent, dans les figures 123 et 124, la marche que doivent suivre les aliments et la bile pour pénétrer dans le jéjunum.

Les insuccès de l'opération de Wœlfler ont déterminé bien des chirurgiens à proposer certaines modifications plus ou moins heureuses.

Lorsque nous avons étudié ces divers procédés, nous avons été frappé tout d'abord de voir que la plupart des partisans de la gastro-entérostomie sem-



FIG. 123.

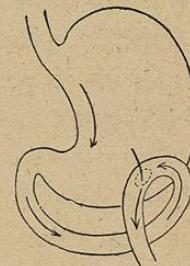


FIG. 124.

Le ligament de Treitz n'est pas figuré.

(D'après Jayle et Desfosses. — *Bull. Soc. Anat.*, 1893, p. 521.)

blaient ignorer les rapports anatomiques vrais de l'estomac, du duodénum et du jéjunum, et donnaient de leurs procédés des schémas invraisemblables.

Dans la plupart de ces figures, l'estomac est représenté avec un grand axe horizontal, suivant les anciens errements, et l'on n'a tenu aucun compte du ligament de Treitz, de telle sorte que le duodénum

est représenté comme une anse mobile et semble affranchi de tous ses liens de fixité.

De pareilles erreurs seraient inexplicables si nous n'avions pas constaté, à propos de l'anatomie de l'estomac, que l'on a décrit pendant des années d'une manière absolument erronée et sans s'être donné la peine de les vérifier sérieusement, la forme et les rapports de l'estomac et du duodénum.

Bien des chirurgiens semblent n'avoir pas été plus perspicaces et ne pas s'être rendu compte de ce qu'ils faisaient en anastomosant le jéjunum et l'estomac.

Les figures les plus inexactes que nous ayons rencontrées sont celles de Jaboulay (*Arch. prov. de Chir.*, juillet 1892, n° 1, p. 17 et 18).

Jaboulay (*Arch. prov. de Chir.*, juillet 1892) proposa de pratiquer, après la gastro-entérostomie antérieure (fig. 125), une jéjunojéjunostomie (fig. 126). Les dessins de Jaboulay, que nous reproduisons ci-contre, sont tellement défectueux qu'ils ne donnent au lecteur aucune notion des rapports de l'estomac, du duodénum et du jéjunum après la gastro-entérostomie.

L'examen de ces figures nous dispense de tout commentaire sur la « gastro-entérostomie avec gastro-jéjunostomie », qui n'est qu'une complication

bien inutile de la gastro-entérostomie antérieure.

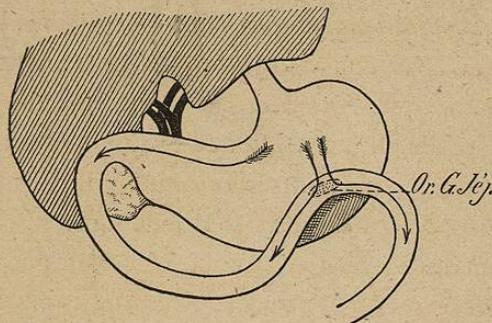


FIG. 125.

Nous ne nous arrêterons donc pas au procédé de

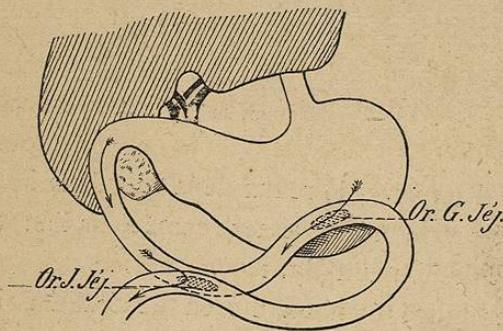


FIG. 126.

Jaboulay, qui a également proposé, sans l'avoir même tenté sur le vivant, une méthode impraticable

de gastro-duodénostomie (*Arch. Prov. de Chir.* (t. I, n° 6, 1892, p. 551).

Nous signalerons, pour simple mention, la modification proposée par Chaput, qui place, sous pré-

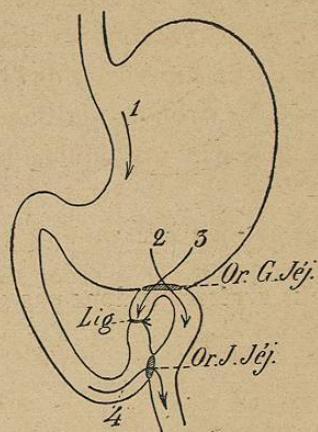


FIG. 127. — Le ligament de Treitz n'est pas figuré.

texte d'emporter le reflux de la bile dans l'estomac, une ligature médiocrement serrée sur l'anse ascendante du jéjunum (fig. 127).

Ces procédés n'ont été en général étudiés que théoriquement ou sur les animaux.

Les premières gastro-entérostomies donnèrent une mortalité considérable (61 p. 100 d'insuccès sur 21 opérations).

Parmi les causes de mort, on a noté l'étranglement du côlon transverse et l'imperméabilité du nouveau pylore.

Les vomissements se produisaient dès que l'on commençait à donner des boissons au malade, qui succombait bientôt avec tous les signes d'un étranglement de la partie supérieure de l'intestin grêle.

A l'autopsie, on trouvait le duodénum et l'estomac distendus par un liquide bilieux (fig. 67, p. 120).

L'orifice gastro-jéjunal semblait perméable.

On en est arrivé ainsi à créer des anastomoses gastro-jéjunales de 4 à 5 centimètres de longueur, pensant que l'estomac se viderait mieux par un large orifice.

Le résultat ne fut pas meilleur.

On peut apprécier à la fois tous les inconvénients de la gastro-entérostomie antérieure, telle qu'on l'a le plus souvent pratiquée, sur la figure 128, que nous avons extraite des *Bulletins de la Société anatomique* (1893, p. 531).

On y remarquera l'étranglement du côlon transverse par l'anse jéjunale et l'affaissement du bout inférieur de l'intestin grêle anastomosé, absolument imperméable aux liquides de l'estomac. Cette pièce est très instructive et, démontré que l'on a dû

le plus souvent faire erreur quand on a parlé d'étranglement du jéjunum par le côlon transverse.

En effet, l'affaissement du bout inférieur du jéju-

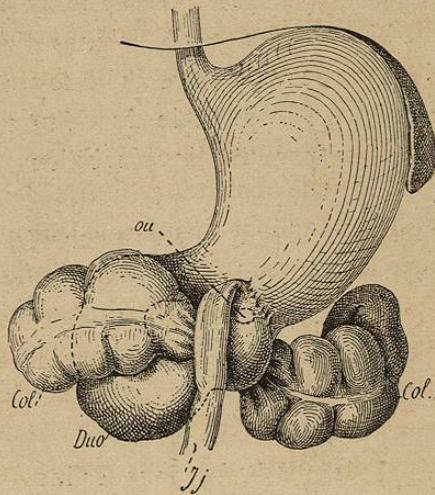


FIG. 128.

num et l'étranglement du côlon transverse sont dus uniquement à cette particularité, que l'opération a été faite sans règle bien déterminée : le jéjunum a été anastomosé trop près du muscle de Treitz, et la suture de l'intestin grêle à la face antérieure de l'estomac a été pratiquée verticalement et sur le bout supérieur disposé d'une manière ascendante,

de telle sorte que le contenu du viscère ne pouvait s'écouler que vers le duodénum.

On se rend très bien compte de ces déficiences opératoires sur la figure 128, où nous avons figuré en pointillé l'orifice gastro-jéjunal.

Le contenu de l'estomac, obéissant aux lois de la pesanteur, a rempli tout d'abord la partie la plus déclive de l'anse anastomosée, c'est-à-dire le bout supérieur ou jéjuno-duodénal.

L'anse duodénale distendue, le tiraillement des sutures s'est accentué, de même que l'étranglement par couture de l'anse inférieure du jéjunum; et ce dernier s'est trouvé d'autant plus imperméable aux liquides de l'estomac que la distension progressive de l'anse duodénale est venue augmenter le tiraillement du nouveau pylore et l'étranglement du côlon.

Les auteurs de l'observation, tout en donnant un dessin très remarquable des pièces de l'autopsie, ont prouvé par leurs conclusions que le mécanisme des accidents et les déficiences de l'opération leur avaient complètement échappé.

4° GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIÈURE
TRANS-MÉSO-CÔLIQUE

Von Hacker voulut remédier à l'étranglement du côlon en anastomosant le jéjunum à la face postérieure de l'estomac, au travers d'une boutonnière du méso-côlon transverse (fig. 129).

On voit sur la figure ci-contre le côlon transverse sorti de l'abdomen ainsi que le grand épiploon, et l'estomac est figuré en pointillé. Il est vu par transparence. On a représenté schématiquement le cercle vasculaire de la grande courbure.

L'anastomose gastrojéjunale est créée sur la paroi postérieure de l'estomac, grâce à une boutonnière longitudinale du méso-côlon transverse.

Von Hacker, comme le témoigne la figure 129, qui a été reproduite d'après les comptes rendus du Congrès allemand de chirurgie (1885), pratique l'anastomose à 10 ou 12 centimètres du ligament de Treitz, et dispose le jéjunum de telle manière que l'anse descendante soit oblique en bas et à droite.

Le procédé de Von Hacker est assurément ingénieux. Il parut devoir donner les plus grandes espérances.

Bientôt, les chirurgiens les plus expérimentés re-

connurent que la suture des orifices gastrique et jéjunal était difficile à la face inférieure du méso-côlon transverse, et que la moindre faute d'antisepsie, difficile à éviter en une région aussi peu

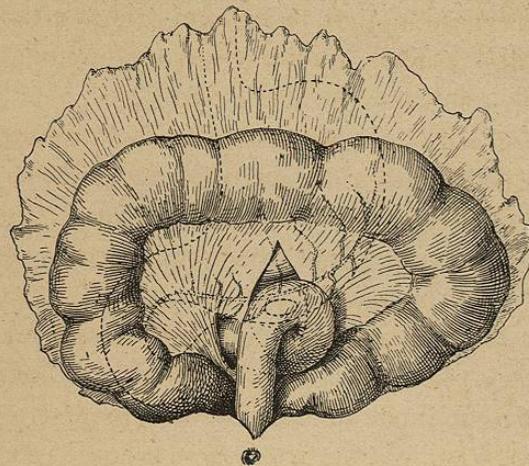


FIG. 129.

accessible, où peuvent s'échapper pendant la suture quelques parcelles du contenu gastro-intestinal, déterminait souvent un abcès profond suivi d'une péritonite aiguë.

Nous avons employé le procédé de Von Hacker, avec cette modification que, après avoir effondré l'épiploon gastro-côlique et perforé le méso-côlon trans-

verse, nous attirions l'anse jéjunale au contact de l'estomac par la boutonnière mésentérique, et nous pratiquions la gastro-anastomose hors du ventre et à ciel ouvert, après avoir réduit le côlon.

Les sutures terminées, il suffit de sortir de nouveau de l'abdomen le côlon transverse pour avoir accès à la face inférieure du méso-côlon, et nous réduisons dans la cavité abdominale l'anse jéjunale, momentanément herniée au travers de l'orifice méso-côlique, pour suturer à la boutonnière mésentérique les parois de l'estomac voisines du nouveau pylore.

Ce procédé permet de faire sans difficulté les sutures gastrojéjunales, mais il ne peut éluder une partie des inconvénients de la gastro-entérostomie postérieure trans-méso-côlique tels que la gangrène du côlon ou l'étranglement du jéjunum au travers de la boutonnière méso-côlique.

L'imperméabilité de l'orifice gastrojéjunal est en effet fort à craindre, quelle que soit l'habileté du chirurgien, lorsque l'estomac, le côlon et le jéjunum reprennent dans la cavité abdominale leurs rapports respectifs :

Suivant que l'estomac demeure dilaté ou qu'il se réduit à ses dimensions minima, l'orifice créé au voisinage de la grande courbure est en effet reporté vers la droite ou vers la gauche et subit un mouvement

ascensionnel d'une étendue variable et impossible à prévoir.

Le méso-côlon est lui-même susceptible de se déplacer avec la partie correspondante du gros intestin.

Si l'on considère en outre que, pour assurer la perméabilité de l'orifice gastrojéjunal, il faut suturer aux lèvres de la boutonnière trans-méso-côlique les bords du nouveau pylore et que l'on réunit ainsi des organes essentiellement mobiles, on comprendra que Von Hacker a simplement compliqué, sans raison plausible, le procédé de Wœlfler, tout en n'obviant pas à son principal desideratum : — l'imperméabilité si fréquente du nouveau pylore.

La gastrojéjunostomie postérieure trans-méso-côlique de Von Hacker, quand elle réussit, expose moins que la gastro-entérostomie antérieure au reflux de la bile dans l'estomac; mais la gravité de l'opération compense ce léger avantage.

5° MÉTHODE DE SENN

Parmi les procédés momentanément en honneur, on a beaucoup vanté la méthode de Senn.

Le procédé de Senn mérite de nous arrêter quelques instants, bien qu'il paraisse aujourd'hui abandonné par l'auteur lui-même.