

Senn (*Med. Record*, 7 et 14 nov. 1891) prétendit avoir rendu la gastro-entérostomie inoffensive en proposant de réunir le jéjunum à l'estomac à l'aide de deux larges anneaux d'os décalcifié.

Ces deux disques, percés d'un orifice central et armés chacun de quatre anses de fil, sont introduits l'un dans l'estomac, l'autre dans le jéjunum, et rapprochés par des ligatures. Senn a si peu confiance dans ce mode de réunion qu'il propose de fortifier le nouveau pylore par des sutures séro-séreuses.

Nous renvoyons au livre de Chaput (*Technique des opérations sur l'estomac*, page 58 et 64), pour la description détaillée du procédé de Senn, qui n'offre d'intérêt qu'au point de vue historique.

La critique la plus sévère qu'on puisse adresser à Senn est toutefois d'avoir noté comme guéris quatre malades qui succombèrent 5, 9, 12 et 18 jours après l'opération, et que tout autre chirurgien eût fait rentrer au nombre des succès. Sur 13 opérations, Senn devrait compter de la sorte non pas 8 succès et 5 insuccès, mais, ce qui est bien différent, 9 insuccès et 4 guérisons, soit 69 p. 100 de mortalité. Senn aurait donc mauvaise grâce à insister sur la bénignité de son procédé, 3 de ses opérés étant morts de choc, 2 heures, 5 heures et 8 heures après l'opération.

Le prof. Ziembicki, de Lemberg, qui a employé la méthode de Senn, la mène à bien en 40 à 45 minutes. Nous verrons que notre procédé est aussi rapide, tout en présentant l'énorme avantage de réaliser une réunion solide de l'estomac au jéjunum, et d'assurer, par suite de la disposition de nos sutures, la parfaite évacuation du contenu de l'estomac.

La gastro-anostomose avec le bouton de Murphy doit être classée, avec la méthode de Senn, au nombre des conceptions plus ingénieuses que pratiques. Nous avons nous-même, en juin 1892, imaginé de réunir le jéjunum à l'estomac par un double bouton d'ivoire dont chaque moitié introduite respectivement, l'une dans l'intestin grêle, l'autre dans l'estomac était serrée sur sa congénère à l'aide d'un pas de vis cylindrique.

Nous avons montré cet appareil à un de nos collègues et, le lendemain, présentation en était faite à la Société de Chirurgie par un chirurgien de province, qui avait cru s'approprier adroitement une méthode nouvelle.

Nous n'avons pas employé ce bouton sur l'homme.

La gastro-entérostomie par invagination de Maunsell (*Americ. J. of med. science*, mars 1892,

p. 245), dont le mémoire original nous a été confié par notre ami le D^r Verchère, n'est que l'application théorique à la chirurgie de l'estomac d'un procédé défectueux pour l'intestin, et qui paraît n'avoir jamais été exécuté sur l'homme.

6° GASTROJÉJUNOSTOMIE PAR IMPLANTATION TERMINALE

Pendant que nous cherchions de notre côté à améliorer l'opération de la gastroentérostomie et à obvier par un manuel opératoire bien déterminé à tous les inconvénients que nous venons de signaler, deux chirurgiens des plus compétents en matière de chirurgie gastrique, Roux, de Lausanne¹, et Kocher, de Berne², ont abandonné les procédés réputés classiques (Wœlfler et von Hacker) pour proposer, l'un, l'implantation terminale avec jéjunojéjunostomie, l'autre, la gastro-entérostomie antérieure avec création d'une valvule jéjunale.

Roux, de Lausanne, a signalé au dernier congrès français de chirurgie (3 avril 1893) les inconvénients de la gastro-entérostomie par implantation latérale : deux fois il a observé le reflux des aliments dans le duodénum ; cet accident a été noté fréquem-

1. 7^e Cong. fr. de Chir. : avril 1893.

2. *Loc. cit.*

ment ; il peut causer la mort du malade. La gastro-entérostomie antérieure, ajoute Roux, peut étrangler le côlon...

Aussi l'éminent chirurgien propose-t-il de remplacer dans tous les cas l'implantation latérale, considérée, par certains chirurgiens, comme moins grave que l'abouchement à plein canal, par l'implantation directe du jéjunum dans l'estomac. L'opération de Roux consiste à sectionner transversalement le jéjunum, pour l'implanter à plein canal sur la face postérieure de l'estomac, et à pratiquer au-dessous du nouveau pylore l'abouchement latéral du bout supérieur. L'implantation directe du jéjunum dans l'estomac et la jéjunojéjunostomie par implantation latérale ne demandent, d'après Roux, que 50 à 60 minutes, et permettent d'alimenter les opérés dès le premier jour, ce qui est à considérer chez des sujets en train de succomber à l'inanition. Roux rejette le procédé de Senn comme incapable de donner un accolement solide du jéjunum à l'estomac : « Il faut une suture hermétique, solide, idéale, et non pas un accolement moral, qu'on dit même dépendre du plus ou moins de soin mis à frotter ou à gratter la séreuse (Roux, *Bull. méd.*, 5 avril 1893, p. 303). »

Sur 14 gastro-entérostomies, comprenant 6 g. ent.

ant. et 8 g. ent. post., Roux a obtenu pour les premières : 5 morts et une guérison ; pour les dernières : 2 morts et 6 guérisons. 8 de ces opérations ont été faites par accolement latéral, avec 5 morts et 3 guérisons et 6 par implantation terminale, avec 2 morts et 4 guérisons. Roux mentionne encore 3 pylorotomies, avec 2 insuccès, qu'il attribue à la nécessité d'avoir pratiqué l'abouchement gastro-jéjunal en raquette, et enfin 2 pyloroplasties et une résection partielle de l'estomac pour ulcère, toutes trois suivies de guérison.

Roux sectionne transversalement le jéjunum à 20 ou 25 centimètres du ligament de Treitz, et pratique l'abouchement terminal du bout inférieur à la face postérieure de l'estomac. Le bout supérieur est alors anastomosé avec le précédent à 10 ou 12 centimètres au-dessous de l'orifice gastro-jéjunal. La figure 130, qui représente la gastrojéjunostomie par implantation terminale, d'après les dessins de divers auteurs, est absolument inexacte, parce que l'on a omis de figurer le ligament de Treitz. Aussi ce schéma semble-t-il parfait au point de vue de la libre évacuation de l'estomac. Le cours des matières serait, d'après cette figure, très analogue à ce qui se produirait après l'opération de Chaput, qui n'est autre que la gastrojéjunostomie avec jéjunojéjunostomie

de Jaboulay, agrémentée d'une ligature, absolument inutile d'ailleurs, sur le bout ascendant du jéjunum (fig. 127). L'opération de Roux devrait en tout cas être préférée à celle de Jaboulay ou de Chaput,

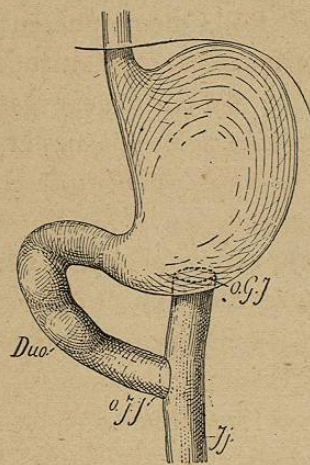


FIG. 130.

s'il était utile de pratiquer une double anastomose : l'orifice gastro-jéjunal d'une part, et un second orifice jéjunojéjunal. Nous verrons plus loin que cette complication dans la gastro-entérostomie est superflue, si l'on prend soin d'assurer entre le jéjunum et l'estomac des rapports bien déterminés et conformes aux données anatomiques et physio-

logiques. Après l'opération de la gastrojéjunostomie par implantation terminale avec jéunojéjunostomie, les rapports respectifs de l'estomac, du duodé-

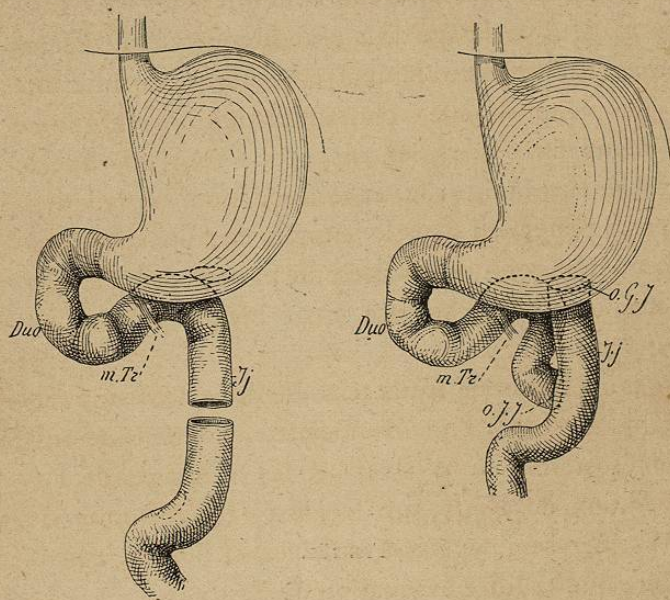


FIG. 131.

FIG. 132.

num et du jéjunum ainsi que les orifices gastrojéjunal et jéunojéjunal sont tels que les représente la fig. 132, et ne sauraient correspondre à la fig. 130, où l'on a omis de représenter la partie fixe du duodénum.

En effet, si l'on représente (fig. 131) l'anse descendante du jéjunum, au sortir du ligament de Treitz, et si l'on coupe en Jj le jéjunum à 15 ou 20 cent. de son origine, pour suturer le bout inférieur (fig. 132 — o. g. j.) au voisinage de la grande courbure de l'estomac (orifice gastro-jéjunal) et pratiquer ensuite une jéunojéjunostomie par implantation terminale (même fig. o. j. j.), les rapports seront tels que le représente la fig. 132, et le duodénum ne se videra pas directement dans le jéjunum par une anse descendante, comme le représente par erreur la fig. 130, absolument défectueuse, mais bien (fig. 132) par une anse en S.

L'opération de Roux remédie donc dans une certaine mesure à l'une des déficiences de la gastro-entérostomie de Wœlfler, et les avantages de l'opération de Roux sur la gastro-entérostomie de Wœlfler semblent indiscutables si l'on ne considère que la libre évacuation de l'estomac.

Mais la gastro-jéjunostomie avec jéunojéjunostomie n'en demeurera pas moins justiciable des mêmes critiques que l'opération de Jaboulay ou celle de Chaput, puisqu'il faut créer deux anastomoses au lieu d'une seule, et que l'on double ainsi à la fois la durée et la gravité de l'opération.

Cette complication, bien inutile, puisqu'on peut,

comme nous le verrons plus loin, obvier aux inconvénients qu'a voulu éluder Roux par un procédé beaucoup plus simple, suffirait à elle seule pour nous faire rejeter définitivement la méthode du chirurgien de Lausanne.

Mais l'implantation terminale présente d'autres inconvénients et la réunion de l'intestin grêle à l'estomac par une simple collerette de sutures est passible de ces mêmes objections au point de vue de la solidité, que Roux opposait devant le 7^e Congrès français de chirurgie à la méthode de Senn.

Une seule entérorraphie par implantation terminale est déjà défectueuse. Que sera-ce s'il faut en pratiquer deux à quelques centimètres de distance ?

La méthode de Roux expose donc à la perforation tardive et se trouve de ce fait sujette aux mêmes critiques que la gastro-entérostomie à l'aide des plaques de Senn ou du bouton de Murphy.

Nous verrons plus loin que la béance de l'orifice gastrojéjunal, soi-disant obtenue par l'un de ces procédés mieux que par les procédés habituels, ne peut entrer en ligne de compte pour leur faire donner la préférence, les modifications que nous avons apportées au procédé primitif de Wœlfler permettant de pratiquer la gastro-entérostomie aussi vite que par le procédé de Senn, tout en assurant une

coaptation solide du jéjunum à l'estomac et un fonctionnement parfait du nouveau pylore.

7^e MÉTHODE DE KOCHER

L'opération proposée par Kocher est un peu plus simple que le procédé de Roux, puisque Kocher crée un seul orifice au lieu de deux, mais elle est passible des mêmes objections au sujet du mode de réunion du jéjunum à l'estomac. Si l'on compare la figure de Kocher (fig. 133) à la fig. 149, p. 289, qui représente les rapports de l'estomac, du jéjunum et du côlon, après l'opération de gastro-entérostomie par notre procédé, on remarquera en effet que, dans notre procédé, le jéjunum est disposé parallèlement à la grande courbure, tandis que Kocher le réunit à l'estomac en produisant au niveau du nouveau pylore une coudure brusque. La coaptation du jéjunum au niveau de l'orifice stomacal n'est donc guère mieux assurée dans le procédé de Kocher que dans celui de Roux.

Le procédé de Kocher n'offre sur le précédent que l'avantage de ne pratiquer qu'une seule anastomose au lieu de deux.

Il est très défectueux, à notre avis, de sectionner le jéjunum, comme le représente la figure de Kocher,

perpendiculairement à sa paroi, et nous contestons l'utilité de la prétendue valvule qu'il crée sur le bout supérieur, cette valvule ne pouvant en aucun cas



FIG. 133.

présenter une étendue suffisante pour être de quelque utilité.

La figure 133 représente d'ailleurs l'estomac dans une situation absolument anormale, et si l'anastomose gastrojéjunale était effectuée par Kocher là où il la représente, jamais l'estomac ne pourrait se vider complètement.

La coudure brusque qui existe au niveau des sutures est également défectueuse pour le passage vers le bout inférieur de la bile et des liquides

qui peuvent encore franchir le pylore et le duodénum.

Le point le plus digne d'intérêt dans ces modifications du manuel opératoire de la gastro-entérostomie est que divers chirurgiens ont, chacun de leur côté, cherché à obvier aux accidents les plus fréquemment observés :

Étranglement du côlon par le jéjunum —

Étranglement du jéjunum par le côlon —

Imperméabilité de l'orifice gastrojéjunal —

et ont ainsi taxé d'insuffisance les procédés de Woelfler et de Von Hacker.

On s'est mépris en croyant que l'orifice gastrojéjunal était susceptible de se refermer après l'opération, et c'est ainsi que l'on a observé de nombreux cas de mort par imperméabilité de l'orifice gastrojéjunal, quelle que soit la direction donnée à l'anse anastomosée. Peu importe que les mouvements péristaltiques se fassent ou non dans le sens du pylore. Les mouvements péristaltiques favorisent évidemment la progression du contenu de l'intestin grêle, mais ils ne sont pour rien dans l'évacuation de l'estomac. Le contenu de l'estomac n'obéit qu'à une seule loi : celle de la pesanteur.

Examinons, page 244, la figure 128, que nous

avons extraite, comme nous l'avons signalé plus haut, des *Bulletins de la Société Anatomique*.

Ce malade est mort par suite d'un étranglement du côlon transverse et de la distension du duodénum. Le pylore gastroduodéal fonctionnait encore quelque peu : cette tentative malencontreuse de gastro-entérostomie n'a eu pour effet que de déterminer un étranglement total du jéjunum. Le chirurgien a pris soin de croiser l'anse jéjunale de façon à diriger l'anse efférente vers la droite, dans le sens du pylore normal. Mais il a suturé verticalement le jéjunum à l'estomac. Il résulte de cette disposition défectueuse que l'orifice gastrique (*ou*) ne pouvait se vider que dans le bout duodéal.

C'est pourquoi Kocher a jugé à propos de sectionner transversalement le jéjunum, pour y créer une espèce de valvule (fig. 133).

Kocher prend soin d'ailleurs de disposer ses sutures gastrojéjunales (fig. 133-1) parallèlement, et non pas perpendiculairement à la grande courbure comme le représente la pièce d'autopsie que nous venons de citer (v. p. 244).

Notre méthode, qui consiste à suturer le jéjunum, non pas, comme Kocher, presque à la mode d'une implantation terminale, mais parallèlement à la grande courbure (fig. 137 et 138), donne une réunion

beaucoup plus solide que la méthode de Kocher, et assure mieux que cette dernière la libre évacuation de l'estomac. La figure de Kocher est d'ailleurs aussi défectueuse que les figures de Jaboulay au point de vue des rapports anatomiques, et, si Kocher donnait à son nouveau pylore les rapports qu'il représente dans son mémoire (p. 4, fig. 1), l'estomac ne pourrait se vider que par regorgement.

Le sens de la circulation du contenu de l'estomac dans le nouveau pylore nous a été démontré dans un cas malheureux : Une de nos opérées continuait à vomir la totalité des liquides absorbés; l'exploration du ventre permit de constater, dans la région sus-ombilicale, un clapotement accompagné de bruit hydro-aérique. La malade, amaigrie et très faible, menaçait de succomber à l'inanition. Le lavage de l'estomac ne déterminant aucun soulagement, et l'obstruction demeurant absolue le huitième jour, nous dûmes pratiquer de nouveau la laparotomie. Le duodénum, considérablement distendu, contenait près de 2 litres de liquide bilieux; ce liquide fut évacué sur-le-champ avec la sonde œsophagienne, et reflua sans peine dans l'estomac. L'orifice gastrojéjunal nous semblait parfait : le calibre du jéjunum était libre en amont comme en aval. Nous avons immédiatement introduit, avec une sonde, une cer-