

taine quantité d'eau dans l'estomac, afin de nous rendre compte de la cause des phénomènes d'obstruction observés depuis l'opération : le liquide se précipita sous nos yeux de gauche à droite, vers le duodénum (fig. 136), et distendit ce dernier (fig. 67, p. 120), sans qu'une seule goutte cheminât en sens

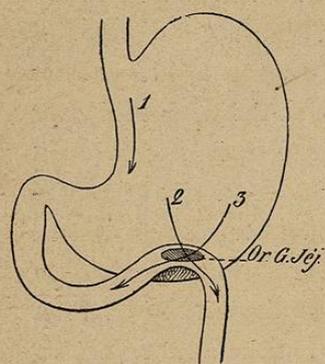


FIG. 134.

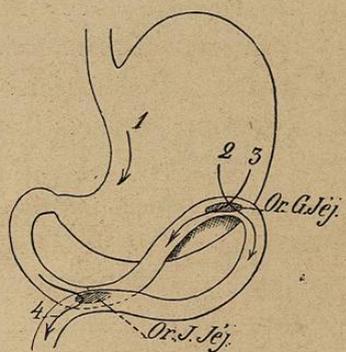


FIG. 135.

inverse vers le jéjunum. A mesure que l'anse duodénale se distendait, il se produisait un étranglement par coudure du jéjunum, en aval de l'orifice gastrique, de telle sorte que les phénomènes observés pendant la vie ne s'expliquaient que trop. Un nouvel orifice dut être créé; la malade, opérée *in extremis*, succomba.

Nous prîmes soin, dans nos opérations ultérieu-

res, non seulement d'aboucher le jéjunum à l'estomac de telle sorte que la circulation des aliments se fasse dans le sens normal, mais de vérifier le bon fonctionnement de l'orifice avant de refermer le ventre. Il suffit à cet effet d'introduire dans l'esto-

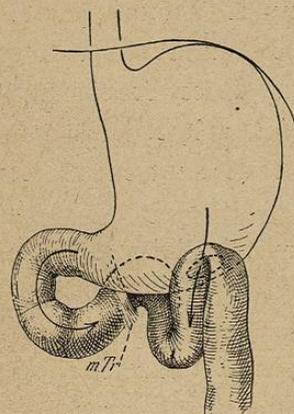


FIG. 136.

mac une sonde œsophagienne, et d'injecter une certaine quantité d'eau : le liquide se précipite de gauche à droite dans le bout inférieur du jéjunum, sans refluer vers le duodénum.

Si l'on pratique la gastro-entérostomie comme le représente la fig. 134 (Jayle et Desfosses), le contenu de l'estomac se précipite, suivant les flèches

1 et 3, vers le duodénum et non pas vers le bout inférieur (2). — C'est pourquoi Jaboulay, Chaput et Roux ont voulu créer (fig. 126, 127, 130, 131, 132, 135) un orifice jéjuno-jéjunal. Aucun de ces chirurgiens n'a exactement apprécié les conditions physiques de l'évacuation de l'estomac : L'écoulement du contenu de l'estomac par le nouvel orifice est subordonné aux rapports anatomiques du viscère, et le sens de cet écoulement est déterminé par la disposition même de la grande courbure, qui est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Le liquide suit les lois de la pesanteur et se dirige vers le point le plus déclive. Il vient ainsi se précipiter dans la direction du pylore normal, vers lequel tendent d'ailleurs à le porter les contractions péristaltiques de l'estomac.

Reportons-nous à notre description anatomique de l'estomac dans l'état de vacuité et dans l'état de dilatation.

Si nous pratiquons, comme il est de règle, la gastro-jéjunostomie sur un estomac dilaté, l'anse jéjunale sera suturée à peu près horizontalement le long de la grande courbure. Mais ces rapports se modifieront dès que les viscères seront réduits dans l'abdomen : L'estomac, que l'on a généralement vidé au mo-

ment de l'opération, se rétracte, et la grande courbure, dont la partie correspondante à l'antra du pylore, où se fait en général l'anastomose gastro-

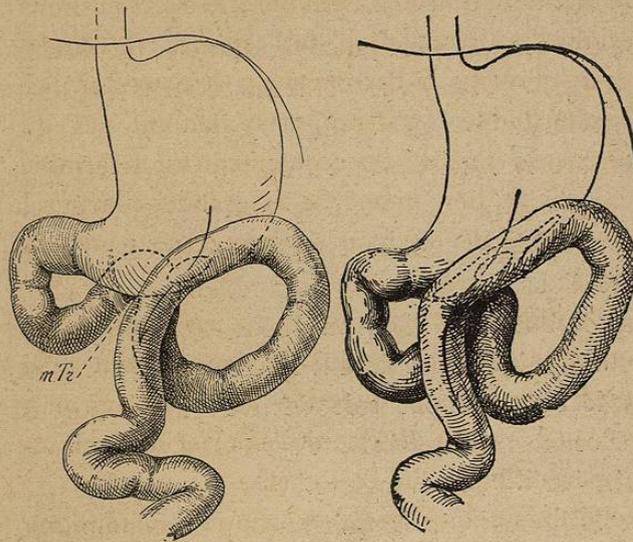


FIG. 137.

FIG. 138.

jéjunale, était sensiblement horizontale sur l'estomac distendu (fig. 137), redevient dans l'état de vacuité très nettement ascendante vers la gauche (fig. 138).

Il résulte de cette disposition que l'orifice gastri-

que tendra, d'après les lois de la pesanteur, à se vider dans le bout droit de l'intestin anastomosé, qui, d'après le mécanisme que nous venons de signaler, se trouve être toujours et sans exception le plus déclive.

On se rend très bien compte de ces particularités en comparant les fig. 137 et 138, qui représentent la direction du jéjunum, après la gastro-entérostomie, quand l'estomac est encore distendu et quand il s'est rétracté: le jéjunum (fig. 138) est nettement descendant vers la droite. Il est donc nécessaire, sous peine d'obstruction totale avec reflux des aliments dans le bout supérieur ou duodéno-jéjunal, que le jéjunum soit disposé devant l'estomac de telle sorte que le bout efférent soit déclive par rapport à l'orifice gastro-intestinal, c'est-à-dire situé à sa droite, vers l'ancien pylore. Ces conclusions sont d'autant plus précises qu'elles ont été corroborées par nos succès opératoires (15 succès sur 16 opérations).

Nous avons vu plus haut que nous rejetons la pyloroplastie, aussi bien que la résection elliptique ou cunéiforme du pylore, au nombre des opérations d'exception. La pyloroplastie est, à notre avis, très inférieure à la résection elliptique ou cunéiforme, lorsqu'il existe une cicatrice d'une certaine étendue.

La pyloroplastie devrait donc être réservée aux cas de simple contracture du pylore sans lésion anatomique réelle.

Or, s'il y a dilatation de l'estomac, le pylore, comme le démontre la figure 69, se trouve dans une situation tellement défectueuse au point de vue de l'évacuation de l'organe, que jamais la pyloroplastie ne pourra donner les bénéfices de la gastro-entérostomie. L'estomac se vide mal par regorgement: pourquoi ne pas l'évacuer par sa partie la plus déclive? La résection cunéiforme du pylore présente les mêmes inconvénients.

On pouvait objecter jusqu'ici qu'aucun procédé de gastro-entérostomie ne présentait une sécurité suffisante pour être mis en concurrence dans les cas de simple contracture du pylore avec la pyloroplastie.

Nous verrons que notre procédé de gastro-entérostomie, tel que nous l'avons réglé d'après des données anatomiques et physiologiques précises, est tout aussi bénin que la pyloroplastie, tout en offrant sur cette dernière l'extrême avantage de convenir à tous les cas sans exception et de remédier à la fois aux lésions du duodénum, presque toujours impossibles à diagnostiquer avant l'ouverture du ventre, et à celles de l'estomac.

Une autre remarque nous a conduit à déterminer, dans la gastrojéjunostomie pour lésion non cancéreuse, l'imperméabilité du pylore.

En étudiant le fonctionnement de l'orifice gastrojéjunal chez nos premiers opérés, nous avons en effet remarqué que notre premier opéré de pylorectomie avec gastro-entérostomie ne présentait jamais de régurgitations bilieuses, tandis que ces dernières se produisaient dans des cas de gastro-entérostomie simple.

Nous avons alors pensé que l'oblitération de l'ancien pylore s'opposait de ce côté au reflux de la bile dans l'estomac, l'anastomose gastrojéjunale étant pratiquée toujours, dans un cas comme dans l'autre, de telle sorte que le liquide duodénal s'écoulât entièrement par le bout inférieur, suffisamment déclive.

Nous avons fermé le pylore par divers procédés, par section transversale et suture consécutive, ou mieux, chez les sujets débilités, par invagination et plicature (fig. 139 et 140).

Le duodénum, dont la partie supérieure se trouve ainsi fermée en cul-de-sac, est réduit après cette opération à un simple prolongement des canaux cholédoque et pancréatique, et, si l'abouchement gastrojéjunal est convenablement pratiqué, la bile

vient se déverser directement dans le jéjunum, sans refluer dans l'estomac.

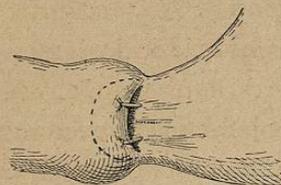


FIG. 139.

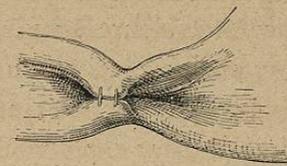


FIG. 140.

Le résultat a été très satisfaisant, et l'absence de régurgitations bilieuses a démontré que, si l'anasto-

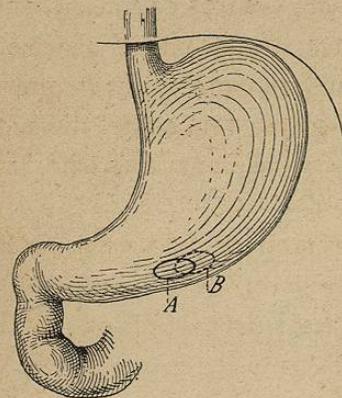


FIG. 141.

mose gastrojéjunale est pratiquée selon les règles que nous avons déterminées, le reflux de la bile n'est pas observé. Le seul reproche que l'on pourrait nous

faire, de créer, en pratiquant la gastro-entérostomie antérieure, un orifice moins favorable à l'évacuation de l'estomac que celui que crée Von Hacker sur la face postérieure du viscère, tombe de lui-même si l'on examine la figure 141.

Cette figure représente, en effet, en A et en B, la situation par rapport à la grande courbure et aux parois antérieure et postérieure de l'estomac, des orifices que l'on crée dans notre opération de gastro-entérostomie antérieure (A) et dans les procédés de gastro-entérostomie postérieure (B). Ces orifices, A et B, sont tellement déclives tous deux, que nous hésiterions à donner la préférence à l'un plutôt qu'à l'autre, si la gastro-entérostomie antérieure n'offrait sur les procédés de gastro-entérostomie postérieure la double supériorité d'être moins laborieuse et d'exposer à moins de complications opératoires.

MANUEL OPÉRATOIRE

Dès que l'intervention chirurgicale a été décidée et acceptée par le malade et son entourage, il persiste néanmoins bien des inconnues.

S'agit-il d'un malade non cancéreux, l'interven-

tion, si elle se montre possible, se réduira à une gastrojéjunostomie¹.

Mais l'ouverture du ventre peut réserver au chirurgien bien des surprises :

Un de nos opérés, atteint d'ulcère, et chez lequel nous comptions faire sans difficulté la gastro-entérostomie, présentait des adhérences telles entre l'estomac et les viscères voisins qu'il nous a fallu, pour trouver, en dehors de la vaste plaque ulcéreuse, un point propice à l'anastomose gastrojéjunale, détacher laborieusement le lobe droit du foie sur une étendue de 7 à 8 centimètres.

L'opération se montrait presque impraticable : ce cas fut un de nos plus beaux succès.

Chez une autre malade (gastroplastie), nous comptions trouver un ulcère du pylore.

Nous sommes tombé sur un estomac en bissac adhérent à la paroi abdominale. Sur-le-champ, nous avons imaginé une opération nouvelle et guéri la patiente.

L'extension des plaques calleuses vers le duodénum et la vésicule biliaire, les adhérences du pylore ulcéré au lobe droit du foie ne présentent aucune

1. Nous avons donné plus haut la raison qui nous fait proscrire, dans les cas même de dilatation par suite de simple contracture du pylore, la pyloroplastie.