

sutures la direction de l'anse jéjunale, de traverser

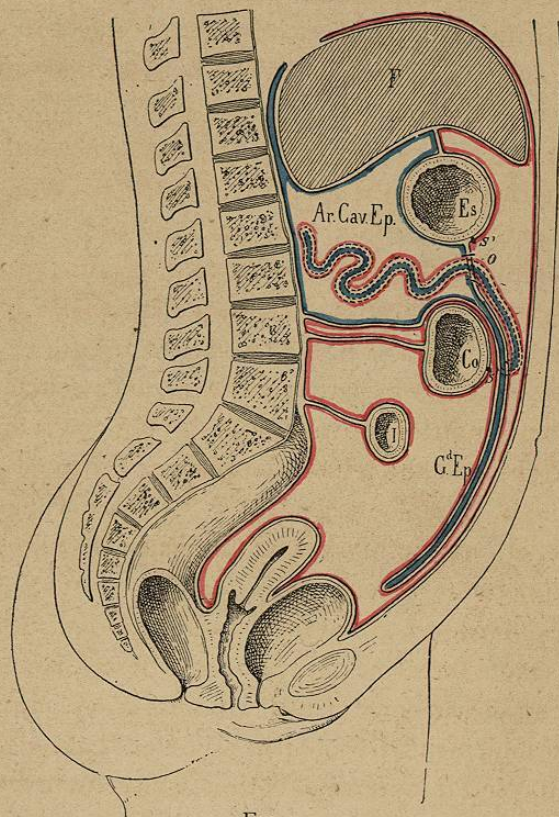


FIG. 144.

le mésentère, en avant du point où doit être pratiquée l'anastomose, par un fil de soie, qui est maintenu à l'aide d'une petite pince.

Un second fil, maintenu par un simple nœud, est placé à cinq centimètres en aval.

Il ne peut y avoir ainsi aucune erreur sur la direction de l'anse descendante, après la réduction du côlon dans l'abdomen.

Le principal inconvénient de la gastro-entérostomie antérieure faite d'après la méthode de Wœlfler, est le tiraillement du jéjunum par le côlon et le grand épiploon, tiraillement tel dans certains cas qu'il s'en est suivi un étranglement fatal.

Reportons-nous à la figure 144. L'intestin grêle I, pour être suturé à la paroi antérieure de l'estomac, en S', doit être attiré en avant du grand épiploon et du côlon transverse, de telle sorte que, par leur poids, le côlon et l'épiploon tendent à abaisser l'anse jéjunale, et à produire une coudure brusque au niveau du nouveau pylore.

Le résultat de cette coudure brusque (voir fig. 128, p. 244) étant l'imperméabilité de l'anse descendante, le contenu de l'estomac vient distendre le duodénum, et à l'étranglement jéjunal vient s'ajouter l'étranglement du côlon transverse, à l'étroit dans cette brève arcade mésentérique.

On comprend donc que Von Hacker ait eu l'idée de perforer le méso-côlon transverse, puis les deux feuillets péritonéaux, représentés ci-contre (fig. 144),

qui constituent la paroi inférieure de l'arrière-cavité des épiploons, pour aboucher le jéjunum à la face postérieure de l'estomac.

Nous avons signalé plus haut les inconvénients du procédé de Von Hacker, procédé plus ingénieux que rationnel et que chacun s'est bientôt empressé de délaissier pour d'autres méthodes.

Une opération telle que la gastro-entérostomie ne peut entrer dans la pratique qu'autant qu'elle devient inoffensive: Il nous fallait donc :

- 1° Assurer la perméabilité de l'orifice gastrojéjunal;
- 2° Éviter tout danger d'étranglement ou de sphacèle.

Nous avons été frappé, au cours de nos premières opérations, par la situation variable du côlon transverse (voir fig. 63 à 66).

Le prolapsus du côlon transverse étant incompatible avec le bon fonctionnement d'une anastomose gastrojéjunale, nous avons eu l'idée de nous débarrasser du grand épiploon en le rejetant dans l'arrière-cavité, au contact de la face postérieure de l'estomac et du pancréas, et de fixer le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac.

Cette colopexie permet, comme on en jugera sur les figures 144, 145, 146, 147 et 149, d'obvier aux principaux desiderata de l'opération de Wœlfli.

La résection du grand épiploon exigerait de nombreuses ligatures.



FIG. 145.

Nous avons imaginé de perforer avec les doigts (fig. 145, A.c.Ep.) l'épiploon gastro-côlique au niveau de la ligne médiane.

Nous introduisons par cet orifice (fig. 146), dans l'arrière-cavité des épiploons, le grand épiploon, et



FIG. 146.

nous le maintenons dans cette situation en fixant le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac par 4 ou 5 points de suture entrecoupée, représentés par des lignes pointillées sur la figure 146.

Le côlon transverse ainsi fixé à l'estomac subit une rotation d'un quart de tour.

On se rend compte de ces particularités en com-

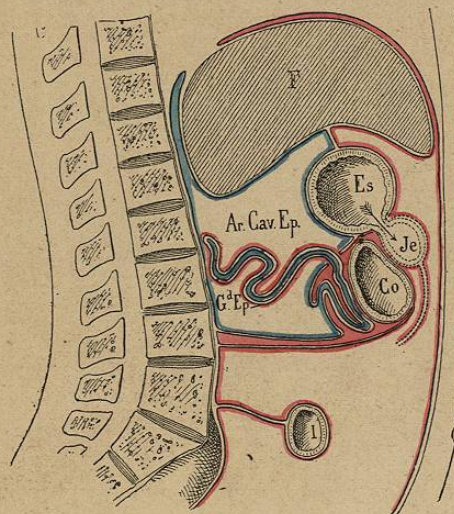


FIG. 147.

parant la fig. 144, qui représente en pointillé l'épiploon introduit par l'orifice O dans l'arrière-cavité et, en s, le point du côlon qui devra être suturé en s' à l'estomac, et la figure 147, qui représente à son tour les rapports respectifs de l'estomac, du côlon trans-

verse et du jéjunum, lorsque l'opération est terminée.

L'effondrement de l'arrière-cavité des épiploons et les sutures du côlon transverse à la grande cour-

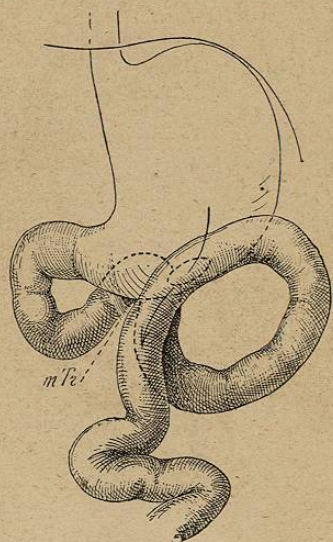


FIG. 148.

bure de l'estomac demandent trois à quatre minutes à peine.

Tout étant ainsi disposé pour le temps principal de l'opération, l'anastomose gastrojéjunale, nous réduisons dans le ventre le côlon transverse momentanément hernié, et, guidé par nos deux anses de

fil, dont l'une, celle qui correspond au bout supérieur, est tenue entre les mors d'une pince, nous disposons le jéjunum le long de la grande courbure de l'estomac, comme le représente la fig. 148; de telle

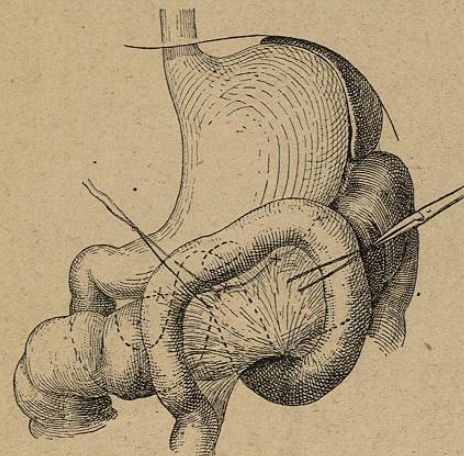


FIG. 149.

sorte que l'anse afférente soit dirigée vers la droite.

L'opération terminée, les rapports de l'estomac, du côlon et du duodénum seront tels que les représentent les figures 147 et 149.

Il nous reste à étudier le meilleur moyen de pratiquer l'anastomose gastrojéjunale.

**SUTURE DU JÉJUNUM A L'ESTOMAC
ET CRÉATION DU NOUVEAU PYLORE**

Jusqu'ici la cavité gastro-intestinale n'a pas été

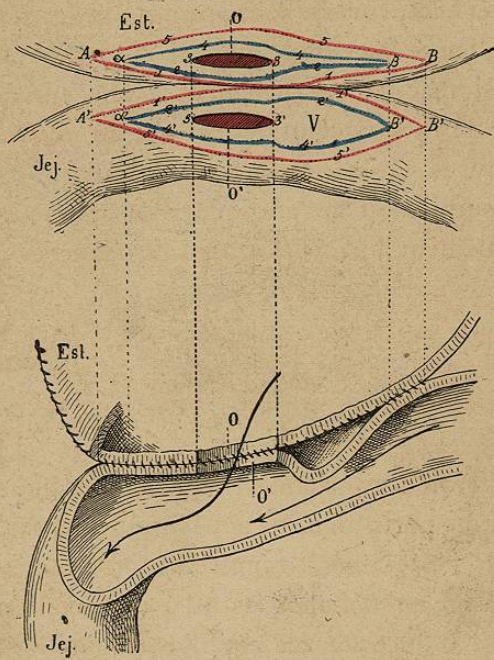


FIG. 150.

ouverte et le péritoine est à l'abri de tout danger d'infection.

Nous avons imaginé, pour créer le nouveau pylore, un procédé qui nous permet, sans être obligé avant l'opération de pratiquer le lavage de l'estomac, d'arrêter toute effusion au dehors du contenu gastro-intestinal.

A cet effet, comme le représente la fig. 150, nous fixons l'anse jéjunale le long de la grande courbure de l'estomac, et parallèlement à elle, sur une longueur de 10 à 12 centimètres, par un premier rang de sutures séro-séreuses A1B, A'1'B'.

La suture doit être pratiquée avec de la soie tressée extrêmement fine et les aiguilles courbes à chas



FIG. 151.

fendu, et non tranchantes, représentées figure 151.

Comme porte-aiguille, nous employons exclusivement la pince à arrêt représentée fig. 142, p. 277.

Souvent nous disposons à l'avance dans un plat stérilisé 6 ou 8 de ces aiguilles, montées sur des pinces, et chacune armée d'une anse de fil de 35 à 40 centimètres de longueur.

La première anse de fil réunit les points B B' (fig. 150).