

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

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

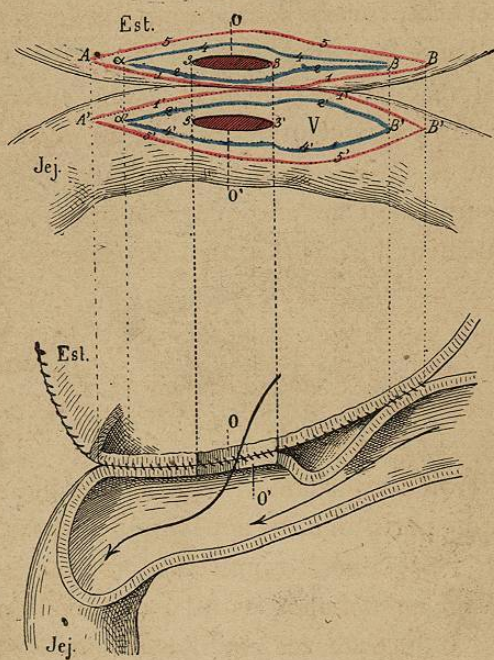


FIG. 150.

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).

La suture à points séparés étant longue et laissant une multitude de nœuds dans la cavité péritonéale, nous avons imaginé depuis longtemps pour la suture intestinale un *surjet spécial*, où le fil est arrêté tous les deux, trois, quatre ou cinq points, suivant qu'il semble nécessaire.

Ce surjet est représenté fig. 152. On remarque qu'à partir du nœud initial A l'aiguille, tous les trois ou quatre points, est repassée dans le point précédent.

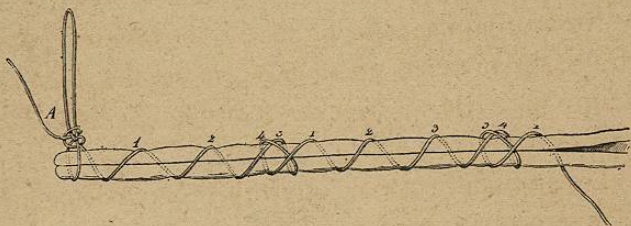


FIG. 152.

Nous avons dénommé cette suture, pour la distinguer des procédés connus, « **suture en surjet à points renforcés** ».

Elle est aussi rapide que le surjet simple et aussi solide que la suture à points séparés. (V. *Arch. prov. de chir.*, 1892, p. 55.)

Nous suturons d'abord le jéjunum de l'estomac

tout près des vaisseaux de la grande courbure suivant une ligne légèrement courbe BIA, B'1'A'.

Le fil est noué de nouveau en AA' (fig. 150).

Le premier plan, qui doit unir les deux séreuses, doit être résistant, c'est-à-dire que l'aiguille à chaque point doit pénétrer jusque dans la celluleuse.

La muqueuse, sous peine d'infecter le fil, doit être scrupuleusement respectée.

Chaque extrémité de ce premier fil est maintenue entre les mors d'une petite pince du modèle figuré plus haut (p. 277).

Nous commençons alors, à 10 millimètres à droite du premier nœud BB', un second plan de suture parallèle au premier et situé à 2 ou 3 millimètres de lui $\beta 2\alpha$, $\beta' 2'\alpha'$.

Les anses de fil initiale et terminale de ce deuxième plan séro-séreux sont coupées au ras des nœuds $\beta\beta'$ et $\alpha\alpha'$.

Ces deux plans profonds terminés, il s'agit de pratiquer l'anastomose.

Nous isolons à cet effet entre deux pinces à pression élastique (fig. 153) une très petite partie du jéjunum, en prenant soin d'en chasser entre les doigts tout le contenu.

Nous isolons de même la portion de l'estomac qui correspond à la partie moyenne de nos sutures.

Un orifice longitudinal de 22 à 25 millimètres, (303, 3'o'3', fig. 150) est pratiqué au thermo-cautère. On éponge avec une compresse stérilisée les quelques gouttes de suc gastrique et de suc intestinal qui s'en écoulent. On désinfecte la muqueuse à l'aide d'un peu de sublimé à 1/1 000 et d'eau phé-

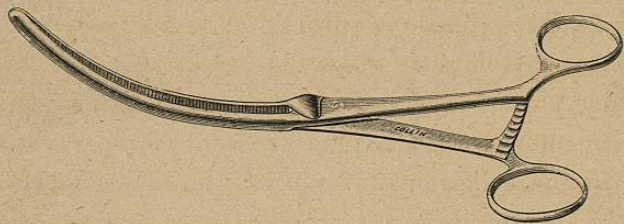


FIG. 153.

niquée à 5 p. 100, puis on pratique la suture des lèvres de l'incision.

Parfois il est bon de lier avec de la soie très fine, s'il y a lieu, une ou deux artérioles, qu'on évite toutefois le plus souvent en incisant les parois, car on les aperçoit par transparence.

Le fil qui doit réunir les lèvres des orifices gastrique et jéjunal est d'abord lié en 3 3', à l'extrémité gauche du nouveau pylore, et l'on pratique, en intéressant toutes les tuniques de l'estomac (fig. 150), un surjet à points renforcés assez serré pour éviter toute hémorragie capillaire et empêcher toute effusion du contenu

gastro-intestinal au contact des plans séro-séreux.

Dès que toute la circonférence de l'orifice gastro-jéjunal est réunie par cette suture en couronne, le chef terminal du fil est lié au chef initial et leurs extrémités sont sectionnées au voisinage de ce nœud, qui se trouve à l'extrémité gauche du nouveau pylore.

On lave au phénol, par surcroît de précaution, la partie accessible de la suture, où ne doit faire saillie aucun débris de muqueuse, ce qui est délicat à éviter, particulièrement au niveau des commissures, et on enlève les quatre pinces qui ont été placées sur le jéjunum et l'estomac avant l'incision de ces viscères.

Le contenu de l'estomac se précipite aussitôt dans le bout déclive du jéjunum; notre suture muqueuse est si parfaite qu'aucune trace de gaz ne s'échappe au dehors.

Nous recommençons alors en $\beta\beta'$ un troisième plan de suture séro-séreuse, $\beta 4\alpha$, $\beta' 4'\alpha'$, — que nous arrêtons en $\alpha\alpha'$, et nous terminons par le dernier plan séro-séreux, B5A, B'5'A', qui doit compléter exactement en avant de l'orifice les premiers plans postérieurs B1A, B'1'A'.

Afin de bien assurer l'écoulement de la bile dans le jéjunum, nous avons imaginé de pratiquer, en amont du nouveau pylore, la suture séro-séreuse de manière à créer en ce point une sorte de valvule

(fig. 150 et 154). Il suffit, à cet effet, de disposer le surjet $\beta'4'a'$ (fig. 150), sur le duodénum, à 15 milli-

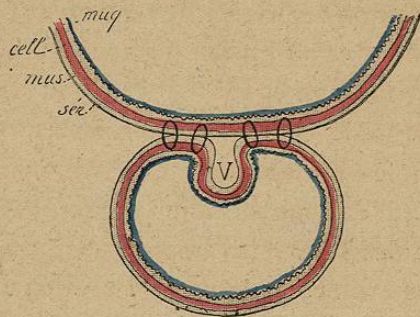


FIG. 154.

mètres environ du surjet séreux précédent, $\beta'2'a'$, et

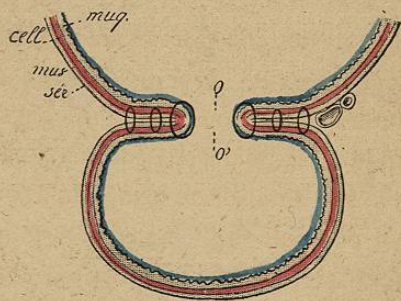


FIG. 155.

de le fixer en $\beta4a$ à la surface de l'estomac. — La réduction, par cette disposition de la suture, de l'espace $4'\beta'2'$ à l'espace beaucoup plus étroit $4\beta2$, dé-

termine dans le calibre du jéjunum un rétrécissement avec saillie de la muqueuse (fig. 154, V).

La disposition respective de l'estomac et du jéjunum en amont et au niveau du nouveau pylore est représentée fig. 154 et 155.

Notre procédé de gastro-entérostomie présente donc ce triple avantage, tout en étant aussi rapide que le procédé de Senn, de ne pas exposer à l'infection de la ligne des sutures, d'assurer une perméabilité parfaite de l'orifice gastrojéjunal et de n'exposer à aucun accident d'étranglement du jéjunum ou du côlon transverse.

Pendant toute l'opération, la cavité péritonéale est protégée par des compresses stérilisées.

Quand on réduit les viscères, l'estomac, dont on peut constater, hors du ventre et au cours même de l'opération, la parfaite évacuation, en y introduisant de l'eau à l'aide d'une sonde œsophagienne, reprend sa situation normale (fig. 137 et 138, p. 267).

L'anse jéjunale, suturée le long de la grande courbure, devient sensiblement oblique au bas et à droite, et cet ensemble de rapports assure le bon fonctionnement du nouveau pylore.

Nous avons jugé bon, dans les cas où il s'agit d'une lésion duodénale (sténose-ulcère) et où le pylore

reste perméable, d'empêcher l'écoulement dans le duodénum d'une partie du contenu de l'estomac.

A cet effet, avant de pratiquer la gastro-entérostomie, nous attirons au dehors le pylore, ce qui est aisé lorsqu'il est sain, et nous l'oblitérons par une sorte d'invagination renforcée de plicature.

◆ Nous invaginons tout d'abord avec le doigt, vers

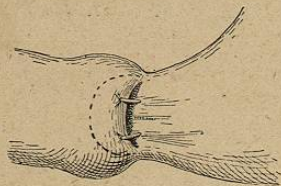


FIG. 156.

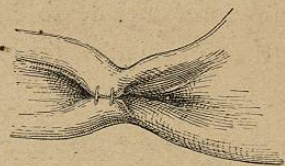


FIG. 157

le duodénum, une petite partie des parois de l'estomac, que nous fixons, comme le représente la fig. 156, par trois ou quatre points de suture; nous replions ensuite le pylore en avant de cette invagination minuscule, en suturant ses bords supérieur et inférieur par une suture longitudinale soit en surjet, soit à points séparés (fig. 157).

Cette disposition doit être obtenue chaque fois qu'il n'existe pas de plaques indurées ou d'adhérences dans la région pylorique.

Le fonctionnement du nouveau pylore n'en est que plus satisfaisant, et, en cas d'ulcère duodénal,

l'oblitération du pylore normal assure une guérison beaucoup plus rapide, la muqueuse altérée n'étant plus jamais en rapport qu'avec le suc des glandes de Brunner, le suc pancréatique et la bile, et échappant ainsi au contact irritant du suc gastrique et des acides organiques anormaux.

La gastrojéjunostomie par notre procédé, avec rétrofixation du grand ganglion, colopexie et fermeture du pylore, dure de 40 à 50 minutes.

Il est prudent de refermer le ventre par une suture

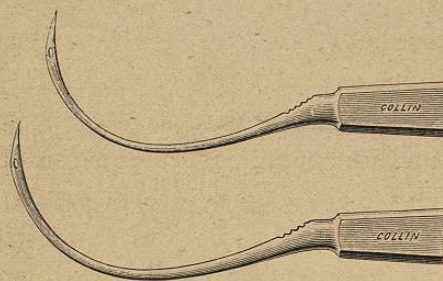


FIG. 158.

à deux étages, à points séparés, les parois abdominales étant très tendues dans la région sous-ombilicale chez les sujets maigres, et particulièrement chez l'homme.

Nous figurons ci-contre nos aiguilles à suture, qui sont fixées sur un manche solide et présentent près

de leur extrémité, tranchante sur son bord convexe seulement, un simple orifice ovalaire.

Nous manions ces aiguilles, dont la désinfection est des plus simples, aussi vite que l'aiguille si ingénieuse du Dr A. Reverdin, dont le seul inconvénient est de se détériorer trop facilement.

Nous recommandons au cours de l'opération, et



FIG. 159.

pour les sutures de la peau, des pinces à griffes spéciales (fig. 159) que nous a construites M. Collin, et qui, grâce à la longueur de leur crémaillère, peuvent saisir sans déchirure les tissus les plus délicats.

2° PYLORECTOMIE COMBINÉE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

S'agit-il d'un cancer très limité, sans infection ganglionnaire appréciable, il faut tenter une guérison radicale.

N'a-t-on pas observé, après la pyloréctomie typique pour cancer, des guérisons de deux ans, de cinq ans et même de cinq ans et demi ?

Nous rejetons en pareil cas la pyloréctomie ty-

pique, qui oblige, afin de permettre la réunion du duodénum à l'estomac, à une résection trop parcimonieuse du néoplasme.

La pyloréctomie doit être pratiquée aussi largement que possible, et l'opération de Billroth, indiquée par lui comme une opération d'exception, la **pyloréctomie combinée à la gastro-entérostomie**, devient l'opération de choix.

L'incision doit être sus-ombilicale.

Le plus souvent il est inutile d'atteindre l'appendice xyphoïde.

De même, nous n'avons été obligé de dépasser en bas l'ombilic que pour réséquer des tumeurs énormes du côlon transverse ou du cæcum.

Les règles que nous avons données pour l'extirpation de tout néoplasme malin excluent *a priori* les cas où l'extirpation large est impossible.

Il est en effet inutile de soumettre à une opération très grave un malade voué à la récurrence précoce et auquel la gastro-entérostomie simple donnera le même bénéfice.

Les petits néoplasmes mobiles du pylore sont en général faciles à attirer hors du ventre.

S'il n'existe pas d'adhérences profondes, nous effondrons avec l'index les attaches mésentériques du pylore devenu mobile et parfois même flottant,