

par la bouche, et de ne commencer l'alimentation par la fistule qu'après cicatrisation de la plaie.

Si l'alimentation par la bouche est impossible ou très défectueuse, on peut, ou bien donner un repas par la sonde, (100 grammes de lait bouilli) immédiatement après l'opération, ou bien attendre quelques heures.

Dans ce cas, il est bon de protéger la cicatrice, de part et d'autre de la bouche, à l'aide d'un pansement adhérent (collodion, adhésol, stérésol).

On augmente progressivement dans les jours suivants le nombre et la qualité des repas.

Lorsqu'on aura placé une sonde à demeure, on ne la laissera que sept ou huit jours au plus, et on ne la placera ensuite qu'au moment des repas.

Les aliments, liquides ou semi-liquides, sont introduits par la sonde à l'aide d'une entonnoir de verre facile à nettoyer.

Gastrorraphies. — On peut suspendre l'estomac ptosé, c'est la *gastropexie* (DURET); ou plisser sur lui-même un estomac dilaté, c'est la *gastropliation* [BIRCHER (d'Aarau)].

Gastropexie¹. — L'opération consiste dans la suture à la paroi abdominale par de larges points en U, de la paroi antérieure de l'estomac au niveau du pylore et de la moitié droite de la petite courbure.

Gastropliation². — J.-L. FAURE³ décrit ainsi l'opération : L'estomac est attiré hors de l'abdomen par une laparotomie médiane sus-ombilicale. Des fils de catgut de grosseur moyenne sont placés perpendiculairement à l'axe de l'estomac, sur la plus grande longueur et la plus grande hauteur possible (fig. 526 et 527).

Dirigés de la grande vers la petite courbure, les fils seront nécessairement plus écartés vers la grande courbure. Distants

¹ DURET, *Revue de chirurgie*, 1896, p. 421.

² M. CLERC. De la gastropliation, Thèse de Paris, 1900.

³ J.-L. FAURE. *Gazette des Hôpitaux*, 4 mars 1897, n° 26.

de 3 à 4 centimètres à leur entrée, vers la grande courbure, ils se rapprochent jusqu'à 1 centimètre et demi à 2 centimètres, à leur point d'émergence, près de la petite, vers laquelle ils semblent converger (fig. 528).

Il ne faut pas dépasser la couche musculuse (fig. 527 et 530),

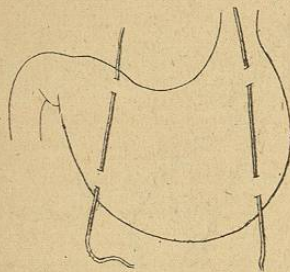


Fig. 526.

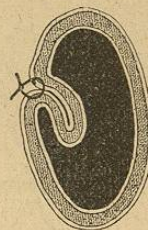


Fig. 527.

Gastropliation. Formation d'un seul pli.

ce qui est facile grâce à l'épaisseur de la paroi, même sur les estomacs dilatés et amincis.

On évitera aussi de blesser un vaisseau de quelque importance, on les voit du reste.

Le fil doit être, sur la plus grande partie de sa longueur, enfoui dans l'épaisseur de la paroi, et n'apparaître sur la séreuse que de loin en loin.

Le point d'entrée et le point de sortie sont enfouis dans la musculuse sur une longueur plus considérable que les autres, car ils supportent les efforts les plus considérables.

On placera ainsi 4, 6, 8 fils et même davantage, suivant la longueur de l'estomac et l'étendue de la partie accessible de sa face antérieure. On ne serrera les fibres que lorsqu'ils auront tous été mis en place (fig. 529).

Gastroplasties. — L'élargissement d'un rétrécissement non néoplasique peut être appliqué au niveau du *pylore*, c'est alors une *pyloroplastie*; ou au niveau de l'isthme d'un *esto-*

mac biloculaire, c'est une gastroplastie proprement dite.

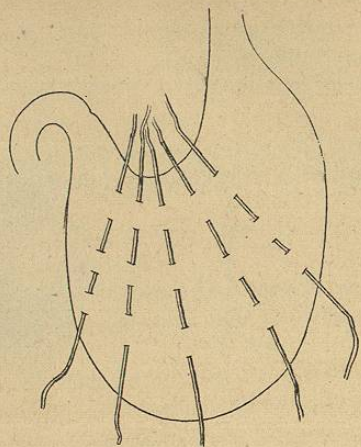


Fig. 528.



Fig. 529.
Gastroplication. Formation de plusieurs plis.



Fig. 530.

Pyloroplastie (HEINECKE-MICKULICZ). — Le pylore étant attiré hors de l'abdomen par une laparotomie médiane sus-

ombilicale, on l'isole par des compresses, et on comprime l'estomac d'une part, duodénum de l'autre.

On trace sur le pylore et la première partie du duodénum une incision rectiligne dirigée selon l'axe du pylore, à égale dis-

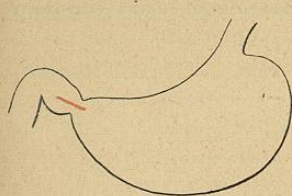


Fig. 531.
Pyloroplastie. Incision.

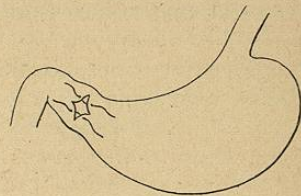


Fig. 532.
Pyloroplastie. Suture.

tance de ses deux bords, sur une longueur de 5 à 6 centimètres (fig. 531). L'incision est complétée par la section de toutes les tuniques, du côté stomacal. Par l'orifice créé on passe une sonde

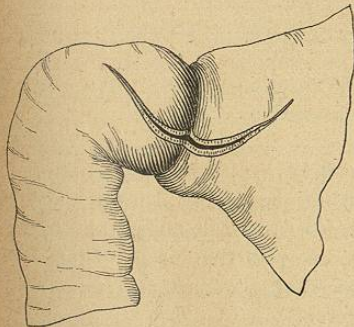


Fig. 533.
Pyloroplastie. Procédé de Ségale.
Incision.

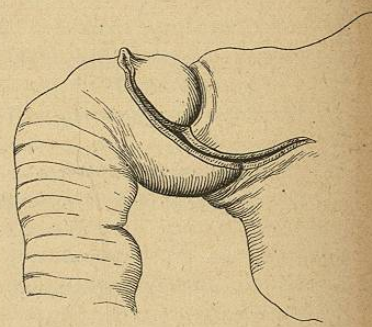


Fig. 534.
Pyloroplastie. Procédé de Ségale.
Glissement des lambeaux.

cannelée dans le rétrécissement et on achève la section complète.

On suture alors, l'une à l'autre, les deux lèvres de l'incision transformée en plaie perpendiculaire à l'axe du pylore par

traction en haut et en bas du milieu de chaque lèvre (fig. 532). La suture se fait, comme nous le verrons pour la gastro-entérostomie, par un premier plan prenant toute l'épaisseur des lèvres, et un second plan non perforant enfouissant le premier.

SÉGALE¹ propose, lorsque le rétrécissement étroit nécessiterait une trop longue incision rectiligne rendant impossible la suture transversale, de pratiquer une incision curviligne (fig. 533),

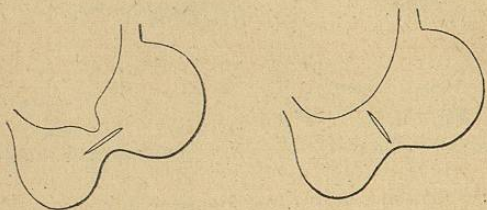


Fig. 533.
Gastroplastie.

et de faire glisser l'une sur l'autre, et en sens contraire, les deux lèvres de l'incision (fig. 534).

La *gastroplastie* pour estomac biloculaire s'exécute d'après les mêmes principes que la pyloroplastie (fig. 535).

Gastro-anastomoses. — L'anastomose peut faire communiquer deux parties de l'estomac situées de part et d'autre d'un rétrécissement, c'est une gastro-gastrostomie (estomac biloculaire); ou unir l'estomac à la deuxième portion du duodénum, c'est une gastro-duodénostomie; ou enfin l'estomac et le jéjunum, gastro-jéjunostomie ou gastro-entérostomie.

Principes généraux. — Les anastomoses gastro-intestinales ou gastro-gastriques peuvent être établies, comme les entéro-anastomoses, par de très nombreux procédés, dont nous n'indiquerons que quelques-uns.

¹ J.-B. SÉGALE (de Gènes). Congrès international, 1900, Paris. Section Chirurgie, p. 640.

Dans les uns, les cavités viscérales sont ouvertes au cours de l'opération (*ouverture immédiate*), l'union des deux orifices étant obtenue à l'aide de *sutures*, de *boutons anastomotiques*, d'*agrafes métalliques*.

Dans les autres, les cavités viscérales ne sont pas ouvertes au cours de l'opération, mais sont modifiées de façon à en déterminer l'ouverture au bout d'un certain temps (*ouverture retardée*). L'adossement des surfaces qui devront communiquer ne peut plus se faire ici que par des sutures ou des agrafes.

A notre avis, le procédé le plus sûr et le plus simple est un procédé comportant l'ouverture immédiate et l'adossement par des sutures. Cette ouverture immédiate n'est pas dangereuse si l'on prend les précautions nécessaires de protection; et les sutures s'exécutent rapidement, avec un peu d'habitude, tout en ne laissant aucun corps étranger dans le tube digestif.

Ouverture immédiate. — Après une laparotomie médiane sus-ombilicale, les segments à anastomoser ayant été choisis comme nous l'indiquerons plus loin, on les attire à l'extérieur, entre les lèvres de la plaie, et les isole complètement, avec le plus grand soin, du reste de la cavité péritonéale. Dans ce but, des compresses de toile stérilisées sont glissées sous les lèvres de la plaie pariétale, sous les viscères et entre eux, de façon à obturer tout passage, à recouvrir tous les organes, ne laissant à découvert que les surfaces sur lesquelles vont être pratiquées les sutures et les incisions.

a) Sutures. — Nous indiquerons à propos des sutures intestinales (p. 116) quelques-uns des très nombreux procédés de sutures applicables aux différents segments du tube digestif, pour ne décrire ici que celle qui nous paraît la plus pratique et la plus rapidement exécutée.

On emploie la soie fine, le fil de lin ou le catgut. Ce dernier, que nous employons toujours, ne nous a occasionné jusqu'à présent aucun accident.

Le fil employé doit toujours être aussi fin que possible.

Les aiguilles doivent être fines et rondes, non tranchantes sur

leurs bords, droites ou légèrement recourbées (fig. 536). Il y a intérêt à ne faire que de très petites perforations, et les aiguilles

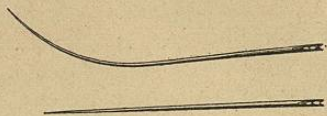


Fig. 536.

Aiguilles pour suture intestinale. Chas fendu. Grandeur naturelle.

à manche (aiguilles fines de Reverdin, aiguilles à pédales) font ici de trop gros orifices.

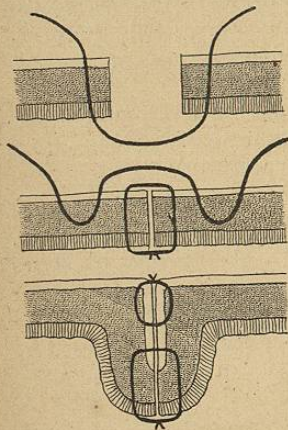


Fig. 537.

Suture d'Albert-Hartmann.

peut aussi employer le surjet « à points passés » de Doyen (fig. 539).

¹ HARTMANN. 12^e Congrès de chirurgie, Paris, 1893, p. 312.

² Suture d'Albert, in Terrier et Baudouin. Suture intestinale, 1898, p. 77, fig. 117.

L'anastomose est alors, en principe, conduite de la façon

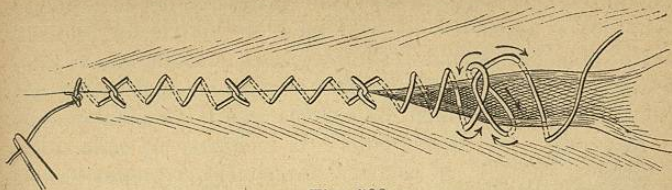


Fig. 538.

Surjet à points croisés de Hartmann.

suivante, dont nous donnerons les détails à propos de chaque

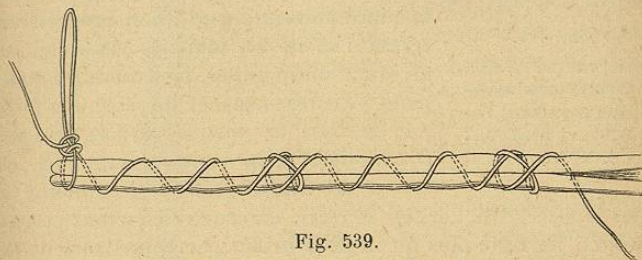


Fig. 539.

Surjet à points passés (DOYEN).

opération : les deux segments à anastomoser étant isolés et

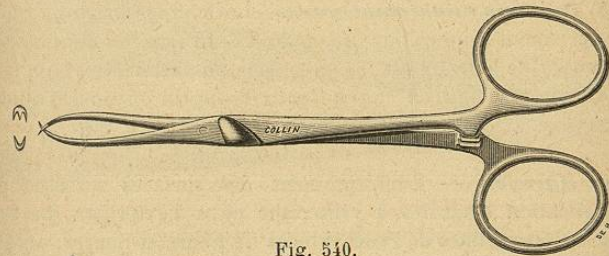


Fig. 540.

Pince à griffes, de Chaput.

maintenus accolés à l'aide de pinces à fines griffes [pinces de Chaput (fig. 540)], les viscères sont d'abord unis par la moitié

postérieure du plan superficiel (points de Lembert), en dépassant les limites de la bouche à créer, les deux extrémités de ce surjet sont laissées longues. La bouche est alors ouverte sur les deux cavités et le plan profond de sutures totales, prenant toute l'épaisseur des tuniques, est fait sur tout le pourtour de l'orifice commun.

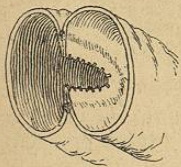


Fig. 541.

Entéro-anastomose. Coupe schématique montrant l'orifice et les rangs de suture.

La seconde moitié du plan superficiel (points à la Lembert) est enfin faite, et rendue continue avec la première moitié, grâce aux bouts de fil laissés longs sur la première moitié (fig. 541).

Pour diminuer le temps pendant lequel les cavités restent ouvertes, DOYEN, avec sa pince puissante à pression progressive, écrase d'abord les tuniques viscérales au niveau à anastomoser, la séreuse résistante seule à l'écrasement, et lie avec une forte soie la base de chaque surface écrasée. Deux surjets à la Lembert sont faits en arrière des futures bouches, le profond (le plus rapproché de l'orifice à créer), est conduit en avant jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un petit orifice par lequel sortent les soies étreignant les parties écrasées. Par cet orifice on coupe les soies et ouvre les viscères, et on termine les deux surjets.

b) **Boutons anastomotiques.** — Les boutons anastomotiques comprennent aujourd'hui un assez grand nombre de modèles; le bouton de Murphy est l'origine de la plupart d'entre eux. Leur application se fait ici comme pour l'intestin où nous l'étudions (voy. p. 141).

c) **Agrafes.** — L'affrontement des surfaces séreuses par l'application d'agrafes à l'intérieur ou à l'extérieur du tube digestif (serré-fines de Péan, pinces de Faure et Suarez, agrafes de Michel¹) n'a jusqu'à présent donné que des résultats peu encourageants.

¹ CHAPUT. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1902, p. 787 et 805.

Ouverture retardée. — Le principe de ce procédé est de déterminer le sphacèle de la muqueuse non ouverte, au niveau des points à anastomoser. Autour de la plaque de sphacèle, les viscères sont accolés par des sutures. On évite ainsi la possibilité de l'écoulement, pendant l'opération, des liquides du tube digestif, et la mortification doit déterminer en un ou deux jours la chute de la plaque modifiée, créant la communication.

Après section des tuniques séreuses et musculaires pour mettre à nu la muqueuse, la gangrène de cette membrane est obtenue par thermocautérisation (BASTIANELLI, CHAPUT), par l'application de chlorure de zinc (PAUL).

SOULIGOUX¹ unit l'écrasement de DOYEN par une pince puissante, à la cautérisation chimique. Les surfaces à anastomoser étant choisies et extériorisées, l'opérateur serre entre les

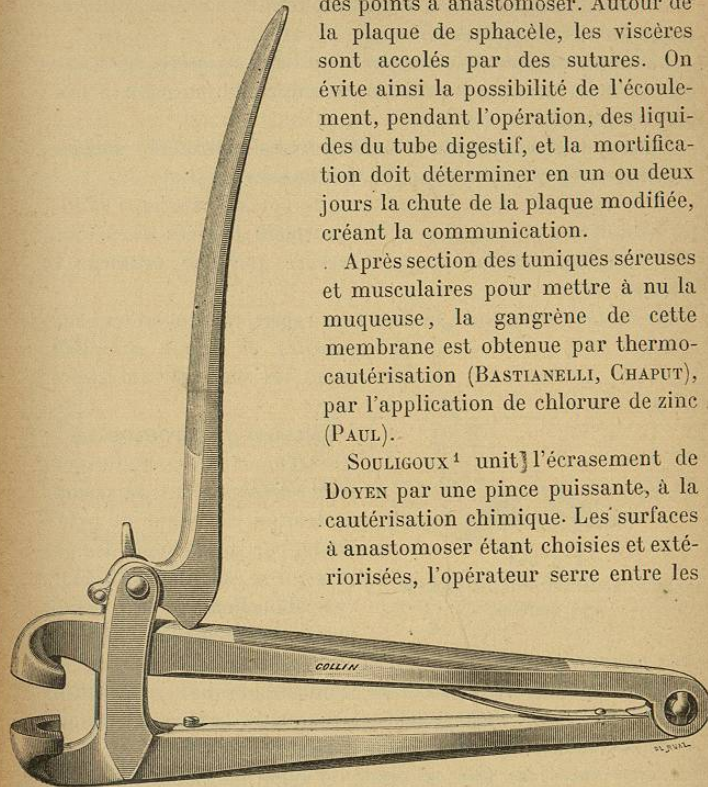


Fig. 542.

Pince à levier excentrique (Souligoux).

mors d'une pince très puissante (fig. 542) le bord libre d'un des

¹ SOULIGOUX. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1896, p. 596. (Rapp. Picqué) et *Presse médicale*, 1896, p. 349.

viscères aplati par les mains d'un aide : on emploie toutes ses forces à l'écrasement, sans couper l'intestin. Les parois écrasées deviennent très minces et transparentes. La pince enlevée, l'intestin s'étale de lui-même.

La même manœuvre est répétée sur l'autre viscère. Les tissus écrasés ne tardent pas à prendre une coloration noirâtre. Seul le péritoine a résisté.

Un surjet est commencé à 2 millimètres environ des surfaces mortifiées, et réunit les deux bords éloignés.

A ce moment, avec un morceau de potasse caustique solide, on cautérise assez largement les surfaces broyées dans toute leur étendue. L'aide éponge à mesure que l'on promène la potasse.

La cautérisation finie, le surjet est repris, réunissant les bords

proches, et enfouit complètement les surfaces cautérisées.

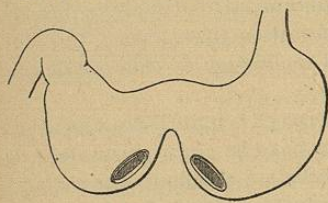


Fig. 543.
Gastro-gastrostomie. Situation
des orifices.

Gastro-gastrostomie. — C'est l'anastomose, au-dessous d'un rétrécissement, des poches gastriques cardiaque et pylorique, par accollement des parois qui se regardent (fig. 543). Cet abouchement des points voisins est bien plus simple et

plus rationnel que l'opération de WATSON qui plie l'estomac au niveau du point rétréci, accolant et anastomosant l'une à l'autre la face antérieure de la poche cardiaque et la face antérieure, devenue postérieure, de la poche pylorique.

L'anastomose se fera, du reste, d'après la même technique qu'une gastro-jéjunostomie.

Gastro-duodénostomie (JABOULAY, VILLARD)¹. — **Procédé de Villard.** — Les précautions pré et post-opératoires sont les

¹ JABOULAY. *Archives provinciales de chirurgie*, 1892, p. 551. — VILLARD. *Revue de chirurgie*, Paris, 1900, n° 10, p. 495.

mêmes que pour la gastro-jéjunostomie; VILLARD insiste sur la nécessité des lavages de l'estomac préliminaires.

Après laparotomie médiane, on recherche la grande courbure de l'estomac et on la suit jusqu'au pylore, pour reconnaître ensuite la première, puis la deuxième portion du duodénum.

On accole, par deux points de suture non perforants, la deuxième portion du duodénum à l'extrémité droite de la grande courbure (fig. 544), au-dessus et au-dessous de la future anastomose. Les fils laissés longs servent à attirer les organes.

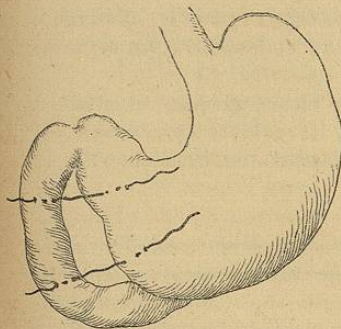


Fig. 544.
Gastro-duodénostomie. Procédé
de Villard. Juxtaposition.

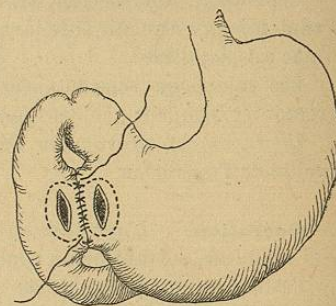


Fig. 545.
Gastro-duodénostomie. Procédé
de Villard. Anastomose.

L'anastomose est alors pratiquée suivant les mêmes règles que pour la gastro-jéjunostomie, l'ouverture de l'estomac et de l'intestin étant dirigée dans le sens du duodénum (fig. 543).

L'anastomose peut aussi être faite sur la paroi postérieure de l'estomac, en dilacérant « largement avec les doigts la toile épiploïque de façon à bien découvrir la région duodénale et pancréatique d'une part, et l'extrémité droite de la face postérieure de l'estomac, de l'autre. Il est alors facile de faire porter l'incision gastrique sur cette face postérieure, au ras de la grande courbure et de l'anastomoser avec la deuxième portion du duodénum ».

Gastro-jéjunostomie ou **gastro-entérostomie**. — **Précautions pré-opératoires**. — La gastro-anastomose se fait souvent sur des estomacs dilatés qu'il est utile de vider et de nettoyer avant l'opération. D'autre part, comme le fait observer TERRIER¹, il est possible qu'on ait à pratiquer ce lavage après l'opération, et il est alors nécessaire que le malade soit habitué à ce lavage.

Aussi est-il bon de pratiquer *le lavage de l'estomac* dans les jours qui précèdent, et même le matin de l'opération si l'estomac est très distendu.

Cependant, afin d'éviter des fatigues aux malades affaiblis, il vaut mieux s'abstenir si le lavage est mal supporté ou si l'estomac est peu dilaté.

Les injections sous-cutanées de *sérum artificiel* aideront à remonter, pendant quelques jours, les malades très anémiés.

Un lavement provoquera l'évacuation du tube digestif, la veille de l'opération.

Opération. — L'anastomose entéro-gastrique peut être *simple* ou *complexe*, suivant qu'on pratique l'abouchement du jéjunum à l'estomac, ou qu'on ajoute à cette anastomose une anastomose complémentaire entre deux anses de l'intestin, destinée surtout à empêcher le reflux des liquides duodénaux dans l'estomac.

Gastro-entérostomie simple. — L'abouchement se fait sur la paroi antérieure ou postérieure de l'estomac.

Gastro-entérostomie antérieure (WÖLFLER). — Nous ne décrivons que la gastro-entérostomie antérieure précolique, l'anse jéjunale passant en avant du colon transverse ; l'anastomose antérieure rétro-colique, dans laquelle l'anse jéjunale passe d'arrière en avant à travers le mésocolon et l'épiploon, ne présentant que des désavantages sans être plus simple.

L'opération est conduite de la façon suivante² : par une la-

¹ TERRIER. *Revue de chirurgie*, 1902, n° 4, p. 376.

² D'après TERRIER et HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac*, 1899, p. 96.

parotomie médiane sus-ombilicale, on relève le grand épiploon et le colon transverse, pour reconnaître l'angle duodéno-jéjunal émergeant du méso-colon transverse, à gauche de la colonne vertébrale. Des tractions exercées sur l'anse montrent sa fixité.

Laissant libre une longueur d'intestin de 40 à 50 centimètres, pour laisser au colon transverse une place suffisante sous la courbe de l'anse relevée, on choisit le point intestinal à anastomoser à la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure.

La fixation de l'intestin à l'estomac doit être faite sur une large surface pour éviter la formation d'un éperon entre les deux anses (fig. 546), et suivant une ligne un peu courbe, légèrement oblique en bas et à droite (fig. 547).

La direction de l'anse doit être telle que la branche efférente soit du côté droit (de l'opéré), continuant la direction de l'estomac.

L'adossement est fait d'après les principes généraux exposés plus haut, sans qu'il soit nécessaire d'obturer par des clamps l'estomac ni l'intestin.

Le surjet total profond est hémostatique, en même temps qu'occlusif, et il est ordinairement inutile de placer des ligatures.

La bouche anastomotique doit être ouverte plus près de l'extrémité droite du surjet postérieur que de son extrémité gauche (fig. 547), de façon à suspendre largement l'anse afférente à gauche de l'orifice, et d'éviter le passage des aliments de l'estomac dans l'anse afférente.

L'anastomose terminée et revisée (fig. 548), les organes sont

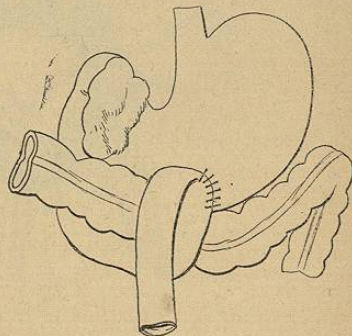


Fig. 546.

Mauvaise fixation de l'anse intestinale déterminant une coudure brusque (JAYLE et DESFOSSÉS).

replacés dans l'abdomen, la bonne situation de l'anse constatée à nouveau, et l'abdomen est refermé.

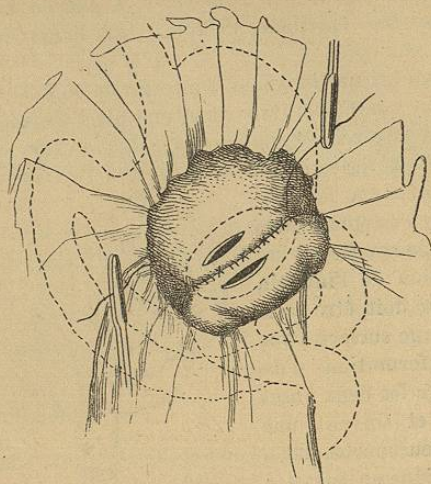


Fig. 547.
Gastro-entérostomie antérieure. Procédé de Wöfler. Orifices de l'anastomose. Surjet postérieur.

Gastro-entérostomie postérieure (VON HACKER). — Nous ne décrivons que la gastro-jéjunostomie trans-mésocolique, dans laquelle le jéjunum est anastomosé à la face postérieure de l'estomac à travers une boutonnière du mésocolon transverse. L'opération de COURVOISIER, anastomose postérieure à travers le ligament gastro-colique puis le mésocolon transverse étant difficile et mauvaise.

L'anastomose, conduite comme dans le procédé antérieur, comprend les temps suivants⁴.

L'angle duodéno-jéjunal est recherché comme pour l'anastomose antérieure, en relevant hors de l'abdomen l'épiploon et le colon transverse.

⁴ Description d'après TERRIER. *Revue de chirurgie*, 1902, n° 4, p. 370.

On incise le mésocolon transverse parallèlement aux vaisseaux sur la saillie que forme l'estomac, repoussé au besoin

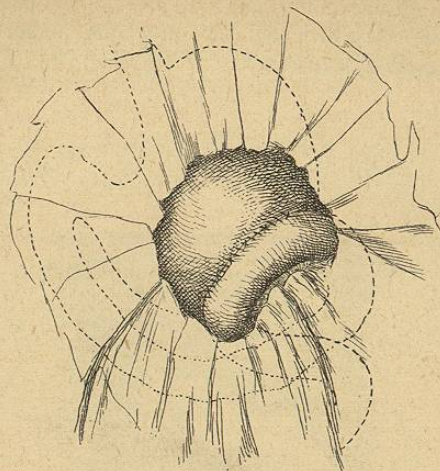


Fig. 548.
Gastro-entérostomie antérieure terminée.

par la main d'un aide glissée sous le colon. Il est plus aisé, dit TERRIER, de découvrir l'estomac lorsqu'on incise le méso un

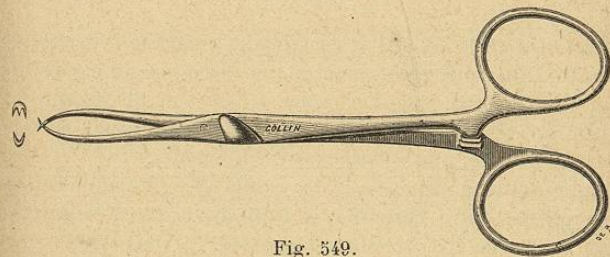


Fig. 549.
Pince à griffes, de Chaput.

peu à gauche de la ligne médiane. L'estomac attiré par la brèche mésocolique, on le fixe soit à l'aide de pincés à mors

plats peu serrées, soit en l'unissant au jéjunum à l'aide de pinces à griffes de Chaput (fig. 549).

Les bords du mésocolon sont fixés à l'estomac, pour éviter la rétraction de cet orifice (fig. 530). Quelques points de suture séparés et espacés suffisent.

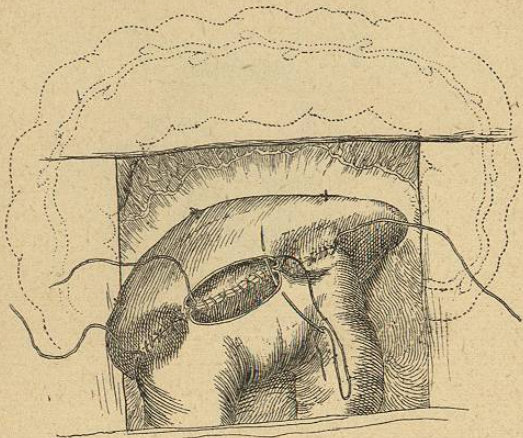


Fig. 550.

Gastro-entérostomie postérieure. Procédé de Von Hacker. Suture des orifices.

L'intestin grêle est attiré, en laissant à gauche la partie fixe, à droite l'anse efférente, pour que la direction du canal intestinal continue celle de l'estomac. Il est bon de laisser 12 à 15 centimètres entre le point fixe duodéno-jéjunal et la future anastomose, afin d'éviter les tiraillements.

Tout étant bien protégé par des compresses, l'une de celles-ci étant glissée entre l'estomac et l'intestin, sous la suture, on accole l'estomac et l'intestin comme nous l'avons déjà vu pour la gastro-entérostomie antérieure.

Le surjet d'union doit être situé très en arrière sur la face postérieure de l'intestin (fig. 550) et suivre une ligne légèrement courbe, vers l'orifice futur, longue de 6 à 7 centimètres. Les

deux extrémités du fil sont laissées longues pour achever le surjet en avant.

L'orifice doit être créé, sur les cavités, au niveau de la moitié droite de la zone fixée (HARTMANN), pour suspendre à gauche, loin de l'orifice, l'anse afférente (fig. 551).

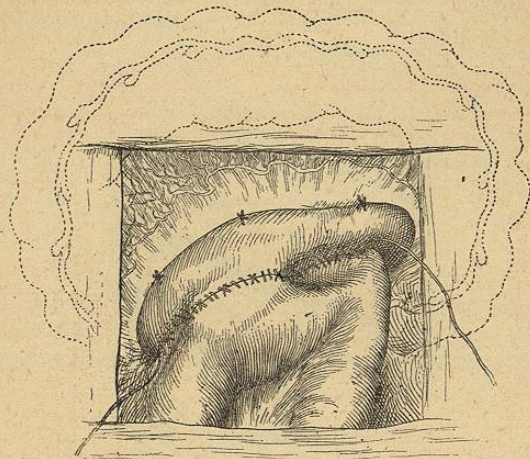


Fig. 551.

Procédé de Von Hacker. Surjet total terminé. On voit le surjet séro-séreux postérieur.

La ligne de suture est légèrement oblique en bas et vers la droite de l'opéré (fig. 551).

L'ouverture de l'estomac est faite sur un pli de la paroi, en coupant d'abord la séreuse et la musculuse, puis la muqueuse que l'on repère avec de petites pinces de Kocher. On éponge les matières qui s'écoulent et on obstrue avec une mèche de gaze stérilisée l'ouverture gastrique. L'ouverture intestinale est faite de même, dans les mêmes dimensions.

Un seul surjet unit tout le pourtour des deux orifices, en une suture prenant toute l'épaisseur de la paroi, cousant, en