

sur bien d'autres points concernant l'opération. SCHOENBORN qui a laissé pendant quelques jours l'aiguille à demeure, lui attribue divers accidents, tels que la gangrène par pression et le phlegmon des parois abdominales. LANGENBECK pense que l'on peut les éviter en ne laissant l'aiguille en place que pendant 24 heures. Nous sommes aussi d'avis que l'aiguille n'est pas sans inconvénients, et nous préférons la fixation de l'estomac par des sutures. A l'aide de fils de soie d'un numéro moyen on réunit l'estomac aux bords de la plaie abdominale, en ayant soin de ne pas comprendre la muqueuse dans la suture; on fera bien d'attirer fortement le péritoine pariétal afin qu'il arrive largement en contact avec la surface péritonéale de l'estomac. Il importe de faire un grand nombre de sutures. On peut aussi préalablement réunir le péritoine à la peau par des sutures particulières. Nous sommes parfaitement de l'avis de LANGENBUCH qui conseille de pratiquer les sutures de l'estomac de façon à comprendre dans les anses de fil une large portion de la séreuse et de la tunique musculaire. Pour fixer une portion de paroi stomacale de 1 1/2 centim. de diamètre, et obtenir une occlusion hermétique de la cavité péritonéale, TRENDELENBURG fit 14 sutures à points séparés. L'incision de l'estomac n'est pratiquée qu'une fois l'occlusion assurée. Il convient certainement de ne donner à la fistule que le calibre nécessaire pour laisser passer un tube de drainage d'un centimètre de diamètre; une fistule de cette largeur suffit à tous les besoins de l'alimentation. Le tube est laissé à demeure. Autant que possible, pendant les 24 ou 48 heures qui suivent l'opération, on n'utilisera pas encore la fistule pour nourrir le malade. Au bout de ce temps on injecte par le tube à l'aide d'une seringue des aliments liquides ou ayant la consistance d'une bouillie.

La gastrostomie doit être pratiquée avec les soins de propreté les plus minutieux, et sous ce rapport la méthode antiseptique a considérablement amélioré les résultats de l'opération.

Mais une antiseptie rigoureuse, capable de protéger le péritoine de l'infection, n'est possible qu'à la condition que l'on opère en deux temps suivant le principe de VOLKMANN pour les opérations des kystes à échinocoques. Seulement il importe, pour maintenir l'estomac en contact avec la paroi abdominale, de fixer cet organe au moyen de sutures ne comprenant que les tuniques séreuse et musculaire.

Il serait irrationnel de vouloir faire pénétrer les anses de fil jusque dans la cavité stomacale. En effet, il pourrait facilement en résulter une infection de la cavité péritonéale, ce qui est arrivé dans un cas à la clinique de VOLKMANN. Il peut se faire, il est vrai, qu'une suture coupe les tissus dans des efforts de vomissements. Mais au lieu d'inciser l'estomac au bout de 48 heures, on peut alors attendre un ou deux jours de plus; peut-être même serait-il bon de faire, en outre, une nouvelle suture au niveau de la déchirure. LANGENBUCH conseille, dans le cas où le malade ne peut attendre si longtemps à cause du mauvais état de sa

nutrition, de lui injecter dans l'estomac des aliments liquides à l'aide d'une seringue munie d'une fine aiguille.

L'alimentation exige aussi des soins particuliers. L'estomac, dans la règle, a perdu depuis longtemps une partie de son activité fonctionnelle; outre le suc gastrique altéré il sécrète du mucus en assez grande quantité. Aussi devra-t-on introduire d'abord dans la fistule des aliments très simples, tels que du bouillon avec un œuf, du lait, etc. Peu à peu seulement on passera à des aliments plus consistants donnés sous la forme d'une bouillie claire. Nombre de malades se plaignent d'une sensation de soif très vive, surtout lorsqu'ils ne peuvent avaler la plus petite quantité de liquide. Le sentiment de satiété fait aussi parfois défaut. Il est bon dans ces cas de faire mâcher de temps en temps des aliments au malade. Dans le cas de KROENLEIN la mastication du tabac enlevait à l'opéré la sensation de soif qui était très intense. D'autres inconvénients sont dus à l'écoulement à l'extérieur du suc gastrique à côté de la canule, d'où résultent des excoriations des téguments abdominaux. Afin d'épargner au malade ce désagrément, il importe de ne pas créer une fistule plus grande qu'il ne le faut pour l'introduction de la canule. Pour fermer cette dernière, LANGENBECK s'est servi d'un simple obturateur. Un tube à drainage long d'environ 10 centimètres est passé jusqu'au milieu de sa longueur dans l'ouverture ronde d'un pessaire à air dont le calibre correspond à celui du drain. Pour fixer le tube dans le pessaire il suffit d'insuffler de l'air dans ce dernier. On introduit alors le tube dans la fistule jusqu'au point où l'on est arrêté par le petit coussin à air qui vient s'appliquer contre la paroi abdominale, et que l'on fixe à son tour par une plaque métallique perforée pour laisser passer le tube, et reliée à l'aide de boutons à une ceinture abdominale élastique et à deux bretelles passant sur les épaules.

TRENDELENBURG a imaginé un procédé d'alimentation très ingénieux. Le patient soumet les aliments à la mastication et à l'insalivation, et est muni d'un tube en caoutchouc ayant deux embouts destinés à être introduits l'un dans la bouche et l'autre dans la fistule. Les aliments, une fois réduits en bouillie par la mastication, sont chassés de la bouche dans l'œsophage artificiel et arrivent jusque dans l'estomac.

Le pronostic est très grave lorsque le malade est déjà trop faible pour pouvoir digérer et que, vu le mauvais état de nutrition des tissus, le suc gastrique s'écoulant par la fistule, ronge les bords de cette dernière. Dans deux cas j'ai vu se produire ainsi une auto-digestion des bords de la plaie, si bien que la fistule s'élargissait chaque jour; dans l'un deux la cavité péritonéale fut même ouverte dans la seconde semaine, par suite de cette destruction progressive des tissus.

Lorsque la gastrostomie a été pratiquée dans le but d'extraire un corps étranger, on fait ensuite la suture isolée et de l'estomac, et des parois abdominales.

Lorsque l'indication de l'opération est tirée de l'existence d'un rétrécissement cicatriciel, nous avons vu antérieurement que l'on réussit parfois à sonder et à dilater le point rétréci par la plaie de l'estomac (v. BERGMANN). Nous avons encore à faire mention d'une opération qui, au

point de vue technique, se relie à la gastrotomie, et qui a pour but d'amener l'occlusion d'une fistule stomacale.

Nous avons déjà rappelé plus haut que la guérison de ces fistules a été tentée et parfois obtenue par des opérations plastiques (DIEFFENBACH, MIDDELDORPF). On taillait un lambeau en forme de pont, que l'on ramenait sur la plaie avivée de la paroi abdominale et que l'on suturait par l'un de ses bords. Mais on sait que même avec cette méthode d'occlusion plastique, les tentatives de guérison des fistules stomacales n'ont que trop souvent échoué. Dernièrement BILLROTH, dans un cas de ce genre, après avoir essayé sans succès tous les procédés opératoires imaginables dans le but d'amener l'occlusion de la fistule, a eu l'heureuse idée de fermer séparément la plaie de l'estomac (en suturant séreuse contre séreuse) et la plaie des parois abdominales. Pour que ce procédé pût être mis à exécution il était nécessaire, et c'est là la véritable difficulté de l'opération, que l'estomac fût détaché de ses adhérences avec le feuillet pariétal du péritoine. Cette partie de l'opération, bien que très pénible, peut être menée à bonne fin soit à l'aide des doigts, soit au moyen d'instruments mousses, tels qu'un élévatoire. Dès qu'il eut ainsi réussi à détacher suffisamment l'estomac de ses adhérences pour pouvoir l'attirer hors de la plaie, il réunit très exactement avec des fils de soie l'ouverture stomacale en appliquant séreuse contre séreuse. Puis la perte de substance des parois abdominales fut comblée au moyen d'un lambeau pédiculé. La malade guérit.

2. TROUBLES DE CANALISATION DU TUBE INTESTINAL. OCCLUSION DE L'INTESTIN. ILÉUS.

§ 64. — Déjà autrefois, à différentes époques, des chirurgiens se sont demandés si l'on ne pourrait pas, par voie opératoire, mettre fin aux troubles de canalisation de la portion pylorique de l'estomac dus soit à un rétrécissement cicatriciel, soit au carcinome si fréquent dans cette région. C'est principalement dans cette dernière affection que l'idée d'une intervention chirurgicale se trouve pleinement justifiée si l'on prend en considération, d'une part, l'inefficacité absolue de tout autre traitement, et, d'autre part, la fréquence relative de la localisation du carcinome à la région du pylore ; en effet, c'est au niveau de ce dernier que siège le carcinome de l'estomac dans au moins 51 0/0 des cas (LEBERT), et probablement dans une proportion plus forte encore, soit environ 60 0/0 (BR.NTON, GUSSENBAUER, WINIWARTER). On s'est d'abord assuré de la possibilité d'extirper cette partie de l'estomac chez les animaux, possibilité qui avait été déjà démontrée par les travaux de MERREM (1810) Dans ces derniers temps des expériences sur les animaux furent faites sur une grande échelle par GUSSENBAUER et WINIWARTER, ainsi que par KAISER sous la direction de CZERNY. Ces expériences ont prouvé que le chien supporte bien l'extirpation de portions de la paroi stomacale, la résection de la partie pylorique et même l'ablation de l'estomac presque tout entier (KAISER).

Si le chien peut survivre à cette dernière opération, on peut bien en conclure que l'homme est en état de se passer tout au moins de la portion pylorique, sans inconvénient au point de vue des fonctions digestives ; d'autre part, on n'a pas beaucoup à redouter le danger d'une péritonite, grâce aux perfectionnements apportés au manuel opératoire. Aussi pensons-nous qu'une pareille intervention est indiquée dans certains cas déterminés, lorsqu'on a réussi à poser un diagnostic exact, ce qui est possible grâce, d'une part, aux phénomènes cliniques du rétrécissement du pylore, et, d'autre part, aux renseignements fournis par le harponnement de la tumeur (GUSSENBAUER) ; cependant on fera bien de ne pas se contenter de ce dernier moyen, mais d'avoir recours au besoin à l'incision exploratrice dans le but d'arriver à un diagnostic plus exact. Pour ma part, dans le cours des dernières années, j'ai pratiqué plusieurs fois de pareilles incisions sur la demande directe du malade. Mais dans aucun de ces cas l'affection n'était assez circonscrite pour que l'on pût tenter l'extirpation avec quelques chances de succès. Grâce aux précautions antiseptiques, il n'en résulta d'ailleurs aucun inconvénient pour le malade. De même que l'établissement d'une fistule stomacale dans les cas de carcinome de l'œsophage, la résection de portions de l'estomac n'a des chances de succès qu'à la condition de ne pas être pratiquée trop tard. Nous renvoyons le lecteur qui s'intéresse à cette question, aux travaux spéciaux de GUSSENBAUER et WINIWARTER (Lang. Arch., vol. XIX, d. 347) et de KAISER (*Contribution à la chirurgie opératoire* de CZERNY).

La bibliographie médicale renferme déjà un certain nombre de communications se rapportant aux extirpations de portions plus ou moins étendues de l'estomac chez l'homme. Le cas le plus ancien est celui qui a été publié par TORELLI. Il s'agissait d'une blessure grave de l'abdomen ; l'estomac lui-même fortement meurtri et souillé de matières étrangères, faisait hernie hors de la plaie abdominale. On ne pouvait songer à réduire l'estomac dans un pareil état. TORELLI agrandit la plaie des parois abdominales, attira l'estomac encore plus au dehors et fit l'excision de la partie blessée de l'organe (16 centimètres de diamètre) sur la limite des parties saines, puis il réunit les bords de la perte de substance en appliquant séreuse contre séreuse, et en se servant de la suture du pelletier (suture continue ou en spirale). Les extrémités des fils furent fixées au dehors à l'aide de bandelettes de sparadrap, puis on appliqua un pansement également de sparadrap. Le troisième jour les fils de suture furent enlevés. TORELLI put présenter à l'académie de PERUGGIA le malade guéri depuis 13 ans et en parfaite santé. ESMARCH, dans le but de guérir une fistule stomacale, réséqua une portion de paroi de l'estomac ayant l'étendue de la paume de la main. Il réunit séparément la plaie de l'estomac et celle des parois abdominales et obtint la guérison de son malade. PÉAN fut le premier chirurgien qui extirpa une tumeur de la portion pylorique de l'estomac et conserva l'opéré à la vie pendant plusieurs jours. Il s'agissait d'un carcinome ayant déterminé une ectasie colossale de l'estomac. Le malade succomba, paraît-il, d'inanition (l'autopsie ne fut pas permise).

C'est BILLROTH qui, le premier, a extirpé avec succès un carcinome du pylore. Nous donnons ici la description de sa méthode opératoire.

Les règles de l'antisepsie sont observées de la manière habituelle, dans