

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 (BRINTON, 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

le but de prévenir l'infection de cause externe. Quant à l'infection par le contenu intestinal, on l'évitera par des lavages répétés de l'estomac, tels qu'on les emploie comme moyen de traitement de certaines affections de cet organe. Pour l'incision des parties molles qui aura une direction transversale, on se guidera de préférence sur le siège de la tumeur. Après avoir ouvert l'abdomen sur toute la longueur de l'incision cutanée (en respectant le ligament suspenseur du foie), on attire au dehors l'estomac avec la tumeur, et l'on recouvre la plaie d'une grande quantité de gaze phéniquée, sur laquelle repose l'estomac, et qui est destinée à recevoir le sang et ce qui peut rester du contenu stomacal, lors de l'ouverture de ce viscère. On commence ensuite à détacher le feuillet séreux en débutant par la partie inférieure de l'estomac, à l'endroit où doit être pratiquée la résection. Les points transparents, privés de vaisseaux, de l'épiploon, sont séparés à l'aide d'instruments tranchants, tandis que les cordons vasculaires, saisis entre deux pinces, sont divisés après une double ligature. Plus on avance dans le décollement du péritoine et plus l'estomac peut être attiré hors de la plaie, de sorte que l'on peut presque opérer en dehors de la cavité abdominale. Lorsqu'on saisit et attire l'estomac, il faut éviter avec soin toute pression un peu forte avec les doigts, car les parties comprimées se mortifient avec une facilité étonnante. L'excision de la partie atteinte de carcinome ne doit pas être pratiquée d'un seul temps, mais peu à peu et à mesure que l'on opère la réunion. Nous devons donc étudier ici la méthode de suture. Pour pouvoir adapter au faible calibre du duodénum le calibre beaucoup plus grand de l'estomac, BILLROTH réunit l'ouverture de ce dernier par des sutures jusqu'à ce qu'elle ait le même diamètre que le duodénum. On peut faire cette suture de l'ouverture stomacale en haut ou en bas, de façon que le duodénum vienne s'insérer en bas ou en haut sur l'estomac. BILLROTH a essayé les deux procédés et il condamne le second. Il se forme, en effet, dans ces conditions une espèce de cul-de-sac auquel ce chirurgien est tenté d'attribuer dans un cas la terminaison fatale. Il conseille en conséquence d'insérer le duodénum à la partie inférieure ou moyenne de l'ouverture stomacale. Admettons que l'on veuille l'insérer inférieurement, on incisera d'un coup de ciseau les deux parois stomacales de haut en bas sur une certaine étendue, et à gauche du carcinome. L'hémorragie qui est surtout abondante au niveau de la muqueuse, est arrêtée à l'aide de ligatures, et l'on réunit les bords de la plaie stomacale par une double rangée de sutures très rapprochées (5 mm. de distance l'une de l'autre), et pratiquées suivant le procédé de suture intestinale. On continue ensuite à inciser et à suturer, jusqu'à ce que la portion restante, non encore sectionnée, de l'estomac, corresponde au calibre du duodénum. Cette portion est divisée à son tour, ainsi que le duodénum, qu'un aide est alors chargé de fixer. Enfin les deux ouvertures sont réunies par une double rangée circulaire de sutures, qui devront être

commencées en arrière. C'est à la soie phéniquée que l'on aura recours pour ces sutures.

Il n'est guère possible actuellement, vu l'absence d'une statistique régulière, de se prononcer d'une façon quelque peu catégorique sur la valeur de l'extirpation du pylore. Si l'on juge la valeur d'une opération au nombre des malades qu'elle conserve à la vie, il faut avouer que, pour le moment du moins, les chiffres ne parlent point en faveur de l'extirpation du pylore; d'autre part, nous ne croyons pas que l'avenir apporte des changements notables aux résultats obtenus jusqu'à ce jour. La statistique actuelle, il est vrai, nous apprend que les cas opérés de bonne heure donnent des chiffres de mortalité plus favorables que les affections très avancées qui ont déjà donné lieu à des adhérences trop étendues. Mais à supposer même que le diagnostic puisse être posé assez tôt, nous ne pensons pas que le malade consente à se soumettre de très bonne heure à une opération, avant qu'il y soit poussé par des souffrances intolérables. D'après une statistique que je dois à l'obligeance de KRAMER, il a été publié jusqu'ici 74 cas de résection du pylore. Sur 66 cas dans lesquels un carcinome du pylore avait fourni l'indication opératoire, 50 fois la mort survint bientôt après l'opération, laquelle donna, par contre, dans 16 cas, un bon résultat. Dans 26 cas, les observations mentionnent des adhérences étendues du pylore malade avec le mésocôlon transverse, l'intestin grêle, le foie, le pancréas, etc.; 25 de ces malades succombèrent rapidement après l'opération.

Chez 23 autres opérés il n'existait que peu ou pas d'adhérences; or 10 d'entre eux seulement sont morts. Par contre les renseignements à ce sujet font défaut dans les autres opérations qui toutes se sont terminées fatalement. RYDYGIER a le premier tenté l'opération dans les cas d'ulcère rond avec phénomènes graves de sténose du pylore, et il en a obtenu des résultats relativement favorables; sur 8 opérés 4 ont été guéris et 4 ont succombé.

Parmi les 16 malades qui ne sont pas morts directement à la suite de la résection du pylore, un seul a été revu en bonne santé 3 ans 1/4 après l'opération (WOELFLER); un certain nombre d'entre eux ont succombé ou ne tarderont pas à succomber à des récidives. Un cas de SOCIN nous montre jusqu'à quel point la chirurgie moderne peut intervenir dans un but palliatif. Ce chirurgien sauva une malade de la mort par la résection du pylore, puis, une récidive étant survenue, il pratiqua une gastro-entérostomie, et rendit de nouveau pendant quelque temps l'existence supportable à cette malheureuse qui était déjà sur le bord du tombeau.

Dernièrement RYDYGIER a proposé d'étendre la résection du pylore aux hémorragies incoercibles provenant d'un ulcère rond de cette région, ainsi qu'à la perforation de l'ulcère dans la cavité abdominale.

Un danger tout particulier de la résection du pylore dans les cas