

d'adhérences de la tumeur, s'est révélé d'abord dans un cas de LAUENSTEIN et plus tard dans quelques autres cas (CZERNY, MOLITOR, KUSTER); ce danger est celui de la péritonite par gangrène du côlon, laquelle menace de se produire toutes les fois que l'on est obligé de détacher les adhérences du mésocôlon transverse tout près de l'intestin et de sectionner les arcades vasculaires qui sont essentiellement chargées d'assurer la circulation collatérale. Les expériences sur les animaux ont, du reste, parfaitement confirmé l'existence de ce danger (LITTEN, MADELUNG, RYDIGIER). Aussi a-t-on proposé divers moyens destinés à parer aux conséquences de la section des vaisseaux; le moyen le plus radical, mais qui est presque aussi dangereux que l'excision du pylore lui-même, c'est celui qui consiste à pratiquer la résection de la portion du côlon dont le mésentère a dû être détaché. Un second procédé conseillé par LAUENSTEIN n'est applicable qu'aux formes bénignes de sténose du pylore; il consiste à détacher la séreuse de la face postérieure du pylore et de l'abandonner dans la cavité abdominale avec les parties qui lui sont adhérentes; on éviterait ainsi la section du mésocôlon. Mais le moyen plus rationnel d'éviter un pareil danger, c'est de ne point opérer les carcinomes du pylore avec adhérences, mais d'établir alors une communication de l'estomac avec l'intestin grêle (gastro-entérostomie de WOELFLER).

Dans ces derniers temps un certain nombre de changements ont été apportés au manuel opératoire de la résection du pylore. De fait il semble plus rationnel de pratiquer l'incision des parois abdominales le long de la ligne blanche (RYDIGIER, CZERNY) et non pas transversalement (BILLROTH). On décolle ensuite le grand et le petit épiploon en ayant soin d'attirer autant que possible l'estomac dans la plaie; on peut même, sur le conseil de MADELUNG, diminuer pour ce temps de l'opération l'étendue de l'incision par quelques sutures provisoires; on aura présent à l'esprit le danger qu'entraîne ce décollement de l'épiploon, et l'on aura garde de le pousser plus loin qu'il n'est absolument nécessaire pour la résection. Les chirurgiens ne sont pas encore complètement d'accord sur la question de savoir si, pour empêcher l'écoulement du contenu de l'estomac et du duodénum après séparation de ces deux parties, on doit se servir seulement des mains d'un aide ou avoir recours à des compresseurs spéciaux. En somme, on n'a pas à craindre le danger d'une gangrène des parties comprimées par l'emploi des compresseurs actuellement en usage; aussi ne pouvons-nous qu'en conseiller l'emploi.

RYDIGIER se sert de deux tiges de fer plates, recouvertes de tubes en caoutchouc et fixées l'une contre l'autre par des fils également en caoutchouc. GUSENBAUER a fait construire un compresseur analogue à l'entérotome de Dupuytren et recouvert d'une couche molle de gomme élastique. Les moyens d'occlusion les plus simples sont ceux de CZERNY (lien de caoutchouc) et de SCHÉDÉ (fil de soie); par contre, celui de KOCHER est plus compliqué (Cen-

tralblatt für Chirurgie, 1883, n° 45). Un procédé en tout cas pratique, est celui que RYDIGIER a appliqué au duodénum, qui ne peut être attiré vers la plaie; il consiste à introduire à travers l'épiploon et la paroi du duodénum un fil de soie dont on tire les bouts dans des directions opposées de façon à tendre l'intestin et à le fermer.

Le procédé d'incision et de suture de l'estomac a subi également des modifications. Ainsi RYDIGIER a rejeté l'incision verticale pour la remplacer par une incision oblique et angulaire dirigée de haut en bas et de droite à gauche; il réunit ensuite le duodénum à la petite courbure et suture les bords obliques de la plaie. BILLROTH a eu recours aussi dans la suite à une incision oblique analogue, mais sans couture, et dirigée de haut en bas et de droite à gauche ou de gauche à droite, suivant qu'il avait l'intention de réunir le duodénum à la petite ou à la grande courbure de l'estomac. On sera, du reste, obligé de modifier diversement l'incision suivant l'étendue du néoplasme, et il sera facile, éventuellement, de combiner les différents procédés de la façon la plus avantageuse.

On n'est pas non plus parfaitement d'accord sur le matériel de suture à employer. En tout cas il est assez indifférent que l'on se serve de soie fine ou de catgut. Dans ces derniers temps RYDIGIER a combiné le procédé de suture de CZERNY avec la suture continue.

§ 65. — **Gastro-entérostomie.** WOELFLER a introduit sous ce nom dans la chirurgie de l'estomac une opération ayant pour but d'obvier à l'obstacle au cours des matières au niveau du pylore par l'établissement d'une ouverture fistuleuse faisant communiquer l'estomac avec une portion élevée de l'intestin grêle. Cette opération permet, par conséquent, à la bile et au suc pancréatique d'exercer encore leur action digestive sur le contenu de l'intestin. Un certain nombre de chirurgiens ont déjà tenté cette opération dans les cas incurables de carcinome et de rétrécissement du pylore; sur 15 opérés 5 ont survécu et ont été, pour un temps variable, délivrés de leurs souffrances.

WOELFLER incisa l'estomac, attiré vers la plaie, au-dessus de l'insertion du ligament gastro-colique près de la grande courbure, et donna à cette incision une longueur de 5 centimètres; puis il souleva la partie gauche du côlon transverse et alla à la recherche du repli duodéno-jéjunal. Une anse d'intestin grêle située à une distance de 40 à 50 centimètres de ce repli et munie d'un long mésentère fut choisie pour être mise en communication avec l'estomac (COURVOISIER utilisa dans ce but l'anse duodéno-jéjunale, qu'il amena au contact de l'estomac à travers le mésocôlon transverse). La portion afférente (droite) de cette anse fut suturée à l'estomac à droite de l'orifice de ce dernier, puis la portion efférente (gauche) fut incisée et les bords de cette incision réunis par des points de suture aux bords de la plaie stomacale. Grâce à ce mode d'a-

bouchement la bile ne peut pénétrer dans l'estomac. Les bords postérieurs correspondants des deux plaies furent d'abord réunis par des sutures intérieures faites avec des fils de soie, puis les bords antérieurs furent réunis à leur tour par des sutures ne comprenant que la muqueuse, et par d'autres comprenant la séreuse et la musculaire suivant un procédé qui n'est qu'une modification de la suture de LEMBERT.

On a également cherché par une autre voie à faire disparaître directement des ulcérations et des rétrécissements du pylore. Ainsi LORETA, dans quelques cas de stricture cicatricielle, a pratiqué dans les parois de l'estomac une ouverture par laquelle il tenta avec succès la dilatation du point rétréci à l'aide du doigt et des sondes; HAHN eut recours également à l'emploi de bougies dans un cas de carcinome inopérable du pylore.

CZERNY a aussi proposé et mis en pratique certains procédés d'excision de néoplasmes et d'ulcérations de l'estomac. S'agit-il d'un ulcère, il conseille d'inciser l'estomac perpendiculairement à son axe longitudinal puis d'exciser la partie ulcérée, de suturer les bords de la perte de substance de la muqueuse, et enfin de fermer la plaie de l'incision.

Si l'on ne parvient pas à pratiquer l'excision de l'ulcère, on résèque un lambeau elliptique comprenant toute l'épaisseur de la paroi stomacale, et l'on réunit la perte de substance par des sutures.

§ 66. — Les obstacles au cours des matières dans le tube intestinal sont très diverses. Nous en avons déjà mentionné un groupe dans les paragraphes précédents. Nous devons y faire rentrer tous les obstacles siégeant dans l'intérieur de l'intestin et que l'on peut désigner d'une façon générale sous le nom de **corps étrangers**. Tels sont d'abord les corps étrangers qui, après avoir été avalés, sont parvenus jusque dans l'intestin, puis ceux qui sont nés sur place, c'est-à-dire les **calculs intestinaux** (entérolithes) et les **amas stercoraux** qui arrivent peu à peu à un volume considérable et ne peuvent plus être évacués par les selles. Mentionnons également les quelques cas dans lesquels des **pelotons d'ascarides** ont été une cause d'obstruction intestinale. Enfin des **calculs biliaires** arrivés dans le tube digestif entraînent quelquefois une obstruction ou même une occlusion complète de l'intestin.

A la suite des corps étrangers nous avons à mentionner les **néoplasmes**, et avant tout les **polypes fibreux ou appartenant à la forme papillaire**. Le plus souvent dans ces cas, c'est le concours d'autres circonstances qui détermine une occlusion complète de l'intestin, car la tumeur à elle seule s'accompagne ordinairement d'une ectasie intestinale dans le point correspondant. La véritable cause de l'occlusion complète réside, en effet, soit dans l'accumulation de masses fécales dures au-dessus de la tumeur, soit dans l'invagination que produit parfois le polype. Puis viennent d'autres tumeurs, telles que les **sarcomes** et les **carcinomes**. Ces derniers seront encore étudiés particulièrement dans les

maladies du rectum, de même que les autres causes d'obstruction de la portion inférieure de l'intestin. Toutes ces causes entraînent, en général, peu à peu une obstruction, et finalement une occlusion complète; cependant des processus ulcératifs peuvent, surtout s'il s'agit de carcinomes, ramener un certain degré de perméabilité dans le cours ultérieur de la maladie. Assez souvent l'ulcération conduit à la perforation de la paroi intestinale avec suppuration secondaire et communication du néoplasme ulcéré, par une fistule, soit avec l'extérieur à travers les parois abdominales, soit avec une autre partie de l'intestin, la vessie, etc.

D'autres néoplasmes, comme aussi des processus simplement inflammatoires, peuvent être une cause de rétrécissement de l'intestin; tels sont les tubercules et les gommés, les ulcérations dysentériques, typhiques, etc.; la guérison de ces ulcérations s'accompagne d'une rétraction cicatricielle qui a pour conséquence un rétrécissement ou même l'occlusion complète du point correspondant du tube intestinal. Les néoplasmes siégeant à côté de l'intestin, surtout ceux qui ont pour point de départ l'utérus, les ovaires, etc., donnent lieu assez souvent à des symptômes d'obstruction, mais il n'est pas très fréquent d'observer une occlusion complète en pareil cas. Le plus souvent il s'agit alors, soit d'un déplacement et d'une coudure de l'intestin, soit d'une compression de ce dernier entre la tumeur et une partie des parois abdominales.

Il n'est pas toujours possible de diagnostiquer les néoplasmes de l'intestin qui déterminent le rétrécissement ou l'occlusion de ce dernier. Abstraction faite des carcinomes du rectum, ce sont les néoplasmes du gros intestin qui par leur situation sont le plus accessibles au diagnostic; ils occupent la fosse iliaque, la région voisine du ligament de Poupart, ainsi qu'une ligne transversale passant entre le creux épigastrique et l'ombilic (côlon transverse), tandis que les tumeurs de l'intestin grêle siègent dans la région ombilicale et s'étendent en bas jusque dans le bassin et latéralement dans la région hypogastrique. Toutefois on ne devra pas s'en tenir trop strictement à ces points de repère basés sur la topographie normale des intestins, car la situation de ces derniers ainsi que de la tumeur peut facilement présenter certaines anomalies. Une partie des néoplasmes dont nous venons d'indiquer la disposition topographique, se distinguent par leur situation superficielle, si superficielle même que l'on est à se demander parfois si l'on n'aurait point affaire à une tumeur des parois abdominales. Un signe, pour ainsi dire, caractéristique dans un certain nombre de cas, c'est l'extrême mobilité de la tumeur, qui permet à elle seule de poser le diagnostic. Si l'on a pu éliminer le rein flottant, il ne reste plus à prendre en considération que certaines tumeurs de l'épiploon; ces dernières, en effet, fuient parfois tout aussi facilement sous la main, et, d'autre part, elles présentent comme les tumeurs de l'intestin, des déplacements tout à fait indépendants de la palpation, et se produisant à la suite d'un repos ou d'un mouvement du corps. Enfin,