Laparotomie dans la cirrhose du foie. — L'ascite de la cirrhose a été parfois guérie par laparotomie. Quénu, Michaux, Segond, Routier, Delbet en ont rapporté des exemples. — Nous possédons avec le professeur Lemoine une observation remarquable de cirrhose biliaire guérie depuis cinq ans, à la suite d'une laparotomie que nous avons pratiquée chez un homme de quarante ans. Certains opérateurs ont proposé de créer des adhérences entre l'épiploon et la paroi pour guérir l'ascite. D'autres (Terrier, Delagénière) ont pratiqué une cholécystomie. — Les opérations dans la cirrhose du foie sont à l'étude.

ESTOMAC

INDICATIONS DES OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC

La chirurgie de l'estomac a pris, dans ces derniers temps, un tel développement qu'il est indispensable de savoir les cas dans lesquels on peut tenter avec quelque succès une opération.

Les opérations pratiquées sur l'estomac sont *exploratrices*, *palliatives*, ou *curatives*.

Elles reconnaissent deux indications pathologiques différentes. Tantôt l'opération a pour but d'attaquer une affection de l'estomac. Tantôt elle a pour objet de pallier à une affection d'un organe avoisinant.

Les premières sont des opérations à indications *intrinsèques*; les secondes, des opérations à indications *extrinsèques*.

Opérations pour affections extrinsèques. — Leurs indications. — Les indications d'opérations pratiquées sur l'estomac pour pallier à une affection extrinsèque, sont tirées de l'existence d'un cancer ou d'un rétrécissement de l'œsophage.

Voici un homme d'un certain âge qui, sans cause connue, commence à éprouver une gêne dans la déglutition des aliments solides. Au bout de quelques mois la gêne augmente, des douleurs plus ou moins vives apparaissent au niveau du thorax. La nutrition se fait mal, le malade dépérit. Bientôt les liquides ne passent plus. Cet homme a un cancer de l'œsophage. Peut-on faire quelque chose pour lui? Si le

malade avale encore les liquides, on peut attendre; mais, dès que la déglutition des liquides devient difficile, on est autorisé à pratiquer la *gastrostomie*.

Certains chirurgiens font même, dans ces cas, la *gastrostomie*, à une époque où le malade peut encore avaler. Ils créent une bouche stomacale prête à être utilisée pour le moment où le malade ne pourra plus avaler. La *gastrostomie* est souvent une opération de consolation pour ces malheureux, mais elle rend encore des services en prolongeant un peu la vie et en épargnant au malade les souffrances de la faim.

Nous avons pu prolonger de deux mois la vie d'un cancéreux qui ne pouvait plus rien avaler.

Voici maintenant un sujet qui, à la suite d'ingestion ancienne d'une substance caustique éprouve une gêne considérable de la déglutition. Le cathétérisme de l'œsophage montre un rétrécissement. Tant que la dilatation est possible, il faut la faire. Je connais une dame qui vit depuis plusieurs années à l'aide de la sonde œsophagienne.

Mais, si le cathétérisme devient impossible, ou provoque des accidents, il ne faut pas hésiter à conseiller la *gastrostomie*. Là, l'opération est excellente. Elle est suivie du relèvement de l'état général, elle procure le repos du rétrécissement, qui, plus tard, peut se laisser franchir soit par les voies naturelles, soit de bas en haut. La *gastrostomie*, faite comme opération palliative, peut devenir curative.

Enfin la mortalité opératoire est minime dans ces cas.

La *gastrostomie* est l'établissement d'une fistule gastrique, d'une bouche stomacale. Cette fistule doit être petite, continente, *bien placée*, c'est-à-dire voisine du cardia. Pour arriver à cette perfection, on a imaginé un grand nombre de procédés. Le plus simple est encore celui de Terrier. Il n'est pas dit que ce ne soit pas le plus efficace. Il consiste à découvrir l'estomac par une incision latérale, à l'attirer, à le suturer à la paroi et à l'ouvrir sur une très petite étendue. La muqueuse stomacale est alors réunie à la peau.

La fistule n'admet qu'une petite sonde uréthrale, qu'on ne doit même pas mettre à demeure.

Opérations pour affections intrinsèques de l'estomac. — Leurs indications. — Les affections de l'estomac qui peuvent devenir justiciables d'une opération sont de deux ordres : 1° affections cancéreuses ; 2° affections non cancéreuses.

1° **Les affections cancéreuses** de l'estomac ont ouvert la voie aux opérations sanglantes. Malheureusement elles n'ont pas beaucoup bénéficié de ces opérations, du moins jusque dans ces derniers temps.

Comme pour tous les cancers, l'indication opératoire doit être posée de bonne heure, pour que l'opération ait quelques chances de succès.

En effet, dans ces cas, on peut faire une opération radicale, la *gastrectomie*, surtout la *gastrectomie pyloro-gastrique*.

Tandis que, si on attend, pour intervenir que la tumeur soit apparente, il est en général trop tard pour faire une opération radicale et quelquefois même pour faire une opération. Souvent on se contente alors de faire une intervention palliative, la *gastro-entérostomie*.

Un point qui est important à spécifier, c'est que la résection large de la portion malade de l'estomac est une opération *efficace et relativement bénigne*. L'extirpation du cancer de l'estomac donne, en effet, des survies de onze à seize mois en moyenne (Mikulicz), et, d'après le rapport de Wölfler, on pouvait compter, en 1896, en Allemagne, 24 malades qui ont eu la vie prolongée de deux à huit ans, 25 autres malades, de un à deux ans. On n'a pas mieux dans les cancers de la langue !

L'opération est *relativement bénigne*, étant donné l'extrême gravité du cancer. La mortalité, d'après les statistiques de Hartmann, est de 26 0/0. Les fibromes de l'utérus donnaient, il y a quelques années, la même mortalité, et on les opérait.

Le médecin, pénétré de ces idées, cherchera donc à faire un *diagnostic précoce*, car toute la question est là. Quels sont les moyens à notre disposition pour faire ce diagnostic? En dépit des nouvelles méthodes d'exploration de l'estomac, il faut bien avouer que nous sommes souvent désarmés. Cependant on ne doit jamais négliger les phénomènes indiquant

une sténose gastrique et on doit explorer l'estomac par l'*inspection* et, au besoin, par l'*insufflation* (poudres effervescentes, insufflation avec la soufflerie du thermo-cautère), par la *palpation*, la *percussion*, l'*auscultation*. Ce sont les seules méthodes pratiques, car il n'est pas à la portée de tous de faire la *gastro-diaphanie* ou la *gastroscopie* et, d'ailleurs, ces méthodes ne donnent pas de résultats très remarquables. Mais on aura surtout recours au *lavage de l'estomac* avec le tube de Faucher, l'appareil de Debove ou de Frémont, pour étudier le contenu de l'estomac et surtout pour constater la *stase alimentaire*. Voici comment il faut procéder : Si un malade qui se plaint de l'estomac n'a pas été soulagé par les moyens habituels, faites l'exploration suivante : douze heures après le dernier repas, introduisez dans l'estomac le tube de Faucher, selon le procédé habituel, en conduisant le tube jusqu'au pharynx et en le faisant avaler au malade. Retournez l'entonnoir et, s'il ne vient rien, injectez un peu d'eau bouillie. Bientôt le siphon s'établira et vous serez en présence du contenu stomacal. S'il existe des débris alimentaires, concluez à un obstacle pylorique grave. Faites alors examiner ce contenu par un chimiste et, s'il ne trouve pas d'acide chlorhydrique, les présomptions en faveur du cancer sont grandes. Enfin, si le poids du malade diminue, *n'hésitez pas à proposer la laparotomie exploratrice*. La stase pylorique avec la diminution du poids indiquent donc la *laparotomie*.

De cette façon, si la tumeur existe, on a des chances de la trouver et de l'enlever au début. S'il n'existe qu'une sténose du pylore, on peut encore y remédier. En tout cas, c'est la seule manière de traiter convenablement le cancer de l'estomac.

La question du diagnostic est donc capitale.

Supposons maintenant que la *tumeur est apparente* et que le cancer n'est pas douteux. Faut-il conseiller l'opération ?

Oui, à condition qu'il n'existe pas de signes de généralisation cancéreuse (augmentation de volume du foie, des ganglions sus-claviculaires, varicocèle de date récente) (Hartmann) et que le malade puisse supporter l'opération.

La laparotomie une fois pratiquée, on se décidera à faire une *gastrectomie* ou une *gastro-entérostomie*, c'est-à-dire une anastomose de l'estomac avec le jéjunum.

Cette opération, elle-même, bien que palliative, a un effet immédiat merveilleux ; les malades mangent, digèrent, engraissent et ne souffrent plus. La mortalité de cette opération est à peu près celle de la résection, aggravée par l'état du malade. La survie est, en moyenne, de sept mois.

Le chirurgien, après la laparotomie, décide s'il y a lieu de faire l'une ou l'autre de ces opérations, d'après les adhérences et l'état plus ou moins avancé du mal et d'après la généralisation aux organes voisins. D'ailleurs, il faut bien le dire, si la résection ne se présente pas dans de très bonnes conditions, il est préférable d'avoir recours à la gastro-entérostomie.

Une malade, que j'ai opérée de la sorte, a vécu dix mois dans d'excellentes conditions, sans douleur et sans vomissements, se croyant guérie.

2° **Affections non cancéreuses.** — Les affections non cancéreuses sont celles qui ont le plus bénéficié de la chirurgie. Les résultats de ces opérations sont de plus en plus satisfaisants. Ainsi que le dit Doyen, l'avenir de la chirurgie de l'estomac n'est pas dans l'ablation du cancer, elle est dans la cure des affections non cancéreuses qui, toutes, sans exception, peuvent aboutir à cette dégénérescence redoutable. L'avenir est à la chirurgie des affections prémonitoires du cancer.

Il paraît, en effet, démontré que la plupart des cancers de l'estomac ont une période prémonitoire très longue, pendant laquelle les malades souffrent de dyspepsie et de signes d'ulcère, et en rapport avec cette notion clinique on a observé la transformation anatomique de l'ulcère en cancer.

Mais ce n'est pas seulement pour cette raison que les affections non cancéreuses sont justiciables souvent du traitement opératoire, c'est aussi et surtout parce que, en cas d'insuccès du traitement médical, la chirurgie est seule capable de les guérir et de les guérir radicalement.

Voici les maladies dans lesquelles l'opération a été faite :

Ulcère de l'estomac, dyspepsie grave, rétrécissements spasmodiques du pylore avec dilatation rebelle, fissure, ulcère et rétrécissements du pylore, ulcères et rétrécissements du duodénum.

L'opération ne s'adresse, d'ailleurs, qu'à trois symptômes, qui se rencontrent dans ces différentes maladies : 1° les vomissements incessants ; 2° les hémorrhagies répétées ; 3° la dilatation de l'estomac.

1° *Vomissements.* — On doit intervenir dans les cas de vomissements incoercibles (ulcère de l'estomac, ulcérations tuberculeuses, rétrécissements intrinsèques du pylore, rétrécissements réflexes).

On doit aussi intervenir quand on trouve de la stase alimentaire avec diminution du poids.

Pour toutes ces affections, guidés par les vomissements, on doit donc intervenir et pratiquer la *gastro-entérostomie* le plus souvent.

La gastro-entérostomie dans ces cas, faite suivant une bonne technique et sans fautes opératoires, peut donner une mortalité de 10 0/0 (Czerny), de 8,3 0/0 (Carle). Elle est, par conséquent, très peu dangereuse.

Les résultats immédiats de l'opération sont excellents. Les vomissements cessent, ainsi que les douleurs ; le malade gagne du poids. On assiste à de véritables résurrections.

Quant aux résultats éloignés, ils ont été étudiés séparément. Les dyspeptiques graves profitent largement de l'opération.

L'ulcère en voie d'évolution peut disparaître.

Dans les sténoses pyloriques la gastro-entérostomie est l'opération de choix ainsi que dans la *dyspepsie hyperchlorhydrique.*

La *pyloroplastie* est une autre opération, qui peut soutenir la comparaison avec la précédente. Elle a pour but de rendre au pylore ses dimensions normales. Cette restitution se fait par une incision du pylore dans le sens longitudinal, incision qu'on réunit transversalement.

L'opération n'est praticable que lorsque le pylore peut être

facilement mobilisé. La mortalité de l'opération est à peu près celle de la gastro-entérostomie.

La *dilatation de l'estomac* idiopathique a été traitée par la gastro-entérostomie (Marcel Baudoin, Jeannel, etc.).

Au fur et à mesure que l'opération devient moins grave, on se décidera plus souvent à intervenir dans ces cas.

Les *hématémèses* sont-elles justiciables du traitement chirurgical ?

Voici comment Dieulafoy pose les indications : « En face d'un malade chez lequel on a toute raison pour supposer l'existence d'un *ulcus simplex* ou de l'*exulceratio simplex*, que la lésion soit avérée ou latente, du moment que ce malade est pris d'une de ces hématémèses qui lui a fait perdre d'un coup un demi-litre ou un litre de sang (sans compter le mélœna), et à plus forte raison si cette grande hémorrhagie se répète une deuxième, une troisième fois à brève échéance, il n'y a pas un instant à perdre, il faut opérer).

Dans les autres cas, l'opération n'est pas urgente.

L'opération, préconisée par Dieulafoy, est cependant discutable, parce qu'elle est très grave et parce que le traitement médical donne de beaux résultats. La glace, les injections de sérum, le repos, ont sauvé peut-être plus de malades que l'opération.

Si les hémorrhagies sont répétées et anémient le malade la gastro-entérostomie est indiquée, et elle donne des résultats remarquables (Savariaud).

On voit donc que dans les affections non cancéreuses de l'estomac, quand ces affections sont justiciables d'une opération, c'est le plus souvent à la *gastro-entérostomie* qu'on aura recours (Souligoux).

De la gastro-entérostomie. — Imaginée par Wölfler (1881), elle a pour but de dériver le cours des aliments de manière à déposséder le pylore de ses fonctions.

Pour établir cette anastomose, trois procédés sont en présence : 1° le procédé des sutures ; 2° le procédé des bou-

tons; 3° le procédé d'accollement sans ouverture immédiate de l'intestin et de l'estomac (Procédé de Souligoux).

Le procédé des sutures est celui qui est généralement admis.

L'anastomose a lieu entre la première anse jéjunale et la face antérieure ou mieux postérieure de l'estomac.

Récemment encore Routier, Schwartz et Reclus ont défendu la gastro-entérostomie antérieure (procédé Wölfler), tandis que Tuffier reste partisan de la gastro-antérostomie postérieure transmésocolique (von Haeker). Enfin Roux pratique la gastro-entérostomie en Y, opération que Doyen a adoptée.

Parmi les affections non cancéreuses de l'estomac, les *corps étrangers* volumineux ou pointus fournissent une indication urgente d'opérer.

La radiographie permet actuellement de se rendre un compte très exact de la forme et de la situation du corps étranger.

L'opération qu'on pratique dans ces cas est la *taille stomacale* ou *gastrotomie*. C'est par cette opération qu'on a retiré de l'estomac des fourchettes, un dentier, etc. A l'aide d'une incision parallèle au rebord costal gauche, à 1 centimètre au-dessous de lui, incision qui ne descend pas au-dessous de la neuvième côte (triangle de Labbé), on met à découvert et l'on attire l'estomac qu'on ouvre pour retirer le corps étranger. On suture ensuite soigneusement l'estomac et on le rentre.

Bien faite, l'opération doit presque toujours réussir.

INTESTIN

TUMEURS DE L'INTESTIN

La chirurgie de l'intestin est analogue à celle de l'estomac. Le tout est de faire un diagnostic, de poser une indication opératoire. C'est surtout le *cancer du gros intestin* qui est justiciable d'une opération. Les meilleurs signes pour le diagnostic, sont les *crises douloureuses paroxystiques* périodiques avec ondulations visibles de l'intestin et les *périodes de constipation* prolongée, coupées de débâcles, les signes d'*affaiblissement précoce*, la *perception de la tumeur*.

Diagnostiquer un cancer du gros intestin, c'est poser l'indication opératoire.

Alors on peut faire la *cure radicale*, c'est-à-dire la résection d'une partie du gros intestin. Cette opération est assez meutrière (50 0/0); mais, quand elle réussit, elle peut procurer la guérison. Le malade de M. Baude que j'ai opéré et dont j'ai publié l'observation (cancer du colon transverse) vit depuis deux ans sans récidive.

L'*entéro-anastomose* pare aux accidents d'obstruction.

C'est une ressource, quand le cancer ne peut être enlevé.

L'*exclusion intestinale* vaut mieux encore.

Le *simple anus* contre nature peut donner de longues survies et soulager considérablement les malades.

C'est entre ces trois dernières opérations qu'on aura à choisir quand on se trouvera en présence d'un néoplasme inopérable. L'*exclusion* doit être préférée quand elle est possible. Elle ne sera jamais *totale* mais toujours *partielle*. Elle