

cibles, sont au nombre des indications opératoires les plus formelles.

Toute temporisation exagérée peut, en pareil cas, devenir fatale, le cancer demeurant une menace de chaque jour auprès des malades atteints d'ulcère rond qui ont eu la bonne fortune de ne pas succomber à la suite d'une hémorragie foudroyante ou d'une péritonite suraiguë.

A défaut d'un diagnostic certain, la marche de la maladie doit seule déterminer l'opportunité de l'intervention.

Quels que soient les symptômes observés, l'aggravation de l'état général et l'inefficacité de toute thérapeutique médicale sont les indications les plus impérieuses. L'âge, à moins qu'il ne soit très avancé, ne doit pas entrer en ligne de compte, si le malade n'est pas cancéreux et si l'on peut intervenir avant qu'il n'existe un degré avancé de cachexie. La gastro-entérostomie a donné, en effet, même chez les cancéreux, de nombreux succès jusqu'à 60 ans et plus.

L'opération sera donc d'un pronostic tout particulièrement favorable chez les sujets jeunes et non cancéreux.

INTERVENTION CHIRURGICALE

1° PYLORECTOMIE

La première opération pratiquée pour remédier à la sténose du pylore a été, comme nous l'avons vu, la pylorectomie (1879) (Voir p. 4 et suiv.).

Le manuel opératoire de cette opération a été réglé par Billroth.

La pylorectomie comporte plusieurs temps :

1° L'isolement de la tumeur, qui doit être notamment détachée de ses connexions épiploïques, souvent très vasculaires, et de la paroi abdominale postérieure ;

2° La section de l'estomac et du duodénum ;

3° La réunion de l'estomac au duodénum.

L'orifice de l'estomac AB, qui résulte de l'ablation du néoplasme, étant toujours plus grand que l'ori-

ficé duodéna1 A'B' (fig. 111), il faut, avant de tenter leur juxtaposition, rétrécir par une suture longitudinale AC, partant de la petite courbure, la plaie stomacale, que l'on réduit ainsi à un orifice CB de dimension égale à celle de l'orifice duodéna1 A'B'.

Pour pratiquer cette réunion, on maintient l'estomac et le duodénum fermés à l'aide des doigts, d'une anse de caoutchouc, ou mieux d'une

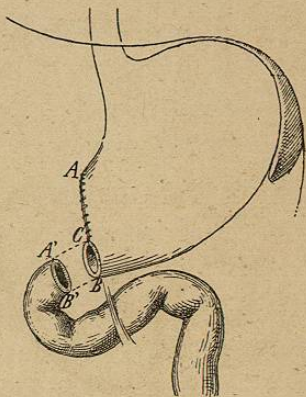


FIG. 111.

de nos pinces à pression élastique, et l'on commence les sutures par le plan séro-séreux postérieur. On réunit ensuite les muqueuses, puis on complète le plan séro-séreux sur la demi-circonférence antérieure. La plupart des chirurgiens préfèrent la suture à points séparés. Quelques-uns

emploient le surjet pour le plan muco-muqueux.

Si la tumeur extirpée présente 6 ou 7 centimètres d'étendue, il peut devenir difficile de réunir sans tiraillements le duodénum à l'estomac.

2° GASTRO-ENTÉROSTOMIE

La gastro-entérostomie, imaginée par Wœlfer

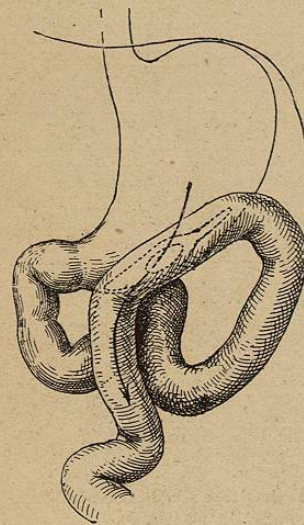


FIG. 112.

en 1881, a été d'abord pratiquée dans un cas de cancer du pylore trop étendu pour permettre une opération radicale.

La tumeur fut laissée en place, et Wœlfler anastomosa la face antérieure de l'estomac, au voisinage de la grande courbure, avec une des premières anses du jéjunum (fig. 112).

Nous reviendrons plus loin sur cette opération, qui, primitivement très défectueuse, a subi de la part de divers chirurgiens de nombreuses modifications.

3° RÉSECTION ELLIPTIQUE OU CUNÉIFORME DU PYLORE

En 1882, Czerny eut l'idée, dans un cas de sténose fibreuse du pylore, d'en faire l'excision elliptique, en ménageant la paroi postérieure.

La gravité de l'opération était ainsi considérablement diminuée, puisqu'il devenait inutile de détacher des tissus sous-jacents la partie adhérente de la région pylorique, et que l'on évitait en même temps les sutures toujours difficiles de la demi-circonférence postérieure.

On se rendra compte de la supériorité de l'excision cunéiforme du pylore sur la pylorectomie typique dans les cas de simple cicatrice, en comparant les figures 111, 113, 114 et 115.

Nous verrons, en effet, à propos de la pylorectomie typique, que le point délicat est, dans cette opération, de réunir solidement, et sans infection de la ligne des sutures, les deux demi-circonférences postérieures des orifices gastrique et duodénal (pages 230 et suiv.).

S'il s'agit, non plus d'un cancer, mais d'une cicatrice,

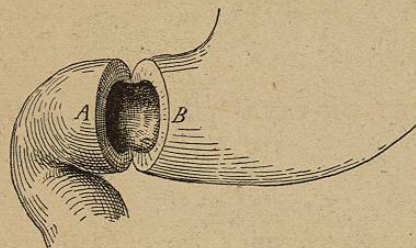


FIG. 113.

il suffit de réséquer un coin (AB, fig. 113) de la partie rétrécie, comprenant simplement la demi-circonférence ou les trois cinquièmes antérieurs de la région pylorique.

On maintient fermés, avec les doigts ou par tout autre procédé, le duodénum et l'estomac, puis on effectue la réunion par un double plan de sutures muco-muqueuses et séro-séreuses.

Ces sutures peuvent se faire soit à points séparés, soit par tout autre procédé, et tout particulièrement

par le surjet à points passés que nous décrirons plus loin (page 292).

Les figures 114 et 115 représentent la section cu-

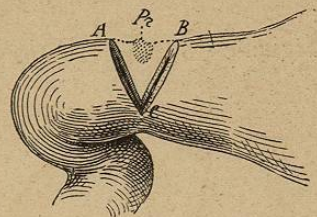


FIG. 114.

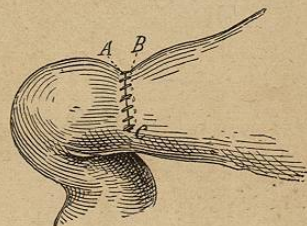


FIG. 115.

néiforme du pylore vue de champ, avant et après la confection des sutures.

L'orifice gastro-duodénal obtenu par la résection cunéiforme du pylore, dans le cas d'une cicatrice de quelque étendue, est beaucoup plus favorable à la libre évacuation de l'estomac que l'orifice obtenu par la simple pyloroplastie (v. fig. 117 à 119).

4° PYLORECTOMIE COMBINÉE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

La cure chirurgicale du cancer de l'estomac pré-

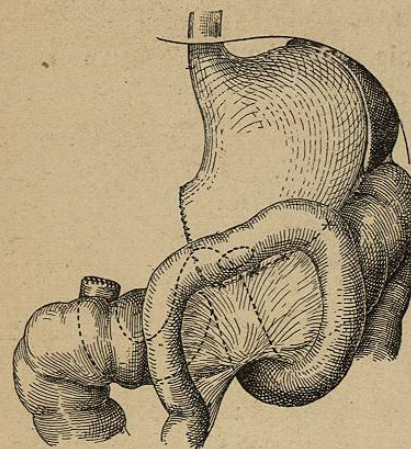


FIG. 116.

occupait toutefois beaucoup plus les adeptes de la pylorotomie que la cure des affections non cancéreuses, parmi lesquelles on n'avait encore entrevu qu'exceptionnellement, et souvent par suite d'une erreur de diagnostic, la sténose fibreuse.

On chercha donc à extirper des néoplasmes gas-

triques étendus au quart ou aux deux tiers de la totalité des parois de l'estomac. La réunion de l'estomac au duodénum devait se montrer impraticable après une résection aussi importante de la région pylorique et de l'antra du pylore. Aussi Billroth proposa-t-il, en 1885, dans les cas où le cancer serait très étendu, de pratiquer en premier lieu la gastro-entérostomie, puis l'extirpation du néoplasme, et de fermer en cul-de-sac le duodénum et l'estomac. La nouvelle opération prit le nom de pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie, ou opération de Billroth (fig. 116).

5° PYLOROPLASTIE

L'incision simple du pylore, suivie de suture transversale, ou pyloroplastie, fut exécutée en 1886 par Heineke et Mickulicz pour remédier à des cas de cicatrice pylorique de petite étendue.

La pyloroplastie consiste dans l'incision longitudinale du pylore (fig. 117) suivie de suture transversale (fig. 118 et 119).

L'incision de l'anneau pylorique doit être pratiquée sur une étendue variable suivant le degré de sténose, car les sutures doivent porter sur des tissus sains.

Une première anse de fil FF' est passée aux deux

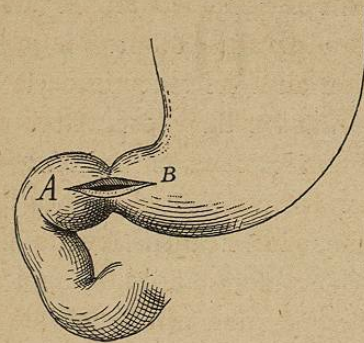


FIG. 117.

extrémités de l'incision AB (fig. 118), puis nouée



FIG. 118.

comme le représente la figure 119, de manière à convertir l'incision longitudinale AB en une fente trans-

versale SS', qui est alors réunie par un double ou triple rang de sutures (suture muco-muqueuse, 1^{er} rang, et sutures séro-séreuses, 2^e et 3^e rangs).

La pyloroplastie a été faite non seulement dans des cas de cicatrice du pylore, mais aussi pour remédier à des « rétrécissements relatifs » du sphincter pylorique qui n'étaient en réalité que des cas de simple contracture. D'où la bénignité de cette

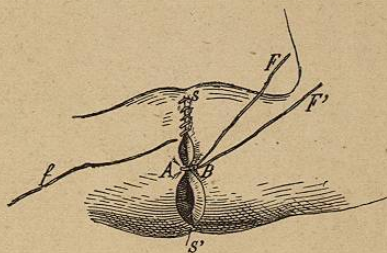


FIG. 119.

opération, qui a presque toujours été pratiquée sur des pylores sains ou à peu près sains anatomiquement, et qui ne péchaient que par une excitabilité anormale.

6^e GASTROPLASTIE

Enfin nous signalerons l'opération que nous avons imaginée en présence d'un cas d'estomac en

bissac, et qui doit être nommée « gastroplastie ». La gastroplastie est applicable à tous les cas d'estomac en bissac et deviendra classique lorsque, par suite de la vulgarisation de la chirurgie stomacale,

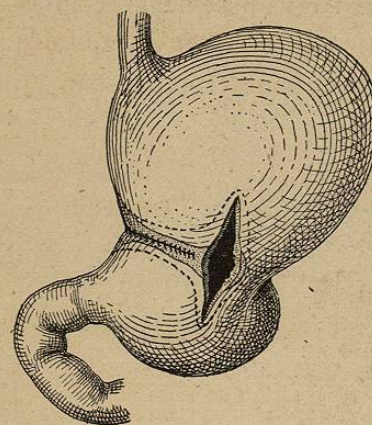


FIG. 120.

on aura pris l'habitude de découvrir sur le vivant, comme nous l'avons fait nous-même, et de guérir par une opération hardie une lésion qui jusqu'alors n'avait été qu'une trouvaille d'autopsie.

Cette opération, que nous avons exécutée d'urgence en présence d'un cas exceptionnel, est la première de ce genre qui ait été pratiquée. Nous en donnerons plus loin la description détaillée.

APPRÉCIATION DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

1° INCONVÉNIENTS DE LA PYLOROPLASTIE ET DE LA PYLORECTOMIE TYPIQUE

Presque toutes ces opérations, à part la pyloroplastie, qui semble d'ailleurs avoir été le plus souvent pratiquée, comme nous l'avons signalé, sur le pylore sain ou presque sain et simplement contracturé, ont donné jusque dans ces derniers temps une mortalité considérable (40 à 50 p. 100).

La pyloroplastie nous semblant une opération défectueuse, puisqu'elle est impraticable chaque fois qu'il existe des plaques indurées de quelque étendue et ne peut remédier au fonctionnement défectueux de l'anse duodénale, nous avons cherché à adopter une ligne de conduite bien déterminée, et nous avons étudié les causes des nombreux succès opératoires de la pyloroplastie et de la gastroentérostomie.

Notre but était en effet d'étendre la chirurgie de l'estomac aux affections non cancéreuses, telles que l'ulcère rond et les dyspepsies graves, et la proportion de 40 à 50 p. 100 d'insuccès opératoires nous

semblait à elle seule devoir faire rejeter toute intervention sanglante chez des malades atteints de lésions chroniques autres que le rétrécissement infranchissable du pylore.

Il nous fallait donc rechercher les moyens d'éviter à coup sûr, au cours de l'opération, l'infection du péritoine, et d'assurer à la fois une réunion solide, défiant toute perforation secondaire, et la libre évacuation de l'estomac dans l'intestin grêle.

Dès nos premières opérations, nous avons été frappé de la disposition défectueuse du pylore et du duodénum dans les cas d'ectasie gastrique.

Si nous observons, en outre, que, dans les cas de cancer du pylore, on est obligé, pour pratiquer la pyloroplastie typique et suturer le duodénum à l'estomac, de réduire autant que possible la perte de substance et de réunir par une suture en raquette deux orifices de dimension fort différentes (fig. 111), la pyloroplastie typique passera au rang des opérations défectueuses.

La pyloroplastie est une opération grave (57,4 p. 100 d'insuccès sur 188 cas, — Dreydorff).

La péritonite par perforation est, parmi les causes de mort, une des plus fréquentes.

La ligne de réunion de l'estomac au duodénum est en effet le siège de tiraillements presque inévi-

tables toutes les fois que l'on a extirpé plus de 5 ou 6 centimètres de la région pylorique.

Vient-on à réséquer seulement, comme il est noté dans nombre d'observations, un anneau de 3 à 4 centimètres, on aura pratiqué, en cas de cancer, au point de vue de la guérison radicale, une intervention absolument illogique.

Le moindre anneau cancéreux du pylore réclame une ablation large, et le chirurgien ne saurait subordonner à un manuel opératoire défectueux les chances de guérison durable dont demande à profiter le patient.

Moins le cancer est étendu, plus il faut opérer largement.

Notre premier opéré de pylorectomie typique est mort de choc, — la tumeur offrait le volume des deux poings; la faiblesse était telle qu'il avait eu avant l'opération plusieurs syncopes.

Les conditions défectueuses où l'on se trouve dans cette opération, au point de vue de l'antisepsie, pour la confection des sutures de la demi-circonférence postérieure du cercle de réunion gastro-duodénal, les tiraillements qui ne peuvent manquer de se produire après l'ablation d'une grande étendue de la région pylorique, l'obligation où nous nous étions trouvé de raser d'aussi près que possible le néoplasme, dont

l'étendue était énorme, nous ont décidé dès ce premier cas à proscrire désormais la pylorectomie typique.

Le second cas de néoplasme du pylore que nous avons opéré était plus favorable.

Nous avons, de propos délibéré, combiné, à l'exemple de Billroth, la pylorectomie et la gastro-entérostomie (fig. 116), avec cette différence que nous avons terminé par la gastrojéjunostomie, que Billroth pratiquait au contraire en premier lieu.

Nous verrons, en décrivant le manuel opératoire de cette opération, qu'elle peut être faite, grâce à l'emploi de nos pinces à pression élastique, sans danger d'infecter le péritoine.

Quelque temps après, ayant enlevé dans un cas de cancer plus du tiers de l'estomac, nous avons cru pouvoir abréger l'opération en abouchant dans le jéjunum, comme nous le représentons figure 121, l'extrémité inférieure de la plaie stomacale.

La malade nous semblait guérie, lorsque, le 9^e jour, elle succomba en une nuit à une péritonite suraiguë : une perforation s'était produite au point de la jonction de la suture longitudinale de l'estomac avec la suture circulaire gastro-jéjunale.

Nous avons dès lors rejeté pour l'entérorraphie