

faire, de créer, en pratiquant la gastro-entérostomie antérieure, un orifice moins favorable à l'évacuation de l'estomac que celui que crée Von Hacker sur la face postérieure du viscère, tombe de lui-même si l'on examine la figure 141.

Cette figure représente, en effet, en A et en B, la situation par rapport à la grande courbure et aux parois antérieure et postérieure de l'estomac, des orifices que l'on crée dans notre opération de gastro-entérostomie antérieure (A) et dans les procédés de gastro-entérostomie postérieure (B). Ces orifices, A et B, sont tellement déclives tous deux, que nous hésiterions à donner la préférence à l'un plutôt qu'à l'autre, si la gastro-entérostomie antérieure n'offrait sur les procédés de gastro-entérostomie postérieure la double supériorité d'être moins laborieuse et d'exposer à moins de complications opératoires.

MANUEL OPÉRATOIRE

Dès que l'intervention chirurgicale a été décidée et acceptée par le malade et son entourage, il persiste néanmoins bien des inconnues.

S'agit-il d'un malade non cancéreux, l'interven-

tion, si elle se montre possible, se réduira à une gastrojéjunostomie¹.

Mais l'ouverture du ventre peut réserver au chirurgien bien des surprises :

Un de nos opérés, atteint d'ulcère, et chez lequel nous comptions faire sans difficulté la gastro-entérostomie, présentait des adhérences telles entre l'estomac et les viscères voisins qu'il nous a fallu, pour trouver, en dehors de la vaste plaque ulcéreuse, un point propice à l'anastomose gastrojéjunale, détacher laborieusement le lobe droit du foie sur une étendue de 7 à 8 centimètres.

L'opération se montrait presque impraticable : ce cas fut un de nos plus beaux succès.

Chez une autre malade (gastroplastie), nous comptions trouver un ulcère du pylore.

Nous sommes tombé sur un estomac en bissac adhérent à la paroi abdominale. Sur-le-champ, nous avons imaginé une opération nouvelle et guéri la patiente.

L'extension des plaques calleuses vers le duodénum et la vésicule biliaire, les adhérences du pylore ulcéré au lobe droit du foie ne présentent aucune

1. Nous avons donné plus haut la raison qui nous fait proscrire, dans les cas même de dilatation par suite de simple contracture du pylore, la pyloroplastie.

importance au point de vue de l'opération, la gastro-entérostomie se pratiquant sur l'antra du pylore et tout près de la grande courbure.

Il faut, en pareil cas, se garder d'aggraver l'intervention en s'attaquant aux adhérences, qu'il vaut mieux ménager, car elles ne présentent au point de vue de la guérison aucune importance.

Il résulte de ce qui précède que rarement, dans le cas d'affection non cancéreuse de l'estomac ou du duodénum, le chirurgien devra se borner à une laparotomie exploratrice. Le plus souvent, toujours même, si l'opérateur possède une certaine expérience de la chirurgie de l'estomac, il pourra mener à bien la gastrojéjunostomie et donner ainsi au patient 90 à 95 p. 100 de chances de guérison.

Nous ne devons pas oublier que certains ulcères calleux peuvent simuler un carcinome.

On ne saurait examiner de trop près ces cas exceptionnels, et l'absence de tout semis cancéreux dans le voisinage, l'aspect franchement fibreux et inflammatoire des tissus épaissis permettra d'épargner au malade les risques plus grands de la pylorectomie.

S'agit-il d'un cancer, nombreux sont les cas où, malgré la mobilité apparente de la tumeur, les adhérences avec le foie, le côlon, la présence de masses ganglionnaires profondes englobant la veine porte

et la veine cave, l'étendue même du néoplasme, qui souvent infiltre d'une manière diffuse les tuniques du viscère, rendront impossible toute opération radicale. La gastro-entérostomie elle-même est souvent impraticable, les points accessibles de l'estomac étant envahis en totalité par le cancer.

L'opération doit, en pareil cas, demeurer exploratrice.

Si la gastro-entérostomie est possible, il faut se borner à cette intervention toutes les fois que la présence de ganglions profonds et l'étendue du néoplasme ne sauraient permettre une extirpation large.

La pylorectomie doit donc être réservée aux cas où il n'existe qu'une plaque cancéreuse de petite étendue, sans infection ganglionnaire et sans adhérences aux organes voisins, ces adhérences étant presque toujours infiltrées d'éléments cancéreux.

C'est pourquoi, quand nous extirpons le pylore dégénéré, nous pratiquons une ablation large de la tumeur et nous fermons séparément le duodénum et l'estomac, pour anastomoser ensuite ce dernier, le plus loin possible du néoplasme, avec le jéjunum.

Toute opération sur l'estomac ou le pylore devra donc comprendre, comme premier temps, une exploration minutieuse de toute la région.

Cette exploration, qui pour un chirurgien exercé

ne dure que quelques minutes, permet en effet de décider sur-le-champ :

- 1° Si le malade est inopérable;
- 2° S'il s'agit d'un néoplasme limité;
- 3° S'il s'agit d'une affection non cancéreuse.

1° *Si le malade est un cancéreux inopérable*, le chirurgien doit s'en tenir à une laparotomie exploratrice, et ne pas faire courir au patient, qui n'en saurait tirer en pareil cas aucun bénéfice, les chances bien restreintes d'une opération défectueuse.

2° *S'agit-il d'un cancer bien limité*, la pylorotomie ne doit être faite que si l'on est sûr de pouvoir dépasser d'un ou deux centimètres au moins les limites extrêmes du néoplasme.

Sinon il faut se contenter d'une gastro-entérostomie simple, et même, si cette dernière est impraticable, refermer le ventre.

3° *S'il s'agit d'une affection non cancéreuse*, il faut, le pylore serait-il simplement contracturé, pratiquer la gastro-entérostomie par notre procédé, cette opération étant tout aussi bénigne que la pyloroplastie et se montrant beaucoup supérieure à cette dernière par l'évacuation du contenu de l'estomac.

INCISION EXPLORATRICE

(L'opérateur se place à la droite du patient.)

L'incision doit être faite entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Une incision de 6 à 7 centimètres suffit d'habitude pour explorer la région et déterminer le mode d'intervention opportun.

Les lèvres de la plaie péritonéale sont maintenues

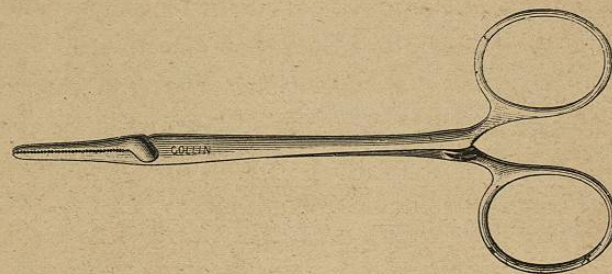


FIG. 142. — Pince de Collin.

par quelques pinces à pression continue (fig. 142), et l'estomac est exploré avec l'index, puis attiré au dehors.

Dans les cas de cancer rétractile généralisé, l'estomac peut être profondément enfoui sous le foie et difficilement accessible : nous avons observé deux fois cette particularité.

Le plus souvent l'antra du pylore est dilaté et se laisse attirer au dehors, ainsi que le pylore, et il est

aisé d'explorer en quelques instants la face inférieure du foie, l'état des voies biliaires et le côlon transverse.

Les adhérences sont-elles généralisées, le péritoine parsemé de nodules cancéreux ou tuberculeux, force est de refermer le ventre.

Toute intervention est également impossible lorsque la totalité de l'estomac est atteinte de dégénérescence maligne, car il ne subsiste aucune trace de tissu sain susceptible d'être réuni par les sutures.

L'exploration des viscères abdominaux permet-elle de conclure à l'intervention chirurgicale, le premier point est de confirmer le diagnostic anatomique de la lésion, et de reconnaître s'il s'agit ou non d'un cancer. Le doute n'est guère possible pour un opérateur rompu à l'étude de l'anatomie pathologique.

Le cancer se présente avec un aspect tout spécial; le squirrhe annulaire du pylore lui-même, que l'on a si souvent pris pour une simple hypertrophie des tuniques musculaires, s'étend quelque peu vers la grande ou la petite courbure. L'épaississement et l'induration de la couche musculuse de l'estomac offrent une consistance spéciale, qui rappelle la dureté du cancroïde de la langue et de l'utérus. Cette musculuse présente une teinte rougeâtre; la séreuse lui adhère intimement, et, subsisterait-il quelque

incertitude, la facilité avec laquelle ces tissus néoplasiques se déchirent au cours des sutures ou à la moindre traction lèverait bien vite tous les doutes.

Une des particularités du cancer est d'ailleurs sa dissémination, et il est bien rare de ne pas constater à un examen attentif quelques tractus serpiginieux ou quelques noyaux isolés dont la nature n'est pas douteuse. Nous avons observé ces noyaux isolés sur l'estomac, dans les épiploons et sur la vésicule biliaire. Leur dimension ne serait-elle que celle d'une tête d'épingle, leur présence est caractéristique.

Les ganglions cancéreux ont rarement l'aspect des ganglions inflammatoires que l'on rencontre dans les cas d'ulcères calleux d'ancienne date. Les ganglions cancéreux sont diffus, et adhèrent aux tissus voisins, envahis eux-mêmes par la dégénérescence maligne.

Nous décrirons successivement les trois opérations que nous proposons pour remédier aux lésions de l'estomac, du pylore et du duodénum :

1° La **gastro-jéjunostomie antérieure avec rétrofixation du grand épiploon;**

2° La **pylorectomie combinée à la gastro-jéjunostomie;**

3° La **gastroplastie.**

Nous terminerons par cette dernière opération,

comme étant jusqu'ici une intervention exceptionnelle.

La **pylorectomie typique** et la **pyloroplastie** ont été suffisamment entrevues plus haut pour être exécutées par les chirurgiens qui, malgré nos conclusions, les préféreraient aux opérations que nous allons décrire.

1° GASTROJÉJUNOSTOMIE

La gastrojéjunostomie reconnue possible, le premier temps est la recherche du jéjunum.

Il est aussi défectueux d'aboucher l'estomac, à l'exemple de Luecke, dans la dernière portion de l'iléon (Roux), que de pratiquer, comme l'a fait Terrier, la cholécystentérostomie sur une anse d'intestin grêle voisine de la valvule de Bauhin.

L'estomac doit être abouché dans la première anse du jéjunum.

Il suffit, pour trouver la première anse du jéjunum, d'attirer au niveau de la plaie le côlon transverse, puis le grand épiploon, en général peu volumineux chez les sujets que l'on opère de gastroentérostomie.

L'index gauche, plongé dans la profondeur à la face inférieure du méso-côlon transverse, reconnaît aisément la corde formée par le ligament de Treitz et

les fossettes péritonéales qui correspondent à l'origine du jéjunum, dont la première anse est ainsi amenée au dehors.

On s'assure immédiatement de la direction du bout

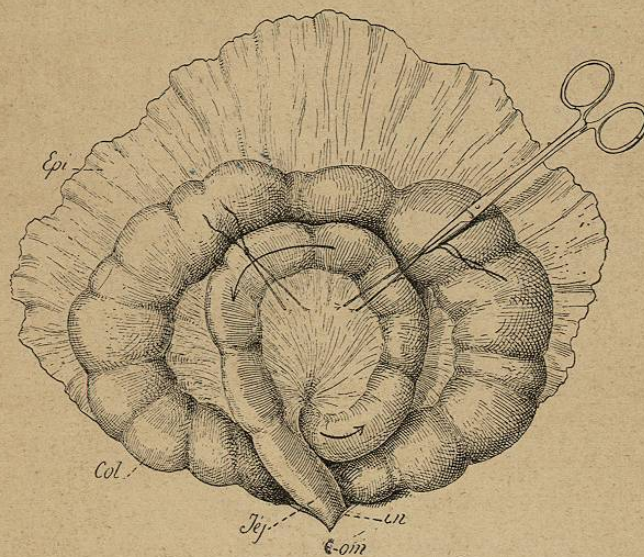


FIG. 143.

Epi, grand épiploon; — Col, côlon transverse; — Jéj, jéjunum; — Om, ombilic; — In, incision de la paroi.

supérieur, et l'on dispose l'anse jéjunale comme nous l'indiquons sur la figure 143, de telle sorte qu'elle décrive, à partir du ligament de Treitz, une boucle dirigée en haut et vers la droite. Il est bon, pour ne pas s'exposer à modifier fortuitement au moment des