

et nous isolons le plus souvent la tumeur sans autre particularité que la déchirure de deux à trois artérioles minuscules, qui sont immédiatement liées.

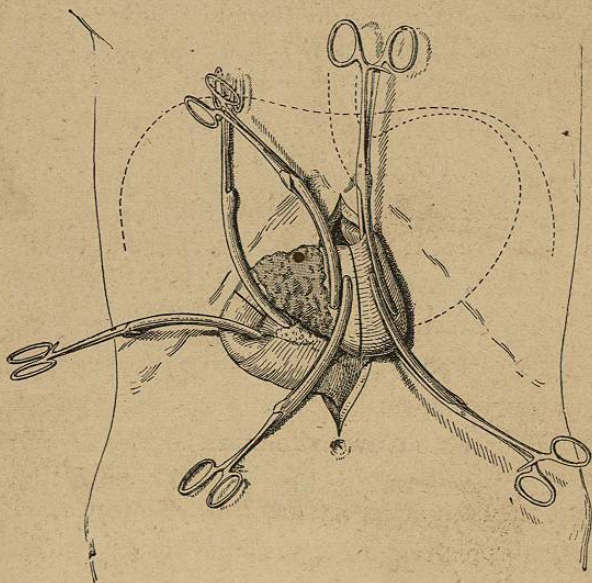


FIG. 160.

Nous séparons alors la tumeur de l'estomac comme le représente la figure 160, dont on remarquera la frappante exactitude, à l'aide de trois ou quatre pinces à pression élastique : l'estomac est sectionné en amont du néoplasme, les artères coronaires sont liées avec de la soie très fine, et nous refermons

le viscère par un premier surjet muqueux, com-

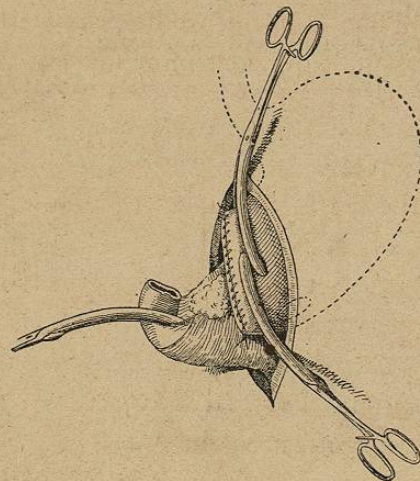


FIG. 161.

prenant toute l'épaisseur des tuniques (fig. 161).

La muqueuse a été préalablement désinfectée.

Ce premier plan achevé, nous enlevons les pinces,



FIG. 162.

et nous invaginons la suture muco-muqueuse (fig. 162 a), ainsi que les deux commissures et les

ligatures des coronaires, en pratiquant un premier puis un second plan séro-séreux *b* et *c*.

Le duodénum est alors isolé, au point où il doit être sectionné, entre deux nouvelles pinces (fig. 160); la tumeur est entièrement détachée, et nous procédons à la fermeture du bout inférieur : premier plan total, ablation de la pince, et confection de deux plans séro-séreux.

Le duodénum et l'estomac respectivement fermés par ce triple plan de sutures, nous pratiquons la gastro-entérostomie par le procédé que nous avons signalé plus haut, en modifiant, s'il y a lieu, le mode de rétrofixation du grand épiploon et la colopexie.

Nous faisons toujours l'ablation de la tumeur avant la gastrojéjunostomie.

Le plus souvent nous isolons d'abord la tumeur de l'estomac; par exception il peut être avantageux de fermer en premier lieu le duodénum.

L'anse jéjunale doit être reconnue dès l'exploration du ventre. On y adapte, comme point de repère, les deux fils de soie que nous avons signalés à propos de la gastro-entérostomie, et qui permettent de l'attirer au dehors, ainsi que le côlon et l'épiploon, aussitôt que le néoplasme est extirpé.

On voit par ce qui précède par combien de détails

cette opération diffère du premier manuel opératoire de Billroth, qui d'ailleurs n'a presque donné que des succès (70 p. 100).

3^o GASTROPLASTIE

Il n'a été pratiqué jusqu'ici qu'une opération de gastroplastie : nous l'avons imaginée en présence

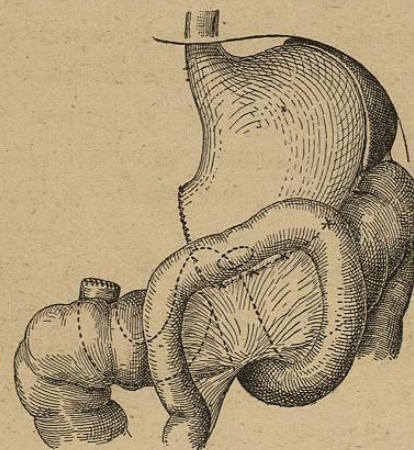


FIG. 163.

d'un estomac en bissac qui avait simulé une sténose du pylore.

L'estomac en bissac s'observe parfois comme malformation congénitale (fig. 163); nous en avons cité un exemple. Aussi est-il difficile d'affirmer qu'un rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac

n'ait pas eu pour point de départ une ulcération survenue en un point anormalement rétréci; si l'on se reporte à nos dessins, on remarque en effet que la disposition de l'estomac représenté fig. 49, p. 60, était éminemment favorable à la production d'un ulcère rond au niveau du canal étroit qui séparait le cul-de-sac diaphragmatique de l'antra du pylore.

Debove cite le cas observé par Jago (1872). Le malade succomba à 52 ans avec des vomissements incoercibles; on trouva à l'autopsie un estomac en bissac. Le rétrécissement était situé au milieu de l'organe, l'index ne pouvait le franchir. La cicatrice qui avait produit le rétrécissement paraissait remonter à une première maladie, sans doute un ulcère stomacal, caractérisée par des hématémèses et de vives douleurs, et survenue à l'âge de 30 ans.

Luigi Mazotti (1824) avait déjà observé un de ces estomacs en bissac avec rotation du segment inférieur autour du point rétréci.

Steker (1869) a publié un cas où l'estomac, divisé en deux par une bride congénitale, n'avait présenté pendant la vie aucun trouble fonctionnel.

Ces faits, dit Debove, « sont très rares et ne sauraient être diagnostiqués ».

Nous nous estimons donc très heureux d'avoir observé deux estomacs en SABLIER, l'un dans nos

recherches anatomiques, l'autre au cours de nos opérations.

Notre intervention pour l'estomac en bissac est à notre connaissance la seule qui ait été faite jusqu'à ce jour. Le cas nous semblait anormal, la douleur maximum siégeant à gauche et au-dessus de l'ombilic, tandis que la malade présentait des signes précis de rétrécissement pylorique. Nous avons porté le diagnostic d'ulcère de la région pylorique. Le siège de la douleur locale à gauche de la ligne médiane nous paraissait toutefois assez bizarre, étant donné les signes d'obstruction totale: Le pylore était-il rejeté du côté gauche, comme nous l'avons observé sur deux de nos sujets (fig. 21 et 66).

La douleur semblait peu en rapport avec l'existence d'un cancer; on ne percevait d'ailleurs au palper aucune trace d'épaississement néoplasique.

La malade est endormie. Nous incisons la ligne blanche et nous attirons le pylore hors du ventre: il est sain. Aucun épaississement des parties accessibles du duodénum. Nous continuons l'exploration: vers l'appendice xyphoïde apparaît dans la profondeur une sorte de poche blanchâtre, qui offre quelque analogie avec un kyste hydatique. Après un examen attentif, nous constatons que cette poche,

qui contient des liquides et des gaz, n'est autre que l'estomac, dilaté au niveau de la petite courbure.

Des adhérences solides paraissent fixer profondément le viscère au côté gauche de la paroi thoracique. En introduisant avec précaution au-dessous

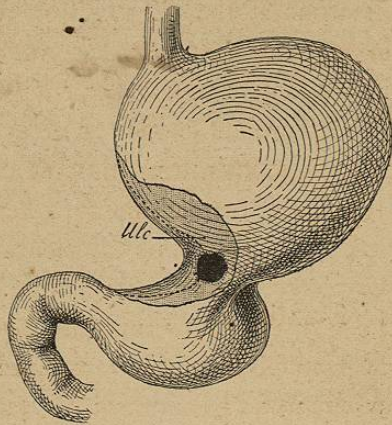


FIG. 164.

du muscle grand droit du côté gauche l'index et le médius, nous constatons qu'à l'endroit où la douleur s'était montrée maximum, l'estomac, considérablement rétréci, adhérait intimement à la paroi abdominale antérieure. Nous détachons ces adhérences avec prudence, espérant ne pas rompre les tuniques de l'estomac. Tout à coup, s'échappent des gaz et du liquide : nous attirons rapidement le viscère

hors du ventre, et nous fermons provisoirement l'orifice à l'aide des doigts, puis avec une pince à mors élastiques. Le segment inférieur avait subi une véritable rotation à droite et en avant autour du point rétréci et adhérent.

Nous constatons alors qu'il s'agissait d'un ulcère calleux de la petite courbure, large comme la paume de la main, également étendu sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac, et ayant déterminé un rétrécissement infranchissable de la partie moyenne du viscère, précisément à l'endroit où, dans un autre cas, nous avons ultérieurement rencontré un rétrécissement physiologique. L'ulcération avait même perforé les tuniques de l'estomac, et entamé la paroi abdominale antérieure.

Nous n'avions donc pas commis de faute opératoire en ouvrant l'estomac, au moment où nous le détachions de ses adhérences, puisque ses tuniques étaient en ce point complètement perforées.

Nous désinfectons immédiatement et nous grattons à la curette le point ulcéré de la paroi abdominale antérieure, et nous nous mettons en mesure de remédier, par une opération de **gastroplastie**, au rétrécissement de l'estomac, rétrécissement d'autant plus accentué dans ce cas, qu'en raison de la dilatation du cul-de-sac diaphragmatique, il s'était

produit au niveau du point rétréci une véritable torsion du viscère.

Notre objectif était de pratiquer la gastroplastie en incisant l'estomac, au niveau du rétrécissement, suivant son grand axe, pour le réunir ensuite

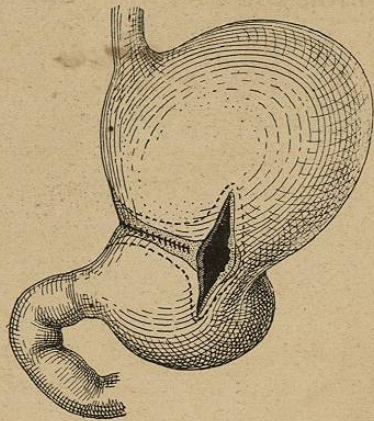


FIG. 165.

La ligne des sutures est figurée en pointillé.

transversalement. Mais un obstacle presque insurmontable s'opposait à la réalisation de cette suture : l'ulcération, à cheval sur la petite courbure, s'étendait très loin sur la face postérieure de l'estomac, qui, en ce point, adhérait intimement à l'épiploon gastro-hépatique. Et, si nous avions commencé par inciser le rétrécissement, nous eussions été dans

l'impossibilité d'éviter dans la profondeur et au niveau de la petite courbure, l'irruption dans la cavité péritonéale du contenu de l'estomac : nous avons donc réuni tout d'abord par un double surjet, au delà de l'ulcération, la portion supérieure dilatée de la petite courbure à sa partie inférieure,

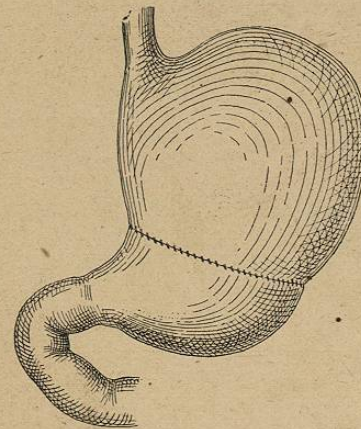


FIG. 166.

située en aval de l'ulcère, et ce dernier s'est trouvé de la sorte invaginé dans la cavité gastrique (fig. 165). Cette suture profonde terminée dans la concavité du diaphragme, nous avons appliqué au-dessus et au-dessous du rétrécissement des pinces à pression élastique, nous avons incisé l'estomac suivant son grand axe, et nous avons réuni transversalement

cette incision longitudinale, d'abord par un surjet à points passés comprenant les trois tuniques, puis par deux surjets séro-séreux superposés (p. 166), aboutissant au niveau de la petite courbure à nos deux premiers plans de suture, destinés à éviter de ce côté, au début de l'intervention, toute effusion du contenu gastrique.

Cette malade guérit sans complications, malgré son état précaire.

Toutes ces opérations ont été réglés avec le précieux concours de notre assistant le D^r Roussel, auquel revient une grande part des succès que nous avons obtenus.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

TABLEAU DE NOS OPÉRATIONS PERSONNELLES

STATISTIQUE GÉNÉRALE STATISTIQUES COMPARATIVES

Nous avons pratiqué jusqu'ici 46 fois la laparotomie pour diverses affections de l'estomac. Le nombre de nos laparotomies exploratrices est de 9. 37 fois nous avons tenté de remédier au fonctionnement défectueux du pylore ou du duodénum. Une fois seulement l'obstacle siégeait au niveau de la partie moyenne de l'estomac (estomac en bissac).

Nous avons suivi tout d'abord l'exemple de Péan et de Billroth, et nous avons tenté l'extirpation de tumeurs énormes ou très étendues, dans des cas où le diagnostic de cancer n'était pas douteux.

N'ayant jamais assisté à aucune opération de pyloréctomie ni de gastro-entérostomie, nous ne pouvions, en effet, tenter une intervention aussi grave que presque *in extremis*.