

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<sup>r</sup> 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 pylorectomie ni de gastro-entérostomie, nous ne pouvions, en effet, tenter une intervention aussi grave que presque *in extremis*.

Aussi, notre première opération dut-elle demeurer exploratrice et notre second opéré (pylorectomie typique) succomba-t-il au choc opératoire. La durée de l'intervention (3 heures) n'avait eu rien d'excessif pour cette première pylorectomie, la tumeur ayant le volume de deux poings. Les conditions défec-tueuses de l'abouchement gastro-duodéna1 nous ont paru évidentes dès le premier cas. Pour peu que la tumeur soit assez étendue du côté de la paroi postérieure de l'estomac, il est en effet très difficile de pratiquer avec toute la perfection désirable et sans danger d'infecter le fil au contact de la mu-queuse les sutures séro-séreuses de la demi-circonférence postérieure. Il faut à cet effet réunir tout d'abord les séreuses par un premier plan, pour effectuer un second plan séro-séreux et enfin suturer la muqueuse ou mieux les trois tuniques du viscère sur tout le pourtour de l'orifice.

Cette troisième rangée de sutures terminée, rien n'est plus simple que d'effectuer, en invaginant les muqueuses déjà réunies, les deux derniers plans séro-séreux de la demi-circonférence antérieure, qui viennent à chacune de leurs extrémités retrouver les extrémités des deux plans correspondants de la demi-circonférence postérieure, terminée en premier lieu.

D'autre part, comme nous l'avons signalé plus haut, il est très défectueux d'avoir à réunir deux orifices d'un diamètre différent, et, en dépit de la mobilité relative de la grande courbure de l'estomac, qui vient sans trop de tiraillements au contact de la section duodéna1e, la suture en raquette que l'on est obligé de faire pour aboucher l'estomac au duodénum présente toujours un point faible : la jonction en T de la suture longitudinale de l'estomac (destinée à en rétrécir l'orifice au calibre de celui du duodénum) avec la suture circulaire gastro-duodéna1e.

Nous avons donc décidé d'abandonner définitivement la pylorectomie typique et de recourir dans tous les cas à la pylorectomie avec fermeture en cul-de-sac du duodénum et de l'estomac, combinée à la gastrojéjunostomie. Nous avons réglé théoriquement notre procédé de pylorectomie avec gastro-entérostomie tel qu'il est décrit plus haut et nous avons guéri sans encombre notre première opérée.

Contrairement à la pratique de Billroth, qui pratiqua la gastro-entérostomie avant l'ablation de la tumeur, nous avons enlevé la tumeur, fermé l'estomac et le duodénum, puis créé le nouveau pylore.

La différence essentielle qui existe entre notre méthode et celle de Billroth comme des chirurgiens

qui l'ont suivi, est, à part les détails du manuel opératoire, sur lesquels nous avons insisté plus haut, que Billroth n'a combiné que par exception, et en face d'un obstacle matériel à l'ablation typique du pylore, la pylorectomie à la gastro-entérostomie, tandis que nous avons réglé notre opération de propos délibéré, et que nous l'avons substituée dans tous les cas à la pylorectomie typique, que nous considérons comme une opération défectueuse.

La pyloroplastie ne nous a guère plus séduit. Un premier succès nous a engagé à répéter l'opération. Nous avons perdu successivement deux opérées. L'une de ces malades, âgée de 55 ans, et très affaiblie, nous paraissait atteinte de cancer du pylore (observ. VI, *Arch. pr. Chir.*, juillet 92). La taille stomacale exploratrice nous révéla une sténose fibreuse très accentuée, pour laquelle nous pratiquâmes la pyloroplastie. Le pylore fut détaché de ses adhérences aux organes voisins, sectionné longitudinalement, et le duodénum réuni à l'estomac par une suture transversale. La suture était légèrement tendue. Le fonctionnement du nouveau pylore fut insuffisant. La malade succomba dans l'adynamie le quinzième jour. Une autre malade âgée de 23 ans, atteinte de crises gastralgiques avec vomissements incoercibles et hématomèses, dut

être opérée peu de temps après la fin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Nous fîmes la taille stomacale, persuadé de trouver un ulcère en un point de la paroi antérieure qui était le siège d'une congestion intense. L'opération fut pratiquée en présence du D<sup>r</sup> Périer, de Paris. L'estomac, sorti du ventre, fut invaginé à l'extérieur et exploré presque en totalité.

Aucune trace d'ulcération.

Le pylore admettait à peine le petit doigt.

Il fut incisé longitudinalement et une suture transversale réunit le duodénum à l'estomac, comme dans nos deux premiers cas de pyloroplastie.

La malade succomba le troisième jour avec des accidents cérébraux suraigus.

L'examen des pièces ne permit pas de constater la moindre trace de péritonite. Il n'y avait pas d'ulcère.

Une opération de gastro-entérostomie antérieure simple, pratiquée le même jour, devant le docteur Périer, chez une femme de 33 ans, que nous croyions atteinte d'un ulcère de l'estomac, et chez laquelle nous avons rencontré un cancer de la petite courbure, étendu du cardia au pylore, guérit au contraire sans autre accident que quelques régurgitations bilieuses.

Nous fîmes alors, le 9 juin 92, devant le docteur

M. Baudoin, une gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique pour un rétrécissement très ancien du pylore, consécutif à un ulcère calleux de l'estomac et du duodénum, de 8 centimètres d'étendue. Le malade guérit.

Trois autres gastro-entérostomies, suivant la méthode de von Hacker, nous donnèrent trois succès.

Deux de ces malades furent opérés *in extremis*, (un cancer très étendu et un ulcère duodénal qui venait de déterminer des hématemèses profuses). La 3<sup>e</sup> (rétrécissement fibreux du pylore) mourut d'accidents cérébraux bizarres. Elle avait eu la nuit de l'opération une grande frayeur, un incendie s'étant déclaré dans le voisinage de la clinique. Elle présenta quelques vomissements aqueux et succomba avec des accidents cérébraux sans que l'on ait trouvé, à l'examen des pièces, ni liquide dans l'abdomen, ni adhérences péritonéales. En étudiant les rapports du nouveau pylore, nous avons constaté qu'après la gastro-entérostomie trans-méso-colique, lorsque l'estomac, le côlon et le jéjunum ont repris dans l'abdomen leurs situations respectives, il peut se produire au niveau de l'orifice antéro-postérieur du méso-côlon transverse des tiraillements entre l'estomac et le jéjunum, l'un ou l'autre pouvant

être attiré, en dépit des sutures, au travers de la boutonnière mésentérique.

L'orifice stomacal, situé immédiatement en arrière de la grande courbure, ne présente pas, en pareil cas, au point de vue de l'évacuation du contenu de l'estomac, une situation sensiblement plus favorable qu'un orifice situé à quelques millimètres en avant des vaisseaux coronaires.

Comme nous avons déterminé, lors de nos deux premières gastro-entérostomies, le point exact de l'estomac et du jéjunum où la gastro-jéjunostomie antérieure pouvait être faite sans possibilité de tiraillement du jéjunum par le côlon transverse ou bien d'étranglement de ce dernier par le jéjunum, nous avons abandonné définitivement la gastro-entérostomie trans-méso-colique.

Le principal écueil de la gastro-entérostomie est le reflux possible des aliments dans le bout supérieur. Une coudure se produit au niveau de l'orifice gastro-jéjunal, tirailé par suite de la distension de l'anse duodénale et le malade meurt par suite d'une obstruction complète au cours des matières. Nombreuses sont les observations où la mort n'eut d'autre cause que la disposition défectueuse du nouveau pylore.

Cet accident nous est arrivé une fois par suite

d'un déplacement fortuit de l'anse jéjunale au moment de la suture.

C'est à cette occasion que nous avons constaté que les liquides introduits dans l'estomac se précipitaient dans le jéjunum de gauche à droite et jamais en sens contraire, suivant ainsi la direction même de la grande courbure, qui est oblique de haut en bas et de gauche à droite, vers le duodénum.

Cette observation nous a permis (voir *Manuel opératoire*) de déterminer exactement les rapports qui doivent exister entre le jéjunum et l'estomac, pour assurer un bon fonctionnement du nouvel orifice.

Il nous a paru favorable, pour éviter les régurgitations bilieuses qui se sont momentanément produites chez plusieurs de nos opérés, de fermer l'ancien pylore.

Chez plusieurs malades, après avoir pratiqué la section de l'estomac en amont du pylore, il nous a été impossible, en raison de l'étendue des lésions, de réséquer les tissus altérés et force fut de refermer simplement en cul-de-sac le bout inférieur. Depuis, il nous a paru plus simple de pratiquer, en présence d'adhérences étendues, l'oblitération simple du pylore par une sorte de plicature et d'invagination des parois stomacales que nous fixons dans leurs

nouveaux rapports par trois ou quatre points de suture entrecoupée (V. page 298).

L'estomac se vide exclusivement, par son nouveau pylore, dans le bout inférieur du jéjunum, et le bout supérieur, que nous prenons soin, au cours des sutures, de rétrécir en amont de l'orifice, de façon à créer une sorte de valvule susceptible d'empêcher le reflux de la bile dans la cavité gastrique, est réduit à l'état de simple prolongement des canaux cholédoque et pancréatique.

Nous donnerons successivement le résumé de nos laparotomies exploratrices, dont plusieurs renferment des détails intéressants, et des opérations effectives, classées en quatre chapitres : **pyloroplastie, gastro-entérostomie, pylorectomie, gastroplastie.**

Nous séparerons dans ces tableaux les opérations pour cancer des opérations pour affections non cancéreuses.

#### LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

Le nombre de nos laparotomies exploratrices est très faible. Nous considérons en effet toute exploration comme inutile dès que le cancer est confirmé par l'existence d'une tumeur volumineuse.

Notre premier cas est donc une exception.