

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.

## Laparotomie exploratrice.

<p>1. F..., 58 ans. Cancer de l'estomac et du colon. Dr ACHARD. (18 février 1891.)</p>	<p>Tumeur sus-ombilicale du volume du poing. — Adhérences à la paroi abdominale. — Symptômes de péritonite chronique. — Douleurs, vomissements bilieux, cachexie.</p>	<p>La tumeur est détachée de la paroi abdominale. — Adhérences profondes. — L'estomac et le colon transverse sont envahis. — La tumeur est amincie et fluctuante au point le plus saillant, qui est laissé hors du ventre.</p>	<p><i>Guérison opératoire.</i> Production au point aminci d'une petite fistule anfractueuse communiquant avec la cavité gastrique.</p>
<p>2. F..., 51 ans. Cancer de la vésicule et de la face inférieure du foie. — Tumeur localisée. Dr BEAUDIER. (4 juin 1892.)</p>	<p>Petite tumeur mobile au-dessous du cartilage de la 11<sup>e</sup> côte droite. — Douleurs vives. — Dyspepsie. — Pas de vomissements ni de ballonnement intestinal.</p>	<p>Laparotomie exploratrice sus-ombilicale. Le pylore est sain. — La tumeur est située à droite, assez profondément. — Ulcéreusement laparotomie latérale exploratrice. — Découverte d'un cancer du colon ascendant et du colon transverse. — Ablation du caecum, de tout le colon ascendant, et d'une partie du colon transverse. — Abouchement de l'iléon dans ce dernier. (Mort.) V. Appendice, page 403.</p>	<p><i>Guérison opératoire.</i> Les symptômes douloureux ayant persisté, le malade réclame une nouvelle intervention.</p>
<p>3. H..., 38 ans. Cancer du colon. Dr BERTHELEMY. (25 juillet 1892.)</p>	<p>Tumeur profonde sus-ombilicale. — Amaigrissement rapide. — Phénomènes gastriques.</p>	<p>Laparotomie exploratrice. — Cancer primitif de la vésicule biliaire, avec généralisation au foie.</p>	<p><i>Guérison opératoire.</i></p>

<p>4. F..., 50 ans. Cancer de l'estomac. — Tumeur mobile. Dr MANICHON. (24 septembre 1892.)</p>	<p>Tumeur mobile, sus-ombilicale. — Vomissements noirs, etc.</p>	<p>Laparotomie sus-ombilicale. — La dégénérescence s'étend en nappe à toute la face antérieure de l'estomac. — La gastro-entrostomie est impraticable.</p>	<p><i>Guérison opératoire.</i></p>
<p>5. F..., 58 ans. Symptômes de rétrécissement pylorique. Dr ARTAUD. (10 janvier 1893.)</p>	<p>Empatement diffus de la région pylorique.</p>	<p>Laparotomie sus-ombilicale. — Adhérences de la région pylorique. — Semis de nodules cancéreux sur les replis séreux de toute la région.</p>	<p><i>Guérison opératoire.</i></p>
<p>6. H..., 39 ans. Rétrécissement pylorique. — Cancer. Dr DRAPIER. (25 mars 1893.)</p>	<p>Symptômes de rétrécissement pylorique. — Aucune tumeur. — La sonde ne pénètre qu'à 7 ou 8 centim. au delà du cardia. — Le malade a été opéré d'une petite hernie de la ligne blanche à laquelle il attribuait ses souffrances et ses vomissements.</p>	<p>Laparotomie sus-ombilicale. — L'estomac est invisible, ce n'est qu'en écartant les lèvres de l'incision et en soulevant le foie qu'on aperçoit dans la profondeur l'estomac, atteint en totalité de cancer rétractile et réduit à des dimensions de quelque centimètres avec forme faciale. — Aucune intervention n'est possible.</p>	<p><i>Guérison opératoire.</i></p>

7. F..., 35 ans. Cancer de l'estomac et du duodénum. D <sup>r</sup> COLANERI. (27 mai 1893.)	Symptômes de cancer pylorique. — Tumeur mobile. — Vomissements pathognomoniques.	Laparotomie sus-ombilicale. — La tumeur envahit toute la face antérieure de l'estomac et se prolonge sur le duodénum.	<i>Guérison opératoire.</i>
8. F..., 45 ans. Cancer du pancréas. D <sup>r</sup> COLANERI. (13 juin 1894.)	Tumeur sous-hépatique de nature cancéreuse probable. — Vomissements incoercibles. — Cachexie rapide.	Laparotomie sus-ombilicale. — Exploration laborieuse. — Adhérences. — La tumeur envahit le duodénum, le pancréas, et ne peut être isolée dans la profondeur.	<i>Guérison opératoire.</i> L'ictère apparaît pendant la convalescence.
9. H..., 55 ans. Cancer de l'estomac. D <sup>r</sup> AUBERTIN. (20 juin 1851.)	Tumeur en plaque assez mobile. — Cachexie, etc.	Laparotomie sus-ombilicale. — Dégénérescence cancéreuse totale (forme rétractile) de l'estomac.	<i>Guérison opératoire.</i>

Ces laparotomies exploratrices ont été pour nous très instructives. Les neuf malades ont guéri, malgré leur état précaire.

D'autre part, nous avons toujours rencontré, le ventre ouvert, des lésions beaucoup plus étendues qu'on ne le pouvait soupçonner, et des tumeurs manifestement mobiles à l'exploration se sont montrées *de visu* étendues à la plus grande partie de l'estomac, adhérentes au foie, au colon, au pancréas, etc., et contiguës à d'énormes masses ganglionnaires qui environnaient la veine splénique, la veine cave inférieure, le tronc cœliaque et l'aorte.

Le secret de ces 9 guérisons opératoires est bien simple : le chirurgien doit apprécier assez exactement la résistance physique du malade pour ne pas se laisser entraîner trop loin. Nos laparotomies exploratrices, à part l'avant-dernière, n'ont en général duré que quelques minutes. La moindre tergiversation eût été fatale.

Le premier cas est intéressant par la marche de l'affection, qui, bien avant l'apparition des vomissements, a présenté l'allure d'une péritonite chronique purement inflammatoire.

L'opération nous a démontré qu'il s'agissait d'une masse cancéreuse creusée d'une cavité communiquant avec l'estomac.

Les observations 6 et 9 sont également des cas exceptionnels, et nous avons rencontré trois fois seulement, au cours de notre pratique médicale, ces cancers rétractifs de l'estomac, caractérisés par l'épaississement uniforme de la couche musculuse et le retour du viscère à la forme et aux dimensions fœtales.

Cet épaississement scléreux et rétractile de la musculuse est d'autant plus curieux que la musculuse cancéreuse en est séparée par une celluleuse assez lâche, où l'on n'observe pas toujours histologiquement les lésions du carcinome. Comme cette altération de la musculuse est précisément celle qui caractérise les ulcères calleux, où les lésions se montrent purement inflammatoires, nous émettons l'hypothèse que ces cas de néoplasme rétractile de l'estomac doivent être le plus souvent interprétés comme des cas de cancer greffés sur une gastrite inflammatoire ou ulcéreuse de date ancienne.

La marche de la maladie et l'analyse des symptômes semblent venir à l'appui de cette manière de voir.

Au point de vue du diagnostic, nous insisterons sur ce fait, que nous avons opéré antérieurement un de ces malades (obs. 6) d'une petite hernie de la ligne blanche, à laquelle il attribuait ses souffrances ;

bien que nous considérions dès lors les vomissements et les douleurs comme symptomatiques d'une lésion pylorique, nous pensions à un ulcère. Il n'existait aucune trace de tumeur.

Lorsque le patient s'est de nouveau plaint de tout vomir, notre confrère, le Dr Drapier, a beaucoup hésité entre un rétrécissement du cardia ou du pylore. En effet la sonde œsophagienne exploratrice ne semblait pas pénétrer dans l'estomac.

Après un examen minutieux, pratiqué en commun, nous avons constaté que la sonde franchissait le cardia, pénétrait à 8 à 10 centimètres au delà. Le malade éprouvait alors une assez vive douleur.

L'opération a confirmé cette particularité clinique, l'estomac induré se trouvant réduit, dans son plus grand diamètre, à des dimensions maxima de 10 à 12 centimètres.

Il en était de même dans l'observation n° 9.

On remarquera que, sur 9 laparotomies exploratrices, le diagnostic de cancer était certain dans 7 cas et 2 fois probable.

Dans l'observation 6, ce n'est que par une série de mensurations minutieuses que nous sommes arrivé à la certitude que l'obstacle devait siéger à 10 cent. au plus du cardia. Ce détail diagnostique nous a permis de reconnaître en quelques instants,

sous le foie, l'estomac, qu'en toute autre occurrence nous eussions vainement cherché pendant un certain temps. Nous concluons dès aujourd'hui que nos laparotomies exploratrices deviendront de plus en plus rares, l'analyse des symptômes et l'exploration manuelle suffisant en général pour reconnaître si un néoplasme est ou non justiciable de l'extirpation.

**PYLOROPLASTIE, GASTRO-ENTÉROSTOMIE,  
PYLORECTOMIE ET GASTROPLASTIE**

Nous avons pratiqué trois fois la section simple et longitudinale du sphincter pylorique, suivie de réunion transversale. Il se produit ainsi un véritable tiraillement au niveau des sutures et la conséquence forcée de ce mode de réunion est la production de replis valvulaires, formés par la muqueuse en amont du nouveau pylore.

La figure 167, qui est extraite de notre premier mémoire (*Arch. Pro. clin.*, juillet 1892), et représente, incisée longitudinalement sur sa face antérieure, la pièce de notre 3<sup>e</sup> pyloroplastie, démontre très bien ces particularités. (Voir la fotogr. de cette même pièce, fig. 170.)

L'examen de cette pièce explique parfaitement que, chez notre premier malade, la guérison



FIG. 167.

n'ait été que passagère et qu'il ait fallu recourir plus tard à une nouvelle intervention.

Dans notre 2<sup>e</sup> cas de pyloroplastie, l'estomac, passivement dilaté depuis plusieurs mois, ne jouissait plus de la moindre contractibilité. Aussi les vomissements ont-ils persisté après l'opération.

La pyloroplastie nous semble de ce fait une opération défectueuse, comme nous l'avons signalé