

relativement notable pour une opération que l'on présente comme inoffensive.

Nous pouvons opposer à ces 22 pyloroplasties avec 2 insuccès 16 cas de gastro-entérostomie par notre procédé avec 15 succès opératoires.

La pyloroplastie peut également être suivie, comme la pylorectomie typique, d'une récurrence de sténose pylorique par suite de la rétraction de la cicatrice, et plusieurs fois (CZERNY, DOYEN, etc.) il a été nécessaire de pratiquer une seconde opération (pylorectomie ou gastro-entérostomie) pour remédier à ce rétrécissement secondaire.

Le même accident peut arriver à la suite d'une gastro-entérostomie défectueuse : nous avons indiqué les moyens d'éviter toute complication de ce genre.

Nous concluons au rejet de la pyloroplastie, qui ne saurait être faite sans danger sérieux que sur le pylore sain et simplement contracturé.

La gastro-entérostomie offre sur la pyloroplastie, tout en étant aussi bénigne, l'avantage de convenir à tous les cas, sans exception, de sténose fibreuse ou de contracture du pylore. Elle remédie également aux lésions du duodénum, lésions qu'il est souvent impossible de reconnaître au cours même de la laparotomie.

L'orifice gastro-jéjunal est enfin bien plus favo-

rable à l'évacuation de l'estomac que le nouveau pylore créé par la pyloroplastie, et dont le seul effet immédiat est la libre évacuation des gaz de l'estomac, tandis que l'orifice gastro-jéjunal permet, aussitôt sa création, la complète évacuation des matières retenues dans l'antrum pylorique dilaté.

## CONCLUSIONS

L'intervention chirurgicale est indiquée dans tous les cas d'affections graves de l'estomac rebelles à toute thérapeutique médicale.

Les différents modes d'intervention qui peuvent être mis en usage sont :

- 1° La pylorectomie;
- 2° La gastrojéjunostomie;
- 3° La pyloroplastie;
- 4° La gastroplastie.

### PYLORECTOMIE

L'extirpation du pylore est inutile dans les cas d'affections non cancéreuses.

La pylorectomie ne doit donc être tentée que dans les cas où le néoplasme, mobile et bien limité, n'est

pas compliqué d'infection ganglionnaire et peut être très largement extirpé.

Nous avons vu que nous rejetons la pylorectomie typique pour conseiller, dans tous les cas, la pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie.

La pylorectomie typique oblige en effet le chirurgien, soucieux de réunir le duodénum à l'estomac, à une résection aussi parcimonieuse que possible du carcinome.

Dans bien des opérations de Billroth et de ses élèves, on n'a enlevé que 2, 3 ou 4 centimètres de la région pylorique, et le diagnostic anatomique est « carcinome ».

De telles opérations sont un non-sens chirurgical.

Le cancer doit être enlevé largement, et, si l'on a déjà observé, après la pylorectomie pour cancer, quelques rares survies de 2 ans, de 3 ans, de 5 ans et demi, il est probable que ces guérisons de longue durée se multiplieront quand les chirurgiens suivront notre pratique et extirperont, non plus avec parcimonie, mais largement et bien au delà, les tissus néoplasiques.

La pylorectomie typique expose d'ailleurs, comme la pyloroplastie, à l'évolution d'un rétrécissement secondaire, et cette complication est notée dans un certain nombre d'observations, soit comme résultat

d'autopsie, soit comme ayant nécessité une seconde intervention.

L'opération de Kocher nous paraît devoir être rejetée. Elle est en effet une critique de la pylorotomie typique, sans en supprimer le principal inconvénient : la réunion du duodénum à l'estomac.

Enlever largement tout néoplasme limité du pylore, fermer en cul-de-sac l'estomac et le duodénum, et pratiquer une gastrojéjunostomie, telle est la conduite à suivre dans les cas où le cancer peut être extirpé.

L'opération, telle que nous l'avons réglée, dure de 1 heure et demie à 2 heures. Elle peut être faite en grande partie sans anesthésie, le patient ne souffrant pas pendant l'application des sutures intestinales (6 succès sur 10 opérations).

Si le sujet est très faible, nous conseillons de pratiquer l'opération en deux temps :

- 1° La gastro-entérostomie simple ;
- 2° Puis, quand les forces du malade seront relevées, c'est-à-dire au bout de trois à six semaines, l'extirpation du néoplasme.

Le cancer du pylore après la création du nouveau pylore semble éprouver en effet, comme on l'observe pour le cancer du rectum après la création d'un anus iliaque, un véritable temps d'arrêt.

Cette pratique de la pylorotomie combinée à la gastro-entérostomie en deux temps nous permettra désormais de guérir des malades incapables de subir en une seule séance cette grave opération.

Et si nous avons adopté plus tôt une telle conduite, ce n'est pas six succès seulement sur dix opérations, mais dix succès opératoires que nous aurions enregistrés sur nos dix cas de pylorotomie combinée à la gastro-entérostomie ; deux de nos malades, en effet, auraient subi une gastro-entérostomie simple, l'affection n'étant pas un cancer, et deux autres, qui ont succombé en raison de leur grande faiblesse, auraient été opérés en deux temps.

Nous considérons donc désormais la pylorotomie comme une opération d'exception, qui doit être réservée aux cas de carcinome pylorique au début, n'offrant que quelques centimètres d'étendue et n'empiétant pas sur le duodénum, l'intégrité de la première partie du duodénum étant la condition essentielle d'une fermeture solide du bout inférieur. Il va sans dire que l'infection ganglionnaire précoce serait une contre-indication formelle.

Ces points étant bien établis, on voit que nous ne conseillons l'extirpation du cancer du pylore que dans un nombre de cas très limité, et les résultats vraiment surprenants que nous avons obtenus,

comme d'autres chirurgiens, de la gastro-entérostomie simple dans des cas de cancers étendus et manifestement inopérables, démontrent péremptoirement que, si l'on est certain de laisser la moindre trace d'infiltration néoplasique, il est absolument contre-indiqué d'aggraver inutilement l'opération par une pylorectomie illusoire.

#### 2° GASTROJÉJUNOSTOMIE

S'agit-il d'un cancer inextirpable, mais compliqué de symptômes d'obstruction pylorique, la *gastro-jéjunostomie* est seule indiquée.

La gastro-jéjunostomie est encore l'opération de choix dans tous les cas d'*affections non cancéreuses* de l'estomac justiciables de la chirurgie.

Elle supprime les douleurs, les vomissements alimentaires, les hématemèses, et détermine en peu de temps la cicatrisation de l'ulcère gastrique au duodéal.

Ces particularités, que nous avons été le premier à démontrer<sup>1</sup>, font rentrer désormais dans le domaine de la chirurgie toutes les affections chroniques de l'estomac médicalement incurables.

La gastrojéjunostomie doit être pratiquée par

1. *Comptes rendus du 7<sup>e</sup> Cong., Cong. de Chir., 1893, p. 409.*

notre procédé, — gastro-entérostomie antérieure après rétro-fixation du grand épiploon et suture du côlon transverse à la grande courbure de l'estomac (colopexie gastrique). Le jéjunum doit être également fixé le long de la grande courbure, sur une étendue de 10 à 12 centimètres, et dirigé de droite à gauche. L'orifice doit être distant de 25 à 30 centimètres du muscle de Treitz. Suture à trois plans. Surjet de soie à points renforcés.

Cette méthode réunit à la simplicité du manuel opératoire et à la rapidité d'exécution une sécurité absolue (direction obligatoire des ingesta vers le bout inférieur du jéjunum; pas de reflux de la bile dans l'estomac; aucun danger de tiraillement du côlon par le jéjunum ou du jéjunum par le côlon).

Nous éludons ainsi toutes les complications antérieurement signalées de la gastro-entérostomie. L'opération dure de 40 à 60 minutes.

La gastrojéjunostomie remédie d'ailleurs à la fois aux lésions de l'estomac et aux cas d'ulcère et de sténose duodénale. Il ne faut pas oublier toutefois que, si la cicatrice avait oblitéré l'ampoule de Vater, il serait indispensable de pratiquer, en même temps que la gastrojéjunostomie, l'anastomose de la vésicule biliaire avec l'intestin grêle ou cholecys-

entérostomie, en un point voisin du nouveau pylore.

Sur 16 malades opérés par notre procédé, dont 5 cancéreux, nous n'avons perdu qu'un seul patient, atteint de dégénérescence maligne presque totale de l'estomac, et chez lequel l'opération aurait dû se borner à une simple laparotomie exploratrice.

Ces résultats : 15 succès sur 16 opérations, dont 1 pratiquée *in extremis*, seront le meilleur plaidoyer en faveur de notre procédé, puisqu'ils donnent la proportion remarquable de 90,7 p. 100 de succès opératoires.

Nous concluons donc que, hormis les cas de cancer :

*La gastro-entérostomie est le remède infailible de toutes les affections incurables de l'estomac qui sont sous la dépendance du spasme pylorique, s'agirait-il d'un simple cas d'hyperchlorhydrie rebelle ou d'une gastrite alcoolique invétérée.*

### 3° PYLOROPLASTIE

Nous avons longuement discuté les avantages de la gastro-entérostomie sur la pyloroplastie.

Cette dernière opération demeurera néanmoins l'opération de choix quand la contracture du pylore se compliquera non plus de dilatation, mais d'into-

lérance gastrique. Tels les vomissements incoercibles de la grossesse ou de l'hystérie.

Les vomissements incoercibles de la grossesse peuvent être à ce point rebelles que l'on a proposé et exécuté, dans des cas où la vie se trouvait en jeu par suite d'une inanition prolongée, l'avortement provoqué.

La pyloroplastie, en présence de ces cas d'une gravité exceptionnelle, agirait en supprimant le spasme du pylore, comme la section musculaire ou la dilatation forcée agissent sur d'autres sphincters contracturés.

L'incision longitudinale du pylore doit être réduite, en pareil cas, pour éviter la formation des culs-de-sac et des replis valvulaires que nous avons signalés page 329, à une longueur de 15 à 20 millimètres.

Si le pylore est épaissi, il sera préférable d'en pratiquer la résection cunéiforme sur un quart ou un tiers de sa circonférence. L'abouchement gastro-duodéal sera ainsi plus parfait qu'après la pyloroplastie de Heinecke et Mickulicz.

Il serait même possible, en pareil cas, de réduire l'intervention à une opération absolument inoffensive, c'est-à-dire à la *section du sphincter sans incision de la muqueuse*, c'est-à-dire sans ouverture de l'estomac.

Cette opération nouvelle, pratiquée sur le pylore sain anatomiquement et non rétréci, peut donner les mêmes bénéfices que la pyloroplastie classique, d'autant mieux qu'il est loisible de pratiquer de 10 en 10 millimètres 2 ou 3 sections du sphincter, afin de mieux en assurer l'inertie.

#### 4° GASTROPLASTIE

La gastroplastie, telle que nous l'avons imaginée, est applicable aux cas exceptionnels où un rétrécissement assez élevé de la partie moyenne de l'estomac rendrait la gastrojéjunostomie impraticable et illusoire.

## RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DES

### OPÉRATIONS SUR LE PYLORE

C'est en appréciant ainsi sainement les indications et les procédés opératoires qu'il sera possible de faire admettre, comme une des ressources thérapeutiques les plus précieuses dans les cas graves d'affections gastriques ou duodénales, l'intervention du chirurgien, jusqu'ici exceptionnelle et réduite à des tentatives presque désespérées.

L'interprétation des résultats éloignés de nos opérations sera particulièrement concluante :

Sur 15 personnes opérées avec succès d'affections non cancéreuses de l'estomac, depuis un laps de temps variant de 2 ans à quelques mois, 14 sont en parfaite santé, un de nos opérés étant mort ultérieurement d'une gangrène pulmonaire d'origine grippale.