

peu de science et beaucoup de patience vous suffiront, même dans les cas difficiles, pour distinguer les inflammations des cancers. Mais n'oubliez pas — et c'est l'enseignement que je désire vous voir retirer de cette conférence — n'oubliez pas que, en clinique, les caractères décisifs, irrécusables, les signes pathognomoniques, comme on dit, n'existent guère ou n'existent pas. Et, pour ce qui a trait à l'objet de notre entretien d'aujourd'hui, les ressemblances des mastites subaiguës avec certains encéphaloïdes de la mamelle peuvent être telles qu'il ne faut pas se contenter de l'examen « actuel »; les débuts du mal et son évolution fournissent parfois des indications précieuses dont la plus importante, malgré ses défaillances, sera d'établir si la glande est ou n'est pas en état de lactation.

CHAPITRE V

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC ET DU FOIE

I

Sur une gastro-entérostomie.

MESSIEURS,

L'anastomose entre l'estomac et le jéjunum, imaginée pour obvier aux rétrécissements cancéreux du pylore, a été froidement accueillie en France : la Société de chirurgie, dans un rapport de M. Monod, en restreignait fort les indications; nos livres d'étude, parmi lesquels le *Traité de chirurgie* et notre *Traité de thérapeutique chirurgicale*, ne sont guère encourageants et, dans notre pays du moins, au commencement de l'année courante, le nombre de ces opérations ne dépassait peut-être pas deux. Mais voici que la gastro-entérostomie semble en appeler de cette défaveur; quelques-uns d'entre nous y ont eu recours et les bénéfices qu'ils en ont retirés sont vraiment appréciables. C'est ce que je voudrais établir à propos d'une observation personnelle dont je vais, tout d'abord, donner un résumé rapide.

Il s'agit d'une femme de 51 ans entrée, le 25 juillet 1892, dans le service de Broussais où l'envoyait notre collègue des hôpitaux, le Dr Ettinger. Les premiers

accidents dataient de neuf mois environ; leur marche avait été prompte et, au moment de notre examen, nous trouvons, à droite, une tumeur volumineuse; les matières ingérées sont vomies au bout de deux ou trois heures; les selles sont à peu près supprimées et la malade ne rend tous les dix ou douze jours que quelques amas glaireux par l'anus; la dilatation stomacale est phénoménale et semble envahir tout le ventre à l'exception de l'hypochondre droit. L'amaigrissement et la faiblesse sont extrêmes et la mort est imminente. — Malgré cette déchéance organique, la gastro-entérostomie nous paraît indiquée et nous y avons recours avec l'aide particulièrement compétente de notre collègue M. Chaput.

Une incision de 12 centimètres est faite, 6 centimètres au-dessus, 6 centimètres au-dessous de l'ombilic; l'estomac est mis à nu, il descend très bas dans l'abdomen et nous avons à le soulever pour atteindre l'anse jéjunale sur laquelle sera pratiquée l'anastomose; nous la trouvons sous l'épiploon et le côlon transverse, et, en suivant avec le doigt la face inférieure du mésocôlon transverse, nous atteignons ainsi la colonne vertébrale à gauche de laquelle émerge la première anse du jéjunum; nous amenons celle-ci au contact de la face antérieure de l'estomac, solidement fixé par deux pinces-érignes qui tendent la paroi au niveau du point où nous la sectionnons, au bistouri, l'étendue de 1 à 2 centimètres.

Après hémostase des lèvres de l'incision gastrique par des pinces à pression douce, nous voulons vider l'estomac, d'abord avec un siphon, puis avec le trocart de Kœberlé; rien ne s'écoule malgré la réplétion évidente

de la poche; force nous est d'attirer l'estomac au dehors après avoir protégé le champ opératoire, et de l'ouvrir l'espace de 5 centimètres environ; cette large incision donne issue à une masse énorme de liquide et de corps étrangers, haricots, fragments de pommes de terre, zestes d'oranges, pépins et peaux de raisins, lentilles, grains de riz accumulés depuis des mois, et que n'avaient pu entraîner au dehors nos lavages réitérés.

L'estomac est vide: nous plaçons alors un premier plan de sutures, points séro-séreux, distants les uns des autres de 3 à 4 millimètres. Les fils sont orientés perpendiculairement à l'incision stomacale et passent, sur l'estomac, à 2 centimètres au-dessous de celle-ci; sur l'intestin, aussi près que possible de l'insertion mésentérique afin de ménager l'étoffe intestinale; un deuxième étage de points séro-séreux, absolument identique au premier, est placé à 1 centimètre au-dessus, et cette suture achevée, nous incisons l'intestin parallèlement à son axe, dans une étendue de 5 centimètres, de façon que l'orifice intestinal corresponde exactement à l'orifice stomacal.

Les deux lèvres postérieures de la bouche stomacale et de la bouche intestinale sont suturées; les points de ces fils muco-muqueux sont noués intérieurement et, par conséquent, font saillie dans la lumière de l'estomac et de l'intestin. Puis nous passons aux lèvres antérieures, unies aussi par des points muco-muqueux, noués cette fois au dehors. Il ne reste plus, pour terminer l'opération, qu'à pratiquer, au-dessus de notre anastomose, deux étages de sutures séro-séreuses, placés à 1 centimètre l'un de l'autre, et absolument semblables à ceux

que nous avons faits au-dessous de l'anastomose; il existe donc six plans de sutures, trois au-dessus, trois au-dessous de l'anastomose, appuis assez solides et assez nombreux pour maintenir l'affrontement, et pour s'opposer à l'effusion des liquides gastro-intestinaux dans la cavité péritonéale.

Les suites de l'opération furent inquiétantes pendant deux jours; il n'y eut point de fièvre, mais, au contraire, une certaine hypothermie; la faiblesse était extrême et, aux vomissements par obstruction, avaient succédé les vomissements chloroformiques. Le troisième jour eut lieu, sous l'influence de lavements nutritifs, une véritable débâcle intestinale et, à partir de ce moment, les vomissements cessent, l'alimentation devient possible, les forces et les couleurs reviennent; deux mois après notre intervention, la dilatation presque paradoxale de l'estomac a disparu; l'opérée a gagné six livres; elle se lève, marche, mange sans dégoût même de la viande, va à la selle d'une façon régulière et se reprend à la vie; on ne reconnaît plus la moribonde du mois de juillet. Ici le bénéfice est indiscutable, puisque notre malade vit encore et que ses souffrances ont disparu.

L'opération, telle que nous venons de la décrire, a été pratiquée sous le chloroforme; le choc en a été aggravé d'autant et, pendant deux jours, des vomissements dus à l'anesthésique ont failli emporter la malade. Aussi nous proposons-nous dorénavant de recourir à la cocaïne; grâce à elle, l'incision de la paroi abdominale, le seul temps douloureux, sera aisément franchie, car nous avons pu pratiquer des sections plus étendues

sans provoquer la moindre souffrance. Dans nos trois dernières gastrostomies la cocaïne nous a été précieuse; aucun de nos opérés n'a eu le collapsus si souvent noté dans ce genre d'intervention chez les cancéreux; le choc opératoire a été nul et la guérison rapide.

Un autre point sur lequel il faut revenir est le nettoyage de l'estomac: plusieurs auteurs y insistent et M. Jaboulay, dans un mémoire récent, dit que le lavage à l'eau boriquée et à l'eau bouillie est « indispensable »; il doit être pratiqué, avant l'anesthésie ou sous l'anesthésie, jusqu'à ce que les sécrétions normales ou pathologiques accumulées en arrière du barrage créé par les néoplasmes soient entraînées, et que le liquide ressorte clair et limpide. Cette asepsie intérieure rendra moins dangereux un des temps de l'opération, l'incision de l'estomac. Nous y souscrivons volontiers, mais il est des cas, et notre observation en est un exemple, où ce lavage est illusoire; nous l'avons pratiqué jusqu'à fatiguer notre malade, et sans résultat aucun, entravé qu'il était par les corps étrangers qui obstruaient le tube.

En pareil cas, dans ces dilatations énormes et où des corps étrangers de toute sorte s'accumulent pendant des mois, le mieux est de ne pas fatiguer le malade par ces lavages impossibles; alors, dès que le ventre est ouvert, on ne doit pas perdre de temps, comme nous l'avons fait, en un siphonage inutile avec le gros tube en caoutchouc ou le trocart de Kœberlé; il faut attirer au dehors une portion notable de l'estomac et, — après avoir bien oblitéré derrière cette portion herniée la cavité péritonéale par des éponges et des compresses aseptiques, — on ouvre l'estomac et on évacue le liquide, on assèche

les parois du viscère avec des éponges et l'on peut alors, sans crainte d'inoculer la séreuse, commencer les sutures et pratiquer l'entéro-anastomose.

Une dernière remarque, importante, il est vrai, et nous en aurons fini avec le manuel opératoire : sur la foi de quelques observations, les auteurs semblent craindre que le bol alimentaire, en sortant de l'estomac, ne s'engage en partie et ne s'accumule dans le bout supérieur de l'intestin transformé en cul-de-sac par le cancer

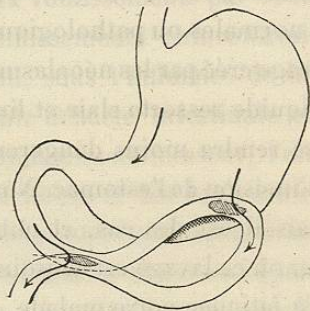


FIG. 1. — Gastro-jéjuno-duodénostomie de Jaboulay.

doubler la gastro-entérostomie d'une jéjuno-duodénostomie.

La lecture des observations ne nous semble pas aussi probante que le veut M. Jaboulay. Si je m'en tiens à ses deux cas personnels, je constate que ses 2 malades n'ont jamais eu de vomissements de bile, et si le premier vomit tous les huit ou dix jours, il serait bien téméraire d'affirmer que cette régurgitation est due « à l'accumulation progressive des aliments dans le duodénum ». Le reflux de la bile n'a pas été noté dans la belle observation de Michau où la gastro-entérostomie a été, comme la

pylorique; ils redoutent encore que la bile, descendant du duodénum, reflue par l'anastomose jusque dans l'estomac et y trouble la digestion. Aussi a-t-on songé à créer des voies de dégagement pour le bol alimentaire, des orifices de

M. Jaboulay propose de

nôtre, pratiquée sans toutes ces complications opératoires d'anastomoses nouvelles. Il en est de même dans notre fait et, depuis deux mois que nous suivons notre malade, nous n'avons constaté rien d'anormal dans la digestion : les vomissements — aussi bien les vomissements alimentaires que les vomissements bilieux — font complètement défaut.

Et nous insistons, car s'il est démontré par de nouvelles observations que cette deuxième anastomose entre le jéjunum et le duodénum est inutile, nous la proclamerons dangereuse. C'est déjà une entreprise que de pratiquer sur un cancéreux les six rangs de sutures que réclame la bouche gastro-jéjunale; il y faut un assez long-temps qui s'est chiffré dans notre cas par plus d'une demi-heure. Doubler ce temps de l'intervention par six nouveaux étages, n'est pas une minime affaire, lorsqu'on se rappelle le rôle que joue le choc opératoire dans la léthalité des interventions, surtout pour les intestins, surtout pour les cancéreux. Aussi je ne crains pas de répéter ma formule, et s'il est démontré que la jéjuno-duodénostomie est inutile, je la repousse comme dangereuse. Je me hâte d'ajouter que la question est encore à l'étude et, dans une communication récente à la Société anatomique, MM. Jayle et Desfosses ont produit deux et peut-être trois observations où le reflux des matières stomacales dans le duodénum paraissait évident.

Le médiocre accueil fait en France à la gastro-entérostomie est évidemment dû à la gravité qu'on lui supposait. Cette opération n'était-elle pas grevée d'une