

énorme léthalité? En 1885, quatre ans après que Woelfler eut imaginé et pratiqué la gastro-entérostomie, Winslow relevait 13 anastomoses avec 4 succès et 9 morts, soit une mortalité de 70 p. 100; en 1887, Rockwitz rassemblait 21 observations avec 9 guérisons et 12 morts, ce qui l'abaissait à 57 p. 100. Depuis, les résultats se sont encore améliorés, puisque, d'après la statistique de Guinard, qui porte sur près de 100 cas, la mortalité ne serait plus tout à fait de 50 p. 100. Néanmoins, un mort sur deux opérés, cette proportion n'était vraiment pas encourageante.

Elle l'était d'autant moins que la gastro-entérostomie est une opération palliative; elle n'enlève pas le cancer, et, en définitive, les bénéfices n'en sont pas durables. Nous n'avons pas une table générale des survies, mais sur 8 opérés de la clinique de Billroth ayant survécu à l'opération, 5 sont morts de 1 à 7 mois après celle-ci et 3 vivaient encore, mais l'intervention la plus ancienne ne remontait qu'à quatre mois. Aussi comprenons-nous les réserves que Monod faisait en 1889, lorsqu'il entourait la gastro-entérostomie de restrictions assez étroites, et lorsqu'il réclamait, pour la trouver légitime, que le malade fût jeune, sa maladie récente, et la sténose pylorique absolue.

Cependant, à cette heure, nous supprimerions volontiers ces contre-indications, et nous dirions que dès que le cancer du pylore s'affirme par ses signes habituels et compromet la nutrition par des vomissements opiniâtres, l'opération est justifiée quel que soit l'âge du malade et de la maladie et bien que, peut-être, quelques parcelles alimentaires franchissent encore le pylore. Nous prati-

querions l'anastomose dans tous les cas où la pyloréctomie n'est pas indiquée, et celle-ci ne nous paraît acceptable que dans des cas absolument exceptionnels, lorsque le cancer est à la fois circonscrit, petit et sans adhérences; car seulement alors l'opération n'est pas effroyablement dangereuse.

Donc nous opérerions à peu près toujours, car ici l'indication nous paraît la même que dans les autres obstructions mécaniques du tube digestif, obstructions qui nous commandent la gastrostomie et l'anus artificiel; surtout nous interviendrions le plus rapidement possible, avant cette déchéance organique qui rend redoutables les moindres opérations. En effet la gastro-entérostomie, qui a bénéficié déjà de la précision actuelle de la technique des sutures intestinales, bénéficiera encore de la précocité de l'intervention. Qu'on se rappelle la terrible mortalité de la gastrostomie dans les cancers! Les relevés de Petit étaient désastreux: on s'est mis à opérer plus hâtivement, et la gastrostomie est devenue une opération des plus simples et frappée d'une léthalité médiocre. Mes trois dernières gastrostomies, pratiquées à la cocaïne et sur des malades encore résistants, m'ont donné trois succès et vous vous rappelez les beaux cas présentés ici par Nicaise, Routier, Terrier et Monod.

Il me semble, du reste, que l'expérience commence à nous rassurer sur l'avenir de la gastro-entérostomie: je n'ai fait aucune recherche à ce sujet; mais, simplement à feuilleter les recueils, j'ai relevé 9 gastro-entérostomies pratiquées en France dans les premiers mois de l'année courante et je constate huit guérisons contre une mort opératoire, celle que rapportait notre collègue



Schwartz. Ces chiffres m'encouragent et je conclus, pour ma part, à une thérapeutique chirurgicale plus active, et si la pylorectomie paraît absolument dangereuse, si elle semble devoir être rejetée quand le cancer n'est pas petit, mobile, sans adhérences, je pense que la gastro-entérostomie, d'une gravité beaucoup moindre, peut à la fois allonger et adoucir les jours du malade.

## MESSIEURS,

Je vous ai communiqué, dans une conférence antérieure, une observation de gastro-entérostomie. L'anastomose avait été pratiquée le 3 août 1892 et le résultat, vous disais-je alors, en avait été bon. La malade a vécu jusqu'au 3 janvier dernier; elle s'est donc éteinte cinq mois, jour pour jour, après notre intervention dont le bénéfice ne s'est pas démenti jusqu'à la mort: il n'y a plus eu ni vomissements, ni douleurs, et c'est peu à peu que la cachexie a eu raison de notre opérée. J'ai pu examiner la pièce, et l'intérêt qu'elle présente est assez grand pour que je vous en communique une rapide analyse.

Je ne parlerai que de l'estomac; je laisserai de côté la tuberculose pulmonaire concomitante et les cavernes dont étaient creusés les deux sommets. Le cancer primitif s'était généralisé et peu d'organes y avaient échappé. L'intestin, en particulier, est criblé de petites tumeurs dont le volume varie d'un pois à une noisette. Les foyers secondaires sont surtout confluent sur les anses grêles, mais le côlon n'y échappe pas. Un de ces néoplasmes se trouvait à 25 centimètres environ de l'anastomose, et sur l'anse jéjunale qu'elle oblitère en partie. Si

la cachexie n'avait pas tué notre malade, une obstruction nouvelle était imminente au niveau de cette tumeur, qui

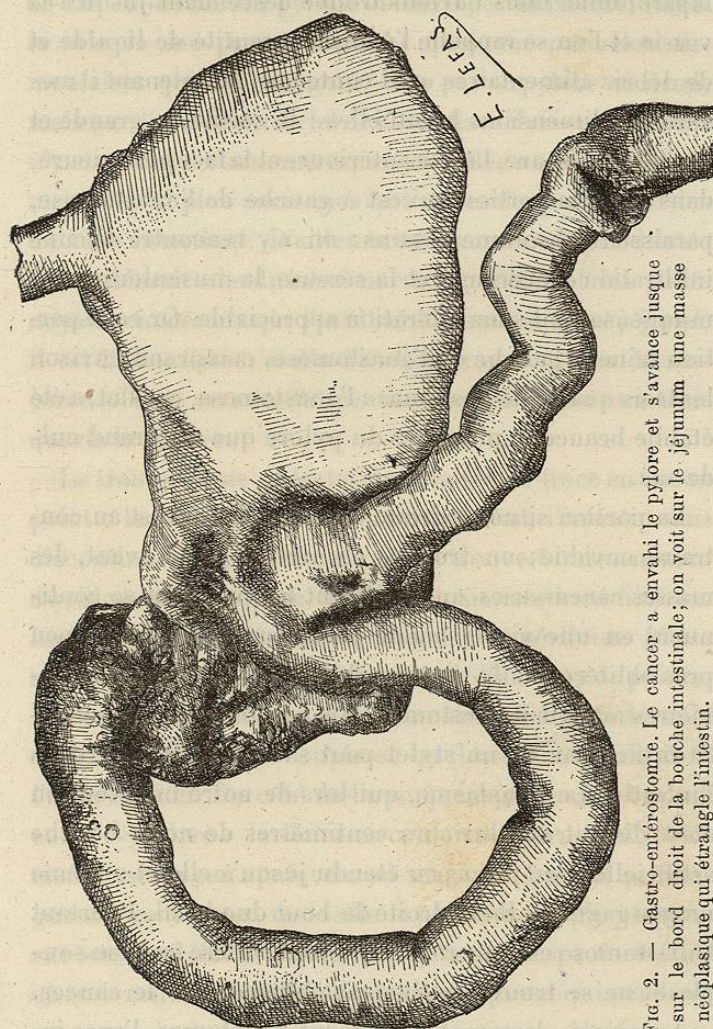


FIG. 2. — Gastro-entérostomie. Le cancer a envahi le pyllore et s'avance jusque sur le bord droit de la bouche intestinale; on voit sur le jejunum une masse néoplasique qui étrangle l'intestin.

déjà laissait à peine une légère fente pour le passage du bol alimentaire.



Ce qui nous frappe, lors de l'ouverture de l'abdomen, c'est le volume normal de l'estomac; au cours de notre laparotomie, nous l'avons trouvé descendant jusqu'à la vessie et l'on se rappelle l'énorme quantité de liquide et de débris alimentaires qu'il contenait. Maintenant il mesure ses dimensions habituelles : le cardia, la grande et la petite courbure, la face antérieure et la face postérieure, dans toute la portion qui est à gauche de l'anastomose, paraissent absolument sains; on n'y rencontre aucune infiltration cancéreuse, et la séreuse, la musculuse et la muqueuse sont sans altération appréciable. Or cette portion saine, à gauche de l'anastomose, comprend environ les trois quarts de l'estomac : l'anastomose, en effet, a été établie beaucoup plus près du pylore que du grand cul-de-sac.

La portion située à droite de l'anastomose est au contraire envahie; on trouve, en arrière et en avant, des masses cancéreuses qui infiltrèrent les parois et se continuent en une virrole rigide jusqu'au duodénum, à peu près oblitéré par le tissu morbide jusqu'à 3 ou 4 centimètres au delà de l'estomac. Néanmoins il existe un petit orifice par où un stylet peut s'insinuer jusque dans l'intestin. Le néoplasme, qui lors de notre intervention était distant de plusieurs centimètres de notre bouche artificielle, s'est peu à peu étendu jusqu'à elle et a même un peu gagné la lèvre droite du bout duodéna. Pourtant l'anastomose est encore presque tout entière en tissu souple, et ne se trouve nullement oblitérée par le cancer.

Au niveau de son abouchement à l'estomac, l'anse intestinale se coude à angle aigu et l'on a deux branches, l'une, le bout duodéna, qui va du pylore à l'anastomose

et qui mesure de 35 à 40 centimètres; ce bout, qu'on pourrait appeler « cæcal » parce qu'il se termine en cul-de-sac au niveau du pylore oblitéré par le cancer, reçoit la bile, le suc pancréatique et quelques parcelles alimentaires qui s'y engagent, non par le pylore obstrué, mais par l'orifice artificiel de l'estomac. Mais ces matières n'y stagnent certainement pas, car elles ne paraissent ni macérées ni plus anciennes que celles des autres parties du tube intestinal. D'ailleurs cette anse n'est pas dilatée et semblerait absolument normale, n'étaient les petits noyaux cancéreux qui l'infiltrèrent. Quant au bout jéjuna, il est bien calibré, et n'a d'irrégulier que cette bride cancéreuse qui, vers le 25<sup>e</sup> centimètre, en ferme aux trois quarts la lumière.

Le traumatisme opératoire n'a laissé de trace en aucun point : la séreuse passe de l'estomac sur l'intestin sans discontinuité apparente, et à peine trouve-t-on, au niveau du sillon qui les sépare, un léger épaissement fibreux. Les fils transparissent au-dessous; le péritoine glisse sur eux, et lorsqu'on incise la séreuse d'un coup de pointe, le fil, sans adhérence, surgit pour ainsi dire et se déroule avec la couleur et la souplesse qu'il avait au moment de l'intervention. Du côté de la muqueuse, l'anastomose est aussi régulière : la demi-circonférence droite et inférieure est un peu soulevée, en un point, par un prolongement cancéreux, mais elle est encore souple et porte sur son bord libre, absolument intacts et espacés de trois en trois millimètres, les fils muco-muqueux qui pendent, un peu noircis par les réactions chimiques. Mais pas un n'a ulcéré la portion de muqueuse qu'il étreint. La demi-circonférence inférieure n'a pas évidemment de fils :



ceux-ci ont été noués en dedans; elle forme comme un éperon saillant, semblable à celui qu'on rencontre à la bifurcation des artères, et la muqueuse stomacale se continue avec la muqueuse intestinale sans modification apparente.

Une première remarque que cette pièce nous inspire est le siège de l'anastomose: nous avons voulu la rapprocher du pylore pour que le bol alimentaire sortît de l'estomac dans un point pas trop éloigné de son passage habituel. Nous n'avons pas eu à nous en repentir, puisque le résultat fonctionnel a été excellent, et puisque le cancer n'a pas assez progressé pour oblitérer la bouche stomacale. Mais si notre opérée eût vécu plus longtemps, le néoplasme aurait pu envahir et obstruer l'orifice artificiel. Il faut donc tenir compte de cette infiltration progressive, et ne pas trop rapprocher l'anastomose du néoplasme.

Une deuxième remarque est la disparition totale de la dilatation: les dimensions de la poche étaient presque invraisemblables et l'organe descendait jusqu'à la vessie. Vous pouvez voir que l'organe a repris son volume habituel. Et ceci nous conduit à notre troisième remarque: l'anastomose faite sur la face antérieure, et non sur la face postérieure comme le réclament certains opérateurs, a donné un bon résultat fonctionnel. Je n'ai pas bien compris les raisons théoriques que ces chirurgiens invoquent; en tout cas notre fait ne plaide pas en leur faveur, et nous ne voyons pas quels résultats meilleurs eût pu donner une gastro-entérostomie postérieure.

Notre dernière remarque a trait à l'anastomose jéjuno-duodénale que Jaboulay recommande de juxtaposer à la

gastro-entérostomie. Il craint l'accumulation de la bile, son reflux dans l'estomac, et la pénétration du bol alimentaire dans le cul-de-sac duodéal aveuglé par le cancer du pylore. Ici encore le fait contredit l'hypothèse: nous n'avons rien observé pendant la vie qui puisse témoigner de cette rétro-dilatation et, à l'autopsie, l'anse duodénale s'est trouvée de calibre normal. Aussi condamnons-nous cette anastomose jéjuno-duodénale qui complique l'opération, allonge sa durée d'une manière très appréciable, et par conséquent augmente les chances de choc et de collapsus qui guettent, trop souvent, un malade déjà cachectique.