

II

Sur une observation nouvelle de gastro-entérostomie.

MESSIEURS,

Nous avons pratiqué, la semaine dernière, une gastro-entérostomie pour obvier à une obstruction totale consécutive à un cancer du pylore. Le moment est donc opportun pour vous entretenir, une fois encore, de cette opération, à l'ordre du jour depuis quelques années, et sur laquelle des travaux intéressants viennent d'être publiés par Guinard, Roux de Lausanne, Matignon, Chapt, Doyen, Dubourg, Morestin, Villar, pour ne citer qu'un petit nombre d'auteurs. Je voudrais voir avec vous si ces observations nouvelles et les recherches qu'elles ont provoquées, doivent modifier les conclusions que nous vous avons données dans une autre conférence.

Un terrassier de 54 ans entré dans notre service, il y a quinze jours environ; il nous était envoyé par un de nos collègues des hôpitaux qui, au cours d'un remplacement, l'avait trouvé dans les salles où on le laissait paisiblement mourir. Son histoire était simple : au commencement de mars, les troubles gastriques dont il souffrait depuis longtemps, et sur l'origine desquels il

ne peut nous donner aucun renseignement précis, avaient pris une telle intensité qu'il dut interrompre tout travail; les douleurs étaient incessantes, les vomissements incoercibles; à peine pouvait-il garder, sans les rejeter immédiatement, un peu d'eau rougie et de lait. L'amargissement était rapide; aussi notre malheureux, à bout de forces et de ressources, entre à Saint-Louis le 2 avril de l'année courante. Les accidents sont loin de s'y amender; les vomissements continuent, et aux matières alimentaires se trouve mêlée une certaine quantité de sang; l'estomac, dilaté, descend à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La palpation dénote l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine, à quelques centimètres à droite de la ligne blanche; la maigreur extrême du malade permet de la délimiter avec la plus grande facilité. Aussi le doute n'est plus possible, et le diagnostic de cancer du pylore est porté dès le premier jour; les vomissements ininterrompus et la cachexie permettent d'affirmer que l'occlusion est complète, et que le passage des aliments de l'estomac dans le duodénum est totalement supprimé. Malgré cet état de plus en plus alarmant, le médecin ne songe pas à la possibilité d'une intervention. Le malade est évacué sur l'hôpital Laënnec d'où le docteur Cettinger nous l'envoie. Il était bien tard; la maigreur était squelettique; les bras, les cuisses, les jambes, étaient comme flétris; à peine la peau flasque y recouvrait-elle les os; la figure était terreuse, la voix cassée, les yeux étaient excavés, et aux vomissements incessants s'ajoutait un hoquet continu; toute alimentation était impossible; seul le lait était toléré, mais pour être régulièrement re-

jeté quelques heures après son ingurgitation. Aussi, plus de garde-robes, et, depuis quinze jours, sur le ventre creusé en bateau se dessine une saillie vers l'ombilic, — l'estomac distendu par les gaz et les liquides. L'aspect du malade est tel que nous hésitons à proposer une opération. Nous nous décidons cependant.

Elle est pratiquée le 26 juin avec l'aide de notre collègue et ami le D^r Chaput, dont nous nous sommes toujours assuré le concours pour de semblables interventions. Notre interne avait cru devoir laver l'estomac, dans lequel il avait, avant l'opération, fait passer six litres d'eau de Vichy. Cette fois encore j'employai le chloroforme et non la cocaïne. Je n'insisterai pas sur le manuel opératoire, car il fut de tous points le même que celui auquel j'ai eu recours lors de ma première gastro-entérostomie : incision sur la ligne blanche, partant de l'appendice xyphoïde et descendant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'estomac distendu est sous nos yeux ; nous attirons, au dehors, une partie de sa face antérieure et nous y pratiquons une incision de 3 centimètres, transversale et parallèle à la grande courbure ; par cette ouverture nous faisons pénétrer un petit tube de caoutchouc pour « siphoner » et vider la cavité, remplie encore, malgré le lavage antérieur, de liquide aigre et de grumeaux de lait.

Cette vidange de l'estomac a été un des temps les plus longs de notre intervention et nous a pris plus de dix minutes. Du moins, elle a pu être faite sans que la moindre parcelle solide ou liquide, venue de l'estomac, ait souillé le péritoine, protégé par des compresses aseptiques. La cavité vidée et lavée avec de l'eau bouillie,

nous avons cherché la première anse jéjunale ; nous l'avons trouvée avec la plus grande facilité sous l'épiploon et le colon transverse, près de la colonne vertébrale contre laquelle le mésentère maintenait son extrémité duodénale ; nous avons amené cette anse au contact de la paroi antérieure de l'estomac, au niveau de l'incision que nous y avions déjà pratiquée, incision de 3 centimètres environ, mais que nous avons allongée et portée à 5 centimètres. Tout est alors prêt pour commencer la suture.

Un premier rang séro-séreux, long de 6 centimètres environ, à points séparés et au fil de soie, unit le bord mésentérique du jéjunum à la paroi stomacale, suturée à 2 centimètres au-dessous de son incision ; un deuxième rang, semblable au premier, est établi à 1 centimètre au-dessus de celui-ci et unit la séreuse jéjunale à la séreuse gastrique ; c'est à un centimètre au-dessus de cette dernière rangée que l'intestin est ouvert au bistouri, dans une étendue de 5 centimètres ; l'incision horizontale est orientée de manière à correspondre directement à l'incision pratiquée sur l'estomac. Nous pouvons alors affleurer par un rang de sutures muco-muqueuses, toujours au fil de soie, les deux lèvres inférieures de l'incision stomacale et de l'incision intestinale ; puis une nouvelle rangée muco-muqueuse unit les deux lèvres supérieures ; l'anastomose gastro-intestinale est ainsi terminée, et la boutonnière bien bordée. Pour finir l'opération, il ne nous reste plus qu'à faire les deux étages séro-séreux au-dessus de cet orifice et à refermer le ventre. L'opération avait duré quarante-cinq minutes.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

Les suites en furent des plus simples ; la température, le soir, avait bien baissé à 36 degrés, mais le lendemain matin elle était de nouveau à 37°,5, et devait y rester jusqu'au septième jour où les sutures abdominales furent enlevées ; les vomissements avaient cessé et les cuillerées de café, de lait, de bouillon et de rhum, absorbées de quart d'heure en quart d'heure, passaient sans encombre dans l'intestin. Avec les vomissements disparut aussi la douleur, et le hoquet, quoique persistant, était moindre. Et néanmoins on sentait que la partie n'était pas gagnée. La voix restait faible, le teint terreux, les forces diminuaient plutôt, malgré des injections quotidiennes de sérum artificiel dans les tissus de la fesse. Nos craintes devaient se réaliser, et notre opéré s'éteignait au commencement du neuvième jour. La gastro-entérostomie, certainement, n'avait pas hâté la mort, mais notre intervention avait été trop tardive pour la conjurer.

Nous avons pratiqué l'autopsie et voici ce qu'elle nous a révélé : les divers viscères, cerveau, poumons, foie, reins, ne présentaient aucune tare ; il en était de même des intestins. L'estomac, beaucoup moins dilaté que le jour de notre opération, est sain dans toute son étendue, sauf au niveau du pylore où existe une tumeur petite, tout au plus du volume d'une mandarine, presque régulière, sans bosselures du côté de sa superficie et sans ulcération du côté de la muqueuse ; néanmoins l'orifice duodénal est absolument oblitéré par le contact de la paroi opposée, et l'obstruction était complète pour le bol alimentaire. Du reste, pas d'adhérences de la tumeur aux viscères voisins, pas de ganglions engorgés, et sans la faiblesse extrême du malade, la

pylorectomie aurait été ici, parfaitement indiquée.

L'anastomose était parfaite : c'était bien la première anse intestinale qui avait été accolée à la paroi antérieure de l'estomac. Elle s'est absolument bien maintenue, sans coudure brusque et sans la moindre trace d'inflammation ; les fils sont en partie recouverts par l'adhérence des parois ; aucun n'a cédé et la coalescence est complète. L'union est déjà entière, et c'est avec quelques difficultés que nous décollons en deux points les séreuses. Du côté de l'estomac, l'orifice se montre comme une fente large de 3 centimètres environ, à bords bien nets, bien cicatrisés ; cette bouche artificielle fonctionnait de toute évidence, puisque nous avons trouvé l'estomac vide, et que les bouillons, le lait et les jaunes d'œufs que le malade avait absorbés pendant les dernières heures de sa vie étaient dans le jéjunum.

Telle est cette observation nouvelle : malgré la mort survenue au neuvième jour, ce fait nous paraît plutôt plaider en faveur de l'intervention. Tout au plus pourrait-on nous reprocher d'avoir tenté une opération que rendait trop aléatoire l'extrême cachexie du malade ; mais n'est-il pas remarquable de voir quel médiocre retentissement la gastro-entérostomie, que l'on qualifie de si dangereuse, a eu sur un organisme aussi misérable ! Aux premières heures, la température a fléchi de quelques dixièmes de degré, mais elle a remonté aussitôt pour redevenir normale, puis notre malade a décliné doucement, comme avant notre intervention, d'une façon un peu moins rapide peut-être, et avec la vive satisfaction de n'avoir plus de souffrances, et de boire et de manger