

qui aurait guéri tous ses opérés, au moins de l'opération. Sur les 22 autres il y eut 14 guérisons et 8 morts, ce qui serait une mortalité de 38 p. 100. Mais je n'insiste pas sur ce point, il faut attendre de nouveaux faits pour être quelque peu fixé sur la gravité relative de cette opération.

Elle n'est évidemment acceptable que lorsque tous les traitements médicaux ont échoué et que la vie des malades est en péril sérieux. La cholécystotomie, avec établissement d'une fistule biliaire, est l'opération qui doit être préférée. L'occlusion de la vésicule avec suture perdue doit être repoussée comme trop aléatoire et par suite trop dangereuse. Les résultats du reste ne plaident pas en sa faveur.

Je ne vois pas bien clairement les avantages que peut présenter l'extirpation de la vésicule, ou la cholécystectomie. Elle a quelques-uns des dangers de la suture perdue de la vésicule. Je vois plus d'inconvénients que d'avantages à supprimer le réservoir biliaire et la fistule biliaire n'est pas fatalement la suite permanente de la cholécystotomie simple. Denucé a relevé 8 de ces opérations faites par Langenbuch (5), Courvoisier (1), Thiriart (2). Quatre des cinq malades de Langenbuch guérirent de l'opération; mais l'opération paraît peu indiquée chez le premier dont la vésicule ne renfermait que deux calculs insignifiants; et, chez le second il existait déjà une affection cérébrale à laquelle l'opéré succomba après la guérison de l'opération. Les malades de Courvoisier et de Thiriart guérirent également, ce sont là des succès dont il faut tenir grand compte; mais la lecture des observations ne montre pas que l'extirpation de la vésicule ait été nécessaire et que la simple incision n'eût pas suffi.

L'entéro-cholécystotomie n'est justifiable que par suite des dangers que l'on attribue à l'écoulement complet de la bile à l'extérieur. Certes je ne nie pas les inconvénients sérieux pour la santé de l'existence d'une fistule biliaire; mais je crois qu'on se trompe sur leur nature. On attribue en général à la bile le rôle d'émulsionner les graisses conjointement avec le suc pancréatique et Rohman regarde avant tout la bile comme un antiputride. Il y a vingt-six ans, j'ai montré dans la *Gazette hebdomadaire* (1863, page 38), quel est le véritable rôle du foie, rôle qui n'est pas du tout celui qu'on lui attribue. La bile n'est qu'un résidu, elle renferme la matière colorante des globules décomposés par la rate et l'expulse dans l'intestin; mais elle renferme aussi des éléments gras provenant de ces mêmes globules et des matières grasses qui ont pu se trouver mêlées au sang de la veine porte. Si la bile est jetée au haut de l'intestin avec le suc pan-

créatique, c'est pour que ces matières émulsionnées par le suc pancréatique puissent être reprises par les chylifères et utilisées par l'économie. Une fistule biliaire est une cause d'amaigrissement, à laquelle on peut remédier en grande partie par une alimentation riche en matériaux gras. D'ailleurs au point de vue qui doit nous occuper nous devons noter que dans un certain nombre d'observations la fistule n'a souvent donné issue qu'à du mucus ou à des matières purulentes et que plusieurs de ces fistules se sont fermées spontanément.

ARTICLE VI

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ESTOMAC

I. — Plaies de l'estomac.

La question des plaies de l'estomac, de la gravité de cette blessure, de la thérapeutique qu'elles comportent est assez mal connue. En général on les regarde comme extrêmement graves, non seulement comme toutes les blessures des viscères abdominaux, mais aussi parce qu'elles font prévoir un épanchement péritonéal des matières stomacales. Ayant observé en 1879 une de ces blessures, résultat d'un coup de couteau, accompagnée d'issue par la plaie de matières alimentaires (pois et morceaux de viande), plaie qui guérit sans accidents graves, il me parut que l'épanchement péritonéal est moins à craindre qu'on ne le croit; je recherchai les observations antérieures et un de mes élèves, Bailly, les continuant sur mon conseil, publia sur ce sujet une thèse des plus intéressantes.

C'est avec les observations cliniques que je trace à grands traits les indications thérapeutiques et opératoires des plaies de l'estomac. Si l'on se laissait aller à faire de la mauvaise statistique, les blessures de l'estomac paraîtraient peu graves, puisque sur 83 cas que Bailly a pu réunir il y eut 72 guérisons et seulement 11 morts; mais ici encore, ici surtout, il faut rappeler que la mort paraissant la suite trop naturelle de ces blessures, les cas mortels n'ont pas été publiés; tandis que pour la raison inverse on a publié volontiers les cas de guérison, même quand il n'y a pas eu d'intervention opératoire.

Que faut-il faire en cas de plaie stomacale? faut-il débrider la paroi abdominale? faut-il pratiquer la suture de l'estomac, et la

suture faite, faut-il réduire l'organe et fermer la plaie extérieure? Voyons les faits, notre meilleur guide.

1° *Débridement de la paroi abdominale.* — Elle a été faite en 1815 par Larrey dans un cas où il y avait hémorrhagie considérable, la plaie étant au niveau des cartilages de la huitième côte. Larrey donna issue au sang épanché dans l'abdomen; l'estomac laissait échapper de l'eau vineuse ingérée la veille. Le malade guérit.

2° *Suture de l'estomac.* — Nous la retrouvons dans dix observations, mais dans tous ces cas il y avait hernie de l'estomac à travers une plaie quelquefois assez large, sauf dans deux cas dans lesquels Carterat (Acad. roy. de chirurgie) atira l'estomac au dehors, fit la suture du pelletier et réduisit l'organe. Rhustat (*Bull. de la Faculté de méd.*, t. V, p. 386) fit de même après avoir appliqué cinq points de suture, et Cirugueda (1842), après avoir fait la suture du pelletier; Hasby (1851) dans un cas où la plus grande partie de l'estomac faisait hernie; Wigand (1862) après avoir nettoyé avec les doigts l'estomac et la plaie des caillots qui l'obstruaient, Morand (1867), Lucke (1871) après avoir fait la suture de l'estomac, le réduisirent et fermèrent la plaie extérieure.

Dans deux cas l'estomac fut conservé en contact avec la plaie. Percy et Briot, sur un soldat atteint d'un large coup de sabre, firent une suture continue de la plaie stomacale, mais en plaçant dans les anses un crayon, qui appuyait sur la plaie extérieure pour empêcher la réduction de l'estomac. Les fils furent coupés seulement le vingt-huitième jour.

Koestner (1873) fixa les fils de la suture à l'angle supérieur de la plaie abdominale.

Dans un seul cas on établit une fistule. Leschick (1871) avait affaire à une large hernie de l'épiploon et de l'estomac blessé. L'étranglement avait amené un gonflement si considérable des bords de la plaie stomacale qu'on abandonna la suture pour laisser une fistule, qui persistait encore six mois après la guérison. Tous les malades dont je viens de rappeler l'histoire guérirent.

Suture de la plaie abdominale seule. — Cette suture a été rarement faite, car je ne connais que des observations de Stalpart van der Wiels, Travers, Ellis, Witzak, Marjolin, Wigth, Peyrani et la guérison fut obtenue. Seul le malade de Andrew Ellis mourut le lendemain de la blessure et l'on trouva dans l'abdomen un léger épanchement sanguin.

Non intervention opératoire. — C'est la pratique qui a été suivie dans la très grande majorité des cas et presque tous les malades ont guéri. Quelques-uns observés par Covillard (coup de feu), Hentzel (blessure par un pieu), Peters (coup de feu) et William Beaumont (coup de feu) ont conservé des fistules, mais la persistance de cette fistule s'explique facilement par la nature et la gravité de la blessure.

Appréciation. — En résumé 72 observations prouvent que les plaies pénétrantes de l'estomac, avec issue par la plaie de matières alimentaires, peuvent guérir. Elles prouvent que les matières alimentaires peuvent sortir par la plaie, même quelques jours après la blessure, sans s'épancher dans l'abdomen. La conduite à tenir par le chirurgien variera avec la nature de la blessure. S'il y a hernie de l'estomac blessé, il y a indication formelle à faire la suture et à réduire l'organe. S'il n'y a pas hernie, il ne faut pas débrider la plaie pour aller chercher l'estomac et faire la suture. Il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

La suture de la paroi abdominale doit être évitée. Sans doute elle n'a pas empêché la guérison des malades que je viens de citer, mais la lecture des observations montre que dans plusieurs cas des matières alimentaires ont été expulsées par les plaies le lendemain et même quelques jours après la blessure. Si la plaie abdominale avait été fermée, l'issue de ces matières se serait faite dans le ventre.

Il est à peine utile de rappeler que la diète la plus absolue doit être prescrite dans les deux ou trois premiers jours au moins.

On peut seulement permettre de sucer un peu de glace, d'humecter la bouche d'un peu d'eau. La plaie stomacale paraît se fermer assez vite; du moins dans un cas rapporté par Dorsey, bien que le malade fût mort le quatrième jour, d'une péritonite par épanchement primitif, la plaie de l'estomac était déjà cicatrisée.

II. — De la gastrotomie.

Ce nom s'appliquait autrefois aux ouvertures faites au ventre même; on l'a détourné de son acception ancienne pour ne l'appliquer qu'à l'ouverture de l'estomac; et Sédillot, pour désigner l'opération faite pour créer une fistule stomacale dans les cas d'oblitération de l'œsophage, a créé le mot *gastrostomie*.

De la gastrotomie pour les corps étrangers de l'estomac. —

On ne peut guère songer à retirer par l'œsophage les corps étrangers introduits dans l'estomac. S'ils sont d'un petit volume, ils pourraient peut-être être expulsés par les vomissements, mais dans ce cas ils passent plus facilement encore par les voies naturelles. Les annales de la science renferment un grand nombre d'exemples de corps étrangers, même volumineux, introduits dans l'estomac et expulsés par les selles : cuillers, couteaux, canifs, clous à crochet, etc., ont pu cheminer dans l'intestin sans amener d'accidents. On connaît le cas si curieux du matelot dont l'histoire est rapportée par Manet, lequel avala d'abord quatre couteaux en juin 1799 et en rendit trois quinze jours après ; qui en mars 1805 en avala en quelques jours quatorze qu'il rendit en un mois, et qui, enfin, mourut en 1809 à la suite d'accidents déterminés par l'ingestion de quatorze autres couteaux avalés en décembre 1804, couteaux dont les lames furent retrouvées dans l'estomac, sauf une qui avait perforé le colon.

Cependant les choses ne se passent pas toujours heureusement et beaucoup de malades ont succombé aux accidents déterminés par la présence des corps étrangers. C'est surtout chez les aliénés que ces cas ont été observés, et le nombre des objets ingérés est quelquefois considérable : c'est ainsi qu'Armstrong a retiré à l'autopsie trente-deux manches de cuiller, une vis, quatre billes, etc., de l'estomac et des intestins d'un aliéné. Quelquefois, mais rarement, la guérison suit l'expulsion spontanée des corps étrangers à travers la paroi abdominale perforée par un abcès.

Lorsque le corps étranger séjourne dans l'estomac ou sur un point du tube digestif et qu'il y détermine des accidents, la gastrotomie donne le moyen de le retirer.

Hevin, dans son mémoire à l'Académie royale de chirurgie, cite trois opérations de gastrotomie faites par Schalben, lithotomiste de Königsberg, le 9 juillet 1635, par Mathis de Prague en 1632 et par Hubner de Rastembourg en 1720, toutes trois pour retirer un couteau ingéré dans l'estomac. Cayroche de Bordeaux retira ainsi en 1819 une fourchette avalée deux cent vingt-neuf jours auparavant, et Bertherand, en 1823, retira par la même opération une cuiller en vermeil.

Bell de Wapello (Ohio), dont l'observation a été à tort distinguée de celle de Néal de Columbus, car il s'agit du même malade, retira en 1855, de l'estomac d'un homme, une barre de plomb longue de 25 centimètres et pesant une livre.

Kyle de Cédarville (Ohio) fit l'ouverture de l'abdomen chez un enfant de deux ans pour retirer un fétu de paille qui occasionnait les plus graves accidents.

Samuel White (d'Hudson), en 1806, par une incision faite dans la région hypogastrique, retira non pas, il est vrai, de l'estomac, mais de l'intestin, une cuiller à thé avalée dix-huit jours auparavant.

Winzar (de Salisbury), en 1851, se borna à ouvrir un abcès occasionné par la présence des corps étrangers et retira de l'abdomen d'une femme de trente-sept ans une cuiller à thé, quatre morceaux de baleine et un fragment d'étoffe.

Les neuf malades guérissent tous ; la guérison de « l'homme à la fourchette » par Labbé ne fait que la dixième observation et la dixième guérison.

Depuis, les cas se sont multipliés, Bouchet (de Lyon), Felizet, etc., ont également retiré des fourchettes de l'estomac. Köcher, pour retirer un clou avalé par mégarde, employa la sonde œsophagienne terminée par le panier de Græfe. L'instrument se brisa dans l'estomac à 28 centimètres de son extrémité ; la gastrotomie permit de le retirer. Le clou n'était plus dans l'estomac. Disons, à ce propos, que le panier de Græfe nous paraît un instrument dangereux si on le pousse jusque dans l'estomac, car une des deux valves du panier peut accrocher l'orifice cardiaque et rendre à peu près impossible le retrait de l'instrument.

L'intervention chirurgicale est indiquée toutes les fois que la présence du corps étranger détermine des accidents sérieux, surtout lorsque, malgré un long temps déjà écoulé, il n'a pu franchir le pylore. L'application des caustiques destinés à amener avec l'ouverture de la paroi abdominale des adhérences préalables entre la face profonde de la paroi et la face antérieure de l'estomac ne saurait être une pratique à conseiller ; la mobilité de l'estomac, si grande en raison de son état alternatif de vacuité et de plénitude, laisse peu d'espoir d'un bon résultat. L'ouverture par le bistouri est la méthode la plus sûre.

Le lieu de l'incision est alors généralement indiqué par la saillie du corps étranger. S'il ne fait aucune saillie, on suivra alors les règles générales que nous allons indiquer à propos de la gastrotomie.

III. — De la gastrotomie.

L'opération a pour but d'établir une fistule stomacale, lorsque l'œsophage est imperméable par rétrécissement cancéreux ou cicatriciel. Watson, en 1844, avait proposé cette opération ; mais son véritable auteur est Sédillot, qui non seulement a pratiqué

les deux premières opérations, mais a cherché à démontrer ses avantages et en a décrit longuement et minutieusement les procédés opératoires. Ces procédés se sont pourtant modifiés et ont pris plus de précision dans les dix dernières années; car pendant cette période, ainsi que nous le verrons, l'opération a été faite très souvent.

Les points qui doivent nous préoccuper dans la pratique de l'opération sont : le lieu et l'étendue de l'incision, le moment où doit se faire l'ouverture stomacale (opération en un ou deux temps), le mode de suture, l'établissement de la fistule.

Siège et étendue de l'incision. — Sédillot dans sa première opération fit, à 6 centimètres au-dessous et en dehors de l'appendice xyphoïde, une incision cruciale d'une longueur de 4 centimètres. Dans son deuxième cas il fit une incision longitudinale à deux travers de doigt de la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, et une seconde incision transversale plus petite au milieu de la première.

Labbé recommande une incision de 4 centimètres éloignée d'un centimètre en dedans des fausses côtes gauches, parallèle à leur rebord, et dont l'extrémité supérieure répond au niveau des cartilages de la neuvième côte. Non seulement cette incision n'arrive pas sur la partie moyenne de l'estomac, mais quelquefois elle ne conduit même pas sur cet organe, dont la situation est souvent modifiée par une longue inanition. Leskoff (de Saint-Pétersbourg) a montré que la direction de l'estomac, loin d'être horizontale, est oblique et quelquefois même verticale. Berger a constaté que l'estomac a souvent la forme d'un canal cylindrique. Jouon fit une incision transversale de 25 millimètres, commençant à un centimètre en dehors de la ligne blanche et finissant à 15 millimètres des cartilages costaux, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde.

Dans un cas où j'ai pratiqué cette opération, j'ai fait, comme beaucoup d'autres, l'incision à un centimètre du rebord des fausses côtes, à 3 centimètres de l'appendice xyphoïde, et je suis tombé immédiatement sur l'estomac. On est d'accord sur ce point, qu'il faut, autant que possible, établir la fistule vers le cardia et non vers le pylore; que l'incision faite un peu bas a conduit plusieurs fois sur l'épiploon et même sur le colon transverse. Par conséquent, il faut faire l'incision le plus haut possible, et le point où je l'ai pratiquée me paraît devoir être préféré.

Quant à l'étendue de l'incision, il faut avant tout pouvoir opérer avec sécurité et facilité. J'ai pu agir facilement avec une incision

de 4 centimètres qui me paraît suffisante, sauf les cas exceptionnels. Bergmann a fait une incision de 14 centimètres; c'est un peu exagéré.

La peau et l'aponévrose incisés, on tombe sur le muscle droit, que les opérateurs ont sectionné en travers. Howse conseille de dissocier les fibres afin de constituer autour de la fistule une sorte de sphincter. Arrivé sur le péritoine, on le saisit avec une pince à griffes, on lui fait une très petite ouverture au travers de laquelle on passe la sonde cannelée et c'est sur la sonde que se poursuit l'incision, que l'on peut terminer avec les ciseaux après avoir introduit le doigt dans la plaie. Arrivé à ce temps de l'opération, il me paraît prudent de passer en deux points au moins du péritoine deux anses de fil qu'on confie à un aide et qui permettent, au moment de la suture de l'estomac, de retrouver facilement la séreuse qui tend à se rétracter.

Ouverture et suture de l'estomac. — En général, une fois le péritoine ouvert, on tombe sur l'estomac; mais on peut rencontrer aussi l'épiploon et même le colon transverse. Si c'est l'épiploon on le tire lentement en bas, ou même on agrandit l'incision par en haut; si l'on croit avoir affaire au colon, il faut suivre l'exemple de Bergmann : tirer sur l'épiploon jusqu'à ce que la disposition des vaisseaux gastro-épiplœiques éclaire sur l'organe saisi. Dans sa première opération, Sédillot ne fit pas de suture; il saisit l'estomac et la paroi dans une canule à bords terminaux saillants à angle droit. L'estomac rentra dans le ventre, entraînant avec lui la canule et le malade succomba dans la journée même. Dans sa seconde opération, Sédillot fit, en quelque sorte, l'opération en deux temps. Le péritoine ouvert, il introduisit une pince courbe à mors circulaires avec laquelle il saisit et attira au dehors la paroi extérieure de l'estomac, qu'il fixa à la peau moyennant cinq ou six points de suture, en remettant l'incision de l'organe après la formation des adhérences. Quelques heures après, dans un effort de toux, l'estomac rentra dans le ventre; il fallut l'aller rechercher avec la pince; et cette fois, enlevant les points de suture, on étreignit une petite portion du viscère amené au dehors entre les mors d'une pince à coulant placée en travers, pour obtenir à la fois des adhérences et la gangrène de la portion serrée par les mors. Le cinquième jour, en effet, la gangrène était presque complète et les adhérences établies. On excisa avec des ciseaux les parties mortifiées; et la fistule ainsi établie, on commença à y faire des injections nutritives. Mais le malade s'affaiblit de plus en plus, et succomba dix jours après l'opération.

Lorsque le chirurgien s'est assuré qu'il a bien devant lui l'estomac, il le saisit avec une pince à pansement et il l'attire au dehors. Pour le maintenir on peut le traverser avec deux aiguilles à acupuncture, ou mieux avec deux anses de fil, ou encore le serrer avec deux pinces hémostatiques. Avant d'ouvrir la cavité stomacale, on fixe l'estomac aux parois de la plaie. Verneuil, qui a obtenu le premier succès, passe autour de la plaie une série de fils d'argent, placés en couronne et espacés de 5 à 6 millimètres. L'aiguille traverse la paroi abdominale, y compris le péritoine, puis en deux points les tuniques stomacales; l'anse est serrée au moyen de tubes de Galli, ou simplement par torsion. Cela fait, on ouvre l'estomac dans l'étendue d'un centimètre. Howse a employé une double suture formant deux cercles concentriques; mais il y a lui-même renoncé. Pour assurer davantage l'adhérence, je fais en quelque sorte deux cercles de suture, mais ils sont à peu près au même niveau. Je traverse la paroi abdominale, en tirant un peu sur le péritoine au moyen des anses de fils dont je l'ai traversé avant d'attirer l'estomac au dehors, et je fais un peu déborder le péritoine au delà de la plaie. L'aiguille saisit le péritoine stomacal et le fixe au contact du péritoine pariétal. La plaie abdominale, sur sa coupe, est donc en quelque sorte bordée d'un ourlet de péritoine. Cela fait, l'estomac est assez bien maintenu pour qu'on puisse l'ouvrir sans crainte. Une fois ouvert je refais un second cercle de suture sus-jacent au premier, mais ne comprenant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi abdominale et toute l'épaisseur de l'estomac, de manière à renverser la muqueuse stomacale en dehors sous forme de bourrelet. Mon but est d'obtenir une exacte juxtaposition des deux feuillets du péritoine et de mettre la plaie à l'abri, autant qu'il est possible, du contact du suc gastrique, évacué par la fistule.

Opération en deux temps. — Cette modification consiste à faire l'opération comme je viens de le dire, mais à attendre plusieurs jours (Howse attend cinq et même dix jours) avant d'ouvrir l'estomac. Je suis peu partisan de cette méthode, à laquelle je ne vois aucun avantage sérieux et qui a le grave inconvénient de retarder le moment où l'on pourra alimenter le malade. Howse, Hjort, Albert, Durham, partisans de l'opération en deux temps objectent que le double traumatisme stomacal et péritonéal aggrave le pronostic; mais il ne paraît pas, d'après leurs observations mêmes, que l'état de leurs malades ait subi une aggravation temporaire, le jour où ils ont fait ultérieurement l'ouverture de l'estomac. Si l'opération en deux temps paraît compter une plus forte propor-

tion de succès, il faut tenir compte de ce que c'est précisément parce que les opérés offraient encore de la résistance que l'on a pu remettre à plusieurs jours l'ouverture de l'estomac et l'alimentation par la fistule. La plupart, sinon tous les cas dans lesquels l'état du malade était rendu grave par l'inanition ont été, en raison de l'urgence, des opérations en un seul temps, il n'est donc pas étonnant qu'elles aient donné une moins forte proportion de succès.

Introduction d'une canule. — La plupart des opérateurs ont introduit dans l'ouverture, immédiatement après l'opération, une canule ou un tube à drainage. Je ne suis pas partisan de cette manière de faire. Le tube agissant comme corps étranger ne peut qu'irriter l'estomac, amener même des vomissements, et il n'y a aucun danger de voir l'ouverture se refermer, puisque ses parois sont formées par la muqueuse stomacale. Mais, après quelques jours, dès qu'on pratique l'alimentation, une canule pouvant se fermer est nécessaire pour empêcher l'issue des aliments introduits dans l'estomac. Jusqu'à présent on n'a rien imaginé de bien parfait; la difficulté est qu'il faut presser à la fois sur la paroi interne de l'estomac et du côté de la peau. Un tube muni d'une chemise de caoutchouc dans sa partie stomacale, chemise tubulaire pouvant se dilater par l'introduction d'air ou de liquide, une plaque métallique circulaire, glissant le long de la partie extérieure du tube et pouvant s'arrêter par la pression d'une vis, me paraîtraient remplir les indications.

Alimentation. — Malgré le désir d'alimenter le plus tôt possible un malade souffrant le supplice de la faim, je crois qu'il faut attendre au moins un jour et mieux encore deux ou trois jours avant de rien introduire dans l'estomac. Il faut, pour éviter l'inflammation, tenir l'organe dans un repos complet. Lorsque l'alimentation pourra être commencée, il faut, surtout dans les premiers temps, qu'elle soit réduite au strict nécessaire.

Pansement. — Le contact du suc gastrique irritant souvent les bords de la plaie, on peut protéger les parties voisines par une application de collodion sur la peau. Au niveau de la fistule un morceau de taffetas gommé, soutenu par un peu de linge, suffit comme pansement. Il est bon d'oindre de vaseline les parties enflammées.

Résultats et appréciation. — Voici ce que je disais dans ma dernière édition: «Fenger (1853), Habershon (1857), Sydney Jones

(1855-1866), Jouon (1872), Smith, Mac Cornac, Legros Clarke (1872), Jacobi (1874), Cooper Forster (1858, 1859), Lowe, Bryant, Curling (1866), Van Thaden (1867), Troup (1867), Durham (1868), Maury (1869), Hjork (1874), Sydney Jones (1875), ont imité l'exemple de Sédillot, presque toujours (sauf dans trois cas de rétrécissement traumatique) pour des rétrécissements de l'œsophage cancéreux. Les vingt-deux opérés sont tous morts dans un intervalle variant entre quelques heures et quelques jours, ce qui contraste malheureusement avec les guérisons jusqu'à présent constantes dans les dix cas de gastrotonomie pratiquée pour retirer des corps étrangers. Cette différence dans les résultats est des plus remarquables, à quoi peut-elle tenir ? Il nous semble que dans tous les cas de corps étrangers le succès peut être attribué à cette circonstance que la présence même du corps étranger a modifié la vitalité de l'estomac et du péritoine qui le recouvre, modification qui le rend moins susceptible de s'enflammer sous l'influence de l'incision; tandis que dans la gastrotonomie faite pour un rétrécissement de l'œsophage, cette condition fait défaut et, de plus, l'opération a été faite le plus souvent sur des malades âgés, en proie à la cachexie cancéreuse, et fort affaiblis par l'inanition. »

En ce qui concerne la *gastrotonomie*, les choses ont tout à fait changé de face et cela tient, d'une part, à ce que l'opération a été faite non plus seulement contre des rétrécissements cancéreux et chez des malades épuisés, mais pour des rétrécissements cicatriciels et chez des malades offrant encore de la résistance. Je dirai même, de suite, que chez un certain nombre de ces malades, l'opération a été prématurée et que chez quelques-uns elle aurait pu ne pas être faite. Quoi qu'il en soit, au lieu de 22 opérations, nous en trouvons aujourd'hui 207 dans le le mémoire de Marcel Cohen, ayant donné 61 morts et 146 guérisons, soit une mortalité de 29,4 p. 100 et une survie moyenne de quatre-vingt-deux jours. Mais pour juger la question il faut séparer les gastrotonomies pour cancer de celles qui ont été faites pour des rétrécissements non cancéreux de l'œsophage.

Rétrécissements cancéreux. — C'est un spectacle si douloureux que celui d'un malade mourant d'inanition par suite d'un cancer de l'œsophage, qu'il est fort difficile de ne pas intervenir, même par une opération qui peut n'avoir pour effet que de hâter la mort, et qui, même en cas de succès, ne donnera que quelques semaines ou quelques mois d'une vie misérable. Ce qui peut aussi engager à pratiquer la gastrotonomie, c'est que cette opéra-

tion, que nous pouvions il y a quelques années croire presque toujours mortelle, n'a pas la gravité que l'on pensait pouvoir lui attribuer. C'est pour ces motifs que j'ai pratiqué la gastrotonomie, mais il ne faut la faire que lorsqu'on a la presque certitude que sans elle la mort serait prochaine et lorsque l'état général du malade permet d'espérer, en cas de succès opératoire, une survie un peu longue. Ce qu'il importe, c'est de ne pas attendre que les forces du malade soient tout à fait épuisées, et c'est parce qu'on a surtout opéré dans ces conditions que les insuccès ont été d'abord si nombreux, on pourrait dire si constants.

Toutefois, avant d'en venir à ce moyen, peut-on avec quelque espoir de succès en essayer d'autres ? L'œsophagotomie interne au moins, sinon plus dangereuse que la gastrotonomie n'offre pas, en cas de succès, les avantages de cette dernière opération. Mais on peut essayer l'emploi du tube œsophagien à demeure, méthode thérapeutique encore nouvelle, par conséquent n'ayant pas fait ses preuves d'une manière suffisante, mais qui paraît avoir de sérieux avantages.

Rétrécissements non cancéreux. — Quelques-uns sont syphilitiques, mais le plus grand nombre est consécutif à l'ingestion d'une substance caustique. Marcel Cohen dans un important travail en a réuni 53 observations, qui ont donné 24 guérisons et 29 morts, soit une mortalité de 54 p. 100. Sur ces 29 cas, la mort n'aurait été que 12 fois la conséquence directe de l'opération, mais il faut y ajouter sept autres opérés morts d'inanition ou d'épuisement dans une période de quatorze heures à vingt-huit jours. C'est donc encore comme on le voit une mortalité assez élevée.

Ces 24 guérisons méritent d'être examinées de près, car nous allons voir que la vie est fort compromise lorsque l'alimentation est faite exclusivement par une fistule stomacale et que, soit directement, soit par la diminution de la résistance vitale, des maladies de nature diverse sont venues amener la mort de presque tous les malades, dans un temps plus ou moins long. Nous n'avons aucun détail sur le cas de Satzensko, il nous reste donc 23 malades guéris et dont nous connaissons un peu l'histoire consécutive. Neuf d'entre eux sont morts ultérieurement. Trois ont succombé à la phthisie : celui de Verneuil après quinze mois ; celui de Patzelt après cinquante-cinq jours, celui de Rupprecht après sept mois. Les deux opérés de Trendelenburg ont succombé l'un à une carie du rocher après quatre ans, l'autre à des accès fébriles après huit mois. Les opérés de Pye Smith et de Langenbeck

sont morts de pneumonie, le premier après dix-huit mois, le second après deux cent dix jours. J'ignore la cause de la mort de l'opéré de Langenbeck survenue le troisième mois.

L'opérée de Howse mérite une mention particulière, elle guérit et on put fermer la fistule vingt mois après; mais le rétrécissement reparut, la malade s'affaiblit et mourut sans qu'une nouvelle opération eût pu être faite.

Restent donc 14 opérés chez lesquels la guérison paraît avoir été permanente ou du moins assez longue pour que les observateurs n'aient pas connu leur mort. Or, chose absolument remarquable et sur laquelle j'attire vivement l'attention, chez 10 d'entre eux la perméabilité de l'œsophage était rétablie, à des degrés divers. Un onzième, nègre opéré par Staton, n'introduisait les aliments par la fistule qu'après les avoir mastiqués et insalivés. L'observation de Whitehead manque de détails et les malades d'Albert et de Dupont avaient conservé l'imperméabilité de l'œsophage.

Chez 5 opérés la perméabilité de l'œsophage se rétablit sans opération; ceux de Davies Colley et de Bryant pouvaient avaler la viande hachée, ceux de Herff, de Jones et de Mac Namara avalaient leur salive, cette dernière malade, il est vrai, assez difficilement et l'observation ne va pas au delà de trois mois.

Chez 5 autres opérés le rétrécissement fut guéri chirurgicalement; Albert, Schattauer employèrent la dilatation, Hjort l'électrolyse, Schedé l'œsophagotomie préalable. Bergmann, pour un rétrécissement siégeant au cardia, sentant par la fistule qu'une olive de dilateur introduit dans l'œsophage n'était séparée de l'estomac que par une faible épaisseur de tissus, mortifia ces tissus par compression et rétablit la perméabilité de l'œsophage.

Lorsqu'on lit les observations de gastrostomie publiées, on peut être frappé de ce fait que, dans un certain nombre de cas, l'opération eût pu être évitée si on eût mieux pratiqué les tentatives de dilatation. La vie ne paraît assurée que si l'on peut ultérieurement rétablir la perméabilité de l'œsophage, c'est donc toujours ce qu'il faudra rechercher; aussi faut-il insister sur la dilatation plus qu'on ne l'a fait trop souvent. Je tiens compte cependant de ce fait que la gastrostomie peut être parfois regardée comme une opération d'urgence, que l'on pratique pour prévenir la mort par inanition et pour se donner le temps d'agir plus tard sur le rétrécissement. Je ne crains pas de dire qu'en employant mon procédé de dilatation immédiate progressive par les bougies coniques avec conducteurs, on évitera souvent la nécessité d'ouvrir l'estomac.

Il y a sept ans, mon regretté collègue Sarazin m'adressa un malade atteint de rétrécissement cicatriciel sur lequel toutes les tentatives de dilatation avaient échoué et qui, depuis cinq jours, n'avait pu avaler même une goutte d'eau. J'employai mon procédé, je dilatai assez l'œsophage pour que le malade pût avaler du bouillon mélangé de jaunes d'œuf; je continuai le traitement et je dilatai complètement l'œsophage rétréci à sa partie moyenne.

Le malade, ouvrier de la campagne, retourna chez lui muni de bougies. Il continua plusieurs mois à se sonder, sept ans se sont écoulés et la guérison s'est absolument maintenue.

IV. — Résection partielle de l'estomac.

J'écrivais dans ma dernière édition (1877): « Lorsqu'on voulait, il y a une vingtaine d'années, se jouer de la crédulité et de la naïveté d'un jeune camarade d'études, on lui racontait que tel chirurgien, connu pour ses excentricités opératoires, avait extirpé un pylore cancéreux. Dans un recueil des plus sérieux, « les archives de Langenbeck », un chirurgien allemand, Gussenbauer, étudie sérieusement les procédés applicables à la résection partielle de l'estomac cancéreux. Jusqu'à présent il n'a pratiqué la résection que sur des chiens; mais la marche que suit depuis quelque temps la chirurgie d'outre-Rhin autorise à prévoir que l'expérience ne tardera pas à être faite sur des Allemands. »

Ce n'est pas sur un Allemand, c'est sur un Français et par un opérateur français, Péan, que l'opération fut faite pour la première fois le 9 avril 1879. Depuis, les opérations se sont très multipliées, elles sont assez nombreuses pour que, même en nous bornant à celles que Hahn a rassemblées dans son travail, nous puissions nous faire une opinion sur la valeur de cette opération. Voyons d'abord comment on l'a pratiquée.

Billroth a fait l'incision sur la tumeur même, Rydigier conseille de la faire sur la ligne blanche. On lui donne une étendue de 10 à 15 centimètres et on la pratique avec les précautions indiquées pour toutes les laparotomies. Lorsque l'on est arrivé sur l'estomac, il faut le dégager et l'isoler dans la partie qui est malade. On détache ensuite l'épiploon gastro-colique dans toute l'étendue qui devra être réséquée et on le sectionne entre deux ligatures pour éviter l'hémorrhagie.

On ne peut faire la section de l'estomac sans s'exposer à voir son contenu s'épancher dans l'abdomen. Rydigier ferme l'estomac