

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

et le duodenum au moyen de deux pinces, Billroth se contente de la surveillance d'un aide expérimenté armé d'éponges.

Le calibre de l'estomac étant bien supérieur à celui du duodenum avec lequel il devra être abouché, aussitôt l'estomac sectionné on ferme avec des points de suture, nécessairement nombreux, la partie de la section stomacale qui restera isolée et l'on ne conserve que celle qui devra répondre au duodenum. Dans ses deux premières opérations, Billroth avait rattaché le duodenum à la partie voisine de la petite courbure; mais sa seconde malade ayant éprouvé des vomissements qu'elle n'avait pas avant l'opération, Billroth crut, non sans raison, que le cul-de-sac qui se formait ainsi au niveau de la grande courbure s'opposait au passage facile des aliments dans le duodenum et il a reporté l'abouchement du duodenum vers la grande courbure en suturant au contraire les parties de l'estomac répondant à la petite courbure. Les fils de la suture ne sont coupés qu'à la fin de l'opération et servent à retenir l'estomac.

Cela fait, il faut isoler la partie qui répond au duodenum; on sectionne l'intestin et on le relie à l'estomac par les sutures employées pour la réunion bout à bout de l'intestin divisé. Il ne reste plus qu'à fermer l'abdomen avec les précautions usitées dans les laparotomies.

Résultats et appréciation. — Le travail de Hahn contient toutes les observations publiées jusqu'en 1883, comprenant la période d'engouement pour la résection stomacale. Trente malades avaient été opérés et dans deux autres cas, Czerny et Lauenstein, constatant la trop grande étendue du cancer, s'arrêtèrent. Czerny referma le ventre, Lauenstein établit une fistule gastro-intestinale, son malade mourut.

Pour que l'opération puisse être faite avec quelque chance de succès pour ceux qui l'acceptent, il faudrait que l'on pût être certain de son diagnostic, au moins quant aux limites du cancer et à l'absence d'adhérences avec les parties voisines; car les observations ont montré que la résection d'une partie du pancréas était une contre-indication formelle. Or rien ne permet d'établir un pareil diagnostic. Ainsi dans l'observation de Lucke (1881) la tumeur était complètement mobile; on trouva à l'opération qu'elle adhérait au pancréas. Dans celle de Kronlein (1881) la tumeur qui paraissait très mobile et de la grosseur d'un œuf de pigeon, avait le volume du poing, pour l'isoler il fallait désinsérer le grand épiploon sur une longueur de 10 centimètres, et l'on constata à l'autopsie l'envahissement du foie.

Mais c'est par ses résultats que nous pouvons juger l'opération. Sur les 30 opérés, 24 sont morts de l'opération même, ce qui nous donne une mortalité effroyable de 80 p. 100, quatre sur cinq. La mort est survenue une fois sans que la malade se soit réveillée du chloroforme, celle-là du moins ne s'est pas vu mourir (Fort); après 3 heures (Richter), 4 heures (Berns), 5 heures (Weinlechner), 6 heures (Bardenhauer, Kitajewski, Kohler), 7 heures (Caselli), 10 heures (Lucke), 14 heures (Southam), 16 heures (Gussenbauer), dans la journée même (Rydgier, Billroth, Nicolaysen, Jurié, Krönlein, Langenbeck), le lendemain (Bardenhauer), le troisième jour (Billroth), le cinquième (Péan), le septième (Hahn), le huitième (Billroth, Bardenhauer, Lauenstein).

Ce serait encore quelque chose, si, en parallèle avec cette mortalité opératoire, dans des cas où il s'agit d'une maladie fatalement mortelle, nous pouvions opposer six cas de guérison; mais il nous faut éliminer les deux observations de Rydgier et de Van Kleef; dans la première il s'agit d'une malade de 30 ans, dans la seconde, d'une femme de 37 ans ayant toutes deux un ulcère simple de l'estomac. Elles ont eu le bonheur de ne pas être tuées par l'opération et survivaient encore l'une après sept mois, l'autre après deux mois; peut-être vivent-elles encore; mais est-il acceptable que pour une maladie non mortelle, que des soins médicaux bien dirigés peuvent guérir, on fasse, en connaissance de cause, une opération qui expose à 80 chances de mort sur 100!

Il reste donc 4 malades guéries, toutes les 4 sont des femmes; l'une, la première opérée de Billroth, mourut de récurrence après quatre mois: ce n'est certes pas un résultat qui compense les dangers opératoires. Il reste donc 3 malades guéries, l'une opérée par Wölfler était âgée de 52 ans, avait un cancer du pylore et vivait encore un an après. Mais les deux autres, l'une opérée par Czerny avait un cancer colloïde et vivait encore sept mois après; l'autre opérée par Billroth avait un cancer glandulaire et vivait encore cinq mois après; or, la première avait 28 ans, la seconde 36 ans, ce qui n'est pas l'âge du cancer; de plus, ni l'une ni l'autre n'avaient jamais eu ni de vomissements de sang, ni selles sanglantes, ni mœlena. Quel a été leur sort ultérieur? je l'ignore; et dans ces conditions j'éleve des doutes sur la nature même de la tumeur réséquée.

Je ne reviens pas sur l'appréciation générale que j'ai donnée dans l'introduction de ce volume, je regarde la résection de l'estomac cancéreux comme une détestable opération que je repousse énergiquement.