

IV

CHIRURGIE DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Observation. Ulcère chronique; alimentation impossible chez un malade de quarante-cinq ans.

I. *Interventions pour conséquences des ulcères* : Lésions du pylore, estomac biloculaire, adhérences périgastriques.

II. *Interventions pour complications des ulcères* : Perforations et hémorragies. Des hémorragies stomacales au cours de l'ulcère; difficultés du diagnostic de localisation; utilité d'une opération faite à temps.

III. *Interventions pour ulcères chroniques ou récidives*, avec dénutrition progressive. Supériorité de la gastro-entérostomie sur la résection de l'ulcère.

Opération de la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Guérison opératoire; résultat thérapeutique.

MESSIEURS,

Il y a quelques jours, le professeur Dieulafoy nous priait de voir dans son service un malade atteint d'ulcère de l'estomac. L'affection était chronique, sans complications actuelles; mais depuis plusieurs mois que le malade était soumis à la thérapeutique médicale, le bénéfice restait nul. Les vomissements continuaient, les douleurs restaient intolérables, l'alimentation devenait impossible, et chaque jour qui passait accentuait la faiblesse et la déchéance de ce malade. La situation devenait donc grave.

Et sans attendre qu'il fût trop tard, M. Dieulafoy nous demandait si nous ne pouvions procurer à ce malade le soulagement que la médecine se déclarait impuissante à lui assurer.

J'examinai le malade et je ne pouvais que confirmer un diagnostic établi avec une compétence que je ne saurais avoir. Et pénétré de l'utilité, je dirai même de la nécessité d'une opération, je faisais d'accord avec M. Dieulafoy, passer le malade dans notre service, salle Saint-Landry n° 27, où je vous le montrai tout à l'heure.

C'est un homme de quarante-cinq ans; il est amaigri, triste, découragé. A l'heure de la visite, nous le voyions fondre en larmes à notre approche: est-ce la crainte de l'opération? Non: mais les souffrances qu'il éprouve depuis longtemps, l'aggravation progressive de sa ma-

ladie, l'impuissance de tous les moyens usités pour l'enrayer, tout cela a fortement ébranlé son moral, déséquilibré son système nerveux et amoindri sa résistance et sa volonté.

Voici d'ailleurs l'observation qui m'est remise par M. Appert, chef de la clinique médicale.

Le malade âgé de quarante-cinq ans, exerçant la profession de comptable, est entré dans le service du professeur Dieulafoy, salle Saint-Christophe, le 13 mars pour de violentes douleurs d'estomac et pour des vomissements incoercibles.

Début de la maladie. — Le début de la maladie remonte au mois de mai 1899.

Ce sont les vomissements alimentaires qui ont été la première manifestation de l'affection; les phénomènes douloureux ne sont apparus que quatre semaines plus tard.

Ces vomissements se produisaient immédiatement après les repas, et devinrent tellement fréquents que la nutrition du malade fut bientôt entravée. Un aliment aussitôt absorbé était immédiatement rejeté.

Le malade ne pouvait prendre que du lait, et encore en très petite quantité.

C'est ainsi qu'il a pu se nourrir jusqu'au mois de février dernier.

Depuis cette époque il ne peut supporter aucun aliment, même le lait qui est rejeté presque aussitôt après son absorption.

Mais ces vomissements ne sont pas seulement alimentaires. Ils sont aussi bilieux, et au début de la maladie, il s'y mêlait même du sang en assez grande quantité, d'après ce que raconte le malade.

Ces hématomèses auraient été abondantes, allant jusqu'à un demi-litre de sang noirâtre, non coagulé, parfaitement liquide.

Peu à peu le sang rejeté a perdu sa coloration foncée, pour reprendre sa coloration normale.

En même temps que la coloration des hématomèses se modifiait, leur fréquence diminuait de plus en plus.

Cinq mois après le début de la maladie, c'est-à-dire, en 1899, le sang disparaissait complètement dans les vomissements, qui redevenaient ce qu'ils étaient au début, c'est-à-dire alimentaires et quelquefois bilieux.

Depuis, les vomissements ont persisté avec tous leurs caractères:

Apparition immédiate après le repas.

Absence complète, lorsque le malade est à jeun.

Ces vomissements s'accompagnent de douleurs.

Ces douleurs n'ont fait leur apparition qu'environ trois ou quatre semaines après le début des vomissements.

Immédiatement après avoir mangé, le malade ressentait dans la région épigastrique une vive douleur qu'il compare à une brûlure.

Cette douleur n'était pas localisée, mais irradiait à tout l'abdomen.

Tantôt continue, tantôt intermittente, elle revêtait le caractère des douleurs fulgurantes, avec des élancements dans la région du dos, entre les deux épaules.

Parfois la douleur était tellement vive que le malade perdait connaissance.

Ces crises gastriques ont une durée variable, quelquefois une demi-heure et même trois quarts d'heure. La fin de la crise est annoncée par des vomissements. Il semble même que depuis le début de la maladie, les douleurs aient toujours été diminuées, sinon tout à fait calmées par les vomissements.

Ces crises gastriques sont devenues de moins en moins fréquentes, depuis que le lait a été substitué à toute autre alimentation.

En dehors de ces crises douloureuses provoquées par le contact des aliments avec la muqueuse stomacale, le malade a parfois des crises douloureuses survenant lorsqu'il est à jeun, sans cause appréciable.

Ces douleurs, quels que soient leurs caractères :

Douleurs continues,
Douleurs passagères,
Crises douloureuses,

Surviennent même la nuit, et depuis trois mois le sommeil fait complètement défaut, et ce n'est que grâce au chloral que le malade peut s'assoupir et s'endormir dans les dernières heures de la nuit.

Tels sont les symptômes fondamentaux que nous présente à étudier ce malade :

Vomissements, hémorragies, douleurs, triade classique par laquelle se manifeste l'ulcère de l'estomac.

A ces symptômes fondamentaux, viennent s'ajouter des symptômes accessoires :

Insomnie ;
Bâillements fréquents et répétés ;
Bouffées de chaleur ;
Éructations acides ;
Inappétence ;
Constipation absolue.

Depuis deux ans que cette maladie a débuté, *l'état général* est profondément altéré.

L'amaigrissement a été considérable.

En quinze mois, le malade aurait, paraît-il, maigri de 30 kilogrammes.

Voici les différentes pesées du malade depuis qu'il est à l'hôpital.

A son entrée, le 13 mars, 59 kilogrammes.

16 avril, 56 kilogrammes ;

20 mai, 53 kg. 500 ;

3 juin, 52 kg. 800.

L'examen physique du malade est négatif.

A l'examen, la palpation ne révèle aucune tumeur appréciable. Par la percussion on ne trouve pas de dilatation stomacale.

Pas d'adénopathie sus-claviculaire.

Le foie est normal.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'examen du système nerveux ne révèle l'existence d'aucune affection telle que l'hystérie ou le tabes.

Il faut noter en passant un certain degré d'exophtalmie qui a paru s'accroître légèrement depuis que le malade est à l'hôpital.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Presque rien à noter non plus dans le passé pathologique de ce malade.

Pas d'érythème, pas de syphilis.

Mais le malade raconte qu'il a eu dans son enfance des crises nerveuses rappelant les crises d'épilepsie. Il lui arrivait quelquefois de perdre connaissance et de tomber. Dans ces crises, il écumait et se mordait la langue.

Vers quatorze, quinze ans, ces crises se sont espacées à de très rares intervalles pour disparaître à l'âge de vingt-trois ou vingt-quatre ans.

Puis il est resté près de vingt ans en parfaite santé. Il y a deux ans seulement que sa maladie actuelle a débuté.

Le traitement institué a été le suivant :

Depuis qu'il est entré dans le service du professeur Dieulafoy on lui a donné tour à tour :

Du bicarbonate de soude ;

De la gastérine (pendant trois jours au commencement d'avril) ;

De l'eau de chaux cocaïnée.

Application d'un cautère le 22 avril.

Les traitements ont échoué. Le malade n'est pas amélioré.

Il prend dans la journée un tiers de litre de lait par petites gorgées qu'il régurgite presque aussitôt..

En somme, vous le voyez, d'après les termes de cette observation, il s'agit d'un ulcère de l'estomac, déjà ancien, sans complications, mais d'un ulcère qui provoque des douleurs persistantes, entretient les vomissements et entrave la nutrition.

Je vais l'opérer, je vais pratiquer sur lui la gastro-entérostomie ; et je me propose à cette occasion de passer en revue les indications de l'intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac et de vous montrer dans quels cas la chirurgie doit apporter à la médecine impuissante un concours toujours utile et souvent nécessaire.

Depuis le jour déjà lointain — c'était en 1882 — où Rydygier¹ pratiquait la première intervention pour guérir un ulcère simple de l'estomac, des observations nombreuses sont venues montrer quels bénéfices on peut attendre d'une opération opportune et bien conduite dans la cure de cette affection. Et c'est une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie contemporaine, qui nous permet d'opérer avec

1. Rydygier. *Die erste Magenresection beim Magengeschwür* (Berl. Klin. Woch., 1882, n° 3).

succès des ulcères qui font mourir par inanition quand ils ne tuent pas par hémorragie.

Je ne veux pas, je ne pourrais d'ailleurs passer en revue tous les travaux qui ont concouru à ce grand progrès, la liste en est trop longue : je citerai seulement les noms, à l'étranger, de Czerny, de Lauenstein, de Mickulicz, de Heinecke, de Billroth, parmi ceux qui ont apporté à cette question les premières observations positives. En France, Doyen dès 1892, puis Terrier, Tuffier, Guinard, Chaput, Ricard et d'autres ont publié de nouveaux faits¹. Et si actuellement la question est encore à l'étude, du moins les premiers jalons sont posés et une conclusion ferme s'en dégage. Toutes les fois qu'un ulcère de l'estomac par la ténacité de son évolution ou par ses complications a épuisé ou dérouter la thérapeutique médicale, le chirurgien doit intervenir. La chirurgie peut encore beaucoup quand la médecine ne peut plus rien.

C'est donc aux médecins surtout qu'il appartient de formuler avec l'aveu de leur impuissance l'indication de notre intervention. Mais pour être efficace, notre intervention ne doit pas être trop tardive ; nous ne pouvons toujours guérir les moribonds. Laissez-moi donc formuler le désir que les médecins ne tardent pas trop à nous livrer les malades qu'ils ne peuvent plus soulager, et aussi exprimer ma reconnaissance à ceux qui comme M. Dieulafoy, savent à temps faire appel au chirurgien.

Tout ulcère de l'estomac n'est pas justiciable d'une opération ; le plus grand nombre guérissent assez facilement avec le secours d'un régime suivi et d'une thérapeutique appropriée, et pour ceux-là nous n'avons rien à faire.

Mais il en est qui laissent à leur suite des lésions cicatricielles, contre lesquelles le traitement médical est impuissant : il en est d'autres qui exposent à des complications immédiates et graves que la chirurgie peut seule modifier. Il en est enfin qui par leur chronicité, leur récurrence et l'inanition qu'ils entraînent, compromettent très sérieusement l'existence des malades, alors que le médecin ne peut qu'assister impuissant à ce spectacle désolant. *Conséquences de l'ulcère, complications immédiates, ulcère chronique facteur de dépérissement* et d'inanition, voilà les trois circonstances où la chirurgie est appelée à intervenir.

1. Marion. *De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac* (thèse de Paris, 1897).

I

Les *lésions consécutives* à l'ulcère sont de deux ordres : ce sont ou des *scélroses interstitielles* de la paroi stomacale ou des *adhérences périphériques*.

1° Parmi les *scélroses interstitielles*, voici d'abord le *rétrécissement du pylore*. C'est une conséquence très commune de l'ulcère de l'estomac : celui-ci affecte en effet une prédilection particulière pour la région pylorique et lorsqu'il est cicatrisé, il laisse à sa place un anneau, mieux que cela un cylindre fibreux d'une épaisseur de plusieurs centimètres. A vrai dire, il est rare que l'ulcère soit circulaire et le rétrécissement circonferentiel et total ; d'habitude une partie de la circonférence du pylore reste intacte et non sténosée. Mais la rétraction s'étend jusqu'aux parties intactes, et finalement le pylore perd tout de même son calibre et se rétrécit jusqu'à ne plus pouvoir laisser passer une sonde n° 18 ou 20.

Alors les signes s'accroissent rapidement : douleurs, vomissements alimentaires tardifs, soif, constipation ; et au point de vue objectif dilatation considérable de l'estomac qui se reconnaît à la percussion, au clapotage, à l'ondulation, à l'insufflation. L'inanition vient vite, car la sténose est progressive, sans espoir de retour.

Donc, il faut opérer, et le bénéfice sera bien meilleur ici, et surtout bien plus durable que dans les rétrécissements cancéreux, puisque la lésion est purement fibreuse, et sans dégénérescence de mauvaise nature.

Je passe sur les diverses méthodes qui ont été appliquées en pareil cas ; je ne veux pas faire en détail la critique de la *divulsion digitale de la pylorotomie*, de la *gastro-entérostomie* et de la *pyloroplastie*.

Je vous dirai simplement qu'à de rares exceptions près, la gastro-entérostomie me semble préférable à la pyloroplastie, et à plus forte raison à la pylorotomie, et que c'est à elle que je donne au besoin la préférence, lorsqu'un rétrécissement fibreux du pylore commande une opération.

La supériorité de la gastro-entérostomie sur la pylorotomie se manifeste même dans les cas où le pylore en même temps que rétréci est le siège d'une tumeur inflammatoire, qu'on a souvent de la peine à ne pas croire cancéreuse. Des faits rapportés à la Société de Chirurgie

gie¹, par Mauclaire² par Demoulin³ montrent comment ces tumeurs sont susceptibles de fondre, de disparaître complètement après la gastro-entérostomie et l'opération avec moins de risques donne un résultat aussi complet que la pylorectomie.

Mais si, au lieu de siéger au pylore, l'ulcère siège sur l'une des faces de l'estomac, si surtout il est étendu, il détermine parfois en se cicatrisant cette lésion curieuse, mais rare après tout et d'ailleurs peu connue, qu'on appelle l'*estomac biloculaire*⁴.

Un anneau cicatriciel développé en plein milieu de l'estomac étrangle l'organe et le divise en deux loges, l'une attenant au cardia, et l'autre confinant au pylore. L'estomac prend la forme d'une gourde, d'un sablier, et le rétrécissement intermédiaire peut être assez serré pour admettre tout au plus l'extrémité du doigt.

Cliniquement, l'estomac biloculaire se caractérise par les mêmes signes que la sténose du pylore : douleurs, vomissements, amaigrissement, cachexie prononcée et rapide. Aussi le diagnostic est-il fort délicat, et presque toujours on a cru à une sténose pylorique.

Qu'importe, l'opération est indiquée dans un cas comme dans l'autre, et que l'obstacle fibreux siège au pylore ou à l'estomac, il faut le lever ou le tourner. Krükenberg, Doyen, Wœlfler, Hofmeister et d'autres sont intervenus avec succès pour ces lésions et sur six observations rassemblées par Marion dans sa thèse, il y eut neuf guérisons et une mort.

Plusieurs procédés opératoires ont été adoptés.

Chacune de ces opérations a ses indications; mais en les discutant, je sortirais des limites que je me suis tracées, et j'en viens aux adhérences péristomacales.

2° La chirurgie en effet n'est pas seulement efficace contre les sténoses interstitielles, elle l'est aussi contre les *sténoses périphériques*, contre les adhérences péristomacales, qui se développent à la suite d'un ulcère de l'estomac.

Autour d'un ulcère même non perforé, la péritonite adhésive est commune : ces adhérences sont d'ailleurs protectrices, elles empêchent la rupture, ou elles en limitent les effets. Mais aussi elles per-

1. Chaput. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1898, p. 126.

2. Mauclaire. *Ibid.*, 1899, p. 481.

3. Demoulin. *Ibid.*, 1899, p. 833.

4. V. Perret. *Estomac biloculaire* (thèse de Lyon, 1896).

sistent après que l'ulcère a guéri, et quel que soit leur siège elles occasionnent des troubles sérieux, des douleurs de tiraillement, des troubles dyspeptiques, des vomissements. Ces troubles sont surtout communs avec les adhérences antérieures qui solidarisent l'estomac avec la paroi abdominale, avec le foie, et donnent même par la tumeur qu'elles produisent l'impression d'un néoplasme.

Il suffit de séparer ces adhérences, de libérer l'estomac pour voir cesser immédiatement les phénomènes pénibles dont se plaignaient les malades; tel un malade de Walther, qui, souffrant depuis six mois, voit, de suite, après l'opération, ses douleurs disparaître pour ne plus revenir; telle encore cette malade de Routier¹, qui vomit presque continuellement et chez laquelle ces vomissements cessent lorsque l'estomac est libéré des adhérences qu'il a contractées avec le foie. Et, cependant, au cours de cette libération, l'estomac fut ouvert : le même fait arrivait à Quénu², ce qui n'empêcha pas ces malades de retirer un très bon résultat de l'opération.

Malheureusement, le diagnostic de ces adhérences est assez délicat à établir; mais il suffit de connaître leur réalité, il suffit de savoir leur influence nuisible sur la santé et aussi l'heureuse efficacité que peut avoir, pour les traiter, une intervention appropriée. Aussi bien, toutes les fois qu'à la suite d'un ulcère supposé guéri, des troubles digestifs graves se produisent qui altèrent profondément sa santé, il y a indication d'opérer. Les résultats obtenus légitiment absolument cette conclusion, puisque sur les 11 observations que rapporte Marion, il y eut 11 guérisons opératoires et 9 résultats thérapeutiques absolument parfaits.

II

Pour traiter les *complications immédiates* d'un ulcère en évolution, l'action chirurgicale n'est ni moins utile ni moins efficace.

Ces complications chirurgicales de l'ulcère stomacal sont au nombre de deux : il y a la *perforation*, il y a les *hémorragies*.

1° Les *perforations* ne sont pas très communes au cours de l'ulcère de l'estomac, puisque, d'après Brinton, elles se produisent dans 13 p. 100 des cas.

1. Routier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1899, p. 141.

2. Quénu. *Ibid.*, p. 560.