

A toute période de leur évolution, *toutes* les affections de l'estomac peuvent nécessiter le secours de la chirurgie, qu'il s'agisse de remédier à une des complications imprévues qui peuvent survenir, ou qu'il s'agisse de remédier à un de leurs symptômes graves (intoxication par stase, ou inanition par sténose). Les indications opératoires surgiront donc, pour chacune d'elles, de l'étude même des symptômes qui nécessitent l'intervention.

Ceux-ci peuvent se présenter dans chacune des affections de l'estomac avec plus ou moins d'intensité, plus ou moins de gravité, mais ce sont eux néanmoins qui doivent guider le médecin dans l'opportunité qu'il trouvera du chirurgien. Celui-ci, d'autre part, se trouvera en présence de deux méthodes opératoires : la thérapeutique symptomatique (gastro-entérostomie) ou la thérapeutique anatomo-pathologique (gastrectomie). Cette dernière se trouve, en somme, réservée au cancer dans la grande majorité des cas; aussi faut-il réserver son étude au cancer lui-même.

Il est cependant certains symptômes qui, dus à une lésion de l'estomac, réclament une action chirurgicale directe sur la lésion stomacale déterminant ces symptômes graves. L'hématémèse dans l'ulcère de l'estomac réclame la ligature du vaisseau qui saigne; la perforation, la suture de la paroi ulcérée. Mais ces deux complications graves, foudroyantes dans bien des cas, devraient être prévenues, et c'est contre l'ulcère lui-même qu'il faut agir. C'est donc ce dernier qui donne les indications opératoires.

Il faut ajouter encore les grandes difficultés de diagnostic que nous font connaître les médecins, et que nous connaissons si bien, puisque dans certaines laparotomies, l'estomac en mains, il est impossible au chirurgien de savoir s'il a affaire à telle ou telle affection. Goldenhorn et Kolatschewsky (cités par Guinard) publient un cas où « le pylore formait une tumeur dure, mobile, grosse comme une pomme ». Ils durent enlever plusieurs ganglions épiploïques engorgés et réséquer un anneau duodéno-stomacal de plus de 6 centimètres sur la

grande courbure; l'examen montra que le pylore était le siège d'un ulcère ancien cicatrisé. A l'inverse du précédent, Billroth avait fait une pylorctomie pour cancer du pylore, et ce n'est qu'en présentant la pièce que Salzer démontra qu'il s'agissait d'un ulcère. On pourrait ainsi multiplier les faits de diagnostics erronés, au cours même d'une laparotomie. Ce n'est donc pas le diagnostic lui-même qui doit guider le médecin dans ses conseils au malade sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Ce n'est pas l'affection même *dont on suppose* le malade atteint qui doit surtout influencer l'esprit du médecin, mais bien l'état général du malade et les symptômes plus ou moins graves qu'il présente.

III

Indications et résultats de l'intervention chirurgicale dans les affections non néoplasiques de l'estomac.

A. — INDICATIONS TIRÉES DES COMPLICATIONS

1° Hémorragies.

L'hémorragie dans l'ulcère de l'estomac peut être foudroyante (Bazy, Bouloche, Caussade¹). Elle peut être le premier symptôme de l'ulcère de l'estomac. Dans ces cas, on n'a pas le temps d'intervenir, mais ils sont l'exception. D'après Lebert, l'hémorragie n'est mortelle que dans 5 p. 100 des cas, et presque toujours dans des cas anciens; sous l'influence d'un traumatisme, d'un effort, une cicatrisation incomplète se rompt et avec elle le vaisseau qu'elle contient (Marion). L'hémorragie n'emporte les malades qu'au bout de quelques jours; alors elle est annoncée par les vomissements de sang plus ou moins abondants, plus ou moins répétés. Dans ces cas, l'indication opératoire est formelle, et l'on est prévenu que, si l'on n'intervient pas, le patient peut être emporté en quelques minutes par une nouvelle crise d'hématémèse.

1. Cités in *Thèse de MARION*.

Les chances de mortalité que donne l'opération ne compensent-elles pas celles de l'hémorragie ? Il est difficile d'établir une proportionnalité exacte ; cependant il semble, d'après les chiffres cités par Marion, que l'intervention est encore à préférer à l'abstention et qu'elle donnerait une mortalité moins élevée que celle-ci dans les cas où il s'agit d'hémorragie grave, rebelle. La répétition des hémorragies est la principale des indications opératoires ; leur abondance étant presque toujours trop grande pour qu'il soit possible d'arriver à temps pour une intervention, ce n'est point elle qu'il faut attendre pour avoir une indication.

C'est également l'opinion d'Albert Robin (cité par Marion). Plusieurs malades qu'il avait trouvés exsangues, ayant perdu 2 ou 3 litres de sang, inondant la chambre où ils se trouvaient, mis immédiatement en traitement, virent l'hémorragie s'arrêter ; « mais, disait Albert Robin, j'étais décidé, au cas de persistance de l'hématémèse, à faire intervenir le chirurgien ». Il ne faut pas attendre trop longtemps. C'est l'impuissance rapidement reconnue des moyens médicaux qui doit engager à agir chirurgicalement. Il faut craindre qu'une perte de sang trop abondante n'épuise le malade et que l'intervention ne devienne grave par l'état d'anémie qui le rendra incapable de supporter tout choc opératoire. Ce n'est pas en effet une opération grave que la ligature d'une coronaire ou de la splénique, si elle est faite sur un malade résistant et encore vigoureux.

A quelle intervention doit-on recourir dans le cas particulier d'hémorragies ? Marion, voulant essayer de se rendre compte de l'effet de la ligature, a provoqué chez le chien quelques hémorragies stomacales. De ces expériences il tire les conclusions suivantes :

1° Il est facile d'arrêter une hémorragie de quelque source qu'elle vienne.

2° Elle peut être arrêtée soit par une ligature posée au niveau de l'ulcération au moyen de l'aiguille de Reverdin ; soit par la ligature de la branche artérielle qui irrigue le territoire atteint.

3° Cette interruption de la circulation artérielle dans un territoire n'offre aucun inconvénient au point de vue de la vie de ce territoire.

4° La ligature de l'artère splénique n'amène pas non plus de troubles trophiques du côté de la rate.

De ces expériences, le même auteur tire des conclusions opératoires ainsi résumées.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une hémorragie, on incise la paroi abdominale sur la ligne médiane ; puis, après avoir attiré l'estomac, on ouvrira celui-ci parallèlement à la grande courbure, et près de celle-ci les lèvres de l'estomac seront tenues par des pinces qui les fixeront aux deux lèvres de l'incision cutanée et transformeront l'ouverture de l'estomac en un losange. Avec le doigt on repoussera de dehors en dedans l'estomac, de façon à venir présenter au niveau des lèvres de la plaie chacun des points de sa muqueuse, et il sera ainsi possible, s'il n'existe pas d'adhérences, de découvrir le point ulcéré qui donne du sang. Si c'est un saignement en nappe, une suture de la muqueuse par des fils traversant aussi la musculature, un rapprochement des bords de l'ulcère suffiront. Au cas d'artère plus volumineuse, si une ligature placée autour d'elle, au moyen de l'aiguille de Reverdin, n'amène pas de résultat, il faudra aller lier près de son origine l'artère du territoire. Si elle est en cause, lier l'artère coronaire stomacale et ne recourir à la cautérisation que dans les cas qu'on ne pourrait arrêter par des sutures. « Je ne nie pas, ajoute Marion dans son travail, que toutes ces considérations ne soient théoriques, schématiques, mais au moment d'une intervention qui ne permet pas de longs moments de réflexion, de discussion, mieux vaut encore des données théoriques que rien du tout. »

2° Adhérences stomacales.

Reconnues le plus souvent pendant une intervention, les adhérences stomacales ont pu, par leur destruction, amener la guérison de symptômes graves. Providentielles dans les

cas de perforation, ce sont elles qui s'opposent à l'inondation péritonéale au moment de la rupture des parois de l'estomac ; leur présence peut déterminer des sténoses extra-pariétales du jéjunum, des coutures juxta-pyloriques du duodénum, enfin un véritable étranglement par torsion pendant la dilatation de l'estomac. Peut-on les diagnostiquer ? La tumeur qu'elles déterminent a presque toujours été prise pour un cancer. On a conseillé d'insuffler l'estomac (Angerer) pour reconnaître que, dans les cas d'adhérences, il se dilate irrégulièrement, se déformant plus ou moins. Ce moyen dans un cas a permis à Jaboulay de faire le diagnostic d'adhérences. Celles-ci sont l'origine de douleurs, de vomissements répétés, tous phénomènes qui peuvent être assez graves pour mettre en danger la vie du malade. L'opération chirurgicale s'impose dans ces cas et a donné les meilleurs résultats. Un malade semblait atteint de sténose pylorique avec vomissements incoercibles, hémianesthésie et troubles visuels. Terrier fait la laparotomie, détruit les adhérences ; les vomissements disparaissent et la guérison est définitive¹.

Un malade est pris de nausées, de vomissements avec douleurs à l'épigastre ; Richelot porte le diagnostic de sténose pylorique, fait une laparotomie sur la ligne médiane et trouve le pylore souple et sain. Le malade guérit, et tous les accidents disparaissent. De même dans une observation de Walther. Dans tous ces cas on avait pensé à un néoplasme, mais l'heureux résultat obtenu par une intervention, en somme bénigne, doit engager à opérer dès que l'on supposera que l'on a affaire à des adhérences dont la destruction déterminera une prompte guérison.

En résumé, la perception d'une tumeur *accompagnée de phénomènes graves pouvant par leur persistance faire rejeter le diagnostic du cancer, mais mettre le patient en danger réel*, devra faire soupçonner l'existence d'adhérences péri-stomacales. L'indication opératoire sera formelle dans ce cas. La bénignité de l'intervention et son efficacité doivent conduire

1. BENTEJAC. — Thèse de Paris, 1888.

à une intervention hâtive. Celle-ci pourra, si elle est faite après erreur, éclairer le diagnostic et devenir une laparotomie exploratrice, sans danger dans la plupart des cas, et utile puisqu'elle permettra d'intervenir au cas où l'on trouverait la tumeur épigastrique d'une autre nature que celle que l'on avait soupçonné.

En un mot toute tumeur épigastrique accompagnée de phénomènes gastriques graves et persistants indique une laparotomie plus ou moins hâtive, qui peut-être par elle seule amènera une guérison définitive par destruction des adhérences. Sur onze cas rassemblés par Marion, on ne trouve pas un seul cas de mort et la guérison opératoire est toujours survenue. Les phénomènes fonctionnels ultérieurs ont toujours été aussi bons que possible. La disparition des douleurs, des troubles digestifs a été absolue. Dans une seule observation de Terrier, l'amélioration a mis six mois à se montrer. Dans un cas de Loreta une récurrence s'est faite, et dans celui de Jaboulay un léger degré de sténose du pylore a réclamé une gastro-entérostomie. Celle-ci, en effet, peut être associée à la destruction des adhérences, et c'est l'examen direct par la laparotomie qui doit faire juger de son opportunité, ce qui ajoute encore à l'indication chirurgicale dans ce cas. Celle-ci variera suivant la nature des lésions révélées par l'incision exploratrice : on se contentera, si les adhérences sont molles et facilement détachables, de les décoller, de libérer les organes en constatant l'existence de parois encore résistantes. Au cas où celles-ci seraient amincies et feraient courir le risque d'une perforation, on devra recourir à une plicature de la paroi et à une suture superficielle avec refoulement de la paroi altérée. Delagénière alla plus loin, et, dans un cas très complexe d'ulcère de l'estomac qui avait amené la perforation de l'organe et son adhérence au diaphragme, détacha avec l'organe accolé une portion du muscle adhérent au niveau de la perforation, refoula dans la cavité de l'estomac la partie malade et le muscle détaché, dans le but d'en amener la digestion, puis ferma par trois plans de sutures les bords de l'in-

vagination. (Chez le malade dont il s'agit existait une bilocularité de l'estomac qui offrait une nouvelle indication opératoire.) L'estomac put recouvrer sa forme et ses fonctions naturelles.

Cette conduite pourra être imitée, mais souvent aussi il sera nécessaire de recourir à la résection pure et simple de la partie amincie de l'estomac. Marion conseille, dans les cas d'adhérences très larges, de les décoller, puis de cautériser au thermo-cautère très légèrement, très superficiellement, de peur d'intéresser trop profondément la paroi. Cette cautérisation aura l'avantage d'arrêter l'hémorragie souvent considérable. « Je ne sais, ajoute-t-il, si, en présence d'adhérences aussi étendues, il ne serait pas préférable de n'en détruire qu'une partie et de pratiquer d'emblée une gastro-entérostomie. » Celle-ci supprime le rôle actif de l'estomac et en même temps les troubles gastriques dus aux adhérences pour lesquelles était entreprise l'intervention.

B. — INDICATIONS TIRÉES DES SYMPTÔMES DUS
A LA STASE DU CONTENU STOMACAL

1° Sténose stomacale.

S'il est un phénomène qui peut entraîner une intervention chirurgicale, c'est sans contredit celui de sténose. Un rétrécissement, un étranglement est un phénomène d'ordre exclusivement mécanique, définitivement constitué et contre lequel aucune médication ne peut lutter avec avantage. Il existe une barrière infranchissable et indestructible, il faut la tourner ou la supprimer : c'est là le triomphe de la chirurgie, et il n'est pas besoin d'insister.

Ainsi donc toute sténose cicatricielle de l'estomac, médio-gastrique ou pylorique, est justiciable de la chirurgie et de la seule chirurgie.

Il est une autre forme de sténose pylorique, sténose paroxystique, caractérisée par des crises rapprochées, par des douleurs gastralgiques et de l'inanition. Ce sont des hyperchlor-

hydriques qui guérissent difficilement, dit Debove. Chez ces malades survient de la dilatation de l'estomac (Hayem), que l'on a à tort décrite comme d'origine paralytique. « Ces estomacs, si distendus qu'ils soient, se contractent en effet avec la plus grande énergie dès qu'ils peuvent évacuer leur contenu, soit sous l'influence d'une excitation électrique, soit sous la simple pression de la main. » (Doyen.)

Il n'y a pas à proprement parler dilatation de l'estomac, terme dont on a trop abusé, mais simple *distension gastrique*, entretenue par le spasme, la *contracture plus ou moins permanente* (Albert Robin).

Celle-ci joue un rôle considérable dans l'évolution grave de cette hyperchlorhydrie, dans cette forme continue d'hyper-sécrétion acide qu'on nomme la « maladie de Reichmann », et dans les formes d'hypersthénies gastriques aiguës qu'asi justement décrites Albert Robin. Doyen a très longuement insisté sur le rôle considérable que joue cette contracture du pylore. Dès qu'une lésion ulcéreuse, superficielle ou profonde, dès qu'une irritation survient au niveau d'un orifice naturel contractile, celui-ci entre en contracture, et, de même qu'une fissure anale détermine de la contracture du sphincter, un ulcère de l'estomac situé au voisinage du pylore et surtout à son niveau amène une fermeture constante parfois, intermittente presque toujours, de l'orifice pylorique. De là les douleurs, les vomissements et tous les symptômes qu'entraîne *une stase prolongée des aliments*. Peut-on espérer vaincre cette contraction par des moyens médicaux? Il faudra le tenter, mais dès que l'état général périclute, que l'amélioration tarde trop, c'est encore à la chirurgie qu'il faudra avoir recours. C'est qu'en effet dans la grande majorité des cas, à cette contracture fonctionnelle succède bientôt une fermeture permanente du pylore, il se fait un véritable rétrécissement, soit par cicatrisation de l'ulcère pylorique et rétraction, soit par épaissement des parois.

Quand le spasme du pylore, intermittent d'abord, devient une contracture permanente, quand l'estomac distendu malgré ses efforts pour vaincre l'obstacle (agitation péristaltique au

creux épigastrique) n'est plus qu'un cul-de-sac sans issue où les aliments séjournent et fermentent, quand tous les moyens médicaux tentés pour résoudre cette contraction sont demeurés inefficaces, on ne peut guère compter sur la fallacieuse ressource des lavements alimentaires, et la parole est à la chirurgie : une *intervention opératoire* s'impose, qui permette au contenu gastrique de s'évacuer librement de l'intestin.

L'intervention opératoire, dans ces cas, a donné des résultats miraculeux ; témoin un malade du service d'Albert Robin arrivé aux dernières limites de la cachexie, œdématisé, ascitique, sur lequel on avait épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, presque abandonné, tant était grande la gravité de son état et tant tout semblait impuissant. Ce malade fut opéré *in extremis* par Doyen, qui lui pratiqua la gastro-entérostomie. Il fut revu deux ans après ; il avait repris son dur métier de maçon et présentait toutes les apparences de la santé.

Mais il est souvent difficile de préciser les indications de l'opération et de savoir exactement s'il y a, oui ou non, sténose permanente du pylore. Certes, on se fondera sur le degré de la distension gastrique, sur l'agitation péristaltique de l'estomac, sur les vomissements, sur la déchéance de l'état général, etc., mais aucun de ces symptômes ne présente une de ces valeurs absolues qui imposent la conviction. C'est pour combler cette lacune qu'Albert Robin a proposé un signe qui, s'il n'est pas de détermination courante, a cependant la valeur d'un signe pathognomonique¹. Voici en quoi il consiste.

On déterminera pendant quarante-huit heures la teneur en azote et en principes minéraux des ingesta, et on dosera parallèlement, pendant le même espace de temps, l'azote et les principes minéraux de l'urine et des matières fécales. En cas d'hypersthénie cachectique sans sténose pylorique, les matières fécales renferment 10 à 15 p. 100 de l'azote ingéré ou bien 5,4 p. 100 dans l'état normal, mais en additionnant

1. ALBERT ROBIN. — *Bulletin de l'Académie de médecine*. 1897.

l'azote et les principes minéraux des matières fécales, on retrouve, à peu de choses près, les quantités introduites par l'alimentation. Au contraire, quand il y a sténose permanente du pylore, le déficit azoté et minéral atteint environ 50 p. 100 de l'azote et des principes minéraux ingérés.

On pourrait objecter la difficulté et la longueur de ces analyses nécessaires. Mais, en pratique, il suffira de peser les ingesta et de calculer, d'après les tables de Kœnig, leur teneur en azote et en principes minéraux. Quant à la détermination de ces éléments dans les urines et dans les fèces, elle est d'une grande simplicité et à la portée de tout pharmacien instruit.

Ces mêmes recherches peuvent être applicables aux rétrécissements cicatriciels et constituent un excellent moyen de savoir s'il s'agit bien d'un obstacle au cours des aliments situé entre l'estomac et l'intestin. En cas de doute, il ne devra donc pas être négligé.

En résumé, dès qu'un obstacle spasmodique, ou permanent, cicatriciel et définitif, met obstacle au cours des matières stomacales et détermine une stase prolongée des aliments, l'indication chirurgicale est formelle, il faut rétablir le cours des aliments.

C'est la même évidence qui guidera le chirurgien lorsqu'il se trouvera en présence d'une des terminaisons de l'ulcère de l'estomac, terminaison encore peu connue, je veux parler de l'*estomac en bissac*, de l'*estomac biloculaire*.

Il existe alors une véritable sténose de l'estomac, c'est un rétrécissement fibreux de l'estomac ; c'est comme tel qu'il doit être traité, c'est comme tel qu'il est du ressort de la chirurgie. — Les signes qui permettent de le reconnaître sont inconstants, et seul Perret¹ prétend qu'il est possible d'en faire le diagnostic sur le malade. Il présente le tableau symptomatique de la sténose pylorique et par suite les mêmes indications chirurgicales.

Les interventions pour estomac en bissac sont encore peu

1. PERRET. — *Thèse de Lyon*, 1896.

nombreuses. La première a été faite en 1889 par von Wahl et la seconde par Bramann, sans succès d'ailleurs. Le premier résultat heureux est dû à Krukenberg (1892) après diagnostic fait avant l'intervention. En 1893 Doyen imagine son procédé de gastroplastie pour un cas qu'il guérit; enfin suivirent les faits de Wœlfler, de von Eiselberg, d'Hofmeister, de Jaboulay, etc. Marion peut dans sa thèse réunir douze observations, dont dix avec opération. Une seule mort s'ensuivit et les neuf autres opérés obtinrent un résultat opératoire et fonctionnel excellent. *L'estomac en bissac est justiciable de l'intervention chirurgicale et d'elle seule.* C'est dire que lorsque des phénomènes de sténose stomacale se manifestent et qu'il est permis de soupçonner un estomac biloculaire, il faut sans tarder avoir recours à la chirurgie.

Toute sténose pylorique ou médio-gastrique est justiciable de l'intervention chirurgicale. — Supprimer la stase du contenu gastrique, tel est le but proposé et que l'on peut atteindre, soit en agissant sur la sténose, soit en créant une voie détournée qui permettra le passage direct de l'estomac dans l'intestin.

A. — PROCÉDÉS AGISSANT SUR LA STÉNOSE ELLE-MÊME¹

1° *Dilatation du rétrécissement.* — C'est dans le cas de rétrécissements fibreux, cicatriciels du pylore que l'on a conseillé la dilatation digitale du pylore. Imaginée par Loreta, elle semblait appelée à donner une longue série de succès, surtout qu'on pouvait espérer la pratiquer sans ouvrir l'estomac. Mais les cas de mort ont été nombreux, et cette intervention en apparence bénigne tend de plus en plus à être abandonnée. La statistique donnée par Barton présente une mortalité de 40 p. 100 (10 morts sur 25 cas), celle de Mintz donne 39 p. 100.

Les morts signalées sont dues à l'hémorragie résultant de la déchirure d'une artère des parois, de la péritonite provo-

1. Pour ce chapitre, nous ferons de larges emprunts à la thèse si exacte et si complète de MARION. (Thèse de Paris, 1897.)

quée par une fissure des parois fibreuses du rétrécissement. Dans deux cas, où la guérison opératoire survint, le rétrécissement se reproduisit quelque temps après; chez un malade on dut refaire une gastro-entérostomie, et l'autre succomba au bout de onze mois.

Cette récidive du rétrécissement paraît naturelle et inévitable. Pourquoi le rétrécissement fibreux du pylore échapperait-il aux lois qui régissent tous les rétrécissements fibreux, œsophage, rectum, urèthre, et pourquoi céderait-il seul à une seule dilatation brusque? Peut-être *théoriquement* pourrait-on espérer de voir la contracture du pylore disparaître par une seule dilatation, comme la contracture dans la fissure à l'anus. « Mais ce n'est qu'une hypothèse, ce mode d'intervention n'ayant jamais été pratiqué à ma connaissance dans le cas en question. » (Marion.)

Dans les sténoses médio-gastriques, la dilatation ne peut être conseillée et serait impraticable.

En résumé, la dilatation pylorique de Loreta, dangereuse, ne peut laisser espérer un résultat satisfaisant et est abandonnée de tous les chirurgiens.

2° *Pylorectomie.* — *Gastrectomie.* — La pylorectomie, la résection totale ou partielle de la sténose pylorique, est l'opération idéale qui dès l'abord a séduit les chirurgiens. La suppression de l'obstacle avec le rétablissement du cours normal des aliments semblait le but à atteindre, et on laissait au malade, après l'intervention, la fonction stomacale dans son intégrité. Malheureusement, de grandes difficultés viennent rendre aléatoire l'exécution de ce merveilleux programme. Ce n'est qu'au prix d'une opération laborieuse, longue et dangereuse que l'on peut séparer l'estomac du duodénum et réunir ensuite celui-ci, de petit calibre, avec celui-là, de grandes dimensions. C'est multiplier les points de suture et, par suite, les chances de ruptures ou de fissures, toujours mortelles.

Sur 52 observations de sténose, suite d'ulcères, rassemblées par Marion (1897), 19 ont été opérées par la pyloroc-