

tomie. On trouve 11 morts et 8 guérisons, soit 57,9 p. 100 de morts. Les morts ont été dues au collapsus suite d'opérations longues chez des individus déjà affaiblis, ou à la péritonite par passage des matières de l'estomac à travers les sutures. Billroth eut 4 morts sur 5 interventions, c'est dire que l'inhabileté chirurgicale n'est pour rien dans la mortalité de la pylorotomie.

« Si encore, ajoute Marion, le résultat définitif était toujours satisfaisant, mais sur 8 guérisons on trouve un fait de van Kleef où la guérison a été incomplète et où il a persisté des troubles digestifs; peut-être y avait-il une autre lésion de l'estomac, mais peut-être aussi y a-t-il eu resserrement du même orifice, comme dans un cas de Czerny où la mort a eu lieu huit mois après, et où l'autopsie a permis de constater une rétraction cicatricielle du duodénum. *S'il n'y avait rien de mieux à proposer aux malades, on pourrait essayer de perfectionner la technique, de raccourcir le temps de l'opération, mais il y a mieux et l'on doit laisser de côté la pylorotomie pour la sténose cicatricielle du pylore.* »

La gastrectomie pourrait être envisagée comme possible dans la sténose médio-gastrique, mais n'a pas, je crois, été faite; on a fait des résections étendues, presque totales de l'estomac dans certains néoplasmes, *in extremis*, en quelque sorte; mais elles n'ont pas été tentées dans une affection qui peut guérir d'une façon définitive, si l'on remédie aux troubles fonctionnels qu'elle détermine. La gastrectomie, plus encore que la pylorotomie, doit être rejetée dans les cas de sténose cicatricielle de l'estomac, et ne doit être signalée que pour en indiquer l'inutilité et le danger.

3° *Pyloroplastie. — Gastroplastie.* — La pyloroplastie qui consiste à sectionner le rétrécissement, parallèlement à son axe, puis à réunir les lèvres de l'incision de façon à ce que, devenant perpendiculaires au conduit lui-même, celui-ci se trouve par cela même élargi d'une quantité proportionnelle à la longueur de l'incision, doit être réservée aux seules sténoses cicatricielles ou spasmodiques. Elle serait dange-

reuse dans tout rétrécissement néoplasique, parce qu'elle agirait alors sur les tissus envahis eux-mêmes et que les sutures ne pourraient être efficaces dans de tels tissus.

Ce n'est donc que dans les cas où le diagnostic est parfaitement assuré que l'on peut songer à recourir à la pyloroplastie.

*Chaque fois qu'il y a doute, il faut l'abandonner et l'on sait que les opérateurs les plus habitués à voir et à manier les épaissements sténosants du pylore ont souvent hésité sur la nature de l'affection qu'ils avaient à traiter, même ayant la tumeur en mains.*

Lorsque l'on suppose le diagnostic évident, la pyloroplastie doit-elle être exécutée?

Elle a été particulièrement pratiquée par Carle (12 cas) et Novaro (11 cas), qui présentent une statistique donnant comme mortalité 18 p. 100 (10 succès sur 53 cas). Doyen, en commentant ces statistiques, accuse 5 succès sur 32 pyloroplasties, soit 15,6 p. 100; sur les 22 cas de Carle et Novaro il y eut 2 morts, et ce sont les statistiques les plus favorables. Marion, dans les 52 observations qu'il a réunies, a trouvé 13 pyloroplasties avec 3 morts opératoires, soit 25 p. 100. Une statistique de Kochler, portant sur 15 cas, donne une mortalité de 26,6 p. 100 et sur une statistique générale de 41 pyloroplasties, on trouve 8 morts, soit 19,5 pour 100.

Tels sont les chiffres qui sont relativement élevés pour une opération « que l'on présente comme inoffensive » (Doyen). Mais la pyloroplastie, si elle est relativement peu grave, est loin d'être efficace constamment. Elle laisse la sténose se reproduire. Celle-ci continue son évolution, et après l'intervention, le tissu cicatriciel qui doit former la paroi même du nouveau pylore continue sa rétraction, et le rétrécissement se reproduit rapidement. Sur les 41 opérations rapportées par Marion, 4 fois la sténose a reparu et dans trois, les chirurgiens ont dû intervenir de nouveau. Doyen, dans un cas, a pratiqué la gastro-entérostomie, qui guérit définitivement le malade. « Il y a eu reproduction chez un malade de Dreydorff. Gross a

été amené à faire une gastro-entérostomie chez une malade à laquelle Rohmer avait fait une pyloroplastie. Enfin, chez le malade de Bond, la sténose s'est reproduite, et le malade succomba de cachexie... On en arrive à conclure que 12 fois sur 41, la pyloroplastie donne des résultats déplorables, soit parce qu'elle cause la mort, soit parce qu'elle nécessite ultérieurement une autre opération. *Donc, dans 29 p. 100 des cas, la pyloroplastie est une mauvaise opération.* » (Marion.)

Doyen, cependant, la défend dans certains cas spéciaux, où elle devient, dit-il, « l'opération de choix ». Lorsque la contracture du pylore se compliquera non plus de dilatation, mais d'intolérance gastrique (vomissements incoercibles de la grossesse ou de l'hystérie), la pyloroplastie agira en supprimant le spasme du pylore, comme la section musculaire ou la dilatation forcée agissent sur d'autres sphincters contracturés. L'incision longitudinale du pylore doit être réduite, en pareil cas, à une largeur de 15 à 20 millimètres, pour éviter la formation des culs-de-sac et des replis valvulaires. Il serait même possible, en pareil cas, de réduire l'intervention à une opération absolument inoffensive, c'est-à-dire à la section du sphincter sans incision de la muqueuse, c'est-à-dire sans ouverture de l'estomac (Doyen).

Cette opération nouvelle de la pyloroplastie pour vomissements incoercibles n'a pas, que je sache, été pratiquée, mais théoriquement, il pourrait être, *dans les cas graves*, logique de la tenter.

Si les interventions agissant sur le rétrécissement lui-même doivent être rejetées dans les cas de sténose pylorique, il n'en est pas de même dans la sténose médio-gastrique. La gastroplastie imaginée et exécutée par Krukenberg, 1892, et Doyen, 1893, a été pratiquée cinq fois. Elle consiste à inciser le rétrécissement perpendiculairement à sa direction et à suturer les lèvres de l'incision dans une direction perpendiculaire à sa direction.

Les cinq opérations publiées ont été suivies de cinq succès opératoires et fonctionnels. La gastroplastie ne trouve d'autre

contre-indication que l'étendue du tissu cicatriciel qui obligerait à faire une incision très longue afin d'éviter de faire les sutures dans un tissu se coupant facilement et peu disposé à la cicatrisation rapide.

Marion a calculé la longueur que l'on doit donner à l'incision dans la gastroplastie. Elle doit être égale au double de la largeur du rétrécissement auquel on ajoutera une fois la largeur pour un rétrécissement de 5 centimètres, deux fois la largeur pour celui de 4 centimètres, trois fois pour celui de 3 centimètres, six fois pour celui de 2 centimètres.

Lorsqu'il s'agira de rétrécissements ayant une longueur supérieure à 5 centimètres, il vaudra mieux faire les choses grandement, et une incision de 10 centimètres sera toujours indiquée, étant donné que plus le nouveau canal aura de largeur, mieux cela vaudra.

« Nous en revenons à dire, dit Marion, qu'à moins d'estomac très dilaté, auquel cas il n'y aurait nul inconvénient à diminuer ses dimensions lorsqu'on aura affaire à une sténose très serrée, la pyloroplastie devra céder la place à la gastro-anastomose. »

Celle-ci, qui doit rentrer dans la classe des opérations destinées à rétablir le cours des aliments par une voie artificielle, consiste dans la suture par deux ouvertures en regard des deux poches de l'estomac biloculaire. Imaginée par Wœlfler, la gastro-anastomose a été pratiquée cinq fois et a donné une mort. C'est dire que sa gravité n'est pas plus grande que la gastroplastie, elle n'est nullement plus difficile, et elle serait tout aussi efficace. Elle a comme avantage sur la gastroplastie, qu'elle peut être exécutée dans tous les cas d'estomac biloculaire. Les sutures peuvent être placées sur les tissus non épaissis, non infiltrés, et sont peu disposées à une rupture toujours à redouter.

C'est la seule supériorité de la gastro-anastomose qui peut être à tout autre point de vue mise sur le même rang que la pyloroplastie.

B. — PROCÉDÉS AYANT POUR BUT DE RÉTABLIR LA CIRCULATION GASTRO-INTESTINALE<sup>1</sup>

La gastro-entérostomie crée une voie directe pour le passage de l'estomac dans l'intestin. Elle consiste à suturer l'un à l'autre l'estomac et l'intestin par les lèvres d'une incision faite à l'un et à l'autre. La position verticale de l'estomac dilaté ou non dilaté, sur laquelle Doyen a si justement et si longuement insisté, favorise l'évacuation constante du contenu stomacal dans l'intestin et assure le cours des aliments. Il était à craindre, et c'est l'objection que l'on a opposée à la gastro-entéro-anastomose, que l'ouverture permanente de l'estomac ne supprimât complètement l'action de l'estomac et la digestion stomacale ; mais cette éventualité n'est que théorique et tous les faits extrêmement nombreux de gastro-entérostomie ont démontré que cette suppression n'a pas le moindre inconvénient au point de vue de la nutrition de l'individu.

En quel point doit-on faire la gastro-entérostomie ? La face postérieure, la face antérieure de l'estomac ont été tour à tour choisies comme répondant mieux à la partie déclive de l'organe et par suite à la facilité d'écoulement du contenu stomacal. C'est dans le même but que l'on a indiqué les nombreux procédés connus de gastro-entérostomie trans-méso-colique ; mais ainsi que le conseillent Terrier et la plupart des chirurgiens, l'anastomose la plus facile à exécuter est la meilleure, et la face antérieure de l'estomac se présente comme la plus favorable. Mêmes discussions ont eu lieu à propos du point de l'intestin que l'on devait choisir pour l'aboucher à l'estomac. On redoutait le reflux des matières fécales dans l'estomac, *circulus vitiosus*, l'arrivée de la bile, et on a disposé le jéjunum de droite à gauche ou de gauche à droite le long de la grande courbure<sup>1</sup>, tantôt on a pratiqué le croisement de l'anse jéjunale afin que les mouvements péristaltiques de l'intestin soient dirigés de

1. DOYEN. — Traité de chirurgie de l'estomac — CHAPUT. — Manuel opératoire pour l'estomac et l'intestin.

gauche à droite ; Jaboulay proposa de pratiquer, après la gastro-entérostomie antérieure, une jéjuno-jéjunostomie et dans d'autres cas une gastro-jéjunostomie ; puis on proposa les anastomoses terminales de l'intestin avec anastomose jéjuno-jéjunale. Toutes ces opérations sont pour la plupart des essais de laboratoire : pourtant nombre d'entre elles ont été exécutées puis abandonnées par leurs auteurs eux-mêmes. Le procédé le plus simple paraît actuellement adopté par tous les chirurgiens. Ils se contentent de faire l'anastomose du jéjunum avec la face antérieure de l'estomac sans se préoccuper de toutes les complications opératoires dont les premiers auteurs encombraient leurs procédés. Doyen dispose l'anse jéjunale de telle sorte qu'elle décrive, à partir du ligament de Treitz, une boucle dirigée en haut et vers la droite de façon à ce que le contenu de l'estomac y pénètre avec la direction normale du cours des matières dans l'estomac, et il suture à la face postérieure de l'estomac.

Tous les chirurgiens avaient recours aux sutures et à l'ouverture immédiate de l'estomac et de l'intestin, jusqu'en 1896 ; Souligoux fit à cette époque connaître un procédé qui permet de faire l'anastomose sans ouvrir l'intestin ni l'estomac. Cette ouverture se fait secondairement et spontanément le lendemain ou le surlendemain de l'intervention. Fondé sur la résistance de la séreuse à l'écrasement, le procédé de Souligoux consiste à réduire par une très puissante pression les parois de l'estomac et de l'intestin qui doivent être escharifiées, à l'exception de la seule séreuse. Cette séreuse est de part et d'autre touchée avec de la potasse caustique, et tout autour du point escharifié sont faits les points de suture. Lorsque l'eschare tombe, les adhérences sont solides et la communication gastro-intestinale se fait sans qu'il y ait eu risque de contamination péritonéale.

Avec toutes ces modifications, la gastro-entérostomie devient une opération bénigne, lorsqu'elle est faite chez un individu non épuisé, non anémié. Elle est rapidement faite et les dangers du choc sont d'autant diminués.

Sur 21 cas de gastro-entérostomie dont 2 après des opérations de pyloroplastie et de dilatation, il n'y a eu que 3 morts dans les faits rassemblés par Marion, soit 19 p. 100. Dans aucun cas il n'y eut ultérieurement reproduction d'accidents de sténose, et tous les malades ont repris un état général satisfaisant. Il y a suppression des douleurs, augmentation rapide du poids, restitution des forces; il est permis de dire que l'on doit à la gastro-entérostomie de véritables résurrections.

La gastro-entérostomie peut se trouver indiquée aussi dans les cas d'estomac biloculaire, où l'étendue des tissus cicatriciels ne permet pas d'avoir recours à la gastro-anastomose.

*Cette bénignité opératoire obtenue actuellement doit faire appliquer plus fréquemment la gastro-entérostomie. Elle est l'opération de choix dans tous les cas où l'on soupçonne une sténose pylorique. Ses résultats fonctionnels sont parfaits, et on évitera à bien des malades des années de souffrance en opérant plus hâtivement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.*

#### 2° Indications opératoires dans l'ulcère non compliqué de l'estomac.

La chirurgie n'a pas limité son action aux complications; elle s'est attaquée à l'affection elle-même et, d'ores et déjà, il est possible de regarder comme possible son efficacité dans les cas d'ulcères simples de l'estomac.

La gravité de l'ulcère de l'estomac, les risques de complications foudroyantes qu'il fait courir au malade qui en est atteint, l'existence intolérable qu'il crée à ceux qui en souffrent ont fait rechercher dans l'intervention chirurgicale une guérison que la thérapeutique médicale se reconnaît dans nombre de cas impuissante à obtenir. Doyen, dans son livre, soutient avec une conviction appuyée sur des faits, l'efficacité du traitement chirurgical et la nécessité d'y avoir recours. Lambotte, dans un article de *la Clinique*, trace un tableau troublant de l'existence des malheureux atteints d'ulcère et propose hardiment la cure radicale de cet ulcère. Marion,

dans son travail si remarquable, auquel nous avons fait de si nombreux emprunts, soutient l'intervention chirurgicale. Follet s'écrie, dans un article récent : « En vérité, nous tenons pour moins blâmables que ces temporisations et ces tergiversations dangereuses, les interventions pratiquées d'une façon trop hâtive et, s'il faut choisir, pour faire une opération, entre un peu plus tôt et un peu plus tard, nous croyons qu'il vaut mieux un peu plus tôt. »

En résumé, la gravité de l'ulcère, la mortalité générale (8 p. 100 pour Lebert, 5 p. 100 pour Brinton), l'impossibilité où se trouvent les malades de gagner leur existence en se soignant d'un ulcère de l'estomac, tout plaide en faveur des tentatives chirurgicales.

Celles-ci ont été faites et ont donné de bons résultats. La mortalité due à l'intervention, à la gastro-entérostomie est moindre que celle que donne l'affection abandonnée à elle-même. Pourquoi refuser aux patients le bénéfice d'une intervention qui les débarrasse à jamais de leur cruelle affection?

« Quelles objections, quelles questions a-t-on faites à propos de cette intervention? M. Marion les examine :

1° On tend à considérer l'ulcère non pas comme une affection idiopathique, mais comme une lésion, liée à une maladie plus générale de l'estomac, l'hypersécrétion; dans ces conditions, n'est-il pas irrationnel d'entreprendre une opération qui, au premier abord, ne supprimerait pas l'hypersécrétion?

2° L'intervention est-elle efficace?

3° L'opération n'est-elle pas plus grave que l'ulcère lui-même?

L'hyperacidité, l'hypersécrétion du suc, dans la majorité des cas, est associée à l'ulcère de l'estomac, et cette hypersécrétion même est une cause d'aggravation, d'extension de l'ulcère; elle en est l'origine (Pavy). Lambotte ajoute : « C'est une règle générale que l'excitation douloureuse des filets sensitifs d'une muqueuse amène une sécrétion exagérée des glandes de cette muqueuse. L'estomac ne réagit pas différemment. » Chez un malade auquel on pratique une résection