

dyspeptiques; mais il importe de juger sainement les choses et, par peur d'une intervention bénigne, de ne pas attendre une époque où la nature de l'affection rendra palliative ou impuissante une intervention qui eût été curative et radicale.

Avec Marion je dirai donc, en me résumant, « que je crois l'intervention indiquée chaque fois qu'un ulcère, soumis à un régime bien compris et bien suivi, n'est pas amélioré notablement dans un espace de six mois; qu'elle est indiquée quand l'ulcère, par sa récurrence, se manifeste comme devant être rebelle au traitement, à plus forte raison quand il s'agit d'ulcère datant de plusieurs années que n'améliorent que passagèrement ou même pas du tout les traitements variés qu'on aura pu lui faire subir. Ces indications sont d'autant plus formelles s'il s'agit d'un malade que sa position oblige à travailler et par conséquent empêche de se soumettre à une médication rigoureuse et longtemps prolongée. »

Quelle est l'intervention de choix? C'est Doyen qui fit, de parti pris, en 1893, les premières opérations pour ulcère de l'estomac. Lambotte fit trois résections dans le même but; les autres faits d'intervention ont été opérés pour remédier à des complications sans qu'il y ait eu de diagnostic posé ou pour des accidents dus à la sténose. Marion peut ainsi rassembler 11 cas sur lesquels on trouve 1 cas de mort. Sauf ce cas, tous les résultats ont été de tout point excellents. Les 10 guérisons se répartissent ainsi: 5 résections et 5 gastro-entérostomies. Il semblait difficile de faire un choix entre les deux méthodes. Cependant la résection de l'ulcère peut se présenter dans des conditions particulières de difficultés, tenant au siège, à l'étendue même de l'ulcère, à la recherche de l'ulcère lui-même qui peut entraîner à une exploration dangereuse et prolongée, l'estomac étant incisé. Tandis que la gastro-entérostomie peut s'appliquer dans tous les cas et offrir, grâce au procédé de Souligoux, le minimum de gravité.

Quant à l'efficacité des deux procédés, elle est identique; La gastro-entérostomie remédiant, comme il a été dit plus

haut, à la stase du contenu hyperacide de l'estomac, à la contraction du pylore, diminue l'hypersécrétion réflexe du suc gastrique qui aggrave l'ulcère et entretient sa présence.

Nous concluons donc avec Doyen que, hormis les cas de cancer :

« *La gastro-entérostomie est le remède infailible de toutes les affections incurables de l'estomac qui sont sous la dépendance du spasme pylorique* », laissant à l'avenir de nous apprendre s'il faut ajouter avec lui « s'agirait-il d'un simple cas d'hyperchlorhydrie rebelle ou d'une gastrite alcoolique invétérée ».

## IV

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

Les indications opératoires peuvent varier suivant la nature du néoplasme. C'est ainsi que l'on doit considérer la possibilité de l'ablation isolée de certaines tumeurs bénignes pouvant faire espérer une guérison définitive sans récurrence.

## A. — NÉOPLASMES BÉNINS

Le diagnostic de ces néoplasmes bénins ne peut être fait qu'après une laparotomie qui permet au chirurgien de voir la tumeur et de reconnaître ses connexions. C'est toujours guidé par les symptômes cliniques qui le plus souvent ont fait à tort diagnostiquer une tumeur cancéreuse de l'estomac, que le chirurgien s'est trouvé en présence, par exception, d'une de ces tumeurs. Aussi les mêmes indications opératoires se retrouvent-elles dans ce cas particulier que l'on rencontre dans les cas de néoplasmes malins.

Le mode opératoire et surtout le pronostic seront seuls modifiés.

La tumeur reconnue bénigne n'est pas destinée à récidiver. Il est souvent possible de l'enlever sans faire courir au malade

de grands dangers immédiats; il devient absolument indiqué de faire une simple énucléation de la tumeur. En 1870, à Berlin, Czerny citait un fait de cette nature qui lui donnait l'occasion d'étudier ces tumeurs analogues aux sarcomes, généralement sous-muqueuses et sans adhérences avec les tuniques de l'estomac. On ne trouve pas d'infiltration, pas d'envahissement de toute la paroi, et la tumeur semble isolée dans l'épaisseur de la paroi stomacale, mobile comme l'adénome du sein dans la mamelle.

Il suffit dans ces cas, rares malheureusement, d'inciser la séreuse, puis de séparer la tumeur des tissus voisins; celle-ci se détache, et, séparée de la cavité stomacale par la muqueuse intacte, on pourra faire un surjet sans avoir eu besoin d'ouvrir la cavité de l'estomac et par suite sans exposer le patient à de graves complications.

Ces tumeurs sont rares, mais doivent être opérées dès qu'on les soupçonne; on peut et il faut se contenter de les énucléer lorsque la laparotomie vient affirmer leur nature bénigne et leur limitation dans l'épaisseur de la paroi stomacale.

#### B. — NÉOPLASMES MALINS. — CANCER DE L'ESTOMAC

C'est contre le cancer de l'estomac que les premières tentatives chirurgicales ont été tentées. Si jusqu'à ce jour on a tant tardé à accepter le rôle du chirurgien dans la thérapeutique des affections de l'estomac, c'est qu'on avait poursuivi un but trop élevé, radical et inaccessible. Tous s'étaient donné comme objectif l'ablation du cancer par une résection complète de la région malade et une ablation large des tissus envahis. La mortalité fut d'abord effrayante et refroidit les plus enthousiastes, les récidives se montraient avec rapidité et venaient rendre vaines les tentatives les plus hardies et par suite les plus précaires. Ce n'est pas lorsque la chirurgie de l'estomac devint palliative, qu'elle fut acceptée.

#### 1<sup>o</sup> Ablation de la tumeur.

##### A. — PYLORECTOMIE

L'idéal consistant dans l'ablation large du cancer de l'estomac ne peut qu'exceptionnellement être atteint. Lorsque l'affection de l'estomac se révèle par les symptômes qui permettent de la soupçonner, l'envahissement des parois de l'estomac est déjà étendu et n'est plus guère justiciable d'une ablation complète. Les symptômes qui conduisent le patient à réclamer une intervention chirurgicale tiennent à trois causes bien établies : l'obstacle apporté par l'infiltration pylorique au cours des aliments de l'estomac dans le duodénum, que celui-ci tiennent au volume de la tumeur ou au spasme qui l'accompagne; l'inanition qui résulte de l'absence de digestion intestinale et du rejet des aliments par les vomissements constants et abondants; l'infection péritonéale par la généralisation néoplasique. Ces trois éléments qui, par leur durée, rendent inévitablement mortel le cancer de l'estomac sont les premiers à avertir le chirurgien de la présence d'un cancer stomacal. Or, quand un de ces trois symptômes capitaux se révèle, la tumeur est déjà considérable, une grande partie de l'estomac est infiltrée et l'état général est trop atteint pour supporter une intervention assez large pour laisser l'espoir d'une guérison définitive. Il faut ajouter qu'à cette période déjà la néoplasie a dépassé l'estomac; les lymphatiques ont transporté des éléments cancéreux, de petits, parfois de gros ganglions sont envahis et seront l'origine de récidives aussi inévitables que rapides.

La pylorectomie paraissait devoir donner toute satisfaction aux chirurgiens qui aspiraient à contenter leur soif d'idéal; elle laissait les malades débarrassés de leur tumeur, on pouvait croire que l'on avait obtenu la guérison définitive sans récidive inévitable.

On a trouvé une indication de la pylorectomie dans la dif-

ficulté même du diagnostic porté par le chirurgien pendant la laparotomie. On pense qu'il vaut mieux enlever un cancer inopérable que de laisser dans le ventre du malade une surface atteinte d'une tumeur bénigne ou d'une induration inflammatoire suite d'ulcère de l'estomac par exemple.

Le raisonnement est en effet spécieux, si l'on est d'avis que l'ablation de tout cancer est une loi générale, une règle de conduite inévitable, mais il pêche par ce fait, que ces indurations, ces inflammations prolongées, l'ulcère de l'estomac lui-même, n'exigent pas la résection (pylorectomie, gastrectomie), et que le traitement palliatif seul peut donner une guérison à beaucoup moins de frais, non seulement des symptômes graves, mais aussi de la lésion elle-même.

La pylorectomie est donc utile trop peu de temps dans les cas de cancer du pylore, enfin inutile lorsque l'on se trouve en présence d'une lésion bénigne (quant à sa nature), dangereuse dans tous les cas.

Si l'on regarde les statistiques qui ont été données, on peut voir varier le pourcentage de la mortalité. C'est ainsi que Guinard, sur un total de 149 cas publiés, a relevé 85 cas de mort quatre jours après l'intervention (57, 71 p. 100). Czerny, de 1881 à 1887, a fait 8 résections du pylore et n'a eu que 3 morts (37, 50 p. 100). Lauenstein, sur 9 interventions, a eu 5 morts. — Et l'on peut s'étonner que quelques chirurgiens aient poussé la témérité jusqu'à entreprendre ces larges résections comme celle rapportée par Fischer. Il s'agissait d'un cancer occupant toute la paroi antérieure de l'estomac. Des adhérences intimes le fixaient à l'ombilic et le soudaient au côlon perforé. Le foie était atteint, et, comme le dit justement Guinard, qui cite le fait, « on est surpris de voir un chirurgien faire une gastrectomie dans des conditions semblables, réséquer la fistule colique, fixer les deux bouts du côlon dans la paroi abdominale, emboîter le duodénum dans un cylindre formé par la paroi postérieure de l'estomac repliée sur elle-même. »

Faut-il rapprocher de ce fait celui que Schwartz a eu l'occasion de voir opérer à Vienne (Autriche), et que Guinard rap-

porte en ces termes : « La tumeur semblait opérable; Albert fit une incision transversale et s'aperçut, à l'exploration directe, que la tumeur adhérait à la tête du pancréas. Il fut sur le point de refermer l'abdomen. Il se contenta d'aboucher le duodénum sectionné dans l'angle inférieur de la plaie, tandis que l'estomac fut transfixé par une broche, étreint par un lien au-dessus de la tumeur, et fixé dans l'angle supérieur de la plaie abdominale. De semblables manœuvres eurent le résultat que l'on peut prévoir. »

Péan, Doyen, Billroth, Angerer, Wœlfler, Salzer, Eiselberg font de ces pylorectomies, de ces gastrectomies folles; quelle que soit l'étendue des tissus réséqués, la récurrence a toujours été fatale. Billroth (cité par Guinard) aimait à répéter à ce propos la devise de son maître Langenbeck : *Numquam retrorsum*. Mais il s'agit de savoir si c'est véritablement marcher en avant que de pratiquer la pylorectomie toutes les fois qu'elle est possible et à plus forte raison quand elle est impossible. (Il suffit encore de rappeler le cas où l'on a réséqué plus des deux tiers de l'estomac.) Ces larges gastrectomies peuvent être compatibles avec la vie ultérieure; mais combien la nécessité même où l'on a été de les pratiquer indique d'infection cancéreuse, combien elle laisse encore craindre d'étendue au néoplasme, d'infiltrations latentes, de propagations ganglionnaires inattaquables! — « Le signe qu'il faut attendre, dit Ewald, c'est la sensation d'une tumeur à la palpation de l'épigastre; mais le plus souvent ce signe n'apparaît que tardivement, et cette tumeur a beau paraître petite et pédiculée, presque toujours le chirurgien se trouve en présence d'une masse épithéliomateuse, infiltrant l'estomac, le pancréas, le foie... Il ne faut donc pas se faire d'illusion; avant que le ventre ne soit ouvert, il est impossible de savoir si l'on pourra faire une opération radicale. »

La difficulté opératoire peut donner les raisons de la mortalité rapide dans la pylorectomie et la gastrectomie. Le duodénum réséqué doit être réuni à l'estomac, sectionné par le travers. Le petit calibre de l'intestin doit s'adapter au large

diamètre de l'estomac réséqué. Il faut multiplier les points de suture, et plus ceux-ci augmentent de nombre, plus les chances de rupture se multiplient. L'intervention devient longue, beaucoup trop longue, et le malade étant déjà dans un état général fâcheux, il est bien rare de le voir suffisamment résistant pour surmonter les dangers du choc opératoire. On sait, depuis Verneuil, combien est fragile l'existence des « cancéreux par les viscères », et l'on ne doit plus s'étonner de l'énorme mortalité de la pylorectomie et surtout de la gastrectomie. Les malades ont-ils échappé au choc opératoire, qu'ils ont encore à traverser tous les mauvais jours du début, où l'on est sans cesse exposé à voir un de ces points de suture si nombreux et si difficilement placés, donner lieu à une petite fissure d'où s'échappent quelques gouttes de liquide stomacal — qui s'épanchent dans le péritoine et déterminent la mort par péritonite suraiguë.

Tous ces dangers évités sont-ils compensés par une certitude opératoire, par un résultat ultérieur satisfaisant? Il suffit de raisonner un peu pour se rendre compte de l'impossibilité où l'on est d'éviter la récurrence, lorsque le cancer, je le répète, n'a pas été enlevé tout à ses débuts, lesquels débuts ne se reconnaissent jamais; il est trop tard pour pouvoir espérer donner autre chose au malade qu'une survie de quelques mois.

C'est acheter trop cher ces quelques mois. Certains opérés ont résisté trois, quatre ans, mais cela est la grande exception et ne peut autoriser à intervenir dans les cas de cancer de l'estomac qui ne sont que soupçonnés, lorsque manquent les symptômes graves, et surtout que l'opération de Wæfler donne une survie au moins égale, sinon supérieure à celle obtenue par résection du pylore. Triste retour d'ici-bas, c'est la pylorectomie qu'une audace chirurgicale a fait naître la première, et c'est elle que l'on abandonne pour faire place à l'opération qui n'a été inspirée que par suite de l'impossibilité où Wæfler se trouvait de mener à bien une pylorectomie entreprise pour cancer.

## B. — GRATTAGE ET CURETTAGE DE L'ESTOMAC CANCÉREUX

En 1887, Aug. Bernays (Missouri) publie deux observations dans lesquelles il eut recours au curettage pour enlever une tumeur grosse comme le poing. Dans la première observation, la laparotomie montre un estomac adhérent au pancréas et à de nombreux ganglions lymphatiques. Devant l'impossibilité de songer à une résection, Bernays incise l'estomac, et avec le doigt enlève dans la cavité stomacale les bourgeons cancéreux, qu'il retire ensuite avec la curette de Volkmann.

Le résultat opératoire fut rapidement bon. Deux mois plus tard la récurrence n'était pas survenue, et on put fermer la fistule stomacale. Ce n'est qu'au quatrième mois que les bourgeons réapparurent. On ouvrit de nouveau l'estomac pour permettre un nouveau curettage. Cette fois, on laissa la fistule gastrique pour permettre l'accès de l'estomac quand de nouveaux curettages seraient nécessaires. Dans la seconde observation, des noyaux cancéreux du péritoine et des adhérences au pancréas interdirent la pylorectomie; on se contenta de faire l'incision de l'estomac, qui montra un canal pylorique presque complètement oblitéré. Avec la curette, on ouvrit un véritable canal, et la guérison fut rapide avec une fistule rétractée.

En 1890, au Congrès de Berlin, Bernays a de nouveau défendu dans les cas de cancer de l'estomac le curettage, que Kœnig a violemment attaqué. Cette intervention, suivant Bernays, ne donne pas d'hémorragie, elle est moins grave que la pylorectomie, et la fistule gastrique qu'on laisse persistante, permet, dans le cas de récurrence toujours inévitable, de la détruire dès qu'elle se produit.

« Tous les arguments *a priori* de Kœnig, ajoute Guinard, auquel nous empruntons ce qui a trait au curettage dans le cancer gastrique, n'ont aucune valeur en présence des faits. Bernays est le seul qui ait de l'expérience à ce sujet, et les résultats qu'il annonce sont des plus encourageants. C'est donc là une opération à retenir; elle n'a pas d'autre prétention que