

opération palliative merveilleuse. Comme pour la gastrectomie, la mortalité de la gastro-entérostomie tend sans cesse à décroître, d'abord parce qu'on fait des opérations plus précoces et parce que la technique se perfectionne de jour en jour.

En 1887, Rockwitz trouvait une mortalité de 64 p. 100 qui, plus tard, tomba à la clinique de Lücke à 12 p. 100. Dreydorff, en 1894, trouve 43 p. 100 de mortalité sur 215 observations. Ces statistiques, prises en masse, ne signifient rien; je l'ai surabondamment démontré ailleurs (1). Avec l'habitude qu'on a maintenant des anastomoses viscérales, ces opérations qui, il y a quelques années encore, demandaient une heure et demie et même deux heures d'anesthésie, se font couramment en trente ou quarante minutes, même quand on y joint une duodéno-jéjunostomie complémentaire. Actuellement, la mortalité de la gastro-entérostomie ne dépasse pas 20 p. 100.

Quant à dire la durée de la survie, c'est vraiment impossible. On cite quelques opérés qui ont vécu des années; Billroth, Hahn en ont eu qui ont vécu cinq ans. Un malade de Lücke mourut au bout de trois ans de cachexie cancéreuse, mais on peut se demander, avec Hahn, si la tumeur de son opéré n'était pas un de ces ulcères avec hypertrophie des parois; d'autant plus qu'après avoir engraisé de 54 livres il mourut d'apoplexie et l'autopsie ne fut pas faite. En réalité, chez les cancéreux, le relevé de Dreydorff, qui porte sur 183 gastro-entérostomies, dont 113 guérisons, accuse une moyenne de sept mois de survie. Ce chiffre est peut-être un peu faible pour la pratique actuelle, car le calcul de Dreydorff est faussé par ce fait que, maintenant, il n'y aurait plus 70 morts, mais à peine 40 sur ces 183 opérés. D'ailleurs, la question est presque secondaire en l'espèce; ce qu'il faut savoir, c'est que le résultat palliatif est de premier ordre; les malades mangent, digèrent, engraisent et ne souffrent plus; le moral se relève; et quand la mort survient, elle n'est pas précédée des atroces douleurs de l'obstruction pylorique et des terribles angoisses de l'inanition. C'est assurément une intervention aussi légitime que l'anus iliaque dans le cancer du rectum ou la trachéotomie dans le cancer du larynx; les résultats palliatifs en sont supérieurs, en ce sens qu'ils sont complets et qu'il ne reste pas une infirmité apparente, rappelant sans cesse au malade qu'il n'est pas guéri, et frappant sans cesse son moral.

III. — AFFECTIONS NON CANCÉREUSES DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM.

La chirurgie tend à prendre une importance de plus en plus grande dans le traitement des maladies non cancéreuses de l'estomac. Jusqu'à

(1) A. GUINARD, Traitement chirurgical du cancer de l'estomac, p. 109.

nouvel ordre, elle ne s'adresse utilement qu'à trois symptômes, qui peuvent se rencontrer dans des maladies variées: ce sont: 1° les vomissements incessants; 2° les hémorragies répétées; 3° la dilatation de l'estomac.

1° VOMISSEMENTS INCESSANTS. — Tout individu qui a des phénomènes de stase alimentaire dans l'estomac, avec des vomissements fréquents, se renouvelant sans cesse pendant des semaines ou des mois est justiciable de la laparotomie exploratrice.

Il est bien entendu que pour ces vomissements, comme pour les hématomésés et la dilatation de l'estomac, tous les traitements médicaux seront d'abord mis en œuvre; avec les nouvelles données pathogéniques, la thérapeutique est devenue plus rationnelle et guérit souvent sans faire appel au bistouri; mais, pour peu que les accidents se prolongent, pour peu que la cachexie par inanition progressive commence à apparaître, il n'y a pas à hésiter; et si, par bonheur, ce n'est pas un cancer qui est en cause, la chirurgie donnera, à coup sûr, un merveilleux résultat.

Les vomissements prolongés et incoercibles constituent une indication formelle et impérieuse d'intervenir; ils sont dus, le plus souvent, en dehors du cancer, à un obstacle pylorique tenant, soit à un rétrécissement cicatriciel, soit à un rétrécissement spasmodique. Je ne parle pas des rétrécissements pyloriques de cause extrinsèque, dus à des compressions par des tumeurs du voisinage, comme un anévrisme, une tumeur ganglionnaire, ou par une bride fibreuse et des adhérences vicieuses; ces phénomènes de compression peuvent s'exercer aussi bien sur le duodénum que sur le pylore et le résultat est le même, avec cette nuance que si la striction siège au-dessous de l'ampoule de Vater, la bile reflue dans l'estomac. Ces cas exceptionnels comportent d'ailleurs les mêmes indications opératoires que les rétrécissements intrinsèques du pylore. Ces derniers sont causés, le plus souvent, par l'ulcère rond de la région pylorique; cette affection agit de deux façons: soit directement par la gêne qu'elle apporte au fonctionnement du pylore, soit par la cicatrice qui suit sa guérison et, dans ce dernier cas, le malade est guéri de l'ulcération et ne souffre plus que du rétrécissement fibreux progressif qui lui succède.

En dehors de l'ulcère rond, des ulcérations de toute nature peuvent amener les mêmes résultats: telles les ulcérations tuberculeuses citées, de visu, par Mathieu (1), telles encore celles qui sont produites par l'ingestion d'un liquide caustique.

On pouvait autrefois se demander comment un caustique avalé peut ulcérer le pylore en laissant intacts les faces et le grand cul-de-sac de l'estomac; mais, ne sait-on pas que, normalement, les liquides arrivent directement du cardia au pylore en longeant la petite cour-

(1) MATHIEU, Traité de médecine de Charcot et Bouchard, t. III, p. 325.

bure, qui est à peu près verticale. La grosse tubérosité reste bien à gauche et l'action caustique a surtout son effet nocif sur la petite courbure et sur la muqueuse pylorique et prépylorique.

Reste le *rétrécissement spasmodique* du pylore, sur lequel Doyen et Carle (1) ont tant insisté avec juste raison après Kussmaul. Le spasme du muscle pylorique est sous la dépendance d'un ulcère des faces de l'estomac, ou parfois d'une fissure, d'une érosion à peine perceptible de la muqueuse gastrique. C'est une contracture réflexe analogue à la sphinctéralgie de la fissure à l'anus et de tous points comparable à cette affection. La stase alimentaire et la gastrosuccorrhée succèdent à ce spasme, qui amène à la longue une dilatation parfois considérable du viscère.

Mais en dehors de ces hyperchlorhydries avec succorrhée et dilatation gastrique, il est des estomacs dont la musculature ne se laisse pas forcer; chez une malade de Hartmann (2) il n'y avait ni dilatation, ni stase et c'était une anachlorhydrique; mais le pylore ne fonctionnant pas, l'estomac se vidait par le vomissement. C'est encore là le vomissement seul, symptomatique d'une dyspepsie rebelle à la médecine, qui met le bistouri à la main.

Pour tous ces cas-là, pour tous ces rétrécissements fibreux, ulcéreux, cicatriciels, spasmodiques, réflexes ou dyspeptiques, lorsque le traitement médical approprié reste infructueux, c'est à la chirurgie d'intervenir. Et là, il n'y a pas de doute possible, c'est la gastro-entérostomie qui est l'opération de choix, opération héroïque et vraiment idéale. La pyloroplastie ou la dilatation digitale du pylore ont aussi donné de beaux résultats, mais ne sauraient être comparées à la gastro-entérostomie qui répond à tous les cas, quelle que soit la cause. Et la mortalité de cette opération appliquée aux affections non cancéreuses n'atteint certainement pas le chiffre de 20 p. 100.

2° HÉMATÉMÈSES RÉPÉTÉES. — L'intervention chirurgicale est ici toute d'actualité. Dieulafoy a posé nettement la question à l'Académie de médecine (3). En mettant à part le cancer, les hémorragies gastriques proviennent : 1° d'un *ulcère gastrique*; 2° d'une *exulceratio simplex*, pour employer l'expression de Dieulafoy.

Fournier a insisté sur l'origine syphilitique de certaines de ces ulcérations. Cela pour bien marquer que le traitement médical ne doit pas être négligé. Et de fait, même en dehors de la syphilis, enrayée par le traitement spécifique, on a guéri souvent des malades atteints d'hématémèses répétées, par le repos, l'immobilité, la glace, la ligature à la racine des quatre membres, etc.

Marion (4) n'a pu réunir que 7 cas d'hématémèses, pour lesquels

(1) CARLE et FANTINO, *Sem. méd.* Paris, 1897, p. 269.

(2) HARTMANN, *Soc. de chir.*, 26 décembre 1897, p. 820.

(3) DIEULAFOY, *Acad. de méd.*, 25 janvier 1898.

(4) MARION, thèse de Paris, 1897.

on est intervenu directement sur l'ulcère, après avoir ouvert l'estomac. Dieulafoy (*loc. cit.*) a rapporté le beau succès de Cazin, un fait de Michaux (1), 2 cas de G. Luys et de Lépine et Bret. Ajoutons enfin une observation de Körte (2), deux de Tuffier et une de Hartmann; nous arrivons au total de 14 avec une mortalité de plus de 2 sur 3.

Malgré ce résultat, qui paraît peu encourageant, on ne saurait plus désormais laisser un malade mourir d'hémorragie gastrique sans faire une laparotomie. Mais il ne faut pas croire qu'il soit facile de trouver le point de départ de l'hémorragie, surtout quand elle est due à l'*exulceratio simplex* de Dieulafoy. Ce sont des érosions en coup d'ongle, à peine perceptibles. Michaux dut refermer l'estomac sans avoir rien trouvé et ce n'est qu'à l'autopsie, cinq jours après, qu'il découvrit « comme perdue dans les plis de la muqueuse, une petite érosion cupuliforme, traversée par une artériole béante, à demi-sectionnée ». Chez la malade de Hartmann les hémorragies tenaient « à une simple érosion en coup d'ongle qui fut assez difficile à trouver sur la table d'autopsie ».

Ce sont ces petites érosions qui donnent lieu aux hématémèses les plus graves, et cela sans que le malade ait le moindre passé gastrique : elles sont latentes jusqu'au jour où une artériole est sectionnée et saigne abondamment. L'intervention sera toujours d'une gravité extrême : elle est cependant rationnelle et voici comment Dieulafoy pose les indications : « En face d'un malade chez lequel on a toute raison pour supposer l'existence de l'*ulcus simplex* ou de l'*exulceratio simplex*, que la lésion soit avérée ou latente, du moment que ce malade est pris d'une de ces hématémèses qui lui a fait perdre d'un coup un demi-litre ou un litre de sang (sans compter le mélena), et à plus forte raison, si cette grande hématémèse se répète une deuxième, une troisième fois à brève échéance, il n'y a pas un instant à perdre, il faut opérer. Dans les autres cas, l'opération n'est pas urgente. »

L'opération de choix est d'abord l'incision exploratrice de l'estomac (Voy. la technique, p. 461) avec le traitement de l'ulcère saignant si on le trouve : mais j'insiste sur ce fait qu'il faut *toujours* terminer par une gastro-entérostomie, qui aura pour effet de mettre l'estomac au repos complet et d'amener la cure de l'ulcère en arrêtant son évolution. Même, si, par l'exploration minutieuse et large de la surface interne de l'estomac, on n'a rien découvert, on pratiquera *dans tous les cas* une gastro-entérostomie, contre l'ulcère, *qui existe, bien qu'on ne l'ait pas vu*. Cette gastro-entérostomie aura en outre pour effet d'empêcher qu'un autre ulcère ne se développe ultérieurement, comme on l'a vu plusieurs fois après la guérison du premier.

(1) MICHAX, Les pièces ont été présentées à la *Soc. anat.* en décembre 1897.

(2) KÖRTE, *Centralblatt für Chir.*, 1897, p. 77.

3° DILATATION DE L'ESTOMAC. — Il n'est pas question de la dilatation de cause mécanique par rétrécissement fibreux du pylore, qui s'accompagne de vomissements répétés et qui par conséquent rentre dans la catégorie des faits décrits plus haut. Je parle de la *dilatation protopathique*, suivant la conception de Bouchard et ses élèves : cette dilatation est produite par la stase alimentaire et les fermentations secondaires dues à l'hyper ou à l'hypochlorhydrie. Mais s'il n'y a pas à l'origine une lésion qui cause l'hypersecretion de la muqueuse, il faut admettre avec Bouveret que ce sont des modifications fonctionnelles et secondairement structurales qui amènent la gastrosuccorrhée (1).

Ce qui a contribué à embrouiller la question, c'est qu'on a donné le nom de syndrome ou de maladie de Reichman à des maladies diverses, à des états variés qui se sont constitués par des processus de plusieurs sortes. On peut, à l'exemple de Linossier (2), classer en quatre groupes les divers types suivants qu'on étiquette indifféremment sous le nom du médecin de Varsovie :

a) Gastrosuccorrhée primitive sans sténose pylorique; b) gastrosuccorrhée primitive avec sténose pylorique spasmodique consécutive; c) gastrosuccorrhée primitive avec ulcère et sténose pylorique anatomique consécutive; d) gastrosuccorrhée par rétention, consécutive à une sténose pylorique.

La gastro-entérostomie a été conseillée en pareil cas par Baudouin, Maurice Jeannel, etc. Au début c'était une opération encore trop grave et on s'explique que l'indication n'ait pas paru suffisante à nombre de bons esprits et que ce mode de traitement de la dilatation de l'estomac ait rencontré une véritable résistance. Actuellement, la gastro-entérostomie n'est plus une intervention dont la gravité puisse éloigner quand il s'agit de ces dilatés à peu près incurables et voués, suivant l'expression de Mathieu, à des manifestations de tout genre et à « une iliade de maux ».

Je ne cite que pour mention le *plissement de l'estomac* destiné à diminuer la capacité de l'organe. Le vrai moyen d'obtenir ce résultat c'est de supprimer l'obstacle pylorique de quelque nature qu'il soit, et la stase alimentaire avec ou sans gastrosuccorrhée; la dilatation de l'estomac ne donne des accidents que par suite de la stase et des fermentations consécutives : faites un large abouchement gastro-jéjunal et la stase disparaît ainsi que tous les accidents, bien que la dilatation persiste.

TECHNIQUE DE LA CHIRURGIE DE L'ESTOMAC.

Après avoir décrit plus haut les indications et les contre-indications des diverses opérations qui se pratiquent sur l'estomac, nous avons

(1) L. BOUVERET, *Traité des maladies de l'estomac*. Paris, 1893, p. 140.

(2) LINOSSIER, *Sem. méd.*, 16 février 1898, p. 67.

à préciser la technique de ces opérations en insistant sur les deux plus importantes : 1° la *gastro-entérostomie*; 2° la *gastrectomie*. Dans un troisième groupe nous parlerons des *opérations diverses* que, par nécessité ou de parti pris, on peut être appelé à pratiquer sur l'estomac : pyloroplastie, gastroplastie, etc.

I. **Gastro-entérostomie.** — Pour toutes les anastomoses viscérales, qu'il s'agisse de gastro-jéjunostomie, d'entéro-anastomose, d'anastomose entéro-côlique, de cholécystentérostomie, on peut employer le procédé des sutures, ou le procédé du bouton. Le premier se subdivise en deux sous-procédés distincts; dans l'un on ouvre immédiatement les deux viscères à anastomoser et dans le second, on se borne à leur faire subir un traitement qui amènera la mortification ultérieure des segments entourés de sutures et l'élimination des escarres par les voies naturelles dans les jours qui suivent l'opération. Étudions : A) la *gastro-entérostomie par le procédé des sutures*; B) la *gastro-entérostomie avec bouton*; C) la *gastro-entérostomie sans ouverture immédiate des viscères*.

A. **Gastro-entérostomie par le procédé des sutures.** — La gastro-entérostomie a pour but de mettre en communication l'estomac avec l'intestin; on l'a appelée gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie, suivant que la bouche anastomotique porte sur le duodénum ou sur le jéjunum. De plus, on peut, comme l'a fait, le premier, Wœlfler, appliquer l'intestin sur la face antérieure de l'estomac ou bien, suivant le procédé de von Hacker, ouvrir la face postérieure de l'estomac et l'aboucher à une anse jéjunale amenée à son contact, au travers d'une perforation du mésocôlon transverse. On décrit donc une gastro-entérostomie antérieure, ou opération de Wœlfler, et une gastro-entérostomie postérieure, ou opération de von Hacker.

On est actuellement d'accord pour rejeter la gastro-duodénostomie, dans laquelle l'anastomose porte sur une région peu mobile et trop rapprochée du pylore, où siège habituellement l'obstacle; d'ailleurs, si, pour une indication spéciale, on se décidait à cette opération, la technique que nous allons décrire serait tout à fait suffisante.

Il n'en est pas de même pour la gastro-entérostomie postérieure de von Hacker, qui a gardé quelques fidèles. Comme certains détails de technique sont spéciaux à cette opération, nous en dirons un mot après la description de la gastro-entérostomie antérieure.

1° GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE (procédé des sutures).

a. **Soins préopératoires.** — Il y a quelques années on discutait encore sur les avantages et les inconvénients des lavages répétés de l'estomac dans les jours qui précèdent l'opération. Billroth, au début, faisait de grandes irrigations à l'eau tiède et, plus tard, Schwartz et Terrier, après Lücke et Lauenstein, déclaraient indispensables les lavages préopératoires de l'estomac. Aujourd'hui, on s'en passe presque toujours; il est clair que c'était un leurre de

vouloir obtenir l'asepsie de la cavité gastrique. D'ailleurs le lavage ne peut évacuer que les liquides, et j'avais été frappé depuis longtemps de la quantité de matières solides qu'on trouvait à l'ouverture de l'estomac, malgré des lavages préopératoires répétés. Aussi, dès mes premières gastro-entérostomies chez l'homme, c'est-à-dire dès 1892, j'ai fait construire, chez Aubry, un clamp à branches parallèles qui m'a toujours rendu les plus grands services; c'est cet instrument qui est représenté p. 446, où il est figuré en place, isolant le segment de l'estomac E sur lequel se fera l'anastomose.

On peut aussi isoler une portion de l'estomac en se servant de deux pinces à mors courbes; dans les deux cas, on n'a plus à se préoccuper du contenu de l'estomac, qui ne vient, à aucun moment de l'opération, souiller la plaie.

Il ne faut pas oublier que les lavages répétés de l'estomac ne sont pas toujours sans danger chez des sujets porteurs d'ulcérations épithéliales ou autres de la muqueuse gastrique; ils peuvent provoquer de graves hémorragies.

En somme, on s'abstiendra des grandes irrigations de l'estomac avant l'opération.

Pour les mêmes raisons, on a longtemps tenu les malades à la diète liquide pendant plusieurs jours avant l'opération, et cette précaution, comme la précédente, est devenue absolument inutile par l'emploi judicieux des clamps avant d'ouvrir l'estomac.

b. *Anesthésie.* — Le choix d'un anesthésique pouvait prêter à discussion quand l'opération durait une heure et demie et plus sur des malades arrivés au dernier degré de la cachexie par inanition; mais, maintenant qu'en vingt minutes ou une demi-heure au plus, on fait couramment une gastro-entérostomie, il n'y a plus lieu de modifier la pratique habituelle. Le meilleur anesthésique est celui qu'on a le plus l'habitude de donner; cependant, j'emploie toujours l'éther, qui a, sur le chloroforme, l'avantage de ne pas déprimer le pouls, de relever le cœur qui, chez ces opérés, a de la tendance à faiblir. Je donne aussi la préférence à l'éther parce qu'il provoque moins souvent que le chloroforme des vomissements; les efforts de vomissements, pendant l'opération, obligent le chirurgien à perdre du temps et peuvent, s'ils surviennent plus tard, compromettre l'intégrité des sutures.

Quant à l'anesthésie locale par les injections de cocaïne préconisées par Reclus (1), on ne saurait en faire usage que dans des cas exceptionnels où pour une raison quelconque, on redouterait l'anesthésie générale. Il est certain que l'incision de la paroi abdominale est seule douloureuse; mais, parfois, la recherche de la première anse du jéjunum est laborieuse ainsi que l'exploration de

(1) RECLUS, *Sem. méd.*, 25 janvier 1893.

l'estomac. Ces manœuvres ne laissent pas d'être douloureuses et, qui pis est, la contraction des muscles de la paroi abdominale les rendent plus difficiles et plus longues.

c. *Incision de la paroi abdominale.* — On a préconisé des tracés variés. Wœlfler, au début, incisait parallèlement au rebord costal. Actuellement, la laparotomie médiane est à peu près seule usitée. Ce qu'il faut avant tout, c'est se donner du jour pour explorer l'estomac, pour trouver facilement l'anse jéjunale et pour opérer à découvert, en dehors de la cavité abdominale. On se rappellera que dans la plupart des cas justiciables de la gastro-entérostomie, l'estomac est très dilaté; il est donc inutile de commencer l'incision de la paroi à l'appendice xiphoïde; c'est là une petite faute que commettent souvent les débutants; on ne peut ainsi qu'être gêné par le lobe gauche du foie, qui obstrue le haut de la plaie; c'est plutôt au-dessous de l'ombilic qu'on sera obligé d'agrandir l'incision. En général, 12 à 15 centimètres de longueur suffisent, mais il ne faut pas hésiter à prolonger l'incision dans un sens ou dans l'autre et même à pratiquer une incision libératrice perpendiculaire à la première, si quelque indication particulière le commande.

d. *Recherche de l'anse jéjunale.* — Il est de première nécessité de choisir une anse située très près de la terminaison du duodénum. Bien que la statistique de Lücke, citée par Rockwitz, ait été, en 1887, une des premières vraiment satisfaisantes, elle portait sur des malades chez lesquels on avait anastomosé une anse prise au hasard; il serait imprudent d'imiter cet exemple; il faut donc trouver le plus tôt possible la première anse du jéjunum. De nombreuses erreurs ont été commises, en particulier par Angerer et Obalinski (1). Ce dernier sutura le cæcum à l'estomac!

Dans certains cas, cette recherche est plus malaisée qu'on ne saurait le croire; j'ai fait treize gastro-entérostomies sans éprouver la plus petite difficulté à trouver l'origine du jéjunum et, pour la quatorzième, cette recherche, que j'annonçais facile aux assistants, fut des plus laborieuses.

Nothnagel (2) conseille de prendre une anse au hasard et de la toucher avec un grain de sel; l'excitation locale provoque des mouvements antipéristaltiques qui indiquent le sens dans lequel il faut dévider l'intestin pour arriver au duodénum. Ce procédé n'est pas seulement enfantin, il est infidèle, si l'on en croit les observations de Lücke, Lauenstein, etc.

Le plus simple et le plus expéditif est de se placer à la droite de l'opéré (position de choix) et d'introduire la main droite dans le ventre, après avoir soulevé l'épiploon, le colon transverse et l'estomac

(1) OBALINSKI, *Centralblatt für Chir.*, 1891, p. 426.

(2) NOTHNAGEL, Cité dans un très important mémoire de Rockwitz à la clinique de Strasbourg, 1887.