

fait liquides. Sous cette forme on peut introduire des poudres de viande, des purées de féculents, des farines de natures diverses mêlées à du lait, du bouillon, etc. L'alimentation peut être très variée de cette façon.

L'alimentation par la sonde répond à de nombreuses indications.

Elle permet de pratiquer l'alimentation ou la suralimentation chez des malades dont l'appétit insuffisant est la cause d'une déchéance organique plus ou moins marquée : tels les malades atteints d'anorexie nerveuse, de dyspepsie asthénique, les cancéreux, les phthisiques, etc.

D'autre part, certains vomissements chez les hystériques, les neurasthéniques et les névropathes d'une façon générale, cèdent à l'emploi de la sonde, comme l'ont montré les premiers M. Ballet et M. Debove.

Les vomissements incoercibles de la grossesse seraient aussi parfois justiciables de ce traitement.

b. En même temps que les aliments, on peut introduire par la sonde des *substances médicamenteuses*. Certains auteurs conseillent même de se servir du tube pour administrer certains médicaments qu'on délaye ou dissout dans l'eau, prescrits sous un fort volume (les poudres alcalines, le sous-nitrate de bismuth) ou les substances nauséuses ou astringentes.

Nous avouons pour notre part n'adopter cette méthode d'administration des médicaments que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Récemment Einhorn (de New-York) a fait construire une sonde stomacale munie d'une poire à insufflation, et dont l'extrémité est percée de nombreuses petites ouvertures comme une écumoire. Il introduit dans la sonde des poudres de diverses natures et les insuffle dans l'estomac. Il paraît que l'examen par les rayons de Röntgen lui a permis de constater qu'un estomac ainsi insufflé avec du bismuth est véritablement recouvert d'une couche de médicament sur toute sa surface interne. L'auteur n'a pas, que nous sachions, donné les résultats de cette méthode, dont nous ne sommes pas à même d'indiquer la valeur.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

Depuis quelques années, la chirurgie est intervenue dans le traitement des affections de l'estomac. Grâce à elle, beaucoup de malades devant lesquels le médecin devait se déclarer à peu près impuissant ont pu être soulagés, quelques-uns même guéris.

Aujourd'hui les résultats obtenus sont tels que l'intervention chirurgicale doit être considérée comme faisant partie intégrante de la thérapeutique des maladies de l'estomac, et que tout médecin doit posséder des notions précises sur ses indications et ses contre-indications.

Comme toute méthode nouvelle, la chirurgie de l'estomac a eu des partisans trop zélés et des détracteurs injustes. Il faut reconnaître les torts des uns et des autres. Il est bien évident que toute affection stomacale qui se prolonge ne saurait être par cela même justiciable de l'intervention sanglante, comme le pensent certains chirurgiens. D'autre part, beaucoup de médecins timorés ne considèrent celle-ci que comme une ultime ressource à laquelle il ne faut recourir qu'après avoir longtemps temporisé. Il en résulte que, dans beaucoup de cas, les malades subissent l'opération *in extremis*, et l'on comprend que, dans ces conditions, la plupart d'entre eux sont hors d'état de la supporter.

Les recherches que nous poursuivons dans cette voie depuis plusieurs années nous ont permis de recueillir de nombreuses observations à l'aide desquelles nous pouvons donner des indications utiles et précises sur la conduite à tenir en face d'une affection gastrique rebelle à la thérapeutique médicale.

Les opérations pratiquées sur l'estomac répondent à diverses indications :

A. Présence de corps étrangers. Gastrostomie.

Lorsqu'il existe dans l'estomac ou dans la partie inférieure de l'œsophage des corps étrangers volumineux, il est indiqué de les extraire en ouvrant cet organe. Cette opération simple est la plus

ancienne de la chirurgie gastrique, puisque la première tentative date de l'année 1602. Dans ces dernières années, les cas de ce genre se sont multipliés : nous pouvons ajouter qu'à l'heure actuelle l'opération donne les résultats les plus satisfaisants et qu'elle peut être considérée comme bénigne.

B. Rétrécissement de l'œsophage. Gastrostomie.

En cas de rétrécissement de l'œsophage soit d'origine cicatricielle, soit d'origine cancéreuse, l'alimentation est de plus en plus compromise et la mort par inanition devient un jour inévitable. Le chirurgien, en créant une bouche stomacale, à l'aide de la gastrostomie, permet l'introduction directe des aliments dans l'estomac.

Les résultats de cette opération ne sont pas extrêmement brillants. Beaucoup d'auteurs la croient mauvaise ; quelques-uns même la rejettent systématiquement. Nous croyons cette opinion très exagérée. Tout d'abord, en ce qui concerne les malades atteints de sténoses œsophagiennes cicatricielles, la gastrostomie est ordinairement bien supportée. La reprise de l'alimentation permet aux malades d'engraisser, de récupérer leurs forces, et beaucoup sont assez vigoureux pour reprendre une vie active au bout d'un temps relativement court. D'ailleurs, la gastrostomie permet dans quelques cas de pratiquer le cathétérisme rétrograde et de rétablir la perméabilité de l'œsophage. Dans ce cas, on peut laisser se refermer la fistule stomacale spontanément, ou mieux encore on peut en pratiquer l'oblitération.

Pour ce qui est des rétrécissements cancéreux, le succès opératoire dépend de l'ancienneté de la maladie et des forces du malade. Pratiquée chez les cachectiques, c'est une opération désastreuse, à mortalité très élevée. Au contraire, faite de bonne heure, avant l'époque où elle est devenue tout à fait indispensable, et pour ainsi dire de façon préventive, elle donne des résultats bien meilleurs et peut véritablement rendre service aux malades en leur prolongeant la vie et surtout en leur évitant le terrible supplice de l'inanition.

C. Stase gastrique. Opérations pratiquées pour faciliter l'évacuation de l'estomac.

C'est dans le traitement des altérations de la fonction motrice de l'estomac que la chirurgie stomacale trouve sa principale indication et compte ses plus brillants succès. La stagnation des aliments, par

suite d'obstacles à leur élimination régulière et complète dans l'intestin, entretient dans le viscère une irritation prononcée, amenant des symptômes locaux plus ou moins pénibles ; d'autre part, l'apport insuffisant des substances alimentaires dans l'intestin où se font leur digestion complète et leur absorption aboutit au bout d'un temps plus ou moins long à la dénutrition et à l'inanition. L'indication est donc de rétablir le cours normal des aliments par une intervention appropriée.

Est-ce à dire que toutes les fois que l'on constatera par l'exploration méthodique de l'estomac des symptômes de stase, il est indispensable d'opérer ? Non pas ; et nous devons envisager plusieurs groupes de faits.

1° Il existe des cas, rares, il est vrai, de stase gastrique due à des lésions purement fonctionnelles, telles que l'atonie du viscère, telles que le spasme du pylore. Mais, il faut bien le savoir, ces troubles fonctionnels n'engendrent la stase que d'une façon tout à fait passagère, et quelques jours au plus. Si cet état persiste, c'est qu'il est dû à des lésions anatomiques. En tout cas, il ne faudrait pas opérer les malades de cette catégorie.

2° Si, comme cela est la règle, la stase est due à des lésions anatomiques, l'opération n'est pas encore toujours urgente. Il faut temporiser. Souvent l'obstacle anatomique qui crée la stase n'est pas très considérable et les troubles fonctionnels surajoutés sont la cause prédominante des accidents. Un traitement médical bien dirigé suffit à calmer les troubles morbides, et si le régime et le traitement sont bien suivis par les malades, on voit ceux-ci revenir graduellement à la santé et souvent se maintenir dans un état très satisfaisant. C'est surtout à la gastro-succorrhée avec stase que s'appliquent ces remarques. On sait maintenant que cet état morbide est dû à un ulcère de l'estomac placé aux environs du pylore, ulcère qui est souvent compliqué de phénomènes d'irritation et de troubles spasmodiques. Ceux-ci engendrent des crises aiguës de durée variable qui se calment assez facilement et dans l'intervalle desquelles la santé se rétablit plus ou moins complètement.

Or plusieurs cas peuvent se présenter dans lesquels la conduite à tenir est absolument différente. Tantôt les crises sont de courte durée, séparées par de longs intervalles de rémission presque complète : alors le traitement médical et un régime approprié suffisent à maintenir le malade dans un état satisfaisant.

Quoique la stase persiste, plus ou moins marquée, sa présence n'a qu'une importance secondaire, car elle n'entraîne aucun trouble local et l'état général reste satisfaisant. Mais, d'autres fois, les crises longues et douloureuses entraînent un amaigrissement et un affai-

blissement considérables : leur répétition incessante épuise les malades qui ne peuvent se livrer à aucune occupation suivie; enfin les rémissions qui les séparent sont incomplètes. Dans ces cas l'opération est indiquée; nous en verrons ultérieurement les résultats.

3° Enfin la stase est due à une lésion anatomique marquée et les troubles fonctionnels ont une part insignifiante. En général la stase est abondante, les troubles généraux sont très marqués, l'amaigrissement et l'affaiblissement ont une marche progressive sans à-coups, sans crises et sans rémissions. Dans ces cas il ne faut pas attendre. Quelle que soit la cause de la stase, il faut opérer et vite, tout délai pouvant être funeste. L'opération, en effet, est d'autant moins grave que les malades sont moins affaiblis. Les seules contre-indications résident, chez les cancéreux, dans la présence de vomissements noirs abondants d'une part, de généralisation du cancer d'autre part.

Les causes de la stase gastrique peuvent se répartir en deux groupes :

Le plus souvent ce syndrome est dû à un obstacle pylorique. Les tumeurs intrinsèques de l'estomac, ulcère et cancer surtout, sont de beaucoup les plus fréquentes. Mais des causes extrinsèques peuvent intervenir aussi : telles les lésions dues à la cholélithiase, au cancer du pancréas, à des ganglions tuméfiés, plus rarement à une compression par le foie ou le rein hypertrophié ou déplacé, etc., etc. Enfin le déplacement de l'estomac peut être assez marqué pour qu'il se forme, au niveau du pylore, une coudure qui gêne le passage des aliments.

La stase peut aussi exister sans sténose pylorique, par le fait d'une contraction insuffisante des parois de l'estomac. Cette contraction est due soit à des adhérences étendues, soit simplement à l'atonie de la paroi gastrique.

Nous serons bref sur le choix de l'intervention à faire dans les différents cas qui peuvent se présenter, car le rôle du médecin est terminé dès que le malade est sur la table d'opération. Voici néanmoins quelques indications générales sur les opérations usitées actuellement :

La gastro-entérostomie est la plus couramment pratiquée. On sait qu'elle consiste dans l'établissement d'une bouche artificielle permettant le passage du contenu de l'estomac dans l'intestin. Elle s'applique à peu près à tous les cas de stase, quelle qu'en soit la cause, mais surtout aux stases dues à la sténose pylorique. C'est une opération curative dans les cas de sténose bénigne, car elle permet le rétablissement du libre cours des matériaux alimentaires. Dans les sténoses malignes, elle constitue une opération palliative dont

les résultats méritent encore l'attention, car elle soulage beaucoup les souffrances des cancéreux qui s'éteignent sans souffrir, par cachexie et généralisation du cancer aux organes.

Lorsque la stase est due à un défaut de contraction des parois gastriques, le pylore étant libre, la gastro-entérostomie reste encore une très bonne opération, quoique les résultats en soient moins brillants que dans le traitement des sténoses. Il faut dans cette variété de stase prendre soin que la bouche stomacale soit faite à la partie déclive de l'estomac, afin que les aliments s'écoulent pour ainsi dire d'eux-mêmes et par leur propre poids dans l'intestin, sans avoir besoin du concours de la contraction de l'estomac. Souvent aussi il y a avantage, dans ces cas particuliers, à combiner la gastro-entérostomie à d'autres opérations.

En cas d'adhérences périgastriques, il faudra chercher à les sectionner. Cette opération est facile quand les adhérences sont lâches et peu étendues; elle présente au contraire de grandes difficultés quand elles sont étendues, serrées et qu'elles fixent les parois gastriques à des organes importants, foie, pancréas, etc. Les chirurgiens ne sont pas encore bien d'accord sur l'opportunité de cette opération. En cas d'atonie pure et simple avec grande dilatation de l'estomac, cas extrêmement rare, on peut associer (ou substituer) à la gastro-entérostomie, la *gastrorraphie* ou plissement de l'estomac, qui a pour but de réduire les dimensions d'un estomac dilaté en plissant une partie de ses parois, le plus souvent sa paroi antérieure. Les résultats de cette opération, rarement pratiquée d'ailleurs, sont assez bons.

Enfin les cas de stase gastrique qui sont dus à un vice de position des organes abdominaux sont susceptibles d'être améliorés et guéris par la fixation de ces organes.

Dans la gastropexie, la *gastropexie* a donné de bons résultats. Dans une observation personnelle, le foie déformé et ptosé comprimait le pylore. L'hépatopexie pratiquée par M. Terrier suffit, sans gastro-entérostomie, à guérir complètement la malade.

D. Excision d'une partie de l'estomac. Gastrectomies.

L'ablation d'une surface plus ou moins considérable de l'estomac est pratiquée dans des cas d'inégale gravité.

C'est, dans l'immense majorité des cas, pour extirper un cancer que l'opération est pratiquée.

Les cancers du pylore étant les plus fréquents, la *pylorectomie* est l'opération de ce genre de beaucoup la plus fréquente. Malheureusement l'extirpation du cancer est souvent impossible, car les

adhérences serrées et elles-mêmes envahies par le cancer fixent le néoplasme aux parties voisines : en même temps on constate que celui-ci a envahi les organes, ganglions, foie, péritoine, diaphragme, etc., etc.

Dans ces conditions la gastrectomie, opération grave, est inutile et on doit se contenter de pratiquer une gastro-entérostomie palliative. Ces lésions avancées ne sont, d'ailleurs, aussi souvent constatées pendant l'opération qu'en raison de l'époque tardive où les malades sont adressés aux chirurgiens. Pour que la pylorectomie soit possible, ou même utilement faite, il faut que l'opération soit très précoce. Les médecins, avant de décider l'opération, attendent presque toujours l'apparition d'une tumeur. Or, quand celle-ci est cliniquement constatable, presque toujours elle a acquis des dimensions considérables. Pour faire un diagnostic précoce, il faut chercher d'autres symptômes. Il n'existe pas de signes pathognomoniques; mais, si chez un individu indenne de toute affection organique on constate un amaigrissement *progressif* et prononcé, une anorexie marquée coïncidant avec une hypochlorhydrie intense, le diagnostic de cancer est probable et la laparotomie exploratrice doit être conseillée. Il vaut mieux pratiquer à tort cette opération inoffensive que de laisser passer un cancer opérable.

Pratiquée dans ces conditions, la gastrectomie donne de bons résultats. Nous avons personnellement deux observations dans lesquelles la survie dépasse trois ans. On a cité des survies beaucoup plus longues, atteignant et dépassant six à sept ans. On peut donc dire que, pratiquée dans ces conditions, la gastrectomie peut amener la guérison radicale du cancer.

Exceptionnellement, on a pratiqué la *gastrectomie* pour d'autres néoplasies que le cancer. L'ablation de polypes n'a été faite que rarement. On a proposé la *résection des tumeurs fibreuses* résultant d'ulcères cicatrisés, en raison de la fréquence de leur transformation en cancer. Mais les résultats de cette opération n'ont pas été bons, et, d'autre part, on a contesté l'existence de cette greffe cancéreuse. On a excisé un certain nombre d'*ulcères en voie d'évolution*. Cette opération n'est guère possible que pour les ulcères de la face antérieure. Enfin, on a fait des résections partielles de la paroi antérieure de l'estomac pour guérir des *fistules gastriques* consécutives à des ulcères perforés.

E. Intervention chirurgicale dans la dyspepsie sans stase.

Dans les gastropathies sans troubles mécaniques graves de l'estomac, l'intervention chirurgicale peut donner des résultats intéres-

sants. Malheureusement les auteurs, pour la plupart chirurgiens, qui ont conseillé d'intervenir chez les dyspeptiques, ont agi empiriquement, sans chercher à poser des indications précises. Un certain nombre d'observations que nous avons recueillies depuis quelques années nous permettent de fournir des indications intéressantes à ce sujet.

Dans quelques cas, l'opération nous a donné des résultats vraiment utiles. Dans d'autres aucune amélioration n'a été obtenue.

Tous les malades guéris ou améliorés présentaient à peu près le même tableau morbide, auquel j'ai donné, dans un travail antérieur, le nom de *syndrome pylorique*, parce que je le crois engendré par un trouble de fonctionnement du pylore. Ce syndrome pylorique est essentiellement caractérisé par l'apparition des phénomènes dyspeptiques, trois et quatre heures et plus après le repas. Ces troubles varient de nature et varient d'intensité; peu importe; le fait caractéristique, c'est le moment de la douleur qui indique, nous le répétons, un obstacle organique ou fonctionnel au niveau du pylore. La meilleure preuve en est dans les excellents effets de l'intervention chirurgicale. En permettant aux aliments d'éviter le passage du pylore, celle-ci fait disparaître d'une façon rapide et définitive des accidents qui souvent duraient depuis de longues années sans pouvoir être améliorés sérieusement par aucun traitement médical.

Plusieurs opérations ont été proposées pour remédier à ces accidents pyloriques : la *divulsion digitale du pylore* ou *opération de Loreta* est une mauvaise opération, grave et inefficace. La *pyloroplastie* ou *opération de Heinecke-Mickulicz* consiste dans un élargissement du pylore, obtenu en suturant transversalement une incision longitudinale gastro-duodénale. Cette opération donnerait, en général, de bons résultats. Toutefois, personnellement, nous l'avons vue donner des résultats bien inférieurs à la gastro-entérostomie que nous considérons comme étant, dans tous les cas, l'opération de choix.

Si, maintenant, nous examinons les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale chez les dyspeptiques de toute autre catégorie, nous voyons qu'ils sont presque toujours nuls ou insignifiants. La dyspepsie nerveuse, la dyspepsie flatulente, les crises gastriques, les vomissements nerveux, l'hyperesthésie gastrique, toutes les névroses de l'estomac, les différents types de gastrites enfin, ne bénéficient pas d'une intervention pratiquée sur l'estomac. Et la raison en est facile à donner. Pour les gastrites graves, il faut en attribuer les symptômes, d'abord aux causes toxi-infectieuses générales qui les ont créées, et ensuite à l'hyperesthésie provoquée par des érosions et des ulcérations plus ou moins étendues. On conçoit

que ces troubles ne sont pas susceptibles d'être améliorés par une opération. D'autre part, les dyspepsies nerveuses sont dues, pour la plupart, à des causes toxiques ou à des causes nerveuses, d'origine extra-stomacale. Elles constituent une localisation régionale d'un trouble général. La chirurgie de l'estomac est donc impuissante à modifier des symptômes dont il faut rechercher la cause en dehors de l'estomac.

Il est toutefois une classe de dyspeptiques nerveux qui peuvent recourir avec bénéfice aux chirurgiens. Nous voulons parler des malades atteints de ptoses des viscères abdominaux, rein, utérus, estomac, côlon, qui, indirectement, probablement par suite de l'excitation des plexus nerveux intra-abdominaux, provoquent des phénomènes neurasthéniques et des troubles digestifs. Dans ces cas, la fixation des organes déplacés donne les meilleurs résultats.

F. *Intervention dans les gastrorragies.*

Il nous reste, pour terminer ce chapitre, à dire quelques mots de l'intervention chirurgicale dans les cas de gastrorragie.

L'hémorragie stomacale peut tenir à plusieurs causes : les principales sont : l'ulcère de l'estomac à un degré plus ou moins avancé, la cirrhose du foie, enfin des troubles vaso-moteurs qu'on rencontre surtout chez les hystériques.

Disons immédiatement que le traitement chirurgical ne doit et ne peut s'appliquer qu'aux hémorragies de l'ulcère stomacal.

Mais encore faut-il ici faire de grandes restrictions et ne pas considérer toutes les gastrorragies par ulcère comme devant réclamer une intervention.

On peut admettre trois variétés d'hémorragies dans l'ulcère : hémorragies foudroyantes, aiguës et chroniques.

Dans les premières, toute tentative chirurgicale est inutile, le malade succombant en peu de temps. Dans les hémorragies avec pertes abondantes de sang, les auteurs ne sont pas d'accord sur l'opportunité d'une intervention. Très recommandée par M. Dieulafoy, elle est déconseillée par Leube, Bouveret, Hayem, Mathieu, qui la trouvent inutile, car les malades guérissent presque toujours. Les statistiques de M. Hartmann en France et de Mickulicz en Allemagne montrent qu'elle est, non seulement inutile, mais nuisible, puisque les deux tiers des opérés succombent.

La cure chirurgicale des gastrorragies n'est admissible que dans les cas de petites hématomèses à répétition, lorsque les gastrorragies, se prolongeant pendant longtemps, entretiennent chez les

malades un état anémique inquiétant, et après échec d'un traitement médical bien dirigé (cure de repos).

Ajoutons qu'il ne faut pas attendre pour se décider à intervenir que le malade soit trop faible pour supporter l'opération.

Quant au choix du procédé, il varie selon les cas : si l'ulcère siège au niveau du pylore, la gastro-entérostomie, en détournant le cours des aliments et en supprimant l'irritation de la plaie gastrique, tarit aussi la source de l'hémorragie. Si l'ulcère siège sur les faces ou les courbures, il est préférable de le réséquer. La cautérisation de l'ulcère, la ligature du vaisseau qui saigne sont des méthodes qui nous paraissent devoir être exceptionnellement suivies de succès.

M. SOUPAULT.