

HISTORIQUE

I. — PYLORECTOMIE

Les premières tentatives de résection du pylore eurent pour objet le cancer (1879-1881).

Péan (9 avril 1879) et Rydigier (16 novembre 1880) perdirent leurs premiers opérés de pylorectomie.

Le 3^e cas, qui appartient à Billroth, fut suivi de guérison (28 février 1881).

A l'exemple du maître, Wœlfler¹ (8 avril 1881) et Czerny (21 juin 1881) guérèrent également leurs 2 premiers malades, ce qui portait à 3 sur 14 cas le nombre total des succès opératoires. Les pre-

1. Nous avons vu en juillet 1883, dans le service du P^r Billroth, l'opérée de Wœlfler du 8 avril 1881, à laquelle on venait d'extirper un nodule cancéreux développé dans la cicatrice de la paroi abdominale, où s'était sans doute produit une inoculation lors de la première opération. Cette femme vivait encore en 1885, sans trace de récurrence (Dreydorff).

miers résultats n'étaient donc pas très encourageants. Billroth eut un nouveau succès le 23 août 1881.

Le 22 novembre 1881, Rydigier fit sa seconde pylorectomie, non plus dans un cas de cancer, mais pour une sténose fibreuse consécutive à un ulcère simple. La malade guérit.

Cette opération était la 22^e, y compris le cas de Péan. 5 malades l'avaient subie avec succès. Les tentatives se multiplièrent, l'on publia de tous côtés des observations de résection du pylore.

En 1892, Guinard¹ réunit 153 cas de pylorectomie avec 57,3 p. 100 d'insuccès.

La statistique plus récente de Dreydorff² (1893) comprend 188 opérations, avec 57,4 p. 100 d'insuccès.

Sur ces 188 cas, il s'est agi 164 fois de cancer et 24 fois seulement de lésions cicatricielles.

La cicatrice était consécutive :

21 fois à l'évolution d'un ulcère simple, et 3 fois à l'ingestion d'une substance corrosive (acide azotique, acide chlorhydrique, fragments de potasse caustique).

1. *Tr. chir. du cancer de l'estomac*. Paris, 1892.

2. *Beitr. zur Klin. chir.*. XI Band. II Heft, 1893. Kasuistischer Beitrag zur Magen-chirurgie.

Soit, pour 188 cas, 87,3 p. 100 d'opérations pour cancer et 12,7 p. 100 d'opérations pour affections non cancéreuses, qui toutes, sans exception, sont des sténoses cicatricielles.

II. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE

La gastro-entérostomie fut pratiquée pour la première fois par Wœlfler, le 28 septembre 1881, dans un cas où, en raison de l'étendue du cancer et de ses adhérences, la pylorectomie se montrait impraticable.

Wœlfler, qui avait pratiqué avec succès sa première pylorectomie, fut également heureux dans sa première tentative d'anastomose gastro-jéjunale.

Le 13 mars 1884, Rydigier guérit par l'opération de Wœlfler le premier cas de sténose duodénale qui ait été traité chirurgicalement. Le diagnostic paraît n'avoir été fait qu'après l'ouverture du ventre.

Le 11 mai 1884, Billroth guérit par le même procédé un autre cas de sténose duodénale, d'origine tuberculeuse. — La malade mourut au bout de 2 mois, de tuberculose pulmonaire et intestinale, et l'on put constater anatomiquement la nature du rétrécissement duodénal.

Rydigier appliqua enfin avec succès le 20 juin et

le 26 juillet 1884 la gastro-entérostomie au traitement de la sténose cicatricielle du pylore.

La gastro-entérostomie antérieure de Wœlfler donna lieu tout d'abord à de nombreux succès : 13 cas de mort sur 21 opérations (mortalité de 61 p. 100). On cite, entre autres accidents, la possibilité de la compression du côlon transverse par l'anse jéjunale anastomosée (voir fig. 128, p. 244).

Von Hacker proposa, pour éviter les inconvénients de l'opération de Wœlfler; de pratiquer l'anastomose gastro-jéjunale au travers d'une boutonnière du méso-côlon transverse.

La première opération de Von Hacker date du 22 mars 1885; la malade succomba au bout de 36 heures. Von Hacker perdit deux autres malades en juillet et octobre 1885, et c'est à Czerny que semble appartenir l'honneur d'avoir le premier réussi la gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique (2 décembre 1885). Von Hacker paraît en effet n'avoir obtenu son premier succès que plus de six mois plus tard (24 juillet 1886).

Dreydorff a pu réunir dans sa statistique 214¹ opérations de gastro-entérostomie avec 92 succès, soit 43,3 p. 100.

1. L'opération de Pozzi a été par erreur mentionnée deux fois (nos 245 et 248).

Sur ces 214 cas, nous comptons :

181 sténoses cancéreuses du pylore;

29 sténoses fibreuses, comprenant 25 cicatrices consécutives à l'évolution d'un ulcère simple, avec ou sans hypertrophie du pylore, et 4 sténoses consécutives à l'ingestion de substances corrosives : acide sulfurique (2 cas) et acide chlorhydrique (2 cas);

4 sténoses duodénales :

(3 sténoses cicatricielles : Rydigier 1 cas, Lauenstejn 2 cas; 1 sténose tuberculeuse, Billroth).

Soit, sur 214 opérations, 84,6 p. 100 d'interventions pour lésions cancéreuses et 15,4 p. 100 pour affections non cancéreuses.

III. — PYLORECTOMIE COMBINÉE A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Billroth avait conçu le projet de combiner la pyloréctomie et la gastro-entérostomie, quand l'étendue de la tumeur semblerait s'opposer à la réunion du duodénum à l'estomac. Le 15 janvier 1885, Billroth, en présence d'un pareil cas, fit la gastro-entérostomie antérieure, isola la tumeur du duodénum, referma ce dernier en l'invaginant, et traita de même l'estomac après l'avoir sectionné en deçà du néoplasme. Le malade guérit de l'opération.

Sur 10 opérations de pyloréctomie combinée à la gastro-entérostomie, Dreydorff cite un cas (Krœnlein) où la sténose pylorique était cicatricielle; la malade mourut. Ces 10 cas donnent une mortalité de 60 p. 100.

IV. — PYLOROPLASTIE

La pyloroplastie nous semble avoir été attribuée à tort à Heinecke, puisque dès 1882 (13 décembre) Czerny a pratiqué avec succès l'excision elliptique et la réunion transversale du pylore sténosé. L'excision elliptique ou cunéiforme du pylore, ménageant sa paroi postérieure, est une véritable pyloroplastie, et se montre applicable à beaucoup plus de cas que l'incision simple de Heinecke (28 mars 1886) (Voir fig. 114, 115 et 116, p. 223 et 224).

Dreydorff a réuni dans sa statistique 29 pyloroplasties avec 6 insuccès, soit 20 p. 100.

V. — GASTROPLASTIE

Enfin nous avons imaginé, le 25 janvier 1893, en présence d'un rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac, une nouvelle opération, la *gastroplastie*, qui fut suivie d'un succès complet.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS
POUR LÉSIONS NON CANCÉREUSES

La plupart des opérations que nous venons de mentionner, à l'exception de la pyloroplastie (29 cas) et de la gastroplastie (1 cas), ont eu pour objet la sténose cancéreuse du pylore.

Il ne sera pas sans intérêt de déterminer la proportion relative des sténoses fibreuses qui ont donné lieu à l'intervention sanglante :

Si nous réunissons en un tableau, en séparant les opérations pour cancer des cas où il s'agissait d'une affection non cancéreuse, les observations de pylorotomie, de gastro-entérostomie et de pyloroplastie citées par Dreydorff, nous obtenons les chiffres suivants :

	Nombre total.	Opérations pour cancer.	Affections non cancéreuses.
Pylorotomies. . . .	188	164—(87,3 %),	24—(12,7 %)
Gastro-entérostomies.	205	172—(83,9 %),	33—(16,1 %)
Pylorot. combinée à la gastro-entéros. . .	10	9—(90 %),	1—(10 %)
Pyloroplasties. . . .	29	0 —	29—(100 %)
Total. . . .	432	345—(75 %),	87—(25 %)

Soit, sur 432 cas, 345 opérations pour sténose néoplasique (75 p. 100) et 87 opérations pour sténose cicatricielle (25 p. 100).

Les opérations pratiquées pour des affections de l'estomac autres que la *sténose pylorique* sont exceptionnelles.

Bircher et Weir tentèrent de rétrécir l'estomac dilaté par une gastrorrhaphie à étages. Et encore Weir ne pratiqua-t-il la gastrorrhaphie à étages qu'après un insuccès de la gastro-entérostomie dans un cas de sténose cicatricielle du pylore. « La malade souffrait comme par le passé. » Ces opérations isolées ne méritent guère plus mention que la division du pylore sténosé (Hahn-Loreta) et le curettage de l'estomac cancéreux (Bernays).

Czerny (11 juillet 1887) fit une laparotomie pour ulcère de l'estomac. L'opération demeura exploratrice. Mikulicz, ayant à donner des soins 1 an et demi plus tard au même malade, reconnu par la gastroscopie une petite plaque blanchâtre au voisinage du cardia. Il ouvrit l'estomac, cautérisa le point supposé malade, et referma le viscère. Il y aurait eu une légère amélioration¹.

Roux² pratiqua avec succès la résection d'un ulcère de la petite courbure.

Jeannel (24 septembre 1892) tenta de remédier

1. CZERNY, *Über die an der Heid. Chir. Klin. angef. op. am Magen und Darm*, p. 29, n° 18. (Separat abdruck am « Beitrage zur Chirurgie », Festschrift gewidmet Th. Billroth.)

2. ROUX, 7° Congrès fr. de Chir., avril 1893.

par la gastro-entérostomie à une « dilatation de l'estomac par atonie simple ». La malade succomba avec distension de l'anse duodéno-jéjunale par un liquide bilieux et fétide; le pylore était sain. On n'a pas noté l'état du duodénum.

Ces observations isolées démontrent que l'on n'a apprécié dans aucun de ces cas la véritable cause des douleurs gastralgiques, de la non-cicatrisation de l'ulcère, et de la dilatation stomacale.

La disparition des douleurs aussitôt après notre première opération de pyloroplastie (9 mai 1892) nous avait engagé à traiter par le même procédé une malade atteinte d'hyperchlorhydrie avec hématomèses et signes probables d'ulcère rond. Cette malade succomba. Ayant peu après l'occasion de pratiquer une laparotomie pour ulcère du pylore et du duodénum compliqué d'hématomèses profuses (9 juin 1892), nous avons fait une gastro-entérostomie simple, persuadé que le malade cesserait de souffrir dès que l'estomac pourrait s'évacuer librement dans l'intestin grêle.

La pylorectomie eût été possible. Nous avons résisté au désir bien légitime d'examiner une pièce aussi curieuse : ulcère du pylore et de la première portion du duodénum avec hypertrophie considérable des tuniques celluleuse et musculuse, et nous

avons préféré *démontrer cliniquement* si la création d'un orifice gastro-jéjunale serait capable de faire cesser les gastrorrhagies, et de déterminer la cicatrisation d'un ulcère datant de 22 ans. Les suites de l'opération confirmèrent nos prévisions.

Les douleurs disparurent le jour même de l'opération. Au bout de deux semaines, le malade, qui depuis près de 20 ans ne vivait que de laitage et d'eau de Vichy, mangeait avec appétit et digérait ses aliments. Jamais hématomèses ni méléna n'ont reparu. La guérison date de plus de deux ans. Cette observation était concluante. Nous avons communiqué ces résultats au 7^e Congrès français de Chirurgie (avril 1893.)

Le nombre total de nos interventions chirurgicales pour affections diverses de l'estomac est actuellement de 37. Sur ces 37 opérations, 25 ont rapport à des lésions non cancéreuses, parmi lesquelles nous comptons 6 cas de maladie de Reichmann à la période de cachexie et 7 cas d'ulcères de l'estomac éloignés du pylore. Ces 13 cas sont plus intéressants au point de vue chirurgical que ceux où il s'agissait d'une sténose gastrique (estomac en bissac), ou bien d'une sténose pylorique ou duodénale, et la guérison de ces malades par la gastro-entérostomie démontre d'une manière indiscutable l'importance

en pathologie gastrique de la contracture du pylore.

Cette manière d'envisager les affections chroniques de l'estomac en les subordonnant à la sténose spasmodique du pylore nous paraît donc basée sur des faits cliniques d'une précision indiscutable.

Le spasme pylorique domine presque toute la pathologie de l'estomac.

Le pylore est l'ennemi. Sa susceptibilité inopportune est la cause des malaises gastriques les plus divers et de la persistance des lésions anatomiques qui les accompagnent.

Nous avons tiré ces conclusions de nos observations cliniques et de nos résultats opératoires.

Le professeur A. Robin, qui a tout spécialement étudié les troubles de la digestion stomacale, est arrivé par ses recherches personnelles à des conclusions analogues. La contracture du pylore est d'après lui la cause principale des souffrances des hyperchlorhydriques. La dilatation s'établit ainsi peu à peu.

A. Robin est arrivé, pendant les crises douloureuses des hyperchlorhydriques, à percevoir, par un palper profond, le pylore dur et contracturé.

Après une pression énergique de 5 à 10 minutes, le sphincter se relâchait, et un soulagement presque immédiat suivait l'évacuation de l'estomac.

Les D^{rs} Malibran, de Plombières, et Frémont, de Vichy, attribuent également la plus grande partie des phénomènes pénibles de la dyspepsie à la stagnation des aliments par suite du spasme pylorique.

Les professeurs Novaro, de Bologne, et Carle, de Turin, qui ont bien voulu nous remettre au Congrès de Rome (avril 1894) leurs statistiques personnelles, ont été également frappés du rôle nocif du pylore en pathologie gastrique. Tous deux pratiquent la pyloroplastie dans les cas de rétrécissement léger ou de spasme du pylore.

Sur 33 opérations, le professeur Novaro est intervenu 13 fois pour des affections non cancéreuses (cicatrice ou bride du pylore). Trois fois les tuniques de l'estomac paraissent ne pas avoir été incisées; ces trois opérations sont notées comme : « Résections de brides sténosant le pylore. »

Sur 26 opérations, le professeur Carle est intervenu 14 fois pour des affections non cancéreuses : (11 pyloroplasties, — 1 divulsion du pylore, — 1 gastro-entérostomie, — 1 pylorotomie). « Les opérés, dit Carle, tous pauvres gens, se nourrissent de toutes sortes d'aliments... »

« ... Dans cinq de ces cas, il s'agissait d'individus chez lesquels aucun symptôme ne faisait supposer ni sténose ni ulcère. Les médecins avaient diagnos-

tiqué « dyspepsie nerveuse avec dilatation ». La laparotomie fut entreprise après de longs et inutiles traitements... Il existait une gastrectasie de la grande courbure. L'anneau pylorique ne présentait aucune cicatrice et admettait le petit doigt. Cet orifice paraissant insuffisant pour le libre passage des aliments, Carle élargit le pylore par la pyloroplastie. « L'excellence du résultat obtenu démontre, ajoute-t-il, qu'il s'agissait aussi, dans ces cas, d'un obstacle mécanique, et que les souffrances des malades dépendaient de la stagnation des aliments dans l'estomac. »

On verra plus loin que nous ne différons que sur un point : le mode d'intervention, car nous préférons la gastro-entérostomie à la pyloroplastie.

Nous sommes heureux d'avoir pu réunir, pour corroborer les résultats de nos recherches personnelles, ces témoignages multiples du rôle nocif du pylore dans les maladies de l'estomac.

Les observations cliniques, les analyses du chimisme gastrique, les résultats opératoires se sont confirmés mutuellement, pour conduire médecins et chirurgiens à des conclusions identiques.

Avant de passer à l'étude de nos observations, il ne sera pas inutile d'étudier en quelques pages

l'anatomie et la physiologie de l'estomac, bien des points, tout particulièrement pour ce qui concerne la situation et le rôle du pylore, nous semblant encore assez confus dans les ouvrages classiques.

Nous avons entrepris à cet effet une série de recherches personnelles dont les résultats ont été vérifiés au cours de nos opérations. Les faits cliniques ont été confirmés à leur tour soit par l'analyse chimique, soit *de visu* par la constatation directe des lésions anatomiques.

Nous insisterons particulièrement, au cours de ces différents chapitres concernant l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'estomac et du duodénum, sur les cas qu'il nous a été donné de guérir chirurgicalement.

Nous démontrerons enfin les avantages de nos procédés opératoires et nous comparerons les résultats obtenus par les chirurgiens les plus expérimentés dans la pratique de la pylorectomie et de la gastro-entérostomie.

Notre statistique générale, où nous avons ajouté aux cas déjà cités par Guinard, Dreydorff, Loche, Matignon, etc., les observations que nous avons pu réunir récemment, comporte près de 650 opérations.

Nos figures ont été exécutées d'après nature par notre ami M. Millot.