



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 121

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

**TRAITEMENT DES ULCÈRES
DE LA PETITE COURBURE
ET DU CORPS DE L'ESTOMAC**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juin 1923

PAR

Raymond-Eugène-Marie FERRAND

Né à BORDEAUX (Gironde), le 4 mai 1896.

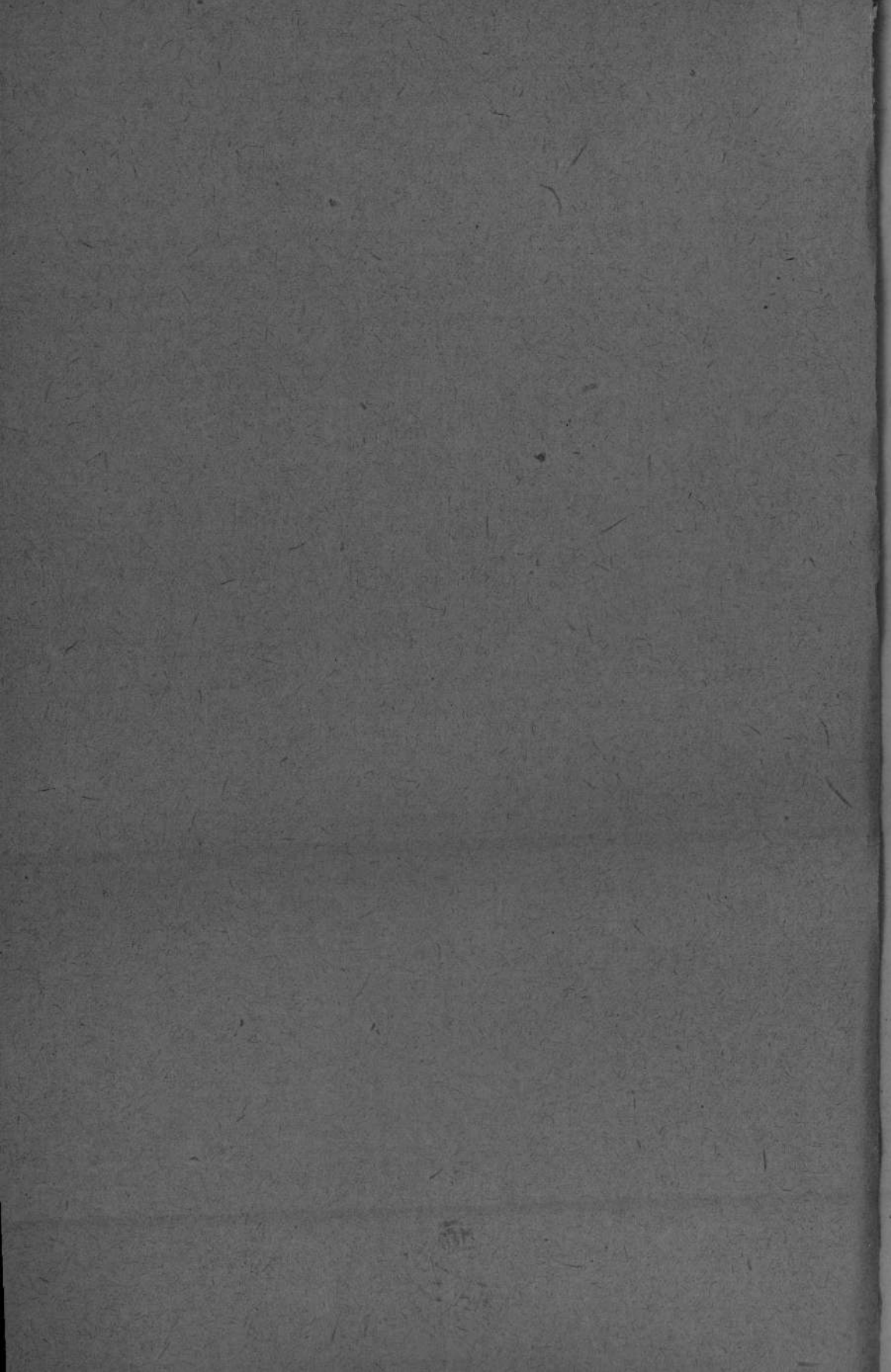
Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		DUVERGEY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

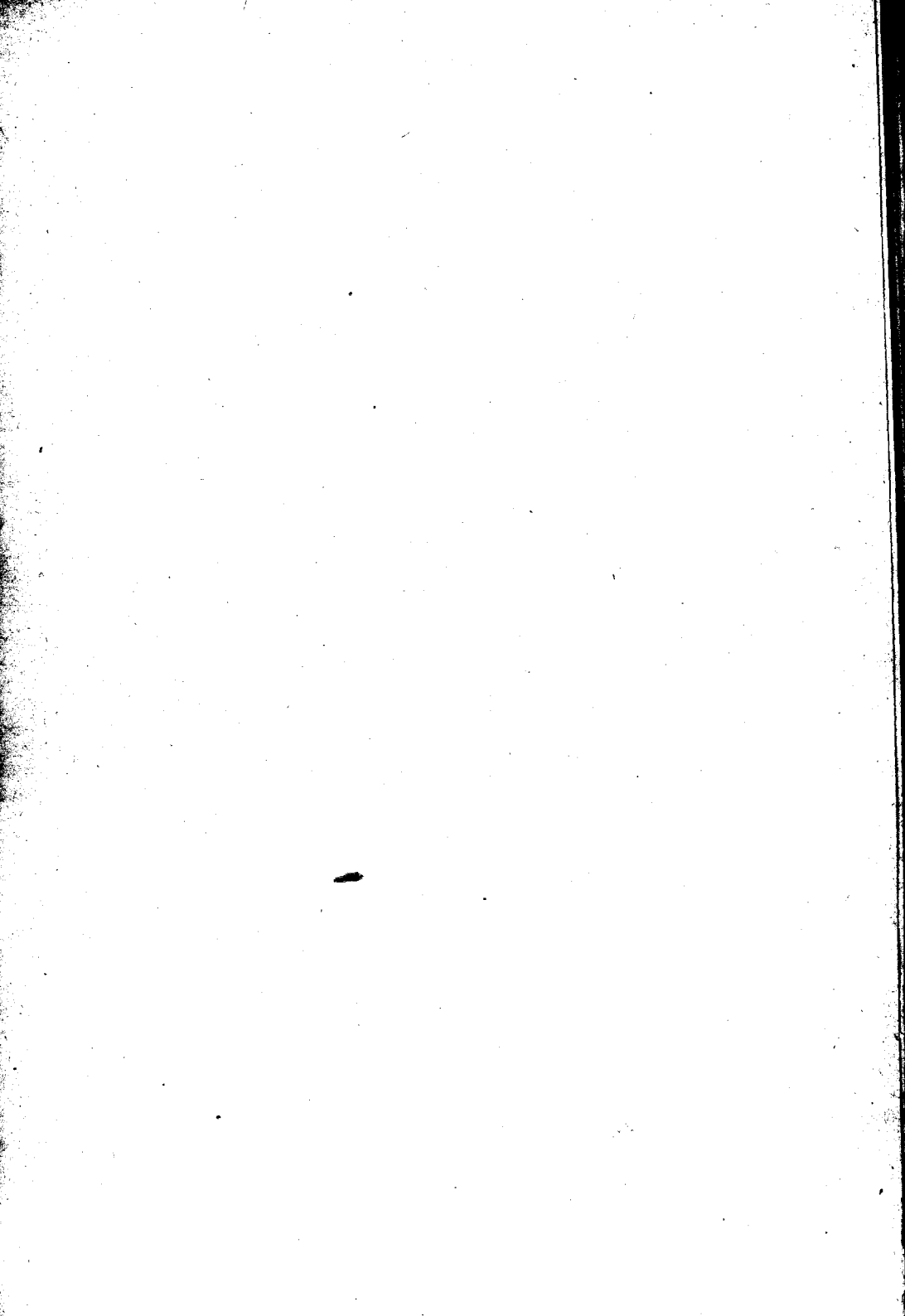
BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADOMET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 121

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DES ULCÈRES DE LA PETITE COURBURE ET DU CORPS DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juin 1923

PAR

Raymond-Eugène-Marie FERRAND

Né à BORDEAUX (Gironde), le 4 mai 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		DUVERGEY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABHAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Médecine légale et déontologie.....	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquées.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SEILLER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie.....	N., N.	Médecine générale.....	GREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	id.....	MICHELEAU.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIE.	Pharmacie.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	VENOT.	Chimie.....	RANGIER.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pathologie interne.....	GREYX.
Ophtalmologie.....	GABANNES.	Pathologie externe.....	PAPIN.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA GLORIEUSE MÉMOIRE DE MON BIEN-AIMÉ FRÈRE

LOUIS-MICHEL FERRAND

*Capitaine adjudant-major au 9^e d'Infanterie,
Chevalier de la Légion d'honneur (sept citations).*

MORT POUR LA FRANCE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES CHÈRES SŒURS JEANNE ET MARIE FERRAND

A MADAME VEUVE CAPDEVILLE

ET A MADEMOISELLE CAPDEVILLE, MA MARRAINE

A MON COUSIN, LE DOCTEUR PRADEL,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES TANTES, COUSINES ET A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES MORTS POUR LA PATRIE

A TOUS MES AMIS DU BORDEAUX-ÉTUDIANTS-CLUB.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PRINCETEAU

*Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui me manifesta toujours la plus paternelle sollicitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CRUCHET

*Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour le bienveillant intérêt qu'il m'a constamment témoigné.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE CHARBONNEL

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui inspira ce travail et dont les conseils éclairés et si cordiaux m'aidèrent à le réaliser.

Hommage de profonde gratitude.

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAPIN
ET A MESSIEURS LES DOCTEURS AUGISTROU, CHENUT,
DAMADE, LOUBAT, PEYRE**

Hommage de sincère gratitude pour l'aide qu'ils m'ont donnée au cours de ce travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A qui je tiens à exprimer mes sentiments de profonde reconnaissance pour les marques de sympathie qu'il m'a si souvent données au cours de ces derniers mois, et le haut honneur qu'il m'a fait en daignant accepter la présidence de cette thèse.

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DES ULCÈRES

DE LA PETITE COURBURE ET DU CORPS DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Le syndrome « ulcère de la petite courbure » est assurément une conquête récente de la nosologie. C'est à Mathieu que revient le mérite de son individualisation. Le premier, en effet, l'illustre clinicien de l'Hôpital Saint-Antoine montra qu'il convenait, au point de vue clinique, de grouper à part les ulcères situés à une certaine distance du pylore, et qui, de ce fait, n'entraînent pas un syndrome évident de sténose pylorique.

La petite courbure, en sa qualité de « voie gastrique », suivie par les aliments du cardia au pylore, constitue, comme on sait, le lieu d'élection des lésions ulcéreuses. La plupart de nos ulcères l'intéresseront donc, surtout si, à l'exemple de Mathieu,

nous comprenons par petite courbure non pas un bord étroit de l'estomac, mais toute cette large région qui regarde vers le hile de l'organe.

De ce vaste groupe nosologique ainsi défini nous ne retiendrons encore qu'une variété, pour nous occuper seulement du problème de son traitement. Nous laisserons systématiquement de côté ceux de ces ulcères qui affectent une marche aiguë et évoluent rapidement vers la perforation; ceux également qui prennent dès le début un type hémorragique nettement accusé. Ces complications ne sont pas cependant, nous le savons, des raretés dans le groupe des ulcères gastriques extra-pyloriques. Nous n'envisagerons donc ici que cette variété d'ulcères de la petite courbure et du corps de l'estomac qui ne s'aggravent ni de sténose pylorique, ni de perforation aiguë, ni d'hémorragies répétées, en un mot qui ne présentent pas d'autre complication que celle d'évoluer presque toujours, plus ou moins lentement, vers le type calleux et pénétrant.

L'intérêt de cette étude nous paraît grand, d'abord parce que cette forme d'ulcère est excessivement fréquente, ensuite parce que l'évolution longtemps insidieuse de ces lésions appelle immédiatement une thérapeutique énergique et clairvoyante, qui devra être mise en œuvre bien avant que des symptômes graves et alarmants aient fait leur apparition.

Ces ulcères, en effet, évoluent le plus souvent sous le masque d'une simple dyspepsie douloureuse, si bien que, selon la remarque de MM. Harvier et Mathieu, « nous voyons se rétrécir de jour en jour à leur profit le domaine de la dyspepsie ».

Leur symptôme le plus net, le plus constant, est la douleur « semi-tardive » de Mathieu, apparaissant au début cycliquement, par crises espacées, qui tendent à se rapprocher, à se souder et à s'exacerber, au fur et à mesure de l'ancienneté de la lésion. Tous les autres symptômes peuvent manquer : les vomissements quelquefois — s'ils existent, ils ne revêtent jamais le caractère de vomissements de rétention; les hématémèses plus souvent encore. Il aura pu cependant y en avoir : Timbal (*Progrès médical*, 22 mai 1920) signale la fréquence de l'héma-

témèse signal-symptôme de l'ulcus de la petite courbure. L'élimination que nous avons faite des ulcères à type hémorragique ne concernait que les cas où ce symptôme est prépondérant, soit par son intensité, soit par sa persistance.

Semblable évolution porte trop fréquemment encore le malade à se présenter un peu tard devant son médecin, et ceci fait, le pousse — et pousse aussi quelquefois, il faut bien le dire, le médecin — à s'obstiner dans un traitement médical, alors même qu'il est bien avéré que ce dernier est désormais impuissant à assurer la guérison. De ce fait, le malade n'arrive à la chirurgie qu'à la dernière minute, alors que déjà, l'ulcère vieilli a entraîné des désordres considérables : adhérences de toutes sortes bridant l'estomac et le déformant, le soudant à d'autres organes (pancréas, foie, colon, paroi abdominale antérieure), dans lesquels l'ulcère est venu se « perforer et se boucher ». M. Charbonnel (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 30 janvier 1921) a bien démontré, en s'appuyant sur deux observations du plus haut intérêt, « jusqu'à quel point il faudrait véritablement ne pas laisser évoluer les ulcères gastriques avant de les faire opérer ».

L'ulcus, au contraire, pris au début, sinon de son existence anatomique, du moins de son existence clinique, pourra, du fait précisément de cette évolution relativement lente, qu'aucun péril immédiat ne vient le plus souvent assombrir, être traité énergiquement et patiemment par la médecine d'abord, et ensuite, en cas d'échec de celle-ci, par la chirurgie, alors qu'il sera encore à un stade relativement peu avancé de son évolution, et que les fonctions organiques du sujet ne seront pas encore gravement troublées. Nul doute que le jour où semblable principe sera sans conteste admis par tous les médecins, on verra, ainsi qu'y insistent Pauchet et tant d'autres auteurs, s'abaisser considérablement le chiffre élevé de la mortalité opératoire, et s'élever celui des bons résultats éloignés.

Nous nous proposons donc, dans ce travail, de suivre l'ulcus dans son évolution anatomo-pathologique : d'abord ulcère pariétal, simple perte de substance à caractère chronique dans

la paroi gastrique, puis, par induration de ses bords et extension progressive du processus de sclérose, évoluant peu à peu vers le type calleux, évolution qui peut être considérée comme la règle dans l'ulcère de la petite courbure, et d'étudier quelle conduite il convient d'adapter à chacun de ces stades évolutifs.

Nous ne présentons pas d'observations à l'appui de notre thèse. M. le professeur Chavannaz, M. le professeur agrégé Papin, MM. les D^{rs} Charbonnel, Damade et Loubat ont eu cependant la très grande obligeance — et nous leur adressons ici l'hommage de notre très vive reconnaissance — d'en mettre quelques-unes à notre disposition. Ce travail, étant une revue d'ensemble des résultats obtenus par les divers modes thérapeutiques en ce qui concerne la variété d'ulcères dont nous nous occupons, doit plutôt se baser sur des statistiques portant sur un certain nombre de cas semblables, et nous avons pensé que la publication de quelques cas isolés et divers ne lui apporterait pas une réelle confirmation. Certaines de ces observations ont d'ailleurs été déjà publiées en raison de leur intérêt; chaque fois donc que l'occasion s'en est présentée, nous renvoyons aux travaux où elles ont paru.

Dans un premier chapitre, nous étudions, tant au point de vue médical que chirurgical, le traitement que l'on peut appliquer à l'ulcère qui se trouve encore au premier stade de son évolution, autrement dit qui ne présente pas encore de callosités.

Dans un deuxième chapitre, nous faisons la même étude en ce qui concerne l'ulcère invétéré devenu calleux.

Enfin, dans un dernier et court paragraphe, nous nous efforçons de dégager les conclusions qui nous semblent ressortir de notre travail.

Nous avons systématiquement laissé de côté tout ce qui a trait à la symptomatologie, renvoyant pour cela aux beaux rapports de MM. Saloz, Kramer et Moppert pour le Congrès de médecine de 1922, ainsi qu'à celui de Duval, au Congrès de chirurgie de 1920.

Nous nous sommes moins attaché à décrire la technique détaillée de chaque mode de traitement médical ou chirurgical,

lesquels ont fait aussi l'objet de travaux particuliers que nous indiquons, qu'à discuter les résultats donnés par chacun d'eux et essayer de nous rendre compte de leur valeur respective dans chaque cas.

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté de la tâche. Sans les encouragements amicaux et les conseils éclairés que M. le Dr Charbonnel, qui inspira ce travail, nous a prodigués, nous ne l'eussions pas entreprise.

Notre étude n'a donc pas la prétention d'être une mise au point définitive d'un si complexe problème, qui, malgré qu'il ait été débattu à fond au cours de ces dernières années, divise encore les plus hautes compétences. Elle marque seulement l'effort d'un jeune médecin, qui, modestement et impartialement, a cherché à s'orienter, au seuil de sa carrière, dans une question particulièrement embrouillée, en ne se servant que des seuls jalons qu'il a pu trouver à portée de ses yeux dans le moment présent.



CHAPITRE PREMIER

Traitement de l'ulcère pariétal non calleux.

Étant donnée l'évolution le plus souvent progressive de l'ulcère chronique de la petite courbure, un semblable ulcère sera pour nous synonyme d'ulcère récent. C'est donc tout d'abord sur l'âge de l'histoire clinique que nous nous baserons pour l'étiqueter. Nous savons, sans doute, que nous pourrions ainsi tomber quelquefois dans l'erreur, certains ulcères devenant à coup sûr beaucoup plus rapidement calleux que d'autres, certains autres ne révélant leur présence qu'à une période relativement avancée de leur existence, tandis qu'il en est qui se manifestent déjà cliniquement, alors qu'ils sont encore à l'état embryonnaire ou même qu'ils n'existent pas encore (gastralgie des hyperchlorhydriques préulcéreux). Mais enfin il reste vrai que, dans la majorité des cas, l'âge de l'histoire clinique, joint aux renseignements précieux que nous fournit la radiologie, nous permettra de différencier l'ulcère pariétal non induré de l'ulcère calleux.

Cette classe des ulcères récents nous apparaît, au point de vue thérapeutique, comme la plus intéressante, car c'est elle qui, naturellement, donnera les meilleurs résultats, et qui, de plus en plus, devrait absorber la totalité des ulcères traités, ainsi que cela est en passe de se réaliser outre-Atlantique.

A. Traitement médical.

Un malade se présente à nous avec le diagnostic d'ulcère de la petite courbure. L'âge de l'histoire stomacale, aussi bien que les constatations radiologiques, permettent de supposer que l'on se trouve en présence d'une lésion relativement jeune, à coup sûr non calleuse, et n'ayant pas encore mordu dans les organes voisins. Quel traitement allons-nous lui appliquer?

L'unanimité tant des médecins que des chirurgiens s'accorde à admettre que ce traitement doit être d'abord médical.

D'abord, parce que l'ulcère à ce stade aura de très fortes chances de guérir de cette manière. L'ulcus est, en effet, une affection curable. MM. Carnot et Knud Faber ont longuement insisté sur la guérison spontanée possible de l'ulcère en général. Selon M. Carnot, la guérison de l'ulcère non induré par les moyens médicaux reste la règle, les chances de guérison diminuant naturellement au fur et à mesure de l'ancienneté des lésions.

La seconde raison qui fait que l'ulcère doit être traité médicalement d'abord, raison plus subjective, mais combien puissante, est que, après tout, la chirurgie ne constitue pour le malade que la dernière planche de salut. N'est-ce pas Bevan lui-même, le renommé chirurgien de Chicago, qui disait à ce sujet, non sans humour, devant la soixante-treizième assemblée annuelle de l'*American medical Association* : « Demandons-nous comment nous voudrions, vous et moi, être traités, s'il s'agissait de notre propre cas », et le chirurgien reconnaissait que s'il avait un ulcus non compliqué par une de ces conditions qui, d'un commun accord, commandent le traitement chirurgical (perforation, *ulcère perforé et bouché*), il se confierait à son collègue Sippy ou à un des élèves de celui-ci, et qu'il aurait ainsi 80 à 90 chances pour 100 d'être guéri, pour peu qu'il prit raisonnablement soin de lui-même.

Enfin, l'ulcère récent devra être traité médicalement d'abord, car, ainsi que l'a signalé Carnot et que nous le disions il y a un moment, des cas se sont présentés où le syndrome ulcéreux

existait cliniquement, et où, après ouverture du ventre, rien n'a pu être trouvé qui fût justiciable d'une intervention.

Quelles sont donc les méthodes de traitement dont dispose présentement le médecin dans sa lutte contre l'ulcère ?

C'est tout d'abord le traitement classique, le plus ancien, celui qui, depuis Cruveilhier, s'est peu à peu complété au fur et à mesure des progrès de la thérapeutique. Mathieu, dans le *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage*; Carnot, dans l'opuscule *Les ulcères digestifs*, le décrivent dans tous ses détails. Il consiste en la mise au repos le plus complet possible de l'organe par un régime de diète absolue, puis de réalimentation progressive; dans le traitement local de l'ulcération, par le bismuth ou ses succédanés; dans une action sur l'hypersécrétion et les spasmes (belladone, atropine); dans une neutralisation de l'hyperacidité par les alcalins et, en particulier, le bicarbonate de soude administré soit à haute dose massive, soit à petite dose fractionnée.

Quels sont les résultats obtenus par le traitement classique ? Il est, en vérité, difficile de l'indiquer, tout au moins par des chiffres, les seules statistiques que nous ayons et qui sont celles citées par Duval dans son rapport et que nous rapportons au chapitre II, portant sur des lésions de tout âge, et étant, de ce fait, beaucoup plus sombres qu'il ne convient, croyons-nous. Mais, à défaut de statistique, une publication récente de MM. Moutier et Caillé, parue dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1923, n° 1, nous a paru montrer les excellents effets qu'on peut attendre de ce mode de traitement.

Ces auteurs nous présentent les observations de six malades qu'ils ont traités par la méthode classique. Ces six malades présentaient un syndrome clinique ulcéreux bien net: douleurs à horaire plus ou moins tardif, notion de crises, notion d'hématémèses. Chez tous, un examen radiologique sérieux, fait par MM. Béclère et Maingot, avait montré: 1° un diverticule siégeant sur la petite courbure, parfois au tiers moyen, parfois un peu plus bas à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur; 2° une rigidité segmentaire; 3° une encoche sur la grande courbure

qui chez les uns était permanente, chez les autres intermittente ; 4° une douleur localisée soit intense, soit légère, soit à la région diverticulaire, soit à un segment plus ou moins étendu de la petite courbure. Le traitement fut poursuivi méthodiquement et intensivement pendant une période variant, suivant les cas, de deux à cinq mois, avant qu'un nouvel examen radiologique fût pratiqué. Lorsque celui-ci fut fait, il permit des constatations éminemment intéressantes que voici : impossibilité de retrouver trace du diverticule. Dans un cas, rigidité segmentaire en place du diverticule et encoche de la grande courbure temporaire, après palpation de la petite courbure, au lieu précis où se trouvait, trois mois auparavant, une encoche permanente. Dans un autre cas de Moutier, léger spasme, également temporaire, de la grande courbure. Chez tous les autres malades, plus rien...

Au point de vue clinique : disparition des douleurs, plus de crises, reprise du poids (variant de 2 à 11 kilos). Comme suites éloignées, ces malades, dont le traitement médical fut poursuivi longtemps et qui font encore, à des intervalles qui s'éloignent, des cures de bismuth, sont cliniquement et radiologiquement guéris depuis deux ans. Tels sont les faits. Sous l'influence du traitement médical, des signes radiologiques nets ont disparu, et cela dans un temps, en somme, fort court. Il devenait, dès lors, intéressant de se demander à quel stade anatomique d'ulcère correspondaient ces signes-là. A ce propos, MM. Moutier et Caillé font remarquer qu'il s'agissait de petites saillies diverticulaires, et jamais de grosse niche, « relatives, selon eux, à des pertes de substances récentes ». La rapidité de la guérison serait là pour le prouver. Peut-être même les lésions réelles n'étaient-elles pas aussi importantes que l'image radioscopique eût permis de le supposer. En somme, l'opinion des auteurs est que les diverticules qui disparaissent sous l'influence du traitement médical correspondent, presque toujours, à des lésions très récentes, n'ayant pas dépassé les tuniques stomacales, et, souvent même, ne répondant pas à une perte de substance réelle. Les résultats analogues aux leurs,

obtenus en Suède par Ohnell qui, dans un mémoire de 1920, a rapporté 34 succès sur une série de 36 cas, ne modifient pas leur opinion à ce sujet. Quoi qu'il en soit, il est, à notre avis, intéressant de voir que, contrairement à l'opinion émise par Duval dans son rapport, un aspect radiologique nettement caractérisé ne pose pas *ipso facto* l'indication chirurgicale.

En Amérique, Sippy, médecin du Presbyterian Hospital de Chicago, a imaginé récemment et mis en œuvre une nouvelle méthode de traitement médical de l'ulcère, qui jouit, auprès des médecins et chirurgiens américains, d'un grand prestige. Nous avons vu l'opinion flatteuse qu'en avait Bévan. G.-A.-R. Lœwy, qui fut assistant de Sippy, a donné dans la *Presse médicale* du 7 mai 1921 une description détaillée de cette méthode. Son originalité consiste à faire porter tout l'effort thérapeutique sur la neutralisation constante et scientifiquement contrôlée de l'hyperchlorhydrie. Ce résultat est obtenu par l'administration alternative et rigoureusement dosée d'aliments (albuminoïdes et graisses) et de doses alcalines. La pepsine, ne se trouvant plus en présence d'acide chlorhydrique libre, est désormais incapable de digérer la paroi gastrique.

Selon Lœwy, voici les résultats que l'on peut attendre de ce mode de traitement :

1° Suppression de la douleur qui disparaît souvent après le premier jour, et à coup sûr, au deuxième et au troisième jour de sa mise en œuvre ;

2° Disparition de la rétention gastrique, aussi complète qu'après une gastro-entérostomie couronnée de succès ; ce résultat, selon Sippy, serait même atteint dans 85 p. 100 des cas d'ulcères présentant des symptômes d'occlusion pylorique ;

3° Disparition du même coup de l'hypersécrétion ;

4° Cessation des hémorragies ; le sang occulte disparaît des selles ;

5° Amélioration rapide de l'aspect radiologique. La niche vue aux rayons s'atténue et disparaît ; la paroi gastrique redevient flexible. Shattuck, de Chicago, et Diamond, de New-York, s'accordent pour confirmer ce résultat ;

6° Les ulcères qui ne guérissent pas après gastro-entérostomie sont immédiatement améliorés dès l'application du traitement. Ces résultats, qui reposent sur un très grand nombre d'observations (dès 1911, Sippy avait déjà expérimenté sa méthode sur plus de 2.000 malades), prêtent à ce mode de traitement une valeur remarquable. Est-il réellement supérieur au traitement classique? MM. Moutier et Caillé ne le croient pas, sans toutefois nier son efficacité. Nous croyons toutefois que, vu son caractère scientifique véritablement rigoureux, le traitement de Sippy mériterait d'être employé plus souvent en France, dans ces cas, notamment, à hémorragies discrètes et continues, auxquels il semble si bien convenir, ainsi que dans ceux qui s'accompagnent de rétention micro-alimentaire.

Enfin, une autre méthode devait être imaginée. Depuis longtemps, on s'était efforcé de nourrir le malade par une voie paragastrique, de façon à assurer à l'estomac le repos complet. Les essais d'alimentation par voie rectale n'eurent pas d'autre but, mais ils ne furent guère satisfaisants. L'idéal eût été d'introduire les aliments directement dans le duodénum en brûlant l'estomac. Par la chirurgie on y parvenait, grâce à la jéjunostomie qui avait montré qu'avec certaines précautions ce mode d'alimentation pouvait se faire non seulement sans inconvénients, mais au grand avantage du malade. C'est Max Einhorn qui, le premier, en 1909, imagina, après une série de tâtonnements, l'instrumentation très simple : une simple sonde de caoutchouc à bout métallique olivaire forée de plusieurs orifices qui devait rendre possible et pratique, par voie interne, l'alimentation duodénale. Pour les détails de la technique, nous renvoyons aux articles si compétents que M. René Damade a consacrés à la question dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 25 avril au 10 juin 1922. C'est à M. Damade, en effet, que revient le mérite d'avoir fait à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 10 mars 1922, la première communication française sur l'alimentation duodénale, « application thérapeutique la plus féconde en résultats du tube d'Einhorn ».

M. Damade a présenté devant la Société de médecine et de

chirurgie de Bordeaux, séance du 12 mai 1922, deux observations de malades atteints d'ulcère de la petite courbure traités par le tubage duodénal et où les résultats de la méthode furent merveilleux. Dans le premier cas, il s'agissait d'un ulcère relativement récent, puisque l'histoire clinique remontait à dix-huit mois et que la symptomatologie radiologique était pour ainsi dire inexistante (simple encoche spasmodique sur la grande courbure), mais à forme névrosique extrêmement douloureuse, au point de causer un véritable « état de mal ». La sonde resta en place trois semaines. Soulagement immédiat et disparition définitive des douleurs après trente-six heures. Guérison.

Le deuxième cas est relatif à un ulcère très ancien (histoire clinique datant de vingt-cinq ans) avec niche volumineuse et périgastrite. Nous en parlerons à propos de la question du traitement médical de l'ulcère calleux.

Pour donner notre avis personnel, nous croyons à une supériorité de cette méthode sur les deux précédentes. Nous rangeant à côté de M. Damade, nous en faisons la méthode de choix du traitement de l'ulcère de la petite courbure et de l'estomac en général, parce que : 1° elle permet une bonne alimentation sans traumatisme de la lésion; 2° elle n'empêche point de mettre en œuvre vis-à-vis de cette dernière le traitement médicamenteux de la méthode classique (bismuth, etc.), et de combattre par de petites doses alcalines, répétées à la manière de Sippy, l'hyperchlorhydrie légère qu'elle peut faire naître. Dans le cas même où on ne l'emploierait pas d'une façon systématique, elle nous paraît au moins s'imposer d'une façon absolue, dans les formes à type douloureux très accentué, ainsi que dans les cas d'ulcères récents où les autres méthodes ont échoué. Nous ne parlons, bien entendu, ici que des ulcères pariétaux sans callosités et nous indiquerons plus loin quel nous paraît être son avantage considérable pour le traitement de l'ulcère calleux.

Pour conclure, on voit que les diverses méthodes de traitement que nous venons d'envisager, qui toutes ont fait leur preuve et appuyé leur valeur sur des faits, nous permettent

d'escompter la guérison de nos ulcères récents dans un très grand nombre de cas et nous croyons que ce chiffre de 80 p. 100 apporté par Bevan n'est pas exagéré. Encore les 20 p. 100 d'insuccès seront-ils constitués en majeure partie par ces ulcères déjà anciens, à la limite du groupe qui nous occupe, ou plutôt appartenant déjà à un groupe intermédiaire entre l'ulcère non induré et l'ulcère calleux.

Nous le répétons, notre conviction est que les statistiques citées par Duval, page 212 du XIX^e Congrès français de chirurgie, ne sont aussi sombres que parce qu'elles s'adressent à bon nombre d'ulcères calleux et à plus grand nombre encore de ces ulcères bâtarde, ou ne comportent autant de récidives que parce que, en outre, la poursuite du traitement n'a pas été suffisante après guérison. Nous ne saurions donc trop insister sur la nécessité de traiter les malades de la façon la plus précoce possible, si nous voulons avoir les plus grandes chances d'obtenir un résultat par les moyens médicaux, et de prolonger longtemps ce traitement après la disparition de tous les symptômes.

Mais comme nous allons le voir, la nécessité du traitement chirurgical précoce n'est pas moins impérieuse et Duval y insiste dans son rapport. Il s'ensuit donc que tous nos ulcères qui n'auront pas bénéficié d'un traitement médical sérieux et persévérant (douze à quinze mois de traitement peuvent être indiqués comme durée maximum de l'expérience médicale et encore dans les cas où l'échec de cette tentative n'aura pas apparu avant) devront être livrés au chirurgien. Ce dernier aura alors la liberté de choisir et de pratiquer l'intervention la meilleure et la plus bénigne.

L'échec d'un traitement médical sérieux et persévérant constitue donc à nos yeux, en ce qui concerne les ulcères pariétaux non indurés, la seule indication opératoire. Nous croyons toutefois qu'il appartient au médecin de savoir, selon les cas cliniques, choisir telle ou telle méthode thérapeutique : le traitement de Sippy paraissant, par exemple, mieux convenir aux cas où il y a un léger retentissement sur le pyllore et rétention légère ; la

méthode d'Einhorn dans ceux où le type douloureux est prédominant. Non seulement nous croyons que le médecin doit savoir choisir sa méthode, mais encore qu'il doit savoir en changer si besoin s'en fait sentir; nous pensons, par exemple, que la méthode d'Einhorn est susceptible de donner encore des résultats, après échec des autres méthodes.

Nous croyons préférable de définir ainsi l'indication opératoire, pour ce qui est tout au moins de l'ulcère pariétal non induré, que nous baser comme le fait Duval (Rapport au Congrès français de chirurgie, 1920, p. 210-211), sur des éléments tirés de la symptomatologie radiologique ou de la symptomatologie clinique, dont l'intensité, nous le savons, peut n'être pas toujours en fonction de l'état réel anatomo-pathologique des lésions.

B. Traitement chirurgical.

L'indication opératoire étant posée, quelles sont les interventions qui méritent d'être discutées pour le traitement de l'ulcère à ce stade anatomo-pathologique. Dès maintenant, comme tout à l'heure lorsqu'il s'agira de l'ulcère calleux, et peut-être encore plus maintenant que tout à l'heure, deux méthodes rivales sont en présence : la méthode d'action indirecte par la gastro-entérostomie et la méthode directe d'action locale sur l'ulcère.

La gastro-entérostomie est, par définition, une opération qui a pour but de créer une voie de dérivation au chyme gastrique. Elle est donc logique dans tous les cas où le pylore est devenu partiellement ou en totalité impraticable, soit du fait d'un spasme pylorique permanent, soit du fait d'une sténose pylorique organique, soit encore du fait d'un œdème inflammatoire consécutif à un ulcère juxta-pylorique rétrécissant et bouchant l'orifice. De fait, l'expérience dans ces cas d'ulcère pylorique ou juxta-pylorique, ordinairement non calleux, non compliqué, a montré que c'était là une intervention merveilleuse et très souvent curatrice. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. C'est que dans ce cas, en plus de la suppression de la stase, qui irrite et enflamme la lésion, en plus de l'action chi-

mique, « pharmaceutique », que lui assigne Roux de Lausanne, la gastro-entérostomie soustrait en grande partie cette dernière à l'action même des aliments, en créant une voie de dérivation en amont d'elle. Il n'en est plus de même, en ce qui concerne ce dernier point du moins, dans le cas d'ulcère de la petite courbure. Ici, la lésion par sa situation ne saurait plus être mise à l'abri; enfin, le pylore étant pratiquement perméable (nous n'envisageons pas les cas où il y a rétention caractérisée), sa plus grande indication disparaît.

Et c'est un fait que cette intervention qui, il y a quelques années, semblait devoir supplanter toutes les autres interventions gastriques et dont l'indication était presque sur le point de se poser à propos de toute dyspepsie douloureuse, a vu, ces derniers temps, se restreindre singulièrement, aux yeux de bien des auteurs, le champ de son action aux seuls ulcères pyloriques et juxta-pyloriques. C'est cette tendance qui se manifeste, dès 1913, dans le *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage*, de Mathieu, Tuffier et Sencert. Tuffier et Roux-Berger écrivent : « On ne peut espérer d'amélioration par la gastro-entérostomie qu'en tant qu'elle s'adressera à un ulcère pylorique ou très voisin du pylore. » Mathieu : « L'expérience a montré qu'en l'occurrence (ulcère de la petite courbure) les résultats de la gastro-entérostomie sont incertains. Dans un grand nombre de cas, la douleur n'est pas calmée, et le processus ulcéreux ne paraît pas enrayé (il y a deux chances sur trois pour qu'elle n'améliore pas les malades). MM. Carnot et Harvier, auteurs, avec Mathieu, du livre *Les ulcères digestifs*, sont absolument du même avis.

Enfin Duval (Congrès de chirurgie, 1920) conclut ainsi : « Une notion semble bien acquise, c'est que la gastro-entérostomie simple ne doit plus être considérée comme une opération régulière dans le traitement de l'ulcère de la petite courbure. Elle donne des améliorations, elle a même procuré quelques guérisons. Mais ces résultats heureux sont exceptionnels, et la gastro-entérostomie doit être tenue pour très inférieure dans ses résultats à toutes les méthodes d'action directe sur la lésion. A

notre avis personnel, la gastro-entérostomie simple ne doit jamais être pratiquée dans l'ulcère de la petite courbure, elle doit toujours laisser la place au traitement direct. » En somme, le Congrès de chirurgie de 1920 a été une apologie de la méthode directe; seuls MM. Kummer (de Genève), Hartmann et Marc Roussiel (de Bruxelles) firent entendre leur voix pour défendre la gastro-entérostomie. Précédemment déjà, le Congrès de la Société internationale de chirurgie, tenu à New-York du 13 au 16 avril 1914, avait manifesté une nette tendance en faveur du traitement direct. Il semblerait donc que la cause fût jugée et que, comme le dit Duval péremptoirement, « le principe du traitement direct dût être à l'heure actuelle admis sans conteste », auquel cas il ne nous resterait plus qu'à envisager ses modes d'application à l'ulcère pariétal non calleux. Mais, en réalité, il n'en est point ainsi. Nombreux sont les auteurs, parmi les plus illustres, qui restent encore fidèles à la gastro-entérostomie et combattent pour elle. De ce nombre sont, à l'étranger : Roux de Lausanne, Mayo, Bevan, Kummer, Kocher, Busch, Bier, Drummond, Dalhgreen, Gray, Hochenegg, Mansell-Moulin; en France, Hartmann, Poncet, Meunier, etc. Bien plus, un certain nombre de chirurgiens notoires, après avoir adhéré au principe de l'action directe, sont revenus à la simple gastro-entérostomie, et Rotter, de Leipzig, dans un article paru en 1921, signale la tendance des chirurgiens allemands à revenir à la gastro, « alors qu'au Congrès de Paris, fait-il remarquer, la faveur était allée à la résection ». Le même mouvement de retraite s'est esquissé outre-Atlantique. Ce problème, on le voit, est d'importance. Il n'est pas aisé à résoudre. Bien plus, en présence de tant d'assertions contradictoires, appuyées chacune sur des faits indiscutables, il faut bien reconnaître qu'il est vraiment difficile pour le jeune chirurgien, ainsi que le fait remarquer le docteur Charbonnel dans un article récent paru dans le numéro de mai 1923 des *Archives belges*, et encore plus pour le médecin profane, de se faire une idée sur la supériorité de l'une ou l'autre méthode. C'est à quoi cependant nous allons nous efforcer.

En 1920, M. Métraux, assistant de M. Roux à la clinique de Lausanne, a fait paraître, à l'instigation et sous la direction de son maître, un important travail en faveur de la gastro-entérostomie appuyé sur une grosse statistique. M. Métraux a revu et réexaminé cliniquement, et pour beaucoup de cas radiologiquement, 210 des malades opérés par Roux ou ses collaborateurs, par le procédé de gastro-entérostomie postérieure simple et prépylorique, pour ulcère de l'estomac.

Sur ce nombre, nous relevons 67 cas d'ulcères de la petite courbure se répartissant ainsi : 29 de la portion prépylorique, 29 de la région médiogastrique, 7 de la région cardiaque, 2 prenant toute la petite courbure.

Quels ont été les résultats ?

Ulcères de la petite courbure prépyloriques, 29 observations :

25 cas guéris, donc 86,2 p. 100 ;

1 cas amélioré ;

1 cas avec transformation cancéreuse ;

2 cas de mort (1 dégénérescence maligne).

Ulcères de la petite courbure médiogastriques, 29 observations :

24 guérisons, donc : 82,7 p. 100 ;

2 grandes améliorations ;

2 améliorations ;

1 état stationnaire.

Ulcères de la région cardiaque, 7 observations :

5 guérisons ;

1 amélioration ;

1 mort par cancer.

Ulcères comprenant la totalité de la petite courbure, 2 observations :

1 guérison depuis six ans ;

1 mort deux ans et dix mois après, probablement par ulcéro-cancer.

Nous signalons, en passant, une mortalité de près de 6 p. 100 par cancer sur ces 67 cas.

Les ulcères du pylore ayant donné 90,6 p. 100 de guérisons,

Métraux conclut de son travail que les résultats de la gastro-entérostomie sont presque aussi bons pour les ulcères de la petite courbure (82 p. 100 environ).

Bien que les résultats aient été presque meilleurs pour la série des ulcères médiogastriques, nous faisons remarquer que sur ces 67 cas, il y avait déjà 29 ulcères de la région prépylorique. Mais le point important à nos yeux est le suivant : Métraux avoue sur ces 210 cas, 31 ulcères calleux et 19 ulcères pénétrants, soit 50 ulcères graves, soit le quart du nombre total ; trois quarts des cas de la statistique de Métraux étaient donc relatifs à des ulcères non calleux ou, tout au moins, peu indurés.

Quoi qu'il en soit, il semble bien avéré que, dans bon nombre de cas, la simple gastro-entérostomie suffit à assurer la cicatrisation de l'ulcus de la petite courbure, même distant du pylore. A ce sujet, M. Métraux produit une observation « qui a la valeur d'une expérience » (Obs. 187). Un malade porteur d'un ulcère médiogastrique amorçant un estomac en bissac et ayant entraîné de fortes adhérences (histoire clinique remontant à vingt-six ans) est opéré le 2 août 1917. On lui fait une gastro. Un an après, une sténose médiogastrique contraint à une nouvelle intervention. A ce moment, on peut constater que l'ulcère est cicatrisé et que la cicatrice est souple, mobile, parfaitement libre d'adhérences.

Un autre travail plus récent, qui démontre encore les bons résultats de la gastro-entérostomie dans l'ulcus de la petite courbure, distant du pylore, est celui de M. Moppert, paru dans la *Gazette des hôpitaux*, 23 et 30 septembre 1922, sur les résultats respectifs donnés par la gastro-entérostomie et les diverses méthodes de résection dans les ulcères gastriques.

M. Moppert apporte 19 observations de malades atteints d'ulcus de la petite courbure, opérés par simple gastro-entérostomie postérieure. Voici quelles ont été ses constatations :

1° Diminution de l'hypersécrétion (diminution nette du produit du tubage à jeun et de la couche intermédiaire) ;

2° Augmentation du taux de bile présent dans l'estomac, et

on sait quel rôle M. Roux fait jouer à cette régurgitation des produits biliaires alcalins dans l'estomac dans la guérison de l'ulcus par la gastro-entérostomie ;

3° Acidité totale et chlorhydrique sont devenues normales : l'acide chlorhydrique libre, en particulier, présente un chiffre très bas par rapport à la moyenne antérieure.

	Avant G. E.	Après G. E.
A	2,23 0/00	1,34 0/00
HCl	1,41 0/00	0,56 0/00

4° Le tonus est amélioré. Il persiste cependant un taux de 21 p. 100 d'hypotonie qui coïncide quelquefois avec de bons résultats. Le péristaltisme, d'une manière générale, est meilleur ;

5° L'évacuation donne des résultats très satisfaisants : amélioration très sensible dès les cinq premiers mois qui suivent l'intervention, mais résultats surtout excellents à partir du sixième mois. A partir de cette époque, il ne persiste guère qu'un 15 à 20 p. 100 d'évacuation retardée qui concerne, en général, les mauvais cas.

« Le mode d'évacuation est particulièrement intéressant à considérer. La gastro-entérostomie, source d'évacuation unique ou source d'évacuation principale, constitue le meilleur mode d'évacuation, car elle laisse au repos le pylore. On peut faire rentrer dans cette catégorie le fonctionnement à égalité entre le pylore et la gastro-entérostomie. Tous nos très bons résultats rentrent dans ces trois catégories. Mais dès que la fonction pylorique devient prépondérante, le résultat laisse à désirer. Ce même résultat devient franchement mauvais dès que la fonction de la gastro-entérostomie est abolie. »

En somme, très bons résultats dans 69 p. 100 des cas ; amélioration dans 12 p. 100 ; mauvais dans 19 p. 100 (1 cas de dysfonction de la bouche, 2 cas de persistance des troubles par extension de l'ulcère, avec retard d'évacuation important et une acidité totale et chlorhydrique qui dépasse celle d'avant l'opération). Moppert insiste sur la nécessité d'établir une bouche

anastomatique large et condamne pour ce fait l'anastomatose au bouton. Il ne semble donc pas partisan de la simple « gastro de régurgitation » préconisée par Roux et Métraux. Moppert condamne également toute tentative d'exclusion du pylore comme favorisant la production d'ulcères peptiques ou d'hémorragies.

Il conclut en présentant la gastro-entérostomie comme l'intervention de choix dans l'ulcère de la petite courbure. Contrairement à l'opinion classique; il prétend même qu'elle est meilleure pour cette catégorie d'ulcères que pour celle des ulcères pyloriques. Dans l'ulcère de la petite courbure, elle met au repos le pylore; or, suivant les idées exprimées par MM. Saloz, Cramer et Moppert, celui-ci a un rôle prépondérant dans la genèse de l'ulcère par les phénomènes spastiques que son irritation ne manque pas d'engendrer; ces auteurs ont, en effet, montré que le spasme pylorique existe aussi pour l'ulcère de la petite courbure distant du pylore. Dans le cas d'ulcère pylorique, au contraire, la lésion ulcéreuse elle-même est une source continuelle d'excitation sur laquelle la gastro-entérostomie ne peut agir qu'incomplètement.

D'autre part, les dangers d'ulcère peptique après gastro-entérostomie pour ulcère pylorique sont très réels, tandis que M. Moppert fait remarquer qu'il « n'existe dans la littérature aucun cas d'ulcère peptique après gastro-entérostomie faite pour un ulcère de la petite courbure » (constatation déjà consignée dans la thèse de Gelas), Lyon, 1921.

« De plus, après une gastro-entérostomie, les dangers de perforation, d'hémorragie, sont minimes dans l'ulcère de la petite courbure, pour ne pas dire inexistant, alors qu'ils persistent en partie dans l'ulcère du pylore; pour notre part, nous n'avons observé aucun de ces accidents. »

MM. Chavannaz et Loubat ont toutefois rapporté dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 1^{er} février 1920 un cas de perforation de diverticule, par ulcère gastrique, après gastro-entérostomie.

F. Mandl, de la clinique de Hochenegg, après avoir étudié

148 cas d'ulcères d'estomac, conclut ainsi : « A la clinique de Vienne, on reste fidèle après comme avant à la gastro-entérostomie qui donne d'aussi bons résultats que la résection, indépendamment du siège et de la forme de l'ulcère. » Kummer, de Genève, a lui aussi grande confiance en la gastro-entérostomie « qui guérit la plupart des cas, même ceux jugés inaccessibles au traitement chirurgical direct. »

Comme nous l'avons dit à propos du traitement médical, les ulcères digestifs ont fait, au cours de l'année précédente, l'objet d'une intéressante discussion au sein de l'*American medical Association*. Là encore, la gastro-entérostomie a eu des défenseurs éminents. Mayo notamment a déclaré que 10 p. 100 seulement des ulcères résistaient à son action curative et nécessitaient une deuxième intervention, d'action directe celle-là ; mais il lui semble qu'il vaut mieux exposer quelques malades à l'ennui d'une nouvelle opération que de pratiquer systématiquement la résection qui comporte des risques trop élevés. Il évalue le taux des succès à 85 p. 100 des cas d'ulcères gastriques à la suite de cette opération avec une mortalité moyennée de 3,5 p. 100 à 20 p. 100, si l'on a fait, si besoin en est, une deuxième opération. Il reconnaît cependant qu'il y a tendance aux cancers dans les années qui suivent et il cite à ce propos une statistique portant sur 2.323 cas d'opérés pour ulcères, laquelle statistique montre que dans les cinq années consécutives les opérés pour ulcère duodénal avaient une mortalité comparable à la normale, tandis que les opérés pour ulcère gastrique avaient une mortalité trois fois plus grande. Ceci n'est point à négliger, selon nous, et nous notons en passant que l'auteur reconnaît l'heureux effet préventif, vis-à-vis de cette transformation cancéreuse, de la cautérisation suivant la méthode de Balfour.

A. D. Bevan fixe le taux des guérisons par la gastro-entérostomie à 50 p. 100 des cas d'ulcères gastriques avec un risque opératoire de moins de 2 p. 100 et la possibilité du développement d'un ulcère du jéjunum dans 3 p. 100 des cas (Bevan envisage tous les cas d'ulcères gastriques sans distinction de

localisation, ce qui fait que nous ne savons pas s'il adopte l'opinion de Moppert et de Gelas, à savoir que la gastro-entérostomie faite pour ulcère de la petite courbure ne s'accompagne jamais d'ulcère peptique). Pour lui, comme pour Roux, la gastro-entérostomie agit par la « pharmacie interne » qu'elle constitue, en neutralisant le suc gastrique acide par les sucs biliaire et pancréatique alcalins, et aussi surtout en supprimant la tension de l'organe. Bevan avoue cependant que l'excision de l'ulcère est le traitement idéal, mais, selon lui, le risque opératoire en est considérable (7 à 8 p. 100 avec les meilleurs chirurgiens).

Th. R. Brown de Baltimore voit, par contre, en la gastro-entérostomie, une opération de nécessité et non de choix : elle ne lui a jamais donné de succès absolument complet, hors le cas de sténose totale du pylore (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 1^{er} juillet 1922).

Enfin, un travail récent de Wydler nous donne des précisions intéressantes. L'auteur rapporte 49 cas d'ulcères de la petite courbure traités par gastro-entérostomie avec 9 insuccès seulement. Les résultats se décomposent ainsi :

Malades opérés de 1 à 4 ans : 32 cas : 27 guéris, 5 non guéris ;

Malades opérés de 4 à 10 ans (les plus intéressants) : 17 cas : 13 guéris, 4 non guéris, soit 23,4 p. 100 de non guéris et 76,6 p. 100 de guéris.

Nous remarquons toutefois que l'auteur attribue à la gastro-entérostomie une mortalité totale immédiate et tardive de 6,5 p. 100, chiffre bien supérieur au chiffre classique et qui est à retenir.

La conclusion qui nous semble résulter de cette discussion est que la gastro-entérostomie, contrairement aux conclusions des rapporteurs du Congrès de chirurgie de 1920, agit favorablement dans un très grand nombre de cas d'ulcères de la petite courbure, mettons dans 60 p. 100 des cas, quoiqu'il soit difficile de fixer un pourcentage exact, la plupart des statistiques étant trop réduites quant au nombre des cas, et surtout portant sur des séries trop dissemblables quant aux résultats, suivant les auteurs et peut-être suivant leur tendance.

Au cours de cette discussion, nous avons été obligé de nous servir des statistiques concernant les ulcères calleux en même temps que les ulcères récents, le partage des deux n'étant pas fait dans la plupart des cas. D'autre part, nous avons préféré envisager dans son entier la question de la gastro-entérostomie pour n'avoir plus à revenir sur le détail de cette discussion. Nous ne perdons point de vue cependant que nous nous occupons ici de l'ulcère pariétal non calleux. C'est pourquoi il nous semble maintenant intéressant de nous demander si, malgré que nous ayons vu que l'action de la gastro-entérostomie fût indiscutable dans nombre d'ulcères anciens, cette action curatrice n'est pas beaucoup plus grande quand elle s'exerce vis-à-vis de l'ulcère récent.

A ce sujet, M. Marc Roussiel, de Bruxelles, nous fournit une donnée intéressante. Sur 20 cas de gastro-entérostomie pour ulcères de la petite courbure, cet auteur a obtenu 19 bons résultats, la guérison se maintenant depuis plusieurs années. Il fait remarquer cependant que dans ces 19 cas, l'ulcère était « moins étendu », par conséquent de date plus récente; il ajoute : « Peut-être les ulcères récents de la petite courbure présentant une destruction limitée de la muqueuse, une infiltration moindre des parois gastriques, sont-ils susceptibles de guérir sous l'influence de la gastro-entérostomie seule. Par contre, l'ulcère calleux, très ancien et assez étendu, provoquant une rétraction de la petite courbure, doit être systématiquement enlevé, car il semble que la gastro-entérostomie soit sans action sur une telle lésion. »

Il est indéniable que les résultats deviennent aussitôt plus mauvais dès que la gastro-entérostomie s'adresse uniquement à des ulcères calleux. Sur 13 interventions faites pour ulcères avancés, où la gastro-pylorectomie avait été jugée impraticable, Tisserand, de Besançon, n'a plus que 8 bons résultats et 5 franchement mauvais. De plus, l'examen attentif des observations apportées par M. Métraux nous permet de nous rendre compte que presque tous les cas mauvais sont relatifs à des ulcères anciens avec forte niche, callosités, etc.

Bevan, lui aussi, reconnaît (*The Journal of the American medical Association*, 1922, vol. LXXIX, n° 1) que les vieux ulcères calleux ne guérissent pas par gastro-entérostomie et nécessitent l'exérèse.

Notre conclusion définitive sur la question sera donc la suivante : le discrédit jeté par nombre d'auteurs sur la gastro-entérostomie considérée comme traitement curateur de l'ulcère de la petite courbure est certainement excessif ; cette intervention agit sans nul doute favorablement dans nombre de cas, mais le pourcentage de ses bons effets a chance de baisser considérablement dès qu'il s'agit en plus grand nombre d'ulcères anciens et calleux (alors même que nous n'envisageons pas encore le danger d'évolution cancéreuse).

Le grand avantage de la gastro-entérostomie reste, ne l'oublions pas, sa très grande bénignité opératoire.

Nous allons maintenant passer en revue les interventions qui ressortent de la méthode directe, c'est-à-dire qui s'attaquent directement à la lésion ulcéreuse, soit pour la supprimer, soit pour la détruire. Nous étudierons : 1° leur gravité opératoire ; 2° leurs résultats ; 3° quelles semblent être leurs indications particulières.

Toutes ces méthodes présentent évidemment l'avantage, sinon de mettre à l'abri de toute récurrence, laquelle est possible après n'importe quelle intervention, du moins de préserver le malade de toute complication qui aurait pu survenir du fait de l'ulcère en cours.

La méthode de Balfour. — Elle consiste « en la destruction de l'ulcère au thermocautère par perforation totale de l'estomac de dehors en dedans ; en la suture de la perforation ainsi créée au catgut chromé, en l'enfouissement sous une suture pariétale gastrique avec recouvrement par le petit épiploon ». Les avantages de cette méthode peuvent être ainsi définis :

1° Mortalité minima. « A la clinique de Rochester (1918), sur 186 cas, la mortalité n'a été que de 1 p. 100. Elle donne, d'après l'auteur même, 80 p. 100 de bons résultats, 15 p. 100 d'état stationnaire, 4 p. 100 d'aggravation. » (Duval) ;

2° Destruction du foyer streptococcique qu'est toujours l'ulcère et stérilisation, même à distance, par la chaleur (Rosenow);

3° Qualité du fonctionnement gastrique laissé par elle; absence de modification apportée dans le fonctionnement de l'organe. La cicatrice elle-même est quelquefois invisible à l'autopsie (Balfour);

4° Bevan reconnaît au brûlage de l'ulcère une influence préventive vis-à-vis de la dégénérescence cancéreuse.

Il convient cependant de faire une réserve.

La guérison, dans certains cas, après le Balfour, n'est pas immédiate : « Dans un de nos cas, dit Duval, les douleurs ont persisté pendant trois mois, quoique atténuées, avec un certain degré d'hypersécrétion et d'hyperchlorhydrie. Dans un autre, un mois et demi après l'opération, faite, il est vrai, pour perforation aiguë, il persistait une rétention gastrique à jeun considérable. » Delore a, lui aussi, attiré l'attention sur ce retard dans la guérison.

A la Société des sciences médicales de Lyon (11 février 1920) il a fait, avec un de ses élèves, une communication relative aux mérites comparés du Balfour et de la résection dans le traitement des ulcères de la petite courbure.

Le retour à l'état normal a été beaucoup plus rapide après la résection (douleurs disparues immédiatement, régime normal repris dès le dixième jour, suites éloignées parfaites) qu'après le Balfour (douleurs assez violentes pendant quelque temps après l'opération, retour à l'état normal ayant demandé six semaines).

Pour ces raisons, l'auteur préfère nettement l'excision au Balfour et complète toujours cette cure radicale par une gastro-entérostomie.

Dès lors, faut-il modifier le procédé de Balfour en lui adjoignant systématiquement une gastro-entérostomie, ainsi que certains auteurs américains (Gibson, Peck, Brewer) le font et que Delore, en France, le préconise après toute excision ulcéreuse ?

Selon Duval, voici quelle doit être la formule : ulcère sans

rétention gastrique et avec normochlorhydrie ou hyperchlorhydrie faible, méthode de Balfour; ulcère avec rétention gastrique, hyperchlorhydrie et hypersécrétion, méthode de Balfour et gastro-entérostomie complémentaire.

Cependant M. Victor Pauchet, partisan de la gastro-pyloréctomie, reconnaît que le brûlage de l'ulcère, combiné ou non à la gastro-entérostomie, est indiqué dans les cas de petits ulcus non calleux, mobiles, non adhérents.

M. Abadie, d'Oran, serait lui-même très disposé à employer le Balfour, mais il croit que dans la majorité des cas qui arrivent au chirurgien, bien rares sont ceux où les lésions sont encore assez limitées pour justifier cette intervention économique et où l'estomac peut être aisément séparé des organes voisins.

Quoi qu'il en soit, cette méthode semble indiquée dans tous les cas d'ulcère non calleux et limité, n'ayant pas encore entraîné de fortes adhérences ni de grosses modifications à distance de la paroi gastrique. Comme toutes les autres méthodes, elle comporte des échecs; et M. G. Lardennois en a rapporté un cas démonstratif (Société de chirurgie de Paris, 13 juillet 1921) où elle n'a pas empêché l'évolution et la transformation en ulcère calleux d'un « petit ulcère de la petite courbure ». Mais enfin sa bénignité, semblable à celle de la gastro-entérostomie, et la fréquence des guérisons obtenues qui semble supérieure (d'après l'auteur), mériteraient qu'elle soit utilisée plus souvent en France, d'autant plus que, dans bien des cas, la gastro-entérostomie peut lui être adjointe et combine ses heureux effets aux siens.

Excision simple de l'ulcère. — A côté de la méthode de Balfour, nous devons ranger l'excision simple de l'ulcère qui est un procédé analogue. Les mêmes ulcères en sont justiciables; les mêmes remarques sur l'adjonction de la gastro-entérostomie lui sont applicables et sa mortalité ne doit point être beaucoup supérieure (1 à 2 p. 100), quoiqu'elle doive augmenter à mesure que l'importance des lésions fait se rapprocher l'intervention de la résection en selle, dont la mortalité est

d'environ 10 p. 100. Il est assez difficile de se faire une idée exacte, car, ainsi que le fait remarquer Duval, les statistiques ne distinguent pas suffisamment l'excision simple de la résection en selle.

Nous avons vu que Delore préférerait l'excision suivie de gastro-entérostomie au Balfour. M. Dujarier l'emploie aussi dans les cas au début, mais réserve la gastro-entérostomie aux cas où il y avait stase avant l'opération.

Opération de Mayo (Excision ou thermo-cautérisation par voie transgastrique suivie de suture muco-muqueuse). — M. Duval la réserve à ces cas « d'ulcères juxta-cardiaques de la face postérieure de la petite courbure et adhérents en arrière qui sont inabordables directement ». Pour ce qui est des ulcères de la face postérieure de la petite courbure avec adhérence forte, mais peu étendue au pancréas, il lui semble préférable de libérer l'ulcère du dehors et de terminer par une excision ou une résection. Il n'envisage donc pas cette intervention pour le cas d'ulcère simple.

Au contraire, M. Tisserand, de Besançon, voit à l'opération de Mayo « un autre gros avantage sur les autres méthodes s'adressant directement à la destruction de l'ulcère : celui de donner une vue directe sur la lésion à détruire. Selon lui — et il rapporte une expérience personnelle — cette intervention trouverait une de ses meilleures indications « en présence de ces ulcères petits, décelés par la radioscopie et pourtant invisibles à l'aspect extérieur de l'estomac ». Nous nous permettrons tout de même de faire remarquer à ce propos que de semblables ulcères nous semblent plutôt rentrer dans le groupe des ulcères médicaux. Lorsque les lésions sont aussi peu marquées, nous persistons à croire — et nous nous sommes efforcé de le prouver dans les pages précédentes — qu'elles ont toutes chances de guérir par un traitement médical sérieux. Opérer systématiquement des cas semblables, c'est peut-être se ménager des succès faciles, mais c'est aussi courir la chance d'ouvrir le ventre inutilement, car, comme nous le faisait remarquer notre maître, le

professeur Chavannaz, « entre ces cas et l'erreur de diagnostic, il n'y a qu'un pas ».

M. Tisserand a pratiqué l'intervention de Mayo dans 4 cas; dans les 4 cas, elle lui a paru d'une exécution facile, les suites opératoires ont été des plus simples et ses opérés lui ont paru souffrir beaucoup moins qu'après les autres interventions gastriques. M. Tisserand cite 5 succès de Mayo, 2 de Duval, 3 de Muller, ce qui porte à 14 le nombre des interventions connues de lui.

Dans tous les cas, M. Tisserand est d'avis de la compléter par une gastro-entérostomie. MM. Vitrac et Charbonnel ont présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 17 novembre 1922 (Voir *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 14 janvier 1922), 1 observation qui constitue 1 insuccès de la méthode de Mayo. Dans ce cas, après l'opération, l'ulcère a continué à évoluer et un nouvel ulcère s'est même formé.

C'est qu'en effet toutes ces interventions dont nous venons de parler : Balfour, excision simple, Mayo, ne se proposent, en principe, que d'enlever la lésion ulcéreuse. Exception faite des cas où elles sont complétées par une gastro-entérostomie, elles ne suppriment que l'effet et, ainsi que l'indique Moppert à la fin de son article de la *Gazette des hôpitaux*, elles laissent subsister l'état pathogène initial.

Sans doute, une grande incertitude règne-t-elle encore quant à la pathogénie de l'ulcus, mais enfin, il semble bien résulter des derniers travaux parus, en particulier ceux de MM. Saloz, Cramer et Moppert, que la région pylorique, avec ses réactions spastiques si fréquentes, joue un rôle très important dans cette pathogénie. L'action favorable fréquente de la gastro-entérostomie dans les cas d'ulcère de la petite courbure semble apporter à cette façon de voir une confirmation qui n'est pas négligeable.

C'est la raison pour laquelle nombre de chirurgiens en sont venus à conseiller de pratiquer, d'une façon systématique, la gastro-pylorectomie dans tous les cas d'ulcères de l'estomac où cela était aisément réalisable et où cette intervention offrait

l'avantage double de supprimer l'accident ulcéreux en même temps que la région pylorique fautive au point de vue pathogénique. MM. Saloz et Moppert ont fait plus. Forts de leur théorie, ils ont pensé qu'il suffirait chez un ulcéreux de la petite courbure de l'estomac de supprimer le pylore, facteur pathogénique, sans s'occuper de l'accident ulcéreux qui guérirait du fait de cette seule suppression. Le n° 2 des *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1923, rapporte l'observation de ce cas, qui s'est terminé par un échec complet; de semblables expériences sur l'homme nous paraissent, pour le moins, singulièrement osées.

Un autre argument existe qui pourrait militer en faveur de la gastro-pylorectomie et de l'ablation systématique de la région pylorique; c'est ce fait que la lésion ulcéreuse envisagée peut ne pas être la seule manifestation de la diathèse ulcéreuse.

M. Abadie, d'Oran, a signalé dans sa communication au Congrès français de chirurgie de 1920, ainsi que dans un article paru récemment dans le *Maroc médical* du 15 mars 1923, cette possibilité d'ulcères multiples. Dans 3 cas sur 16, l'ulcère de la petite courbure était associé à un ou deux ulcères du pylore.

M. Delagénère, au même congrès, a fait allusion, dans son rapport, aux travaux de MM. Weiss et Hamant qui tendraient à prouver que les ganglions sous-pyloriques existant presque toujours dans les cas d'ulcères de la petite courbure, à l'entour des vaisseaux gastro-épiploïques droits, proviendraient de petites ulcérations, parfois au nombre de deux ou trois, siégeant sur la muqueuse de la région pylorique.

M. Témoin, de Bourges, est convaincu de la nécessité de faire toujours la résection de tout l'antrum pylorique si l'on veut avoir des résultats certains et durables. Pour lui, la simple anastomose est une opération illusoire, l'enfouissement et la résection partielle donnent des résultats immédiats, mais la nécessité de réopérer se présente trop fréquemment à leur suite. A son action sur la diathèse ulcéreuse elle-même, la gastro-pylorectomie joint l'avantage d'être, de l'avis des chirurgiens qui l'em-

ploient, d'une exécution plus facile et plus rapide que ne l'est la résection partielle.

Il est certain que de pareilles affirmations méritent d'être prises en considération, tombant des lèvres d'un chirurgien qui a opéré 442 ulcères d'estomac, dont 163 de la petite courbure et qui, après une telle expérience, conclut : « Ces gastro-pylorectomies pour ulcères de la petite courbure sont des plus encourageantes. Lorsque l'estomac est libre, les guérisons sont de 100 p. 100. Je n'ai eu à déplorer la mort que de deux malades dans ces conditions : 1 mort subite, huit jours après l'opération, par embolie, et 1 autre d'un malade qui ne put se remonter des hémorragies qu'il avait eues. Sur mes 163 opérés, j'ai perdu 8 malades, mais je dois dire que ces morts sont dues à la gravité des cas, aux difficultés opératoires ou à l'épuisement du malade. »

M. Pauchet est du même avis. Il pratique la gastro-pylorectomie depuis dix ans (1910), il lui assigne une mortalité de 3 p. 100 (son expérience porte sur 700 opérations pour ulcères gastriques et duodénaux dont plus de la moitié sont des résections), et il estime que cette statistique est encore alourdie par ces cas d'ulcères calleux ou ténébrants, et qu'elle serait bien moins lourde si l'ulcère arrivait plus tôt au chirurgien.

Une autre statistique réellement impressionnante est celle apportée par M. Abadie, d'Oran. Elle compte 100 cas de gastro-pylorectomie avec seulement 4 morts et aucun ulcus jéjunal. Cet auteur avoue sa préférence pour la pyloro-gastrectomie, même pour les ulcus de la petite courbure, « dont les résultats lui semblent bien supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie, de l'exclusion ou de la résection localisée ». Le procédé qu'il utilise est le Billroth. Il conclut : « La bénignité actuelle de l'opération, la complète guérison fonctionnelle presque constante, la récupération intégrale par les opérés d'une valeur productrice depuis longtemps perdue font de la gastrectomie pour ulcus une des opérations les plus précieuses et dont il faut étendre les indications ». (Communication au Congrès français de chirurgie de 1920.)

Cette opinion est aussi celle de M. de Martel (*Journal médical français*, 1923).

Moppert lui-même, malgré sa conclusion nette pour la gastro-entérostomie dans l'ulcère de la petite courbure, reconnaît les bons résultats fournis par la gastro-pyloréctomie, qu'il attribue à la suppression du pylore, de son spasme et des troubles sécrétoires qu'il engendre, ainsi qu'à la parfaite évacuation gastrique qu'assure la gastro-entérostomie.

Le reproche qu'on peut adresser à cette opération en matière d'ulcère de la petite courbure est de consommer un sacrifice gastrique exagéré, que les lésions souvent peu étendues de l'ulcère simple ne semblent pas toujours justifier.

Pour cette raison, Duval la condamne absolument, exception faite pour les ulcères juxta-pyloriques, « la chirurgie gastrique la meilleure étant, selon lui, celle qui entraîne le moindre sacrifice de l'organe ». Nous croyons cette opinion un peu absolue sous cette forme.

Pour nous résumer, les conclusions qui nous semblent résulter de cette étude du traitement chirurgical de l'ulcère pariétal non calleux de la petite courbure sont les suivantes :

La gastro-entérostomie simple donne sans conteste dans le traitement de l'ulcère de la petite courbure une proportion importante de succès. Nous croyons que c'est précisément à ce stade anatomo-pathologique d'ulcère n'intéressant encore que les tuniques de l'estomac, et ne présentant pas d'induration véritable, que cette proportion est la plus forte. A ce stade, le danger de dégénérescence cancéreuse est encore suffisamment lointain — il est des cas cependant, comme nous le verrons, où ce danger est bien plus proche qu'on ne croit — pour être une contre-indication suffisante à cette opération qui se recommande par sa bénignité opératoire. Nous croyons donc que l'emploi de la gastro-entérostomie est dans ce cas autorisé.

Néanmoins, étant données les facilités opératoires qu'offre généralement l'ulcère à cette période de son évolution, étant donné aussi que le danger de la dégénérescence, s'il est lointain encore, reste quand même sur la route — les remarques de

Mayo en font foi, nous l'avons vu — nous préférons compléter la gastro-entérostomie par une action directe sur la lésion, soit par la thermocautérisation à la manière de Balfour ou de Mayo quelquefois, soit par l'excision ou la résection à la façon de Delore.

On pourra réserver la seule action directe sur l'ulcère à ces cas où l'absence absolue de stase ainsi que la normochlorhydrie constatée n'indiqueront pas la nécessité de la gastro-entérostomie. Encore faudra-t-il, dans ces cas, s'attendre à une récurrence ulcéreuse très possible, puisque la résistance préalable de la lésion à un traitement médical sérieux indique un processus pathologique particulièrement rebelle et agressif.

La gastro-pylorectomie, malgré l'excellence encourageante des statistiques, nous semble plutôt devoir être réservée à des lésions plus invétérées. Elle conservera néanmoins ici ses indications dans ces cas où l'histoire clinique ainsi que la laparotomie et l'examen opératoire de l'organe autoriseront à penser que l'on se trouve en présence d'une véritable diathèse ulcéreuse à répétition (ulcères multiples, ganglions inflammatoires sous-pyloriques, etc.). Elle sera dans ces cas d'autant plus indiquée que la lésion principale qui a motivé l'intervention sera plus bas située le long de la petite courbure et n'entraînera pas un sacrifice gastrique exagéré.

CHAPITRE II

Traitement de l'ulcère calleux.

Trop souvent malheureusement, l'ulcère, lorsqu'il arrive entre les mains du chirurgien, est un ulcère ancien. Les poussées inflammatoires successives ont provoqué à son niveau un processus de sclérose. On est alors en présence, comme le dit Delagenière, « d'une tumeur rétractée, englobant la petite courbure », la raccourcissant dans le sens longitudinal, ce qui tend à faire prendre à l'estomac cette forme en « escargot », décrite par Mathieu et Duval, et à gêner à distance le fonctionnement du pylore, souvent encore exerçant son action rétractile dans le sens transversal et circulaire, donnant à l'estomac une forme plus ou moins biloculaire, premier pas ou pas important, sinon complet, vers la sténose médiogastrique. L'estomac est fixé par des adhérences fibreuses et la tumeur inflammatoire aux organes voisins : foie, pancréas, petit épiploon, dans lesquels souvent l'ulcère est venu se « perforer » et se « boucher ». L'ulcère est profond, à bords durs, surélevés et cartilagineux. L'induration et la réaction fibreuse s'étendent loin autour de lui.

Le chirurgien peut évidemment se trouver en présence de tous les termes de transition entre l'ulcère bénin et l'ulcère calleux et il est vrai que certains de nos ulcères de tout à l'heure présentaient déjà les premiers caractères de cette évolution. Ici encore, le choix de la méthode opératoire sera donc affaire d'opportunité et devra être adéquat à la lésion. Ce n'est que le ventre ouvert que le chirurgien, « comme le fait

remarquer Duval », pourra s'arrêter définitivement à telle méthode plutôt qu'à telle autre.

Une question se pose avant de discuter les diverses modalités de ce traitement opératoire. L'ulcère qui a dépassé le stade anatomo-pathologique d'ulcère pariétal non induré est-il encore justiciable du traitement médical ? Duval (Congrès de chirurgie, 1920) et Carnot (Ulcères digestifs) nient de façon formelle. Nous avons, d'autre part, vu l'opinion de M. Montier et Caillé à ce propos.

Selon ces derniers auteurs, les cas de disparition de niches diverticulaires, à la suite des traitements médicaux, seraient relatifs à ces faits où la niche diverticulaire ne répond pas à une perte de substance réelle, mais est, en quelque sorte, artificiellement créée ou artificiellement exagérée par une adhérence, des spasmes localisés, une atonie gastrique locale, ainsi que ces temps derniers, les travaux de MM. Ramond et J. Serrand, Houdard, Ramond et Jacquelin ont démontré que cela était possible ; et à ce propos, les auteurs citent à côté des 32 résultats favorables, obtenus par Ohnnell, une série de 8 cas du même auteur où l'échec du traitement médical fut complet.

Nous avons vu aussi que Sippy, par sa méthode, prétendait obtenir la disparition de niches de Handek. Shattuck (de Chicago) a constaté la disparition de la niche dans 5 cas d'ulcères de la petite courbure, par le même traitement (octobre 1921). Diamond (de New-York) également. Enfin, M. René Damade a présenté, nous l'avons dit, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (12 mai 1922) une observation de disparition rapide de niche à la suite de l'alimentation duodénale, surprenante, et d'interprétation à coup sûr difficile.

Certes, nous croyons nous aussi que les images radioscopiques accusées et entre autres les niches de Handek, nettement dessinées, persistantes, indiquent, dans la majorité des cas, des lésions très avancées, pénétrantes, échappant le plus souvent à l'action du traitement médical. Si l'on en doutait, il suffirait de jeter un coup d'œil sur la noirceur que prennent les statistiques dès que le traitement médical devient le seul moyen thérapeu-

tique, quel que soit l'âge de la lésion. Duval en apporte quelques-unes.

Greenbough et Joslin (Amérique), sur 114 cas suivis observent 27 morts, 46 guérisons et 41 récidives : 47 p. 100.

Fenwick et Parkinson (Angleterre), sur 63 cas constatent 19 guérisons (29 p. 100) et 40 récidives (61 p. 100).

Ewald (Allemagne) donne 43 p. 100 de rechutes.

Pirilla (Finlande), sur 120 cas suivis durant vingt années, obtient 30 p. 100 de guérisons, 30 p. 100 de morts et 40 p. 100 de récidives ou d'aggravations.

Delmasure (France), sur 86 cas donne : guérisons, 13 p. 100 ; améliorations, 23 p. 100 ; récidives ou échecs, 54 p. 100 ; morts, 8 p. 100.

Mais enfin, ainsi que nous le disions au début de ce chapitre, nous pouvons, dans certains cas, nous trouver, malgré une histoire stomacale ancienne, en présence d'un de ces cas intermédiaires où l'ulcère n'est plus déjà à son stade primaire, mais où il n'est pas encore franchement calleux, ou encore d'un ulcère où les phénomènes inflammatoires prédominent, et puis les faits rapportés plus haut sont tout de même assez impressionnants pour nous forcer à nous demander si nous avons le droit de priver le malade d'un traitement médical qui peut-être le guérirait.

D'autre part, nous savons que nous n'avons pas le droit de prolonger outre mesure ce traitement. C'est qu'en effet un danger est là : celui de la dégénérescence cancéreuse, véritable épée de Damoclès suspendue au-dessus du problème thérapeutique de l'ulcère ancien, qui doit primer toute autre considération ; nous allons nous efforcer de le démontrer dans un instant.

Pour exprimer notre pensée sur ce point, nous croyons que même dans le cas d'ulcère calleux, lorsqu'un traitement médical sérieux n'a pas été fait, il convient de l'appliquer aussitôt. Mais étant donné le danger de néoplasme possible, il faut aller vite et ne pas prolonger ce traitement, s'il est inefficace. Sippy lui-même insiste sur ce point (*Presse médicale* du 7 mai 1921).

Nous croyons qu'un traitement mixte par alimentation duodénale et traitement médicamenteux classique est, dans ce cas, le plus logique et celui qui doit donner les résultats les plus rapides. Nous pourrions avoir la surprise de voir alors une tumeur inflammatoire épigastrique fondre et l'amélioration clinique se produire. C'est ainsi que nous avons eu entre les mains une observation d'un malade, opéré par M. le professeur agrégé Papin, qui présentait des signes radiologiques et cliniques de tumeur si accusés que M. Papin concluait : « L'examen et l'impression clinique sont en faveur d'un néoplasme avancé probablement inopérable. » La laparotomie elle-même ne démentit pas ce diagnostic. La gastro-entérostomie pratiquée en désespoir de cause guérit complètement ce malade (lequel a été revu et suivi). Nous pensons qu'un pareil cas eût été sans doute tout aussi bien amélioré par le tubage duodénal à la manière d'Einhorn, car la lésion dont il était porteur n'était vraisemblablement qu'un de ces ulcères à type inflammatoire très accusé, comme on sait qu'il en existe. De toute façon, même et surtout chez des sujets à état général peu brillant, il nous semble que ce traitement serait une excellente préparation; il remonterait les forces du malade inanitié et atténuerait au maximum l'inflammation, facilitant ainsi l'intervention ultérieure.

Le moment nous semble venu d'essayer de nous rendre compte de la fréquence de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère calleux, puisqu'aussi bien c'est elle qui non seulement pose la nécessité du traitement chirurgical, mais encore guide le chirurgien dans le choix du procédé opératoire.

Et tout d'abord, si nous n'avons pas parlé auparavant du danger de la dégénérescence cancéreuse, c'est que nous l'avons jugé négligeable en ce qui concerne l'ulcère bénin, en tout cas, pas suffisant pour influencer de façon impérieuse sur la décision thérapeutique. Nous savions cependant que, même à cette période, il peut exister. Delagenière, dans son rapport au Congrès de 1920, additionnant les statistiques opératoires de divers auteurs, en trouve 13 cas pour 662 gastro-entérostomies pour ulcère bénin, soit un peu moins de 2 p. 100.

Tuffier a cité le cas d'un petit ulcère d'apparence bénigne et cependant cancéreux à l'examen histologique. Mais enfin, nul estomac n'est à l'abri du cancer et encore moins l'estomac ulcéreux.

Cette évolution maligne apparaît malheureusement beaucoup plus fréquente lorsque l'on considère les ulcères calleux.

Il est naturellement impossible de fixer le chiffre moyen exact des ulcéro-cancers, les chiffres étant tout à fait variables suivant les séries opératoires. Les observations des divers auteurs qui se sont occupés de la question trahissent cette discordance; nous voyons ces chiffres varier de 6 p. 100 à 71 p. 100 et plus.

M. Delagenière, désireux de se faire une opinion personnelle, pria le docteur Beauchef d'examiner les pièces de ses 20 derniers cas de résection d'ulcères dont le diagnostic au cours de l'opération avait été ulcères calleux. Le résultat de cet examen fut le suivant : 11 cas de cancers sur 20 ! M. Delagenière conclut que sur 2 cas d'ulcères calleux diagnostiqués au cours de l'opération, on se trouve une fois en présence d'un cancer.

Payr, cité par M. Fritz de Beulle, a dit : « La transformation néoplasique est à tel point fréquente qu'elle nous paraît devoir imposer une thérapeutique d'extirpation préventive dans toutes les formes d'ulcus récidivant chronique (dans les cas d'ulcères calleux notamment où l'exérèse est possible). On peut, en effet, admettre que le quart environ des cancers de l'estomac se développe sur les cicatrices d'anciens ulcères; inversement, 22 p. 100 des ulcères calleux se cancérisent. »

Carnot lui-même écrit : « Nous devons pousser le chirurgien à la résection large (immédiatement ou dans un deuxième temps) toutes les fois qu'après la laparotomie on reconnaît une induration à la base de l'ulcus. Cette résection sera systématiquement menée comme pour un néo; elle devra comprendre la totalité du tissu induré et bien au delà; elle devra enlever les ganglions correspondants, même s'ils ne paraissent pas manifestement altérés. La gravité du risque évolutif autorise un plus grand risque opératoire. »

De l'aveu même de Kummer, le danger de l'ulcéro-cancer prime toutes les autres considérations.

M. Dujarier, dans les 18 cas de sa statistique, trouve 3 ulcères dégénérés = 16,6 p. 100.

MM. Mathieu et Moutier, après avoir cité les diverses statistiques, concluent : « En résumé, en établissant la moyenne, nous arrivons à trouver que, dans au moins 30 p. 100 des cas, le cancer de l'estomac se développe sur un ulcus préalable. C'est là une proportion élevée qui se rapproche probablement beaucoup de la réalité. » (*Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac*, chapitre « De l'ulcéro-cancer »).

C'est, à notre avis, la raison pour laquelle nous croyons que, dans ces cas où, à la laparotomie, l'ulcère s'avère ancien et calleux, la gastro-entérostomie doit être délibérément écartée comme méthode chirurgicale curatrice.

Ici, en effet, nous risquons trop de nous trouver en présence d'une lésion qui, en un point histologiquement, a déjà commencé à dégénérer; d'autre part, nous l'avons dit, ce sont ces ulcères calleux et à lésions étendues sur lesquels la gastro-entérostomie semble avoir le moins d'action. De plus, alors même qu'elle cicatriserait la lésion, elle n'empêche souvent pas la rétraction du tissu fibreux de cicatrice et l'apparition secondaire d'une sténose médiogastrique. L'observation de Métraux (Obs. 187), que nous avons citée, en est une preuve indiscutable. Dans ce cas, malgré la cicatrisation de l'ulcère, il fallut réopérer. Sans doute, nous savons bien que les partisans de la gastro-entérostomie dans l'ulcère sont d'avis que cette opération a une action empêchante vis-à-vis de la dégénérescence cancéreuse. Ceci est possible, nous l'admettons volontiers, en ce qui concerne les lésions qui sont encore éloignées du seuil de la dégénérescence; il est logique, dans ce cas, d'admettre qu'une opération, qui permet à la lésion de se cicatriser, supprime, par là même, les causes irritatives dont le rôle dans l'évolution maligne apparaît prépondérant; et de fait, dans les statistiques des chirurgiens qui traitent toutes les classes d'ulcères par la gastro, les dégénérescences cancéreuses sont relativement rares :

5 cas probables sur les 200 cas de Métraux, soit 2,4 p. 100; aucune dégénérescence cancéreuse dans la statistique de Kocher, de Berne (180 observations). Reste à savoir combien de cas d'ulcères calleux cette dernière comprenait. Pour sa part, Métraux avoue que sur ces 210 cas, il n'y avait que 31 ulcères vraiment calleux.

L'argument cité par M. Métraux, que même les adversaires de la gastro-entérostomie y recourent parfois, dans ces cas d'ulcus géants en « nids de troglodytes », et sont tout confus de constater souvent ses bons effets, ne nous paraît pas suffisant.

Nous croyons donc que les méthodes de résection doivent être préférées à la gastro-entérostomie en matière d'ulcères calleux.

M. Muller a appliqué le brûlage de l'ulcère (par voie trans-gastrique) sans gastro-entérostomie complémentaire, autrement dit la méthode de W. Mayo, à 4 cas d'ulcères de la petite courbure inextirpables ou difficilement extirpables dont 2 juxtacardiaques avaient des dimensions considérables (pièce de 5 francs, tasse à café), empiétant sur la face postérieure, adhérant largement et solidement au pancréas et aux organes de l'arrière-cavité des épiploons :

L'opération ne sembla guère plus choquante qu'une gastro-entérostomie à la suture;

La douleur fut supprimée dès le lendemain.

Deux malades succombèrent vers la deuxième ou troisième semaine; l'un, ulcère juxtacardiaque, par persistance et aggravation de son état de faiblesse et l'impossibilité de reprendre l'alimentation et de se remonter; l'autre (cas du plus vaste ulcère juxtacardiaque) par insuffisance de la suture muqueuse et récurrence des hémorragies qui l'emportèrent vers le douzième jour.

Nous avons déjà cité l'observation publiée par MM. Vitrac et Charbonnel (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 12 février 1922) où la méthode de Mayo fut inefficace.

Le reproche que l'on peut lui adresser est d'agir d'une façon

trop limitée sur des lésions déjà très avancées. Avec Duval, nous croyons meilleur de lui préférer, toutes les fois que cela se pourra, l'exérèse large, et de faire, soit une gastrectomie, soit une résection médiogastrique annulaire. Cette libération de l'ulcère par le dehors, quoique souvent très difficile, peut être cependant réalisée dans un grand nombre de cas. Nous rappelons, d'autre part, l'intérêt qu'il y aurait dans ces cas, où l'état général du malade a besoin d'être remonté au maximum, à faire entrer dans les manœuvres de préparation, et cela d'une façon systématique, le tubage duodénal d'Einhorn.

L'ulcère siégeant sur la petite courbure, à cheval sur sa concavité, l'opération la plus économique que l'on puisse faire c'est la « résection en selle ». Nous avons déjà parlé de cette intervention à propos des ulcères non calleux, car la limite est indécise entre elle et l'excision simple, et il est évident que l'excision d'un ulcère un peu étendu ou dont on veut enlever une assez grande partie du pourtour malade oblige l'opérateur, pour la commodité des sutures, à enlever un segment elliptique, transversal de la petite courbure.

Suivant l'importance de la résection elle-même, conditionnée par l'importance de la lésion, on peut concevoir toute une échelle de gravité opératoire, croissante, depuis la petite résection cunéiforme, voisine de l'excision dont la mortalité opératoire est relativement voisine de celle du Balfour ou de l'excision simple (1 à 2 p. 100) jusqu'à la grosse résection en selle qui, ainsi que le fait remarquer Duval, entraîne une perte de substance gastrique bien plus grande qu'on ne se l'imagine à première vue et dont la gravité est égale à celle de la résection médiogastrique (10 à 12 p. 100 selon Duval).

Cette opération, ainsi que la résection médiogastrique annulaire, coupe, dès qu'elle est un tant soit peu importante, la totalité des fibres longitudinales musculaires de l'estomac et tous les nerfs gastriques venus du pneumogastrique. Il devient donc intéressant de se demander quel peut être le retentissement de semblable énervation sur la motricité de l'organe et sur la fonction pylorique en particulier. Duval affirme qu'il s'ensuit

une béance du pylore qui rend inutile la gastro-entérostomie complémentaire. Bien plus, cette béance paralytique du pylore n'est que passagère, et ce dernier ne tarde pas à retrouver sa motricité, grâce à l'action de l'appareil nerveux ganglionnaire qu'il porte en lui. Les travaux récents entrepris à Lyon par M. Letarget et Wertheimer, travaux dont nous reparlerons à propos de la résection médiogastrique annulaire, semblent corroborer ce point.

A l'étranger, Kirshner et Mangold, Redwitz, après des expériences faites sur le chien, affirment également que la résection médiogastrique annulaire n'amène aucun changement dans la motricité gastrique. Les auteurs qui l'ont pratiquée, Lecène en particulier, Eiselsberg, Kleinschmidt, etc., etc., s'accordent à reconnaître que les résultats fonctionnels obtenus à sa suite sont excellents. Moppert n'est pas du même avis et prétend que les résections transversales sont toujours suivies de spasme pylorique.

Nous nous demanderons dans un instant quel peut être le retentissement de cette section des nerfs sur la biologie et la physiologie des tuniques stomacales elles-mêmes, et, en particulier, quelles peuvent être ses conséquences quant à la résistance ultérieure de ces dernières vis-à-vis de la diathèse ulcéreuse.

Nous l'avons dit, toute résection en selle étendue est assimilable pour les conséquences physiologiques post-opératoires à la résection transversale. Toutefois elle en diffère par un point. Alors que la résection annulaire rétablit l'estomac dans sa forme, la résection en selle, par le raccourcissement qu'elle fait subir à la petite courbure (Duval a signalé combien la perte de substance consécutive à cette opération est considérable), tend à l'enrouler sur lui-même et à agir consécutivement à distance sur le pylore, ainsi que le fait remarquer Moppert. C'est la raison pour laquelle nous croyons que dans ces cas à grosse déformation, il serait plus prudent de compléter l'intervention par une gastro-entérostomie, selon les conseils de Delagenière. C'est aussi la raison pour laquelle nous pensons que, dans ces cas exigeant

une résection importante, il vaut mieux recourir à la résection annulaire qui n'offre pas cet inconvénient.

M. Marc Roussiel rapporte l'observation d'une résection en selle marquée par un beau succès. Il s'agissait d'un malade ayant subi un an auparavant une gastro-entérostomie pour ulcère calleux, sans qu'aucune amélioration s'ensuivit; une résection en selle fut pratiquée. Le malade, opéré depuis six mois, ne ressentait plus aucune douleur et avait grossi de plusieurs kilos.

M. Moppert pense que la résection en selle est une mauvaise opération et qu'elle doit être condamnée.

De fait, il semble que la tendance actuelle soit d'abandonner la résection en selle pour la résection annulaire. Nous pensons que cette résection en selle ne se soutient que dans les cas où le peu d'étendue des lésions (ulcère pariétal non calleux) permet une résection économique.

Enfin, il est important de signaler combien est délicate la réalisation technique de la résection en selle. Delagenière et Duval l'ont bien montré dans leurs rapports. Le chirurgien rencontre dans la suture de la paroi postérieure les plus grosses difficultés.

Pour ces divers motifs, les ulcères à lésions importantes — et nos ulcères calleux rentrent pour la plupart dans cette catégorie — nous semblent plutôt ressortir de la résection médiogastrique annulaire (ou opération de Riedel) ou de la gastropyloréctomie. Quels sont les résultats de ces opérations?

Résection médiogastrique annulaire (opération de Riedel). — Nous avons vu que la gastro-entérostomie était inutile après elle, la section des filets nerveux provoquant une béance du pylore qui, progressivement, fait place à un retour à l'état normal. Nous avons vu également que Moppert est d'un avis contraire sur ce point. Dans son travail de la *Gazette des hôpitaux*, il en rapporte 8 cas. Dans tous, il a pu constater un spasme pylorique et des retards d'évacuation très importants. Deux d'entre eux présentent un retard qui dépasse cent soixante-huit heures pour l'un et quatre cent huit heures pour l'autre. Dans

les mois qui suivent, cette lenteur d'évacuation diminue, mais ne disparaît pas tout à fait. Chez les autres malades, le retard reste stationnaire, ou bien s'atténue, ou bien encore cesse complètement.

Il est d'accord sur ce fait que les résections transversales amènent une diminution immédiate de l'acidité, « cette acidité reste basse, à condition que l'état local reste bon », ainsi que sur ce fait que la tonicité est améliorée (toutefois, la stase amène de l'hyperpéristaltisme et de l'antipéristaltisme). Selon lui, aucun résultat très bon : 62,5 p. 100 d'améliorations, 37,5 p. 100 de mauvais résultats.

Enfin, sur les 8 cas, 3 ont récidivé, et Moppert insiste sur cette fréquence des récidives après l'opération de Riedel. Elle résulte pour lui de l'énervation consécutive à la résection, et ce qui le prouverait, c'est que, « détail digne d'être remarqué, toutes les récidives se sont faites sur la poche inférieure, près de la ligne de suture, sans jamais franchir cette dernière ». « Cette poche inférieure subit des changements importants dans sa texture anatomique. Microscopiquement, la muqueuse est lisse, atrophiée, de coloration violacée; elle fait contraste avec la muqueuse de la poche supérieure qui est mamelonnée, de coloration claire. »

Eiselsberg, Clairmont, V. Haberer, cités par Moppert, ont eux aussi été frappés du nombre élevé des récidives après résection annulaire (9 sur 64, c'est-à-dire 14 p. 100, d'après Eiselsberg). Hempel, partisan de la résection, concède lui aussi que la récidive est particulièrement fréquente dans la résection transversale.

De semblables constatations sont évidemment de nature à faire réfléchir le chirurgien et il est clair que, si cette prédisposition à faire des ulcères de la muqueuse gastrique énermée était démontrée, il faudrait renoncer à la résection médiogastrique comme à la large résection en selle. Seulement, cette démonstration est loin d'être faite. Nous touchons en effet ici à un des problèmes les plus obscurs de la pathogénie de l'ulcus, celui ayant trait, en la matière, au rôle des lésions nerveuses.

Il mérite par son importance de nous arrêter quelques instants.

Sur ce point, l'expérimentation n'a fait, jusqu'à ces dernières années, qu'apporter des données contradictoires. Certains auteurs, comme Ophuls et Zironi, Van Ijzeren, obtenant des ulcérations, dont certaines semblant présenter des caractères de chronicité (Van Ijzeren), en sectionnant les pneumogastriques, soit au-dessus, soit au-dessous du diaphragme chez le lapin ; d'autres, comme Lilla, ne constatant rien de semblable après la même expérience.

Au cours de ces trois dernières années, il semble cependant que d'intéressantes et sérieuses expériences aient légèrement éclairci ce difficile problème.

Bircher (d'Aarau) étudie la « résection des branches du pneumogastrique dans le traitement des affections gastriques » (1920). D'après lui, il semblerait que dans les syndromes nerveux gastriques, le rôle le plus important revienne au vague plutôt qu'au sympathique, et Westphal a montré que, par l'élévation intense du vagotonus au moyen de la pilocarpine ou de l'adrénaline, des érosions de la muqueuse pouvaient être obtenues. Il a pratiqué 20 opérations chez des malades cliniquement atteints d'ulcus. Presque tous présentaient de la ptose gastrique. Il sectionna chez ces malades les différentes branches des pneumogastriques à la partie supérieure de la petite courbure. Les résultats thérapeutiques se montrèrent particulièrement favorables : les vomissements, les nausées, les éructations furent supprimés, les douleurs tardives disparurent ou se réduisirent, le taux de la sécrétion baissa d'une façon remarquable, l'acidité se réduisit de moitié, la radioscopie révéla enfin un résultat pour le moins imprévu : c'est que la résection du vague réduit en effet la ptose et, loin d'augmenter l'atonie gastrique, remonte considérablement le fond de l'organe.

Keppich, de Buda-Pesth, a obtenu (1921) la production d'ulcères chroniques de l'estomac par excitation du pneumogastrique. Il plaça des électrodes sur l'estomac du lapin, de façon à permettre l'excitation quotidiennement répétée du vague

par du faradique faible. Sur 16 sujets, 2 succombèrent, 14 survécurent. 10 présentèrent des lésions que l'auteur déclare de tous points comparables à celles de l'ulcus chronique (quarante-sept à quarante-neuf jours de développement). Sur 2 chiens (trente-huit et soixante-quatorze jours d'expérimentation) furent observées des lésions analogues.

Ces expériences de Keppich nous paraissent tout à fait intéressantes, car elles nous semblent apporter des bases expérimentales à la tendance actuelle qui assigne dans la genèse de l'ulcus, à la suite des travaux d'Eppinger et Heiss, un rôle de plus en plus grand à la vagotonie. Elles corroborent, en effet, les travaux précédemment cités de Bircher. Elles cadrent avec les constatations cliniques faites par Lœper, en France, sur la question : salivation, bradycardie, exagération du réflexe oculocardiaque dans les crises ulcéreuses du syndrome « petite courbure ». Les lésions produites par elles semblent beaucoup plus rentrer dans le cadre de l'ulcus chronique que les ulcérations produites par Della Vedova, Ophuls et Zironi, Van Ijzeren, lesquelles pouvaient aussi bien s'expliquer par des troubles trophiques, augmentés au besoin d'une hyperchlorhydrie passagère provoquée par une brusque rupture d'équilibre entre les deux systèmes solidaires d'innervation gastrique. De plus, pour ces dernières, les résultats étaient contradictoires, alors que ceux obtenus par Keppich paraissent trouver dans un ensemble de constatations, tant expérimentales que cliniques, un semblant de confirmation.

Tout dernièrement, à Lyon, le docteur Letarget a fait des expériences qui ne démentent pas cette façon de voir. Les résultats de ces travaux ont été condensés dans la thèse de son élève, Wertheimer (*L'innervation et l'énervation gastrique*, Lyon, 1922). Après une série d'expériences sur le chien, les auteurs ont systématiquement fait énerver une série d'estomacs atteints d'ulcère ou de syndrome névrosique pseudo-ulcéreux, et dans tous les cas, les résultats cliniques furent bons : baisse de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersecrétion. Ces expériences, nous semble-t-il, confirment les résultats obtenus par Bircher ;

en effet, les mêmes objectifs furent atteints : amélioration clinique, baisse de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion (or, l'énervation de Bircher ne portait que sur le vague, ce qui tendrait à prouver le rôle prépondérant de celui-ci). Elles n'en diffèrent que par un point : MM. Letarget et Wertheimer virent une hypotonie assez considérable succéder à l'opération et se maintenir longtemps après elle, alors que Bircher avait plutôt constaté une réduction nette de la ptose. L'explication pourrait, à notre avis, être trouvée dans ce fait que Letarget et Wertheimer sectionnent tous les pédicules nerveux gastriques et font une énévation non plus partielle mais totale. Dans ce cas, l'avantage resterait plutôt à Bircher. Malheureusement, en ce qui concerne les observations rapportées par M. Wertheimer dans sa thèse, l'association de l'énervation à une gastro-entérostomie atténue la valeur des résultats obtenus, quoique les expériences sur le chien faites dans de bonnes conditions aient été concluantes.

Sans doute ne convient-il pas encore, ainsi que le fait remarquer le professeur Letarget, de baser sur ces faits une méthode absolue de traitement de l'ulcère, qui consisterait à compléter toute opération pour ulcère gastrique d'une énévation complémentaire systématique, soit partielle et portant sur les pneumogastriques (à la manière de Bircher), soit totale à la manière de Letarget et de Wertheimer.

Toutefois, il nous semble que ces expériences sont de nature à atténuer, dans une certaine mesure, les craintes du chirurgien qui se trouve contraint à la résection large. Et de fait, s'il existe, nous l'avons vu, de mauvais résultats de la résection médiogastrique annulaire, il en existe, sans doute, un plus grand nombre de bons.

M. Lecène a rapporté, dans le *Journal de chirurgie* de 1921, trois résultats éloignés de cette opération. Les trois malades opérés par lui et qui étaient tous trois porteurs d'ulcères calléux médiogastriques ayant tendance à évoluer vers la sténose, furent revus : le premier, dix ans ; le deuxième, sept ans et demi ; le troisième, six ans après l'intervention. Tous

trois allaient très bien, mangeant de tout et n'avaient plus jamais souffert de leur estomac.

M. Lecène conclut en disant : « La résection mésogastrique annulaire est dans ces cas l'opération de choix ; elle permet, en effet, de supprimer l'ulcère et de rétablir l'estomac presque dans sa forme et, en tout cas, dans son fonctionnement normal. » Cette opération est, selon lui, bien supérieure à la gastro-entérostomie qui apparaît comme très médiocre dans ses résultats « quand l'ulcère siège au niveau du corps de l'estomac », et qui est à coup sûr beaucoup moins « physiologique ».

M. Dujarier a employé la résection annulaire dans 1 cas, avec résultat fonctionnel excellent.

Si nous passons maintenant aux statistiques fournies par les auteurs et pouvant nous renseigner sur sa gravité opératoire, nous voyons :

Eiselsberg, de Vienne, 40 résections transversales avec 2 décès, soit une mortalité de 5 p. 100.

Kleinschmidt, de Leipzig, 76 cas de résection gastrique transversale, avec 12 morts (mais beaucoup de ces morts sont imputables à la grippe de 1919, puisque, après cette période, il ne compte plus que 3 morts sur 49 cas). Kleinschmidt a revu 33 de ses malades opérés depuis deux ans et plus ; la guérison était complète ; il y avait eu, dans certains cas, quelques douleurs d'adhérences du douzième au dix-huitième mois. Le chimisme gastrique était revenu à la normale. La motricité de l'estomac a paru tout à fait normale malgré la résection.

Ces résultats, conclut l'auteur, sont très satisfaisants, surtout si on les compare aux 42 cas d'ulcères éloignés du pylore pour lesquels on avait fait la gastro-entérostomie. Parmi ceux-ci, les guérisons complètes sont rares.

J.-B. Deaver et S.-P. Heimann préconisent également l'opération de Riedel dans le cas d'ulcère calleux de la partie moyenne de l'estomac (selon ces auteurs, les diverses méthodes de résection pour ulcères gastriques donneraient 90 p. 100 de guérisons. Leur statistique porte sur 53 cas (*Journal de chirurgie*, 1921, t. XVIII).

Jungermann (cité par Moppert) donne les chiffres suivants sur les résultats de la résection segmentaire :

Guéris, 71,4 p. 100 ;

Améliorés, 17,7 p. 100 ;

Mauvais résultats, 17,9 p. 100,

tandis que d'autres chiffres ne donnent que 48 p. 100 de guérisons par la gastro-entérostomie.

Wydler a employé la résection médiogastrique annulaire dans 31 cas avec 26 guérisons et 5 insuccès. Selon lui, la résection médiogastrique semble l'opération de choix dans l'ulcère de la petite courbure ; elle donnerait 86 p. 100 de guérisons, et sa gravité ne serait pas très supérieure à celle de la gastro-entérostomie considérée dans toutes ses conséquences, laquelle serait, nous l'avons vu, de 6,5 p. 100.

En somme, on le voit, si la résection transversale ne donne pas que des succès, — la série si noire de Moppert en est un exemple vraiment malheureux —, si la gravité opératoire est grande, elle donne cependant, dans un très grand nombre de cas, de beaux succès (cas de Lecène). Étant donnée la nécessité de réséquer que nous avons vue s'imposer à nous, nous croyons, avec ce dernier auteur, qu'elle doit être toujours considérée comme le traitement de choix de ces ulcères calleux situés sur la partie moyenne de la petite courbure, assez haut pour que la gastro-pylorectomie exige un sacrifice trop considérable de tissu gastrique.

Avec Lecène, nous pensons toutefois que, vu sa gravité opératoire, elle demande à n'être pratiquée que sur des sujets dont l'état général n'est pas trop altéré. C'est dans ces cas, nous le répétons, qu'il y aurait un intérêt considérable à faire précéder l'opération d'une période assez longue d'alimentation duodénale par la sonde d'Einhorn.

La gastro-pylorectomie nous semble la méthode de choix pour les ulcères à situation relativement basse. Nous avons vu, dans notre chapitre II, les résultats encourageants donnés par cette opération en général, sa facilité relative d'exécution attestée par tous les auteurs qui l'emploient couramment.

Dans ces cas d'ulcères calleux, elle nous paraît permettre, beaucoup mieux que les autres méthodes, l'ablation large des ganglions.

Plusieurs procédés sont en présence pour rétablir la continuité du tube digestif. Le Billroth I (opération de Péan-Billroth I) et le procédé de Kocher sont, à l'heure actuelle, à peu près abandonnés. Ils sont d'exécution difficile quant aux sutures. Les procédés les plus en faveur sont le Billroth II et l'opération de Reichel-Polya-Perthes (abouchement de la tranche gastrique ou de partie de celle-ci dans le duodénum par suture termino-latérale).

Moppert reconnaît que ces opérations donnent d'excellents résultats fonctionnels. Il rapporte 2 cas de malades traités par le Billroth II et 1 cas traité par le second procédé.

Dans ces trois cas, « excellent résultat d'emblée qui se maintient encore tel quel plusieurs années après. Absence de tubage à jeun, q. s. p. basse, absence de couche intermédiaire, excellente évacuation (zéro à deux heures), acidité totale basse, disparition de l'HCl libre, régénération du tonus, hyper ou hypopéristaltisme. C'est le type d'un drainage parfait de l'estomac ». On peut reprocher à ces opérations, ajoute-t-il, une évacuation trop rapide de l'estomac qui supprime les facteurs d'une bonne digestion. « Les petits troubles qui résultent d'une évacuation un peu précipitée ne sont pas bien graves, puisque nos malades ne s'en sont jamais plaints.

» Il est, à notre avis, préférable d'obtenir un large drainage permanent d'un estomac habitué depuis longtemps à fabriquer de l'acide en excès et prêt à en fabriquer au moindre obstacle. C'est le moyen le plus sûr d'éviter la récurrence de l'ulcère. »

Dans ces hémigastrectomies inférieures, Moppert fait jouer un rôle à la diminution de la surface sécrétante de l'estomac (Abadie, d'Oran, *id.*). Quoi qu'il en soit, il reconnaît « que la résection du pylore dans l'ulcère de la petite courbure a donné d'excellents résultats ».

M. Dujarier croit à la supériorité de Reichel-Polya-Perthes sur le Billroth II (XIX^e cours de chirurgie, 1920) : 4 succès sur

4 cas. Il croit que ce procédé plus rapide donne également de meilleurs résultats fonctionnels.

Les deux procédés ont donné toute satisfaction à M. Fritz de Beulle dans 27 cas.

M. Tisserand, sur 9 gastro-pylorectomies, a eu 8 bons résultats immédiats et éloignés.

Nous avons vu que M. Abadie, sur ses 100 cas, n'avait eu aucun cas d'ulcus jéjunal et cette constatation s'oppose à celle faite par Eiselsberg qui a vu quelques cas d'ulcère peptique se produire après Billroth II, et qui, à ce sujet, en arrivait à élever quelque doute sur la légitimité de cette opération.

Dœge, de Marshfield (*Archives of Surgery*, t. IV, n° 1), rapporte les résultats éloignés excellents de 9 gastropylorectomies selon le procédé de Billroth II.

Kloiber, de Francfort, rapporte les résultats éloignés de 18 résections gastriques pour ulcères pénétrants. Il a eu 13 guérisons complètes, soit 72 p. 100, se maintenant telles après deux et trois ans; 3 morts.

La moitié des malades ont été opérés par le Billroth II, les autres par la résection mésogastrique annulaire. Dans les deux cas, diminution considérable de l'HCl. A l'examen radioscopique, bon fonctionnement de l'estomac avec évacuation satisfaisante par le pylore (résection mésogastrique) ou par la bouche anastomatique.

D'après ces résultats, Kloiber considère la résection gastrique très étendue des ulcères calleux pénétrants de l'estomac comme une très bonne opération.

Friedemann a fait 115 résections gastriques depuis fin 1921 (il emploie systématiquement le procédé de Billroth I) avec seulement 3 morts (une par angiocholite, une autre par delirium tremens, une seule, en somme, par insuffisance des sutures et péritonite consécutive). Malheureusement ses observations sont récentes et ne donnent aucun renseignement sur les résultats éloignés.

Wydlar a fait 6 gastrectomies (Polya ou Billroth II): 5 guéris, 1 non guéri.

Sur la mortalité globale des résections, de Quervain estime à 7,7 p. 100 la mortalité des opérations radicales. A noter que l'auteur n'opère que des cas avancés et graves, laissant le reste au traitement médical. Sur les 189 cas de sa statistique, il n'y avait que 12,6 p. 100 d'ulcères pariétaux non calleux et 58 p. 100 d'ulcères calleux, 29 p. 100 d'ulcères perforés et pénétrants. 74 de ces ulcères étaient du tiers moyen de l'estomac. Dans les mêmes conditions, la simple gastro-entérostomie donnait 6,9 p. 100 de mortalité (108 gastro-entérostomies).

« Mises à part, les résections en coin et les résections elliptiques actuellement tenues pour mauvaises, il reste pour la résection transversale une proportion de 90 p. 100 d'améliorations. Ce chiffre n'a jamais été atteint par la gastro-entérostomie, même avec la meilleure statistique faite seulement de résultats précoces. En somme, la résection semble le procédé de choix de par ses résultats tardifs qui équilibrent suffisamment le danger opératoire immédiat. »

Kempel, cité par Moppert, à la suite d'une étude basée sur cinquante travaux, donne comme résultats globaux des résections en général : mortalité, 0 à 28 p. 100 ; guérison, 77 p. 100 ; amélioration, 95 p. 100. Il estime la récurrence de l'ulcère à 8 p. 100, mais déclare toutefois qu'elle est particulièrement fréquente dans les résections transversales.

Nous ne parlons pas des méthodes de résection longitudinale (résection longitudinale falciforme plastique d'Ostermeyer, de Brême, excision « de la voie gastrique » de Schmieden, de Francfort) n'ayant pas pu trouver des données suffisantes sur la valeur de ces interventions d'imagination récente (*Journal de chirurgie*, 1922, t. XIX).

Pour Rosenbach, de Potsdam, la résection longitudinale donnerait cependant de meilleurs résultats au point de vue de la motricité de l'organe que les autres résections.



CONCLUSION

Tels sont les faits et les avis autorisés que nous avons pu réunir sur cette question si controversée du traitement de l'ulcère de la petite courbure. Difficile est le problème. Seule la publication des résultats éloignés, trop rarement faite encore, pourra conduire à une solution définitive. Il nous semble cependant que nous pouvons tirer de ce travail les conclusions suivantes :

La variété que nous venons d'étudier d'ulcère de la petite courbure, et d'une façon générale du corps de l'estomac, mérite une attention toute particulière du clinicien, car elle est la forme la plus sournoise de la maladie de Cruveilhér.

Son traitement doit être institué le plus précocement possible.

1° Dans les cas au début, le traitement médical sérieux et persévérant a 80 chances pour 100 d'aboutir. Son échec constitue alors la seule indication opératoire.

Cette dernière étant posée, nous avons vu que c'est dans ces cas de lésions jeunes et non indurées encore que la gastro-entérostomie a sa pleine efficacité. Mais, étant données les facilités opératoires à ce stade, nous croyons préférable de compléter cette dernière opération par une action directe (excision simple, Balfour, etc.) sur la lésion.

Dans certains cas même, la méthode directe pourra suffire.

La gastro-pylorectomie, vu le sacrifice gastrique qu'elle impose, sera réservée aux cas relativement bas situés avec grosse hyperchlorhydrie et un certain degré de rétention.

2° Dans les cas d'ulcères calleux, les chances de guérison médicale n'existent pour ainsi dire plus. Elles pourront être tentées toutefois, quand cela ne serait qu'à titre de préparation

à l'intervention; à cet effet, la méthode qui a nos préférences est celle d'Einhorn.

Le danger de la dégénérescence cancéreuse, si grand à ce stade, nous fait un devoir de ne pas prolonger outre mesure l'expérience médicale et d'arriver rapidement à la chirurgie.

La gastro-entérostomie, dont la valeur curatrice est problématique maintenant et qui laisse subsister ce danger, doit, selon nous, céder le pas aux méthodes d'exérèse large.

Les résections en selle et elliptiques, qui peuvent convenir à des lésions ulcéreuses à mi-chemin entre l'ulcère pariétal non induré et l'ulcère calleux, paraissent, dans les cas à grosses lésions, inférieures dans leurs résultats, parce qu'elles provoquent une déformation organique trop grande, nuisible au fonctionnement ultérieur de l'organe.

La résection médiogastrique annulaire et la gastro-pylorectomie leur sont préférables. Les résultats de la seconde semblent toutefois encore supérieurs à ceux de la première. Nous emploierons donc la première dans tous les cas où nous ne pourrions pas employer la seconde, c'est-à-dire quand l'étendue vers le haut ou la haute situation des lésions entraînerait par cette dernière méthode un sacrifice exagéré de tissu gastrique.

Enfin, nous nous rappellerons que tous ces procédés ne s'excluent point, que chacun a ses indications particulières suivant les cas. Nous nous rappellerons surtout que, ainsi que l'a exprimé notre maître, le professeur Chavannaz, « devant l'ulcère stomacal comme devant tant d'autres maladies, les médecins et les chirurgiens ne sont pas des ennemis se disputant un butin, mais des frères scientifiques unissant leurs efforts pour le plus grand bien de ceux qui souffrent ».

Vu : *Le Doyen,*
G. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 15 juin 1923.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (J.) (d'Oran). — Cent résections d'estomac pour ulcère. *Maroc médical*, 13 mars 1923.
- BIRCHER (d'Aarau). — Résection des branches du pneumo-gastrique dans le traitement des affections gastriques. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1921, p. 135.
- CHARBONNEL (A.). — Traitement de l'ulcère de la petite courbure. *Archives belges*, mai 1923.
- Résection médiogastrique pour gros ulcère extériorisé. Résection en plaque pour ulcère adhérent de la face postérieure. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 30 janvier 1921.
- CHAVANNAZ. — Sur la thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1921, p. 251-254.
- CHAVANNAZ et LOUBAT. — Sur un cas de perforation d'un diverticule par ulcère gastrique après gastro-entérostomie. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1^{er} février 1920.
- CHÉINISSE (L.). — Le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal devant le Congrès de l'Association médicale américaine. *La Presse médicale*, 12 août 1922, p. 690-691.
- DAMADE (René). — Le tubage duodénal. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 avril au 10 juin 1922.
- Résultats immédiats de l'alimentation duodénale dans deux cas d'ulcère de l'estomac. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 12 mai 1922.
- DEAVER (J.-B.) et HEIMANN (S.-P.). — Traitement chirurgical et anatomo-pathologique des ulcères gastriques et duodénaux.

Surgery, gynecology et obstetrics, 1921, t. XXII, n° 2, p. 103;
Journal de chirurgie, 1921, t. XIII.

DELAGENIÈRE et DUVAL. — Rapports au XXIX^e Congrès français de chirurgie, 1920, et communications de MM. Kummer, Fritz de Beule, Roussiel, Hartmann, Dujarrier, Pauchet, Lapeyre, Tisserand, Abadie, Muller.

DELORE et BARBIER (Léo). — La gastro-entérostomie dans l'ulcère de l'estomac. *Lyon médical*, 10 février 1913.

DÖGE (Marshfield). — Étude de la résection du pylore en cas d'ulcère gastrique. *Arch. of Surgery*, 1921, t. III, n° 1; *Journal de chirurgie*, 1922, t. XIX.

EISELSBERG (A.). — Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Wiener mediz. Woch.*, 1921, t. LXXI, n° 18, p. 793-804; *Journal de chirurgie*, 1921, t. XVIII.

FRIEDEMANN (Langendreer). — Considérations sur les grandes résections gastriques, en particulier par la méthode de Billroth I, dans l'ulcère de l'estomac. *Journal de chirurgie*, mars 1923.

HOUDARD. — Ulcère de la petite courbure de l'estomac. Fausse niche de Haudek. Société de chirurgie, 15 juin 1921, p. 866.

HARVIER, MATHIEU, CARNOT. — Les ulcères digestifs.

KNUD FABER. — Guérisons spontanées des ulcères de la petite courbure. *The Lancet*, 1922, n° 5, p. 63, 68.

KOCHER (A.) (Berne). — Diagnostic et traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Archiv fur klinische Chir.*, 1921, t. CL, fasc. 1 et 2, p. 86-169; *Journal de chirurgie*, 1921, t. XVIII.

KEPPICH (de Budapesth). — Productions d'ulcères chroniques de l'estomac par excitation du pneumogastrique à l'estomac. *Archiv fur klinische Chir.*, 1921, t. CL, fasc. 1 et 2, p. 86, 169; *Journal de chirurgie*, 1921, t. XVIII.

KLEINSCHMIDT (Leipzig). — Résultats de la résection gastrique transversale dans l'ulcère calleux de l'estomac. *Journal de chirurgie*, t. XVII.

KLOIBER (Francfort). — Résultats éloignés de la résection gastrique pour ulcère pénétrant. *Journal de chirurgie*, 1921, t. XVII.

- LEGÈNE (P.). — Quelques résultats éloignés d'interventions pour ulcères mésogastriques. *Journal de chirurgie*, t. XVII, p. 4.
- LOEWY (G.-A.-R.). — Traitement médical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum par la méthode de Sippy. *La Presse médicale*, 7 mai 1921.
- LOEPER (M.). — L'ulcus de la petite courbure. *Progrès médical*, 17 janvier 1920.
- MARTEL (T. DE). — Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Journal médical français*, janvier 1923.
- MATHIEU, SENCERT, TUFFIER. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage.
- MATHIEU et MOUTIER. — Pathogénie de l'ulcère. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1909.
- MAYO (W.-J.), DÉAN-BEVAN (A.), SIPPY (B.-W.), BROWN (Th.-R.). — Articles parus dans le *Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 1922; *Archives des maladies de l'appareil digestif*, mars 1903; *Journal de chirurgie*, mars 1923.
- MÉTRAUX (A.). — Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie postérieure simple dans les ulcères de l'estomac et du duodénum. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1920.
- MOPPERT (G.). — Résultats du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Gazette des hôpitaux*, 23 septembre et 30 septembre 1921.
- MOUTIER et CAILLÉ. — Disparition d'images diverticulaires de l'estomac à la suite du traitement médical. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1923, n° 1.
- QUERVAIN (F. DE). — Les résultats du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1921.
- RAMOND et SERRAND (J.). — Images diverticulaires et lacunaires de l'estomac indépendants de l'ulcère et du cancer. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 25 juin 1920, p. 926.
- RAMOND et JACQUELIN. — Sur certaines erreurs de l'écran, certaines interprétations difficiles de sillons, de niches, etc. *Société médicale des hôpitaux*, 4 novembre 1921.

- ROTTER (Leipzig). — L'excision dans les ulcères chroniques de l'estomac. *Journal de chirurgie*, 1921, t. XXIII.
- SALAZ, CRAMER et MOPPERT. — Rapports au XVI^e Congrès français de médecine, 1922.
- SALAZ et MOPPERT (G.). — Le spasme pylorique : son importance dans la symptomatologie et l'évolution de l'ulcus. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. XIII, 1923, n^o 2.
- TIMBAL. — L'ulcère de la petite courbure. *Progrès médical*, 22 mai 1920.
- WERTHEIMER. — L'innervation et l'énervation gastrique. Thèse de Lyon, 1922.
- WYDLER. — Contribution à la chirurgie de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, mars 1922.





