

## Arc peste timp

Chirurgia (2011) 106: 811-814  
Nr. 6, Noiembrie - Decembrie  
Copyright© Celsius

### Résultats de 250 résections d'estomac pour ulcères gastriques et duodénaux

**Jacques Iacobovici**

*Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université de Cluj, Roumanie*

Revista de Chirurgie 1929;11-12/21:668-676

*Comunicare făcută la cel de al VIII-lea Congres al Societății Internaționale de Chirurgie ținut la Varșovia – iulie 1929*

De 1920 à Avril 1929, 300 cas d'affections gastro-duodénales ont été opérés à la Clinique chirurgicales de Cluj (Roumanie). Dans ce nombre, 250 résections furent effectuées pour ulcères gastriques et duodénaux. Parmi ces 250 résections, 225 furent pratiquées pour ulcères non perforés, et 25 pour ulcères perforés. Nous allons analyser tout d'abord les résections pour ulcères non perforés.

#### Siège de l'ulcère

Parmi les 225 ulcères non perforés, 90 siégeaient sur l'estomac et 135 sur le duodénum. Les 90 ulcères gastriques se répartissent ainsi au point de vue de leur localisation sur l'estomac: cardia 2, petite courbure 30, pylore 49, multiples 9. Quant aux ulcères duodénaux, tous ont siégé sur la 1-ère portion, à part 2 cas où l'ulcère se trouvait sur la portion sus-vatérienne ou supra-papillaire du duodénum. Dans 15 cas enfin, il y avait à la fois, ulcère gastrique et duodénal.

#### Age des malades

Les 225 malades se répartissent ainsi: de 11 à 20 ans 11 cas (4,9%), de 21 à 30 ans 53 cas (23,5%), de 31 à 40 ans 69 cas (30,6%), de 41 à 50 ans 58 cas (25,7%), de 51 à 60 ans 30 cas (13,3%), de 61 et plus 4 cas (1,7). Cette statistique montre que jusqu'à dix ans, nous n'avons pas observés de cas d'ulcères. Passé cet âge, le nombre des ulcères s'accroît, et atteint son maximum de 31 à 40 ans, pour diminuer ensuite après 50 ans. De notre statistique, il ressort qu'approximativement 80% des ulcères se rencontrent de 20 à 50 ans.

#### Sexe

Dans nos 225 cas, nous comptons 39 femmes (17,3%) et 186 hommes.

#### Technique employée

Au début, notre technique a varié. Nous avons commencé par faire le Mikulicz-Krönlein, le Péan, le Billroth II. Dans 3 cas nous avons fait une résection cunéiforme. Dans 2 cas – ulcères du cardia - nous avons fait une résection atypique. Dans tous les autres cas, une résection large. Lorsqu'il y eut impossibilité de résequer le duodénum et l'antrum pylorique, nous avons pratiqué une résection suivant le procédé de Finsterer avec une anastomose selon Reichel.

En somme les procédés employés se répartissent ainsi: résections avec anastomose Reichel 151 cas, résections Péan 14 cas, résections Finsterer 37 cas, résections Billroth II 12 cas, résections atypiques 6 cas. La technique généralement suivie par nous a été la suivante: nous nous plaçons à la gauche du malade, afin de bien voir la région pyloro-duodénale où siègent de préférence les ulcères. Nous explorons la face antérieure de l'estomac, puis la face postérieure, après ouverture de l'épiploon gastro-colique. Nous explorons ensuite la tête du pancréas et voyons les rapports de cet organe avec l'ulcère, ce que nous croyons être capital. La possibilité d'une résection étant sous la dépendance des adhérences entre l'ulcère et le pancréas d'une part, et des altérations de ce dernier, de l'autre. Si les adhérences sont trop accentuées et si le pancréas est scléreux, nous faisons alors ou une résection type Finsterer ou une simple gastro-entérostomie.

Nous sommes persuadés que les indications et les résultats d'une résection sont en fonction de l'état du pancréas. Si au contraire, les adhérences sont facilement clivables et si le duodénum peut être dégagé, nous pratiquons alors une résection large.

### Ligature du pedicule vasculaire

C'est ce que nous faisons en premier lieu. Nous avons l'habitude de faire une double ligature et de la solidariser avec les parois de l'organe, afin d'éviter qu'elle ne s'échappe.

### Isolement du duodénum

Nous le dégageons des tissus avoisinants jusqu'au niveau de l'angle supérieur et même au delà. Nous avons soin de vérifier le cholédoque, que nous n'avons jamais lésé et nous plaçons alors une compresse à la partie postérieure du duodénum et de l'estomac.

### Section du duodénum

Nous la pratiquons après mise en place d'un clamp ou d'une pince à coprostase, et sectionnons à au moins 2 cm. du bord supérieur de cette pince; une seconde pince est placée du côté gastrique. La section effectuée, l'estomac est enveloppé dans une compresse et basculé à gauche et en dehors.

### Fermeture du bont duodénal

C'est la partie la plus difficile de cette opération. Quand la paroi duodénale est suffisante et de structure normale, tous les procédés donnent de bons résultats. Au contraire, quand la longueur du duodénum est insuffisante, et sa paroi indurée, le résultat est souvent mauvais parce que la suture ne tient pas. Après avoir essayé différents procédés, je me suis arrêté à la technique suivante, que je n'ai trouvée décrite nulle part.

#### *Procédé personnel pour la fermeture du bont duodénal*

Il faut chercher à réséquer le plus possible de muqueuse duodénale. On ferme le duodénum par un surjet au catgut, d'après la technique de Moynihan, ou par tout autre procédé. Lorsque la suture est terminée, on passe les deux bouts du fil de la suture, l'initial et le terminal, dans le chas d'une même aiguille. L'aiguille ainsi préparée est passée au milieu de la suture dans la lumière duodénale, et ressort, de dedans en dehors sur la face antérieure du duodénum, à deux cm. de la suture. L'aiguille sortie, si on tire sur les fils, on voit s'enfouir les deux cornes de la suture et ensuite le reste de celle-ci. Une fois cet enfouissement obtenu, nous pratiquons au bord de ce dernier une nouvelle suture en bourse. Si la suture ne semble pas parfaite, nous la complétons en la recouvrant avec un fragment d'épiploon.

La technique que nous préconisons a l'avantage de permettre l'enfouissement des deux extrémités de la suture, ce qui est plus difficile à réaliser avec les autres méthodes. Ce procédé n'est pas infaillible; il peut arriver que la suture lâche, mais beaucoup plus rarement qu'avec les autres techniques. Nous verrons plus loin, en étudiant les complications post-opératoires, quelle nous semble être la cause de la déhiscence des sutures.

Anesthésie. Dans ces 225 cas, l'anesthésie employée fut la suivante: générale à l'éther 21 cas, splanchnique 14 cas, locale 54 cas, rachianesthésie 136 cas.

D'après cela on voit que nous préférons la rachianesthésie autant qu'elle est possible. Par contre nous ne l'employons chez les siphilitiques, chez les individus trop débiles et pour lesquels l'indication de la locale se pose, anesthésie locale

complétée parfois par celles de splanchnique, d'après la technique décrite par Finsterer. Quant à l'anesthésie générale, nous l'employons seulement pour des malades pusillanimes et dans les cas où l'opération ne peut se faire avec une autre anesthésie. Nous allons voir en étudiant la mortalité opératoire, quel rôle peut, à ce point de vue, être attribué à l'anesthésie.

### Résultats

La mortalité opératoire est la première question à envisager. Sur 225 cas de résections gastro-duodénales, nous avons eu 28 morts, c.à dire une mortalité de 12 %. Analysons les causes de cette mortalité. En premier lieu il faut distinguer l'ulcère gastrique de l'ulcère duodénal. Sur 94 résections faites pour ulcère gastrique, nous avons eu 7 morts, soit une mortalité de 7,4%. Sur 191 résections pour ulcère du duodénum, 21 morts, soit 16%. La résection de l'ulcère du duodénum, semble donc d'après ces chiffres, plus grave que la résection pour ulcère gastrique. Les 7 cas de mort après résection pour ulcères gastriques, concernent des malades tous âgés de plus de 40 ans; il s'agissait dans 2 cas d'ulcère de cardia, dans 1 cas d'ulcère double-duodénum et petite courbure. Tous ces ulcères étaient pénétrants, en majorité dans le pancréas. Parmi les 21 morts après résection pour ulcère du duodénum, on a trouvé des lésions pancréatiques dans 17 d'entre ces cas. Les lésions pancréatiques ont consisté en adhérences massives, et dans la majorité des cas l'ulcère était pénétrant dans le pancréas, dont le parenchyme formait le fond de l'ulcération. On connaît en pareil cas, les difficultés opératoires, et les complications qui surviennent. Les causes de la mort ont été: dans 7 cas une fistule duodénale; dans 3 cas la déhiscence de la suture après anastomose Péan; dans 4 cas des hémorragies dont une se produit après anesthésie splanchnique; dans 5 cas à des complications pulmonaires; dans 1 cas la mort fut due à un volvulus gastrique post-opératoire; dans les 2 autres cas la mort survint tardivement et pour une cause indépendante de l'acte opératoire.

Remarquons qu'aussi bien pour le duodénum que pour l'estomac, les lésions pancréatiques sont les plus importantes, et sont les causes principales des complications, quand il en survient. L'apparition des fistules duodénales et la déhiscence des sutures, dans le plus grand nombre des cas, sont dues au suintement du suc pancréatique.

La conclusion qui se dégage de ce qui précède est - qu'il faut éviter la résection dans ces cas et se contenter d'une opération palliative ou d'une résection partielle ou encore d'une résection type Finsterer pour les ulcères duodénaux inextirpables.

Une deuxième remarque, concerne le traitement des fistules duodénales post-opératoires, c'est à dire le traitement par l'insuline qui a été employé avec succès à ma clinique, et sur lequel notre assistant, le dr. Lupan a publié un travail dans le Zbl. für Chirurgie 1929:23. Nous verrons plus loin l'influence des lésions pancréatiques sur la fonction digestive de ces malades.

L'anesthésie ne nous a pas paru avoir une influence sur la mortalité, de même que sur les complications pulmonaires. Dans 4 cas de mort par pneumonie, 3 furent opérés sous anesthésie rachidienne, un seul avec anesthésie à l'éther.

En comparant les modes d'anesthésie, dans les cas suivis de mort, nous obtenons les chiffres suivants: anesthésie générale 3/21 (14%), anesthésie rachidienne 9/136 (6,6%), anesthésie splanchnique 2/14 cas (14%), anesthésie locale 14/54 (26%).

Il semble paradoxal que l'anesthésie locale donne le plus de mortalité. L'explication en est très simple: l'anesthésie locale se fait de préférence dans les cas très avancés, et sur des malades émaciés. Nous préférons l'anesthésie rachidienne qui nous a donné les résultats les meilleurs.

L'âge intervient dans la mortalité comme pour toutes les opérations: de 10 à 20 ans 1/11 morts (9,9%), de 21 à 30 ans 5/53 (9,4%), de 31 à 40 ans 9/79 (13,4%), de 41 à 50 ans 7/58 (12,03%), de 51 à 60 ans 6/30 (20%). Par un hasard curieux, nous avons pratiqué 4 résections après 60 ans sans un cas de mort.

### Le procédé opératoire influe la mortalité

Voici le tableau comparé des procédés opératoires et de la mortalité consécutive:

- résection Mikulicz-Krönlein ... 0/5 opérés;
- résection cunéiforme.....0/3 opérés;
- résection cardia .....1/2 opérés;
- résection large Reichel.....20/145 opérés (13%);
- résection Péan .....2/14 opérés (14%);
- résection large Billroth.....2/11 opérés (9%);
- résection large Finsterer.....3/44 opérés (6,7%).

Si nous laissons de côté les résections limitées et les opérations faites suivants le procédé de Mikulicz-Krönlein, peu nombreuses d'ailleurs, nous pouvons constater que la résection type Finsterer donne peu de mortalité. Mais nous avons observé un cas de mort consécutif à la perforation d'un ulcère resté en place, et un autre cas de Finsterer où après un an survient un ulcère peptique. L'opération de Finsterer est une intervention de nécessité, qui n'est pas exempte de dangers, soit immédiat comme par perforation, soit lointaine soit forme d'ulcère peptique.

L'expérience du chirurgien joue également un grand rôle; plus il est entraîné, plus la mortalité diminue. Dans notre clinique, pour 131 résections opérées par nous même, nous avons eu 12 morts, soit 9%, alors que pour 94 résections faites par nos assistants nous comptons 16 morts soit 17%.

Les fonctions gastriques immédiatement après l'opération se font en général dans de bonnes conditions. Nos recherches radiologiques concordants avec celles faites par les autres auteurs, en ce qui concerne la continence de l'estomac réséqué, et la fonction en rapport avec le procédé employé. Les meilleurs résultats furent obtenu avec les procédés qui redonnent à l'estomac sa forme anatomique primitive, et parmi eux, le meilleur est le procédé de Péan.

Le bilan nutritif après résection nous a beaucoup préoccupés. Mr. Danicico, notre assistant, a effectué des recherches dans ce sens. L'étude du bilan nutritif dans 19 cas, nous a permis de formuler les conclusions suivantes:

- le bilan nutritif a montré un déficit dans l'utilisation des graisses, et un léger déficit dans l'utilisation des substances azotées;
- pour l'utilisation de graisses, la preuve du déficit est l'abaissement du coefficient d'absorption de la graisse totale. Pour ces 19 cas, le taux minimum du

coefficient fut de 74%, le taux moyen de 88%;

- le déficit porte aussi bien sur les graisses neutres que sur les acides gras;
- on constate également un déficit différent d'après le procédé opératoire utilisé; il est plus grand après Reichel et Finsterer qu'après Péan;
- dans les cas d'ulcère pénétrant, où le pancréas est intéressé, le déficit est surtout prononcé avec les procédés de Reichel et de Finsterer;
- la fonction gastrique est d'autant meilleure que l'estomac possède une contenance plus voisine de l'état normal;
- la déficience gastrique peut être compensée par une bonne fonction intestinale, tandis qu'un transit trop rapide produit un effet contraire;
- l'insuffisance de la fonction gastro-intestinale se traduit par des signes subjectifs et physiques;
- la digestion des protéines du lait a été normale dans 15 cas et insuffisante dans 4 cas.

De cette étude il résulte que nous devons chercher à réaliser l'anastomose Péan, autant qu'il est possible de le faire, parcequ'au point de vue physiologique c'est l'anastomose idéale.

### La résection dans les ulcères gastriques et duodénaux perforés.

De 1920 à Mai 1929, 59 cas d'ulcères gastriques et duodénaux perforés ont été opérés à la clinique chirurgicale de Cluj.

Parmi eux, la résection a été pratiquée 25 fois. La technique employée fut celle que nous avons décrite plus haut. Dans ces 25 cas nous trouvons 8 ulcères gastriques, 16 duodénaux et 1 ulcère peptique au niveau d'une bouche d'anastomose. 14 cas ainsi traités ont été guéri, d'où un pourcentage de 56%.

Dans les autres 34 cas on a pratiqués des sutures simples, des cautérisations suivies de sutures ou des sutures avec gastro-enterostomies. Sur ces 34 cas, 9 ont guéri, ce qui donne un pourcentage de 26,4%.

En comparant ces chiffres, il semble qu'il faille pour tous les cas préférer la résection, qui paraît donner des résultats meilleurs que ceux obtenus par les autres opérations. Mais il faut remarquer que la résection a été faite sur des malades ayant un bon état général, et capables de supporter une intervention de cette durée et de cette gravité.

Il est bien connu que les résultats tiennent moins au genre d'opération pratiquée, qu'au temps écoulé du moment de la perforation à l'opération et à la septicité du contenu gastrique ainsi qu'à la variété et au siège de l'ulcère.

Le professeur Duval a montré qu'il est très avantageux de travailler en tissus sains, car les sutures sont plus sûres et l'hémorragie supprimée. On obtient ainsi, en même temps que la guérison des complications, celle de la maladie primitive - l'ulcère.

Les malades traités par résection et revus dans la suite, n'ont présenté aucun trouble ultérieur.

En résumé, chaque fois que l'état général et local permet de pratiquer une gastro-duodénectomie suivie de Reichel, nous la faisons, car les résultats immédiats et surtout les résultats lointains sont meilleurs.

### Conclusions

1. La gastro-duodénectomie est l'opération la plus indiquée dans le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum.
2. L'anastomose Péan, reconstitue la forme anatomique normal et assure les meilleurs fonctions physiologiques; quand l'exécution de cette technique est impossible, on doit lui préférer l'anastomose selon Reichel.
3. Les lésions du pancréas sont la cause de nombreuses complications locales, et augmentent la mortalité; quand le pancréas est altéré et fusionné avec l'ulcère, il faut préférer le Finsterer ou une opération palliative.
4. Le bilan nutritif s'approche de la normale après l'opération de Péan, et se montre en déficit dans les autres procédés, et dans les cas où il existe des lésions pancréatiques.
5. Dans l'ulcère perforé la résection est indiquée, tant que l'état général et local permettent de l'effectuer.

### Comentariu la articolul

## Résultats de 250 résections d'estomac pour ulcères gastriques et duodénaux

Jacques Iacobovici

Revista de Chirurgie 1929;11-12/21:668-676

N. Constantinescu

Articolul pe care-l prezint analizează rezultatele rezecțiilor de stomac efectuate la Cluj în urmă cu 80-90 de ani. Rezolvarea pe cale chirurgicală a complicațiilor ulcerului a constituit unul din domeniile care l-au atras pe Iacob Iacobovici și în care și-a demonstrat măiestria și capacitatea inovatoare. Procedul personal de închidere a bontului duodenal este un argument în acest sens. Ceea ce frapază însă în articol și merită a fi comentat este actualitatea concluziilor la care a ajuns autorul. Înainte de perioada pe care o trăim noi astăzi, în care asistăm la reducerea dramatică a cazurilor de ulcer gastric sau duodenal operate, deci înainte de folosirea largă a blocaților de receptori H<sup>2</sup>, multe dintre observațiile făcute de a. în anii '20 ar fi constituit puncte de reper în chirurgia ulcerului practicat de chirurgii români în a doua 1/2 a sec.XX, deci își păstrau valabilitatea. Aș menționa în primul rând importanța pe care o arată a. factorului pancreatic, pentru evoluția post-operatorie. Fistulele duodenale și pancreatita acută post-operatorie după chirurgia ulcerului (1) erau adesea urmări ale unui act chirurgical prin care se încercase scoaterea unor ulcere penetrante în pancreas. În aceste cazuri Iacobovici recomanda rezecția de excludere Finsterer, admitând că există riscul unei evoluții a ulcerului lăsat pe loc. În anii care au urmat, noile achiziții în fiziologia

patologia bolii ulceroase ne-au permis să anulăm și acest risc, adăugând la rezecția de excludere - jupuirea mucoasei gastrice și vagotomia tronculară. Un al doilea lucru demn de semnalat este pledoaria pe care o face Iacobovici pentru păstrarea duodenului în circuit, deci pentru rezecția tip Péan. El aduce în discuție, pentru prima dată în România acelor timpuri, bilanțul nutritiv al bolnavului rezecat gastric, care era net în favoarea anastomozelor gastro-duodenale. Anii care au urmat au adus date clare privind rolul duodenului în motilitatea intestinului subțire și în digestie (2), ceea ce întărește observațiile autorului. O a treia remarcă pe care vreau să o fac se referă la atitudinea chirurgicală în ulcerul perforat. Având ca obiectiv tratarea complicației și a bolii care a generat-o în aceiași ședință operatorie, Iacobovici recomanda în urmă cu 80 de ani în ulcerul perforat, ca oridecâte ori starea generală și locală o permite, să se practice rezecția de stomac, atitudine care a dominat apoi mult timp în chirurgia românească (3).

### Bibliografie

1. Constantinescu NM. La prévention de la pancréatite aigue post-opératoire. Com al 92-lea Congr Franc Chir, Paris, 1-4 octombrie 1990.
2. Stoichiță S, Constantinescu NM, Magda S. Fiziologia duodenului. Spitalul 1959;2: 165-176
3. Târcoveanu E. Perforația ulcerului gastric și duodenal. București: Ed. Litera; 1988.

Correspondență: Prof. Dr. Nicolae Constantinescu  
E-mail: nae\_constantinescu@yahoo.com