

bons effets des injections de suc cancéreux (méthode Richet). »

Nous avons vu plus haut que les injections de sérum normal pouvaient produire les mêmes bons effets et des inconvénients moindres.

« En poursuivant ces tentatives, en modifiant les méthodes et les procédés dans une direction que seules les recherches futures pourront préciser, on arrivera peut-être un jour à trouver enfin le préservateur ou le remède contre un des maux les plus terribles qui désolent l'humanité. »

Ces conclusions ne ferment pas la porte à l'espérance. Nous serions disposé à les appliquer au chapitre spécial de l'histoire du cancer que nous venons d'étudier, mais avec la condition restrictive d'augmenter les précautions pour qu'elles ne deviennent pas la cause d'accidents sérieux comme ceux que Boinet, Arloing et Courmont ont signalés dans leurs observations. *A priori* la crainte de ces accidents nous porterait à donner la préférence, du moins pour commencer, *au sérum normal* ou même *au sérum artificiel*. Mais, on le voit, les avis sont encore partagés.

Dans les pages qui précèdent, nous avons relaté d'une façon relativement brève ces essais de thérapeutique nouvelle. Nous ne pourrions insister davantage sans sortir des limites qui nous sont tracées; le lecteur trouvera des détails plus circonstanciés dans les leçons et revues citées plus haut. A l'heure actuelle, les progrès de la thérapeutique générale microbienne sollicitent puissamment l'attention médicale tournée vers des espérances qu'il eût été téméraire de concevoir, il y a quelques années à peine. S'il est du devoir du médecin de se prémunir contre les généralisations hâtives et les enthousiasmes sans lendemain, il doit suivre avec intérêt les recherches entreprises et accueillir leurs résultats avec un esprit de contrôle scientifique également éloigné du misonéisme et de l'admiration préconçue. C'est dans cet esprit que nous avons cherché à présenter au lecteur, comme appendice au chapitre *cancer et tumeurs de l'intestin* l'état actuel de la science sur la sérothérapie du cancer.

## CHAPITRE XV

### INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS CHIRURGICALES DANS LES AFFECTIONS MÉDICALES DE L'ESTOMAC

PAR

F. VERCHÈRE

Chirurgien de Saint-Lazare.

I

#### Considérations historiques.

Le chirurgien est souvent appelé à intervenir dans le cours ou trop souvent, hélas! à la terminaison des affections de l'estomac. Ce n'est qu'en désespoir de cause que l'on fait appel à la chirurgie, dans la plupart des cas, jusqu'à ce jour, et le résultat obtenu par une intervention exécutée dans ces conditions engagerait peu à recourir au bistouri pour des cas analogues.

C'est que la chirurgie de l'estomac est encore récente, et si les indications que l'on a données d'intervenir étaient relativement rares, elles sont cependant devenues plus fréquentes depuis quelques années, depuis qu'on sait mieux opérer et aussi qu'on opère d'une manière plus opportune.

La chirurgie stomacale sort à peine de la période d'études. C'est en 1879 qu'en France, pour la première fois, on osa affronter les dangers de la rupture d'un point de suture et

que Péan (9 avril 1879) fit une résection du pylore pour cancer de l'estomac. Quelques mois après, Rydigier (16 novembre 1880) faisait une nouvelle tentative. Enfin le troisième cas de pylorotomie appartient à Billroth (1881), et fut suivi de guérison. A partir de cette époque les faits se multiplient, à l'étranger surtout, et tout cancer de l'estomac semble une occasion d'intervenir. Wœlfler, Salzer, Eiselsberg perfectionnent les procédés opératoires, et ainsi Guinard, en 1892, dit que dans un voyage qu'il fit en Autriche et en Suisse, il fut frappé « de l'acharnement avec lequel les chirurgiens poursuivent le cancer de l'estomac ». En France la résistance restait plus grande, et en 1877 (avant les premières tentatives sérieuses, il est vrai) Le Fort s'exprimait ainsi : « Lorsqu'on voulait, il y a une vingtaine d'années, se jouer de la crédulité et de la naïveté d'un jeune camarade d'études, on lui racontait que tel chirurgien, connu pour ses excentricités opératoires, avait extirpé un pylore cancéreux. Jusqu'à présent Gussenbauer n'a pratiqué la résection que sur des chiens. Mais la marche que suit depuis quelque temps la chirurgie d'outre-Rhin autorise à penser que l'expérience ne tardera pas à être faite sur des Allemands. » Le Fort s'est trompé en ce dernier point, ce fut sur un Français par un Français, mais il résumait exactement néanmoins l'expression des idées admises. En 1884, Maunoury rapporte les observations publiées à l'étranger, mais il faut attendre 1888 et 1889 pour retrouver deux nouveaux faits de Péan.

Et cependant à l'étranger, les pylorotomies se multipliaient. Guinard (1892) réunissait dans un travail très complet 153 cas de pylorotomies, avec 57,3 p. 100 d'insuccès. En 1893, Dreydorff rapportait 188 opérations avec 57,4 p. 100 d'insuccès et dans 164 de ces opérations il s'agissait de cancer. Enfin, en 1895, Doyen publiait son très beau livre sur la chirurgie de l'estomac, où il donnait sa statistique personnelle et aussi les résultats comparatifs tant en France qu'à l'étranger; il posait des indications opératoires nouvelles et donnait ses lettres de grande naturalisation à la chirurgie de l'estomac.

C'est que depuis quinze ans la chirurgie viscérale s'est enrichie de nouveaux progrès. La résection du pylore, la pylorotomie de Péan, Billroth et Rydigier n'est plus seule en cause et des interventions nouvelles se sont créées et avec elles de nouvelles indications ont surgi.

En premier lieu, Wœlfler a indiqué la gastro-entérostomie (1881). Dans son premier cas, il s'agissait d'un cancer du pylore, adhérent et étendu, et l'opérateur reculant devant la pylorotomie se contenta d'anastomoser l'estomac et le jéjunum. Le succès suivit cette première tentative et la gastro-entérostomie était créée. Bientôt Rydigier (1884) guérit d'un rétrécissement cicatriciel un malade auquel il avait fait la laparotomie sans que le diagnostic parût avoir été antérieurement porté. Les cas dès lors se succèdent de sténose cicatricielle, auxquels on remédie de parti pris par la gastro-entérostomie. Ce n'est plus l'opération *in extremis* pour prolonger des malades irrémédiablement perdus de par leur cancer, c'est une opération curative, définitivement radicale. En France la première gastro-entérostomie a été faite par Pozzi, en 1887.

Quelque temps auparavant, Monod avait lu à la Société de chirurgie un remarquable rapport sur deux cas de gastro-entérostomie opérés par Roux (de Lausanne), et malgré cela l'intervention chirurgicale n'entraîne pas encore dans la pratique française.

Dreydorff en 1893 rapporte une statistique de 214 opérations de gastro-entérostomies qui se répartissent ainsi, 181 sténoses cancéreuses du pylore, 27 sténoses fibreuses, 4 sténoses duodénales; c'est dire combien l'étranger relativement à nous poursuivait ses tentatives et nous précédait dans la voie où, depuis, nous nous sommes engagés.

D'autres interventions se faisaient jour alors. Billroth combinait en 1885 la gastro-entérostomie à la pylorotomie, et de cette opération grave Dreydorff rapporte 10 observations. Enfin Heinecke, Czerny, pratiquent la pyloroplastie (excision elliptique et réunion transversale du pylore sténosé), que Doyen reprendra avec succès. Ce dernier crée enfin, en 1893,

la gastroplastie, qui fut suivie de succès dans ses mains.

Telle fut la période de recherches opératoires de la chirurgie de l'estomac. Dès ce moment les grandes lignes des interventions dans les affections de l'estomac étaient tracées et la période actuelle commencée. C'est celle où l'on ne considère plus l'intervention chirurgicale comme un pis aller, comme une méthode d'exception, mais bien comme une thérapeutique de choix.

Les travaux de Guinard, de Doyen, en France, n'ont pas peu contribué à faire naître cette période réellement chirurgicale de la pathologie de l'estomac, et nous voyons les indications se poser non seulement pour le cancer de l'estomac, mais aussi pour les rétrécissements cicatriciels (Heinecke, Doyen), l'ulcère de l'estomac (Rydgier, Van-Kleef, Lauenstein, Heinecke), les adhérences stomacales (Loreta, Billroth, Terrier), l'estomac biloculaire (Krukenberg, Bramann, Doyen), enfin les dyspepsies, les dilatations de l'estomac (Doyen). Ce n'est plus seulement pour remédier aux accidents immédiats, urgents, c'est aussi pour mettre les malades à l'abri de ceux qui pourraient se produire, c'est pour prévenir certaines transformations néoplasiques d'ulcères simples en cancers possibles (Dieulafoy), que l'on se croit autorisé à avoir recours à l'intervention chirurgicale.

Le domaine de la chirurgie s'est étendu, et on accepte son intervention dans les affections d'ordre autrefois considéré comme purement médical, et ses titres de possession sont définitifs, puisque dans un traité de thérapeutique médicale on voit apparaître ici un chapitre d'indications et contre-indications chirurgicales dans les affections médicales de l'estomac.

## II

### But que peuvent atteindre les moyens chirurgicaux appliqués à l'estomac.

L'estomac, cavité ouverte à ses deux extrémités, est un lieu de passage des aliments et le siège de modifications

digestives. C'est là que séjournent pendant quelque temps les aliments ingérés, et c'est là qu'ils se modifient. Si leur séjour se prolonge, ils s'altèrent, ils deviennent l'origine d'une véritable intoxication ; ils doivent être rejetés, sinon l'organisme trouve là la source d'une intoxication bien connue actuellement, et sur laquelle il n'est besoin d'insister. Si les aliments sont rejetés par vomissement, ils ne sont plus absorbés, et le malade s'épuise, meurt d'inanition.

Donc, deux dangers naissent de cette stase des aliments, l'intoxication ou l'inanition, le plus souvent les deux simultanément. Le but à remplir, et que peut remplir la chirurgie, est de faciliter la circulation des aliments, d'empêcher la stase prolongée dans l'estomac. Cette mission, la chirurgie peut la remplir, et *peut seule la remplir*. Il lui suffit soit de rétablir l'orifice de sortie de l'estomac, soit de créer une voie collatérale qui fasse passer directement le contenu de l'estomac dans l'intestin. La pyloroplastie, la gastro-entérostomie sont les deux interventions qui donnent ce double résultat. Ce sont en somme des opérations qui rétablissent le fonctionnement de l'estomac sans agir sur la lésion elle-même. Dans d'autres cas, le médecin peut réclamer d'autres secours, il peut demander à la chirurgie d'agir sur la lésion elle-même, de la supprimer et, par suite, d'amener une guérison définitive. C'est parler, en un mot, des cas de tumeurs de l'estomac, et surtout de la tumeur la plus fréquente, du cancer de l'estomac. La gastrectomie, la pylorectomie, tel est le moyen que peut offrir la chirurgie au médecin en présence d'un cancer de l'estomac ou de toute autre tumeur de l'organe.

*En résumé, tout accident ayant pour origine une stase stomacale peut être conjuré chirurgicalement par le rétablissement naturel (pyloroplastie) ou artificiel (gastro-entérostomie) du cours des aliments, et toute tumeur de l'estomac peut être enlevée par une résection de l'organe (gastrectomie, pylorectomie).*

En possession de ces moyens énergiques et ayant déjà fait leurs preuves, comment et dans quelles conditions doit-on les employer ?