

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 ?

A toute période de leur évolution, *toutes* les affections de l'estomac peuvent nécessiter le secours de la chirurgie, qu'il s'agisse de remédier à une des complications imprévues qui peuvent survenir, ou qu'il s'agisse de remédier à un de leurs symptômes graves (intoxication par stase, ou inanition par sténose). Les indications opératoires surgiront donc, pour chacune d'elles, de l'étude même des symptômes qui nécessitent l'intervention.

Ceux-ci peuvent se présenter dans chacune des affections de l'estomac avec plus ou moins d'intensité, plus ou moins de gravité, mais ce sont eux néanmoins qui doivent guider le médecin dans l'opportunité qu'il trouvera du chirurgien. Celui-ci, d'autre part, se trouvera en présence de deux méthodes opératoires : la thérapeutique symptomatique (gastro-entérostomie) ou la thérapeutique anatomo-pathologique (gastrectomie). Cette dernière se trouve, en somme, réservée au cancer dans la grande majorité des cas; aussi faut-il réserver son étude au cancer lui-même.

Il est cependant certains symptômes qui, dus à une lésion de l'estomac, réclament une action chirurgicale directe sur la lésion stomacale déterminant ces symptômes graves. L'hématémèse dans l'ulcère de l'estomac réclame la ligature du vaisseau qui saigne; la perforation, la suture de la paroi ulcérée. Mais ces deux complications graves, foudroyantes dans bien des cas, devraient être prévenues, et c'est contre l'ulcère lui-même qu'il faut agir. C'est donc ce dernier qui donne les indications opératoires.

Il faut ajouter encore les grandes difficultés de diagnostic que nous font connaître les médecins, et que nous connaissons si bien, puisque dans certaines laparotomies, l'estomac en mains, il est impossible au chirurgien de savoir s'il a affaire à telle ou telle affection. Goldenhorn et Kolatschewsky (cités par Guinard) publient un cas où « le pylore formait une tumeur dure, mobile, grosse comme une pomme ». Ils durent enlever plusieurs ganglions épiploïques engorgés et réséquer un anneau duodéno-stomacal de plus de 6 centimètres sur la

grande courbure; l'examen montra que le pylore était le siège d'un ulcère ancien cicatrisé. A l'inverse du précédent, Billroth avait fait une pylorectomie pour cancer du pylore, et ce n'est qu'en présentant la pièce que Salzer démontra qu'il s'agissait d'un ulcère. On pourrait ainsi multiplier les faits de diagnostics erronés, au cours même d'une laparotomie. Ce n'est donc pas le diagnostic lui-même qui doit guider le médecin dans ses conseils au malade sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Ce n'est pas l'affection même *dont on suppose* le malade atteint qui doit surtout influencer l'esprit du médecin, mais bien l'état général du malade et les symptômes plus ou moins graves qu'il présente.

III

Indications et résultats de l'intervention chirurgicale dans les affections non néoplasiques de l'estomac.

A. — INDICATIONS TIRÉES DES COMPLICATIONS

1° Hémorragies.

L'hémorragie dans l'ulcère de l'estomac peut être foudroyante (Bazy, Bouloche, Caussade¹). Elle peut être le premier symptôme de l'ulcère de l'estomac. Dans ces cas, on n'a pas le temps d'intervenir, mais ils sont l'exception. D'après Lebert, l'hémorragie n'est mortelle que dans 5 p. 100 des cas, et presque toujours dans des cas anciens; sous l'influence d'un traumatisme, d'un effort, une cicatrisation incomplète se rompt et avec elle le vaisseau qu'elle contient (Marion). L'hémorragie n'emporte les malades qu'au bout de quelques jours; alors elle est annoncée par les vomissements de sang plus ou moins abondants, plus ou moins répétés. Dans ces cas, l'indication opératoire est formelle, et l'on est prévenu que, si l'on n'intervient pas, le patient peut être emporté en quelques minutes par une nouvelle crise d'hématémèse.

1. Cités in *Thèse de MARION*.