

d'ulcère, avant l'opération, la quantité d'HCl était de 3,70 à 4,10 p. 100 : après l'opération cette quantité tomba à 1,9 p. 100 (Lambotte). Même diminution chez un malade de Kuster.

A cette cause d'hypersécrétion, s'ajoute le spasme pylorique (Doyen) qui amène la stase du liquide hyperacide. C'est un cercle vicieux créé qui aggrave constamment la lésion de l'estomac et favorise l'extension de l'ulcère. Or, quel meilleur traitement à opposer que la gastro-entérostomie, c'est-à-dire un orifice large de sortie du liquide sécrété, la suppression, par suite, de l'hypersécrétion, et peut-être aussi du spasme du pylore, qui se trouve dépossédé de ses fonctions et de tout irritant physiologique.

« D'après Albert Robin, la contracture du pylore est la cause principale des souffrances des hyperchlorhydriques et c'est également d'elle que dérive la dilatation de l'estomac. Il est arrivé pendant les crises des hyperchlorhydriques à percevoir, par un palper profond, le pylore dur et contracturé. Après une pression énergique de 5 à 10 minutes, le sphincter se relâchait et un soulagement presque immédiat suivait l'évacuation de l'estomac. »

« Le rétrécissement spasmodique disparaît avec l'affection stomacale, mais il donne tous les symptômes de la sténose pylorique, tant qu'il existe. » — En résumé, nous trouvons dans l'ulcère de l'estomac toutes les indications qui doivent conduire à l'intervention chirurgicale. Hypersécrétion stomacale, stase du contenu stomacal, sténose intermittente ou permanente du pylore, tous phénomènes qui perpétuent en quelque sorte la durée de l'ulcère et qui sont justiciables d'une intervention bénigne, relativement aux graves complications qui menacent constamment tout malade atteint d'ulcère.

Dans ces dernières lignes, se trouve la réponse à la dernière question que résout aussi Marion par l'affirmative : l'ulcère est-il plus dangereux que la gastro-entérostomie ?

Celle-ci est-elle efficace ? Et les résultats obtenus dans l'ulcère de l'estomac devront-ils engager le médecin à faire

intervenir le chirurgien dans les cas d'ulcères anciens de l'estomac ?

Certains ulcères ont été opérés de parti pris (Kuster, Doyen, Lambotte); d'autres, beaucoup plus nombreux, ont été opérés pour remédier à des accidents de sténose ou à des hémorragies plus ou moins graves (mais qui peut le plus, peut le moins). Or, dans tous ces cas, les résultats ont été merveilleux. Ce fut même, dans les cas les plus désespérés, un véritable coup de théâtre, et les Sociétés savantes voient à chaque séance se présenter des malades ressuscités après avoir subi la gastro-entérostomie.

Ces résultats merveilleux se maintiennent-ils et voit-on survenir un retour des accidents ? Il y a des cas opérés depuis trois ou quatre ans qui sont attentivement suivis et conservent un merveilleux état général.

Un dernier argument plaide en faveur de l'intervention. L'ulcère de l'estomac ne reste pas pendant toute sa durée un ulcère de l'estomac : en vieillissant, il se transforme. Il n'est souvent qu'une première phase du cancer de l'estomac. « L'ulcère simple de l'estomac est assez fréquemment atteint de dégénérescence cancéreuse, surtout chez les sujets héréditairement prédisposés. La transformation se fait avec l'ulcère en voie d'évolution ou sur la cicatrice d'un ulcère guéri. L'épithélioma métatypique est la variété la plus commune. Cette association morbide peut se traduire cliniquement par l'association ou par la succession des symptômes de l'ulcère et du cancer. Il est assez généralement facile de faire la part des symptômes de l'ulcère; il est beaucoup plus difficile de faire la part des symptômes du cancer. La cancérisation de l'ulcère stomacal et de sa cicatrice n'est pas sans analogie avec la cancérisation des cicatrices vivaces ou éteintes qui peuvent exister en d'autres régions (Dieulafoy). » Il importe donc de ne pas attendre. « C'est, comme l'a très bien dit Defontaine, en opérant des dyspepsies graves qu'on trouve des cancers inattendus; il est inutile de laisser la dyspepsie devenir grave. »

Évidemment, il ne peut être question d'opérer tous les

dyspeptiques; mais il importe de juger sainement les choses et, par peur d'une intervention bénigne, de ne pas attendre une époque où la nature de l'affection rendra palliative ou impuissante une intervention qui eût été curative et radicale.

Avec Marion je dirai donc, en me résumant, « que je crois l'intervention indiquée chaque fois qu'un ulcère, soumis à un régime bien compris et bien suivi, n'est pas amélioré notablement dans un espace de six mois; qu'elle est indiquée quand l'ulcère, par sa récurrence, se manifeste comme devant être rebelle au traitement, à plus forte raison quand il s'agit d'ulcère datant de plusieurs années que n'améliorent que passagèrement ou même pas du tout les traitements variés qu'on aura pu lui faire subir. Ces indications sont d'autant plus formelles s'il s'agit d'un malade que sa position oblige à travailler et par conséquent empêche de se soumettre à une médication rigoureuse et longtemps prolongée. »

Quelle est l'intervention de choix? C'est Doyen qui fit, de parti pris, en 1893, les premières opérations pour ulcère de l'estomac. Lambotte fit trois résections dans le même but; les autres faits d'intervention ont été opérés pour remédier à des complications sans qu'il y ait eu de diagnostic posé ou pour des accidents dus à la sténose. Marion peut ainsi rassembler 11 cas sur lesquels on trouve 1 cas de mort. Sauf ce cas, tous les résultats ont été de tout point excellents. Les 10 guérisons se répartissent ainsi: 5 résections et 5 gastro-entérostomies. Il semblait difficile de faire un choix entre les deux méthodes. Cependant la résection de l'ulcère peut se présenter dans des conditions particulières de difficultés, tenant au siège, à l'étendue même de l'ulcère, à la recherche de l'ulcère lui-même qui peut entraîner à une exploration dangereuse et prolongée, l'estomac étant incisé. Tandis que la gastro-entérostomie peut s'appliquer dans tous les cas et offrir, grâce au procédé de Souligoux, le minimum de gravité.

Quant à l'efficacité des deux procédés, elle est identique; La gastro-entérostomie remédiant, comme il a été dit plus

haut, à la stase du contenu hyperacide de l'estomac, à la contraction du pylore, diminue l'hypersécrétion réflexe du suc gastrique qui aggrave l'ulcère et entretient sa présence.

Nous concluons donc avec Doyen que, hormis les cas de cancer :

« *La gastro-entérostomie est le remède infailible de toutes les affections incurables de l'estomac qui sont sous la dépendance du spasme pylorique* », laissant à l'avenir de nous apprendre s'il faut ajouter avec lui « s'agirait-il d'un simple cas d'hyperchlorhydrie rebelle ou d'une gastrite alcoolique invétérée ».

## IV

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

Les indications opératoires peuvent varier suivant la nature du néoplasme. C'est ainsi que l'on doit considérer la possibilité de l'ablation isolée de certaines tumeurs bénignes pouvant faire espérer une guérison définitive sans récurrence.

## A. — NÉOPLASMES BÉNINS

Le diagnostic de ces néoplasmes bénins ne peut être fait qu'après une laparotomie qui permet au chirurgien de voir la tumeur et de reconnaître ses connexions. C'est toujours guidé par les symptômes cliniques qui le plus souvent ont fait à tort diagnostiquer une tumeur cancéreuse de l'estomac, que le chirurgien s'est trouvé en présence, par exception, d'une de ces tumeurs. Aussi les mêmes indications opératoires se retrouvent-elles dans ce cas particulier que l'on rencontre dans les cas de néoplasmes malins.

Le mode opératoire et surtout le pronostic seront seuls modifiés.

La tumeur reconnue bénigne n'est pas destinée à récidiver. Il est souvent possible de l'enlever sans faire courir au malade