

d'être palliative, mais il faut bien savoir qu'en fait de cancer de l'estomac il n'existe pas de « *cure radicale* ». Pour ma part, je tiens le grattage et le curettage de l'estomac pour une opération appelée à rendre des services dans un certain nombre de cas, et j'insiste sur ce fait. »

2° Rétablissement du cours des aliments.

Devant les douleurs atroces endurées par le malade atteint du cancer de l'estomac, l'inanition qui l'épuise et la sténose mécanique ou spasmodique déterminée par la tumeur, devant l'inefficacité désespérante de la résection du pylore ou de la paroi stomacale altérée, on a recherché s'il n'existait pas quelque palliatif pouvant conjurer tous ces pénibles et dangereux accidents. C'est alors que Wœlfler imagina la gastro-entérostomie dans le traitement du cancer.

A. — DIVULSION DIGITALE DU PYLORE CANCÉREUX APRÈS GASTROSTOMIE

Loreta a proposé pour le cancer le même mode opératoire qui lui avait bien réussi dans les rétrécissements cicatriciels. Il pratiqua la dilatation directe du pylore cancéreux. En France, c'est en 1886, à Lyon, que fut tentée cette intervention. Après avoir pratiqué une gastrotomie, Daniel Mollière introduisit le doigt dans l'orifice pylorique, et après dilatation introduisit une sonde à demeure dans l'orifice. Une seconde dilatation fut faite de même neuf jours après, et une troisième au bout de onze jours. Le malade mourut le dix-huitième. Cette tentative malheureuse resta unique, et la dilatation de Loreta est définitivement et justement abandonnée.

B. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Dans les néoplasmes de l'estomac, il ne peut être question de pyloroplastie, de rétablissement du cours des aliments en agissant sur les tissus infiltrés par le néoplasme. C'est à l'anastomose à distance de la tumeur qu'il faut avoir recours.

La gastro-entérostomie est, de l'avis de tous les chirur-

giens, l'opération de choix. Elle remédie par le moyen le moins dangereux aux trois éléments dangereux du cancer de l'estomac, le rétrécissement, l'inanition et la douleur.

Dès que le cours des matières est rétabli artificiellement, les phénomènes douloureux disparaissent, le malade se nourrit, et l'état général s'améliore. Les faits extrêmement nombreux et de jour en jour plus nombreux de succès obtenus par la gastro-entéro-anastomose dans les cas du cancer de l'estomac ne peuvent laisser de doute à cet égard.

La gastro-entéro-anastomose, en mettant le cancer à l'abri des contacts constants des aliments avec les bourgeons cancéreux, retarde la marche envahissante du cancer.

Il se passe du côté de l'estomac ce qui se passe au niveau du rectum atteint de cancer.

L'anus contre nature arrête le cancer rectal dans son évolution progressive, et, sans opération dangereuse, met le malade à l'abri, pendant quelque temps, de tous les périls dus à son cancer.

Les résections folles du rectum, avec résections osseuses, évidemment de tout le petit bassin, seront vite abandonnées et on reviendra à l'anus contre nature, bénin et efficace, et donnant au malade une survie au moins égale, peut-être même plus longue que celle que lui donnent ces larges ablations, quand elles n'ont pas tué le malade dans les premiers jours qui suivent l'intervention. Il vaut mieux vivre avec sa tumeur, sans douleur et sans ennui, que mourir sans elle après avoir satisfait au couteau trop hardi d'un chirurgien trop ambitieux.

La gastro-entéro-anastomose se fera comme pour les affections non néoplasiques de l'estomac; on retrouve ici les mêmes indications de direction de l'anse anastomosée, de la portion du jéjunum à anastomoser, de la région de l'estomac qui doit être choisie, etc.

Il faut avoir grand soin de n'anastomoser qu'une partie saine de la paroi stomacale et se tenir éloigné de la région cancéreuse.

Pour éviter le retour, après la gastro-entérostomie, des ali-

ments dans le bout supérieur de l'intestin, J.-L. Faure propose d'invaginer l'estomac dans l'intestin de façon qu'il forme un cône à ouverture dirigée vers le bout inférieur de l'intestin. C'est qu'en effet, ici encore, le retour des aliments de l'intestin dans l'estomac peut constituer une sorte de circulation vicieuse due aux mouvements antipéristaltiques de l'intestin. L'estomac se débarrasse par des vomissements des matières qui reviennent toujours et qui s'accumulent dans son intérieur; le malade soumis à l'inanition maigrit et la mort survient.

Dans 6 cas rapportés par Ewald, la mort fut due au « *circulus vitiosus* ». La diminution de l'absorption intestinale peut aussi être une cause de mort.

Ewald, dans une statistique personnelle récente, a eu 16 décès sur 26 cas de gastro-entérostomie (35 p. 100), ces décès dus aux deux causes précédentes pour la plupart, sauf 3 par choc opératoire, 2 par affaiblissement du cœur par suite de myocardite chronique.

Cette statistique très instructive montre combien sont encore sérieuses les interventions chez les cancéreux; il faut ajouter qu'Ewald cite tous les cas qu'il a eus sous les yeux et ne se contente pas du succès opératoire pour signaler son malade comme guéri. « En réalité, ajoute-t-il, l'affaiblissement général de l'organisme et l'auto-intoxication cancéreuse mettent une limite aux interventions chirurgicales, limite qui ne sera probablement jamais franchie, étant donné le degré de perfection où est arrivée dès maintenant la chirurgie. »

En regardant cependant la gastro-entérostomie comme une opération palliative, on ne saurait trop répéter qu'elle devrait être beaucoup plus souvent pratiquée.

Elle peut être préventive d'un cancer en amenant la guérison d'un ulcère en cours de transformation possible, elle doit être proposée à tout malade qui souffre. Les douleurs, les vomissements, l'inanition du malade sont autant d'indications formelles d'intervenir. La laparotomie exploratrice montrera quelle est la nature de l'affection qui détermine les symptômes

présentés par le malade. Grâce à elle, s'il s'agit d'un ulcère, il sera possible d'amener la guérison radicale de cet ulcère; si c'est un cancer, on prolongera la vie du malade et on supprimera ses douleurs, par la gastro-entérostomie.

« Les résultats obtenus par cette opération sont des plus remarquables, d'autant plus beaux que le cancer est moins développé; le malade ne vomit plus, ne souffre plus, engraisse... Il importe de ne pas trop tarder, et d'agir rapidement: le succès en sera d'autant plus beau (Follet). »

En résumé, *intervention précoce dès que l'on soupçonne la possibilité d'un cancer; établissement d'une anastomose gastro-jéjunale.*

La pylorectomie n'est admissible que dans les cas exceptionnels où l'on trouve un cancer complètement et absolument limité. La gastro-entérostomie, beaucoup moins dangereuse, donne un succès tout au moins égal, sinon supérieur à la pylorectomie, grave, et qui ne peut faire espérer l'absence de récurrence.

Enfin la gastro-entérostomie peut devenir accessoirement une opération préventive du cancer de l'estomac si on la pratique dans les affections rebelles de l'organe. La gastro-entérostomie est la seule opération qui soit utile et la seule autorisée dans le cancer de l'estomac même récent.

Toute tentative folle de résection large du pylore ou de gastrectomie étendue doit être rejetée comme dangereuse et inutile.