

Quand il s'agit d'opérations telles que la pylorectomie ou la gastro-entérostomie, la mortalité générale dépend en effet pour une forte proportion de l'audace du chirurgien, et tel opérateur qui recule devant les cas quelque peu compliqués obtiendra forcément une statistique plus favorable que celui qui n'hésitera pas, comme il nous est arrivé, à pratiquer la résection des deux tiers de l'estomac ou du gros intestin.

Le meilleur moyen d'apprécier sainement les dangers de la pylorectomie et de la gastro-entérostomie sera donc :

- 1° De séparer les interventions pour cancer des interventions pour affections non cancéreuses;
- 2° De discuter, parmi les résultats obtenus, ce qui revient à tel ou tel procédé opératoire.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS POUR AFFECTIONS NON CANCÉREUSES

Nous avons vu, dès le premier chapitre de ce livre, que, jusque dans ces dernières années, les chirurgiens ne s'étaient guère attaqués qu'à la sténose vraie du pylore ou du duodénum.

Les opérations pour lésions non cancéreuses avaient donc pour unique objet la destruction d'un obstacle matériel à l'évacuation de l'estomac.

Bien souvent, le seul diagnostic porté étant celui de « sténose du pylore », la nature de la lésion (ulcère calleux, cicatrice au cancer) n'a été reconnue qu'après l'opération, dans un laboratoire d'anatomie pathologique.

C'est ainsi que tout d'abord on a réséqué le pylore pour sténose cicatricielle.

La pyloréctomie pour sténose simple s'est montrée à peu près aussi grave que la pyloréctomie pour cancer.

Pourquoi extirper le pylore dans le cas de sténose cicatricielle? La gastro-entérostomie suffit en pareille occurrence pour rétablir l'écoulement du chyme dans l'intestin grêle.

La gastro-entérostomie fut appliquée avec succès au traitement de la sténose duodénale par Rydigier, le 13 mars 1884 (sténose duodénale d'origine ulcéreuse), puis par Billroth, le 11 mars de la même année, dans un cas de rétrécissement tuberculeux du duodénum.

Les deux premiers cas de sténose cicatricielle du pylore guéris par la gastro-entérostomie appartiennent à Rydigier et datent du 20 juin et du 26 juillet 1884.

Sur 214 cas de gastro-entérostomie, Dreydorff relate 32 opérations pour lésions non cancéreuses,

affectant 29 fois le pylore et 3 fois le duodénum.

Les 3 opérations pour sténose duodénale appartiennent à Rydygier, Billroth et Lauenstein.

Elles furent toutes trois suivies de guérison opératoire.

Les 29 opérations destinées à remédier à des lésions non cancéreuses du pylore ont été faites 28 fois pour des cas de sténose fibreuse consécutive à la cicatrisation d'un ulcère rond ou à l'ingestion d'une substance corrosive, et 1 seule fois pour un cas de dilatation simple : « gastrite chronique avec atrophie de la muqueuse » (SELENKOW).

L'opération de Selenkow (23 octobre 1889) semble être le premier cas de gastro-entérostomie tenté pour remédier à un fonctionnement défectueux de l'estomac indépendant d'une lésion cicatricielle du pylore. L'opéré de Selenkow succomba 2 jours après l'opération.

Sur ces 32 cas de gastro-entérostomie pour lésions non cancéreuses de l'estomac et du duodénum, réunis par Dreydorff, nous comptons 7 insuccès, soit 21,8 p. 100.

Si nous passons aux pyloroplasties, nous constatons, tout comme à propos de la pylorectomie et de la gastro-entérostomie pour lésions non cancéreuses, que l'on n'a guère envisagé que la *sténose fibreuse* du

pylore, puisque, sur 29 cas de pyloroplastie mentionnés par Dreydorff, 27 fois l'opération est notée comme ayant été faite dans le cas de sténose fibreuse (cicatrice consécutive à l'évolution d'un ulcère rond ou bien à l'ingestion d'un acide).

Un cas de Carle et un autre de nous-même, cités par Dreydorff, se rapportent seuls à une simple contracture pylorique.

En se reportant à notre statistique des opérations des 7 chirurgiens cités plus haut (Kocher doit être mis hors de cause puisque nous n'avons pu obtenir la proportion de ses opérations pour lésions non cancéreuses), nous observons que la proportion des opérations pour carcinome a été de 61,4 p. 100 (146 cas) avec 47,9 p. 100 de mortalité, et la proportion des opérations pour lésions non cancéreuses de 38,6 p. 100 (92 cas) avec 26 p. 100 seulement d'insuccès, soit près de 12 p. 100 en faveur des opérations pour lésions inflammatoires.

Si nous classons ces 7 chirurgiens d'après la proportion de leurs interventions pour lésions non cancéreuses, nous obtenons le tableau de la page 377.

Nous tenons le premier rang avec 35,4 p. 100 d'opérations pour cancer et 67,6 p. 100 d'opérations pour lésions cancéreuses.

Ces chiffres démontrent sans ambiguïté que notre

CHIRURGIENS	OPÉRATIONS POUR CANCER		OPÉRATIONS POUR LÉSIONS NON CANCÉREUSES.	
	Nombre de cas.	Mortalité.	Nombre de cas.	Mortalité.
1. DOYEN	12 cas (32,4%)	6 morts (50%)	25 cas (67,6%)	7 morts (28%)
2. NOVARO	13 cas (43,3%)	8 morts (61,5%)	17 cas (56,7%)	3 morts (17,6%)
3. CARLE	12 cas (46,1%)	3 morts (25%)	14 cas (53,9%)	1 mort (7,1%)
4. LAUENSTEIN	13 cas (56,9%)	8 morts (61,5%)	11 cas (49,1%)	3 morts (27,2%)
5. CZERNY	35 cas (77,8%)	13 morts (37,1%)	10 cas (22,2%)	3 morts (30%)
6. BILLROTH	43 cas (79,7%)	23 morts (53,4%)	11 cas (20,3%)	7 morts (63,6%)
7. ROUX	18 cas (81,9%)	9 morts (50%)	4 cas (18,1%)	0 mort (0%)

Détail des opérations pour affections non cancéreuses.

	PYLORECTOMIE.		GASTRO- ENTEROSTOMIE.		ÉSECTION du tiers rouL.		PYLORPLASTIE.		GASTROPLASTIE.	
	Nombre d'opérations.	Mortalité.	Nombre d'opérations.	Mortalité.	Nombre d'opérations.	Mortalité.	Nombre d'opérations.	Mortalité.	Nombre d'opérations.	Mortalité.
1. DOYEN	6	2	15	3			3	2	1	0
2. NOVARO	2	1	5	1			10	1		
3. CARLE	1	0	1	0			12	1		
4. LAUENSTEIN	3	2	4	0			2	1		
5. CZERNY	4	2	3	1			3	0		
6. BILLROTH	5	3	3	1			3	3		
7. ROUX			1	0	1	0	2	0		
TOTAL GÉNÉRAL	23	10	32	6	1	0	35	8	1	0
92 opérés, avec 24 insuccès ; mortalité, 26 p. 100.		43,4%		18,7%		0%		22,8%		0%

objectif a toujours été la guérison des affections non cancéreuses de l'estomac, jusqu'alors réputées, pour quelques-unes d'entre elles tout au moins, incurables ou interminables.

Novaro et Carle ont opéré, comme nous, plus d'affections non cancéreuses que d'affections malignes, 56,7 p. 100 et 53,9 p. 100.

Lauenstein, Czerny, Billroth et Roux viennent ensuite avec les chiffres de 49,1 p. 100, 22,2 p. 100, 20,3 p. 100 et 18,1 p. 100 seulement d'interventions ne se rapportant pas à des cas de cancer.

OPÉRATIONS POUR CONTRACTURE SIMPLE DU PYLORE ET DILATATION DE L'ESTOMAC

Parmi les opérations pour lésions non cancéreuses, nous devons classer en deux chapitres différents les opérations pour **sténose vraie** et les opérations qui ont été entreprises pour remédier à une **contracture du pylore simple** réflexe d'un ulcère rond et compliquée ou non de dilatation de l'estomac.

Ces dernières interventions ont été en effet jusqu'ici exceptionnelles.

Sur 14 opérations pour lésions non cancéreuses Carle cite 5 cas où il a pratiqué la pyloroplastie ou la gastro-entérostomie pour dilatation simple de l'estomac avec sténose relative ou bien pour ulcère rond.

Sa première opération pour sténose relative du pylore fut une pyloroplastie et date de janvier 1890.

De notre côté nous relevons dans notre statistique, sur 25 opérations pour affections non cancéreuses de l'estomac, 14 opérations concernant de simples cas de contracture du pylore, sans trace de lésions cicatricielles, chez des sujets arrivés au dernier degré de la consommation ou bien atteints de souffrances intolérables, par suite de la persistance d'une dyspepsie rebelle (6 cas), d'un ulcère rond éloigné de la région pylorique (7 cas) ou bien d'un ulcère pylorique et duodénal avec hématémèses à répétition (1 cas).

Les pyloroplasties de Novaro sont notées dans les statistiques comme ayant été pratiquées dans des cas de sténose cicatricielle. De ce fait, elles ne rentrent pas au nombre des opérations pour simple contracture.

Les deux statistiques de quelque importance pour le traitement chirurgical des dyspepsies rebelles et de l'ulcère de l'estomac sont donc celles de Carle et la nôtre, qui comportent ensemble 20 cas (Carle 6,