

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 hématomésès 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,

Doyen 14). Les résultats ont été remarquables.

Les deux insuccès que nous relevons sur ces 20 cas ne sont en effet imputables qu'au mauvais état général des malades et à un accident opératoire désormais facile à éviter (DOYEN, *Pyloropl.*, obs. 2 et *Gastro-ent. défectueuse*, obs. 4).

Les résultats thérapeutiques ont été immédiats, les douleurs, les hématoméses ont disparu aussitôt après l'opération et le retour des malades à la santé a été aussi frappant chez les sujets atteints de simple contracture du pylore que chez les malades opérés de sténose cicatricielle.

**DU MEILLEUR MODE D'INTERVENTION
DANS LES CAS D'AFFECTION
NON CANCÉREUSE**

Afin de bien déterminer le meilleur mode d'intervention dans le cas de lésion non cancéreuse de l'estomac, nous avons réuni dans un tableau celles de ces opérations que nous avons pu relever dans la pratique des 7 chirurgiens mentionnés plus haut (Voy. p. 378).

On remarquera en lisant la première colonne que, sur 92 opérations pour affections non cancéreuses et pratiquées par 7 chirurgiens, la mortalité générale

est de 18,7 p. 100 inférieure à la mortalité des 641 cas de notre statistique.

La pylorectomie elle-même donne, pour la sténose non cancéreuse, 43,4 p. 100 d'insuccès au lieu de 56,6 p. 100, soit 13,2 p. 100 de moins.

La gastro-entérostomie, 18,7 p. 100 au lieu de 41,4 p. 100, soit le bénéfice énorme de 22,7 p. 100.

Si nous comparons d'autre part les chiffres qui se rapportent aux divers modes d'intervention, nous sommes frappés de la gravité relative de la résection du pylore par rapport à la gastro-entérostomie et à la pyloroplastie, qui donnent une proportion de succès de près de 80 p. 100, tandis que la pylorectomie pour affections non cancéreuses ne compte que 56 p. 100 de guérisons.

Ces chiffres nous conduisent à proscrire la pylorectomie, dans les cas d'affections non cancéreuses de l'estomac, comme étant une opération inutile et dangereuse.

De même, l'extirpation d'un ulcère rond demeurera toujours une opération d'exception, la suppression des hématoméses et la cicatrisation de l'ulcère après la gastro-entérostomie (Doyen¹ et Carle², 8 observations) ayant consacré définitivement la

1. 9 juin 1892.

2. Novembre 1892.

supériorité de ce mode d'intervention dans les cas d'ulcère gastrique ou duodénal.

La gastroplastie, telle que nous l'avons réglée, sera pratiquée dans les cas de rétrécissement de l'estomac en bissac.

Deux modes d'intervention demeurent ainsi en présence et se disputent le choix des chirurgiens dans les cas de sténose cicatricielle ou de contraction rebelle du pylore : *la pyloroplastie et la gastro-entérostomie*.

La *pyloroplastie* a été particulièrement pratiquée par Carle (12 cas) et Novaro (11 cas). La mortalité générale de cette opération, 18 p. 100 (10 succès sur 53 cas) est très faible, et se trouve inférieure de 22,6 p. 100 à la mortalité générale de la gastro-entérostomie (41,4 p. 100).

Ces avantages ne sont qu'apparents : si l'on consulte notre dernier tableau, on remarque en effet que, sur 32 gastro-entérostomies pour affections non cancéreuses, la mortalité n'a été que de 18,7 p. 100.

Entre les mains des mêmes chirurgiens, 35 pyloroplasties ont donné 22,8 p. 100 d'insuccès.

Devrons-nous conclure de ces chiffres que la pyloroplastie est plus grave que la gastro-entérostomie ? Pas le moins du monde. Nous avons fait rentrer parmi les pyloroplasties 3 « destructions

d'adhérences pyloriques avec ouverture de l'estomac », de Billroth, toutes 3 suivies de mort. Ces opérations ne sont en effet que des tentatives de *réfection du pylore ou pyloroplastie*.

Supprimons ces 3 cas, et nous aurons, en présence de 32 gastro-entérostomies avec 6 succès, soit 18,7 p. 100, 32 pyloroplasties avec 5 succès, soit 15,6 p. 100.

L'avantage demeure, malgré cette légère différence, à la gastro-entérostomie, si l'on considère que beaucoup de gastro-entérostomies ont été pratiquées dans des cas d'indurations étendues de la région pylorique, compliquées d'adhérences avec le foie, le colon, la vésicule, et où la pyloroplastie se fût montrée impraticable.

Les 3 succès de Billroth et l'un des nôtres (pyloroplastie n° 2) témoignent de la gravité de la pyloroplastie toutes les fois qu'il existe des lésions de quelque importance.

Ces 4 malades auraient probablement guéri si on eût pratiqué la gastro-entérostomie.

La pyloroplastie n'est d'ailleurs pas tout à fait inoffensive, et Novaro et Carle, dont les statistiques sont les plus favorables, ont perdu, sur 22 cas, 2 malades.

Cette proportion d'insuccès, bien que minime, est

relativement notable pour une opération que l'on présente comme inoffensive.

Nous pouvons opposer à ces 22 pyloroplasties avec 2 insuccès 16 cas de gastro-entérostomie par notre procédé avec 15 succès opératoires.

La pyloroplastie peut également être suivie, comme la pylorectomie typique, d'une récurrence de sténose pylorique par suite de la rétraction de la cicatrice, et plusieurs fois (CZERNY, DOYEN, etc.) il a été nécessaire de pratiquer une seconde opération (pylorectomie ou gastro-entérostomie) pour remédier à ce rétrécissement secondaire.

Le même accident peut arriver à la suite d'une gastro-entérostomie défectueuse : nous avons indiqué les moyens d'éviter toute complication de ce genre.

Nous concluons au rejet de la pyloroplastie, qui ne saurait être faite sans danger sérieux que sur le pylore sain et simplement contracturé.

La gastro-entérostomie offre sur la pyloroplastie, tout en étant aussi bénigne, l'avantage de convenir à tous les cas, sans exception, de sténose fibreuse ou de contracture du pylore. Elle remédie également aux lésions du duodénum, lésions qu'il est souvent impossible de reconnaître au cours même de la laparotomie.

L'orifice gastro-jéjunal est enfin bien plus favo-

rable à l'évacuation de l'estomac que le nouveau pylore créé par la pyloroplastie, et dont le seul effet immédiat est la libre évacuation des gaz de l'estomac, tandis que l'orifice gastro-jéjunal permet, aussitôt sa création, la complète évacuation des matières retenues dans l'antrum pylorique dilaté.