

ou de l'hypersécrétion. Les divergences constatées dans l'état du chimisme gastrique après gastro-entérostomie doivent dépendre de la structure variable de la muqueuse, dont, suivant les cas, les éléments glandulaires sont atrophiés ou au contraire hyperplasiés.

Le reflux de la bile dans l'estomac est une complication très fréquente après la gastro-entérostomie; on peut souvent extraire de l'estomac 50 à 100 centimètres cubes de bile ou des quantités beaucoup plus considérables. La bile tend à diminuer de quantité à mesure que l'on s'éloigne du jour de l'intervention. En tous cas, le reflux de la bile ne semble pas influencer notablement les fonctions digestives; les expériences de Dastre (1890), de Chlumskij (1898), etc., en font foi.

L'indication essentielle de la gastro-entérostomie est l'existence d'un obstacle à l'évacuation de l'estomac, prouvée par la constatation de la stase, c'est-à-dire de la présence dans l'estomac de résidus alimentaires le matin, après 12 heures au moins de jeûne. La stase seule est pathognomonique; la dilatation, quelle que soit son étendue, ne l'est pas.

L'obstacle à l'évacuation est le plus souvent une sténose pylorique vraie, parfois une sténose sous-pylorique (due à la lithiase biliaire, à un cancer ou rétrécissement du duodénum, une péritonite localisée, une bascule du foie). Toutes les sténoses sous-pyloriques ne nécessitent pas la gastro-entérostomie; certaines, celles où la sténose est due à une coudure, nécessitent d'autres interventions, s'adressant directement à la cause.

En définitive, c'est la sténose pylorique vraie qui est l'indication essentielle de la gastro-entérostomie, opération de choix pour les sténoses cicatricielles, de nécessité pour les sténoses cancéreuses, car, pour ces dernières, l'ablation de la tumeur constitue l'opération de choix quand elle est possible.

La gastro-entérostomie a été proposée et quelquefois pratiquée dans des cas de dilatation considérable de l'estomac, avec troubles profonds de la santé sans sténose. Son emploi dans ce cas est discutable, un traitement médical rigoureux et prolongé, voire même une intervention plus bénigne (gastrographie) pouvant améliorer les malades.

Dans le cas d'ulcère en évolution et rebelle au traitement médical, c'est-à-dire avec spasme, douleurs intenses, vomissements persistants, la gastro-entérostomie a été proposée et pratiquée; mais aujourd'hui on s'abstient d'opérer les ulcères qui ne sont pas compliqués de sténose.

Dans le cas d'ulcère en activité et compliqué d'hémorragie, on a également pratiqué la gastro-entérostomie. Il faut s'en abstenir dans les cas de grandes hémorragies; les résultats des opérations pratiquées dans ces conditions ont été déplorables; d'ailleurs, et cette raison suffit à contre-indiquer l'intervention, le traitement médical bien dirigé permet à lui seul de venir à bout de ces hémorragies. Par contre, l'intervention est justifiée dans les cas de petites hémorragies répétées, qui, elles, sont rebelles au traitement médical et entraînent une anémie grave compromettant l'existence.

La gastro-entérostomie a été pratiquée dans des cas d'hyperchlorhydrie et de gastro-succorrhée avec symptômes pyloriques (Doyen). Les résultats des opérations ont le plus souvent été très satisfaisants.

*Gastrectomie.* L'extirpation du pylore a été pratiquée pour la première fois

en 1879 par Péan, et l'opération fut suivie de mort; le premier cas de guérison appartient à Billroth (1880). Depuis, cette opération a été pratiquée un grand nombre de fois.

Au début, les résultats furent peu encourageants; bien que les statistiques aient donné un pourcentage de succès de plus en plus grand, dans ces dernières années, il n'en est pas moins vrai que la pylorectomie constitue une opération très grave et qui ne saurait être mise en balance avec la gastro-entérostomie.

Il est vrai qu'elle s'adresse habituellement à une affection, le cancer, dont le retentissement sur l'état général est considérable, et que trop souvent les malades sont opérés, de par la faute des médecins, à un moment où le mauvais état général et l'étendue des lésions compromettent le succès opératoire.

La mortalité opératoire était d'environ 55 pour 100 en 1898 (291 cas de pylorectomie réunis par Urbain Guinard dans sa thèse). Les statistiques de ces dernières années sont plus encourageantes, ce qui tient à ce que l'on s'est attaché surtout à n'opérer que des cas de cancer au début.

Quant aux résultats éloignés, ils sont également variables suivant l'époque de l'évolution du cancer à laquelle l'opération est pratiquée.

Dreidorf donne comme survie moyenne 11 mois, Mikulicz 16 mois, Krönlein 17 mois. On a signalé des cas de survie beaucoup plus longue: 5 ans (Krönlein), 6 ans (Von Hacker), 7 ans (Czerny, Löbker, Franck); ces cas sont, il est vrai, exceptionnels, mais ils sont incontestables; la nature de la tumeur avait été confirmée par un examen anatomo-pathologique des pièces.

Si l'on pouvait, avec certitude, reconnaître un cancer à son début, la gastrectomie serait assurément l'opération de choix; malheureusement le diagnostic précoce est le plus souvent impossible. Lorsqu'on perçoit la tumeur, il est le plus souvent trop tard pour intervenir utilement; aussi est-on autorisé, dans les cas douteux, à proposer une laparotomie exploratrice, qui ne fait pour ainsi dire courir aucun danger au malade et qui le plus souvent (mais non toujours) permet de porter un diagnostic positif.

La gastrectomie n'a pas été pratiquée uniquement dans les cas de cancer. On l'a employée également dans les sténoses non cancéreuses; mais les résultats, tant immédiats qu'éloignés, ont été mauvais, aussi lui préfère-t-on la gastro-entérostomie, à la fois moins grave et plus efficace.

On a renoncé également à la résection des ulcères en voie d'évolution, l'opération étant plus grave que la maladie elle-même.

C'est dans les sténoses anatomiques du pylore, cancéreuses ou non cancéreuses, que l'intervention chirurgicale trouve son indication majeure et la moins discutée. L'opération de choix dans ces cas est la gastro-entérostomie; ayant toute la valeur d'une opération curative dans le cas d'ulcère chronique, où elle réalise, mieux encore que le traitement médical, la mise au repos de l'organe malade, elle procure, dans le cancer, une amélioration que le traitement médical est impuissant à donner.

Les opérations radicales ayant pour but la résection du pylore cancéreux ou atteint d'ulcère, quelque brillants qu'aient été dans quelques cas les résultats obtenus, ne constitueront jamais que des opérations d'exception, en raison de leur gravité.

Est encore discutable l'opportunité de la gastro-entérostomie dans les gastro-