

pathies fonctionnelles : hyperchlorhydrie avec spasme du pylore, bien que dans ces cas encore l'intervention ait été assez souvent suivie d'un succès complet.

La pylorotomie et la gastro-entérostomie ne sont pas les seules opérations que l'on ait traitées. Rappelons que l'on a pratiqué encore l'exclusion du pylore, la dilatation du pylore, la gastropexie, la gastrorraphie, la gastropexie, etc.

Exclusion du pylore. Cette opération consiste à supprimer le passage des aliments à travers le pylore, par l'exclusion de ce pylore, au moyen d'une section de l'estomac près de la tumeur, suivie de sutures des deux surfaces de section, après une gastro-entérostomie préliminaire.

Cette opération, malgré des avantages théoriques, n'a été que rarement pratiquée, car elle complique singulièrement l'opération de la gastro-entérostomie qui en est le premier temps nécessaire.

Dilatation ou divulsion du pylore. Vulgarisée par Loreta de Bologne (1894). Cette opération est aujourd'hui abandonnée en raison de sa gravité.

Pyloroplastie. Cette opération, qui consiste à rendre au pylore rétréci ses dimensions normales, en suturant transversalement une incision longitudinale gastro-duodénale, a été pratiquée pour la première fois par Heinecke en 1886, et depuis dans un assez grand nombre de cas.

La mortalité est d'environ 15 pour 100; l'opération est uniquement indiquée pour les pylores atteints de rétraction fibreuse ou de spasme, c'est-à-dire dans les sténoses cicatricielles ou spasmodiques, lorsque le pylore est mobile, libre d'adhérences, et que ses parois sont suffisamment souples; elle est contre-indiquée dans le cas de néoplasme ou d'adhérences.

Gastrorraphie. Pratiquée par Bircher d'Aarau en 1891, et depuis, un certain nombre de fois, la gastrorraphie est une opération qui a pour but de diminuer par le plissement de la paroi un estomac dilaté.

Cette opération n'est évidemment applicable qu'aux dilatations indépendantes d'un obstacle pylorique, or, ces dilatations s'améliorent toujours sous l'influence du traitement médical; aussi la gastrorraphie, malgré les succès dont elle a été suivie, n'est que rarement indiquée; seul un état cachectique grave, reconnu comme étant la conséquence d'une grande dilatation, serait de nature à justifier l'opération.

Gastropexie. La gastropexie a été pratiquée par Duret et quelques autres chirurgiens pour remédier à la ptose de l'estomac. La même observation s'applique à cette opération qu'à la gastrorraphie; le traitement médical suffit dans les cas de ptose limitée à l'estomac.

Ajoutons que quand la ptose gastrique coïncide avec d'autres ptoses abdominales, qu'elle est nettement subordonnée à une cause générale, il serait illogique d'avoir recours à une intervention dont le résultat serait illusoire, étant données la complexité et la multiplicité des éléments morbides.

Gastro-anastomose. Opération imaginée par Wölfler, et consistant à établir une communication anastomotique entre les deux poches de l'estomac biloculaire.

Libération des adhérences. Surtout justifiée dans le cas d'adhérences localisées: la gastro-entérostomie conviendrait plutôt dans le cas d'adhérences étendues (Hartmann).

Avant de proposer une intervention chirurgicale, il faut :

1° Être sûr du diagnostic (les dyspepsies nerveuses graves en imposent parfois pour une affection organique);

2° Être certain que l'on a épuisé toutes les ressources d'un traitement médical rationnel.

La première condition ne peut toujours être réalisée, alors même que l'on a eu recours à tous les moyens propres à mettre sur la voie du diagnostic (examen du suc gastrique, du sang, insufflation de l'estomac, recherche de la stase, etc.). Aussi certains chirurgiens opèrent-ils les malades chez qui tout traitement médical s'est montré impuissant et chez qui des troubles graves et persistants, tels que douleurs intolérables, vomissements répétés, cachexie semblent légitimer une intervention. En tous cas, une laparotomie exploratrice est-elle licite dans les cas de ce genre.

En ce qui concerne les résultats opératoires et les résultats éloignés, il est évident que l'on doit établir une distinction absolue entre les affections cancéreuses et les affections non cancéreuses.

La mortalité opératoire est plus grande dans le cas de cancer que dans les affections non cancéreuses; elle tient en grande partie à ce que bon nombre de malades sont opérés à une époque déjà très avancée de l'évolution cancéreuse; la meilleure preuve en est fournie par ce fait que la mortalité est d'autant moindre que les malades bénéficiant d'un diagnostic précoce ont été opérés plus tôt. Les statistiques les plus récentes en font foi.

La mortalité opératoire dans les affections non cancéreuses, bien que d'une façon générale moins élevée que dans les cas de cancer, varie également dans des proportions considérables suivant le moment où les malades sont opérés; l'une des statistiques les plus récentes, celle de M. Hartmann (Congrès français de chirurgie, octobre 1902), en donne une preuve convaincante: tandis que la mortalité de ce chirurgien a été de 2,77 pour 100 pour les malades opérés dans de bonnes conditions, c'est-à-dire à temps, elle s'éleva environ à 24 pour 100 pour les opérations pratiquées tardivement.

Quant aux résultats éloignés, ils varient suivant de nombreuses causes: nature de la maladie, moment et nature de l'intervention, etc.... Nous pourrions les préciser plus utilement à l'occasion de l'étude particulière de chacune des affections contre lesquelles le traitement chirurgical a été proposé et appliqué.

E. — Traitement des gastrites chroniques en particulier.

Gastrite hyperpeptique : formes atténuées; formes graves.

— Pour obtenir la guérison de l'hyperpepsie il ne suffit pas de chercher à modifier le trouble chimique, c'est-à-dire à neutraliser le suc gastrique hyperacide; il faut surtout s'attacher à combattre la cause de la gastrite. Au sujet de cette cause, les opinions sont variables. La théorie anatomique a été soutenue par M. Hayem qui fait de l'hyperchlorhydrie la conséquence d'une gastrite parenchymateuse hyperpeptique: la théorie sécrétoire subordonnant l'hyperchlorhydrie à une excitation anormale des nerfs sécréteurs compte de son côté de nombreux partisans; enfin il n'est pas douteux que, dans certains cas, l'hyperpepsie ne soit la conséquence d'un retard dans l'évacuation gastrique déter-