Il nous faut maintenant examiner quels sont les moyens thérapeutiques dont nous pouvons disposer lorsque le cancer siège au pylore, ou bien lorsqu'il siège au cardia, ou bien dans une étendue plus ou moins grande des parois de l'estomac.

Cancer du pylore.

Le cancer du pylore est de beaucoup le plus fréquent (1), il entraîne, par l'obstacle qu'il amène au passage des substances alimentaires de la cavité stomacale dans l'intestin, une dilatation du ventricule et un amaigrissement rapide. La dilatation de l'estomac est tributaire, malgré la présence du cancer, du lavage de l'estomac; ce lavage permet, en effet, de nettoyer la muqueuse et de la débarrasser des causes d'irritation qui résultent du séjour prolongé des aliments; il faut donc la pratiquer dans la plupart des cas de cancer du pylore. Quant aux troubles de nutrition, vous pourrez y remédier dans une certaine limite, par les lavements alimentaires; les seuls lavements pouvant servir de nutrition sont, comme je vous le montrerai plus loin, à propos des maladies de l'intestin, les lavements peptonisés; c'est donc à eux que vous devrez avoir recours et, grâce à ces lavages et à ces lavements peptonisés (*a*), vous pourrez prolonger la vie de vos malades.

Cancer du cardia.

Le cancer, au contraire, siège-t-il au cardia? Ici les conditions sont différentes. L'estomac, au lieu d'être dilaté, est revenu sur lui-même et la dilatation, au contraire, porte sur

(1) Güssenbauer et Winiwarter ont montré que sur 903 cancers de l'estomac, ils en ont trouvé 542 limités au pylore. Sur ce nombre, 223 sans engorgements ganglionnaires, et 172 sans adhérences aux parties voisines. Leddherhose a fait une statistique analogue. Dans 60 cas de cancer de l'estomac, 39 fois le cancer était limité au pylore; 7 cas étaient seuls limités et isolés; 25 fois il y avait des nodules cancéreux dans d'autres organes (*a*).

(*a*) Voir t. Ier, *Traitement des maladies de l'intestin. — Leçon sur l'intestin au point de vue thérapeutique.*
(*b*) Güssenbauer, *Arch. de Langenbeck*, Bd XIX, p. 347.

la partie inférieure de l'œsophage. Nous n'avons pour lutter contre cette barrière, qui s'oppose à la descente du bol alimentaire dans l'estomac, que deux moyens thérapeutiques à notre disposition : d'abord, l'administration d'aliments liquides et ici les poudres de viande vous rendront de grands services, grâce à l'homogénéité de leur mélange avec les liquides, puis les lavements peptonisés comme dans le cas précédent.

On a aussi proposé le cathétérisme et la dilatation du rétrécissement du cardia. Il faut être très prudent dans l'emploi de pareilles manœuvres; il arrive malheureusement souvent que dans les explorations on perfore l'œsophage déjà aminci, soit par la dilatation dont il était le siège, soit par les lésions carcinomateuses qui l'atteignent. Cependant je fais une réserve pour la méthode préconisée par Krishaber (1), qui a proposé d'employer, dans le cas de cancer de l'œsophage, surtout de ceux qui siègent à la partie supérieure, une sonde à demeure, et qui, par cette méthode, a pu, pendant une année, faire vivre des malades qui eussent infailliblement succombé sans cette intervention. Cette sonde œsophagienne à demeure que l'on introduit par la narine peut être d'un calibre relativement petit, puisque, par les mélanges avec les poudres alimentaires, nous pouvons passer à travers les canaux les plus étroits.

Quand le cancer siégera dans d'autres points de l'estomac,

(1) Krishaber introduit par la narine une sonde en caoutchouc, ou bien une sonde en gomme. Lorsque le rétrécissement est très étroit il commence d'abord par introduire la sonde en gomme qui est résistante, mais au bout de quelques jours il la retire et la remplace immédiatement par la sonde molle en caoutchouc. De plus, il a démontré que l'œsophage tolère une sonde à demeure indéfiniment et a montré, par une série d'observations, des cas de cancer de l'œsophage où cette sonde est restée à demeure pendant 305 jours, 165 jours et 251 jours (*a*).

(*a*) Krishaber, *De la sonde œsophagienne à demeure* (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1882, et *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1881).

nos indications thérapeutiques dépendront des phénomènes qui se présenteront. Lorsque les vomissements font défaut, et, n'oubliez jamais ce fait qu'il existe un grand nombre de cas de carcinome stomacal, même avec tumeur, qui n'ont jamais présenté, aux périodes les plus avancées de la maladie, des vomissements, dans ces cas, vous devrez surtout employer les aliments qui réclament le moins d'action digestive de la part de l'estomac. D'abord le lait, puis certaines poudres féculentes, telles que la farine de lentilles cuite ou maltée mélangée à une quantité variable de poudre de viande. Lorsque les douleurs ou crises douloureuses sont très vives, usez des injections de morphine, et si l'abus de ces injections est à craindre chez les personnes qui ne présentent pas une lésion grave de l'organisme, je ne vois pas d'inconvénient à ce que le cancéreux devienne morphinomane. Grâce à la morphine, la vie renaît, les douleurs disparaissent, et on voit après chaque piqûre une sorte de résurrection se produire chez les cachectiques.

Rappelez-vous ce malade qui est resté si longtemps dans notre service, salle Saint-Charles, n° 21 ; cet homme était arrivé au degré le plus élevé de la cachexie, due à un cancer de l'estomac; il mourait véritablement de faim, se refroidissant peu à peu et ne trouvant quelque soulagement que dans les injections de morphine, qui, disait-il, le réchauffaient, ranimaient sa température et son pouls, et le faisaient revivre. C'est là, messieurs, une des actions toniques les plus évidentes de la médication morphinée ; n'hésitez donc pas à pratiquer ces injections, faites-les assez nombreuses pour apaiser les douleurs et ne craignez pas d'atteindre des doses élevées.

On a proposé, contre le cancer, d'autres traitements ; on a vanté particulièrement les préparations de ciguë, les cataplasmes de feuilles appliquées sur la région malade et les

pilules à l'intérieur. Tous ces moyens ont été essayés et jamais ils n'ont produit, que je sache, un seul cas de guérison ou même d'amélioration du cancer ; je crois donc qu'il faut les abandonner. J'en dirai autant des autres prétendus spécifiques, condurango ou autres, qui jamais n'ont donné de résultats favorables.

Il me reste maintenant à vous dire quelques mots de l'intervention chirurgicale dans le traitement du cancer de l'estomac.

De l'intervention chirurgicale.

La hardiesse et l'assurance légitimes données aux chirurgiens modernes par la perfection des méthodes antiseptiques, les a engagés à intervenir activement dans la cure du cancer de l'estomac, et suivant le siège de la tumeur diverses opérations, répondant chacune à des indications spéciales, ont été proposées.

De la gastrotomie.

Labbé et Félizet ont posé les règles de la *gastrotomie*, opération qui a surtout été faite pour retirer des corps étrangers ; mais on a proposé de pratiquer cette opération pour permettre de dilater l'orifice pylorique obstrué par une tumeur. Mais ici plusieurs procédés ont été employés pour la dilatation du pylore ou du cardia, tantôt la dilatation lente, tantôt la dilatation brusque préconisée par le professeur Loréta (de Bologne) et qui se pratique en introduisant dans l'orifice les deux index qu'on écarte comme pour une dilatation anale. On a aussi proposé la dilatation rapide sans ouverture de l'estomac, faite en introduisant dans l'orifice pylorique, le doigt coiffé de la paroi antérieure de l'estomac.

Gastrectomie.

Pratiquée pour la premiere fois en France par Péan (1), puis en Allemagne par Billroth, Rydygier, Esmarch, Kitajewski, etc., etc. ; en Italie par Torelli, Gavazzini, et au Brésil par Fort, la résection des tumeurs de l'estomac, ou gastrectomie, malgré les quelques succès qu'elle a donnés, me paraît, jusqu'à nouvel ordre, bien difficile à appliquer à la

cure des cancers de l'estomac, et cela pour bien des raisons. Sans faire entrer en ligne de compte les difficultés du manuel opératoire de la gastrectomie, je signalerai surtout deux causes d'échec : d'abord l'état de misère physiologique dans lequel se trouvent les malades atteints de cancer de l'estomac, état tel qu'il leur est impossible de réagir après une opération aussi longue, aussi grave, et aussi prolongée; puis, l'impossibilité d'affirmer qu'il n'existe pas d'autres tumeurs cancéreuses dans les parties profondes de l'abdomen. Ce sont là, je le répète, des conditions qui doivent nous rendre très peu enthousiastes pour la vulgarisation de la gastrectomie.

Gastrotomie. Il n'en est pas de même de la gastrostomie, c'est-à-dire de l'établissement d'une ouverture permanente dans les parois de l'estomac. C'est là une opération beaucoup plus logique et qui a fourni de nombreux succès. Cette gastrostomie peut être pratiquée, et cela d'une façon différente dans deux cas, lorsqu'il existe un rétrécissement de l'œsophage et du cardia, ou bien lorsqu'il existe un obstacle au pylore.

Dans les rétrécissements de l'œsophage et lorsque ce conduit devient imperméable, la gastrostomie s'impose, et l'on comprend que l'on puisse ainsi entretenir la vie par une fistule stomacale; la curieuse observation du professeur Verneuil sur Marcelin nous montre tous les bénéfices de cette gastrostomie et si, dans les rétrécissements fibreux, elle ne nous donne pas toujours d'aussi bons résultats, c'est qu'on tarde trop pour intervenir, et le malade, épuisé par une abstinence prolongée, ne peut résister à un traumatisme chirurgical.

Je crois cette opération parfaitement indiquée dans les cas de cancer du cardia et de l'œsophage. Il est, en effet, des affections cancéreuses qui deviennent graves non pas par

l'étendue de leur lésion, mais parce qu'elles deviennent un obstacle insurmontable au fonctionnement régulier d'organes indispensables à la vie. Un cancer de très faible étendue situé au pylore ou au cardia amène la mort par abstinence, et l'on comprend que l'on pourrait, en créant de nouvelles voies, prolonger pendant quelques années la vie des patients.

Lorsque l'obstacle siège au pylore, l'intervention chirurgicale est toute différente, et la gastro-entérostomie consiste à établir une nouvelle bouche à l'estomac, non plus au dehors, mais bien avec une nouvelle anse intestinale. Déjà Surmay (de Ham) (1) avait proposé de pratiquer une bouche au duodénum, et il avait fait cette opération dans mon service chez une jeune femme de vingt-quatre ans atteinte de cancer du pylore. L'opération proposée par Billroth me paraît constituer un progrès notable sur la précédente.

Cette opération consiste à adosser une anse intestinale, la plus proche possible du duodénum, à la paroi de l'estomac et à établir ensuite une communication entre ces deux cavités, constituant ainsi un véritable anus contre nature entre l'estomac et l'intestin. Cette opération permet, en effet, tout en créant un nouveau pylore, de ne point perdre la sécrétion, si importante pour la digestion, de la bile et du suc pancréatique, qui continue à se faire par le bout supérieur de l'intestin.

(1) Surmay a indiqué le manuel opératoire qui permet d'arriver sur la troisième partie du duodénum, d'ouvrir cette portion et de la fixer aux parois de l'abdomen. Par cette bouche intestinale on introduirait des aliments peptonisés dans l'intestin. Cette opération a été pratiquée, le 19 juin 1879, chez une jeune femme de vingt-quatre ans qui présentait une tumeur cancéreuse mobile du pylore. La malade a succombé le lendemain, 20, à trois heures de l'après-midi. L'autopsie a permis de constater que la sonde qui avait été introduite par Surmay était bien placée dans la première portion de l'intestin grêle (*a*).

(*a*) *Académie de médecine*, 1878.

C'est cette opération que l'on devra pratiquer toutes les fois qu'il existe un obstacle pylorique à peu près complet, et, pour ma part, j'ai vivement regretté, dans deux cas où j'avais diagnostiqué un rétrécissement non cancéreux du pylore, que l'opération n'eût pu être faite, l'autopsie m'ayant révélé la véracité de mon diagnostic. Je crois de plus que, dans certaines formes de cancer du pylore sans symptôme cachectique, cette opération peut se proposer, car, laissant intacte la tumeur, elle n'entraîne pas les désordres graves de la gastrectomie. Malheureusement, comme dans le rétrécissement de l'œsophage, nous ne proposons cette opération qu'aux périodes ultimes de la maladie, et lorsque le malade ne peut résister aux suites d'une pareille opération.

De tout ce que je viens de vous dire, il résulte en somme, que l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'estomac doit être limitée à deux opérations seulement : la résection du pylore et la gastro-entérostomie. De toute façon, le choix de l'opération ne pourra être fait qu'après avoir préalablement pratiqué la laparotomie. Si le cancer est limité au pylore et qu'il n'y ait pas d'adhérences, on peut faire la résection du pylore et suturer l'estomac au bout devenu libre du duodénum ; ce serait là une cure radicale ; mais cette opération étant rarement possible il faut alors avoir recours à la gastro-entérostomie qui, comme son nom l'indique et comme je vous l'ai dit, veut dire l'abouchement d'une anse intestinale avec l'estomac.

Il me resterait encore à décrire, pour compléter ces leçons, le traitement de l'embarras gastrique ; mais ici la scène gastrique occupe le second rang, il y a un état général le plus souvent fébrile, et je me propose de vous parler de ce traitement lorsque je m'occuperai de la thérapeutique des états muqueux (*a*).

(*a*) Voir t. III, *Traitement des fièvres. — Leçon sur la fièvre typhoïde.*

Comme vous le voyez, le traitement des affections stomacales, en général, exige beaucoup de la part du médecin ; il réclame de lui des connaissances cliniques approfondies, afin de pouvoir juger et grouper les différents symptômes présentés par le malade et en connaître l'origine et la marche ; il réclame aussi de grandes notions pharmacologiques, afin de pouvoir varier et changer les différents médicaments et les approprier à chaque état ; il réclame enfin une étude complète et sérieuse de l'hygiène, pour établir d'une façon scientifique et raisonnée les bases d'un régime approprié à chacune des formes de dyspepsie. Joignez à tout cela la persistance, l'énergie et la patience indispensables pour maintenir la médication ordonnée, et vous comprendrez combien, dans la cure des affections de l'estomac, le savoir, le talent et l'art du médecin sont nécessaires.

Dans une autre série de leçons, je me propose, messsieurs, de compléter cette étude du traitement des affections de l'estomac par celle de la thérapeutique des maladies de l'intestin.