

savoir si la laparotomie doit se faire sur la ligne médiane ou dans le triangle de Labbé? Je n'hésite pas, avec Terrier, Jalaguier et la majorité des chirurgiens, à conseiller l'incision sur la ligne médiane.

Précepte important : on tâchera d'attirer l'estomac au dehors et d'opérer à ciel ouvert, après avoir entouré l'organe et bordé les lèvres de l'incision avec des compresses aseptiques.

Une fois l'estomac bien isolé, on fera une large incision, de préférence avec le thermocautère, et on ne craindra pas de se donner du jour pour pouvoir extraire le corps étranger sans exercer la moindre violence.

L'incision porte, bien entendu, sur une région peu vasculaire et évite les vaisseaux apparents. Il reste ensuite à suturer l'estomac en renversant vers la cavité du viscère les bords de la plaie. Un premier surjet embrasse la muqueuse sans craindre de prendre un peu de musculature, puis, par une suture à la Lembert, on adosse les séreuses des deux bords sur une largeur d'un centimètre environ. La suture terminée il reste une saillie linéaire dans l'intérieur de l'estomac.

Cette fermeture hermétique est de règle absolue : au début, Labbé, Félizet avaient laissé à dessein une fistule gastrique qui persista fort longtemps.

Quand l'estomac n'est pas altéré, non seulement l'occlusion complète est de règle, mais tout drainage doit être proscrit.

Les jours qui suivent l'opération, on se bornera à faire avaler quelques morceaux de glace ; on calmera la soif avec de grands lavements et on prescrira une diète absolue de liquides et de solides pendant quarante-huit heures.

Si l'on est appelé auprès du malade alors que l'estomac a été perforé par le corps étranger, ce qui a donné naissance à une infection localisée autour du viscère, la conduite à tenir n'est pas la même. L'incision de la paroi abdominale doit porter au centre même de l'abcès, au milieu du gâteau, et, lorsque le pus et le corps étranger ont été évacués, on se gardera de chercher à suturer l'orifice gastrique. Les manœuvres nécessitées par cette suture risqueraient de détruire la barrière protectrice qui limite l'infection ; on se bornera donc à tamponner légèrement avec de la gaze et, presque toujours, on verra la plaie stomacale se fermer spontanément les jours suivants.

II. — CANCERS DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM.

Il n'est pas question ici des cancers qui siègent au cardia et l'oblitérent. Ce sont, à proprement parler, des cancers de l'œsophage, et même, s'ils siègent sur l'estomac, le fait seul qu'ils touchent au cardia pour l'obstruer leur donne l'allure clinique et comporte les

indications thérapeutiques des rétrécissements néoplasiques de l'œsophage (1).

Il faut séparer en deux classes les cancers de l'estomac, suivant qu'ils intéressent une des faces de l'estomac ou la région pylorique. Au point de vue chirurgical, cette distinction est capitale, les premiers ne relevant que de la gastrectomie.

Pour ce qui concerne l'anatomie pathologique, l'étiologie et l'histoire des cancers de l'estomac, je renvoie au *Traité de médecine* de Brouardel (2) ; je ne parle ici que de la clinique, du diagnostic et des indications thérapeutiques chirurgicales.

Étude clinique. — Rien n'est plus variable que l'aspect clinique du cancer de l'estomac. Une des principales causes de ces différences symptomatiques tient au siège de l'épithélioma. L'âge joue aussi un grand rôle : le vieillard réagit peu et l'on n'est pas surpris de voir chez lui l'affection évoluer sans fracas, mais il en est de même pour les sujets de trente ans et au-dessous ; on ne songe pas au cancer à cet âge, ce qui est déjà une cause d'erreur, mais, de plus, chez les jeunes sujets, l'estomac peut être profondément atteint sans qu'il y ait ni vomissements, ni hématomésés, ni tumeur, ni cachexie ; et pourtant, comme pour les cancers de tous les autres organes, la rapidité de la marche est en raison directe de la jeunesse du malade.

C'est au pylore que se rencontre le plus souvent le cancer ; 60 fois sur 100, dit Orth, 66 fois sur 100, dit Mathieu, en se fondant sur une statistique comprenant 662 cas, empruntés à divers auteurs. La petite courbure est, après le pylore, le plus souvent atteinte ; 10 fois sur 100, seulement, l'épithélioma siège sur la grande courbure ou les faces.

La grande caractéristique anatomique du cancer pylorique est l'énorme *dilatation de l'estomac*, qui peut atteindre des proportions extraordinaires comme dans la figure 26, et la caractéristique clinique est le *vomissement*. En un mot, ce qui domine, dans l'histoire de cette affection, ce sont les signes de sténose ; c'est pour cela que les cancers latents, qu'on rencontre dans les autopsies, occupent toujours la petite courbure ou les faces de l'estomac.

Un certain nombre de signes fonctionnels peuvent pourtant exister dans le cancer en plaques ; d'abord tous les phénomènes subjectifs de dyspepsie, l'anorexie générale ou élective, c'est-à-dire portant sur tous les aliments sans distinction, ou seulement sur un seul, la viande ou le vin par exemple ; la douleur avec ses irradiations variées et son exacerbation par l'ingestion des aliments, les hématomésés et les vomissements alimentaires ou pituiteux, enfin, les troubles intestinaux et surtout la constipation due à la diminution de l'alimentation. De même, les signes physiques peuvent être observés dans le cancer non

(1) Voy. l'article de M. Michel Gangolphe, vol. VI de ce *Traité*.

(2) Voy. l'article de MM. G. HAYEM et G. LION, t. IV, p. 470.

orificiel de l'estomac; la dilatation, sans être aussi constante et aussi considérable que dans le cancer pylorique, peut être très appréciable; la tumeur peut être accessible à la palpation, le foie est aussi bien envahi secondairement, ainsi que les ganglions lymphatiques; ces derniers sont dégénérés soit dans l'abdomen, soit à distance; on



Fig. 26. — Photographie destinée à montrer à quel degré de dilatation peut arriver l'estomac dans le cancer du pylore (cas observé à l'hôpital Lariboisière). (Photographie communiquée par M. le docteur Georges Tissot.)

conçoit que le siège du mal est indifférent pour la production de ces adénopathies, qui se montrent souvent dans le creux sus-claviculaire ou dans les aines, comme Troisier l'a souligné avec insistance, après Virchow. Enfin, il est clair que la chimie stomacale sanguine et urinaire est la même dans tous les cas, ainsi que les stigmates de la cachexie cancéreuse, la teinte jaune-paille de la peau, l'asthénie générale, l'hypocondrie, etc.

Le siège du mal au pylore peut donc s'accompagner de tous les signes précédents, mais ce qui prédomine c'est la sténose et ses con-

séquences: dilatation énorme de l'estomac, vomissements qui arrivent à être incoercibles et mènent à l'inanition progressive.

Diagnostic. — D'abord, dans nombre de cas, le diagnostic est absolument impossible; aucun signe n'est pathognomonique et la coexistence de plusieurs d'entre eux peut même donner le change; je l'ai surabondamment démontré dans mon Mémoire de 1892 (p. 96). Il y a pourtant un intérêt primordial à faire un diagnostic précoce pour ne pas avoir à intervenir à une période trop avancée de la maladie. Voyons donc les moyens à mettre en œuvre pour serrer d'aussi près que possible le diagnostic et dépister les cancers qui ne se manifestent pas par des symptômes patents. J'y insiste d'autant plus volontiers que les médecins ont, je ne sais pourquoi, une tendance à en négliger l'emploi.

1° L'USAGE DES POUDRES EFFERVESCENTES rend des services. Billroth put arriver à sentir une tumeur qui, jusqu'alors, s'était dérobée à l'examen (1). Voici comment on opère: on fait avaler au malade une cuillerée à bouche d'acide tartrique en poudre puis, immédiatement après, une cuillerée à bouche de bicarbonate de soude avec un peu d'eau; on a soin d'avoir à portée une cuvette pour les vomissements; on voit aussitôt, le malade étant couché, l'estomac se dessiner sous la paroi abdominale. Si la distension, trop forte, devient douloureuse, il suffit de faire asseoir le malade pour que l'acide carbonique, en excès, s'échappe bruyamment par l'œsophage. Pour ma part, j'ai abandonné ce mode d'investigation et je n'ai plus recours qu'aux insufflations d'air, qui donnent le même résultat et sont moins pénibles pour le patient.

2° INSUFFLATIONS D'AIR. — Angerer (2) employait une sonde œsophagienne, mais j'ai simplifié beaucoup, ce qui met le procédé à la portée de tous les praticiens. Je me sers uniquement de la soufflerie du thermocautère en détachant le tube en caoutchouc de l'ajutage du bouchon. Le malade avale facilement ce tube et quelques coups de poire suffisent pour gonfler à volonté l'estomac. On peut ainsi déceler une tumeur inaccessible auparavant et, inversement, si la tumeur, qu'on sentait avant l'insufflation, disparaît quand l'estomac est dilaté par l'air, c'est qu'elle siège sur la paroi postérieure. Chez une femme du service de Peyrot, l'insufflation nous a montré que l'estomac était extrêmement rétracté et que l'air passait sans s'arrêter jusque dans le duodénum et le jéjunum; cette simple constatation m'empêcha de prendre le bistouri, et l'autopsie montra que l'estomac, en totalité envahi par le néoplasme, était rigide, cartonné, béant à la coupe, ce qui contre-indiquait toute intervention. Ce mode d'exploration, si simple, si innocent, si pratique, doit se généraliser.

3° GASTROSCOPIE. — Mikulicz a beaucoup vanté l'examen gastro-

(1) Cité par VON HACKER, *Soc. de méd. de Vienne*, mars 1884.

(2) ANGERER, *Centralblatt für Chir.*, 1889, n° 29, p. 57.

scopique qui, dit-il, lui a rendu souvent de grands services. Avant de pouvoir retirer quelques fruits de l'examen d'un estomac malade, il faut, bien entendu, avoir étudié au gastroscope un grand nombre d'estomacs sains et connaître parfaitement l'aspect de la muqueuse normale.

Chez l'homme sain, le pylore, vu au gastroscope, se présente sous la forme d'une fente linéaire; souvent les lèvres de cette fente sont un peu écartées, de sorte qu'on aperçoit une ouverture ovale ou même arrondie. Ses bords sont tapissés par une muqueuse plissée, de coloration rosée. Les plis de la muqueuse sont très importants à examiner, car, dans l'estomac sain, ils changent constamment de forme et de place à cause de la forte musculature sous-muqueuse; il en résulte que l'aspect de la région pylorique saine, vue au gastroscope, varie d'un instant à l'autre, par suite des contractions de la tunique musculuse et de ses mouvements vermiculaires.

Dans le cancer du pylore, le jeu des muscles pyloriques fait défaut, en sorte que l'aspect est tout différent; la région paraît lisse et unie; les plis manquent complètement; de plus, la muqueuse est pâle et comme anémiée ou, au contraire, de couleur foncée et comme cyanosée. Je crois que ce mode d'exploration ne saurait se généraliser beaucoup.

La *radioscopie* ne donne pas de résultats appréciables, jusqu'à présent du moins.

Reste enfin la ressource précieuse de la *laparotomie exploratrice* qui, seule, donne des résultats certains.

Cela dit pour les cas où le diagnostic est difficile ou impossible, examinons ceux dans lesquels l'existence du cancer de l'estomac est vérifiée; il est important, avant de prendre le bistouri, de connaître 1° le volume de la tumeur; 2° son siège; 3° son degré de mobilité; 4° sa nature.

1° VOLUME DE LA TUMEUR. — On peut ériger en règle absolue que la tumeur est toujours, en réalité, beaucoup plus grosse qu'on ne l'avait supposé à l'examen, même lorsque l'exploration a été faite pendant l'anesthésie; cette observation a été signalée par tous les chirurgiens avec Courvoisier, Czerny, Kilajewski, Richter, etc.

2° SIÈGE DE LA TUMEUR. — On se rappellera que le pylore est presque sur la ligne médiane et que ses tumeurs sont accessibles au-dessous de l'ombilic; dès que la tuméfaction fait saillie à gauche, du côté de l'hypocondre ou des côtes, on peut être assuré que les faces de l'estomac sont envahies, mais là, c'est l'étude clinique qui fournit les renseignements les plus précieux, les signes de sténose caractérisant les tumeurs pyloriques. Rappelons que les insufflations d'air permettent de reconnaître les tumeurs de la face postérieure.

3° MOBILITÉ DE LA TUMEUR. — Pour peu que la maladie soit caractérisée, la tumeur adhère aux organes voisins, au foie, au côlon, au

pancréas surtout; c'est au point que, naguère encore, on se demandait s'il existe jamais des cancers du pylore *réellement* mobiles, sur les parties profondes. En étudiant le relevé de 300 observations, j'ai constaté que 14 fois seulement la tumeur a été trouvée mobile après la laparotomie. Cependant, il n'est pas rare, à l'examen du malade, de croire la tumeur « mobile », « très mobile », « d'une mobilité extrême », pour employer les diverses expressions des auteurs; mais une fois la cavité abdominale ouverte, on n'est pas peu surpris de voir cette extrême mobilité changée en extrême adhérence; la vérité est que, pour les tumeurs volumineuses, le pylore est d'ordinaire soudé à des ganglions rétro-gastriques dégénérés, à la colonne vertébrale et à tous les organes du voisinage; on ne saurait donc trop répéter que la mobilité appréciée par la palpation n'a aucune valeur diagnostique. Socin a beaucoup insisté sur l'importance de la mobilité dans le sens vertical, mobilité de haut en bas qui indique formellement, d'après lui, que la tumeur n'adhère pas au pancréas; mais j'ai multiplié les observations qui démontrent que ce symptôme n'a aucune signification (*loc. cit.*, p. 91).

En somme, il n'y a qu'un moyen vraiment sûr, c'est la *laparotomie exploratrice*.

L'insufflation de l'air dans l'estomac permet de diagnostiquer les adhérences du pylore au pancréas, car, en pareil cas, le pylore, au lieu de se déplacer, reste immobile avec sa tumeur; mais on ne peut pas conclure à la mobilité de la tumeur de ce que le pylore se déplace ou semble se déplacer pendant l'insufflation; car il peut alors adhérer à des organes mobiles eux-mêmes, comme le foie ou le côlon, etc.

4° NATURE DE LA TUMEUR. — Jusqu'à ces derniers temps, même après la laparotomie, la main sur l'estomac, on a fait des erreurs d'interprétation; certains ulcères anciens s'entourent d'une zone hyperplasique si épaisse et si dure qu'on les a pris pour des épithéliomas. Billroth, Hahn, Fritzsche, Kussmaul, Salzer, Ortmann, Southam et, tout récemment, Chaput en ont cité des exemples. Ces tumeurs hypertrophiques sous-ulcéreuses peuvent acquérir le volume d'un œuf de poule (Fritzsche), d'une pomme (Hahn).

Un enfant de quinze ans, opéré de pyloréctomie par Goldenhorn et Bolatschewski, avait, sur le pylore, « une tumeur dure, mobile, grosse comme une pomme », avec « plusieurs ganglions épiploïques engorgés ». Le malade guérit, et l'examen de l'anneau duodéno-stomacal enlevé montra que le pylore était le siège d'un ulcère ancien cicatrisé.

En résumé, de tout ce qui précède, il résulte que le diagnostic est souvent impossible et que, lorsqu'il est fait, tous les moyens d'investigation connus sont insuffisants pour donner des renseignements utiles pour l'intervention chirurgicale. La conclusion est facile à deviner; il faut user dans une large mesure de la laparotomie explo-

ratrice et, pour ce faire, c'est au chirurgien à démontrer que cette opération, pratiquée proprement, est d'une bénignité absolue. Si le médecin est convaincu, il se décidera à nous amener de bonne heure des malades qui bénéficieront d'une intervention précoce.

Traitement. — J'ai la satisfaction d'avoir rapporté de l'étranger une opération d'origine française, la *pylorectomie*, et d'avoir contribué à acclimater chez nous la gastro-entérostomie, une des plus brillantes conceptions de la chirurgie moderne. Ce qui a retardé, en France, la vulgarisation rapide de ces opérations, c'est que, au début, elles n'ont porté que sur des cancéreux arrivés au dernier degré de la cachexie et de l'émaciation. Les résultats de la pylorectomie, dans ces fâcheuses conditions, n'étaient guère encourageants; la mortalité opératoire a diminué de jour en jour; elle était de 80 p. 100 quand Le Fort écrivait: « Je regarde la résection de l'estomac cancéreux, comme une détestable opération que je repousse énergiquement. » En 1882, elle était de 71,43 p. 100 et, en 1892, la totalité des cas publiés ne donnait plus que 57,71 p. 100 de léthalité. La proportion n'a cessé de diminuer depuis, mais elle sera toujours relativement élevée (entre 40 et 50 p. 100) en raison de l'état des malades auxquels elle s'adresse. On n'arrivera à un pourcentage satisfaisant que lorsqu'on se résignera à ne pratiquer la gastrectomie que sur des indications bien précisées.

1° Indications de la gastrectomie. — Cette opération de Péan mérite-t-elle le nom de cure radicale par opposition à la gastro-entérostomie considérée comme une simple opération palliative; en d'autres termes, faut-il mettre en parallèle ces deux opérations en regardant la première comme « une cure radicale »? Je n'ai rien à changer, sur ce point, à ce que j'écrivais en 1892 (p. 76): « Il n'y a pas d'opération curative contre le cancer de l'estomac... Pour un cancer du sein, de la lèvre ou de la langue, le chirurgien peut être consulté à une période très rapprochée du début du mal. Il a la tumeur dans la main, sous les yeux; il peut en apprécier d'emblée le volume et les connexions; il explore aisément les départements ganglionnaires correspondants; il a presque toujours, en somme, la possibilité de faire une opération précoce; de plus l'opération est d'une bénignité absolue dans tous les cas de cancers accessibles que j'ai choisis comme exemples; dans ces termes-là, on conçoit, à la rigueur, que l'opération précoce et large, puisse être curative. »

Rien de pareil pour le cancer de l'estomac.

La tendance actuelle est d'opérer de très bonne heure et de se placer, par conséquent, dans les conditions favorables que j'indique dans les lignes précédentes. Il est certain que si la tumeur est petite, mobile, unique, sans retentissement ganglionnaire, sans semis péritonéal, c'est la gastrectomie qui est l'opération de choix; mais il faut se garder de prendre un parti ferme avant d'avoir constaté, *de visu*, l'état des organes. Je connais nombre d'insuccès dus à ce que le chi-

rurgien s'est laissé aller à faire une gastrectomie résolue d'avance, alors que la laparotomie décelait des adhérences ou une étendue telle de la tumeur que la gastro-entérostomie seule était indiquée.

Ce qui, le ventre ouvert, contre-indique le plus formellement la gastrectomie, c'est: 1° la *généralisation aux organes voisins ou au péritoine*, 2° les *adhérences étendues et solides*.

Quand une de ces deux éventualités se présente, c'est folie de s'acharner à enlever les parties malades; mais, je souligne le fait, ce n'est pas l'étendue du cancer sur l'estomac qui arrête le chirurgien, car on peut enlever ce viscère en totalité à condition qu'il ne soit pas trop adhérent. Nous verrons plus loin qu'on peut, à la rigueur, extirper l'estomac en entier, même s'il est physiquement impossible de rapprocher le duodénum de l'extrémité cardiaque. Schlatter a dû suturer une anse jéjunale à l'œsophage et le malade a bien guéri. On fera donc, suivant le cas, une *gastrectomie en plaque* ou une *gastrectomie circonscrite* que j'appelle aussi *gastrectomie annulaire* (Voy. plus loin, p. 458). Plusieurs statistiques personnelles sont très encourageantes; pour n'en citer qu'une, Kocher (1), sur douze malades, opérés par son procédé (pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie), ne compte qu'une mort opératoire; il avait été obligé, dans ce cas, de lier l'artère hépatique et le malade succomba à une nécrose du foie. Pour les onze autres, il n'y avait, huit mois après, qu'un cas de récurrence locale et un cas de cancer du rectum. Terrier et ses élèves ont de la tendance à poursuivre par l'ablation même les cancers de l'estomac qui ne s'accompagnent pas d'accidents de sténose. Je n'ai aucun enthousiasme à enlever sur une des faces de l'estomac, un noyau cancéreux accessible à la palpation, mais qui ne donne aucun accident fonctionnel; c'est, en vérité, faire subir au malade une opération, grave quoi qu'on dise, sans aucune chance de cure radicale, l'opéré restant cancéreux, après comme avant l'opération. Aussi, mes tendances sont inverses, et, pour peu qu'il y ait des envahissements ganglionnaires locaux ou à distance, pour peu que les adhérences me paraissent devoir compliquer notablement l'ablation, c'est à la gastro-entérostomie que je donne la préférence.

2° Indications de la gastro-entérostomie. — Elle est indiquée toutes les fois qu'on ne peut pas, pour une des raisons citées plus haut, pratiquer la gastrectomie. Elle n'a absolument qu'une contre-indication, c'est l'impossibilité qu'il y a parfois à trouver sur les faces de l'estomac une région indemne.

Lorsque le cancer a envahi la totalité de l'organe, comme je l'ai observé deux fois, il n'y a absolument qu'à refermer l'abdomen. En dehors de ces cas exceptionnels, l'opération de Wolfler reste une

(1) KOCHER, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895.

opération palliative merveilleuse. Comme pour la gastrectomie, la mortalité de la gastro-entérostomie tend sans cesse à décroître, d'abord parce qu'on fait des opérations plus précoces et parce que la technique se perfectionne de jour en jour.

En 1887, Rockwitz trouvait une mortalité de 64 p. 100 qui, plus tard, tomba à la clinique de Lücke à 12 p. 100. Dreydorff, en 1894, trouve 43 p. 100 de mortalité sur 215 observations. Ces statistiques, prises en masse, ne signifient rien; je l'ai surabondamment démontré ailleurs (1). Avec l'habitude qu'on a maintenant des anastomoses viscérales, ces opérations qui, il y a quelques années encore, demandaient une heure et demie et même deux heures d'anesthésie, se font couramment en trente ou quarante minutes, même quand on y joint une duodéno-jéjunostomie complémentaire. Actuellement, la mortalité de la gastro-entérostomie ne dépasse pas 20 p. 100.

Quant à dire la durée de la survie, c'est vraiment impossible. On cite quelques opérés qui ont vécu des années; Billroth, Hahn en ont eu qui ont vécu cinq ans. Un malade de Lücke mourut au bout de trois ans de cachexie cancéreuse, mais on peut se demander, avec Hahn, si la tumeur de son opéré n'était pas un de ces ulcères avec hypertrophie des parois; d'autant plus qu'après avoir engraisé de 54 livres il mourut d'apoplexie et l'autopsie ne fut pas faite. En réalité, chez les cancéreux, le relevé de Dreydorff, qui porte sur 183 gastro-entérostomies, dont 113 guérisons, accuse une moyenne de sept mois de survie. Ce chiffre est peut-être un peu faible pour la pratique actuelle, car le calcul de Dreydorff est faussé par ce fait que, maintenant, il n'y aurait plus 70 morts, mais à peine 40 sur ces 183 opérés. D'ailleurs, la question est presque secondaire en l'espèce; ce qu'il faut savoir, c'est que le résultat palliatif est de premier ordre; les malades mangent, digèrent, engraisent et ne souffrent plus; le moral se relève; et quand la mort survient, elle n'est pas précédée des atroces douleurs de l'obstruction pylorique et des terribles angoisses de l'inanition. C'est assurément une intervention aussi légitime que l'anus iliaque dans le cancer du rectum ou la trachéotomie dans le cancer du larynx; les résultats palliatifs en sont supérieurs, en ce sens qu'ils sont complets et qu'il ne reste pas une infirmité apparente, rappelant sans cesse au malade qu'il n'est pas guéri, et frappant sans cesse son moral.

III. — AFFECTIONS NON CANCÉREUSES DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM.

La chirurgie tend à prendre une importance de plus en plus grande dans le traitement des maladies non cancéreuses de l'estomac. Jusqu'à

(1) A. GUINARD, Traitement chirurgical du cancer de l'estomac, p. 109.

nouvel ordre, elle ne s'adresse utilement qu'à trois symptômes, qui peuvent se rencontrer dans des maladies variées: ce sont: 1° les vomissements incessants; 2° les hémorragies répétées; 3° la dilatation de l'estomac.

1° VOMISSEMENTS INCESSANTS. — Tout individu qui a des phénomènes de stase alimentaire dans l'estomac, avec des vomissements fréquents, se renouvelant sans cesse pendant des semaines ou des mois est justiciable de la laparotomie exploratrice.

Il est bien entendu que pour ces vomissements, comme pour les hématomésés et la dilatation de l'estomac, tous les traitements médicaux seront d'abord mis en œuvre; avec les nouvelles données pathogéniques, la thérapeutique est devenue plus rationnelle et guérit souvent sans faire appel au bistouri; mais, pour peu que les accidents se prolongent, pour peu que la cachexie par inanition progressive commence à apparaître, il n'y a pas à hésiter; et si, par bonheur, ce n'est pas un cancer qui est en cause, la chirurgie donnera, à coup sûr, un merveilleux résultat.

Les vomissements prolongés et incoercibles constituent une indication formelle et impérieuse d'intervenir; ils sont dus, le plus souvent, en dehors du cancer, à un obstacle pylorique tenant, soit à un rétrécissement cicatriciel, soit à un rétrécissement spasmodique. Je ne parle pas des rétrécissements pyloriques de cause extrinsèque, dus à des compressions par des tumeurs du voisinage, comme un anévrisme, une tumeur ganglionnaire, ou par une bride fibreuse et des adhérences vicieuses; ces phénomènes de compression peuvent s'exercer aussi bien sur le duodénum que sur le pylore et le résultat est le même, avec cette nuance que si la striction siège au-dessous de l'ampoule de Vater, la bile reflue dans l'estomac. Ces cas exceptionnels comportent d'ailleurs les mêmes indications opératoires que les rétrécissements intrinsèques du pylore. Ces derniers sont causés, le plus souvent, par l'ulcère rond de la région pylorique; cette affection agit de deux façons: soit directement par la gêne qu'elle apporte au fonctionnement du pylore, soit par la cicatrice qui suit sa guérison et, dans ce dernier cas, le malade est guéri de l'ulcération et ne souffre plus que du rétrécissement fibreux progressif qui lui succède.

En dehors de l'ulcère rond, des ulcérations de toute nature peuvent amener les mêmes résultats: telles les ulcérations tuberculeuses citées, de visu, par Mathieu (1), telles encore celles qui sont produites par l'ingestion d'un liquide caustique.

On pouvait autrefois se demander comment un caustique avalé peut ulcérer le pylore en laissant intacts les faces et le grand cul-de-sac de l'estomac; mais, ne sait-on pas que, normalement, les liquides arrivent directement du cardia au pylore en longeant la petite cour-

(1) MATHIEU, Traité de médecine de Charcot et Bouchard, t. III, p. 325.