

nique compliqué de sténose permanente qui oblige le malade à restreindre son alimentation d'une façon dangereuse.

La résection de l'ulcère chronique est souvent impraticable; en tous cas, fait courir au malade de très sérieux dangers; aussi ne saurait-on la conseiller au même titre que la gastro-entérostomie, bien que M. Roux (de Lausanne) en reste partisan (XV<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie, octobre 1902).

#### IV. — Traitement des séquelles de l'ulcère.

L'ulcère cicatrisé peut laisser à sa suite des **adhérences fibreuses**. Ces adhérences, entraînant depuis de longs mois des troubles fonctionnels graves, sont éminemment justiciables d'une intervention.

On doit songer à la périgastrite quand les douleurs persistent chez le malade, malgré un traitement rigoureux et suffisamment prolongé, quand les douleurs surviennent sous l'influence du péristaltisme stomacal après les repas et par la station debout, quand il existe des signes de stase. Les signes de certitude sont fournis par la constatation d'une induration épigastrique et par les résultats de l'insufflation qui ne change pas les dimensions de l'estomac.

Non seulement on observe la disparition complète et rapide des accidents, après la *destruction des adhérences*, mais encore cette opération paraît bénigne. Sur 11 cas rassemblés par Marion, 7 fois on s'est contenté de sectionner les fausses membranes, de détruire les adhérences. Trois fois on compléta cette destruction par la résection de la paroi stomacale; une fois on fit en même temps la gastro-entérostomie (V. thèse de Langlais, 1902).

La **sténose du pylore** est une conséquence fréquente de l'ulcère cicatrisé; elle est due le plus souvent à la cicatrice elle-même qui, siégeant au niveau ou au voisinage du pylore, en rétrécit le calibre; plus rarement elle est la conséquence d'adhérences qui déterminent des coudures, des modifications dans la statique de l'estomac.

Nous nous bornons à signaler cette complication, sur laquelle nous reviendrons en traitant des sténoses du pylore en général.

La **biloculation** de l'estomac résulte du rétrécissement que détermine une cicatrice d'ulcère siégeant à la partie moyenne de l'organe.

Les troubles fonctionnels, souvent fort graves, que cette déformation entraîne n'ont rien de pathognomonique; ce sont, en somme, les mêmes que ceux de la sténose du pylore: douleurs, vomissements abondants d'aliments ayant séjourné longtemps dans l'estomac, cachexie, etc. La confusion avec la sténose du pylore ne serait pas préjudiciable au malade, puisque la constatation de ces symptômes et leur existence depuis un temps plus ou moins éloigné commandent l'intervention; on peut d'ailleurs, dans quelques cas, porter un diagnostic précis en tenant compte des particularités suivantes:

a) Dilatation à gauche de la ligne médiane (poche cardiaque), tandis que, dans la sténose pylorique, l'estomac dilaté dépasse la ligne médiane;

b) Possibilité de produire le clapotage alors que l'on ne peut retirer aucun liquide au moyen de la sonde (Jaworski), le bruit de clapotage se produisant dans la poche pylorique;

c) Apparition brusque de résidus alimentaires au cours d'un lavage, alors que le liquide était d'abord ressorti clair;

d) Impossibilité de retirer tout le liquide introduit par le lavage;

e) Configuration de l'estomac révélée par l'insufflation (Perret, Thèse de Lyon,

1896). Dans un cas, Eichhorst a vu l'estomac biloculaire se dessiner sous la paroi abdominale très émaciée.

Marion a rassemblé 10 observations pratiquées sur l'estomac en bissac; une seule mort en est résultée; les 9 autres cas ont donné des résultats opératoires et fonctionnels excellents. On ne saurait donc hésiter, lorsque le diagnostic est établi avec certitude, à faire bénéficier les malades d'une intervention relativement bénigne et d'une efficacité absolue. Dans le cas où la laparotomie exploratrice seule aura permis de déterminer la cause des troubles fonctionnels, on se décidera séance tenante à pratiquer, comme dans les cas précédents, l'une ou l'autre des opérations dont l'estomac biloculaire est justiciable: la *gastroplastie* (Doyen) qui n'est qu'une variante de la pyloroplastie d'Heinecke-Mikulicz; la *gastro-anastomose*, que Wölfler a pratiquée pour la première fois en 1894 et qui consiste à réunir l'une à l'autre les poches cardiaque et pylorique.

La **transformation cancéreuse** de l'ulcère en évolution ou cicatrisé est assez fréquente; de nombreux travaux récents ont rappelé l'attention sur ce point. D'ailleurs, Lebert avait évalué à 9 pour 100 les cas de cancer qui ont succédé à un ulcère.

Les difficultés du diagnostic ont été souvent exposées; on sait que l'ulcère est parfois pris pour un cancer; en revanche souvent la transformation de l'ulcère en cancer est méconnue, ce qui s'explique aisément: le chimisme stomacal reste souvent ce qu'il est pendant la phase ulcéreuse, les vomissements, les douleurs n'ont rien de caractéristique; la tumeur manque généralement (Hayem), ainsi que la teinte jaune paille; le plus souvent on ne songe au cancer que quand les vomissements de sang noir, les œdèmes, la cachexie apparaissent. Et cependant il serait d'un intérêt majeur de pouvoir faire un diagnostic précoce pour pouvoir intervenir avec quelque chance de succès et assurer aux malades une survie de quelques mois ou de quelques années. La succession assez fréquente du cancer à l'ulcère constitue l'un des arguments mis en avant par les partisans de la cure radicale de l'ulcère pour justifier les interventions dans les cas d'ulcère non compliqué.

#### CANCER DE L'ESTOMAC

Il n'existe pas de traitement médical du cancer de l'estomac; les moyens dont dispose le médecin permettent seulement de soulager le malade.

Devant l'impuissance du traitement médical, il était légitime de s'adresser à l'intervention chirurgicale, devenue réalisable grâce aux progrès de la chirurgie contemporaine. Cette intervention peut ne jouer qu'un rôle palliatif, en permettant le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin, dans le cas de sténose. Elle peut être curatrice, lorsqu'il est possible de faire l'extirpation radicale du néoplasme.

Ainsi que l'a déclaré M. Tuffier (*Société de chirurgie*, 5 mai 1899), le cancer de l'estomac est une *affection exclusivement chirurgicale*; il légitime l'intervention dès qu'il est diagnostiqué et aucun cancer ne donne des résultats opératoires et thérapeutiques aussi satisfaisants. C'est par des années que se compte le bénéfice de l'intervention.

Il est donc essentiel de faire le diagnostic précoce pour assurer au malade le maxi-