

Chlorate de soude . . . . .	2-10 grammes.
Extrait fluide de condurango . . . . .	0 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges amères . . . . .	50 grammes.
Eau . . . . .	q. s. pour 150 —

L'emploi de l'*Aristol* (biiodure de dithymol) n'est justifié par aucun fait précis.

Quant au traitement par le *bichlorhydrate de quinine*, proposé par Fiessinger, Jaboulay, il n'a pas plus que les moyens précédents de valeur curative: mais il a paru, dans quelques cas, retarder l'évolution du néoplasme et améliorer l'état général (?). La voie buccale ne peut guère être utilisée, en raison de l'action irritante de la quinine sur la muqueuse gastrique; par la voie rectale, la tolérance n'est également que de courte durée; c'est donc à la voie sous-cutanée qu'il faut avoir recours, bien qu'elle soit douloureuse. On emploie les fortes doses: 1 gramme par jour pour deux injections:

Bichlorhydrate de quinine . . . . .	5 grammes.
Eau distillée stérilisée . . . . .	10 —

Injecter 1 centimètre cube matin et soir.

La *radiothérapie*, appliquée au traitement des cancers profonds, n'a donné jusqu'ici que des résultats discutables. Bornons-nous à citer une communication de M. Doumer et Lemoine (*Ac. de Médecine*, 14 juin 1904) annonçant quelques cas de guérison radicale (?).

Si l'on ne peut trouver dans le traitement médical les ressources d'une médication spécifique, peut-on du moins espérer la guérison radicale d'une intervention chirurgicale? « Le cancer de l'estomac est un *cancer essentiellement chirurgical*, bien plus que ceux d'autres régions, comme la langue ou le rectum, qui récidivent avec une fréquence désespérante. C'est un cancer à marche lente, situé dans un organe bien indépendant, isolable, sans connexion impossible à déterminer, avec des lymphatiques faciles à découvrir et dont on peut préciser l'état de visu. » (Hartmann, *Assoc. française de chirurgie*, octobre 1899.)

Deux opérations se partagent les faveurs des chirurgiens: la résection, la gastro-entérostomie.

La *pylorectomie* est sortie du domaine de l'expérimentation lorsque Péan la pratiqua pour la première fois, le 9 avril 1879. Le malade mourut des suites opératoires; il en fut de même pour celui qui fut opéré l'année suivante par Rydygier, à Kulm. Ces cas malheureux ne découragèrent pas les chirurgiens: Billroth, Wölfler, Czerny pratiquèrent à leur tour la pylorectomie chez des cancéreux et eurent des succès opératoires; depuis les premières tentatives, les interventions pour pylorectomie se sont multipliées, et, dès 1895, Dreydorff pouvait dresser une statistique de 164 pylorectomies pour sténose cancéreuse. La mortalité opératoire a été considérable (74 pour 100); depuis elle s'est abaissée progressivement (57,4 pour 100, statistique de Guinard en 1892; 25 pour 100, statistique de Krönlein en 1898; 17 pour 100, statistique de Kocher, de Berne, en 1904, portant sur ses 45 dernières interventions, etc.), grâce au perfectionnement du manuel opératoire, à l'application de plus en

plus rigoureuse de l'asepsie. Cependant, malgré l'abaissement de la mortalité opératoire, la pylorectomie pour cancer demeure une opération grave quant au pronostic immédiat, grave surtout quand l'opération est pratiquée tardivement. Quant aux suites éloignées, elles sont d'autant meilleures que l'intervention est précoce, aussi ne saurait-on trop se persuader que la pylorectomie doit être pratiquée dès que le diagnostic est assuré. Les éléments du diagnostic précoce doivent être surtout tirés de l'examen du sang et du suc gastrique, ainsi qu'il a été dit plus haut; il faut également tenir un grand compte des signes généraux et notamment de l'amaigrissement progressif, alors que l'alimentation reste suffisante.

Les résultats éloignés de la pylorectomie et de la résection du cancer en général, quel qu'en soit le siège, étaient peu satisfaisants, il y a quelques années, précisément parce que la plupart des opérations étaient pratiquées tardivement. Ils sont bien meilleurs aujourd'hui que le nombre des interventions précoces se multiplie, et les survies de plusieurs années ne sont pas rares (Hartmann, Tuffier, etc.). Un malade d'Hartmann vivait sans récidive deux ans et quelques mois après l'opération; Krönlein a vu deux malades survivre trois ans; un de M. Kocher (de Berne) a survécu six ans; un opéré de Hahn vivait encore sept ans après l'opération; enfin, trois malades opérés par Kocher ont survécu sept, onze et seize ans; en moyenne, la survie, pour les résections de l'estomac, varie de un à quatre ans, tandis qu'après les gastro-entérostomies elle est de six mois. La pylorectomie ne peut d'ailleurs prétendre guérir le cancer; si éloignée que sera l'ablation des parties macroscopiquement atteintes, il reste toujours une infiltration épithéliale dans la sous-muqueuse, aussi bien du côté de l'estomac que vers le duodénum (Cuneo, Carle et Fantino). Dans une discussion relativement récente (mars 1898) à la Société de chirurgie, où les avantages et les inconvénients respectifs de la résection et de la gastro-entérostomie ont été discutés, plusieurs chirurgiens (Quénu, Poirier) se sont prononcés en faveur de cette dernière opération, moins grave, quant à ses suites immédiates, lorsque l'intervention est pratiquée tardivement. Mais cependant certains chirurgiens donnent encore la préférence à la pylorectomie, à la condition qu'elle soit aussi précoce que possible, but auquel doivent tendre tous les chirurgiens, aidés en cela par le médecin à qui incombe le devoir de s'entourer, sans tarder, de tous les indices utiles pour un diagnostic précis.

Les résultats de la pylorectomie se traduisent par une modification notable de l'état général: augmentation du poids et relèvement corrélatif des forces, diminution de l'anémie; par la disparition des troubles fonctionnels, c'est-à-dire des douleurs et des vomissements, le retour de l'appétit et par des digestions très satisfaisantes en apparence; au point de vue de la résistance, le pyllore artificiel se comporte comme le pyllore naturel et l'on peut constater, au moyen de la sonde, que les aliments séjournent un certain temps dans l'estomac. Peu importe, dans ces conditions, que l'analyse du suc gastrique révèle encore une hypopépsie intense; encore convient-il d'ajouter que le chimisme revient à un état d'autant plus voisin de la normale que l'intervention a été précoce.

Ces résultats éloignés de la pylorectomie sont bien supérieurs à ceux de la *gastro-entérostomie*, pratiquée pour la première fois par Wölfler, en 1881, sur un malade auquel ce chirurgien se proposait de faire la pylorectomie;