

trouvant la tumeur très adhérente et étendue, Wölfler recula devant la résection et se contenta d'anastomoser l'estomac et le jéjunum. Cette opération fut suivie de succès et a trouvé depuis de nombreux adeptes. Son pronostic opératoire est moins grave que celui de la pylorotomie, bien que la statistique d'Haberkanth donne encore 43,5 pour 100 de mortalité; encore avons-nous fait remarquer que les pylorotomies précoces donnent actuellement une mortalité relativement peu élevée. La gastro-entérostomie l'emporte seulement, par sa moindre gravité, dans les cas où les lésions sont anciennes et étendues, où il existe des adhérences, une adénopathie marquée, etc. Quant aux suites éloignées, elles sont moins bonnes pour la gastro-entérostomie; sans doute, le malade ne souffre plus et ne vomit plus, il peut augmenter de poids; mais ses forces ne reviennent pas, son état général reste peu satisfaisant, le chimisme stomacal ne subit pas de modifications; rien d'étonnant à cela, puisqu'il reste dans l'organisme un foyer de toxines! Enfin la survie, après gastro-entérostomie, est également de moindre durée; il est vrai que la gastro-entérostomie est habituellement pratiquée dans des cas très avancés.

On a pratiqué la *jéjunostomie* (Tuffier, etc.) dans quelques cas où, par suite de l'étendue du cancer, la gastro-entérostomie était impossible; les résultats ont été médiocres (incontinence de la fistule, difficulté à alimenter le malade par cette fistule).

En résumé, toutes les fois que les conditions anatomiques le permettront, c'est-à-dire quand la tumeur sera bien limitée (quelle que soit son étendue), mobile, libre d'adhérences, qu'il n'y aura pas ou seulement très peu de localisations ganglionnaires, c'est la résection large du cancer, opération radicale, qui devra l'emporter. Dans les autres cas, on sera obligé d'avoir recours à la gastro-entérostomie, opération palliative et de pis aller, comme l'anus contre nature dans le cancer de l'intestin. Cette opération sera d'ailleurs pendant longtemps l'opération la plus souvent pratiquée, car les malades ne se décident pas à se laisser opérer tant que leur estomac se vide. « Heureux ceux dont une sténose pylorique serrée sera le signe prédominant! ceux-là seront presque toujours justiciables de l'opération à prétention radicale » (Souligoux).

STÉNOSES PYLORIQUES ET SOUS-PYLORIQUES

A. — Sténoses chez l'adulte.

Les sténoses du pylore ont pris, dans ces dernières années, une place des plus importantes dans la pathologie gastrique, depuis que l'on a appris à mieux les connaître et que l'on a pu, grâce à l'emploi des moyens chirurgicaux, guérir la plupart des sténoses non cancéreuses.

Au point de vue du pronostic, ainsi qu'au point de vue opératoire, on pourrait se borner à les distinguer en sténoses cancéreuses et sténoses non cancéreuses; toutefois, les causes de ces dernières étant fort nombreuses, nous croyons utile de les rappeler dans le tableau suivant :

STÉNOSES PYLORIQUES :

Causes intrinsèques (altération des parois; spasme des parois).	}	Cancer du pylore.
		Cicatrices d'ulcère simple.
	}	— d'ulcérations par ingestion de substances corrosives.
		— d'ulcérations tuberculeuses, syphilitiques.
	}	Hypertrophie du pylore de Cruveilhier et Lebert.
		Polyadénomes polypeux.
	}	Contracture permanente du pylore (par hyperchlorhydrie ou ulcère juxtapylorique en activité).
	}	Obturation du pylore par calculs biliaires.
		Compression par rein mobile.
	}	— par un néoplasme, un abcès, un kyste du foie.
		— par la vésicule biliaire calculeuse ou par des tumeurs ou kystes du pancréas.
Causes extrinsèques.	}	Étranglement par des adhérences (le plus souvent consécutives à l'ulcère ou à une péricholécystite d'origine calculeuse).
		Coudure par dislocation verticale de l'estomac.

STÉNOSES SOUS-PYLORIQUES :

Causes intrinsèques.	}	Cancer	}	du duodénum.
		Rétrécissement		
Causes extrinsèques.	}	Compression par calcul biliaire, cancer du pancréas, tumeur ganglionnaire tuberculeuse ou syphilitique.	}	
		Étranglement par adhérences (consécutives à l'ulcère, à la duodénite, une cholécystite, une péritonite tuberculeuse guérie).		
		Compression et coudure par abaissement du foie.		

Il nous paraît inutile de nous appesantir sur l'étude détaillée de ces différentes causes de sténose qui se trouvent dans tous les traités de pathologie, mais nous ne pouvons passer sous silence les rétrécissements spasmodiques, en raison de l'intérêt à la fois doctrinal et pratique que présente cette question.

On admet aujourd'hui, ou tout au moins beaucoup de médecins et de chirurgiens admettent qu'il existe, dans nombre de cas, un spasme permanent du pylore, pouvant donner lieu, comme les sténoses organiques, à la rétention alimentaire, ou stase, et aux différents troubles : douleurs, vomissements qui en sont la conséquence. Le spasme pylorique, d'abord admis théoriquement, a été constaté au cours d'interventions chirurgicales, et M. Doyen a contribué puissamment à en faire admettre l'existence; ce chirurgien l'a constaté 46 fois sur 67 interventions pour sténose non cancéreuse; Carle et Fantino, chez 41 opérés présentant des signes de sténose, une grande quantité de liquide résiduel dans l'estomac, ont constaté 9 fois l'absence d'obstacle intrinsèque ou extrinsèque et ont rattaché la rétention au spasme, car l'estomac se contractait violemment et d'une façon visible à chaque irritation mécanique ou chimique de l'estomac.

Mikulicz, Schnitzler (de Vienne), Albert Robin, etc..., admettent également que le spasme peut suffire à produire les troubles permanents de la sténose..., bien que l'idée d'admettre un spasme permanent, pouvant durer des mois entiers, répugne à l'esprit.