

Dans la sténose d'origine ulcéreuse, le traitement donne souvent des succès remarquables; les malades cessent de souffrir et peuvent s'alimenter suffisamment. Toutefois, il leur faut surveiller leur régime avec le plus grand soin, éviter toute surcharge alimentaire, toute cause d'irritation de l'estomac. Ceux dont l'état ne s'améliore pas doivent être livrés au chirurgien.

Dans la sténose cancéreuse, le traitement médical qui vient d'être indiqué n'est pas de mise; la stase alimentaire persiste et l'on retire de l'estomac de grandes quantités de poudre de viande. Si l'intervention n'est pas praticable, ou bien si les malades s'y refusent, on se bornera à faire des lavages de l'estomac, et l'on remédiera à l'insuffisance d'alimentation par des lavements alimentaires.

Retenons que, dans les sténoses à marche lente, l'indication du traitement chirurgical est la persistance des douleurs, des vomissements, après essai prolongé du traitement médical; c'est encore la dénutrition progressive, l'imminence de la cachexie.

Dans les sténoses non cancéreuses, la *gastro-entérostomie* est l'opération de choix; sa mortalité qui, d'après les statistiques récentes, est de 26 pour 100, tend encore à s'abaisser. M. Körte, qui a pratiqué 28 gastro-entérostomies pour sténose du pylore, a compté 7 décès (*Soc. de médecine de Berlin*, 17 déc. 1900). M. Hartmann, sur 28 gastro-entérostomies faites en 1897, 1898 et 1899, n'a eu que 5 décès, soit 18 et demi pour 100 de mortalité. Les résultats en sont excellents: les douleurs, les vomissements cessent presque immédiatement après l'opération. M. Tuffier a constaté que, chez tous ses opérés, l'état douloureux, qui depuis plusieurs années rendait tout travail impossible, a complètement disparu. Les vomissements ont cessé instantanément, les malades qui ne supportaient que très difficilement le lait peuvent, après l'opération, suivre le régime habituel des hôpitaux. La constipation cède également. Le poids du corps augmente rapidement et la santé se maintient. Enfin, le liquide résiduel disparaît et l'analyse du suc gastrique montre la disparition habituelle de l'hyperchlorhydrie, ainsi que Carle et Fantino, Hayem, d'autres encore, l'ont constaté; on ne peut donc nier que l'hyperchlorhydrie ne soit dans ces cas secondaire à la rétention. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi; l'hyperchlorhydrie peut persister, quoique atténuée, si le reflux de la bile est assez notable, ou bien si la rétention persiste à un certain degré, quand la bouche anastomotique fonctionne d'une façon insuffisante ou quand les bords de l'orifice de communication forment une valvule (semblable à la valvule iléocœcale).

Alors même que l'orifice fonctionne d'une façon irréprochable, les fonctions de l'estomac ne sont pas supprimées; on peut retirer du suc gastrique actif une heure et plus après le repas d'épreuve.

Le reflux de la bile n'apporte pas d'entrave très marquée à la digestion gastrique et à la nutrition; toutefois, la bile excite la sécrétion glandulaire et rend les digestions pénibles.

La dilatation de l'estomac cesse rapidement, quand elle-même s'est produite rapidement, ainsi qu'il est de règle dans les sténoses à marche rapide.

Par contre, dans les sténoses à marche lente, l'estomac ne revient que lentement sur lui-même; on ne trouve l'estomac vide à jeun que plusieurs mois après l'intervention.

Ces résultats éloignés des gastro-entérostomies ont été confirmés dans leur ensemble par Hartmann et Soupault (*Académie de médecine*, février 1899).

La dilatation ou divulsion digitale, suivant le procédé de Loreta, est une méthode dangereuse exposant à la mort par hémorragie (déchirure d'une artère des parois), par péritonite; aussi est-elle définitivement abandonnée.

La pylorectomie, dont la mortalité est considérable (57,9 pour 100 d'après Dreydorff), ne peut être mise en parallèle avec la gastro-entérostomie, dans les cas de sténose non cancéreuse.

Quant à la *pyloroplastie* (opération de Heinecke-Mikulicz) qui permet de rendre au pylore son calibre normal, c'est une opération relativement simple et donnant une proportion de succès très étendue. M. Marion a réuni 15 cas de pyloroplastie qui ont donné 5 morts opératoires, soit une mortalité de 26 pour 100. La statistique de M. Caujole (*Thèse de Lyon*, 1895-96) porte sur 90 cas avec 15 morts immédiates, 2 morts éloignées, non imputables à la pyloroplastie, 5 récidives, 1 récidive temporaire et 68 guérisons, soit une proportion de 77 pour 100 de succès. La pyloroplastie a toutefois ses inconvénients: elle expose à des hémorragies pendant l'intervention et surtout à la déchirure des sutures pratiquées sur un tissu morbide; d'autre part, elle ne confère pas la guérison à coup sûr, la sténose peut récidiver et nécessiter une nouvelle intervention, la gastro-entérostomie (Doyen, Gross). Enfin, elle n'est pas applicable dans tous les cas de sténose cicatricielle; l'ancienneté des lésions, la densité du tissu fibreux, etc., ne permettent pas de l'employer.

Dans les sténoses par coudure ou stricture, la *section des brides* peut souvent permettre de rendre au pylore sa perméabilité, si les brides ne sont pas trop larges ni serrées; dans le cas contraire, c'est à la gastro-entérostomie qu'il faut avoir recours.

Quand la sténose est due à l'obstruction par un calcul biliaire, l'*incision simple avec extraction du calcul et suture* peut suffire, mais le plus souvent les adhérences pérylériques concomitantes nécessitent la gastro-entérostomie.

Dans les sténoses cancéreuses, le choix du chirurgien doit porter sur deux opérations: la gastro-entérostomie et la résection du cancer (*V. Cancer de l'estomac*).

B. — Sténoses du pylore chez le nouveau-né.

On a étudié depuis quelques années les sténoses du pylore que l'on peut observer chez le nouveau-né; on a déterminé leurs symptômes et indiqué le traitement qui leur est applicable.

Cette étude est de date toute récente, bien que quelques cas aient été signalés par d'anciens auteurs, notamment par Paulé (1859), Williamson (1841), Dawoski (1842), Lang (1859). Parmi les observations et les travaux contemporains, citons ceux de Landerer (*Thèse de Tubingen*, 1879), de Maier (1881), d'Hirschsprung (*Congrès de pédiatrie de Wiesbaden*, 1887), de Henschel (1891), de Finkelstein (1896), de Monti, Meltzer (1897), de Stern (1898), de Neurath (1899), de Kehr (*Société allemande de chirurgie*, 1900), de Löbker, de Schmidt, les thèses de Gillot (Paris, 1899-1900), de Parizot (*thèse de Lyon*, 1900-1901), de Duval (*thèse de Paris*, 1901), enfin la revue très documentée de MM. Weill et Péhu, de Lyon (*Gazette des hôpitaux*, 29 sept. et 5 oct. 1901).

La sténose pylorique chez le nouveau-né est une affection rare; Weill et Péhu ne