

Si le traitement médical est incapable de guérir le cancer, il peut cependant, dans bien des cas, améliorer l'état du cancéreux et atténuer ses souffrances. Lorsqu'il existe une sténose du pylore, il faut se servir de la sonde pour évacuer le résidu stomacal. Souvent, les lavages diminuent les douleurs et arrêtent ou diminuent les vomissements.

La suppression des aliments irritants, des boissons alcooliques, du vin; l'application au régime des règles générales de l'alimentation des dyspeptiques suffisent souvent pour produire une notable amélioration. Les malades se trouvent souvent bien du régime lacté absolu; mais il ne doit pas être le régime unique et définitif. Souvent, on pourra faire prendre des potages, des œufs, des purées.

On sait que les cures aux eaux alcalines réussissent fort mal aux cancéreux de l'estomac. Parfois une petite quantité d'acide chlorhydrique paraît utile en stimulant leur appétit, en diminuant leur anorexie.

Bien souvent, on sera obligé d'avoir recours aux calmants : eau chloroformée, cocaïne, morphine, extrait gras de cannabis indica, solanine. Les douleurs sont parfois si violentes qu'elles ne sont bien calmées que par les injections hypodermiques de morphine.

Traitement chirurgical. — On pratique contre le cancer deux opérations; l'une, dite radicale, consiste à enlever tout le tissu néoplasique : c'est la pylor-ectomie ou résection de l'estomac; l'autre, la gastro-entérostomie, purement palliative, est faite dans le seul but de faciliter l'évacuation de l'estomac et de supprimer par là les douleurs dues à la stase.

A l'heure actuelle, le nombre des interventions est assez considérable pour que l'on puisse apprécier la valeur de l'opération, c'est-à-dire : 1° le danger que court le malade du fait même de l'intervention; 2° les avantages qu'il retire de l'opération réalisée.

1° Mortalité par la gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac est une opération grave. Guinard (*Thèse de Paris*, 1892) rapporte 105 interventions avec une mortalité de 51 pour 100. En 1895, Trognon (*Thèse de Paris*) relève 25 gastro-entérostomies pour cancer faites en France avec 60 pour 100 de mortalité.

La gravité ne semble pas avoir diminué dans ces derniers temps : dans son volume sur la chirurgie de l'estomac (1895), Doyen rapporte les gastro-entérostomies pour cancer faites par des chirurgiens habitués à ce genre d'intervention (Billroth, Czerny, Doyen, Novaro, Carle, Lauenstin), en tout 72 cas avec 55 morts, ce qui donne une mortalité de 45 pour 100. Les statistiques données par chaque chirurgien oscillent autour de ce chiffre moyen de 40 pour 100. Roux (de Lausanne) n'a eu que 9 morts sur 54 opérations (*Revue de gynécologie*, 1897). Quelques-uns même, comme Carle, n'ont que 2 morts sur 9, tandis que Ewald (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1897) a fait opérer 26 malades avec 16 morts, soit 55 pour 100.

La pylor-ectomie donne une mortalité moyenne encore plus élevée. Haberkant (*Allgem. med. Centralzeitung*, 1895), sur 207 observations qu'il a recueillies, trouve 114 décès, soit 55 pour 100 de mortalité. Il est vrai que dans ces derniers temps le nombre des succès semble augmenter. Wölfler (*Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, 1896), a réuni 175 opérations faites par les chirurgiens allemands de 1888 à 1896, avec 51 pour 100 de mortalité. Et l'on peut citer encore comme

plus étonnante la série heureuse de Kocher (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1895), qui, associant la gastro-entérostomie à la résection du carcinome, a eu 2 morts sur 14 opérations.

2° Il s'agit maintenant de savoir *quel bénéfice* le malade retire de l'opération, après avoir couru de si graves dangers? Les éléments d'appréciation sont moins nombreux; bien des chirurgiens se contentent de mentionner la guérison opératoire, sans indiquer ce que sont devenus les malades par la suite. — Après la gastro-entérostomie, la survie est en moyenne de 6 à 7 mois : c'est le chiffre que l'on trouve dans toutes les statistiques (Mickulicz, Roux) (de Lausanne). Dans la plupart des cas ils sont également soulagés; on a peu de renseignements sur ce qu'il faut entendre par ce mot; tout ce que l'on peut dire, c'est que parfois il se produit une véritable résurrection; les malades se croient guéris, puis ils s'affaiblissent et meurent rapidement. Si ce résultat était général, ce serait un succès véritable. Mais pour ce qui est de la survie, l'opération ne semble guère prolonger la vie. En effet, Frönlein, qui a suivi 5 malades qui *avaient refusé l'intervention*, a trouvé qu'ils présentaient une survie moyenne de 209 jours (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1896).

Avec la pylor-ectomie les résultats sont meilleurs. Elle donne une survie moyenne de 1 an et demi. Quelquefois la survie est beaucoup plus considérable : sur les 175 opérations rassemblées par Wölfler, 24 malades ont eu de 2 à 4 ans de survie. Les malades ne souffrent pas non plus après l'opération et s'alimentent bien. Mais il ne faut pas oublier que la résection ne peut se faire que pour des néoplasmes peu étendus, chez des malades n'ayant pas encore de douleurs violentes, et que si les malades n'avaient pas été opérés, ils auraient eu une survie moyenne plus grande que pour les malades chez lesquels cette opération eût été impossible.

Conclusion. — Étant donné le danger de l'opération et la survie médiocre donnée par une opération aussi grave, il convient d'être modéré dans l'intervention chirurgicale. Ses deux principales indications sont la sténose pylorique précoce et l'intensité très grande des phénomènes douloureux.

Il faut reconnaître toutefois que bien souvent l'opération a été faite tardivement; les résultats seraient certainement meilleurs si l'opération était précoce. La difficulté est alors d'avoir un diagnostic ferme et de persuader le malade et son entourage.

VI. — LINITE PLASTIQUE

Il faut mettre à part, en la rapprochant du cancer, la lésion de l'estomac à laquelle Brinton a donné le nom de *linité plastique*. Sa nature n'est pas encore exactement élucidée; cependant il paraît s'agir d'une forme particulière de carcinome à cellules épithéliomateuses très rares, à stroma scléreux surabondant.

Avant Brinton, divers auteurs et particulièrement Andral, W. Fox, Cruveilhier avaient certainement vu des cas de linité plastique. Cruveilhier⁽¹⁾ avait

(1) *Anat. pathol. génér.*, t. III, p. 25.

relevé les lésions suivantes : 1° Développement des villosités de la muqueuse qui offre un aspect fongueux; 2° épaissement considérable et aspect blanc resplendissant de la membrane muqueuse sous-jacente; 3° prolongements nombreux de cette membrane fibreuse à travers la musculature qui a doublé, sextuplé d'épaisseur; 4° quelquefois enfin un épaissement plus ou moins considérable de la couche celluleuse qui sépare la membrane musculaire du péritoine.

Brinton a séparé cette affection des gastrites; il lui a donné le nom de linite plastique, à cause de la blancheur et de la résistance du tissu pathologique, en vertu de la comparaison : *rete ex lino factum*. Il a tendance à en faire une lésion à part, sans oser cependant affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une lésion cancéreuse.

Hanot et Gombault, dans un important mémoire, rejetèrent complètement l'idée d'une lésion cancéreuse; ils donnèrent à la maladie le nom de : *gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétropéritonite calleuse*. Pendant plusieurs années, la question parut jugée. Cependant, sous l'influence de nouvelles observations, de nouvelles études histologiques, un revirement ne tarda pas à se faire. Dans ces derniers temps, la théorie du cancer fibreux, qui paraît avoir été soutenue pour la première fois par Rokitansky, a été de nouveau défendue à Lyon par Garret, puis par Bret et Paviot⁽¹⁾.

Ces deux auteurs admettent que la linite plastique n'est qu'une forme de carcinome squirrheux de l'estomac, et, ils déclarent : « C'est comme rubrique servant à désigner une forme spéciale du cancer squirrheux de l'estomac que le terme de linite plastique peut être conservé. »

Bret et Paviot basent cette conclusion sur la présence d'un certain nombre de cellules métatypiques trouvées dans les noyaux de généralisation à distance. Chez un malade observé par nous et opéré par Chaput, Pilliet⁽²⁾ a trouvé des lymphatiques remplis de grosses cellules épithélioïdes que Cornil considère comme des cellules endothéliales tuméfiées.

Dans un cas d'Olivier et Halipré (*Normandie médicale*) il se serait agi d'une sorte de sarcome fuscicellulaire.

On voit qu'il est impossible actuellement d'avoir une opinion définitive sur la nature anatomique de la linite plastique. Nous verrons qu'en clinique elle se comporte à la façon d'une néoplasie maligne.

Anatomie pathologique. — Les parois de l'estomac sont épaissies et indurées; il en résulte que l'estomac abandonné sur la table d'autopsie n'a aucune tendance à s'affaisser; sa cavité reste béante comme celle d'une grosse artère ou d'une poche en caoutchouc à parois épaisses. Ses dimensions peuvent être normales ou inférieures à la normale, mais beaucoup plus souvent il est diminué, rétracté, et même assez souvent d'une façon très marquée.

L'épaississement des tuniques stomacales n'est pas également réparti sur toute l'étendue de la poche gastrique, il est habituellement notablement plus accusé au voisinage du pylore. Il peut y avoir des ulcérations de la muqueuse, mais le fait n'est pas constant.

Les parois de l'estomac présentent une résistance marquée à la coupe, elles

(1) *Arch. de physiologie*, p. 412, 1882.

(2) *Revue de médecine*, p. 584, 1894.

(3) *Soc. anatomique*, 1896.

orient sous le couteau. La muqueuse peut avoir conservé son épaisseur normale, mais le plus souvent elle est amincie. Par contre, il y a un épaissement et une induration marqués de la tunique sous-muqueuse. La tunique musculaire est traversée par des tractus blanchâtres, elle a souvent notablement augmenté d'épaisseur. Souvent il y existe un épaissement de la tunique sous-séreuse tout à fait comparable à l'épaississement de la tunique sous-muqueuse.

Les lésions peuvent être limitées aux parois de l'estomac, mais elles peuvent envahir les divers replis péritonéaux au pourtour de l'estomac; le mésocolon transverse, l'arrière-cavité des épiploons.

Dans le cas de Hanot et Gombault, il y avait un épaissement considérable du péritoine, une véritable rétro-péritonite calleuse. Cet épaissement avait atteint le hile du foie; le canal cholédoque se trouvait complètement oblitéré.

Dans un cas très analogue que nous avons autrefois observé dans le service de Proust, il y avait également une induration sous-péritonéale étendue à toute l'insertion du mésentère; il en résultait une sorte de tumeur dure, homogène, compacte le long de la colonne vertébrale; le hile du foie était lui-même englobé dans un prolongement de cette production.

Cette propagation au péritoine n'est pas le trait le moins curieux de l'histoire anatomique de la linite plastique. Lorsqu'elle manque s'agit-il encore de linite plastique vraie?

Lésions histologiques. — La muqueuse est envahie par une lésion scléreuse interstitielle, plus ou moins accusée. Les culs-de-sac glandulaires ont disparu pour la plupart; plus superficiellement, on trouve une nappe d'éléments embryonnaires et des rangées de cellules épithéliales qui correspondent à des glandes en voie de destruction.

Les lésions de la muqueuse sont du reste inégalement réparties et les glandes ne subissent pas partout une destruction aussi avancée. On peut constater une simple infiltration embryonnaire des espaces interglandulaires avec des modifications des glandes elles-mêmes semblables à celles qu'on rencontre dans les divers types de la gastrite chronique; certains tubes ont subi la transformation kystique.

Telles sont les lésions qui ont amené Hanot et Gombault à considérer la maladie comme une gastrite chronique; cependant les lésions sous-muqueuses sont beaucoup plus accusées, beaucoup plus denses que celles de la muqueuse. Dans la sous-séreuse, le tissu fibreux est beaucoup plus dense, beaucoup plus serré, beaucoup plus scléreux; des tractus analogues envahissent, dissocient et épaississent les tuniques musculaires. Dans deux cas étudiés en 1892⁽¹⁾ Pilliet décrit les lésions suivantes. La muqueuse au niveau de la grande courbure semble exhaussée par la prolifération de la couche profonde com-

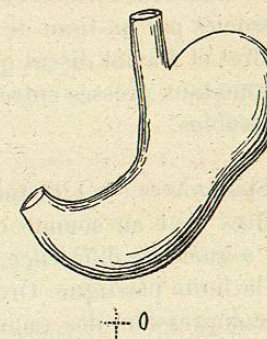


FIG. 16. — Estomac normal.

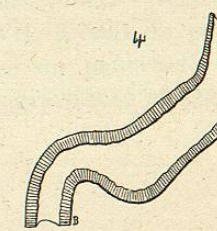


FIG. 17. — Schéma d'un estomac atteint de linite plastique.

(1) *Soc. anatomique*.

posée de petites cellules rondes et fusiformes englobant une grande quantité de follicules clos dont le contenu est festonné et irrégulier. La muscularis mucosæ a disparu; les glandes sont diminuées de hauteur. Le chorion de la muqueuse est occupé par une nappe abondante et large de tissu fibreux mêlé de cellules fusiformes et étoilées. Les faisceaux de la tunique musculaire sont dissociés par un tissu de même aspect.

Bret et Paviot disent que le tassement scléreux est tel que les éléments carcinomateux pressés entre les faisceaux fibreux sont allongés et devenus méconnaissables.

Symptômes. — L'histoire clinique de la linite plastique est assez vague; les allures sont en somme celles d'une affection maligne à lente évolution, et il n'y a guère de différence entre la séméiologie du squirrhe de l'estomac et celle de la linite plastique. Ordinairement il y a de l'ascite, ce qui est attribuable à la compression des racines de la veine porte par la néoplasie. L'infiltration scléreuse des parois de l'estomac permettrait quelquefois de percevoir la courbure de l'estomac, sous la forme d'une saillie arrondie à la partie moyenne ou supérieure de la région épigastrique.

Pronostic. — La gravité de la linite plastique n'est guère moindre que celle du cancer de l'estomac dont il n'est semble-t-il, qu'une variété.

Traitement. — Le traitement sera le même que dans le cancer de l'estomac.

MALADIES DU PANCRÉAS

Par **ALBERT MATHIEU**

Médecin de l'Hôpital Andral.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE ET SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALES

I. Topographie du pancréas. — II. Dyspepsie pancréatique. — III. Diabète pancréatique. — IV. Thérapeutique générale des maladies du pancréas.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DU PANCRÉAS

I. Pancréatite aiguë. — a) Pancréatite parenchymateuse aiguë. — b) Pancréatite hémorragique. — c) Pancréatite suppurée. — II. Pancréatite chronique. — III. Hémorragies du pancréas. — IV. Nécrose du pancréas. — V. — Nécrose graisseuse du pancréas. — VI. Lithiase pancréatique. — VII. Kystes du pancréas. — VIII. Cancer du pancréas. — IX. Tuberculose du pancréas. — X. Syphilis du pancréas. — XI. Atrophie, dégénérescence graisseuse et dégénérescence amyloïde. — XII. — Parasites du pancréas.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE ET SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALES

Le pancréas joue un rôle des plus importants dans la digestion intestinale et la nutrition de l'organisme; l'observation clinique et l'anatomie pathologique avaient pu déjà le faire prévoir, l'expérimentation physiologique l'a démontré d'une façon définitive. La physiologie et la clinique en comparant leurs données ont commencé à éclairer ces questions à la fois si intéressantes et si complexes, mais il reste beaucoup à apprendre.

La pathologie et la séméiologie générales du pancréas basées sur l'expérimentation présentent actuellement un ensemble d'une certaine netteté et même d'un certain relief. Il faut bien avouer toutefois que si les données expérimentales peuvent servir à éclaircir la pathologie humaine, elles ne peuvent pas être considérées comme équivalentes à celles de l'observation clinique suivie d'au-