
Editorial

Groupes sanguins et maladies de l'estomac

Il existe fort peu de données sur les relations entre les groupes sanguins (déterminés pour garantir la sécurité de la transfusion) et les différentes maladies.

L'an dernier, une publication provenant de la Postgraduate Medical School de Londres (*J. Aird, H. H. Bentall et J. A. F. Roberts, Brit. Med. J. 1, 799, 1953*) avait montré que les malades atteints de *cancer de l'estomac appartenant au groupe A* avec une fréquence « significativement » plus importante que celle des témoins: 46,19 % au lieu de 41,38 %, et ceci aux dépens des groupes 0 et B.

Les mêmes auteurs ont étudié alors cette relation dans les cancers recto-côliques, bronchiques et mammaires, et sont arrivés à des résultats négatifs: la répartition des groupes sanguins 0, A, B et AB est identique à celle des témoins; d'où la conclusion légitime que la *localisation gastrique* de la carcinomatose avait quelque chose à faire avec les groupes sanguins; et le désir de pousser cet ordre de recherche dans le domaine de l'affection organique la plus courante de l'estomac: l'*ulcère*.

Aidés par *J. N. Mehigan*, les trois mêmes médecins viennent de publier (*Brit. Med. J. 7 août 1954, p. 315*) leurs nouvelles constatations concernant 3011 ulcéreux certains, provenant de 10 hôpitaux (dont 6 londoniens et 4 de province) et qui donnent ce résultat surprenant d'une *augmentation de plus du sixième de la proportion du groupe 0*: (55,4 % au lieu de 47 %, alors que chacun des trois autres groupes voyait sa fréquence relative diminuer d'autant). Cette distribution particulière concerne la maladie ulcéreuse, sans distinction de localisation gastrique ou duodénale.

Si les cancéreux gastriques font plus souvent partie du groupe A, les ulcéreux au contraire du groupe 0, on peut en déduire qu'une personne appartenant au groupe A aura plus de probabilités de voir se développer un cancer d'estomac, tandis que les donneurs universels (Gr. 0) auront une chance sur trois de plus que les porteurs d'autres groupes sanguins, de souffrir d'un ulcère.

L'explication de ces faits reste encore bien hypothétique. Ils confirmeraient partiellement ce qu'on sait du *facteur héréditaire* dans la maladie ulcéreuse, qui jouerait un rôle dans $\frac{1}{3}$ des cas au moins, et

dont l'analyse a été reprise naguère par l'École lyonnaise (travaux de *Levrat* et coll.: *Arch. Malad. appar. digest.* 38, 481, 1949; thèse de *Meltz*, Lyon 1952).

Les auteurs anglais repoussent l'idée que le cancer engendrerait un changement de groupe; et considèrent fort peu probable que les anticorps qui déterminent le groupe sanguin possèdent l'un une action carcinogénétique, l'autre une action ulcérigène, puisque les anticorps des groupes A et B se retrouvent dans le groupe 0. Les substances qui caractérisent les groupes sanguins sont classées parmi les mucopolysaccharides, et l'on a réussi à mettre en évidence de très faibles différences chimiques entre elles. Ces substances ne ressemblent en rien à celles qui favorisent le développement d'un cancer. Aussi *Aird* et ses collaborateurs émettent-ils – à titre «d'explication la plus simple, sinon la plus acceptable» – l'hypothèse que certains de ces principes agissent comme protecteurs contre ces maladies; A ou B contre l'ulcère; 0 ou B contre le cancer. Et ils se demandent si ces substances sont sécrétées dans l'estomac de ce malade? Ce sera l'objet de leurs prochaines recherches.

M. D.

Seite der Therapie – Page de thérapeutique

Wilson, T. E.: Pancreatico-Duodenectomy for Relapsing Pancreatitis. Brit. Med. J. 1, 1242–1243 (29 mai 1954).

La conduite thérapeutique à suivre en cas de pancréatite aiguë récidivante est encore bien mal fixée. Après différentes opérations portant sur la vésicule et les voies biliaires, sur le sympathique ou le splanchnique, sur l'estomac ou le sphincter d'Oddi, on a proposé (*Clagett*, 1944; *Horton*, 1950) de réséquer l'organe malade avec le duodénum adjacent.

C'est ce qu'a exécuté W. sur un homme de 40 ans, souffrant depuis 18 mois de crises graves, durant parfois 24 heures, et se rapprochant de plus en plus (intervalles de 2 à 3 jours seulement!), avec taux élevé de l'amylase urinaire.

Une laparotomie exploratrice avait montré l'existence d'un pancréas induré considéré comme néoplasique; 3½ mois plus tard, W. procéda à l'ablation de 15 cm. de duodénum, de la tête (après dissection du cholédoque) et du corps du pancréas, et termina en implantant dans le jéjunum le cholédoque et la queue du pancréas! A l'examen histologique, on ne trouve pas de cancer, mais une pancréatite fibreuse avec poussées aiguës récentes et un kyste de 1,5 cm. de diamètre. Guérison sans incidents: le malade put reprendre son travail de mécanicien 1½ mois après l'opération.

Bien que la duodéno-pancréatectomie ait été réservée jusqu'ici aux cancers de la glande, elle trouve des indications nouvelles quand la répétition des crises aiguës et l'absence de lésion biliaire impose une intervention sur le pancréas lui-même.

M. Demole