



UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 134

DU MEILLEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS EN PÉRITOINE LIBRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Mai 1924

PAR

Sinicha-V. RADOÏÉVITCH

Ancien externe des hôpitaux de Bordeaux.
Lauréat des hôpitaux, 1922.
Prix de la Faculté mention honorable 1921.
Membre de l'Association des anatomistes de langue française.
Membre de la Société anatomo-clinique de Bordeaux,
Lauréat de la dite Société.

Né à KRAGOUÏÉVATZ (Serbie), le 3 janvier 1898.

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.... *Président.*
DENUCÉ, professeur.....
DUVERGEY, agrégé.....
VILLEMIN, agrégé.....



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

M. 47 + 134







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 134

DU MEILLEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS
EN PÉRITOINE LIBRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Mai 1924

PAR

Sinicha-V. RADOÏÉVITCH

Ancien externe des hôpitaux de Bordeaux,
Lauréat des hôpitaux, 1922.

Prix de la Faculté (mention honorable) 1921.

Membre de l'Association des anatomistes de langue française,

Membre de la Société anatomo-clinique de Bordeaux,

Lauréat de la dite Société.

Né à KRAGOUÏÉVATZ (Serbie), le 3 janvier 1898.

Examinateurs de la Thèse

}	MM. CHAVANNAZ, professeur....	<i>Président.</i>	
	DENUCÉ, professeur.....	}	<i>Juges.</i>
	DUVERGEY, agrégé.....		
	VILLEMIN, agrégé.....		



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. GADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expérimental.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOCY.		

MM. PRINGETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Gynécologie.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	GAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Chimie analytique.....	N.
Ophthalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Pédicure.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexes. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN DOÛCHAN
ET DE MES ONCLES

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail, faible témoignage de
ma reconnaissance et de ma profonde affec-
tion.

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MA SOEUR — A MES FRÈRES

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR B. SEKOULITCH
ET A SA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR CHARLES DELARUE

Consul du Royaume des Serbes, Croates et Slovènes à Bordeaux.

A MON AMI ANDRÉ CHAUVENET

Interne des hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. LASSERRE

*Ancien professeur à la Faculté,
Chef de clinique de chirurgie infantile.*

Pour l'amabilité qu'il a toujours eue pour
nous.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHENUT

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFITTE-DUPONT

*Chef des travaux de Médecine opératoire,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLEMEN

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chef des travaux d'anatomie.*

Qui depuis son arrivée à la Faculté de Médecine de Bordeaux n'a cessé de nous témoigner sa sympathie et de nous prodiguer de précieux conseils.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H.-L. ROCHER

*Chargé du cours complémentaire d'orthopédie,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A qui nous devons nos premières notions combien précieuses de chirurgie infantile et d'orthopédie, et qui fut pour nous pendant l'année où nous avons été son externe d'une bienveillance que nous ne saurions oublier.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PICQUÉ

*Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur.*

Qui nous a accueilli avec bienveillance à l'Institut d'anatomie et à qui nous savons gré de ses leçons magistrales et pleines d'attrait

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT

**MESSIEURS LES PROFESSEURS CHAVANNAZ, MOUSSOUS, MOURE,
SABRAZÈS, CRUCHET.**

**MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS MICHÉLEAU, ROCHER,
DUPÉRIÉ.**

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Durant l'année où j'ai été votre externe, vous m'avez appris au lit du malade et dans vos leçons magistrales la méthode dans l'examen clinique. A la salle d'opération, vous m'avez enseigné, par l'exemple, la discipline et la probité dans l'acte opératoire. Dès lors, j'étais votre élève. En m'accueillant, jeune docteur, dans votre service, vous me permettez de pouvoir m'enorgueillir encore plus de ce titre.

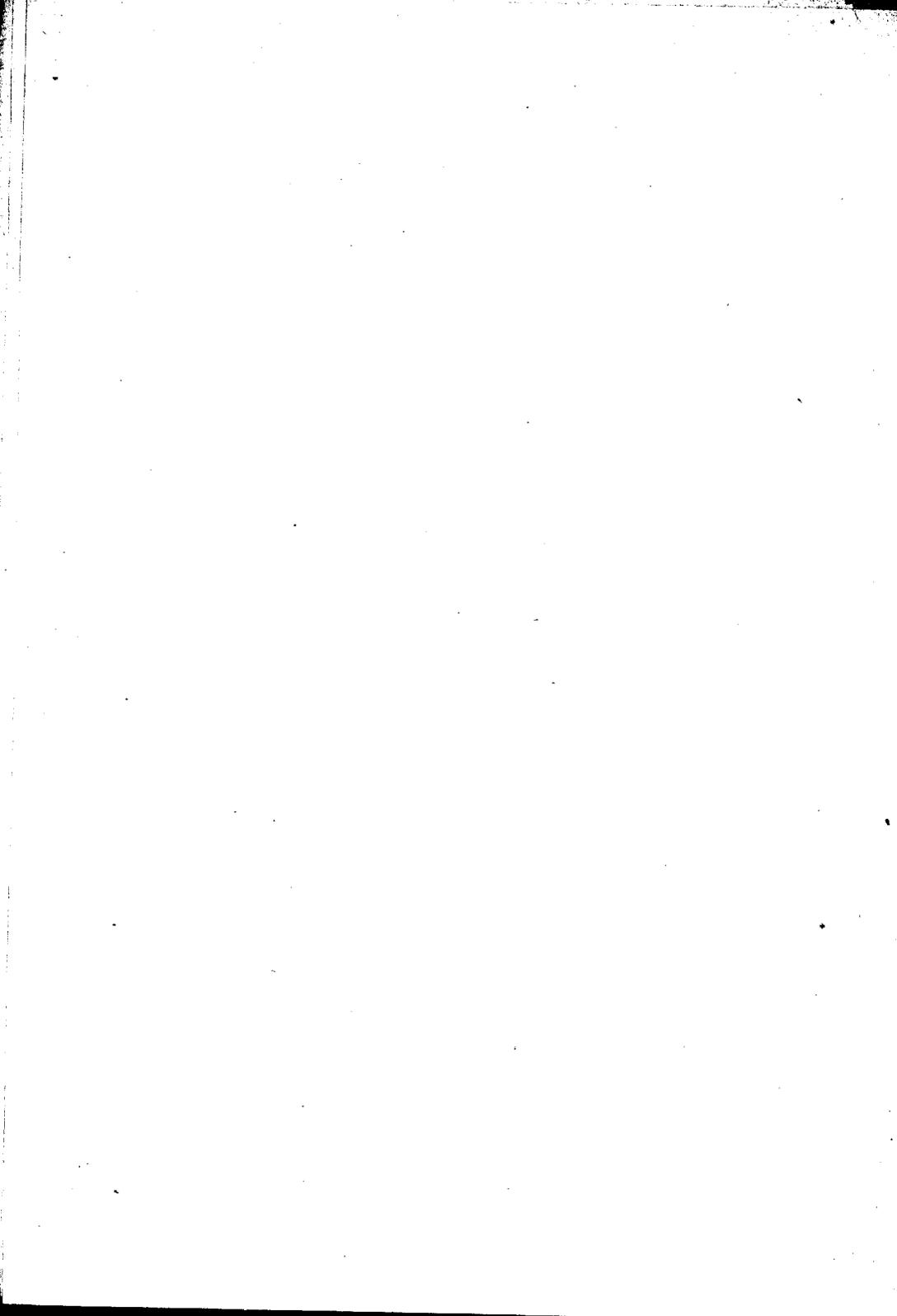
Nous venions, durant trois mois, de marcher sans pain, semant nos frères morts par centaines sur le sol albanais, talonnés par l'ennemi et accablé par la fatigue et le désespoir. Lorsque, en janvier 1916, nous arrivâmes à Durazo.

Arraché à l'angoisse de la retraite, la douleur de l'incertitude sur notre sort nous tenaillait encore, lorsque à l'horizon de la mer apparurent des vaisseaux arborant le drapeau de la France.

Nous retrouvions notre espoir dans une nouvelle patrie qui, depuis, nous a accueilli pendant de longues années et nous a donné des maîtres auxquels nous serons toujours reconnaissants.

Peu de jours après, de Corfou nous allions sur la petite île de « Vido ». C'était un vaste hôpital où des soldats serbes, véritables squelettes, achevaient de mourir. Un soir, tandis que le soleil tombait sur la mer infiniment calme, sous un ciel infiniment bleu, nous entendions au loin, venant d'un croiseur français dont les marins nous saluaient ainsi, les accents de notre hymne national. Et à travers les larmes qui mouillaient nos yeux, nous vîmes nos frères moribonds se soulever sur leur couche et pleurer au souvenir de notre patrie ensanglantée.

Comment pourrions-nous mieux, qu'en évoquant aujourd'hui ces souvenirs émouvants, remercier et la France et nos maîtres de ce qu'ils ont fait pour nous ?



DU MEILLEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS

EN PÉRITOINE LIBRE

INTRODUCTION

Le problème de la thérapeutique chirurgicale des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre est d'actualité.

Le nombre considérable des travaux publiés dans le monde entier, les discussions parfois serrées qu'il soulève dans le sein des sociétés savantes prouvent sa complexité.

Un malade vient d'être atteint de perforation d'un ulcus gastrique ou duodéal, le diagnostic de l'accident est fait ou soupçonné et on l'apporte au chirurgien.

Celui-ci, sachant que l'expectative voue le malade à la mort, l'opère immédiatement.

Le ventre ouvert, la lésion découverte, que faut-il faire ?

Doit-on se borner à faire la simple suture de la perforation avec ou sans abouchement gastro-jéjunal de nécessité, ou bien doit-on viser à guérir le patient de la complication comme de la maladie ?

Tel est le fond de la discussion actuelle.

Sans nous en cacher la difficulté, notre maître le professeur Chavannaz nous a conseillé d'essayer dans cette thèse de voir ce qu'actuellement on pouvait déduire des faits rapportés.

Il est hors de doute que l'étude d'un petit nombre de cas isolés n'autorise pas à tirer des conclusions. C'est pour avoir agi ainsi que beaucoup d'auteurs ont émis parfois des opinions risquées.

Il convient de baser cette étude sur un nombre aussi considérable que possible d'observations, aussi détaillées et précises que possible. Nous en avons réuni 718 parmi lesquelles 5 inédites que nous devons à l'obligeance de MM. Charbonnel et Lasserre, Chenut, Ichon, Princeteau, Rioux. Ces observations sont pour la plupart récentes, et aucune n'est comprise dans le travail de F. et G. Gross, paru en 1904 et portant sur 409 observations.

Dans ce travail nous ne considérons nullement le côté étiologique et clinique de la question.

Si nous insistons sur des faits anatomo-pathologiques, c'est parce que leur rappel est nécessaire pour la discussion du meilleur traitement et des indications techniques.

Après avoir envisagé le traitement préventif, sur lequel nous insisterons un peu, car nous croyons avoir recueilli sur ce sujet quelques faits intéressants, nous étudierons le traitement curatif. Celui-ci nous mènera à l'étude des diverses méthodes proposées, puis, dans un chapitre d'ensemble, à la discussion comparative des méthodes pour faire un choix parmi elles.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

La connaissance du siège le plus fréquent et des caractères physiques de la perforation sont du plus haut intérêt pour l'opérateur.

Connaître le siège d'élection c'est éviter de tâtonner et de perdre du temps dans les manœuvres de recherche de la lésion dans les cas ordinaires.

Connaître les caractères physiques de celle-ci, c'est avoir l'élément primordial de la discussion sur le meilleur procédé opératoire à employer, et c'est, dans tel cas particulier, une indication à s'écarter de la règle générale tracée.

Il ne nous paraît pas nécessaire de faire ici une étude complète de l'anatomie pathologique de l'ulcus perforé. Nous nous limiterons à ce qui est strictement nécessaire au chirurgien. De parti pris nous laissons de côté le côté histologique de la question

A qui s'y intéresse qu'il nous soit permis de signaler l'excellent livre de Mondor et Lauret et le rapport de Hartmann (Société de Chirurgie de Paris, 1923), où l'on trouvera le peu de renseignements que l'on possède actuellement sur ce sujet.

Nous ne ferons aussi que rappeler très brièvement l'aspect du péritoine dans une période très avancée de la maladie : anses intestinales dilatées, météorisées, avec arborisations veineuses fortement dessinées, avec piquetés hémorragiques, agglutinées par un enduit poisseux et par des fausses membranes abondantes. Il s'agit, en somme, de péritonite aiguë plus ou moins généralisée, le plus souvent putride.



Ce qui importe surtout, c'est la période plus récente, véritablement chirurgicale, et dans celle-ci nous étudierons successivement avec quelques détails *l'ulcère et sa perforation*, d'une part, *l'épanchement, l'inondation péritonéale*, de l'autre.

A. — La perforation.

Dans son étude nous essaierons de préciser plusieurs notions d'importance primordiale. Ces notions sont relatives au *siège de l'ulcération*, à son *calibre*, à ses *contours*, à l'existence ou non d'*adhérences*, enfin au *nombre des perforations*.

1° SIÈGE DE LA PERFORATION. — La perforation est *gastrique ou duodénale*. Parfois, cependant, au cours d'une intervention hâtive, la situation exacte de la lésion par rapport au sphincter pylorique n'a pu être établie. Il s'est agi, dans ces cas, de perforations pyloriques sans qu'on ait pu dire sur quel versant, gastrique ou duodénal du pylore elles se trouvaient placées. Les auteurs les ont qualifiées perforations *pyloro-duodénales*. Grey Turner a du reste insisté sur les ulcères siégeant à cheval sur la valvule pylorique et sur la fréquence de leur perforation.

L'incertitude de ces localisations anatomiques n'est guère faite pour faciliter l'évaluation du pourcentage des perforations sur le versant gastrique ou le versant duodénal du pylore. Du reste, les statistiques données par les auteurs sont discordantes.

C'est ainsi que Prader, sur 51 cas d'ulcères perforés, trouve 32 perforations gastriques et 19 duodénales; Amberger, pour 15 perforations gastriques et 2 pyloriques, n'en trouve aucune nettement duodénale; Guibé note 11 perforations de l'estomac pour 3 du duodénum.

Par contre, Deaver trouve une grande prédominance des perforations duodénales : 38 cas contre 17 gastriques; et Paul, de même, indique 19 duodénales contre 7 de l'estomac.

Hartmann, se basant sur un nombre plus élevé de cas, note 116 perforations de l'estomac et 74 perforations du duodénum. Il est vrai que cet auteur reconnaît que le nombre des perforations duodénales doit être plus considérable que ne l'indique

son relevé, car il a rangé dans les perforations de l'estomac celles étiquetées pyloriques ou pyloro-duodénales.

Dans 600 cas où l'on a noté le siège de la perforation, nous trouvons 247 perforations gastriques, 239 duodénales et 94 pyloriques ou pyloro-duodénales. Si nous éliminons ces dernières, au siège incertain, force nous est de constater que les perforations duodénales se rencontrent au plus avec la même fréquence que celles de l'estomac; que nous sommes loin des chiffres donnés par Deaver, Paul, Struthers et d'autres ! Cette incertitude n'est-elle pas due en grande partie au mythe de la trop fameuse veine pylorique ? Le *bon sens critique* et l'*exactitude* des auteurs français en a fait justice.

Nous aurions une certaine tendance à vouloir, avec Hartmann, considérer comme gastriques les perforations pyloriques (86 cas de notre statistique ou pyloro-duodénales, 8 cas). Dans ce cas, le nombre des perforations gastriques l'emporterait largement mais nous serions peut-être moins exact.

Ce premier point établi, il importe de mettre un peu de clarté dans les détails ayant trait au siège des perforations par rapport aux parois et aux divers segments anatomiques de l'estomac et du duodénum. Nous envisagerons tout d'abord les perforations de l'estomac.

I. — *Perforations de l'estomac.* — Notons de suite un point d'importance capitale tant pour les perforations gastriques que pour les duodénales, c'est que la majorité d'entre elles siège sur la paroi antérieure de l'organe lésé. Les perforations postérieures sont la rareté; toutes les statistiques confirment ce fait.

Donc, plus grand nombre des perforations antérieures. Cela est acquis. Mais s'il s'agit de fixer le pourcentage des antérieures et des postérieures le désaccord recommence. Des statistiques de Brunner et de F. et G. Gross il ressort que les perforations antérieures sont numériquement aux postérieures comme 7 est à 1. Les travaux plus modernes donnent un rapport de 15 à 1 (Mondor et Lauret). La constatation de Prader confirme cette dernière opinion puisqu'elle indique 30 perforations

antérieures contre 2 postérieures. Mais voici qu'avec Hartmann le nombre des perforations postérieures décroît puisque cet auteur en note 4 sur 116 perforations. Le rapport devient sensiblement 1/30.

Enfin, nous-même tablant sur 343 perforations gastriques, nous trouvons seulement 7 perforations postérieures, c'est-à-dire 1 pour 50 antérieures.

Nous pouvons dire, par conséquent, que l'on peut chiffrer le pourcentage des perforations antérieures à 98 % des cas. Il n'en reste pas moins vrai que *la possibilité des perforations postérieures doit toujours être envisagée par le chirurgien malgré le faible taux de 2 %.*

Avons-nous à peine quelques conclusions que nous voici derechef aux prises avec des statistiques contraires et peu précises, quand il s'agit pour nous de répartir les perforations sur les divers segments des parois gastriques.

Alors que F. et G. Gross, après l'étude de 409 cas, affirment la prédominance des perforations cardiaques sur les pyloriques (3/3), voici que Lauret, dans sa thèse, tablant sur 33 cas, contredit les auteurs précités et donne la prédominance aux perforations pyloriques (11/1).

S'agit-il du siège de la perforation par rapport aux courbures ? Les auteurs, ici, sont d'accord pour attribuer la prédominance aux perforations de la petite courbure (10 contre 1, disent Mondor et Lauret; 112-/16 disent F. et G. Gross).

Essayons par l'étude des 343 observations que nous envisageons dans ce travail, d'apporter notre part de contrôle et des chiffres. Classons le siège des perforations relativement à des axes gastriques choisis, soit deux axes principaux : l'un longitudinal et interorificiel, et l'autre transversal et intermarginal.

1° *Siège des perforations par rapport à l'axe longitudinal de l'estomac :*

a) *Perforations basses juxta-pyloriques* : 213 cas (dont 2 postérieures), se répartissant (d'après la dénomination qui leur a été donnée par les auteurs), en :

81 perforations pyloriques;
8 perforations pyloro-duodénales;
65 perforations du vestibule pylorique (sans autre précision quant à leur rapport avec les courbures);
57 perforations siégeant près du pylore et de la petite courbure;

2 perforations près du pylore et de la grande courbure.
b) *Perforations hautes-cardiaques* : 27 cas (dont 3 postérieures, placées près de la petite courbure) se répartissant en 24 perforations siégeant près du cardia et 3 perforations de la grosse tubérosité;

c) *Perforations de la partie moyenne du corps* : 20 cas (dont 3 postérieurs), se répartissant en :

12 perforations de la partie moyenne de la petite courbure (avec 2 postérieures);

8 perforations, sans autres précisions quant à leur rapport avec les courbures;

d) 83 cas, pour lesquels les auteurs ne donnent aucune précision quant à leur rapport avec les orifices de l'estomac.

2° *Siège des perforations par rapport à l'axe transversal de l'estomac* :

a) *Perforations de la petite courbure ou siégeant près de la petite courbure* : 149 cas;

b) *Perforations de la grande courbure ou près de la grande courbure* : 8 cas.

c) *Perforations siégeant vers la partie moyenne de l'axe intermarginal de l'estomac* : 8 cas.

d) Pour 178 cas manque toute précision quant à leur rapport avec les courbures.

En conclusion, nous pouvons dire d'après notre étude :

1) Les ulcères perforés de la portion *cardiaque* de l'estomac, contrairement aux statistiques précitées (Gross, Brunner), sont beaucoup moins fréquents que les ulcères *pyloriques et pré-pyloriques* perforés.

Mondor et Lauret aboutissent à la même conclusion et donnent un rapport de 11/4. Nous ramenons ce rapport à 8/1 et

faisons remarquer que notre statistique, basée sur un plus grand nombre de cas que celle de Mondor et Lauret, a des chances d'être plus proche de la vérité. Ce rapport de 8/1 sera abaissé à 5/1 si aux perforations cardiaques nous ajoutons celles siégeant sur la partie moyenne de l'estomac et dont le traitement ne risquera pas, par conséquent, d'intéresser le canal pylorique.

2) Les perforations de la *petite courbure* sont jusqu'à 18 fois plus fréquentes que celles de la *grande*. Remarquons que nous n'avons pas simplement rattaché à la petite courbure les perforations siégeant exactement sur sa crête; mais aussi celles qui étaient rapprochées seulement (de 1 à 2 cm.) de son bord épiploïque. Il nous semble que, chirurgicalement du moins, la petite courbure ne doit pas être seulement considérée comme une simple ligne allant du cardia au pylore, mais comme une gouttière à concavité endogastrique et présentant deux versants plus ou moins étendus sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac.

II. — *Perforations du duodénum*. — Nous avons dit déjà que ce que nous avons rappelé pour l'estomac pouvait s'appliquer au duodénum, à savoir : la prédominance des perforations antérieures. Alors que Lauret signale 4 perforations postérieures sur 50 cas, nous n'en notons que 5 sur 257, c'est-à-dire une proportion de 2 %. C'est à peu de chose près le pourcentage que nous avons trouvé dans la statistique des médecins d'Edimbourg, soit 2,5 %.

Quant au siège des perforations relativement aux divers segments duodénaux nous pouvons, d'après les observations que nous avons recueillies, en donner la classification suivante :

1) *Perforations antérieures* : 232 cas :

a) Première portion 143, dont 72 juxta-pyloriques et 71 sans autres indications;

b) Deuxième portion, 13;

c) Angle entre la première et deuxième portion, 11;

d) 3^e et 4^e portions, 0;

e) Duodénum sans autres précisions, 85. Il est vraisemblable qu'il s'agit là des perforations siégeant dans la plupart des cas sur la première portion, les autres étant beaucoup plus rares auraient incité les auteurs à préciser leur siège.

2) *Perforations postérieures* : 5 cas :

a) 1^{re} portion, 4;

b) 2^e portion, 1.

Dans ce tableau on remarque la prédominance des perforations de la première portion et l'extrême rareté de celles de la 3^e et 4^e portion. Lauret signale un cas au niveau de cette dernière portion, alors que la statistique d'Edimbourg, pas plus que la nôtre, n'en indique aucune. Les perforations de la 2^e portion sont moins rares : cependant la statistique d'Edimbourg n'en indique qu'une seule contre 119 de la première. Nous en notons 13 contre 143 de la première portion, si nous exceptons de notre statistique les cas où le siège de la lésion n'a pas été assez explicitement indiqué; 13 contre 228 si nous comprenons ceux-ci dans notre statistique. Dans le premier cas nous aurions 1 perforation de la 2^e portion pour 11 de la première; dans le second, où il nous semble que nous devrions être plus près de la vérité, notre rapport serait comme 1 est à 17,5.

Si cette classification ne présente pas la netteté que nous aurions voulue, c'est parce que les auteurs ne s'inquiètent parfois d'apporter beaucoup de précision quand ils indiquent le siège et les qualités anatomiques des lésions. « Perforation de la paroi antérieure de l'estomac, ou bien perforation près de la petite courbure. » Ceux qui écrivent ainsi croient-ils donc que la connaissance plus précise de ces éléments ne vaut pas plus qu'une vaine curiosité statistique ?

2° CALIBRE DES PERFORATIONS. — « Les symptômes pour lesquels on intervient, sont d'une si atroce brutalité qu'il y a quelque surprise à découvrir leur cause dans un orifice qui est deux fois sur trois plus petit qu'une lentille » (Mondor et Lauret). D'après Brünner, par contre, dans plus de la moitié des cas le diamètre de la perforation serait supérieur à 1 cm.; ra-

rement il serait inférieur à 5 m/m; rarement aussi il dépasserait 2 cm. à 2 cm, 1/2.

Lorsque nous consultons nos observations à ce sujet, voici ce que nous constatons. Le calibre de la perforation est noté dans 173 cas. 66 fois la perforation est égale à une lentille plus ou moins grosse: 20 fois elle est comme un grain de chènevis; 22 fois comme une tête d'épingle; 26 fois comme un pois; 23 fois elle est comme une pièce de 50 centimes; 16 fois le calibre de la perforation dépasse 1 centimètre (pièce de 2 fr., noix, 2 cm. 1/2, 3 cm., etc.).

Contrairement à ce que disait Brünner, le calibre de la perforation est en général petit et on ne peut même pas dire que les perforations duodénales sont toujours de diamètre inférieur à celles qui siègent sur l'estomac.

Ce qu'il faut *retenir* de ces faits, c'est qu'une perforation *punctiforme peut passer inaperçue*. C'est ainsi que Schloffer ne put découvrir dans le fond induré d'un ulcère la perforation qui pourtant avait déterminé une péritonite chez un de ses malades. Une exploration minutieuse s'impose donc.

3° CONTOURS DE LA PERFORATION. — Quel que soit son calibre, la perforation siège en général sur une portion indurée de la paroi gastro-duodénale. La zone indurée a une étendue des plus variables allant de la surface d'une pièce de 4 franc à la formation d'une véritable tumeur. L'étendue moyenne de la portion indurée est celle d'une pièce de 5 francs. Sur 123 cas où l'aspect de la région perforée fut soigneusement noté, 102 fois une induration marquée existait.

Ces chiffres infirment l'opinion souvent exprimée que les ulcères calleux, indurés, sont moins exposés à la perforation.

4° NOMBRE DES PERFORATIONS. — Intervenant pour un ulcère perforé, des chirurgiens ont, soit au cours de l'opération, soit à l'autopsie, découvert l'existence d'autres ulcères non perforés. Ces faits ne sont pas rares. (Dans un cas de Le Sage il y avait 2 ulcères, 3 dans celui de Kummer, 6 dans celui de Hromada, etc.) D'ailleurs, la multiplicité des ulcères gastriques ou duodénaux est actuellement bien connue. Prader trouve des

ulcères multiples dans un quart des cas. Une statistique déjà ancienne de Brinton, relevée par Gross (1904), en indique l'existence 97 fois sur 463 observations, soit dans 20 % des cas. Il en est de même dans les statistiques de Petren (27 % des cas), de Noak, de Brutt, etc.

Mondor et Lauret, Cadenat, insistent sur un type particulièrement fréquent au niveau de la première portion du duodénum (nous ajouterons : et du pylore) où il existe deux ulcères, l'un antérieur et l'autre postérieur, vis-à-vis du premier (Kissingulcers des Anglais). Nous retrouvons ce type dans les observations de Cadenat, Leriche, Mathieu, Pauchet, Prader, Mulleder, Brutt, Hromada, Brünner, etc.

Si les ulcères non perforés sont souvent multiples, la *perforation est le plus souvent unique*. Il ne faut néanmoins pas oublier que *des perforations multiples simultanées existent aussi*. Demons et Bégouin, après être intervenus pour un ulcère perforé de la paroi antérieure de l'estomac, découvrent à l'autopsie un deuxième ulcère perforé de la paroi postérieure. Jaboulay, dans un cas, note trois perforations.

Pour Brünner il y aurait même des perforations multiples dans un tiers des cas (39 sur 120 nécropsies).

Jusqu'à quel point le chirurgien doit-il donc s'inquiéter de la possibilité d'une seconde perforation après en avoir trouvée et traitée une ? Vouloir par un nombre répondre à cette question serait aller droit à une erreur. Certainement, en effet, des perforations ont dû passer inaperçues à l'opération, et tous les décès post-opératoires n'ont pas été suivis de nécropsie. Nous dirons cependant que l'opinion de Brünner, qui était aussi celle de Finney, nous paraît absolument inadmissible et que les perforations multiples simultanées sont plutôt exceptionnelles. Eliot, dans la littérature, n'en relève que 26 cas. Nous-même n'en trouvons que 3 cas (Basset, Brünner, Cadenat) sur plus de 700 observations.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que nous distinguons les perforations *simultanées* des perforations *itératives*. dont nous parlerons ultérieurement.

3° ADHÉRENCES. — Connaître la richesse et la fréquence des adhérences viscérales ou pariétales du voisinage de l'ulcère perforé en péritonite libre, n'est-ce pas connaître un élément important pour la discussion du traitement ? N'est-ce pas parce qu'ils craignent ces adhérences que certains chirurgiens écartent systématiquement la résection et même la gastro-entérostomie comme mode de traitement parce que rendues difficiles par elles, voire impossibles. On peut faire justice de ces craintes. S'il est des cas où ces adhérences sont assez nombreuses et fortes pour être difficiles à vaincre, il n'en reste pas moins vrai que ces cas sont l'exception. Ulcus perforé en péritoine libre, cela présuppose l'absence des adhérences défensives du péritoine. Un ulcère adhérent, fixé, immobilisé, fera le plus souvent un ulcère perforé bouché. A ces arguments d'ordre logique, que viennent ajouter les faits ?

Dans un certain nombre des observations que nous rapportons, les auteurs ne disent rien sur les adhérences. Il est rationnel de croire à leur absence ou du moins à leur faible puissance, car si elles avaient été un motif de difficulté opératoire considérable, les auteurs les eussent certainement signalées. Dans d'autres observations les auteurs disent catégoriquement : pas d'adhérences. Enfin, les adhérences sont signalées dans 44 cas seulement, c'est-à-dire dans 6 % des cas. Deux fois il s'agissait d'ulcères pyloriques, 11 fois d'ulcères de la petite courbure, 2 fois d'ulcères du cardia, 20 fois d'ulcères duodénaux. Remarquons, enfin, que le plus souvent, dans ces cas, les adhérences étaient peu nombreuses, molles, se laissant facilement détruire. Elles n'étaient véritablement abondantes, solides et gênantes que dans une dizaine de cas.

B. — L'épanchement.

La perforation se faisant au niveau d'un estomac ou d'un duodénum libre d'adhérences, l'épanchement qui se produit est libre et pour peu qu'il soit abondant, réalise une véritable inondation péritonéale. Le plus souvent il est remarqué dès

l'ouverture de l'abdomen et dès lors aiguille l'exploration chirurgicale.

L'épanchement est constitué par des liquides, des particules solides et des gaz.

I. — **GAZ.** — Simple pneumo-péritoine au début ou produit d'une péritonite putride plus tardivement, ils peuvent faire bruyamment issue au dehors de l'abdomen et sont le plus souvent inodores dans les premières heures. Ceci est un signe de perforation haute du tube digestif et c'est ainsi que ces gaz *inodores* ont permis à Chaton de réformer immédiatement un diagnostic d'occlusion intestinale, et à d'autres chirurgiens celui de sphacèle appendiculaire.

II. — **LIQUIDES.** — Ils sont représentés par le contenu gastro-duodénal, très souvent formé par les boissons ingérées par le malade, croyant ainsi calmer ses douleurs, parfois par des médicaments intempestivement ordonnés par le médecin (huile de ricin, etc.).

La couleur de ces liquides est des plus variables : claire comme le suc gastrique, louche, bouillon sale, sanguinolente (rarement), bilieuse (fréquemment). Ils sont souvent séro-purulents, parfois franchement purulents, même dès les premières heures. La purulence de ces liquides, ainsi que le montre Lecène, ne signifie pas toujours qu'il y a présence de germes. Perrin opéra un malade à la 36^e heure après le début de l'accident. Malgré la présence du pus libre dans l'abdomen, le sujet guérit. Il en a été ainsi dans un cas de Lecène et dans bien d'autres. La couleur bilieuse, allant de simple reflet verdâtre à la présence de bile épaisse, n'implique pas forcément (la perforation vésiculaire étant mise à part) qu'il s'agit d'une perforation duodénale et non gastrique.

L'odeur. — L'épanchement, s'il n'a pas l'odeur d'aliments ou d'un médicament ingéré, est parfois inodore, mais présente souvent l'odeur aigrelette du suc gastrique.

La quantité de l'épanchement liquide varie de quelques gram-

mes (rarement) à un ou plusieurs litres. Dans un cas de Santy il y avait 5 ou 6 litres de liquide dans l'abdomen.

La diffusion des liquides obéit d'une part à la déclivité, d'autre part à certaines dispositions anatomiques. Le sujet est-il dans la position verticale, c'est immédiatement dans la partie inférieure de l'abdomen que se dirige l'épanchement. Celui-ci glissant à droite ou à gauche du transverse suivant le siège de la lésion, va suivre la gouttière pariéto-côlique droite ou gauche. Le sujet est-il dans le décubitus dorsal, c'est vers la coupole diaphragmatique que se collectera l'épanchement. Enfin, à lésion antérieure succède une inondation de la grande cavité péritonéale, tandis qu'à lésion postérieure c'est l'arrière-cavité qui recueille les liquides.

Des expériences cadavériques de M. Smidt tendent à affirmer cette schématisation. En clinique, ce schéma est insuffisant et la diffusion des liquides n'obéit à aucune loi bien précise.

III. — PARTICULES SOLIDES. — Ce sont en général des débris alimentaires, reliquats du dernier repas. Dans l'observation de M. Guyot, le ventre contenait des débris alimentaires avec une énorme masse de bouillie bismuthée ingérée depuis peu.

Ce que l'on doit retenir au point de vue chirurgical, c'est que *ni l'abondance du liquide, ni sa diffusion, ni les débris qu'il contient, pas plus que son aspect, à moins qu'il ne s'agisse d'une péritonite putride et fétide, ne peuvent donner un critère pour l'établissement du pronostic et indiquer un acte chirurgical particulier.* Ce qui a plus d'importance, c'est la flore microbienne de l'épanchement et sa toxicité.

Bactériologie. — Il serait, en effet, important de connaître la bactériologie des liquides épanchés dans le péritoine. Cependant, outre que, comme l'a montré Lecène, les liquides épanchés peuvent être stériles et que leur richesse microbienne ne semble pas être toujours en rapport avec le temps écoulé (Daval, Hartmann), aucun procédé n'est au point pour donner au chirurgien les renseignements immédiats dont il a besoin.

Si l'examen direct sur lame conseillé par Kotzareff peut indiquer la morphologie et le nombre relatif des germes, il ne peut donner extemporanément aucune indication sur leur virulence. Des travaux allemands (Schönbauer, Prader) veulent établir un rapport entre la non-septicité des liquides et leur acidité. On aurait ainsi un procédé rapide pouvant au cours même de l'opération guider l'opérateur. Ces faits sont loin d'être prouvés. Nous n'y insisterons pas davantage.

CHAPITRE II

Traitement préventif.

En ne considérant que l'histoire de leur évolution clinique antérieure, nous pouvons distinguer *trois groupes* d'ulcères perforés. Ils sont d'ailleurs d'inégale fréquence.

Le premier groupe comprend les ulcères dont la perforation constitue la première manifestation clinique. C'est chez eux que cette redoutable complication éclate soudainement « comme un coup de foudre dans un ciel serein », l'individu qu'elle frappe paraissant jusqu'alors en parfaite santé. Ces ulcères, en quelque sorte, *naissent perforés* (20 % d'après Deaver; 11,3 % d'après Schmidt, 21 % d'après nos recherches).

Les ulcères du second groupe, pour n'être pas aussi silencieux que le sont les précédents avant leur perforation, sont néanmoins assez spéciaux. Ce sont des ulcères *jeunes*, cliniquement du moins, sinon anatomo-pathologiquement, et *ayant une évolution aiguë* qui, progressivement et rapidement, en un ou deux mois, parfois quelques semaines, en quelques jours même, les mène à la perforation. Leur histoire clinique est souvent vague et leur diagnostic incertain. (On peut fixer leur pourcentage à 10 % environ des cas.)

Le troisième groupe est constitué par cette grande classe des nombreux ulcères plus ou moins chroniques, dont la durée se chiffre par mois et par années (69 à 70 % d'ulcères perforés). Le plus souvent on a pu les diagnostiquer et les soumettre au traitement médical.

Les ulcères du premier groupe ne sauraient être traités préventivement; ceux du second, lorsqu'ils sont diagnostiqués,

du fait de leur évolution aiguë, demandent un traitement des plus rapides. Quant aux ulcères du troisième groupe, diagnostiqués et traités antérieurement, c'est surtout eux qui peuvent nous intéresser au point de vue du traitement préventif.

On a suffisamment insisté sur l'illogisme et le danger d'un traitement médical démesurément prolongé, dirigé contre certains ulcères gastriques ou duodénaux rebelles. S'obstiner dans une telle voie, c'est aller le plus souvent aux complications redoutables qui menacent la vie du patient. Debove et Rémond estiment à 13 %, Habershon à 18 %, la fréquence des perforations d'ulcères traités médicalement.

Or Larricu, à l'instigation du professeur Chavannaz, a recherché le pourcentage des perforations chez les ulcéreux traités chirurgicalement, en particulier après gastro-entérostomie. Ses conclusions sont des plus satisfaisantes. Sur plus de 10.500 gastro-entérostomies pour ulcère, 81 cas de perforation, soit moins de 1 %, tel est le pourcentage trouvé par cet auteur. Ces faits sont connus, il ne nous appartient pas d'y insister.

Dans ce chapitre nous voulons considérer d'autres faits qui n'ont pas été suffisamment mis en relief jusqu'ici et qui méritent d'être mieux connus.

En examinant attentivement les observations d'ulcères perforés, nous avons été frappé par l'existence dans un certain nombre de cas d'une recrudescence de l'évolution du processus ulcéreux signalant l'arrivée imminente de la perforation. Nous avons aussitôt porté nos recherches sur ce point et nous avons constaté que El. Eliot, Borchgrevink, Hustin, avaient déjà noté cette recrudescence des symptômes ulcéreux dans les quelques jours qui précèdent la complication. Lauret dans sa thèse, puis Mondor et Lauret dans leur livre sur les ulcères perforés, au chapitre des prodromes, signalent quelques observations de ce genre. Le Sage y a insisté à propos d'un de ses malades. Ryser, enfin, à propos de 4 observations analogues, consacre un article intéressant à l'intérêt qu'il y aurait à diagnostiquer ce « stade préperforatoire » et à soumettre de tels malades à une intervention préventive.

C'est là le point qui nous paraît intéressant et sur lequel nous croyons devoir insister. La connaissance de ces signes précurseurs est une indication logique et urgente d'intervenir. Faite avant la perforation déclarée, c'est-à-dire avant l'issue dans la cavité péritonéale du contenu gastro-duodéal septique, l'intervention doit avoir des suites aussi favorables qu'une opération à « froid ». Mais cela est-il possible ? Oui, mais assez peu souvent, malheureusement.

Après examen de plus de 450 observations d'ulcères perforés où les auteurs se sont suffisamment expliqués sur l'état antérieur de leur malade, nous avons trouvé dans 24 cas l'existence de ce *syndrome préperforatoire*, sur les 310 cas d'ulcères avérés, c'est-à-dire dans 8 % de ceux-ci (sans compter les 11 observations de Ryser, Hustin, Mondor et Lauret).

Dans ces 24 cas, 3 fois le siège de l'ulcère n'est pas précisé; 7 fois il s'agissait d'ulcère duodéal, 14 fois d'ulcères gastriques.

Cliniquement, c'est la *douleur* qui, isolée ou associée à d'autres symptômes, est le signe précurseur capital. En voici quelques exemples :

Un malade de Winslow (obs. 21) souffre de l'estomac depuis plusieurs années, puis, tout d'un coup, présente, pendant quelques jours, des douleurs épigastriques plus violentes, que l'opium lui-même n'arrive pas à calmer. Une douleur atroce, suivie bientôt d'autres signes de perforation, termine la scène.

Les deux malades de Brenner présentent les mêmes douleurs tenaces, l'un pendant 11 jours, l'autre 7 jours, avant la douleur suraiguë marquant la perforation. Il en est de même chez les patients de Guibé (4 jours), de Chifoliau (3 jours), de Santy (4 jours), de Hromada (10 jours), d'Amberger (2 jours).

La douleur est parfois accompagnée de *vomissements* alimentaires, acides, marc de café, dans certains cas de véritables hématuries. Les malades de Mathieu, de Guibé, de Musset, d'Eberlé, ont des vomissements alimentaires, rebelles; celui de Monod a quelques vomissements acides dont un marc de café. Ryser insiste sur la douleur accompagnée d'hématé-

mèses. L'observation de Le Sage en est un bel exemple quoique l'hématémèse ne s'y manifesta qu'une fois.

Il s'agit d'un homme de 51 ans, ayant depuis 18 mois des accidents nettement gastriques. Le malade souffre davantage depuis quelques semaines. Hospitalisé, il est soumis à un traitement médical des plus sévères qui ne calme cependant pas les douleurs. Le 8 (du mois que l'auteur ne précise pas), aux douleurs s'ajoute une violente hématémèse (morphine, hémoplastine, sérum). « Le 9, accalmie. Mais la douleur persiste toujours, gravative même. Le 10 et le 11, le malade se tient assis, il ne peut pas rester dans la position horizontale, il souffre trop. » Le 12, enfin, le malade accuse brusquement une douleur suraiguë au creux épigastrique et succombe 8 heures après, pendant les préparatifs de l'opération projetée. L'autopsie montre l'existence de deux ulcères gastriques, dont l'un perforé.

Un autre malade de Winslow (obs. 22), en même temps que la douleur et des vomissements, présente des selles maelaniques.

Pour Loeper, une constipation exagérée depuis plusieurs jours serait un indice significatif. Nous avons noté ce signe dans l'observation de Ferron, de même que dans celle n° 26 de Winslow.

Dans une observation de Tédénat, outre une douleur lancinante et continue durant depuis trois jours, on note un état fébrile (petits frissons, t. : 38°3, p. : 90). Ce tableau est complété le quatrième jour par une brusque douleur déchirante.

Dans tous les cas, il s'agissait d'ulcères anciens, souvent diagnostiqués et traités médicalement. Suivis régulièrement, on aurait pu prévoir l'imminence de leur perforation, ceci environ dans 8 % des cas, si l'on avait interprété justement les signes que nous venons d'exposer.

Parmi ces signes il est incontestable que c'est la douleur qui est le plus caractéristique et le plus constant. Elle n'a manqué qu'une fois sur plus de 30 observations. C'est une douleur violente, tenace, localisée à la région épigastrique, n'ayant pas

de tendance à s'irradier, ne cédant ni au repos, ni aux alcalins, ni même à l'opium. Elle est apparue de 2 à 20 jours avant la perforation; le plus souvent 3, 3, 6 jours avant. Les autres signes ne nous paraissent pas avoir d'autre valeur que celle que leur donne leur coexistence avec la douleur. Ce sont, par ordre de fréquence : vomissements, hématomèses, constipation, état fébrile.

S'attacher à saisir l'apparition de cette *période préperforatoire* au cours de l'évolution d'un ulcus gastro-duodénal et, cette *perforation menaçante* étant prévue, agir chirurgicalement aussitôt, ne serait-ce pas épargner quelques vies humaines ? La perforation déclarée, le péritoine ensemené, la situation est toute différente : elle est faite de gravité et d'incertitude. Ici, plus qu'ailleurs peut-être, ne vaut-il pas mieux « prévenir que guérir » ?

Pour résumer ce chapitre de traitement préventif, nous dirons :

1° *Tout ulcère tenace, ne cédant pas au traitement médical, doit être soumis à l'action chirurgicale;*

2° *Tout ulcère diagnostiqué ayant une évolution aiguë doit être, après un court essai de traitement médical, soumis au chirurgien;*

3° *Tout ulcère chronique donnant, au cours de son évolution, une symptomatologie analogue à celle que nous avons décrite (douleur épigastrique violente, tenace, rebelle à toute médication, survenant soit seule, soit accompagnée d'hématémèses, de vomissements, de constipation ou d'état fébrile), doit être considéré comme étant en imminence de perforation. Le diagnostic, même de seule probabilité, de ce stade préperforatoire est pour le chirurgien une indication absolue d'intervenir.*

CHAPITRE III

Traitement curatif.

Les diverses méthodes de traitement opposées à l'ulcère perforé peuvent être divisées en deux groupes : dans l'un rentrent les *procédés* employés d'une façon *courante*; dans l'autre entrent les *procédés exceptionnels*, que nous n'envisagerons que rapidement.

A. — *Procédés exceptionnels.*

De plus en plus rarement employés, les *procédés exceptionnels* ont été, les uns utilisés pour ainsi dire accidentellement, les autres proposés comme *procédés de choix* dans le traitement de l'ulcère perforé.

Nous exposerons successivement :

1) *La gastrostomie*, qui est soit *directe*, soit *indirecte*.

a) *La gastrostomie directe* est celle qui consiste à aboucher directement l'organe lésé à la paroi. Elle est pratiquée par *nécessité* lorsque la suture est impossible ou insuffisante. Dans ce cas, on fixe la zone perforée au péritoine et à la paroi abdominale antérieure. Elle a été préconisée par Sicur, Poissonnière, Jaboulay, Lenander, etc. Parmi nos observations nous trouvons celle de Leriche se rapportant à un malade opéré à la 12^e heure pour un ulcère calleux prépylorique. Le malade succomba.

Malgré quelques cas heureux (Paul, Villard, Green), la guérison n'est que très rarement obtenue par ce procédé (Parson, Maurice, etc.). Aussi bien il ne se recommande ni par sa simplicité ni par sa sécurité.

La gastrostomie directe, a été proposée par Schmidt comme *méthode de choix* dans le traitement des ulcères perforés, devant remplacer la gastro-entérostomie complémentaire. Cet auteur pratique l'excision de l'ulcère, fait la suture, puis fistulise l'estomac à la paroi suivant la technique de Witzel. Ce procédé aurait tous les avantages de la G. E. sans en avoir la gravité. Schmidt apporte 44 cas d'ulcères perforés dont 42 subirent la gastrostomie complémentaire, soit après excision (37 cas), soit après suture (5). Sa mortalité globale a été de 23 %. *Les 37 malades ayant subi la gastrostomie après excision*, opérés pour la plupart dans les 12 premières heures, donnent une mortalité de 11 %. C'est exactement le pourcentage que donne l'excision simple, de sorte que les avantages de la gastrostomie paraissent difficilement appréciables.

b) *La gastrostomie indirecte* est celle qui consiste à réunir l'orifice de perforation à la paroi abdominale par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc. Lorenz l'a employée. Dans nos observations nous trouvons un cas de Prader terminé par la mort et un autre de Morris qui donne un succès. La technique de ce procédé a été précisée en 1921 par Newmann. Dans l'ouverture de la perforation on introduit un drain de son calibre, puis on le recourbe et on le passe jusque dans le duodénum; on le fixe ensuite à la paroi gastrique par quelques points au catgut et on l'entoure d'épiploon, de façon à faire une gaine épiploïque qu'on fixe d'autre part au péritoine pariétal (manchette épiploïque de Newmann). Le malade peut être nourri très rapidement (6 à 24 heures) après l'opération. Le drain est enlevé le 12^e jour.

2) *La jéjunostomie*. — Eiselsberg proposa de remplacer la gastro-entérostomie par la jéjunostomie. Mais les résultats d'Eiselsberg, de Krause, Furner ou de Simon ne semblent recommander cette opération : 23 cas, 11 morts. Est-elle utile, tout au moins, dans les cas où la suture n'est pas exécutée ? Kotzareff fit une jéjunostomie dans un cas analogue, son malade mourut. De même, 4 opérés de Simon sur 4 succombèrent.

3) *Épiplooplastie, tamponnement, drainage.* — Pour si aléatoires que paraissent ces procédés, ils n'en ont pas moins été préconisés dans le traitement des ulcères de la petite courbure par Villard et Pinatelle, dans celui de tous les ulcères, quels que soient leur siège et l'heure de l'opération, par Corner. Nonobstant quelques rares cas heureux, ils ont ordinairement donné des insuccès. Pétren réunit 43 cas avec 40 morts; Lauret 16 avec 7 décès. Ces procédés sont d'ailleurs rarement utilisés puisque sur plus de 700 ulcères perforés nous n'avons trouvé leur emploi signalé que dans 18 cas. Ils ont donné 13 décès. Il faut reconnaître cependant que dans certains de ces cas on n'a fait qu'un simple drainage, la perforation ayant été introuvable.

Ces procédés d'emploi exceptionnel gardent néanmoins une certaine valeur lorsqu'ils sont utilisés pour renforcer l'action de manœuvres déjà pratiquées et jugées insuffisantes (suture renforcée par une épiplooplastie ou par un tamponnement, par un Mikulicz en particulier).

On a suppléé à l'insuffisance de ces obturations exceptionnelles de l'orifice de perforation par la gastro-entérostomie. C'est ainsi que cette adjonction de la G. E. au tamponnement a donné un succès à M. Guyot et un autre à Murard. Du reste, la première gastro-entérostomie pour ulcère perforé, celle de Braun, fut faite après obturation de l'orifice par épiplooplastie et tamponnement.

B. — **Procédés courants.**

C'est sur eux que roule la discussion actuelle. Pour en faciliter l'exposition, nous envisagerons successivement des *procédés indirects*, comprenant la *suture simple* (1) et la *suture suivie de gastro-entérostomie*, et des *procédés directs* comprenant l'*excision*, la *thermocautérisation*, *suivies ou non de gastro-entérostomie*, la *résection large*.

(1) Nous qualifions la suture de procédé indirect en tant qu'elle s'adresse moins à l'ulcère qu'elle n'enlève pas, qu'à sa complication.

I. — PROCÉDÉS INDIRECTS.

a) **SUTURE.**

Par un procédé simple et rapide obturer l'orifice de perforation d'un ulcère, tel a été le but que se sont proposé les premiers chirurgiens qui ont eu recours à la suture. C'est ainsi que le 7 novembre 1880, Mikulicz, pour la première fois, appliqua ce procédé opératoire; neuf ans plus tard il intervenait de la même façon chez un second malade. L'un et l'autre patients succombèrent. Les chirurgiens qui après Mikulicz suturèrent des ulcères perforés virent aussi leurs malades mourir. Ce n'est qu'en 1892 que Heusner signale le premier succès. Michaux, en France, eut de même une guérison par suture en 1893.

Ainsi s'ouvrait l'ère du traitement chirurgical des perforations gastro-duodénales.

Dans la suite, les succès se multiplièrent malgré que, d'une manière générale, la mortalité opératoire restât grande. Cependant elle était déjà infiniment moindre que celle donnée par le traitement médical. Celui-ci aboutissait au décès dans presque 100 % des cas (95 à 97 %, Brünner).

Sans entrer dans les détails de la technique, nous rappellerons que l'oblitération se fait suivant les cas : soit en enfouissant l'ulcère par quelques points de Lembert, disposés sur deux plans (comme l'a fait Michaux, comme le conseillaient Hartmann, Lenander et d'autres), ou bien en l'enfouissant par deux sutures, l'une totale, prenant la paroi même de l'ulcère, et l'autre séro-séreuse.

Dans les cas où les qualités physiques de l'ulcère (callosité, calibre de l'orifice, friabilité des bords) rendaient difficile une suture étanche, des chirurgiens ont été amenés à parachever l'obturation en employant un artifice opératoire. C'est ainsi que l'on a fixé, par quelques points de catgut, des organes voisins (foie, intestin, vésicule biliaire) au foyer suturé. Le plus fréquemment et le plus logiquement, c'est à l'épiploon qu'on a demandé ce rôle de renforcement.

Les chirurgiens s'accordent pour attacher une grande importance au sens dans lequel on fera la suture de la perforation, surtout quand celle-ci siège au voisinage du pylore. C'est en faisant une suture perpendiculaire à l'axe longitudinal de l'organe que l'on risquerait le moins l'action sténosante de l'enfouissement. Ceci a plus de valeur théorique que pratique.

Le matériel employé pour la suture est des plus variables (soie, lin, catgut, catgut chromé). On a accusé le catgut de se résorber trop rapidement et de faciliter la réouverture de la perforation. Ewans, Power conseillaient la soie fine. La déhiscence secondaire de la suture a été aussi bien observée lorsqu'elle a été faite à la soie (cas de Patel). D'ailleurs on connaît les inconvénients de la soie employée pour les points perforants (expériences de Gosset, celles de Vilky; opinions de Von Haberer, König, Bier, etc.). Abadie donne la préférence au catgut chromé. Il nous paraît indiqué d'employer le catgut pour les points perforants et la soie ou le lin pour les points d'enfouissement. D'ailleurs n'est-il pas plus probable qu'il faille rendre responsables des déhiscences plutôt les tissus suturés et les agents microbiens que la qualité des fils employés ?.

Comme pour les autres traitements opposés à la perforation des ulcères gastro-duodénaux que nous étudierons, nous exposerons tour à tour les résultats immédiats et les résultats tardifs que donne la suture simple. Si, bien entendu, pour un accident grave, mettant en quelques instants la vie du sujet en danger, il convient de chercher avant tout un résultat immédiat favorable, il n'en est pas moins vrai que l'avenir de l'opéré guéri est souvent subordonné à la valeur du procédé employé.

1° RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La mortalité opératoire de la suture simple paraît de prime abord aussi élevée dans les statistiques récentes que dans les statistiques anciennes.

C'est ainsi que Terrier et Hartmann, en 1899, réunissent 169 cas d'ulcères perforés suturés avec 80 guérisons (53 % de mortalité); Finney, en 1900, rapporte 268 cas avec 135 guérisons; Brünner, en 1903, signale 300 cas avec 170 guérisons (43 % de léthalité).

Hertz, plus récemment, accuse une mortalité de 50 %. Scully perd 29 de ses malades sur 49 opérés (mortalité 57 %); Walker (Boston) a 98 opérés avec une mortalité de 27 % Kossanovitch rapporte 33 cas de la clinique du professeur Subbotitch, de Belgrade, opérés de 1903 à 1922, avec 16 morts, soit une mortalité de 48,5 %. Cette mortalité tombe à 37 % si l'on compte seulement les 16 cas opérés de 1919 à 1922. Winslow (clinique de l'Université de Baltimore) accuse une mortalité de 50 %. Les hôpitaux d'Edimbourg donnent une mortalité de 47 %. La toute récente statistique du professeur Hartmann réunit 53 cas avec 22 décès, soit une mortalité de 41,5 %.

Notre statistique personnelle, enfin, portant sur 237 cas de suture, accuse une léthalité globale de 39,6 %. En tout cas, ces chiffres, soit anciens, soit nouveaux, sont des chiffres globaux rapportant aussi bien les cas tardifs et désespérés que les cas précoces, plus favorables à l'intervention. L'infinie hétérogénéité des cas rapportés amoindrit, d'ailleurs, singulièrement la valeur de ces statistiques et les rend peu aptes à porter de la lumière dans la discussion de la valeur comparative des divers procédés opératoires.

Aussi, en réunissant des faits comparables et en les étudiant, les chirurgiens essaient de déduire, des résultats opératoires obtenus, une base plus ferme d'appréciation. Le facteur temps est celui qui est à la base de ce classement.

Cependant, tout en conservant le temps comme base de nos statistiques, nous rappellerons qu'à ce facteur d'une importance primordiale pour la majorité des cas, s'ajoutent parfois d'autres facteurs non moins importants (résistance du sujet, qualité des liquides épanchés, qualités physiques des lésions, etc.), qui, malheureusement, ne sont pas facilement mesurables. Ce sont ces derniers facteurs qui font que tel malade opéré précocement succombe et que tel autre opéré tardivement survit.

Si donc, au point de vue de la précocité de l'opération, nous envisageons les statistiques récentes qui donnent une mortalité globale de 30 à 50 %, nous voyons cette mortalité tomber pour

les cas opérés dans les 12 premières heures à 23 % environ. C'est du moins ce qui ressort des observations que nous avons recueillies. Des chiffres plus favorables trouvés, dans d'autres statistiques ne doivent pas infirmer les nôtres. Ce n'est pas sur des statistiques portant sur un petit nombre de cas qui auraient pu être particulièrement heureux, ou sur celles apportées par des chirurgiens très spécialisés, que l'on doit se baser. Ceci étant dit, voici quelques statistiques parmi les meilleures. Proust et Baudet rapportent chacun 3 cas de suture avec guérison, Kirk a 11 cas avec 11 guérisons, Martens 18 cas guéris sur 18. Murphy a 28 cas avec une mortalité de 7 %. Sutham ne perd que 4 malades sur 48. Gibson a 59 cas avec 4 morts seulement.

Si, au contraire, on envisage les statistiques portant sur les cas les plus nombreux, rapportés par divers chirurgiens, on arrive à des chiffres bien moins heureux. C'est ainsi que Hartmann réunit 55 cas de suture donnant une mortalité globale de 41,5 % et une mortalité de 12,5 pour les 24 cas opérés dans les 12 premières heures.

De notre côté nous constatons que 237 cas de suture ont donné 94 morts, soit une mortalité générale de 39,6.

Si nous analysons ces cas au point de vue du temps écoulé entre la perforation et l'opération, nous avons :

De 1 à 3 heures.....	19 cas,	5 morts,	mortalité, 26,3 p. 100.
De 3 à 6 heures.....	34 cas,	5 morts,	mortalité, 14,7 p. 100.
De 6 à 12 heures.....	43 cas,	10 morts,	mortalité, 23,2 p. 100.
De 12 à 24 heures.....	46 cas,	27 morts,	mortalité, 58,5 p. 100.
De 24 à 48 heures.....	34 cas,	18 morts,	mortalité, 53 p. 100.
Au delà de 48 heures....	21 cas,	18 morts,	mortalité, 85 p. 100.
Notés « précoces ».....	23 cas,	8 morts,	mortalité, 34,5 p. 100.
Temps non noté.....	17 cas,	3 morts,	mortalité, 17,5 p. 100.

Si nous résumons ce tableau nous avons une mortalité de :
 23,5 % pour les cas opérés dans les 12 premières heures (1);
 61,4 % pour les cas opérés au delà de la 12^e heure. Il est à remarquer que la mortalité ne varie pas énormément entre la

(1) Nous avons ajouté dans ce groupe les 23 cas notés « précoces ».

12^e et la 24^e heure et au delà de 24 heures. *Le salut des malades est donc dans la précocité de l'opération.* La limite des cas favorables, d'une façon générale, n'est ni la 6^e heure, comme le veulent certains, ni la 18^e (Gibson), mais la 12^e heure.

Étant donnés les résultats numériques auxquels nous sommes arrivé, envisageons *les objections* faites à la suture simple et voyons leur valeur.

DES OBJECTIONS :

a) *La suture est souvent difficile, impossible même du fait de l'induration, de la friabilité des tissus, du calibre de la perforation.* — En effet, l'acte opératoire, pour être complet, doit comprendre deux temps : la suture proprement dite et l'enfouissement. Chacun de ces deux temps est susceptible d'être d'exécution difficile. Tels chirurgiens en disent la facilité, tels autres la difficulté constante. La plupart des résectionnistes déclarent la suture pénible. Delagenière dit même n'avoir jamais pu la réaliser d'une façon convenable. Par contre, les défenseurs de la suture sont, comme de juste, d'un avis absolument opposé. Pour eux, ce procédé est toujours possible. Le caractère trop absolu de l'une et de l'autre opinion se dénonce rapidement à la lecture des observations. Il en ressort, en effet, que la suture et l'enfouissement ont été le plus souvent réalisables, sinon faciles, dans un grand nombre de cas. On n'en doit cependant pas négliger les cas, peu rares, où tantôt la suture, tantôt l'enfouissement furent particulièrement difficiles, voire même impossibles. En voici quelques exemples. Dans un cas, M. Guyot fut obligé à se résoudre à un simple tamponnement, la suture ayant été impossible. Dans deux cas de Schleichel la suture était particulièrement difficile; de même dans les cas de Cauchoix, Sauvé, Bichat, Routier, Vianney, Favreil, Hallopeau, Mayer, Lieblein, etc. La suture fut d'autre part absolument impossible dans les cas de Mathieu, Lagoutte, Willensky, Pauchot, Guibé, Prader, etc.

Vianney, dont l'expérience en matière d'ulcères perforés n'est pas à négliger, dit « garder l'impression nette de la réelle

difficulté qu'il y a à suturer solidement une perforation de l'estomac ou du duodénum par ulcère ».

Cette première objection n'est donc pas sans valeur, comme certains le prétendent. Quel parti prendre si l'on se trouve en face de telles difficultés ? Faut-il abandonner toute tentative de suture et recourir à l'un des procédés que nous étudierons plus loin (excision, résection), ou bien, s'armant de patience, s'ingénier à suturer quand même, dut-on ne pratiquer qu'une « suture médiocre » ? Donnons un exemple de cette façon d'agir. Favreil opère un malade à la 10^e heure après la perforation d'un ulcère pylorique. Le sujet semble résistant (température, 37°; pouls, 100). La suture est difficile, en tissu friable. L'auteur pratique une épiploplastie et un tamponnement à la compresse. L'opéré meurt le lendemain.

S'obstine-t-on à faire la suture et à la vouloir étanche, on peut employer le procédé suivant : il consiste, au lieu d'essayer de placer les fils en tissu friable, à les passer loin de l'ulcère, en tissus sains et, en les nouant, à faire, en enfouissant la lésion, une véritable plicature de la paroi. Ce procédé a donné ses succès (Mathieu, Steward et Barber, Lecène, Mondor et Lauret, Pauchet, Eliot, Deaver, etc.).

C'est le procédé d'enfouissement de plicature large conseillé surtout par Lecène, Mondor et Lauret.

Si ce procédé peut être employé avec profit lorsqu'il ne risque pas de créer des troubles mécaniques importants, il est des cas dans lesquels il devient un paradoxe. En effet, s'il trouble le fonctionnement du conduit gastro-duodénal au point qu'il amène à pratiquer une gastro-entérostomie, il ne répond plus à l'objet que lui demandent les partisans de la suture simple. De deux choses l'une, ou l'on est pressé par l'état général du malade et alors faire une plicature risquant de déformer le viscère et de nécessiter une gastro-entérostomie complémentaire ne fait en rien gagner du temps; ou bien l'état du sujet est tel que l'on n'est pas très pressé et l'indication de la suture simple ne se pose plus si formellement.

Dans l'un et l'autre cas ne conviendrait-il pas mieux de s'adresser à un procédé plus radical et plus élégant ?

Cependant, plutôt que d'employer certains procédés encore plus aléatoires, il nous semble qu'il faille conserver la plicature, non comme une méthode de choix ainsi que semblent le vouloir certains, mais comme un procédé de nécessité.

b) *Exécutée dans de mauvaises conditions, la suture expose à la déhiscence secondaire de l'orifice de perforation.* — Si une suture faite sans difficulté dans des tissus souples paraît devoir produire une obturation parfaite, en est-il de même pour celles faites dans de mauvaises conditions ? Bien plus, une suture paraissant suffisante à priori, met-elle toujours à l'abri d'une déhiscence ou d'une réouverture franche de la lésion ?

Beaucoup de chirurgiens en doutent et c'est précisément pour se garantir contre la précarité d'une suture que nombre, parmi eux y ajoutent une gastro de décharge. Corner croit que souvent une perforation qui semble obturée suffisamment au cours de l'opération ne l'est plus au bout de quelques heures. Il va même jusqu'à bannir complètement la suture et à la remplacer par un simple tamponnement. Servi par la chance, il a guéri ainsi des malades. Paterson, pour 8 de ses décès, croit pouvoir rendre responsable la suture qui n'empêcha pas l'issue du contenu gastrique dans la cavité péritonéale. De même en est-il dans deux cas de Short. Guibé, de son côté, rapporte un cas où la perforation s'est réouverte 8 jours après l'opération et où le malade mourut malgré une deuxième intervention. Cet auteur ne croit pas à la rareté de la déhiscence des sutures.

Par contre, Eliot, sur 82 cas de suture simple, ne peut citer un cas où la suture ait lâché. Mondor et Lauret déclarent, de leur côté, que ce reproche « tombe de lui-même devant l'excellence des résultats immédiats et la rareté de la déhiscence des sutures ».

Il est difficile de dire d'une façon précise la fréquence de cette déhiscence, dont l'existence ne nous paraît pas douteuse (cas de Vianney, Bichat, Masmonteil, P. Moure, Martin, Patel, Chenut, Paul, etc.). Les observations que nous avons entre nos mains manquent de vérification clinique ou nécrop-

sique pour qu'elles puissent apporter quelque lumière dans cette évaluation. Bien des malades sont morts sans qu'on ait pu en faire l'autopsie; d'autres ont fait des complications, des abcès sous-phréniques par exemple, que l'on peut attribuer à la filtration du contenu gastro-duodénal à travers la suture. Enfin, les vérifications nécropsiques sont parfois incomplètes car elles montrent bien les réouvertures grossières de la perforation, mais mettent difficilement en évidence de légères déhiscences, pourtant suffisantes pour laisser filtrer des liquides septiques dans la cavité péritonéale. Des phénomènes rapides de péritonite plastique se chargent bien, dans certains cas, de parachever l'obturation chirurgicale insuffisante, mais non dans d'autres.

La crainte des déhiscences secondaires à la suture n'est donc pas illusoire. Sans entrer dans les exagérations de Corner, nous dirons avec Guibé qu'on ne doit pas nier l'existence de ces déhiscences, si minimes soient-elles, toujours suffisantes pour rallumer l'infection péritonéale.

c) *La suture simple ne guérissant pas l'ulcère lui-même, ne met pas le malade à l'abri des complications* telles qu'hémorragies, perforations itératives, voire cancérisation.

De plus, en cas d'*ulcères multiples*, la suture n'a aucune action contre ces lésions ulcéreuses ni contre leurs complications éventuelle.

Seule l'étude des résultats éloignés de la suture simple nous permettra de discuter la valeur de ces objections.

d) *La suture simple*, surtout si l'on doit la renforcer par un procédé quelconque (tamponnement, épiplooplastie, etc.), du fait des phénomènes péritonéaux, expose à la formation des *adhérences*. Celles-ci peuvent provoquer des troubles gastriques consécutifs, auxquels il sera souvent très difficilement possible de remédier par une nouvelle intervention. Là où une gastro-entérostomie immédiate aurait été facile, il sera par la suite très périlleux et parfois impossible de pratiquer cette opération.

Un malade de Wagner (Guibé) guéri par simple suture d'un

ulcère perforé de la petite courbure, doit, un an plus tard, subir une gastro-entérostomie. Celle-ci se montre impraticable à cause des larges adhérences de l'estomac. Un malade de Masmonteil, opéré précocement, par simple suture, d'un ulcère perforé de la petite courbure, guérit, après, il est vrai, avoir présenté une fistule gastrique. Ultérieurement, ce patient présente de tels troubles gastriques qu'une gastro-entérostomie est envisagée comme pouvant seule y remédier. Or de nombreuses adhérences rendirent impossible cette intervention.

Si nous avons montré, en effet, le peu d'importance des adhérences rencontrées au cours d'une intervention pour ulcère perforé, il est, au contraire, beaucoup plus fréquent de trouver des adhérences serrées et nombreuses au cours d'une seconde intervention (cas de Basset, Leriche, etc.).

2° RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Quel est l'avenir anatomique et clinique d'un ulcère perforé et suturé ? Les opinions émises à ce sujet sont des plus contradictoires et ne permettent guère de répondre avec précision à cette importante question. Les statistiques, ici encore, paraissent être un infidèle critère.

Cependant il existe un certain nombre d'observations bien étudiées, qui peuvent faciliter le discernement de la valeur, quant aux suites éloignées, des diverses méthodes employées contre l'ulcus perforé. Essayons donc d'esquisser une étude d'ensemble des résultats éloignés de la suture pour ulcus perforé. Nous rapporterons dans un chapitre à venir l'étude des statistiques. Nous le ferons comparativement avec les résultats éloignés donnés par la suture suivie de gastro-entérostomie.

C'est Mayo, de Rochester (dont nous rapportons plus loin les résultats réalisés), qui le premier, nous le pensons, émit dès 1908 l'opinion que la perforation mettant fin au processus ulcéreux marque la terminaison de la maladie.

Le 13 octobre 1920, Lagoutte présente à la Société de chirurgie de Paris sa statistique personnelle portant sur 9 malades, suivis de 2 mois à 9 ans, après l'intervention, pour ulcère perforé. 7 parmi eux ont des suites éloignées aussi bon-

nes, alors qu'ils ont subi une suture simple, que les deux autres, qui avaient subi une suture complétée de gastro.

« Il semblerait, dit Lagoutte, qu'un ulcère arrivé au stade de perforation, soit au terme de son évolution et guérisse spontanément après la suture. »

A la Société de chirurgie de Paris, en 1923, Gibson, de New-York, résume l'opinion qu'il avait émise déjà à plusieurs reprises en disant : « L'élément de la perforation semble être une phase curative, on le voit ailleurs où l'élimination d'un sphacèle provoque la guérison. La perforation opératoire, l'opération dite de Balfour est fondée sur ce principe. »

Alexander, Bullock, Steward et Barber, pour ne citer que quelques noms, déclarent la gastro-entérostomie inutile « pour une maladie qui guérit d'elle-même après la perforation ».

Quel crédit convient-il d'accorder à cette opinion qui, d'emblée, nous paraît trop optimiste, « absurde et contraire à tous les faits observés », dit Lecène. Avec Duval, en France, la majorité des chirurgiens n'y attachent qu'une faible importance.

Mais que nous disent les faits ?

Conners, Mulleder et Tuffier ont rapporté l'observation de malades à l'autopsie desquels (2 ans, 3 ans, 10 ans, 14 ans et 18 ans après l'opération par suture simple pour ulcère perforé), on ne trouvait plus traces de la lésion.

Ces faits prouvent la possibilité de guérison anatomique complète de la lésion après suture simple. Tout en gardant leur valeur, ces observations auraient une autre importance si Conners et Mulleder avaient donné des précisions sur les qualités physiques que présentaient ces ulcères au moment de l'opération et sur l'évolution clinique des malades avant et après la perforation. Quant à l'observation de Tuffier, le protocole d'opération nous dit qu'il s'agissait d'un ulcère « à bords extrêmement amincis », donc d'un ulcère sans induration, non calleux; d'autre part, c'était un ulcère haut situé et, partant, peu exposé au choc alimentaire et aux liquides de stases. Ces qualités physiques nous semblent pouvoir être propices à la guérison après suture simple.

Kummer, dans une deuxième intervention trois ans après la première, faite sur un ulcère duodénal perforé, trouve une masse dure dont il ne peut préciser la nature ulcéreuse ou néoplasique.

Si ces faits anatomiques, de beaucoup les plus importants, les seuls certains, étaient plus nombreux et rapportés avec plus de précision, nous aurions des éléments sûrs pour notre discussion. Il n'en est point ainsi. Force nous est de nous adresser à d'autres moyens de contrôle.

La radioscopie peut-elle nous éclairer ?

Dans son enseignement, notre maître, le professeur Chavannaz, insiste tout particulièrement sur la valeur toute relative de la radioscopie qui, à elle seule, n'éclaire guère le clinicien et qui n'est qu'un adjuvant.

Si, d'autre part, dans certains cas, la clinique montre la possibilité de la disparition des signes fonctionnels après suture simple d'un ulcère perforé, dans la majorité des cas il serait erroné de dire avec les auteurs américains que cela est la règle. Même en éliminant les facteurs accessoires (adhérences, nouvel ulcère), pouvant faire croire à la récurrence ulcéreuse *in situ*, on doit reconnaître que beaucoup d'ulcères ne sont pas guéris cliniquement par la perforation.

Et si par la suture simple on obtient plus d'insuccès que de succès tardifs, c'est parce que les ulcères ayant des qualités anatomiques propices à ce mode de traitement sont plus rares que ceux qui par leurs qualités anatomiques ne sauraient en bénéficier.

Si on regarde de près les observations, on remarque que trois facteurs interviennent dans la façon de se comporter d'un ulcère perforé et traité par suture : 1° l'évolution clinique antérieure; 2° ses qualités physiques; 3° son siège (et aussi, ajoutons-le, l'hygiène du sujet).

M. F. Papin, analysant les observations de Lagoutte d'ulcères définitivement guéris après simple suture, ne manque pas de constater qu'il s'est agi dans la plupart de ces cas, d'ulcères peu indurés, presque souples.

Au contraire, lorsqu'il s'agit d'un ulcère calleux, largement ou même moyennement induré, de n'importe quel siège qu'il soit, attendre sa guérison certaine après la perforation et suture, sera le plus souvent une vaine espérance.

Un ulcère « latent » ou ayant évolué d'une façon extrêmement rapide avant la perforation, a de grandes chances de rester latent après celle-ci. Il semble posséder, du fait de ses qualités cliniques antérieures, comme une sorte de particularité qu'il peut garder après l'intervention. C'est de ces ulcères que nous avons dit qu'ils *naissent perforés*, c'est d'eux également que l'on peut dire, cliniquement, qu'ils *meurent suturés*.

C'est plus spécialement ce groupe d'ulcères qui justifie l'opinion citée antérieurement que la phase de perforation est une phase de guérison. Il ne s'ensuit pas pour cela que la suture simple soit pour eux le traitement suffisant au point de vue des résultats éloignés. Pour peu qu'ils soient indurés, leur suture ne manque pas d'amener des perturbations dans le mécanisme gastrique et souvent la gastro, immédiate ou secondaire, doit être pratiquée pour y pallier.

Pour nous résumer nous dirons : *Il semble que s'il est des ulcères pour lesquels la perforation paraît constituer un phénomène curatif et la suture simple un traitement suffisant, ce fait ne s'applique qu'à certains ulcères à marche extrêmement aiguë et surtout aux ulcères latents mais étant restés souples ou peu indurés.*

C'est là la part de vérité qu'il est permis d'accorder à la théorie de Mayo, Gibson, Lagoutte, Alexander, etc.

Pour tous les autres ulcères — et ce sont les plus nombreux — il faut considérer comme vraie l'opinion soutenue par les auteurs français et envisager la perforation non comme un phénomène curatif, mais comme un épisode accidentel survenu au cours de l'évolution de l'ulcus.

L'étude comparative des statistiques des résultats éloignés de la suture simple et de la suture suivie de gastro, nous permettra d'asseoir notre opinion sur une base plus solide.

b) SUTURE AVEC GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Braun et Tuffier, l'un en 1893, le second en 1897, pratiquèrent les premiers la gastro-entérostomie comme moyen de traitement de l'ulcère perforé en péritoine libre. L'un et l'autre chirurgien pratiquèrent cette intervention pour soulager une suture jugée médiocre. Après eux le procédé opératoire fut assez long à entrer dans la pratique, puisqu'il faut arriver jusqu'en 1910 pour réunir 65 cas (Kroisse), 68 (Hartmann et Lecène) où il fut pratiqué.

Actuellement, soit que l'on ait reconnu sa nécessité, soit qu'on ne craigne plus ses dangers immédiats et que l'on cherche à faire de la thérapeutique d'urgence un traitement radical, les statistiques groupent un bien plus grand nombre de cas. Certains chirurgiens (Deaver, Sencert, Vianney, etc.), pratiquent cette opération d'une façon systématique. Nous la trouvons réalisée 241 fois sur 718 observations d'ulcères perforés que nous avons réunies.

Et cependant la valeur de ce procédé, l'opportunité de son emploi, sont loin d'être jugées pareillement par les divers auteurs. A côté de ceux qui le prônent, sont encore plus nombreux ceux qui l'attaquent et ne veulent lui attribuer la moindre action favorable, l'accusant même d'être néfaste. Nous essaierons de discerner le vrai du faux parmi ces opinions extrêmes.

Dans l'esprit des chirurgiens qui la pratiquent, la gastro-entérostomie est appelée à jouer des rôles différents.

a) *Un rôle d'évacuation stomacale, lorsqu'on n'a pas suturé la perforation.* Cette éventualité peut se rencontrer dans les cas suivants : a) la perforation est unique mais introuvable; b) perforations multiples; c) impossibilité de suturer la perforation; d) perforation inaccessible, soit du fait de son siège (juxta-cardiaque), soit du fait d'adhérences rapidement organisées ou préexistantes.

Dans les deux dernières éventualités, comme le fait remarquer Guibé, le traitement porté sur la perforation elle-même

(tamponnement, cloisonnement, drainage) pour si précaire qu'il fût, a certainement joué un rôle dans le processus de guérison en même temps que la gastro-entérostomie (cas de M. Guyot).

Pour si illusoire que paraisse l'action de la gastro-entérostomie dans les cas où aucune action n'a pu être portée sur la perforation, ce procédé a trouvé des défenseurs. Nous ne citerons que les noms de Wetterstrand et Paterson. Ce dernier va même jusqu'à soutenir « qu'en cas de perforations multiples on perd plus de temps à chercher la deuxième perforation qu'à faire une gastro qui permet de guérir » (Guibé).

b) *Un rôle de sécurité immédiate alors même que la suture a pu être réalisée.*

c) *Un rôle curatif de l'affection ulcéreuse elle-même.*

Considérant ces deux derniers rôles, nous étudierons successivement : 1° les *résultats immédiats* de la suture suivie de gastro-entérostomie; 2° les *résultats éloignés*.

A la fin de chacun de ces deux chapitres nous adjoindrons une étude comparative de la suture avec gastro et de la suture simple.

1° **RÉSULTATS IMMÉDIATS.** — Avant de faire l'exposé de ces résultats il nous paraît nécessaire de discuter les *objections* adressées à la gastro, et les *avantages* qui lui ont été attribués.

a) *Les principales objections* tendant à proscrire la pratique de la gastro-entérostomie complémentaire sont les suivantes :

1° La gastro-entérostomie augmente les risques opératoires en prolongeant la durée de l'opération et celle de l'anesthésie;

2° La gastro-entérostomie risque de diffuser l'infection dans les régions de l'abdomen encore indemnes, en particulier de l'étage sous-mésocolique à l'arrière-cavité des épiploons;

3° La gastro-entérostomie est rendue difficile et dangereuse par la périgastrite, par l'état pathologique des tissus sur lesquels on opère et par leur septicité.

La prolongation de l'acte opératoire est l'objection capitale faite par ses adversaires, à la gastro-entérostomie. Le malade

se trouve dans un état grave de shock et le chirurgien, disent-ils, ne doit avoir, en pareille circonstance, qu'un souci : suturer le plus rapidement possible et rapporter le patient dans son lit. Les partisans de la gastro complémentaire font bon marché de cette objection. Il semble, en effet, qu'on a exagéré l'importance de la nécessité de la rapidité de l'acte opératoire. Cette nécessité existe, mais dans quelle mesure la gastro-entérostomie prolonge-t-elle l'intervention ? Dans quelle mesure aussi le patient peut-il en faire les frais ?

Pour certains chirurgiens l'exécution d'une gastro-entérostomie ne demande qu'un minime supplément de temps. L'un de ses défenseurs, Paterson, dit : « J'ai souvent suturé des ulcères gastriques et pratiqué une gastro-entérostomie en moins de 25 minutes. La prolongation due à la gastro ne doit pas, à mon avis, excéder cinq et au maximum sept minutes. »

Ce n'est pas sur des cas si exceptionnels de virtuosité opératoire qu'il faut baser une opinion. La majorité des chirurgiens, et non des moindres, demande beaucoup plus de temps pour pratiquer correctement cette opération. Eliot avoue franchement que dans les cas semblables l'opération dure de une heure à une heure un quart au lieu de vingt à quarante minutes quand il réalise une simple suture. Alamartine et Dunet sont de même avis. Ces chiffres, à leur tour, nous paraissent un peu exagérés et nous admettons avec Sencert que la suture suivie de gastro-entérostomie ne doit pas demander plus de 40 minutes. Ces discussions touchant le temps sont un peu fastidieuses, d'autant que, quelque bref qu'il soit, l'établissement d'une gastro-entérostomie paraît d'une lenteur néfaste à certains chirurgiens. Devons-nous dire que certains de ces chirurgiens, ménagers du temps, ne voient, par contre, aucun inconvénient à enlever au cours de l'intervention, en vertu de quelques hypothèses pathogénétiques, un appendice innocent ! C'est ainsi que Farr, contempteur de la gastro-entérostomie, n'hésite pas, chez 4 de ses malades, à enlever deux fois l'appendice et deux fois la vésicule biliaire. Guibé qui dit : « Accordons même à Paterson ses 5 ou 7 minutes, la question

est de savoir si vraiment cette prolongation n'expose pas la vie de l'opéré. » Sur une page de ce même travail, écrit, parlant de l'appendice : « Il me paraît tout indiqué de profiter de l'occasion pour réséquer ce viscère. S'il est nettement malade il y a tout intérêt à l'enlever, s'il paraît sain il n'y a nul inconvénient à le faire et peut-être est-ce même avantageux. » De tels faits nous permettent de dire sans crainte que certaines critiques faites à la gastro-entérostomie n'ont été, tout au moins dans certains cas, que l'expression d'une partialité souvent inexplicable.

La prolongation de l'acte opératoire étant admise sans conteste, dans quelle mesure le malade peut-il en faire les frais ? Si des patients ont pu supporter une longue intervention pour subir une suture simple (Bichat 40 minutes, Clogg 40, Guibé 40, Brünner 48, Hallopeau 1 h. 30) avec un résultat favorable, pourquoi en serait-il autrement lorsqu'il s'agit de la gastro-entérostomie ? Dans d'autres cas, le pronostic ne fut nullement aggravé par l'adjonction à la suture d'une appendicectomie ou d'une cholecystectomie; certains chirurgiens même ont adjoint, sans dommage, ces excrèses viscérales à la suture accompagnée de gastro-entérostomie. Ces faits et l'étude minutieuse des nombreuses observations que nous avons recueillies nous permettent de penser que les malades, dans la majorité des cas, n'étaient pas dans un tel état de choc que l'on dût condamner rigoureusement chez eux une prolongation souvent justifiée de l'acte opératoire. Si la précocité apparaît comme certainement capitale, la rapidité de l'opération ne semble pas avoir la même importance. Ce qui importe, c'est d'opérer d'une façon convenable en ne laissant rien au hasard, sous prétexte qu'il s'agit d'une chirurgie d'urgence. Suter, de cet avis, a cité des observations où les patients survécurent à des interventions ayant duré plus de trois heures (?). La mathématique n'a rien à faire avec la chirurgie : l'intuition de l'opérateur, le raisonnement rapide sont à sa base. Il y a des malades. C'est au chirurgien à savoir discerner les cas où l'état général du sujet ordonne le traitement opératoire le plus rapide.

Contrairement à l'opinion de l'Ecole.Lyonnais, nous envisageons surtout la gastro-entérostomie à l'aiguille. Il nous semble, en effet, que la gastro-entérostomie au bouton, étant donnés ses moins bons résultats, ne doit être employée que dans les cas où l'anastomose gastro-jéjunale est absolument nécessaire et une prolongation de l'acte opératoire formellement contre-indiquée.

Prolongation opératoire égalant *prolongation de l'anesthésie*; c'est celle-ci que l'on a accusé parfois d'être un facteur aggravant en tant que prédisposant aux complications broncho-pulmonaires post-opératoires. Connait-on assez bien la pathogénie de ces complications pour qu'on puisse les attribuer à la durée de l'anesthésie ? Nous ferons constater simplement que la fréquence de ces accidents n'a été nullement augmentée dans les cas où une gastro-entérostomie fut pratiquée (1). De plus, ces accidents semblent avoir été beaucoup plus rarement observés dans les cas où une résection large enleva toute la zone malade et peut-être infectée. Ce fait ne doit-il pas paraître fortifier la théorie française de la voie hémathogène des complications pulmonaires post-opératoires ?

La pratique de la gastro-entérostomie risque de diffuser l'infection dans les régions de l'abdomen encore indemnes, en particulier de l'étage sous-mésocolique à l'arrière-cavité des épiploons.

Au XXIII^e Congrès de chirurgie, Lardennois (de Reims) condamna la gastro-entérostomie complémentaire à cause du choc et parce que « les doigts et les instruments du chirurgien sont souillés ».

« L'épanchement d'une grande quantité de liquides digestifs et les débris alimentaires, disent Basset et Uhlrich, contre-indiquent, cela va sans dire, la gastro-entérostomie. » Ce qui n'empêche pas Uhlrich, à la même époque, de publier ailleurs une opinion diamétralement opposée. Pauchet, en 1913, fait une gastro-entérostomie antérieure pour éviter l'ouverture de l'arrière-cavité et la dissémination de l'infection.

(1) Parmi les décès succédant soit à la suture simple, soit à la gastro-entérostomie nous notons 20 % de morts par complications pulmonaires.

Par contre, Duval, Guibé, Alamartine et nombre d'autres auteurs déclarent ce reproche sans valeur. Deaver donne des chiffres éloquentes puisque sur 67 gastro-entérostomies il n'a qu'une mortalité de 7,5 %, même en faisant, en plus de la gastro-entérostomie, l'appendicectomie dans 24 cas et la cholécystectomie, dans deux autres.

Avec Sencert il nous semble que nous pouvons dire que si les liquides épanchés sont encore localisés au voisinage de la perforation, on ne voit pas l'inconvénient qu'il y a, une fois qu'ils sont épongés, aspirés et que leur source est tarie, à retourner le colon et à faire la gastro-entérostomie; si, au contraire, ces liquides sont déjà répandus dans tout le ventre et jusque dans le bassin, ce qui est le cas le plus habituel, on ne peut pas bien comprendre comment la gastro-entérostomie les diffusera davantage.

De plus nous pourrions nous-même ne pas être de l'opinion de Deiore, qui considère l'ouverture de l'arrière-cavité des épiploons comme une manœuvre de l'exploration des plus précieuses ? C'est ainsi que Bergeret intervient pour une perforation de la paroi antérieure de l'estomac et trouve du liquide séro-purulent répandu dans tout l'abdomen. Au moment où il incise le mésocolon il trouve l'arrière-cavité déjà remplie du même liquide séro-purulent. Enfin le danger de diffusion des liquides épanchés est d'autant plus illusoire qu'ils sont assez rarement septiques, du moins dans les premières heures qui suivent l'accident.

La gastro-entérostomie est rendue difficile et dangereuse par la périgastrite, par l'état pathologique des tissus sur lesquels on opère et par leur septicité.

Nous avons déjà dit la rareté des observations où l'on a fait mention des adhérences pathologiques et des lésions de périgastrite. Les auteurs qui pratiquent couramment la gastro-entérostomie n'ont eu que très peu souvent de grandes difficultés opératoires de ce fait. Les deux seuls cas que nous avons relevés où l'on mentionne cette difficulté, sont ceux de Vianney et de R. Berger; les deux malades guérirent. Il est évident que

devant des obstacles invincibles ou ne pouvant être surmontés qu'en risquant de créer des lésions graves et en faisant une anastomose imparfaite, il est indiqué de s'abstenir. La crainte de faire des sutures sans solidité dans un milieu infecté, n'est pas justifiée par les faits. Et si dans certains cas de péritonite purulente l'on peut conseiller de s'abstenir de la gastro-entérostomie, ce doit être pour des raisons autres.

Etant donné que la gastro-entérostomie est, dans la majorité des cas, sans danger par elle-même, cela ne suffit pas pour en justifier la pratique; il faut aussi savoir les raisons de son indication. Ceci nous amène à parler de ses avantages.

b) *Les avantages de la gastro-entérostomie au point de vue immédiat.* — Le pronostic immédiat des malades opérés pour perforation gastro-duodénale se trouverait considérablement amélioré par l'adjonction de la gastro à la suture.

Les arguments qui permettent aux auteurs de soutenir cette opinion sont les suivants :

1° La gastro-entérostomie en supprimant la mise en tension de l'estomac et en dérivant son contenu directement vers l'intestin, lutte efficacement contre le danger immédiatement menaçant de déhiscence de la suture;

2° La gastro-entérostomie prévient les accidents post-opératoires dus aux troubles de rétrécissement gastro-duodéal;

3° La gastro-entérostomie préserve contre l'éventualité de perforation d'un nouvel ulcère ou de l'apparition d'une hémorragie;

4° La gastro-entérostomie permet une alimentation plus précoce;

5° La gastro-entérostomie permet enfin d'administrer à l'opéré une purgation précoce, ce qui serait, pour certains, le meilleur moyen de drainage péritonéal.

De ces derniers avantages accordés à la gastro-entérostomie, celui ayant trait à l'alimentation précoce est indiscutablement bien fondé. Quant au second, il ne nous appartient pas d'en discuter la valeur toute hypothétique.

Il est autrement important de discuter la valeur des trois premiers avantages accordés à la gastro-entérostomie.

Le premier argument qui tend à faire de la gastro-entérostomie une soupape de sûreté et un moyen efficace de faciliter la cicatrisation de l'ulcère, quoique paraissant logique, a été vivement critiqué.

Duval, Eliot, Corner, Grégoire, Basset, etc., l'ont qualifié de purement théorique. Les déhiscences de suture d'un ulcère sont tout à fait exceptionnelles; d'ailleurs Balfour ne fait pas de gastro-entérostomie lorsque après avoir brûlé l'ulcère, il en fait la suture, se plaisent fréquemment à remarquer les auteurs. D'aucuns remarquent à chaque instant que les faits expérimentaux et cliniques ont démontré qu'une bouche gastro-jéjunale ne fonctionne pas si les voies naturelles pyloro-duodénales sont perméables. C'est donc se faire illusion que de croire qu'on facilitera la guérison de la perforation gastro-duodénale en dérivant le cours des aliments par une gastro-entérostomie.

Nous répondrons d'abord en ce qui concerne le procédé de Balfour, que si cet auteur ne pratique pas de gastro-entérostomie après avoir brûlé l'ulcère, il ne se contente pas non plus de créer simplement une perforation artificielle qu'il suture ensuite. En effet, il détruit l'ulcère en entier et croit exécuter ensuite ses sutures en tissu sain.

Mais la suture simple sans suppression de l'ulcère ne risque-t-elle pas davantage de se rouvrir ou de laisser simplement filtrer le contenu gastrique ? Ce danger est certain; nous l'avons vu déjà. Le tout est de savoir si une gastro-entérostomie en met à l'abri.

L'étude comparative du nombre des déhiscences observées après suture simple ou suture avec gastro-entérostomie doit-elle nous éclairer sur ce fait ? Cela nous paraît difficile puisque la suture simple a porté plus souvent sur des ulcères souples, peu calleux, tandis que la gastro a surtout été employée pour les ulcères calleux, surtout s'ils siégeaient dans une zone ex-

posée. Le terrain d'expérimentation de ces deux méthodes est donc différent et une comparaison des faits illogique.

Certes, on a employé la suture dans des cas d'ulcères friables que les fils déchiraient. Mais pour de tels cas, voici quelques observations instructives.

Vianney sutura très convenablement un ulcère calleux de la face antérieure de l'estomac. Le cinquième jour son malade succomba avec une fistule gastrique témoignant de la désunion de la suture.

Mayer enfouit un énorme ulcère induré. Or, de nouveaux phénomènes péritonéaux surviennent et le malade succombe avec une réouverture de son ulcère. Un malade auquel Martin sutura un ulcère (après simple avivement des bords), fut rapidement emporté au cinquième jour après l'intervention en présentant une fistule gastrique. Il en était de même dans les observations de Houdart, de Chenut, P. Moure, Masmonteil, Bichat. Citons enfin les cas de Tuffier et de Guibé, les deux de R. Short et les huit cas de Paterson, qui ne sont pas compris dans les observations que nous avons réunies.

Voici donc un nombre de cas de déhiscence à peu près tous mortels, après simple suture. Or, de l'autre côté de la balance, sur un nombre de cas sensiblement égal, nous ne trouvons que le cas de Patel où, malgré une gastro-entérostomie (Bouton), une désunion de la suture fut observée.

Veut-on des chiffres ?

Dans 64 cas d'ulcère calleux traités par la suture simple, il y a 34 morts, alors que dans 20 cas d'ulcères souples traités pareillement, il y a 2 morts. Tandis que, d'un autre côté, dans 78 cas d'ulcères calleux traités par la gastro-entérostomie, il y a 21 morts et 57 guérisons et dans 6 cas d'ulcères souples traités pareillement il n'y a pas eu de décès.

Pour conclure, si la suture simple peut, dans certaines formes spéciales (ulcères souples ou peu indurés) se passer de toute autre manœuvre, il n'en reste pas moins vrai — les faits nous le démontrent — que pour peu que la suture paraisse déficiente, pour peu que l'ulcère soit induré et friable, la sagesse

donne formellement l'indication de la soulager par une gastro-entérostomie. D'autant que les faits anciens (Hartmann et Soupault) et tout à fait récents (Sencert et ses élèves) tendent à démontrer que malgré la liberté de la voie pyloro-duodénale l'anastomose gastro-jéjunale fonctionne, au moins suffisamment pour avoir une action efficace.

Le deuxième avantage accordé à la gastro-entérostomie est surtout important lorsqu'il s'agit d'une lésion juxta-pylorique, en particulier si l'enfouissement a porté sur un ulcère large.

Les inconvénients immédiats de ce rétrécissement de la voie pyloro-duodénale sont rares, mais particulièrement graves (Alamartine et Dunet). Tardifs, ils sont plus fréquents et peuvent nécessiter une deuxième intervention. La gastro-entérostomie obviant parfaitement à ces troubles mécaniques, trouve là sa principale indication.

Mais si l'on n'a pas nié la valeur de la gastro-entérostomie comme palliatif de ces rétrécissements, ce sont ces rétrécissements que l'on a niés. Pour Southam, Gibson et d'autres, il n'existent pas. Eliot, Steward et Barber attribuent à ces sténoses une existence essentiellement transitoire. On connaît même les expériences faites sur des chiens par Eliot et répétées dernièrement par Steward et Barber. Ces expériences pratiquées sur des viscères sains, où l'on crée des lésions n'ayant aucune ressemblance avec celles de l'ulcus, ne peuvent avoir la moindre valeur déductive. D'ailleurs n'est-ce pas dans des observations de ces mêmes auteurs que nous trouvons que certains de leurs opérés gardent une stase gastrique avec retard d'évacuation et présentent des troubles dyspeptiques ?

Au contraire, avec la plupart des chirurgiens français nous croyons à la réalité et à la persistance du rétrécissement créé par la suture. Un malade de R. Berger montre, à l'autopsie faite 36 jours après, une suture avec enfouissement, un rétrécissement très serré du duodénum admettant à peine l'extrémité de l'index. Soupault présente à la Société anatomique l'estomac d'un malade mort trois jours après l'opération et

présentant un tel rétrécissement qu'une sonde cannelée peut à peine franchir la lumière pylorique. Lapointe objecte que ce rétrécissement n'est pas un danger immédiat, qu'il laisse le temps d'attendre et de pratiquer, le cas échéant, une gastro secondaire. Répondons simplement en rapportant l'observation suivante d'Alamartine :

Il s'agit d'un soldat d'infanterie serbe atteint de perforation d'un ulcère calleux pylorique : suture, épiplooplastie, tamponnement; suites excellentes, mais le matin du second jour, après ingestion d'une petite quantité de liquides survinrent des vomissements très abondants, non biliaires. Et le malade succomba malgré les lavages répétés de l'estomac et une gastro-entérostomie au bouton, pratiquée au quatrième jour. L'autopsie permit de constater l'absence de péritonite, un *estomac dilaté et un pylore complètement obstrué.*

Alamartine attribue, avec raison, ce décès à l'omission de la gastro.

Seidel décrit un procédé spécial qui, dit-il, permet la suture sans exposer au rétrécissement pyloro-duodéal. Il consiste à placer (Mondor et Lauret) deux fils perforants un peu en dehors du diamètre de la perforation et dans l'axe cardio-pylorique; puis, deux fils perpendiculaires aux premiers et en dehors d'eux. En nouant ensuite ces fils, on réalise une occlusion en bourse de la perforation que l'on enfouit sous quelques points de Lembert.

Il est difficile de saisir en quoi ce procédé, qui n'a d'original que la seule disposition des fils, peut empêcher la sténose. De fait, pour l'avoir essayé à l'amphithéâtre sur un cadavre porteur d'un ulcère calleux prépylorique, nous avons pu acquérir l'impression que l'on obtient par cette façon de suturer un rétrécissement aussi grand qu'avec n'importe quel autre procédé.

La sagesse n'est donc ni dans la négation du rétrécissement, ni dans l'invention des procédés spéciaux de suture pour y obvier. Elle est dans la pratique de la gastro-entérostomie si toutefois il n'y a pas de contre-indication formelle.

Nous discuterons ailleurs l'action préventive de la gastro-entérostomie sur des complications perforatoires pouvant survenir soit sur d'autres ulcères coïncidant, soit sur l'ulcère perforé et suturé.

Quant à ce qui est des hémorragies immédiates post-opératoires, il est évident que la simple gastro-entérostomie ne peut, dans certains cas les éviter. Il en est ainsi lorsqu'il s'agit d'un ulcère richement capillarisé et déjà prêt à saigner. Kummer, Bircher, pourtant partisans de la gastro-entérostomie, lui croient une manœuvre directe supérieure à ce point de vue. Toutefois est-il que sur 210 sutures avec gastro nous ne trouvons aucun cas d'hémorragie immédiate post-opératoire, alors que nous en trouvons deux cas après suture simple.

Il faut à présent jeter dans la discussion des avantages et des inconvénients de la gastro-entérostomie les arguments apportés par les statistiques.

Kroïsse réunit les premiers 63 cas publiés et notre une mortalité de 21,3 %; Gibson réunit 17 cas avec 11,7 % de mortalité; Eliot signale une mortalité de 33,3 % (31 cas réunis); statistique des médecins d'Edimbourg, 20 % (88 cas); Mondor et Lauret, 20 % (47 cas); Wetterstrand, 28 % (14 cas); Amberger, 20 % (3 cas); Kummer, 21 % (14 cas); Brentano, 31 % (16 cas); Richardson, 17 % (12 cas); Vianney, 16,6 % (6 cas); Körte, 22 % (9 cas); Sencert, 11 % (9 cas); Bircher, 6 %; Gray Turner, 16 %; Warren, 28 %; Deaver, 4,6 % (64 cas); Lewi-son, 0 % (8 cas); Alexander, 0 % (10 cas); Métraux, 0 % (6 cas); Lecène, 0 % (4 cas).

Ces statistiques globales donnant une mortalité variant de 0 à 33 % voient leur valeur diminuer à cause de leur imprécision

Analysons plutôt quelques statistiques où il fut tenu compte au moins du facteur *temps*.

1° *Sencert*, 9 cas opérés dans les 8 premières heures; léthalité, 11 %.

2° *Hartmann*, 65 cas réunis; mortalité globale, 26 % :

De 1 à 6 heures (30 cas); mortalité, 20 %;

De 7 à 12 heures (15 cas); mortalité, 6,6 %;

De 13 à 24 heures (10 cas); mortalité, 80 %;

Au delà de 24 heures (10 cas); mortalité, 20 %.

3° Statistique personnelle : 212 cas avec 33 morts; mortalité globale, 23 %.

De 1 à 3 heures.....	14 cas,	1 mort,	mortalité, 7,1 p. 100.
De 3 à 6 heures.....	56 cas,	12 morts,	mortalité, 21,3 p. 100.
De 6 à 12 heures.....	51 cas,	10 morts,	mortalité, 19,6 p. 100.
De 12 à 24 heures....	41 cas,	18 morts,	mortalité, 44 p. 100.
De 24 à 36 heures.....	12 cas,	4 morts,	mortalité, 33,3 p. 100.
De 36 à 48 heures.....	5 cas,	1 mort,	mortalité, 20 p. 100.
Au delà de 48 heures...	9 cas,	3 morts,	mortalité, 33,3 p. 100.
Notés « précoces » ou « mêmes jours ».....	13 cas,	3 morts,	mortalité, 23 p. 100.
Sans précision.....	11 cas,	1 mort,	mortalité, 9 p. 100.

En résumant ce tableau, nous trouvons une mortalité de :
19,3 % pour les malades opérés dans les 12 premières heures
(nous avons indiqué parmi eux ceux opérés précocement ou
dans le même jour);

38,7 % pour les malades opérés au delà de 12 heures.

Nous aurions en mains les éléments nécessaires pour faire l'étude comparative des résultats immédiats de la suture simple et de la suture complétée par gastro si une objection importante ne nous était aussitôt opposée. C'est celle qui dit que le facteur temps n'est pas un critère suffisant pour établir les catégories cliniques des malades. De plus, on peut objecter que beaucoup de chirurgiens ne font pas systématiquement et indistinctement la gastro-entérostomie dans tous les cas.

Ils font la suture simple non seulement dans les cas qui n'indiquent pas une gastro-entérostomie (cas où la suture paraît satisfaisante), mais ils la font surtout dans ceux où l'état général du sujet est tel qu'une gastro leur paraîtrait néfaste. De ce fait, la statistique des cas où la simple suture fut pratiquée est aggravée parce qu'elle le fut sur des sujets particulièrement affaiblis. Cette objection paraît sérieuse. Mais que devient-elle devant les statistiques apportées par exemple par Deaver ou par Sencert ? Celui-ci dans 9 cas d'ulcères perforés fit la gas-

tro-entérostomie 9 fois; celui-là, dans 56 cas la fit 54 fois. Faut-il que ces auteurs aient été favorisés pour n'avoir trouvé que des sujets particulièrement résistants et aptes à subir une gastro-entérostomie ! De tels chiffres ont leur éloquence. D'ailleurs, n'avons-nous pas, en discutant les objections faites à la gastro-entérostomie, essayé de réduire à sa juste valeur celle qui l'accuse d'être un facteur d'aggravation en tant qu'elle prolonge l'acte opératoire ?

Il nous semble, cependant, que c'est sur un autre terrain qu'il faut porter la discussion. C'est le terrain anatomo-pathologique.

Des observations il ressort manifestement que les ulcères calleux, indurés, friables, donnent à la gastro-entérostomie une mortalité autrement faible que celle qu'ils donnent à la simple suture.

C'est ainsi que sur 84 cas de suture simple (où les qualités physiques de la lésion furent précisées, nous avons trouvé 64 cas d'ulcères indurés avec une mortalité de 34 cas, soit 53 %; 20 cas d'ulcères souples donnant une létalité de 10 %. Alors que sur 84 cas de gastro-entérostomie nous notons : 78 cas d'ulcères calleux avec une mortalité de 21 cas, soit 26,8 %; 6 cas d'ulcères souples, tous guéris.

Aussi bien est-il évident que bien des ulcères simples auraient au moins donné des résultats sensiblement équivalents avec la gastro-entérostomie.

Comme, d'autre part, le nombre des ulcères perforés calleux, indurés, est manifestement supérieur à celui des ulcères souples, nous pourrions peut-être, à ce point de vue, déduire que *dans un plus grand nombre de cas la gastro-entérostomie paraît plus indiquée.*

Maintenant que nous avons établi notre raisonnement sur une base qui nous semble solide, comparons les chiffres de notre statistique donnés par les deux méthodes :

Suture :

12 premières heures. 119 cas avec 28 décès; mortalité, 23,5 %;

Au delà de la 12^e heure, 101 cas avec 63 décès; mortalité, 61,4 %.

Suture suivie de gastro-entérostomie :

12 premières heures, 134 cas avec 26 morts; mortalité, 19,3 %;

Au delà de la 12^e heure, 67 cas avec 26 décès; mortalité, 38,7 %.

2° RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

1° Du traitement par la suture suivie de gastro-entérostomie;

2° De la suture simple;

3° Discussion.

1° *Résultats éloignés du traitement par la suture suivie de gastro-entérostomie.* — Certains chirurgiens, en particulier américains, ne croient pas, ainsi que nous l'avons déjà dit, que la gastro-entérostomie adjointe à la suture améliore les résultats éloignés dans le traitement des ulcères perforés en péritoine libre. Pour eux la simple suture donne des résultats au moins aussi bons que la suture avec gastro. Comme, d'autre part, ils estiment meilleure la suture simple au point de vue des résultats immédiats, ils n'en manquent pas d'attribuer à ce procédé la valeur d'une méthode de choix.

Nous avons vu que l'on chercherait en vain la preuve anatomique de l'assertion de ceux qui affirment radicale la guérison des ulcères perforés après suture simple, surtout si ces ulcères étaient quelque peu indurés. Le cas de Kummer rapporté plus haut est une illustration de nos dires. Malgré le petit nombre des observations, il nous sera plus facile d'apporter des preuves de la valeur curative de la suture suivie de gastro. Un malade de Lecène meurt de tuberculose pulmonaire trois mois après avoir subi une suture suivie de gastro-entérostomie pour ulcère calleux perforé siégeant sur la petite courbure. A l'autopsie « on ne trouve plus que difficilement la trace de l'ulcère parfaitement cicatrisé. Il en est de même dans un cas de Bopp où un mois après la suture complétée par une gastro-entérostomie d'un ulcère largement calleux du duodénum, il

n'existait plus d'induration. Cette vérification fut faite à l'autopsie.

Les faits cliniques corroborent-ils les faits anatomiques ? Outre les résultats que nous pouvons tirer de l'étude des faits que nous avons recueillis, nous apportons ici le résumé des statistiques que nous avons relevées dans la littérature chirurgicale.

169 malades traités par suture et gastro-entérostomie ont été revus ultérieurement et ont donné :

159 *résultats bons* (Moynihan, 9; Williams, 3; Morley, 3; Wagner, 1; R. Short, 2; médecins d'Edimbourg, 42; Lewishohn, 6; Paterson, 2. Métraux, 6; Sullivan, 3; Deaver, 65; Ch. Peck, 12; Pell et Dineen, 3).

4 *résultats médiocres* (Morley, 2; Pell et Dineen, 2).

6 *résultats mauvais* (Pell, 1; St. des médecins d'Edimbourg, 5).

Comparons à ces statistiques celle de nos observations.

Sur 213 cas de suture avec gastro, que nous avons pu réunir, nous trouvons les résultats éloignés indiqués 62 fois. Ces 62 cas se répartissent ainsi : résultats bons, 53; résultats assez bons, 4; résultats mauvais, 5.

Les cas que nous avons qualifiés d'*assez bons* appartiennent à Brünner (2 cas), Amberger (1 cas), Kummer (1 cas). Les trois premiers malades se portent très bien au point de vue général et du côté de leur estomac ne présentent que quelques douleurs intermittentes et quelques renvois acides.

Le malade de Kummer, vu 5 ans après l'intervention, présentait une légère hyperacidité accompagnée de quelques douleurs et de quelques vomissements. Au point de vue objectif on déterminait une douleur à la pression au niveau de la bouche anastomotique. Kummer conclut à un ulcère peptique de la bouche. Toutefois est-il qu'un an plus tard ces troubles disparurent complètement.

Deux des *cas mauvais* (malades de Guibé et Santy) peuvent s'expliquer par le fait que les gastro-entérostomies furent faites au bouton. Le sujet de Guibé, opéré pour perforation d'un ulcère calleux du pylore, vit ses troubles gastriques persister

après l'opération. Dans le cas de Santy il s'agissait d'un ulcère calleux pyloro-duodéal. Les phénomènes douloureux ayant reparu un mois plus tard, la radioscopie montra, et une nouvelle intervention confirma, une oblitération complète de la bouche gastro-jéjunale. Le malade récupéra une santé excellente après établissement d'une gastro-entérostomie à l'aiguille.

Le malade de Paul dut également être réopéré un an après la première intervention, pour un ulcère peptique de la bouche. Il se porte très bien après la deuxième opération. Un second malade du même chirurgien paraît avoir fait la même complication. Le dernier des mauvais cas, celui de Delagenière, est celui d'un malade auquel on fait une suture avec gastro pour perforation de la paroi gastrique antérieure. Douze ans après l'intervention, et ayant souffert d'une façon insignifiante, pendant ce temps, sauf les deux dernières années, le malade succomba avec des signes péritonéaux aigus, faisant diagnostiquer une perforation itérative. Ni intervention, ni autopsie.

Contrairement à ce qui a été fait dans les faits que nous avons rapportés plus haut, nous envisageons les 33 cas bons que nous relevons, non en bloc, ce qui a beaucoup moins d'intérêt, mais en essayant de donner des précisions cliniques et anatomo-pathologiques. Cette manière de faire nous paraît plus logique et nécessaire.

1° En classant ces 33 cas suivant le délai écoulé entre l'intervention et le dernier examen des malades, nous trouvons que : 16 fois ces malades ont été examinés de 1 à 6 mois après l'intervention; 4 fois de 6 à 12 mois; 8 fois de 1 à 2 ans; 6 fois au delà de 2 ans (2 ans 1/2, 3, 3, 3, 7, 9); enfin pour 19 cas le délai n'est pas fixé;

2° Au point de vue du siège et des qualités physiques de l'ulcère, nous trouvons :

a) Pour les 16 cas de 1 à 6 mois, qu'il s'agit : 10 fois d'ulcères de la première portion duodénale, dont 6 calleux, 2 peu indurés, 2 non spécifiés; 4 fois d'ulcères pyloriques ou prépyloriques, dont 3 calleux, 1 non spécifié; 2 fois d'ulcères calleux de la petite courbure (partie inférieure);

b) Pour les 4 bons résultats de 6 à 12 mois, qu'il s'agit : 2 fois d'ulcères duodénaux (qualités physiques non spécifiées); 2 fois d'ulcères calleux de la petite courbure, à 3 cm. au moins du pylore;

c) Pour les 8 cas de 1 à 2 ans : 2 fois d'ulcères du duodénum (dont 1 calleux, 1 non spécifié); 1 fois d'ulcère induré du pylore; 5 fois d'ulcères de la petite courbure, dont 1 à la partie moyenne (3 parmi eux étaient largement indurés, pour les 2 autres on n'a pas de précision.

d) Pour les 6 cas revus au delà de la 2^e année, qu'il s'agit : 5 fois d'ulcères du duodénum (dont 3 calleux, 2 non spécifiés); 1 fois d'un ulcère de la paroi gastrique antérieure;

e) Parmi les 19 derniers dont le délai de révision n'est pas noté, nous notons qu'il s'agit : 8 fois d'ulcères du duodénum, dont 2 calleux et 6 non spécifiés; 8 fois d'ulcères du pylore dont 4 calleux; 2 fois d'ulcères calleux de la petite courbure; 1 fois sans autre précision.

Si, laissant pour l'instant, ces constatations cliniques et anatomo-pathologiques, éminemment favorables à la gastro-entérostomie, nous envisageons la façon dont l'estomac s'évacue chez les opérés porteurs de cette anastomose, nous ne manquerons pas, là non plus, de relever des faits intéressants.

L'examen radiologique a été fait dans 33 cas (nous ne considérons que les cas à résultats cliniques bons) : dans 16 ulcères du duodénum, 10 du pylore et 7 de la petite courbure (la plupart de ces derniers ont été assez, ou même très éloignés du pylore). Or nous constatons que : 1^o pour les 15 ulcères duodénaux, le passage de la bouillie bismuthée se faisait exclusivement par la gastro dans 10 cas, principalement par celle-ci dans 2 cas, à égalité dans 3 autres. Dans un seul cas (Kummer) la seule voie empruntée par la bouillie fut la voie pylorique (gastro au bouton); 2^o pour les 10 ulcères pyloriques, l'évacuation se fait exclusivement par la gastro dans 8 cas, par les deux voies dans 2 autres; 3^o pour les 7 cas d'ulcères de la petite courbure, le passage se fait en totalité par la gastro-entérostomie dans 5 cas, principalement par celle-ci dans un

cas, uniquement, enfin, par la voie pylorique dans un dernier cas (Perrin).

Ces constatations ne sont certainement pas sans intérêt; loin de là, elles permettent de fortifier l'opinion de Hartmann, Soupault, de notre maître M. Chavannaz, de Sencert, Roux, Lecène et de tous ceux, enfin, qui sont convaincus de l'utilisation, du moins dans la majorité des cas, de la gastro-entérostomie, que le pylore soit ou non artificiellement oblitéré. Et quand bien même le fonctionnement de l'anastomose ne serait qu'imparfait, que la répartition du bol bismuthé se ferait également entre le pylore et la bouche gastro-jéjunale, le résultat de la gastro-entérostomie n'en est pas moins efficace.

2° *Résultats éloignés du traitement par la suture simple.* — W. Mayo revoit 18 de ses anciens opérés, 17 sont en bonne santé, 1 seul doit subir une gastro secondaire. Martens, sur 18 cas suivis longtemps, a 18 bons résultats. Southam, sur 41 opérés suivis pendant 2 ans 1/2, n'a dû faire une gastro secondaire que 4 fois.

C'est une heureuse série de résultats. D'ailleurs, à en croire Steward et Barber, les résultats donnés par la suture simple peuvent parfaitement se comparer à ceux donnés par la gastro. Voici leur statistique : Sur 21 malades suivis (délai non indiqué), un grand nombre se considèrent comme guéris. Dans certains nombres de cas, on observe quelques douleurs intermittentes et un résidu bismuthé au bout de 6 heures.

Mais d'autres faits contredisent ces chiffres. Nous trouvons, en effet, dans la littérature, 353 résultats tardifs après traitement par simple suture et donnant :

203 *bons résultats* (R. Short, 4; Morley, 22; Eliot, 7; Moynihan, 9; Ch. Peck, 1; Corner, 13; Williams, 2; Gibson, 57; English, 2; Wagner, 1; Guibé, 2; Prader, 1; Paterson, 16; Borchgraving, 2; French, 13; Robineau, 2; Bullock, 18; Stat. d'Edimbourg, 10; Pell et Dinon, 21).

28 *résultats médiocres* (R. Short, 11; Morley, 11; Williams, 2; English, 4).

120 *résultats mauvais* (R. Short, 4; Morley, 7; Eliot, 2; Moy-

niham, 4; Ch. Peck, 4; Corner, 27; Williams, 6; Gibson, 8; Deaver, 2; English, 1; Wagner, 1; Guibé, 1; Prader 5; Sullivan, 3; Lewisohn, 1; Paterson, 17; Borchgreving, 3; French, 3; Bullock, 3; Stat. d'Edimbourg, 14; Peel et Dineen, 10).

Sur 233 observations de suture simple, nous trouvons les résultats tardifs indiqués 49 fois. Sur ces 49 cas, nous trouvons : résultats bons, 28 fois; assez bons, 2 fois; mauvais, 19 fois.

Parmi les opérés qui ne furent pas améliorés, 11 d'entre eux ont subi une gastro secondaire qui, elle, se rendit maîtresse des troubles observés. Des deux cas assez bons, le malade d'Amberger opéré pour un ulcère de la paroi gastrique antérieure, revu 4 ans après l'opération, conserve simplement quelques douleurs et présente un très bon état général; le malade de Kummer, trois semaines après l'opération, présente un retard d'évacuation.

Il nous reste à analyser les 28 cas où les résultats notés sont bons. Nous procéderons comme nous l'avons déjà fait pour la gastro.

1° En classant ces 28 cas suivant le délai écoulé entre l'intervention et le dernier examen des malades, nous trouvons que : 12 malades ont été suivis de 2 à 4 mois après l'intervention; 4 fois de 6 à 12 mois; 2 fois de 1 à 2 ans; 4 fois au delà de 2 ans (2 ans 1/2, 2 ans 1/2, 6, 18); 6 fois le délai n'est pas indiqué.

2° Au point de vue du siège et des qualités physiques :

a) Parmi les 12 cas observés de 2 à 4 mois après l'intervention, il s'agit : 8 fois d'ulcus duodénaux, soit absolument souples (2 cas), soit très peu indurés, la plupart latents; 4 fois d'ulcères de la petite courbure (ici encore il ne s'agit que d'ulcères non ou peu indurés — 2 cas de chaque).

b) Parmi les 4 cas observés de 6 à 12 mois, il s'agit : 2 fois d'ulcères de la petite courbure, dont un calleux et haut situé (cas de M. Papin, revu 8 mois après); 2 fois d'ulcères duodénaux légèrement épaissis mais latents tous les deux (cas de Brünner et Schea).

c) Parmi les 2 cas observés entre les première et deuxième années après l'intervention, on trouve : 1 ulcus induré de la taille d'une pièce de 5 francs, situé assez haut sur la petite courbure (cas de Chevrier), mais, cliniquement, il s'agissait là d'un ulcère à marche extrêmement aiguë; le second est un ulcère du pylore dont l'observation (Perrin) ne dit pas les qualités physiques.

d) Les 4 cas suivis au delà de 2 ans après l'opération, sont les cas de Lagoutte (2 cas), celui de Tuffier et celui de Kummer. Dans le premier il s'agit d'un ulcère duodénal s'étant perforé brusquement, sans histoire antérieure; dans le second cas il s'agit d'un ulcère largement induré de la première portion du duodénum chez un homme ayant un long passé gastrique. L'observation de Tuffier a été discutée dans un chapitre précédent. Quant au cas de Kummer, où le malade fut suivi 6 ans, nous n'avons aucune précision clinique antérieure ni anatomique.

e) Dans les 6 cas dont la durée pendant laquelle on a suivi les malades n'est pas indiquée, il s'agit : 3 fois d'ulcères duodénaux dont deux très peu indurés et un autre parfaitement latent, sans précisions anatomiques; 1 fois d'ulcère du pylore sans autre précision anatomique; 2 fois d'ulcères de la paroi antérieure de l'estomac, dont un induré et un autre latent (avant la perforation), sans précision anatomique.

L'exposé précédent semble suffisant pour que nous n'ayons pas à insister davantage sur les résultats éloignés de la gastro-entérostomie complémentaire. Dans les statistiques des auteurs, 169 cas opérés par la gastro-entérostomie donnent 139 bons résultats éloignés, 4 médiocres et 6 mauvais.

430 cas suturés donnent 277 bons résultats éloignés, 28 médiocres et 125 mauvais.

Dans notre statistique :

62 cas de gastro-entérostomie donnent 53 bons résultats, 4 assez bons, 5 mauvais;

59 cas de sutures donnent 28 bons résultats, 2 médiocres et 19 mauvais.

Sur 33 cas de gastro-entérostomie donnant de bons résultats tardifs, il s'est agi 27 fois d'ulcères duodénaux, 13 fois d'ulcères juxta-pyloriques, 12 fois d'ulcères de la petite courbure dont quelques-uns assez haut situés.

Parmi ces ulcères, 31 étaient calleux, anciens, alors que pour 22 autres, la nature de l'ulcère n'est pas précisée.

Sur les 29 cas de suture donnant de bons résultats éloignés (remarquons que 12 d'entre eux n'ont été revus que dans un délai de 4 mois et que, pour 7 autres, le délai d'examen n'est pas noté), il s'agit 13 fois d'ulcères duodénaux, 4 fois de lésions pyloriques ou juxta-pyloriques, 4 fois d'ulcères de la petite courbure dont deux haut situés; 3 fois d'ulcères de l'estomac dont 2 haut situés.

Parmi ces ulcères, 21 étaient absolument souples ou très peu indurés et la plupart absolument latents avant leur perforation, 3 sont rapportés sans précisions sur leurs qualités physiques; 2 fois seulement il s'agit d'ulcères calleux.

Ainsi donc la gastro-entérostomie influence aussi bien les ulcères duodénaux et juxta-pyloriques que ceux situés haut sur l'estomac.

D'autre part, les chiffres que nous rapportons affirment péremptoirement ce que nous disions des bons résultats de la suture simple dans certaines formes d'ulcères à évolution aiguë ou latente (1).

(1) Ce chapitre de notre travail était entièrement rédigé lorsque parurent deux communications : l'une de Basset, Société de chirurgie, 23 février 1924, affirmant la plus grande valeur de la gastro-entérostomie au point de vue des résultats éloignés; l'autre de Perrin (Société de chirurgie de Lyon, 14 février 1924), concluant ainsi en parlant des résultats éloignés de la suture et de la suture avec gastro-entérostomie, en matière d'ulcères perforés: « 1° L'ulcère guérit généralement après s'être perforé et avoir été suturé; on ne constate plus par la suite, aucun signe évolutif. La pylorectomie pour perforation paraît donc pour le moins inutile; 2° l'évolution de l'ulcère perforé s'arrête aussi bien après suture simple qu'après gastro-entérostomie complémentaire. Ce n'est pas donc à l'actif de la gastro-entérostomie qu'il faut mettre ces guérisons. »

Les conclusions de Perrin nous paraissent inadmissibles. Outre le nombre très limité de cas (3 sutures), nous remarquons que les observations sur lesquelles se base cet auteur, si ce sont les mêmes que nous avons recueillies, portent surtout pour les bons résultats après suture simple, sur des ulcères souples et latents avant l'accident.

Pour ce qui est des *nouvelles perforations* survenues après la suture simple, il est souvent difficile de dire s'il s'agit d'une nouvelle perforation d'ulcère suturé ou de celle d'un ulcère coexistant.

Si à la rigueur la suture peut mettre fin à l'ulcère perforé, elle ne peut avoir aucune action sur les autres lésions s'il en est.

Tout autrement en est-il pour la gastro-entérostomie qui semble, elle, avoir une action plus générale sur l'estomac.

Larrieu a bien mis ces faits en évidence en ne recueillant que 81 cas de perforation après gastro-entérostomie sur 40.500 observations qu'il avait pu recueillir.

Il en est de même des hémorragies.

Cependant il est difficile de trouver assez de faits pour affirmer que telle ou telle de ces deux méthodes mette plus spécialement à l'abri de ces complications.

La seule chose qui paraisse moins contestable, c'est qu'à ce point de vue l'éradication de l'ulcère paraît avoir plus de valeur.

II. — PROCÉDÉS DIRECTS.

a) **EXCISION**

Et tout d'abord entendons-nous sur le sens du mot « excision ». En effet, en lisant les observations des auteurs on se rend vite compte que, pratiquement, ce que l'on a appelé excision n'a été souvent qu'une régularisation, un simple parage des bords de la perforation en vue d'en rendre l'affrontement et la suture possibles. Mais dire avec Mondor et Lauret qu'il en a été ainsi dans la majorité des cas serait une erreur. Duval, Dehelly, Prader, protesteraient certainement; Basset l'a déjà fait. « L'excision locale, dit-il, telle que je l'ai pratiquée et qui est plus qu'un simple avivement des bords de la perforation, comme M. Hartmann semble le croire, m'a permis justement de suturer facilement des tissus sains, souples et ne coupant pas, tout en supprimant entièrement la lésion ulcéreuse. »

Lecène, dans un cas, dit avoir excisé la totalité de la partie cal-leuse.

Quoi qu'il en soit, le bien-fondé de cette manœuvre fut déjà discuté dans des travaux anciens (Körte, Gross, Schuchardt, Villard et Pinatelle, etc.) et on y revient aujourd'hui avec de plus fréquentes observations.

Exciser les bords de la perforation dans les cas où ceux-ci sont indurés et friables, ne serait-ce pas un moyen de faciliter l'oblitération et de mettre la suture à l'abri de toute déhiscence ?

En même temps que la perforation, n'est-ce pas supprimer l'ulcus lui-même et avec lui la possibilité d'accidents à venir malheureusement assez fréquents ?

Ce sont les avantages qu'accordaient à la méthode ses principaux défenseurs (Basset, Schmidt, Brunner); ils ne peuvent être reconnus sans valeur. Barker a perdu un malade d'hémorragie après suture d'un ulcère perforé et croyait que l'on eût évité cet accident si l'excision avait été pratiquée. Pepper (Gross), après suture d'une perforation, en vit une nouvelle se produire dans un autre point du même ulcère.

Par contre, d'autres chirurgiens ne reconnaissent à l'excision que l'inutilité et de multiples inconvénients. Parmi ces adversaires, il convient de citer Villard, Pinatelle, Schuchardt, Hartmann, Delbet, Mondor et Lauret, Noehren, Noetzel, Moynihan.

Il n'existe cependant pas, à notre connaissance, de statistiques d'ensemble permettant de se faire une opinion précise sur la valeur de l'excision appliquée aux perforations gastro-duodénales (1).

Nous en avons réuni 73 cas. Mais nous devons spécifier immédiatement que parmi eux l'excision ne fut employée seule que 26 fois. Dans 40 cas l'excision fut complétée par une gastro-entérostomie.

(1) La seule statistique qui groupe ces faits se trouve dans le travail de Hartmann, mais là la thermocautérisation et l'excision se trouvent réunies; nous avons préféré les étudier séparément.

Dans 37 (tous appartenant à la clinique de Key), rapportés récemment par Schmidt, l'excision fut suivie d'une gastrostomie.

Nous n'étudierons dans ce chapitre que les cas où l'excision fut pratiquée seule; nous étudierons plus loin les cas où elle fut accompagnée de gastro-entérostomie.

Dans les 26 cas que nous connaissons où elle fut pratiquée seule, les *résultats immédiats* ont été tels que nous les résumons dans le tableau suivant :

1 à 6 heures, 9 cas, 0 mort; mortalité, 0 %.

6 à 12 heures, 9 cas, 2 morts; mortalité, 22 %.

12 à 24 heures, 4 cas, 2 morts; mortalité, 50 %.

Au delà de 24 h., 4 cas, 1 mort; mortalité, 25 %.

Total : 26 cas, 3 morts; mortalité, 19 %.

De ces chiffres, trop faibles pour qu'on puisse en tirer une base ferme et définitive à appréciation, on peut cependant déduire que la mortalité opératoire ne semble nullement augmentée dans l'excision. La mortalité globale pour les 26 cas n'a été que de 19 %; dans les 6 premières heures, la mortalité a été de 0 % (9 cas); dans les 12 premières heures on ne note que 2 morts sur 18 opérés, soit une léthalité de 11 %.

La suture sans exérèse, sans régularisation, donne-t-elle mieux ? Il ne devrait pas en être ainsi si l'excision atteignait entièrement le but qu'on lui demande : à savoir une suture plus étanche.

Or, les adversaires de ce procédé nient ses résultats favorables. C'est ainsi que certains d'entre eux (Hartmann, Bazy, Mondor et Lauret) citent le cas de Martin (obs. 3) où l'excision n'empêcha pas la déhiscence de la suture et la formation d'une fistule gastrique mortelle. Cependant, et ce fait n'a probablement pas dû échapper à ces auteurs, dans le cas de Martin l'excision faite ne fut pas complète, n'atteignit pas les tissus sains et forcément la suture ne dut être ni plus facile ni plus étanche.

Tant il est vrai qu'une excision incomplète, loin de réaliser le but proposé, est au contraire la source de difficultés opérées

toires, en augmentant la béance de l'orifice sans en rendre les lèvres plus souples, et en obligeant à faire des points dans un tissu cédant au fil.

De plus, l'excision incomplète ne peut que favoriser l'hémorragie en laissant des capillaires béants dans un tissu pathologique et scléreux. Et c'est sur un cas de « simple avivement des bords de la brèche » suivi d'hémorragie mortelle (obs. de R. Monod, rapportée par Gosset) que Mondor et Lauret se basent pour dénier à l'excision le pouvoir de prévenir les hémorragies post-opératoires.

Il serait plus logique que ces auteurs aboutissent, comme nous aboutissons nous-même, à cette conclusion *que le simple avivement des bords de la perforation ne peut être qu'inutile, voire néfaste*. Mais peut-on en dire autant de l'excision suffisante enlevant la totalité du tissu induré ? Mérite-t-elle d'être aussi facilement proscrite ? Nous ne le croyons pas. Dans des cas difficiles, sachant qu'une suture médiocre ne peut être que dangereuse, il est bon de se rappeler qu'une excision convenable peut permettre une suture parfaite. Et même dans les cas où l'ulcus petit et d'abord facile permet la suture et l'enfouissement aisé, les bienfaits de l'excision mériteraient grandement d'être pris en considération. En dehors de toute autre indication particulière — et nous discuterons ce fait dans le choix des diverses méthodes — nous nous croyons autorisé à poser l'excision comme un procédé recommandable. Recommandable, parce que supprimant l'ulcère et permettant l'étanchéité de la suture, mais surtout ces avantages, disons-le dès à présent, nous paraîtront accrus par l'adjonction d'une gastro-entérostomie.

Ceci étant dit pour les résultats immédiats, voyons ce qu'il en est pour les *résultats éloignés* de l'excision. Elle prédispose aux *écidives*, dit Moynihan. Dowden, d'Edimbourg, a obtenu cependant par ce procédé 4 guérisons durables sur 5 opérés. Notre statistique ne peut malheureusement pas nous édifier suffisamment sur ce point. Dans 40 cas nous n'avons aucun renseignement sur les suites tardives. Dans la plupart des cas où l'on en parle, les malades semblent aller bien, mais le délai

paraît court pour tirer quelque conclusion. Quelques observations sont plus explicites. Martin rapporte celle d'un sujet bien portant 9 mois après la guérison opératoire. Le malade de Charrier était indemne de tout trouble 16 mois après la perforation. Par contre, 6 mois après son accident, le malade de Kummer était nettement dyspeptique.

Basset dut faire une gastro-entérostomie secondaire à un malade auquel il avait fait une excision large pour ulcus de l'antra pylorique perforé.

Anatomiquement, et malgré le petit nombre de nos observations à ce sujet, il paraît logique de penser que les résultats tardifs de l'excision ne seront pas inférieurs à ceux de la suture simple; surtout s'il s'agit d'ulcères calleux. Cependant dans l'avenir, il faut se rappeler que l'exérèse d'un segment duodénal ou gastrique ne peut souvent que déformer l'organe intéressé. De ce fait surgit un inconvénient grave auquel on devra parer par l'adjonction d'une gastro-entérostomie.

b) THERMOCAUTÉRISATION

Principalement employé par les chirurgiens anglo-américains dans le traitement des ulcères de la petite courbure, ce procédé n'a été que rarement pratiqué dans le traitement des ulcères perforés.

Ses avantages seraient ceux de l'excision : faciliter la suture, détruire la partie malade. Simple et d'une exécution facile, il serait, d'après Mondor et Lauret et Krainik, préférable à l'excision. Il n'aggraverait pas sensiblement le pronostic opératoire des ulcères perforés et serait même de nature à faire espérer de bons résultats tardifs. Les 11 cas de thermocautérisation réunis par Mondor et Lauret ont donné 9 guérisons et 2 morts, c'est-à-dire une mortalité de 18 %. (Il ne faut pas oublier que cette statistique comprend quelques cas où une gastro complé- mentaire fut faite.)

Dans le grand nombre des observations que nous avons compulsées, nous ne trouvons l'emploi de cette méthode signalé

que dans 21 cas (presque tous français), mais dans 8 de ces cas une gastro-entérostomie compléta l'opération.

Les 13 cas de « Balfour » simples se répartissent ainsi :

Premières 12 heures, 9 cas avec 2 morts; léthalité, 22 %;

Au delà de 12 heures, 4 cas avec 1 décès; léthalité, 25 %.

Il est difficile avec un aussi petit nombre de cas de comparer la valeur de ce procédé à celle des autres. Cependant il est légitime de faire remarquer que l'excision au bistouri n'a donné dans les premières 12 heures (dans 18 cas) qu'une mortalité de 11 %. Nous parlerons ultérieurement des résultats du « Balfour » complété par la gastro. En ce qui concerne le « Balfour » simple, *les suites tardives* ne nous sont connues que dans trois cas (1) : 2 résultats mauvais, 1 bon. Dans le cas de Kotzareff le résultat fut satisfaisant. Dans celui de Basset (ulcus perforé de la partie supérieure de la petite courbure), des troubles digestifs graves survinrent au bout de quelques jours et nécessitèrent une gastro-entérostomie secondaire à la suite de laquelle le malade succomba. Dans l'observation de Mangé (ulcus de la petite courbure) les suites cliniques furent telles qu'au bout de quelques mois cet auteur crut devoir diagnostiquer une récurrence ulcéreuse. Que penser alors de cette méthode ? Delore et Dunet sont catégoriques : « La destruction au thermocautère de la zone cartonnée, disent ces auteurs, non seulement réalise dans le même temps la thérapeutique directe, mais encore facilite énormément l'enfouissement de la perforation. » Gouillaud, P. Duval, Proust, sont ou ont été favorables à la thermocautérisation. Basset semble recourir indifféremment à l'excision ou à la destruction ignée. Mondor et Lauret, qui rejettent l'excision au bistouri comme « inutile et illogique », regardent au contraire (sans que nous en saisissons la raison logique !) la méthode de Balfour d'un œil plus favorable. Avec P. Delbet, qui trouve peu pratique de préparer au fer

(1) Notre travail était en cours de rédaction lorsque parut le travail de Basset sur les résultats tardifs du traitement de l'ulcus perforé. Cet auteur donne 3 résultats tardifs de thermocautérisation au delà d'un an avec 4 bons résultats et 1 médiocre.

rouge une suture, nous croyons le bistouri plus apte à délimiter le sain du malade (1).

c) **EXCISION OU THERMOCAUTÉRISATION SUIVIES
DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE**

Nous venons d'exposer les faits relatifs à l'excision ou à la thermocautérisation employées seules. Nous croyons utile d'envisager dans ce chapitre, les quelques faits où, à l'action directe sur l'ulcus, on a ajouté une gastro-entérostomie complémentaire et immédiate. Associées à la gastro, nous ne trouvons que 14 cas d'excision et 9 cas de thermocautérisation. Au point de vue des *résultats immédiats*, ces 23 cas (presque tous français) ont donné une mortalité globale de 2 morts, soit 8,6 %. Si nous considérons ces cas suivant l'intervalle de temps écoulé entre la perforation et l'opération, nous trouvons : dans les 12 premières heures, 18 opérés avec 2 morts : mortalité, 11 %; au delà de 12 heures, 5 cas sans décès : mortalité, 0 %.

Ces chiffres sont loin de nous étonner. Il est entendu que la gastro-entérostomie ne saurait, autant que certains l'ont dit, aggraver l'acte opératoire en augmentant sa durée. D'autre part, elle apporte à une manœuvre déjà bonne l'appoint des avantages qu'elle comporte elle-même. Ceci simplement au point de vue des résultats immédiats.

Ajoutant à la destruction (au bistouri ou même au thermocautère) de la lésion ulcéreuse l'avantage d'obvier aux troubles mécaniques qui peuvent succéder à une excision, la gastro-entérostomie ne peut aussi que donner des résultats favorables au point de vue tardif. Il en est ici comme dans les cas d'ulcères non perforés où cette association a fait ses preuves (Kositch (de Belgrade), Hartmann, Abadie, Baudet, Prat, etc.).

Sur 23 malades, les suites tardives ne nous sont données

(1) P. Moure autopsiant un malade ayant subi, pour un ulcus perforé de la 1^{re} portion du duodénum, un Balfour suivi d'enfouissement trouve que tous les points ont lâché.

que dans 11 cas. Parmi eux, 8 sont dans un état excellent longtemps après l'intervention, alors que dans tous ces cas il s'agissait d'ulcères calleux, siégeant pour la plupart au niveau de la petite courbure. Dans le neuvième cas, bon, il s'agit d'un malade de Lecène opéré pour ulcère induré pyloro-duodénal et revu deux mois après l'intervention.

Les deux mauvais cas sont ceux de Leriche et de Chifoliau. Le malade de Leriche a été opéré pour perforation d'un ulcère calleux de la face antérieure du pylore. Il lui fut fait une suture après brûlage de l'ulcère et une gastro au bouton. Deux mois plus tard, grands malaises, ondes péristaltiques nettes, gastro fonctionnant mal à la radio. Sept mois plus tard, les symptômes s'aggravent : on réopère le malade et on trouve un vaste ulcère pyloro-duodénal postérieur. Le malade meurt. L'observation de Chifoliau rapporte l'excision d'un ulcus perforé de la première portion du duodénum (face antérieure) suivie de gastro-entérostomie au bouton : guérison opératoire. Trente-trois jours après l'intervention, le malade meurt avec de nouveaux phénomènes péritonéaux. A l'autopsie on trouve trois perforations côte à côte sur la première portion du duodénum.

Ces deux cas malheureux sont un peu trop spéciaux pour qu'ils puissent infirmer la bonne impression produite par les chiffres que nous avons rapportés.

d) RÉSECTION

En suivant cette série de procédés utilisés dans la méthode du traitement direct des ulcères gastro-duodénaux perforés, on arrive à celui que l'on a, à juste titre, appelé le « maximum de la méthode » (Duval), à la résection.

Il ne s'agit plus, en effet, d'excision locale, péri-ulcéreuse, mais de résections larges, supprimant non pas seulement l'ulcère, mais largement aussi la paroi gastro-duodénale. Les résections que nous envisagerons surtout ici sont des gastro-pyloro-duodénectomies plus ou moins étendues.

Opération déjà assez grave au cours d'ulcères non compliqués,

c'est la raison pour laquelle elle ne fut, avant 1920, qu'exceptionnellement employée dans les ulcères perforés en péritoine libre. Cependant Keetley, chirurgien anglais, en 1902, et Seucert, alors chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, en 1904, pratiquèrent les deux premières gastro-pylorectomies pour ulcus perforé. Par la suite, Schoemaker en 1909 (Courty) et Leriche en 1911, eurent recours à cette intervention (1).

Viennent ultérieurement les observations de Michon en 1917, de Lapointe, de Bircher, de Lorenz en 1918.

Ce court rappel historique est seulement fait pour marquer que les observations françaises de résection sont plus fréquentes que ne le croient certains auteurs allemands, qui en attribuent les premiers essais à Von Haberer en 1919.

Ce n'est que vers 1920 et depuis cette date, que les cas de résection d'emblée dans les perforations gastro-duodénales aiguës commencèrent à devenir plus fréquentes. En 1921, Uhlrich, élève de Duval, put en réunir 30 cas. Rieusse, en 1922, parle de 104 cas réunis. Plouvier, à l'inspiration de Courty, en fait le sujet de sa thèse inaugurale, et Courty dans son travail, en 1923, réunit 78 cas de résection. C'est Pierre Duval qui, en France, s'occupa le plus de cette question, en colligeant 75 observations en 1922, 110 en 1923, 130 en 1924. Cet auteur est le principal et le plus ardent défenseur de cette méthode.

Le premier fait qui se dégage des travaux de Duval est que la résection large ne semble pas présenter plus de gravité que toute autre méthode en apparence moins dangereuse par sa simplicité et sa rapidité. Cependant, malgré les chiffres qu'il rapporte, malgré l'argumentation serrée et l'ardeur qu'il mit dans son plaidoyer, Duval n'a réussi que très partiellement à

(1) Avant l'observation de Schoemaker, il conviendrait de citer celle de Brunner, comme certains auteurs l'ont fait. Mais il apparaît qu'il ne s'agit que de l'observation de Keetley répétée. Quant à l'observation de Leriche, elle est passée inaperçue aux auteurs, et Leriche lui-même ne paraît pas en avoir conservé le souvenir. Elle a été publiée dans le compte rendu du Congrès de chirurgie en 1911, au sujet du traitement de la péritonite par l'injection intrapéritonéale d'huile camphrée, page 332, obs. VII.

dissiper la crainte qu'ont la plupart des chirurgiens vis-à-vis de la résection.

Surtout il importait de vérifier les faits, de peser les observations rapportées, tant dans la statistique de Duval que dans les autres. On a, en effet, parfois trop facilement qualifié de résection certaines excisions, ou classé parmi des interventions d'urgence, des opérations faites pour perforation enkystée. L'analyse trop rapide des observations a fait, à certains auteurs, bâtir des statistiques parfois trop favorables à la méthode. Pourrait-il, d'ailleurs, en être autrement, surtout quand on voit deux assistants d'une même clinique rapporter, chacun de son côté, les mêmes observations, sans aucun avertissement préalable (1).

Après avoir systématiquement éliminé toute observation incertaine, il ne nous reste pas moins, cependant, un grand nombre de cas de résection large appliquée dans le traitement des ulcères perforés en péritoine libre. Ils nous permettent de discuter cette méthode. Cette discussion portera sur 149 observations (2).

Si l'on cherche à comprendre pourquoi dans ces observations on a pratiqué la résection, on voit que deux raisons sont intervenues pour indiquer ce procédé.

(1) C'est ainsi que Massari et Schwartzmann, d'un côté, Hromada et Newmann de l'autre (tous de la clinique Schnitzler, de Vienne), publient les premiers 11, les seconds 19 résections pour ulcères perforés. Or, en comparant leurs observations, quelle n'a pas été notre surprise de voir qu'il s'agissait, dans six cas au moins, des mêmes observations publiées deux fois par ces auteurs. En effet, les observations 3, 5, 6, 7, 8, 9, de Massari et Schwartzmann, ne semblent être autres que les observations 1, 3, 4, 5, 6, 8 de Hromada. Il s'agit là de cinq guérisons dans les 12 premières heures et d'un décès à la 36^e heure. Osons-nous affirmer ce fait ? Voici seulement un exemple : Obs. 6 de Massari et Schwartzmann et 4 de Hromada : d'un côté et de l'autre, il s'agit d'une perforation de la petite courbure, opérée à la 11^e heure; de l'un et de l'autre côté on trouve six autres ulcères au niveau de l'estomac, etc. Ceci explique qu'un statisticien, quelque peu pressé ou trop confiant, puisse se tromper et donner un aliment on ne peut meilleur à la critique. Cependant, si ces faits entachent d'erreurs les statistiques mêmes de P. Duval, ce n'est que d'une façon minime. Le sens général des conclusions de cet auteur ne doit pas varier sensiblement.

(2) Parmi ces observations ne sont pas comprises les 4 observations de Janssen (Bruxelles) et les 8 d'Eisselberg, dont parle Duval dans sa statistique, car nous n'avons pu avoir que peu de précisions sur elles.

D'une part, certains chirurgiens ont eu la main forcée. Ayant vainement essayé la suture d'un ulcère perforé, calleux, friable, que les fils déchiraient, ils ont, en dernier ressort, eu recours à la résection. Ainsi donc ces chirurgiens n'ont fait dans ces cas la résection qu'à contre-cœur, forcés par les circonstances.

D'autre part c'est une raison de principe qui a guidé les opérateurs. « Opposer, a dit Duval, au traitement de l'épisode aigu, la perforation; le traitement de la maladie : l'ulcus. » Tel est le but que l'on s'est proposé en admettant que la résection n'aggravait pas le pronostic opératoire immédiat.

Nous avons dit la fréquence relative des ulcères perforés pour lesquels la suture fut difficile, voire impossible. Dans ces cas les chirurgiens ou bien renforcèrent la suture par des procédés indirects, ou bien abandonnèrent leurs infructueuses tentatives pour procéder à une intervention plus radicale. Ils furent ainsi amenés à pratiquer toute une série de manœuvres d'éradication allant de l'excision simple aux résections les plus larges. S'obstinèrent-ils à faire la suture quitte à la compléter par un tamponnement, une épiplooplastie ou tout autre moyen de fortune, ils allongèrent la durée de l'acte opératoire sans, pour cela, obtenir un résultat thérapeutique meilleur.

Aboutirent-ils, au contraire, à l'éradication de l'ulcus, à la résection large, alors ils avaient déjà perdu un temps précieux en tâtonnements stériles. De toute façon, dans ces cas rebelles à la suture, n'eussent-ils pas mieux été inspirés en pratiquant d'emblée une résection plus ou moins typique ? Quelle que soit la durée de cette opération, elle n'excède certainement pas, même quand il s'agit d'une gastro-pylorectomie, celle que demandent des manœuvres mal réglées (1); quelle que soit sa gravité, elle n'est certainement pas supérieure à celle des opérations imparfaites et des procédés de fortune. Et si les statisti-

(1) P. Duval ne dit-il pas : « Dans ces conditions, une pylorectomie est-elle vraiment une opération plus shockante, plus difficile, plus grave, qu'une suture de la perforation à trois plans avec épiploplastie et gastro-entérostomie complémentaire, opération complexe que Lecène approuve entièrement ? »

ques apportées par Hartmann ne semblent pas très favorables à la résection, n'est-ce pas parce qu'elles rapportent des faits rentrant dans ces catégories de tâtonnement ? De 23 cas donnant une mortalité de 39 %, cet auteur, ainsi que Lecène, déduit que la résection est « excessive et inadmissible ». C'est aussi l'opinion du plus grand nombre des chirurgiens anglo-américains Hartmann, d'ailleurs, dit apporter avec ses 23 cas autre chose « qu'une série heureuse publiée à l'étranger » et que l'on peut conclure « que la gastro-pylorectomie, actuellement tout au moins, est beaucoup plus grave que le simple enfouissement ou même que l'enfouissement combiné à la gastro-entérostomie ».

Or ce sont des conclusions absolument opposées qu'affirment les partisans de la gastrectomie. Cadenat ne dit-il pas : « La résection permet de faire des sutures correctes, en tissus sains : dans les cas difficiles, elle est le seul procédé qui donne toute garantie; dans les cas faciles où l'estomac s'extériorise bien, elle n'est guère plus longue qu'un enfouissement pénible (à double ou triple étage complété d'épiplooplastie), suivi de gastro-entérostomie, et elle est de beaucoup plus satisfaisante. » Duval, de son côté, remarque un des premiers que la résection, donnant pour les cas opérés dans les 12 premières heures une mortalité de 11,3 %, n'a pas plus de gravité que les autres méthodes de traitement de l'ulcus perforé en péritoine libre. Et si certains auteurs, admettant quelques réserves, préconisent la gastrectomie uniquement dans les 12 premières heures, Zöpfell, Duval et d'autres semblent être plus avarés de contre-indications. Duval ne disait-il pas, en effet, que « la résection immédiate semble convenir à tous les cas; là où elle échoue, la lecture des observations laisse penser que la méthode de la simple suture elle-même n'eût pas davantage réussi » (1).

Pour ce qui est des objections faites à la résection et qui sont

(1) Dans sa dernière communication à la Société de chirurgie, le 13 février 1924, Duval semble apporter quelque tempérament à ses déclarations antérieures en limitant aux cas opérés dans les 12 premières heures, ou tout au moins aux cas dont l'état général est encore bon, les indications de la gastrectomie.

basées sur les adhérences péritonéales, la septicité du liquide épanché, etc., nous rappelons que nous avons apprécié la valeur de ces arguments à propos de la gastro-entérostomie.

Ainsi donc, les résectionnistes attribuent à la méthode qu'ils défendent non seulement une aussi faible mortalité opératoire, mais encore de meilleurs résultats que ceux donnés par les autres procédés.

De plus, d'après eux, à cette amélioration des résultats immédiats s'ajoute un facteur des plus favorables à la méthode : c'est l'amélioration des résultats tardifs par l'abolition définitive du mal et de la possibilité de ses complications (hémorragies, perforations itératives, voire cancérisation). Nous discuterons ce dernier argument ultérieurement. Etudions immédiatement le premier.

Les faits que nous avons recueillis sont-ils en faveur de ces vues théoriques ? Confirment-ils les conclusions de Duval ?

149 observations de perforation gastro-duodénale traitées par la gastro-pylorectomie, avec 28 morts, donnent une mortalité globale de 18,7 %.

Parmi ces cas :

123 se rapportent à des malades opérés dans les 12 premières heures (1) et donnent 14 morts, soit 11,3 %;

26 à des malades opérés au delà de la 12^e heure et donnent 14 morts, soit 53,7 % de mortalité.

Ces chiffres confirment parfaitement ceux donnés par P. Duval.

Cette mortalité basse, du moins pour les malades opérés dans les 12 premières heures, n'est pas faite pour nous étonner. Outre que ces malades, comme nous l'avons déjà vu au sujet de la gastro-entérostomie, supportent d'une façon remarquable l'opération, ils présentent des suites opératoires particulièrement bonnes. Il semble, en effet, que la suppression de la lé-

(1) Nous avons ajouté à ce groupe 10 cas (donnant 2 morts) pour lesquels le temps écoulé entre la perforation et l'intervention n'a pas été précisé; nous croyons ne risquer nullement ainsi de surestimer la valeur de la méthode.

sion, que la meilleure étanchéité des sutures, les mettent à l'abri de certaines complications, pulmonaires entre autres. Eberle, ayant perdu trois malades d'abcès du foie après suture, d'ulcères perforés, croit que l'exérèse du foyer ulcéreux, infecté probablement, les eût mis à l'abri de cet accident.

Malgré tout, il restera toujours des auteurs qui reprocheront à la méthode d'exérèse d'une part, d'avoir été appliquée uniquement dans les cas favorables, d'autre part d'être appuyée sur des statistiques ne rapportant que les interventions suivies de succès.

Si le premier reproche a une certaine valeur, il ne nous semble pas légitime de croire que sa valeur soit absolue. La résection n'a pas toujours été pratiquée dans les cas favorables. En lisant les observations de gastro-pylorotomie, on voit bien qu'elles ne diffèrent guère de celles des autres méthodes. Muller, Neuberger, et leur maître Kirchmeyr (de Vienne), depuis moins de 2 ans opèrent tous les malades qui se présentent à leur clinique, 20 cas, par la pyloro-gastrectomie et obtiennent une mortalité qui n'excède en rien celle que donnent les autres méthodes : mortalité globale de 30 %; mortalité dans les 15 premières heures, 12,5 %. (Les malades morts ont été opérés à la 60^e, 30^e, 16^e, 14^e, 13^e, 3^e heure) (1). Zöpfell, qui pratique presque systématiquement la résection segmentaire de 1920 à 1922, à la clinique de Südeck, fait 23 résections sur 28 malades qui se sont présentés à cette clinique à cette époque (les 5 autres ont été opérés pour la plupart par des assistants). Sur ces 23 malades, 3 sont morts, soit mortalité globale de 13 %. Parmi les 18 sujets opérés dans les 12 premières heures, on ne constate qu'un seul décès (5,5 % de mortalité). Il est intéressant de noter que des séries antérieures à cette dernière, dans les mains des mêmes chirurgiens, opérant par suture avec ou sans gastro-entérostomie, ont donné une mortalité, dans les 12 premières heures de 36 %. Brutt (dont la mortalité pour la résection est de 8,3 %), sur les 13 derniers cas qu'il a eu, à trai-

(1) Ces auteurs remarquent que deux, parmi les cas morts, furent dans un état tellement grave qu'ils n'auraient évidemment pas supporté mieux une intervention moins importante.

ter, s'est abstenu de la résection seulement dans 2 cas : dans celui d'un malade trop gravement atteint, qui mourut d'ailleurs quelques instants après la simple suture, et dans un autre où des troubles respiratoires étaient survenus au cours de l'opération. Hromada, de son côté, publie 19 cas, avec décès de 5 malades opérés à la 36^e, 20^e, 18^e, 13^e, 4^e heure.

Quant à accuser les résectionnistes de ne rapporter que les interventions suivies de succès, il faudrait pour cela méconnaître leurs observations et croire qu'ils sont les seuls à publier uniquement les cas favorables.

Des observations que nous avons examinées, il découle que *la résection, si elle ne doit peut-être pas, être considérée comme une méthode exclusive, ne doit pas non plus être qualifiée d'excessive*. Formellement indiquée parfois — et nous discuterons ces indications dans le chapitre suivant — elle ne semble souvent pas être plus dangereuse que les autres méthodes.

Les controverses deviennent moins vives dès que l'on aborde l'étude des *résultats tardifs* que donne la résection large dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. L'avantage immédiat acquis, les suites de la résection sont ici les mêmes que pour les ulcères réséqués en dehors de toute complication.

Il ne nous est pas permis, dans cette thèse, d'aborder l'étude des résultats thérapeutiques des divers traitements opposés aux ulcères gastro-duodénaux en général. Cependant il nous paraît acquis que, surtout quand il s'agit d'ulcères indurés, mieux encore d'ulcères calleux, la résection est, de beaucoup, supérieure à la suture simple avec ou sans gastro-entérostomie.

Quelles ont donc été les suites éloignées de la résection chez les malades dont nous avons recueilli les observations ? Sur 26 cas suivis, et il s'agit pour la plupart d'ulcères calleux : deux l'ont été de 4 à 6 mois (Hromada), cinq un an (Hromada, Dewes, Gauthier), un pendant 1 an 1/2 (Hromada), dix « revus tardivement » (Lorenz, Prader); pour huit, enfin, le délai n'est pas marqué (Grimault, Paul). Tous, sauf un mort d'affection intercurrente un an après l'opération, restent en bonne santé.

CHAPITRE IV

Choix d'une méthode.

Les chirurgiens anglo-américains repoussent sans discussion autre la résection qu'ils jugent grave et inutile. La majorité d'entre eux, avec Eliot, Gibson, Mayo, sont partisans convaincus de la suture simple. Les autres, avec Deaver, Paterson, Richteter, sont les défenseurs de la gastro-entérostomie immédiate systématique. Guthrie, faisant une enquête auprès des chirurgiens américains les plus qualifiés, obtient 152 réponses : 22 chirurgiens font systématiquement la gastro-entérostomie complémentaire; 64 ne la font jamais; 69 ne la font que dans certains cas de nécessité et lorsqu'elle ne leur paraît pas devoir aggraver l'opération.

En Allemagne et en Autriche, quoiqu'un grand nombre de chirurgiens reste partisan du traitement indirect, il se dessine un mouvement net en faveur de la résection d'emblée (Von Haberer, Brutt, Prader, Hromada, Zöpfell, Muller, etc.).

En France, comme ailleurs, les opinions sont divergentes. Trois écoles représentées par les meilleurs maîtres soutiennent des doctrines différentes. Avec Hartmann, Lecène, Delbet, Delore, Praust, Bréchet, un grand nombre de chirurgiens préconisent l'intervention minima : simple suture avec gastro de nécessité, ou lorsque l'état du malade est tel qu'il la permet. D'autre part, Sencert, Viannay, Oudard, donnent leur préférence à la gastro-entérostomie plus systématique. Enfin, P. Duval, Cadenat, Leriche, Abadie, Delagenière, etc., soutiennent qu'« à l'ulcère perforé il convient d'opposer dans le plus bref délai l'exérèse large de la lésion » (Duval).

En somme, deux doctrines sont défendues : l'une qui enseigne qu'il faut à tout prix arracher immédiatement le malade à la mort sans s'occuper de l'avenir; l'autre qui tout en traitant avec autant de succès immédiat l'épisode aigu, s'inquiète de l'avenir.

Dans ce chapitre, en manière de synthèse, nous essaierons, en utilisant les analyses antérieures et nos données numériques, de discerner le vrai du faux dans ces diverses opinions et de chercher sinon une règle rigide, du moins une directive générale en matière de traitement des ulcères perforés.

En premier lieu, occupons-nous de savoir quelle est l'intervention qui donne les *résultats immédiats* les plus satisfaisants.

La *suture simple* pratiquée dans les 12 premières heures, sur 119 cas avec 28 morts, donne une mortalité de 23,3 %. Dans les mêmes conditions de temps, la *gastro-entérostomie complémentaire*, appliquée 134 fois avec 26 morts, aboutit à une mortalité de 19,3 %.

L'amélioration du pronostic opératoire par la gastro-entérostomie, quoique appréciable, n'apparaît pas très grande. Elle apparaîtra moins grande encore si l'on tient compte de l'opinion qui dit que la suture a parfois été faite dans des cas assez graves pour que l'on n'ait pas osé faire une gastro-entérostomie complémentaire. Nous avons déjà dit l'exagération de cette objection. Admettons qu'il y ait là une part de vérité, et nous aboutirons tout au moins à une approximative égalité entre les résultats obtenus par la suture avec gastro-entérostomie ou sans gastro-entérostomie complémentaire. Cependant, nous avons montré en portant la discussion sur le terrain anatomo-pathologique que les ulcères indurés, calleux, les plus nombreux, sont mieux influencés par la gastro que par la suture simple. Et, de ce fait, nous sommes arrivé à donner une valeur, en général plus grande, à l'abouchement gastro-jéjunal.

Par conséquent, pour ce qui est du résultat immédiat donné par les méthodes indirectes, on peut dire que la *gastro-entérostomie soulageant la suture, surtout lorsqu'elle porte sur un ul-*

cère calleux et obvient aux troubles mécaniques, améliore le pronostic opératoire.

Quels sont alors les résultats ou aboutissent les procédés directs ?

L'*excision simple* employée 18 fois dans les 12 premières heures, avec 2 morts, donne une mortalité de 11 %.

La *thermocautérisation* employée 9 fois dans les 12 premières heures avec 2 décès, donne une mortalité de 22 %.

L'*excision ou la thermocautérisation, suivies de gastro-entérostomie*, pratiquées dans les 12 premières heures 18 fois, avec 2 morts, donnent une mortalité de 11 %. 23 cas où ce procédé mixte fut employé, ont donné une mortalité globale de 8,6 %;

37 cas opérés la plupart dans les 12 premières heures où l'on pratiqua l'*excision suivie de gastrostomie* (1), ont donné une mortalité de 11 %;

La *gastro-pylorectomie* dans les 123 cas opérés dans les 12 premières heures avec 14 morts, donne une létalité de 11,3 %.

En ajoutant indistinctement les observations où l'on voit pratiquer, dans les 12 premières heures, l'un quelconque de ces *procédés directs* (et nous éliminons ces 37 cas d'excision suivie de gastrostomie de Schmidt qui, rapportés en plusieurs tableaux, se prêtent mal à l'analyse individuelle), on obtient 168 cas avec 20 morts, soit une mortalité globale de 11,9 %.

Par conséquent, pour ce qui est du résultat immédiat (obtenu dans les 12 premières heures), on peut dire que : *supprimer la lésion infectée, permettant les sutures étanches, les divers procédés directs d'exérèse donnent des résultats opératoires meilleurs que les procédés dits indirects.*

Comment, maintenant, classer la valeur respective des divers procédés d'éradication ? C'est surtout l'étude des résultats éloignés qui nous permettra de faire ce classement.

Les premières 12 heures écoulées, le pronostic opératoire est considérablement aggravé d'une manière générale. Mais

(1) Nous avons parlé de ces 37 cas dans le chapitre où nous avons traité des procédés exceptionnels.

cette aggravation varie-t-elle suivant le procédé employé, au point que l'on puisse dire, comme certains, que l'on peut appliquer n'importe quelle méthode dans les heures qui suivent l'accident, tandis qu'on doit s'en tenir aux manœuvres les plus simples dans les cas tardifs ?

Opérés par la suture après la 12^e heure (1), 101 cas de perforation, avec 63 décès, donnent une mortalité de 61,4 %.

Opérés par la suture suivie de gastro-entérostomie après la 12^e heure, 67 cas de perforation avec 26 décès, donnent une mortalité de 38,7 %.

Du côté des méthodes directes, nous trouvons la résection transversale, pratiquée 26 fois après la 12^e heure, avec 14 morts, donnant une léthalité de 53,7 %; l'excision 8 fois, avec 3 morts, soit une mortalité de 37,5 %; la thermocautérisation pratiquée 4 fois avec 1 décès, soit une mortalité de 25 %.

La méthode mixte, excision ou thermo suivie de gastro-entérostomie dans 5 cas, ne donne aucun décès.

Si nous considérons les résultats donnés par l'application dans les cas tardifs de deux méthodes bien opposées par la simplicité (2) de l'une et la complexité de l'autre, la suture et la gastro-pylorectomie, on trouve dans les deux cas une mortalité sensiblement égale, avec un pourcentage légèrement plus faible du côté de la résection.

Il ne nous semble pas exagéré de dire que, même dans les cas opérés tardivement, la résection large ne doit pas être beaucoup plus grave que la simple suture. Si, de ces deux procédés, l'un pèche par son action traumatisante plus grande, l'autre pèche, peut-être, par son insuffisance.

Si maintenant nous envisageons la suture suivie de gastro-entérostomie, nous voyons que ce procédé a, dans les cas tardifs, une moindre mortalité que celle de la suture, dont il ren-

(1) Rappelons que si la mortalité opératoire augmente d'une façon énorme et constante après la 12^e heure, elle varie peu, par contre, si l'on considère d'un côté les cas de 12 à 24 heures et, de l'autre, les cas opérés après la 24^e heure. Cette constatation nous permet d'envisager ici, non pas séparément les cas opérés entre la 12^e et la 24^e heure et ceux au delà de 24 heures mais tous ces cas en bloc, opérés après la 12^e heure.

force l'action, et que celle de la résection dont il ne paraît pas avoir, dans ces cas, l'action choquante.

Enfin, mieux que toute autre méthode, les procédés d'exérèse limitée, soit employés seuls, soit associés à la gastro-entérostomie, malgré le petit nombre de cas rapportés, semblent convenir aux cas opérés tardivement.

Il ressort donc de ces faits, et d'une manière générale, que même dans les cas tardifs les procédés d'exérèse limitée, les procédés mixtes, ou même la gastro-entérostomie après suture simple, donnent plus de sécurité que la simple suture ou que la résection large.

L'étude des résultats éloignés éclaircit singulièrement nos conclusions en apportant des faits moins discutables.

Sauf dans des cas bien spécifiés, la suture simple donne des résultats tardifs, généralement bien au-dessous de ceux que donnent tous les autres procédés courants.

L'exérèse limitée sans gastro-entérostomie et le « Balfour » simple, peuvent dans la majorité des cas, au point de vue des résultats tardifs, être placés sur le même pied que la suture.

Restent la gastro-entérostomie après suture, l'excision suivie de gastro-entérostomie (procédé mixte) et enfin la résection large. Il est difficile, en l'état actuel, de discerner d'une façon irrévocable quelle est, de ces méthodes, celle qui doit donner les meilleurs résultats pour l'avenir du malade opéré d'ulcus perforé. Cependant la tendance de la chirurgie actuelle est bien de faire l'exérèse de l'ulcère. Et si, comme l'a dit notre maître, le professeur Chavannaz, on démontrait un jour, d'une manière certaine, la fréquence de la transformation cancéreuse des ulcères, « nul doute que la méthode indirecte ne devrait vivre que des contre-indications de la méthode directe ».

L'argument de la transformation cancéreuse qui paraît actuellement être admise (1) par un très grand nombre de chirurgiens, est d'une grande valeur. En opérant d'ailleurs avec

(1) Mathieu faisant la moyenne de diverses statistiques, trouve 30 % de transformations cancéreuses; Delagenières (rapporté par le professeur Bégouin), arrive à la proportion considérable de 11 sur 20; Moynihan (*The British Medical Journal*, 10 février 1923, pp. 223-226), donne un pourcentage de 18,5 %.

le diagnostic d'ulcus perforé, ici, comme pour l'ulcère non perforé, le diagnostic macroscopique entre l'ulcus et le néoplasme ne saurait toujours pouvoir être fait. Les perforations des cancers ou ulcéro-cancers de l'estomac, se faisant plus souvent peut-être qu'on ne le croit généralement, le doute lui-même ne peut-être qu'un argument en faveur de l'exérèse large, bien entendu, dans les cas où les procédés d'exérèse ne sont pas formellement contre-indiqués par d'autres causes.

Ainsi donc, les méthodes d'exérèse (excision avec gastro-entérostomie, ou la résection large) donnent des résultats immédiats supérieurs et des résultats tardifs au moins égaux à ceux que donne la gastro-entérostomie et des résultats infiniment supérieurs à ceux obtenus par la simple suture.

A ce double point de vue (immédiat et tardif), les procédés d'exérèse large ou les procédés mixtes — surtout ces derniers — semblent constituer la méthode de choix dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

Cette conclusion est, pour nous, une directive générale et non un dogme intangible, car il existe des cas particuliers qui induisent de s'écarter de cette ligne de conduite.

Ce sont ces cas particuliers que nous allons envisager.

Comment le temps, facteur de gravité de l'état général du patient, doit-il influencer sur la détermination opératoire ? S'il est avéré que, dans la plupart des cas, le mauvais état du sujet est proportionnel au temps écoulé, ceci n'a rien que de relatif. Il n'est pas recommandable de prendre à la lettre les lois proposées pour doser la résistance du patient à la seule mesure des heures écoulées entre l'accident et l'opération.

Quel que soit d'ailleurs le temps écoulé entre la perforation et l'intervention, quel que soit le mauvais état général du malade (à moins qu'il ne s'agisse d'un moribond) — ce sera fréquent dans les cas tardifs, cela arrive aussi dans les cas précoces (avant la 12^e heure) — il faut, en toute conscience, proscrire les *procédés de fortune*. L'épiplooplastie, le tamponnement, la fixation de la perforation à la paroi, malgré ce qu'en aient dit certains (Niosi, Noehren, etc.), sont des procédés qui ne donnent guère de succès.

La suture seule, d'autre part, si elle doit s'adresser à des cas anatomiques propices, laissant aboutir à une occlusion hermétique, pourra être employée. Si cette obturation ne paraît pas devoir être certainement étanche, ou si elle semble devoir entraîner des troubles mécaniques immédiats, on lui adjoindra une gastro-entérostomie, ou bien on pratiquera une excision limitée soit seule, soit suivie d'abouchement gastro-jéjunal. Dans ces cas, la gastro-entérostomie sera faite soit à l'aiguille, soit au bouton, suivant les habitudes de l'opérateur et suivant la rapidité que l'on croit devoir donner à l'acte opératoire. Que le chirurgien, pour mettre sa conscience à l'abri, se borne dans ces cas désespérés (1) à pratiquer des interventions qu'il croit plus simples, mais qui sont aussi insuffisantes, quant à nous, nous resterons persuadé avec Duval, Paterson et d'autres, que dans des cas pareils, quoi que l'on fasse, le résultat risque d'être malheureusement le même.

En dehors de ces cas qui tendent à devenir plus rares en même temps que s'améliorent les connaissances médicales, il en est où *l'état général du sujet étant satisfaisant, ce sont alors les qualités anatomiques de la lésion qui doivent faire varier la conduite de l'opérateur.*

Il est des cas dans lesquels il semble inutile de faire l'excision même limitée de la lésion. Ce sont ceux où il s'agit d'*ulcères souples* (ils sont plutôt rares) ou à peine indurés et petits (surtout quand ils n'ont été mis en évidence que par la perforation, ulcères latents). Dans ces cas, nous l'avons vu, outre que l'on peut faire assez facilement la suture, on pourrait considérer la maladie ulcéreuse comme ayant pris fin avec la perforation.

Ces cas semblent être du ressort de la suture simple.

Il s'agit, d'autres fois, d'*ulcères de volume moyen, peu indurés ou bien calleux*, que les fils déchirent quand on veut suturer la perforation. Ces ulcères, les plus fréquents, doivent rester dans le cadre de la méthode générale de choix : *excision* (mais non simple avivement) *avec gastro-entérostomie complémen-*

(1) Cas où l'intervention doit cependant, coûte que coûte, être faite.

taire. S'ils sont juxta-cardiaques, mais facilement accessibles, on devra les traiter également par l'éradication suivie d'une gastro-entérostomie qui, même dans ces cas, sera utile (elle s'est montrée indispensable, secondairement, dans un cas de Basset). On sait cependant que toute intervention sur une lésion haute de l'estomac peut présenter de très grosses difficultés.

Quand ces ulcères perforés de moyen volume, siègent dans la région juxta-pylorique, la question est de savoir s'il faut leur appliquer l'excision avec gastro-entérostomie ou l'antro-pyloro-duodénectomie. Pour l'ulcère perforé de ce type, du moins, il semble que l'excision avec gastro-entérostomie soit dans ces cas suffisante.

La perforation peut être survenue sur un gros ulcère calleux. Si celui-ci siège au niveau de la partie moyenne de la petite courbure, le traitement de la perforation peut être extrêmement compliqué. C'est surtout pour ces ulcères qu'on a proposé les procédés de fortune (Villard, Pinatelle, Niosi, Noehren) ou exécuté la plicature large (P. Mathieu). La gastrectomie amènerait, dans ces cas, à faire soit une résection en manchette, opération choquante et paraissant contre-indiquée dans le cas particulier, soit l'excision en selle. Ce dernier procédé est aussi d'une exécution délicate. Il nous semble qu'il vaille mieux s'adresser à la *résection longitudinale de la petite courbure*, plus facile et donnant de bons résultats cliniques (Hartmann). On tend à les expliquer par la conservation qu'elle permet de la « voie gastrique » et la destruction qu'elle réalise des nerfs de la petite courbure (Latarget, Sencert, etc.).

S'il s'agit d'un gros ulcère calleux perforé et siègeant dans la région juxta-pylorique, la duodéno-gastrectomie est le plus souvent la seule opération qu'il soit possible de mener à bonne fin. C'est le cas où elle est nettement indiquée et où elle l'est d'autant plus que l'on sait la fréquence des ulcères doubles (Kissingulcer) qui donnent avec une relative fréquence des perforations itératives après un traitement indirect (cas de Cadenat, Boppe, Brunner, Leriche, Rosse, Chifoliau, etc.).

CHAPITRE V

Manœuvres accessoires.

Nous avons essayé de dégager une méthode générale de traitement des ulcères perforés et n'avons nullement visé à préciser des points de technique opératoire. Cependant nous ne croyons pas inutile de dire quelques mots sur quelques manœuvres qui sont, elles aussi, d'un gros intérêt et ont prêté à la discussion.

Etant donnée la complexité des manœuvres d'exploration opératoire, il nous paraît préférable d'avoir recours à l'anesthésie générale. C'est à l'éther que, dans ce cas, nous donnons la préférence, en employant le tube de Mayo.

On a préconisé toute sorte d'incisions plus ou moins compliquées. Nos préférences vont à la classique incision médiane sus-ombilicale, qui prète, le cas échéant, à des débridements transversaux donnant le jour nécessaire sur la lésion.

La question du lavage péritonéal à l'éther ou au sérum physiologique est de nouveau très discutée, en particulier par les auteurs allemands et autrichiens. Celle du drainage l'est également. La tendance actuelle est de ne pas drainer. Cependant, des faits rapportés par Cadenat (collection purulente de la fosse iliaque droite), par R. Berget (collection dans le Douglas), semblent bien prouver l'utilité du drainage sus-pubien ou iliaque. En tout cas, le drainage ne sera que de courte durée. De l'avis de la majorité des chirurgiens, le drainage au niveau de la lésion est inutile et dangereux.

CHAPITRE VI

Observations.

OBSERVATION I (Inédite).

Docteur CHENUT et RADOÏÉVITCH

P... Joseph, 34 ans, employé au chemin de fer. Entré le 6 janvier 1922, à 16 heures, dans le service de clinique chirurgicale du professeur Chavannaz.

Le 6 janvier, à 6 heures du matin, le malade a été pris subitement d'une douleur épigastrique extrêmement vive, l'obligeant à se coucher en chien de fusil; pas de vomissements. Deux heures après, son médecin le voit, pense à une crise appendiculaire, lui fait mettre de la glace sur l'abdomen et lui administre de la morphine. La douleur persiste. Le malade, qui ne rend ni matière, ni gaz, a un vomissement dans la soirée. Aucun antécédent gastrique net.

Le 6 janvier, il est amené à l'hôpital où il est examiné à 16 h. 30. Le malade est couché en chien de fusil et accuse une douleur épigastrique violente. Facies anxieux, tiré, langue humide. Respiration, 30 à la minute; pouls à 88; température, 37°8. Abdomen non ballonné, pas de respiration diaphragmatique; le ventre est de bois sur toute son étendue, en particulier dans la région épigastrique. Il existe une hernie inguinale droite un peu tendue, au niveau de laquelle on note un bruit hydroaérique alors qu'il n'y a, manifestement, pas d'anse intestinale dans le sac. Matité dans les flancs et les fosses iliaques.

Diagnostic : Perforation d'ulcus gastrique. Intervention (docteur Chenut) à 17 heures. Après laparotomie médiane sus-ombilicale s'écoule un liquide brunâtre contenant peu de débris alimentaires et des gaz. Les anses sont agglutinées par des exsudats fibrineux. L'exploration de l'estomac montre une perforation d'un demi-centimètre de diamètre sur un ulcère calleux prépylorique, gros comme une pièce de 2 francs et siégeant sur la petite courbure. L'abord en est facile.

Après léger avivement des bords de la perforation, on fait une suture en deux plans et on la recouvre avec le petit épiploon. Le pylore ne paraissant pas rétréci, on ne fait pas de gastro-entérostomie. Nettoyage de la cavité péritonéale, drainage, fermeture de la paroi en un plan aux fils d'argent.

Suites opératoires :

Le 7 janvier, température, 38°4; pouls, 120; langue humide; on fait du sérum glucosé, de l'huile camphrée.

Le 8 janvier, meilleur état : température, 37°; pouls, 100; respiration, 28. Le malade rend des gaz. L'on fait l'extraction du drain.

Le 9 janvier, l'état du malade paraît parfait. (T., 37°; P., 98; R., 28). L'abdomen est plat, respire bien. Le malade émet des gaz.

Mais à la visite de la famille, le malade ingurgite un litre d'eau de Vichy et mange de la pomme !

Le 10 au matin, l'état est moins bon. Les douleurs reparaissent. L'abdomen est ballonné, le facies tiré, le pouls à 100. Le soir, le pouls est à 120, le facies péritonéal, plus de gaz depuis le matin. Respiration, 40.

Le 11, les phénomènes péritonéaux s'aggravent et le malade meurt dans la nuit.

Nécropsie. L'abdomen contient une énorme quantité de liquide. Les anses intestinales sont agglutinées, l'estomac est très dilaté et contient encore plus d'un litre de liquide où surnagent des débris de pomme. *La perforation est réouverte.*

OBSERVATION II (Inédite).

Docteurs CHARBONNEL et LASSERRE.

Homme, 57 ans. Pris brusquement de douleurs atroces à l'épigastre. Passé gastrique. On fait le diagnostic de la perforation et on opère (à la clinique Paul-Bert, de Bordeaux), une heure et demie après. Liquide noirâtre dans la cavité péritonéale. La perforation est trouvée sur la partie toute inférieure de la petite courbure, au niveau d'un ulcère calleux gros comme une pièce de 5 francs. Adhérences lâches cystico-duédonaux coliques.

Suture difficile. Epiploplastie. Drainage multiple. Suites opératoires angoissantes. Amélioration progressive jusqu'au 8^e jour, puis brusque aggravation et mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION III (Inédite).

Docteur ICHON et RADOÏEVITCH (Hôpital Saint-André, Bordeaux.)

Homme, 63 ans, entré le 14 décembre 1923, à 3 heures du matin, une heure et demie après le début de l'épisode aigu caractérisé par une violente et soudaine douleur épigastrique et des vomissements.

Le diagnostic de perforation d'un ulcère gastrique est fait et l'on opère aussitôt.

L'abdomen contient une petite quantité de liquide séreux qui est épongé à la compresse.

On trouve la perforation sur la face antérieure de la région prépylorique, à 1 cm. au-dessous de la petite courbure. La base de l'ulcère, gros comme 5 francs, est indurée.

Enfouissement séro-séreux par trois plans de suture. Pas de gastro-entérostomie. Pas de drainage. Suites immédiatement bonnes. Quinze jours après l'opération, éviscération; réopération au cours de laquelle on fait une gastro-entérostomie, le pylore paraissant rétréci. *Mort.*

OBSERVATION IV (Inédite).

Docteur PRINCETEAU (Hôpital Saint-André, Bordeaux.)

Homme, 30 ans, entré à l'hôpital Saint-André, salle 14, le 12 septembre 1923, à midi.

L'avant-veille, à 11 heures du matin, ce malade qui avait antérieurement été soigné pour troubles dyspeptiques, fut pris d'une douleur épigastrique subite, atroce, le courbant en deux et lui faisant perdre connaissance. Quelques vomissements, arrêt des matières et des gaz, puis apparition du hoquet. A l'examen, facies péritonéal typique, douleur exagérée au moindre mouvement. Pouls, 160; température, 38°2.

Diagnostic : perforation d'un ulcère gastrique.

Opération le 12 septembre, à 14 heures (27^e heure après la perfo-

ration), à l'anesthésie locale. Le ventre ouvert, des gaz fusent avec abondance, un peu de liquide louche s'écoule. Loin du pylore, au-dessous de la petite courbure, sur la face antérieure de l'estomac, fixé partout, on trouve la perforation. Fermeture en deux plans. Fermeture de la paroi après drainage. Le 13 septembre, le malade meurt dans le *collapsus algide*.

OBSERVATION V (Inédite).

Docteur Rieux, (Hôpital Saint-André, Bordeaux.)

Homme, 52 ans, cultivateur, entré le 30 septembre 1923, salle 10 bis, lit 26, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Trois jours avant son entrée, le 27 septembre, à 19 heures, le malade fut pris d'une douleur en coup de poignard dans la région épigastrique, suivie de l'apparition rapide d'un syndrome péritonéal extrêmement marqué. A son entrée à l'hôpital Saint-André on constate : Pouls, 140, petit, filant; température, 37°6; urines supprimées; langue sèche; vomissements noirâtres, abondants; pas de gaz, pas de selles; facies péritonéal; ventre en bois dans l'étage sus-ombilical. Passé gastrique typique. Diagnostic : perforation d'ulcère gastrique.

Intervention le 30 septembre, à 17 heures, 70 heures après la perforation, sous anesthésie au chloroforme.

Après la laparotomie médiane sus-ombilicale, un flot de liquide répandu dans la grande cavité s'écoule. L'exploration de l'estomac, fixé en arrière, montre un ulcère prépylorique perforé. Sutures en deux plans de la perforation, nettoyage de la cavité péritonéale à l'éther. Durée, 20 minutes. 24 heures après, le malade meurt.

TABLEAU DES OBSERVATIONS

a) Suture.

1. Alamartine, H., 26 ans, 8 h. (1), ulc. cal. pylore, mort, malgré la gastro-secondaire d'urgence (3^e jour) pour troubles de dilatation aiguë de l'estomac. Autopsie : pas de péritonite. pylore oblitéré, estomac dilaté plein de liquide.
2. Alamartine, H., 23 ans, T. 39°5, P. 140, 72 h., ulc. pyloro-duodénal, mort.
3. Amberger, H., 28 ans, 9 h., ulc. induré près pylore et p. courbure, guérison. Revu 1 mois plus tard, va bien.
4. Amberger, H., 23 ans, T. 37°, P. 106, 3 h., juxta-cardiaque. péritonite légère, guérison.
5. Amberger, H., 23 ans, T. 38°5, P. 80, 3 h., ulc. induré pylorique, guérison. Revu 4 ans après, quelques douleurs, état gén. bon.
6. Amberger, H., 47 ans, T. 39°, P. 120, 12 h., estomac, guérison.
7. Amberger, H., 23 ans, T. 39°, P. 100, 48 h., ulc. prépylorique, mort de pneumonie.
8. Amberger, H., 47 ans, T. 39°7, P. 110, 36 h., ulc. prépylorique, mort.
9. Amberger, H., 66 ans, T. 38°, P. 120, 48 h., ulc. prépylorique, mort.
10. Amberger, H., 73 ans, T. 37°3, P. 80, 12 h., ulc. prépylorique, guérison.
11. Amberger, F., 72 ans, T. 38°7, P. 84, 3 h., juxta-cardiaque, guérison.
12. Amberger, H., 38 ans, T. 38°, P. 96, 12 h., pylore, guérison.
13. Basset, H., 30 ans, 11 h., ulc. pylorique, guérison.
14. Basset, F., 62 ans, plusieurs jours. 2 perforations pyloro-duodénales, dont on ne suture qu'une, morte.
15. Berger (J.), H., 20 ans, T. 38°4, P. 120, 3 h., prépylorique, guérison. 1 mois plus tard recommence à souffrir. gastro secondaire, guérison.
16. Berger (R.), 48 ans, 10 jours, 1^{re} p. duodénum, mort. Broncho-pneumonie, péritonite.
17. Bichat, F., 14 ans, 29 h., ulc. friable 2^e p. duodénum, guérison. après une fistule biliaire fermée spontanément.
18. Blecher, H., 24 ans, 2 jours, 1^{re} p. duodénum, adhérence, appendicectomie, guérison.
19. Boeckel, H., 20 ans, T. 39°. P. 120, 10 h., 2^e p. duodénum, mort.
20. Boyier, H., 48 ans, T. 39°, P. 110, 36 h., ulc. juxta-pylor. induré, adhérent, guérison. Se plaint par la suite de souffrir comme auparavant.

(1) Intervalle de temps entre perforation et opération.

21. Braine, H., 28 ans, T. 37°3, P. 95, 3 h., ulc. cal. vestibule pylorique, pas d'adhérences, guérison. Gastro pour sténose 2 mois plus tard.
22. Braine, H., 40 ans, 4 jours, face post. 1^{re} p. duodénum, ulc. induré petit, mort 6 jours après opération.
23. Brenner, H., 42 ans, 12 h., 1^{re} p. duodénum, stérile, guérison.
24. Brenner, H., 53 ans, 8 h. 1/2, 1^{re} p. duodénum, ulc. petit, stérile, guérison.
25. Brenner, H., 50 ans, 18 h., 1^{re} p. duodénum, stérile, guérison.
26. Brenner, H., 43 ans, 3 h. 1/2, 1^{re} p. duodénum, stérile, pas de péritonite, guérison.
27. Brenner, H., 34 ans, 10 h., pylore, stérile, guérison.
28. Brenner, H., 33 ans, 26 h., 1^{re} p. duodénum, petite induration, appendicectomie, guérison.
29. Brenner, F., 57 ans, 3 h., 1^{re} p. duodénum, péritonite légère, guérison.
30. Brenner, H., 23 ans, 4 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
31. Brennet, H., 39 ans, 9 h., ulc. cal. pyloro-duodénal, guérison. Gastro-entérostomie 4 semaines plus tard.
32. Brenner, F., 26 ans, date d'opération non notée, 1^{re} p. duodénum, guérison.
33. Brenner, H., 42 ans, 4 h. 1/2, 1^{re} p. duodénum, stérile, mort 3 jours plus tard d'embolie pulmon.
34. Brenner, H., 21 ans, 6 h., 1^{re} p. duodénum, stérile, guérison. Gastro-entérostomie secondaire.
35. Brewer, F., 25 ans, 3 h., face postér. estomac, près p. courbure, petite induration, guérison. Revue, va mal; gastro, guérison.
36. Brunner, H., 45 ans, 80 h., p. courb. près pylore, mort.
37. Brunner, H., 44 ans, 72 h., p. courbure près pylore, mort. Péritonite.
38. Brunner, H., 19 ans, T. 36°4, P. 80, 3 h. 1/2, p. courbure partie infér. Guérison. Revue 9 mois après, très bien.
39. Capette, H., 33 ans, 4 h., pylore, guérison.
40. Capette, H., 32 ans, 6 h., perf. prépylorique, guérison.
41. Caënat, H., 49 ans, 14 h., pylore, induration moyenne, mort 7 jours après. Autopsie : collect. purulente fosse iliaque droite.
42. Cauchoix, H., 48 ans, 20 h., angle duodénal, suture pénible, mort 4 jours après opération.
43. Chaton, H., 52 ans, 37 h., partie haute p. courb., induration, mort.
44. Charrier, H., 43 ans, 14 h., ulc. cal. antre pylorique, stérile, guérison. Revue 16 mois après, très bon état.
45. Clogg, H., 28 h., ulc. cal. et adhérent, 1^{re} p. duodénum, guérison. Revu 7 mois après, santé parfaite.
46. Clogg, H., 37 ans, P. 120, 31 h., duodénum, friabilité, guérison.
47. Cotte, H., 62 ans, angle 1^{re} et 2^e p. duodénum, guérison.

48. Delbet, H., état gén. bon, 48 h., 2° p. duodénum, guérison.
49. Delbet, H., 40 ans, 40 h., début 2° p. duodénum, guérison.
50. Deniker, H., 46 ans, 24 h., ulc. friable p. courbure, mort.
51. Deniker, H., 23 ans, 7 h., région pylorique, guérison.
52. Deniker, F., 30 ans, 5 h., perf. petite courbure, guérison.
53. Deniker, H., 7 h., duodénum, guérison.
54. Deniker, H., 39 ans, 30 h., pylore, mort.
55. Desplat, H., 33 ans, T. 38°3, P. 112, 31 h., ulc. cal. p. courb., enfouissement difficile, mort rapide 10 jours, avec facies péritonéal, après amélioration marquée les premiers jours. Pas d'autopsie.
56. Dowke, H., 18 ans, 3 h., 1° p. duodénum, souple, guérison.
57. Farr, H., 40 ans, 24 h., perfor. près pylore, guérison.
58. Farr, H., 40 ans, 6 h., perfor. près pylore, cholécystectomie en plus, guérison.
59. Farr, H., 40 ans. date d'intervention non marquée, cholécystectomie, guérison.
60. Favreil, H., 28 ans, T. 37°, P. 120, 43 h., 1° p. duodénum, appendicectomie, guérison.
61. Favreil, H., 20 ans, 8 h., pylore, suture difficile, mort.
62. Ferrari, H., 30 ans, 6 h., 1° p. duodénum, pas d'induration, guérison. 1 mois plus tard, santé excellente.
63. Ferron, H., 47 ans, T. 37°6, P. 100, 9 h. 1/2, ulc. induré antre pylorique, guérison.
64. Fred Van Beuren, H., 35 ans, 16 h., duodénum, adhérences, guérison. 1 mois plus tard se porte bien.
65. Gibson, H., 26 ans, 3 h., 1° p. duodénum, guérison.
66. Gibson, H., 23 ans, 5 h., estomac près pylore, guérison.
67. Girode, H., 45 ans 1/2, temps non précisé, estomac près pylore, guérison.
68. Gross, H., 50 ans, P. 120, 2 h., région prépylorique, guérison.
69. Guibé, H., 34 ans, T. 37°, P. 88, 10 h., 1° p. duodénum, appendicectomie, mort. Péritonite.
70. Guibé, H., 23 ans, P. 80, 6 h., partie infér. p. courb., induration, pas d'adhérences, mort 15 jours après. Autopsie : thrombose mésentérique.
71. Guibé, F., T. 38°, P. 133, plus de 24 h., ulc. induré p. courbure partie moyenne, morte 48 h. après.
72. Guibé, H., T. 38°, P. 110, p. courbure. légèrem. induré, mort 4 jours après de pneumonie.
73. Guibé, H., 27 ans, 8 h., p. courbure, souplesse, appendicectomie, guérison. 3 mois 1/2 plus tard, très bien.
74. Guibé, H., 24 ans, P. 110, 5 h., p. courbure, ulc. induré, appendicectomie, guérison.

75. Guibé, F., 36 ans, 14 h. 1/2, p. courbure, souplesse, appendicectomie, guérison.
76. Guibé, F., 37 ans, T. 38°, P. 123, 20 h., ulc. cal. estomac, suture difficile, mort.
77. Guibé, H., 72 h., ulc. induré, 1^{re} p. duodénum, appendicectomie, mort.
78. Guibé, 37 ans, P., P. 133, 26 h., ulc. cal. p. courbure, mort.
79. Guillemain, H., 38 ans, T. 37°8, P. 120, 21 h., estomac, 3 travers du pylore, ulc. induré, mort.
80. Guillemain, H., 30 ans, T. 37°, P. 90, 5 h., p. courbure 4 cm. du pylore (induration 2 francs), guérison. 1 mois plus tard, très bien.
81. Guinbelot, H., 35 ans, 4 h., pylore, guérison.
82. Guinbelot, H., 62 ans, 4 h., p. courbure, ulc. calleux, adhérences, mort.
83. Guinbelot, H., 54 ans, 24 h., ulc. cal. pylore, mort 3 jours après.
84. Hallopeau et Perier, H., 28 ans, T. 38°6, P. 90, 7 h., 1^{re} p. duodénum, adhérences, ulc. friable, guérison.
85. Hartwell, H., 48 ans, 2 h., estomac 3 cm. du pylore, adhérences, zone indurée, guérison. Revue, hyperchlorhydrie.
86. Houdard, H., 30 ans, 8 h., duodénum, guérison.
87. Houdard, H., 40 ans, 48 h., ulc. cal. p. courbure, mort 20 jours après par insuf. de sutures.
88. Kossanovitch, H., 31 ans, T. 37°6, P. 132, 23 h., ulc. cal. p. courb. près pylore, mort.
89. Kossanovitch, H., 50 ans, T. 36°7, P. 80, 6 h., pylore, guérison.
90. Kossanovitch, H., 50 ans, T. 37°8, P. 144, 30 h., ulc. cal. près grande courbure, mort.
91. Kossanovitch, H., 52 ans, T. 38°, P. 140, 70 h., p. courbure, mort 2 jours après. Péritonite.
92. Kossanovitch, H., 53 ans, T. 39°, P. 150, 23 h., estomac, mort.
93. Kossanovitch, H., 43 ans, T. 38°5, P. 144, 80 h., pylore induré, appendicectomie, mort 14 jours après.
94. Kossanovitch, H., 28 ans, P. 90, 3 h. 1/2, pylore ulc., souple, guérison.
95. Kossanovitch, H., 65 ans, T. 38°5, P. 160, 82 h., p. courb., mort.
96. Kossanovitch, H., 42 ans, T. 38°, P. 120, 38 h., pylore induré, guérison.
97. Kossanovitch, H., 16 ans, T. 36°7, P. 86, 17 h., pylore, souple, appendicectomie, guérison.
98. Kossanovitch, H., 38 ans, T. 37°6, P. 126, 26 h., ulc. souple duodénum, guérison, abcès sous-phrénique.
99. Kossanovitch, F., 27 ans, T. 38°, P. 130, 22 h., ulc. cal. juxta-cardiaque, guérison, abcès sous-phrénique.
100. Kotzareff, F., 57 ans, opérée le jour même de l'accident, p. courbure, météorisme, guérison.

101. Kotzareff, H., 83 ans, 72 h., p. courbure, mort.
102. Kotzareff, H., 34 ans, 12 h., p. courbure, guérison. Se porte très bien.
103. Kotzareff, H., 69 ans, opération précoce, ulc. induré, gr. courbure, guérison.
104. Kummer, H., 33 ans, 4 h., duodénum, guérison. Revu 20 jours après, grand retard d'évacuation.
105. Kummer, H., 52 ans, 90 h., duodénum, mort. Autopsie : grosse hémorragie.
106. Kummer, H., 18 ans, 24 h., p. courb., guérison. Gastro 6 semaines plus tard.
107. Kummer, H., 42 ans, 4 h., duodénum, guérison. Bien-être parfait pendant 2 ans. puis nouvelle gastropathie. Nouvelle intervention, ulc. cal. énorme; exclusion, gastro.
108. Kummer, H., 33 ans, 18 h., p. courbure, mort. Péritonite, hépatoite rouge des bases pulmonaires.
109. Kummer, H., 38 ans, 24 h., estomac, mort. Péritonite, pneumonie.
110. Kummer, H., 30 ans, 8 jours, duodénum, mort. Péritonite, h.-pneumonie.
111. Kummer, H., 17 ans, 8 h., ulc. prépylorique, guérison. 6 ans après, se déclare parfaitement guéri (régime).
112. Kummer, H., 35 ans, 18 h., duodénum, mort.
113. Kummer, H., 30 ans, 12 h., duodénum, mort. Péritonite, pneumonie droite.
114. Küss, H., 39 ans, 6 h. 1/2, p. courbure, guérison.
115. Lagoutte, H., 29 ans, T. 37°6, P. 80, 4 h., ulc. induré 1^{re} p. duodénum, guérison.
116. Lagoutte, H., 36 ans, 2 h., ulc. induré, 1^{re} p. duodénum, guérison.
117. Lagoutte, H., 17 ans, 1^{re} p. duodénum, guérison. 2 ans 1/2, très bien (aucun passé gastrique).
118. Lagoutte, H., 40 ans, P. 80, 17 h., 1^{re} p. duodénum, guérison. 2 mois après, très bien.
119. Lagoutte, H., 38 ans, 4 h., ulc. induré, 1^{re} p. duodénum, guérison. Revu 2 ans plus tard, très bien.
120. Lagoutte, H., 33 ans, T. 37°3, P. 90, 2 h. 1/2, 1^{re} p. duodénum, petite induration, guérison. Revu, très bien.
121. Lagoutte, H., 68 ans, 6 h., pouls normal, 1^{re} p. duodénum, énorme masse indurée, mort.
122. Lagoutte, H., 23 ans, 3 h., 1^{re} p. duodénum, guérison. Revu 2 mois plus tard, très bien (aucun passé gastrique).
123. Lagoutte, H., 15 ans, 6 h., 1^{re} p. duodénum, ulc. souple, guérison. 2 mois plus tard, très bien.
124. Lardenois (de Reims), H., T. 36°6, 19 h., pylore, non induré, mort.

125. Launey, H., 40 ans, T. 37°5, P. 86, 36 h., angles 1^{re} et 2^e p. duodénum, mort.
126. Lecène, H., 26 ans, T. 38°, P. 120, 17 h., 1^{re} p. duodénum, mort 2 jours après.
127. Lecène, H., 24 ans, T. 38°, P. 100, 12 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
128. Lecène, H., 37 ans, T. 38°3, P. 96, pylore, guérison.
129. Lemaitre, H., 48 ans, T. 37°5; P. 100, 2 h., 1^{re} p. duodénum, mort 3 jours après. Autopsie : poumon gauche violacé, droit noir.
130. Lieblein, H., 30 ans, 9 h., près pylore et p. courbure, guérison après pneumonie double.
131. Masmontell, H., P. 90, opéré précocement, ulc. cal. p. courb., guérison après fistule gastrique.
132. Mangé, H., 62 ans, 15 h., p. courb. p. moyenne, ulc. cal., guérison, puis mort 4 mois plus tard. (Pas d'autopsie.)
133. Martin, H., 47 ans, 24 h., 1^{re} p. duodénum, mort.
134. Mathieu, H., 31 ans, P. 80, 4 h., ulc. cal. partie moyenne p. courb., guérison.
135. Mathieu, H., 39 ans, 2 h. 1/2, antre pylorique, pas d'induration, guérison.
136. Mathieu, H., 39 ans, T. 38°6, P. 104, 8 h., ulc. cal. près p. courbure, mort quelques jours après. Broncho-pneumonie, cavernes pulmon.
137. Mathieu, H., 40 ans, 24 h., p. courbure, mort.
138. Mayer, H., 56 ans, 22 h., ulc. cal. (siège imprécis), mort après réouverture de la perforation.
139. Mocquot, F., 16 ans, T. 39°6, P. 130, 32 h., grosse tubérosité, ulc. souple, morte 1 jour après.
140. Mocquot, H., 41 ans, T. 38°, P. 129, 29 h., 1^{re} p. duodénum, mort 7 jours après, ayant présenté des phénomènes pulmonaires.
141. Mondor, H., 36 ans, 6 h. 1/2, antre pylorique, guérison.
142. Mendor, H., 72 ans, T. 39°, P. 60, 13 h., pylore non induré, guérison.
143. Monod (R.), H., 40 ans, P. 100, 4 h. 1/2, partie moyenne p. courbure, ulc. souple, guérison. Revu à deux reprises, très bien.
144. Monod, H., 57 ans, 3 h. 1/2, gros ulc. cal. p. courb., adhérences (avivement des bords), mort 4 jours plus tard, hémorragie (?).
145. Muller et Ravdin, H., 55 ans, P. 90, duodénum, guérison.
146. Muller et Ravdin, F., 62 ans, tard, estomac 5 cm. du pylore, guérison.
147. Ockinczic, H., 40 ans, 24 h., duodénum, guérison.
148. Papin et Dubourg, H., 35 ans, P. 84, 6 h., ulc. cal. (5 francs), partie haute p. courbure, guérison. Revu 8 mois, guérison. Revu 2 ans plus tard, malaises obligeant le malade d'entrer de nouveau à l'hôpital (communication orale).
149. Paterson, H., 14 ans, 18 h., estomac, guérison après pneumonie double.

150. Paul, H., 61 ans, 26 h., estomac, mort.
151. Paul, F., 54 ans, 20 h., estomac, guérison.
152. Paul, F., 24 h., perforation du pylore, mort.
153. Peck (Ch.), H., 4 h., duodénum, guérison. Gastro-entérostomie 13 ans après.
154. Peck (Ch.), F., milieu partie antér. estomac, guérison. Se porte bien pendant 4 ans, puis troubles de biloculation gastrique; gastro-entérostomie.
155. Perrin, H., 29 ans, T. 37°5, P. 80, 2 h. 1/2, pylore, ulc. souple, guérison.
156. Perrin, H., 33 ans, T. 37°8, P. 92, 8 h., pylore, suture facile, guérison. 1 an plus tard, très bien.
157. Perrin, H., 52 ans, T. 37°2, P. 80, intervention précoce, prépylore, peu d'induration, guérison.
158. Picot, H., 50 ans, 12 h., duodénum, guérison.
159. Picot, H., 20 ans, 22 h. 1/2, duodénum, mort 2 jours après.
160. Picot, H., 60 ans, 52 h., p. courbure, mort.
161. Picot, H., 33 ans, 10 h., p. courbure, guérison.
162. Prader, H., 24 ans, T. 37°, P. 96, opéré le jour même, p. courbure près pylore, ulc. induré, guérison.
163. Prader, H., 34 ans, T. 38°4, P. 100, opéré le jour même, p. courbure près pylore, ulc. induré, guérison.
164. Prader, H., 23 ans, P. 120, 8 h., p. courb. 3 travers de doigt du pylore, base indurée, guérison. Revu 7 mois après, se plaint de souffrir.
165. Prader, H., 22 ans, T. 37°3, P. 130, 14 h., p. courbure à 3 travers de doigt du pylore, guérison.
166. Prader, H., 26 ans, T. 36°, P. 120, 12 h., p. courb., 3 travers de doigt du pylore, induré, guérison. Revu 3 ans plus tard, souffre de l'estomac, sensibilité à la pression.
167. Prader, H., 31 ans, opéré le jour même, ulc. cal. p. moyenne p. courb., mort.
168. Prader, F., 23 ans, opérée le jour même, estomac, ulc. induré, 5 travers de doigt du pylore, guérison. Revue 9 mois, dyspeptique.
169. Prader, H., 33 ans, 15 h., estomac, près p. courb. et pylore, guérison.
170. Prader, F., 26 ans, P. 130, 5 h., fondus de l'estomac, guérison.
171. Prader, H., 24 ans, T. 37°4, P. 100, opéré le jour même, estomac, guérison.
172. Prader, H., 20 ans, T. 38°4, P. 100, 10 h., p. courbure, 2 travers de doigt du pylore, appendicectomie, guérison. Revu, se porte bien mais ulc. sans hist. clinique ant.
173. Prader, F., 27 ans, T. 37°8, P. 88, opérée le jour même, 3 travers de doigt du pylore près p. courb., induré, guérison. Revue, état grave;

réopérée pour sténose pylorique. Gastro, un an après augmente de poids, mais a des brûlures et un point douloureux; anastomose fonctionne bien.

174. Prader, H., 60 ans, P. 120, 4 jours, partie infér. p. courb., mort.
173. Prader, H., 29 ans, T. 38°, P. 100, opération précoce, p. infér. p. courb., base infiltrée, guérison.
176. Prader, H., 38 ans, 3 jours. p. inf. p. courbure, mort 4 jours plus tard.
177. Prader, H., 46 ans, P. 120, opéré le jour même, ulc. cal. estomac, près pylore, mort.
178. Prader, H., 32 ans, P. 100, 21 h., ulc. cal. près p. courb., mort. Péritonite.
179. Prader, H., 49 ans, intervention précoce, ulc. cal. p. moyenne estomac, mort. Péritonite.
180. Prader, H., 45 ans, P. 120, 12 h., ulc. induré duodénum, mort.
181. Prader, H., 35 ans, T. 38°4, P. 104, intervention précoce, paroi postérieure duodénum, mort.
182. Proust, H., P. 120, 12 h., 1^{re} p. duodénum, base cartonnée, guérison. Revu 4 mois plus tard, fonctionnement normal du canal pyloro-duodénal.
183. Proust, F., 9 h., duodénum, guérison.
184. Rosse, H., 3 h., perfor. pyloro-duodénale, mort 7 jours plus tard. Autopsie : seconde perforation d'un ulc. pyloro-duodénal postérieur.
185. Sauvé, H., 31 ans, T. 38°, P. 90, 12 h., ulc. induré face postér. partie moyenne estomac, appendicectomie, guérison, évacuation normale.
186. Schea, H., 40 ans, interv. précoce, estomac, 5 cm. du pylore, guérison. 3 mois plus tard, troubles gastriques, gastro. Revu 1 an après, très bien.
187. Schea, H., 36 ans, interv. précoce, 1^{re} p. duodénum, guérison. Revu 9 mois plus tard, très bien.
188. Schea, H., 49 ans, interv. précoce, estomac, guérison. Revu, très bien.
189. Schea, H., 48 ans, interv. précoce, estomac, guérison.
190. Schea, H., 36 ans, estomac, guérison. Se porte bien.
191. Schea, H., 42 ans, 1^{re} p. duodénum, guérison. 2 mois plus tard, très bien.
192. Schea, H., 28 ans, 1^{re} p. duodénum, guérison. Très bien.
193. Schea, H., 43 ans, estomac, guérison. Revu, amélioration.
194. Smith, H., 38 ans, 24 h., duodénum, mort.
195. Smith, H., 32 ans, P. 100, 9 h., duodénum, guérison.
196. Smith, H., 28 ans, 12 h., duodénum, mort.
197. Smith, H., 26 ans, 24 h., duodénum, mort.
198. Smith, H., 31 ans, 3 h. 1/2, guérison.

199. Smith, F., 60 ans, 18 h., mort.
200. Smith, H., 37 ans, P. 100, 72 h., guérison.
201. Souligoux, F., 39 ans, T. 38°2, P. 120, plus de 36 h., p. courbure, guérison.
201 bis Tailhefer, H., 57 ans, P. 120, 22 h., ulc, simple p. courb. près pylore, guérison. Se porte bien.
202. Toupet, H., 31 ans, 33 h., union 1^{re} et 2^e p. duodénum, mort.
203. Toupet, H., 37 ans, P. 100, 10 h., 1^{re} p. duodénum, peu d'induration. guérison. Gastro secondaire.
204. Toupet, H., 35 ans, T. 39°5, P. 140, 28 h., 1^{re} p. duodénum, guérison, après accidents pleuraux. Evacuation normale.
205. Toupet (H.), 48 ans, T. 38°, P. 110, 26 h., 1^{re} p. duodénum, induré, guérison.
206. Tuffier, F., ulc. estomac haut situé, bords amincis. guérison. Revue 18 ans plus tard, ne s'est jamais plainte. Une seconde intervention pour éviscération, 18 ans après la première, permit de constater absence de l'ulcère.
207. Tuvache, H., 37 ans, 24 h., 1^{re} p. duodénum, pas d'adhérences, appendicectomie, mort.
208. Viannay, H., 60 ans, T. 38°4, P. 120, 17 h., ulc. cal. estomac, suture difficile, mort. Fistule gastrique.
209. Wilensky, Sexe, âge, siège (?), 2 h., mort. Pneumonie.
210. Wilensky, sexe, âge, siège (?), 2 h., mort.
211. Wilensky, sexe, âge, siège (?), 24 h., mort.
212. Wilensky, sexe, âge, siège (?), 30 h., guérison.
213. Wilensky, sexe, âge, siège (?), 48 h., guérison.
214. Wilensky, sexe, âge, siège (?), 5 jours, mort.
215. Wilensky, sexe, âge, siège (?), 8 jours, mort.
216. Wilensky, sexe, âge, siège (?), guérison.
217. Winslow, H., 60 ans, 24 h., estomac près pylore, mort.
218. Winslow, F., 59 ans, P. 60, 24 h., estomac près pylore, morte après amélioration.
119. Winslow, H., 33 ans, P. 110, interv. précoce, 1^{re} p. duodénum, guérison.
220. Winslow, H., 21 ans, pl. jours, gr. courbure, 3 cm. du pylore, guérison.
221. Winslow, H., 39 ans, estomac, 2 cm. du pylore, adhérences, guérison.
222. Winslow, H., 43 ans, 24 h., gr. courbure, guérison.
223. Winslow, H., 34 ans, opéré le jour même, pylore, mort. Péritonite.
224. Winslow, H., 30 ans, opéré le jour même, duodénum, mort 6^e jour après amélioration.
225 Winslow, H., 36 ans, temps non précisé, mort.

226. Winslow, H., 29 ans, plus de 14 h., duodénum, guérison.
227. Winslow, H., 37 ans, temps non précisé, duodénum, mort. Péritonite.
228. Winslow, H., 54 ans, 2 jours, duodénum, appendicectomie, mort.
229. Winslow, H., 44 ans, plus de 12 h., prépylorique, mort.
230. Winslow, H., 58 ans, opéré le jour même de l'accident, duodénum, mort. Abscès sous-phrénique.
231. Winslow, H., 39 ans, partie haute p. courb., ulc. induré, mort. Pneumonie.
233. Winslow, H., 29 ans, 10 h., estomac près pylore, induré, guérison.

h) **Suture avec gastro-entérostomie.**

1. Alamartine, H., 39 ans, 12 h., petite courbure, pas d'adhérences, guérison. Revu 1 mois plus tard, très bien.
2. Alamartine, H., 45 ans, 26 h., pylore, zone cartonnée, adhérences, guérison. Radioscopie, tout passe par la bouche G-E.
3. Alamartine, H., 45 ans, 4 h., duodénum, guérison. Revu 1 mois plus tard, évacuation exclusive par la bouche.
4. Amberger, H., 23 ans, T. 36°7. P. 90, 8 h., près pylore et p. courb., guérison.
5. Amberger, H., 28 ans, T. 39°3, 10 h., ulc. cal. prépylorique, guérison. Suivi longtemps, très bien.
6. Amberger, H., 20 ans, T. 37°, P. 120, 4 h., perfor. prépylorique, péritonite diffuse, guérison. Revu, bon état, quelques douleurs.
7. Amberger, H., 58 ans, T. 37°, P. 100, 10 h., état grave, antre pylorique, guérison.
8. Amberger, H., 52 ans, T. 38°, P. 60, 8 h., estomac, mort.
9. Basset, F., 65 ans, 13 h., ulc. calleux p. courb., mort.
10. Basset, H., 27 ans, 5 h., perforation pylorique, guérison.
11. Basset, H., 45 ans, 5 h. 1/2, duodénum, péritonite purulente, mort.
12. Bazy (L.), H., 5 h., ulc. induré pylorique, guérison. Evacuation exclusivement par la bouche G-E.
13. Bazy (L.), H., 5 h. 1/2, 1^{re} p. duodénum, adhérences, mort.
14. Berger (R.), F., 50 ans, T. 37°6. P. 130, 12 h., ulc. induré de la 1^{re} p. du duodénum, morte 32 jours après opération, après colpotomie pour collection purulente du Douglas.
15. Berger (R.), H., 33 ans, T. 38°, P. 100, 6 h., duodénum, friabilité des tissus, guérison. Revu 26^e jour, très bien, évacuation se fait par l'anastomose.
16. Bergeret, H., 48 ans, 16 h., ulc. cal. friable, antre pylorique, guérison. Revue 2 mois, très bien, évacuation unique par la bouche.

17. Bergeret, H., 45 ans, P. 130, 13 h., ulc. cal. pyloro-duod., guérison.
Revu, 18 mois, très bien, tout passe par l'anastomose.
18. Blake, H., 45 ans, 4 h., pylore, guérison.
19. Boppe, H., 39 ans, 8 h., ulc. cal. union 1^{re} et 2^e p. duodénum, guérison. Radioscopie 20 jours plus tard, bon fonctionnement de la bouche; 4 mois plus tard, nouvelle perforation de la face postérieure du duodénum, mort.
20. Braine, H., 37 ans, T. 39°, P. 130, 2 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
Revu 5 mois plus tard, parfaite santé. évacuation par la bouche.
21. Braine, H., 43 ans, 26 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum. guérison. Revu
4 mois plus tard, très bien, rien ne passe par le pylore.
22. Brenner, H., 30 ans, 7 h., ulc. calleux du duodénum, guérison.
23. Brenner, H., 31 ans, 10 h., ulc. call. du duodénum. guérison.
24. Brewer, H., 33 ans, 3 h., 1^{re} p. du duodénum, guérison.
25. Brewer, H., 43 ans, duodénum, guérison.
26. Brunner, H., 40 ans, 6 h. 1/2. près pylore et p. courbure, induration, mort. Autopsie : ulcères multiples, broncho-pneumonie, péritonite.
27. Brunner, H., 58 ans, 12 h., près pylore et p. courbure, guérison.
Revu, très bien.
28. Brunner, H., 30 ans, 18 h., près pet. courbure, mort. Autopsie : péritonite. cong. pulmonaire.
29. Brunner, H., 33 ans, 2 h. 1/4, état général mauvais. petite courbure près du pylore. guérison après broncho-pneumonie.
30. Brunner, H., 30 ans, 3 h., p. courb. près pylore, guérison. Revu
4 mois plus tard, très bien, la bouche fonctionne bien.
31. Brunner, H., 23 ans, 6 h., pylore, mort 6 jours après. Autopsie :
seconde perforation face postérieure 1^{re} p. duodénum.
32. Brunner, H., 33 ans, 3 h., ulc. cal. pylore. guérison. Radioscopie
4 mois plus tard, anastomose fonctionne bien.
33. Brunner, H., 36 ans, 4 h., pylore. guérison.
34. Brunner, H., 29 ans, 42 h., pylore, guérison, après parotidite double.
35. Brunner, H., 34 ans, 18 h., 1^{re} portion duodénum, guérison.
36. Brunner, H., 43 ans, 32 h., estomac, mort 4 jours après.
37. Cadenat, H., 47 ans, 4 h. 1/2, pylore. petite induration, mort 12 jours
plus tard de gangrène pulmon. (nécropsie).
38. Cadenat, H., 33 ans, 12 h., pylore, petite induration, guérison.
39. Cadenat, H., 23 ans, T. 39°, P. 120, 4 h., 1^{re} p. duodénum, mort
1 jour plus tard. Autopsie : seconde perforation, face postérieure
1^{re} p. duodénum.
40. Cauchoix, H., 38 ans, 12 h., ulc. cal. pet. courbure, guérison.
41. Cauchoix, H., 31 ans, 3 h., duodénum, guérison.

42. Charrier, H., 71 ans, 6 h., ulc. cal. pylore, mort de complication pulmonaire.
43. Chaton, H., 42 ans, T. 38°2, P. 120, 18 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, guérison.
44. Cotte, H., 23 ans, quelques heures, duodénum, guérison.
45. Cotte, H., 34 ans, 3 jours, 2^e p. duodénum, ventre plein de pus, appendicectomie, mort 2 jours plus tard.
46. Cotte et Savy, H., 20 h., pylore, guérison, après in fractus du poumon.
47. Cotte et Savy, H., 30 ans, 22 h., pylore, peu induré, guérison. Revu, évacuation exclusivement par la bouche G.-E!
48. Connell, H., 48 h., pylore, guérison.
49. Deaver, H., 32 ans, P. 110, 1 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, guérison.
50. Deaver, H., 33 ans, P. 112, 24 h., ulc. induré prépylorique, guérison.
51. Delagènière, H., 52 ans, T. 38°, P. 123, plusieurs jours, ulc. induré du duodénum, guérison.
52. Delore, H., 40 ans, ulc. cal. du duodénum, guérison.
53. Duboucher, H., 26 ans, P. 60, ulc. cal. prépylorique, appendicectomie en plus, guéri on.
54. Dujarier, H., 50 ans, 12 h., pylore, mort 4 jours plus tard. Autopsie : absence de péritonite, gastro fonctionne bien. Mort « par toxémie ».
55. Farr, H., 43 ans, temps (?), perfor. pyloro-duodénale, suture impossible, mort.
56. Fayol, H., T. 38°, P. 90, 6 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
57. Ferrari, H., 42 ans, P. 100, 19 h., ulc. induré du pylore, grand météorisme, mort rapide (13 h.).
58. Goullioud, F., 49 ans, 7 h., versant duodéal du pylore, guérison.
59. Goullioud, F., 49 ans, 7 h., versant duodéal du pylore, morte.
60. Grasset, H., 22 ans, T. 39, P. 120, 4 h., 1^{re} p. duodénum, guérison après complication pulmonaire.
61. Green, H., 36 ans, 8 h., 1^{re} portion du duodénum, guérison.
62. Green, H., 5 h., 1^{re} portion du duodénum, guérison.
63. Guibé, H., 43 ans, T. 38°, P. 80, 3 h., ulc. cal. pylore, guérison. Revu, troubles persistent (gastro au bouton).
64. Guibé, H., 32 ans, 4 h., ulc. cal. p. courbure pr. pylore, guérison.
65. Guibé, Sexe (?), 19 ans, P. 120, 4 h., ulc. induré (friable), partie infér. p. courbure, guérison. Revu 6 mois, très bien.
66. Guillemin, H., 33 ans, T. 37°5, P. 100, 5 h. 1/2, ulc. induré près pylore et p. courbure (blocage du pylore), guérison.
67. Guillemin, H., 37 ans, T. 38°2, P. 120, 18 h., ulc. induré juxta-pylorique, adhérences, météorisme (blocage du pylore), mort. •

68. Guillemin, H., 18 ans, T. 36°6, P. 88, 19 h., ulc. induré p. courbure, adhérences (blocage du pylore au fil), guérison après complication pulmonaire.
69. Hartmann, H., 20 ans, 8 h. 1/2, ulc. induré, 2° p. duodénum, guérison.
70. Hartwell, H., 31 ans, opéré précocement, état grave, ulc. cal. prépylorique, appendicectomie en plus, guérison.
71. Hepburn, H., 47 ans, 3 h., 1^{re} p. du duodénum, guérison.
72. Hepburn, H., 22 ans, plus de 6 h., 1^{re} p. du duodénum, guérison.
73. Hepburn, H., 30 ans, 8 h., 1^{re} p. du duodénum, guérison.
74. Hepburn, H., 72 ans, 8 h., 1^{re} p. du duodénum, guérison.
75. Hepburn, H., 47 ans, 3 h., estomac près pylore, guérison après in-fractus du poumon.
76. Hepburn, H., 30 ans, 12 h., 2° p. du duodénum, guérison.
77. Hepburn, H., 37 ans, 30 h., face postérieure 2° p. du duodénum, cholécystectomie en plus, guérison.
78. Hepburn, H., 38 ans, 3 h., duodénum, guérison.
79. Houdard, H., 50 ans, 17 h., ulc. prépylorique, mort 43 h. plus tard.
80. Karstad, garçon, 10 ans, duodénum, adhérences, guérison.
81. Karstad, garçon, 12 ans, T. 37°, P. 104, 1^{re} p. duodénum, adhérences pariétales antérieures, guérison. Suivi 7 ans, très bien.
82. Kotzareff, H., 34 ans, 2 h., duodénum, guérison. Revu 11 mois plus tard, très bien.
83. Kotzareff, H., 63 ans, opéré précocement, pylore, mort, complications pulmonaires.
84. Kummer, H., 74 ans, 18 h., pylore, guérison.
85. Kummer, H., 33 ans, 7 h., duodénum, guérison. Revu 3 ans après, très bien, évacuation exclusive par pylore (gastro-entérostomie, bouton).
86. Kummer, H., 28 ans, 19 h., duodénum, guérison.
87. Kummer, H., 35 ans, 3 h., pylore, guérison.
88. Kummer, H., 53 ans, 5 h., pylore, mort. Autopsie : péritonite suraiguë.
89. Kummer, H., 37 ans, 4 jours, pylore, guérison. Radioscopie 1 mois plus tard, gros résidu, évacuation pylorique prépondérante.
90. Kummer, H., 32 ans, 7 h., duodénum, guérison.
91. Kummer, H., 28 ans, 12 h., duodénum, guérison, 6 mois plus tard *idem* par bride, opération, guérison. Se porte bien.
92. Kummer, H., 51 ans, 24 h., ulc. prépylor., mort. Broncho-pneumonie.
93. Kummer, H., 46 ans, 24 h., duodénum, guérison. Revu, bon état, évacuation de l'estomac se fait par les deux voies.
94. Kummer, H., 36 ans, 17 h., duodénum, appendicectomie en plus, mort. Autopsie : ulcères multiples (3) non perforés.

95. Kummer, H., 45 ans, 40 h., duodénum, guérison. Revu 5 ans plus tard, légère hyperacidité, évacuation par les deux voies, point douloureux au niveau de l'anastomose. Un an plus tard ces troubles disparaissent.
96. Kummer, H., 20 ans, 70 h., duodénum, guérison.
97. Kummer, H., 54 ans, 12 h., estomac. guérison. 7 mois plus tard, quelques souffrances, évacuation par les deux voies; 3 ans plus tard, parfaite santé.
98. Lagoutte, H., 24 ans, 4 h. 1/2, ulc. induré, 4^{re} p. duodénum, guérison.
99. Lecène, H., 29 ans, T. 38°4, P. 90. 5 h. 1/2, 1^{re} p. duodénum, appendicectomie en plus, guérison.
100. Lecène, H., 48 ans, T. 36°8, P. 100, 4 h., ulc. cal. sur le milieu de la p. courbure, appendicectomie en plus, guérison opératoire. Mort 3 mois 1/2 plus tard de tuberculose pulmonaire; à l'autopsie on ne retrouve plus trace de l'ulcère.
101. Lecène, H., 20 ans. T. 38°8. P. 100. 14 h., 1^{re} p. duodénum, ulc. cal., appendicectomie en plus, guérison. 2 ans plus tard, très bien; évacuation prépondérante par l'anastomose.
102. Lecène, H., 36 ans, T. 37°4, P. 100, 3 h., estomac près pylore, ulc. cal., guérison.
103. Lecène, H., 31 ans, T. 37°2. P. 104, 4 h. 1/2, ulc. géant face antér. de l'estomac. Guérison. Revu 4 mois très bien.
104. Mangé, H., 32 ans, T. 37°8, état grave, 48 h., ulc. induré 1^{re} p. duodénum. pas d'adhérences, guérison. Radio, 1 mois plus tard, évacuation exclusivement par la gastro.
105. Mathieu, H., 39 ans, 20 h., ulc. cal. pylore, adhérences, mort au bout de 4 jours.
106. Mathieu, H., 35 ans, T. 39, P. 90, 5 h., ulc. cal., estomac près du pylore, mort le lendemain.
107. Mathieu, H., 58 ans, T. 37°, P. 90, 5 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
108. Mayer, Sexe, âge (?), intervention précoce, ulc. calleux, guérison après abcès sous-phrénique.
109. Mondor, F., 52 ans, P. 70, 5 h. 1/2, pylore. guérison.
110. Mondor, F., 47 ans, 5 h., ulc. calleux du pylore, guérison.
111. Mondor, H., 31 ans, T. 36°8, P. 140, 3 h., ulc. cal. du pylore, guérison. Radioscopie, évacuation exclusivement par la gastro.
112. Mocquot, H., 35 ans, P. 100, 7 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, guérison.
113. Moure (P.), H., 35 ans, 5 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, adhérences exclusion du pylore), mort 3 jours plus tard, broncho-pneumonie *delirium tremens*.
114. Muller, H., 32 h., intervention précoce, ulc. cal. duodénum, guérison.

113. Murard, H., 66 ans, T. 38°5, P. 80, 19 h., ulc. induré prépylorique, mort 3^e jour, de pneumonie; autopsie, pas de péritonite.
116. Murard, H., 39 ans, 14 h., près petite courb., mort (suture difficile).
117. Okinzie, H., 53 ans, 36 h., ulc. calleux pylorique, mort.
118. Okinzie, H., 35 ans, 24 h., ulc. calleux pylorique, guérison.
119. Okinzie, H., 33 ans, 30 h., duodénum, guérison.
120. Okinzie, H., 37 ans, 30 h., duodénum, guérison.
121. Oudard, H., 32 ans, 22 h., 1^{re} p. duodénum, induré, guérison. Evacuation exclusivement par l'anastomose.
122. Oudard, H., 38 ans, 12 h., ulc. cal. pylorique, guérison. Evacuation par anastomose.
123. Oudard, H., 31 ans, T. 38°, P. 116, 24 h., induré, 2^e p. duodénum, guérison.
124. Oudard, H., 38 ans, 20 h., 1^{re} p. duodénum, mort 6 jours plus tard, *delirium tremens*.
125. Oudard, H., 28 ans, 30 h., 1^{re} p. duodénum, ulc. induré, mort. Autopsie, pas de péritonite.
126. Oudard, H., 33 ans, 4 h., duodénum (induration, 1 franc), mort 3^e jour plus tard, brusquement, après crise de dyspnée et d'asphyxie. Autopsie : péritoine sec.
127. Oudard, H., 16 h., pylore, mort quelques heures après.
128. Oudard, H., 23 ans, 70 h., pylore, guérison.
129. Oudard, H., 20 ans, 3 h., pyloro-duodénales, mort.
130. Oudard, H., 20 ans, 90 h., pyloro-duodénales, guérison.
131. Patel, H., 38 ans, P. 123, 15 h., pylore, adhérence, mort. Autopsie : suture éraillée (gastro au bouton).
132. Patel, H., 46 ans, T. 36°9, 80 h., ulc. induré pylore, guérison.
133. Patel, H., 32 ans, 5 h., duodénum, guérison.
134. Patel, H., 37 ans, 7 h., pylore, guérison après abcès du poulmon.
135. Pauchet, H., 36 ans, 6 h., ulcère cal., 1^{re} p. duodénum, guérison. Evacuation par l'anastomose.
136. Paul, Sexe (?), 24 ans, 24 h. 1/2, duodénum, guérison. Revu, très bien.
137. Paul, sexe (?), 29 ans, 48 h., perfor. duodénales, mort.
138. Paul, sexe (?), 36 ans, 16 h., estomac, mort.
139. Paul, sexe (?), 25 ans, 23 h., duodénum, guérison. Revu, très bien.
140. Paul, sexe (?), 27 ans, 6 h., duodénum, guérison. Réopéré 1 an plus tard pour ulc. peptique de la bouche, guérison.
141. Paul, sexe (?), 28 ans, 7 h., duodénum, guérison. Revu, très bien.
142. Paul, sexe (?), 67 ans, 24 h., duodénum, mort.
143. Paul, sexe (?), 42 ans, 16 h., duodénum, guérison. Revu, très bien.
144. Paul, sexe (?), 27 ans, 24 h., estomac, guérison. Revu, très bien.

143. Paul, sexe (?), 60 ans, 8 h., duodénum. guérison. Revu, nouvelle gastropathie (ulc. peptique ?).
146. Paupl, sexe (?), 28 ans, 7 h., duodénum, guérison. Revue, très bien.
147. Perrin, H., 40 ans, T. 38, P. 100, 12 h., ulc. cal. milieu p. courbure, guérison. Revu 2 mois, puis 2 ans après l'opération, très bien, évacuation par pylore (gastro au boutou).
148. Perrin, H., 41 ans, T. 38°, P. 100, 3 jours, 2^e p. duodénum. souple. guérison. 15 jours plus tard maclena abondant; revu de nouveau, évacuation par pylore.
149. Perrin, H., 52 ans, T. 39°, P. 120, 36 h., ulc. induré prépylorique, guérison.
150. Perrin, H., 42 ans, T. 39°, P. 120, 36 h., ulc. induré prépylorique, guérison. Revu, très bien.
151. Pommay (Mlle), H., 38 ans, 6 h. 1/4, p. courbure près pylore. guérison. Revu 6 mois et 16 mois plus tard, très bien, évacuation par anastomose.
152. Prader, H., 42 ans, opéré précocement, près pylore et p. courbure, mort. Autopsie : pneumonie double, péritonite.
153. Prader, H., 53 ans, P. 132, 7 h., ulcère calleux pylore, guérison.
154. Prader, H., 32 ans, T. 38°2, P. 160., ulc. cal. près pylore et p. courbure, mort. Autopsie : péritonite.
155. Prader, H., 25 ans, P. 80, 6 h., estomac près du pylore. guérison.
156. Prader, H., 38 ans, P. 100, 6 h., estomac près du pylore. guérison.
157. Prader, H., 62 ans, P. 99, 26 h., ulc. cal. prépylorique. guérison.
158. Prader, H., 47 ans, P. 120. précoce, 1^{re} p. duodénum, appendicectomie en plus, guérison. Revu 9 ans plus tard, très bien.
159. Prader, H., 37 ans, 3 h., ulc. cal., 1^{re} p. duodénum, appendicectomie en plus, guérison. Revu 3 ans après, très bien.
160. Prader, H., 62 ans, P. 100, 12 h., ulc. induré 1^{re} p. duodénum, appendicectomie. guérison. Revu 2 ans après, conserve quelques renvois acides, anastomose fonctionne bien.
161. Prader, H., 27 ans, P. 90, 10 h., ulc induré 1^{re} p. duodénum. guérison. 1 an après, très bien, évacuation par les deux voies.
162. Prader, H., 56 ans, T. 37°3, P. 128, dans les 12 premières heures, paroi postér. 1^{re} p. duodénum. mort. Autopsie : pneumonie, péritonite.
163. Prader, H., 47 ans, 7., 1^{re} p. duodénum, tamponnement local; 8 jours plus tard on retira les mèches et une péritonite survient qui emporte le malade. Autopsie : 2 ulcères duodénaux, antér. et postér., ulcère de l'estomac.
164. Prader, H., 32 ans, P. 150, 18 h., ulc. induré 1^{re} p. duodénum. mort. Autopsie : broncho-pneumonie, péritonite.

163. Prader, H., 34 ans, P. 100, 5 h., ulc. induré 1^{re} p. duodénum, guérison.
166. Prader, H., 20 ans, T. 38°4, P. 84, 12 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, adhérences, guérison.
167. Prader, H., 32 ans, P. 100, 8 h., ulc. induré 1^{re} p. duodénum, guérison.
168. Prat, H., 43 ans, T. 37°5, p. 90, 4 h., ulc. calleux duodénum, guérison.
169. Prat, H., 33 ans, T. 36°2, P. 106, 24 h., 1^{re} p. duodénum (blocage du pylore), guérison après fistule duodénale, tarie spontanément.
170. Prat, H., 29 ans, T. 38°, P. 110, 7 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum. adhérences hépatiques, guérison. Radio 2 mois plus tard, évacuation exclusivement par l'anastomose.
171. Prat, H., 34 ans, T. 37°5, P. 98, opéré précocement, ulc. cal. p. courbure, guérison.
172. Santy, H., 26 ans, P. 130, ulc. cal. pyloro-duodéal, perforation au niveau d'une niche de Haudeck, 5 à 6 litres de liquide dans le ventre, guérison. 4 mois plus tard, douleurs, gastro ne fonctionne pas. Nouvelle opération : anastomose au bouton, oblitérée, est remplacée par anastomose à la suture. Excellente santé.
173. Sencert, H., 6 h., pylore, guérison.
174. Sencert, H., 25 ans, 7., petite courbure, guérison.
175. Sencert, H., 33 ans, 6 h., p. courbure, guérison.
176. Sencert, H., 35 ans, 4 h., ulc. cal. segment infér. p. courbure, guérison.
177. Sencert, H., 46 ans, 6 h., ulc. cal. segment infér. p. courbure, guérison.
178. Sencert, H., 27 ans, 5 h., ulc. cal. énorme, segment infér. p. courbure, guérison.
179. Sencert, H., 40 ans, 4 h., ulc. cal. pyloro-duodéal. mort 4 jours plus tard de broncho-pneumonie double.
180. Sencert, H., 30 ans, 4 h., ulc. cal. antre pylorique, guérison.
181. Sencert, H., 30 ans, 5 h., p. courbure loin du pylore, ulc. cal., guérison.
182. Tavernier, H., 24 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
183. Tavernier, H., 34 ans, T. 37°8, P. 90, appendicectomie, guérison. Revu, très bien.
184. Tavernier, H., 30 ans, T. 39°, 24 h., pyloro-duodéal, mort.
185. Toupet, H., T. 40°, P. 140 (mauvais), 36 h., 1^{re} p. duodénum, petite induration, mort.
186. Toupet, H., 23 ans, T. 37°8, P. 120, 5 h., ulc. induré versant duodéal du pylore, guérison. Radioscopie, 20 jours après, pylore fonctionne à peine, anastomose très bien.

187. Toupet, H., 40 ans, 36 h., perfor. duodénales (suture difficile), mort.
188. Verrier, H., 19 ans, T. 38°3, P. 120, duodénum, guérison.
189. Viannay, H., 37 ans, 5 h., ulc. friable, 1^{re} p. duodénum, adhérences, guérison.
190. Viannay, H., 38 ans, P. 100, 10 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, guérison.
191. Viannay, H., T. 38°4, P. 120, 20 h., zone cartonnée 1^{re} p. duodénum, appendicectomie, mort après sédation des phénomènes péritonéaux, peut-être d'embolie bulbaire (V).
192. Viannay, H., 35 ans, T. 38°, P. 100, 48 h., ulc. cal. près p. courbure, loin du pylore, guérison.
193. Viannay, H., 57 ans, T. 38°, P. 95, 38 h., segment infér. p. courbure, guérison.
194. Viannay, H., 40 ans, 6 h., ulc. cal. pylore, guérison.
195. Wilensky, sexe (?), 6 h., guérison.
196. Wilensky, sexe (?), 6 h., guérison.
197. Wilensky, sexe (?), 6 h., guérison.
198. Wilensky, sexe (?), 7 h., guérison.
199. Wilensky, sexe (?), 8 h., mort le 33^e jour de perforation d'un nouvel ulcère.
200. Wilensky, sexe (?), 10 h., guérison.
201. Wilensky, sexe (?), 12 h., guérison.
202. Wilensky, sexe (?), 12 h., mort de pneumonie 7 jours plus tard.
203. Wilensky, sexe (?), 24 h., guérison.
204. Wilensky, sexe (?), 72 h., mort 5 h. après l'opération.
205. Winslow, H., 38 ans, 8 h., pylore, guérison.
206. Winslow, H., 50 ans, P. 105, intervention précoce, pylore, guérison.
207. Winslow, H., 29 ans, P. 105, 4 h., ulc. juxta-pylorique, guérison.
Revu, très bien.
208. Winslow, H., 33 ans, énorme ulc. cal. friable du pylore, guérison.
209. Winslow, H., 32 ans, 2 h., 1^{re} p. duodénum, mort, broncho-pneumonie.
210. Winslow, H., 33 ans, interv. précoce, 1^{re} p. duodénum, guérison.
Revu, très bien.
211. Winslow, H., 65 ans, près p. courbure, adhérences, mort de septicémie (W).
212. Winslow, H., 22 ans, intervention précoce, estomac près pylore, guérison.

c) **Excision.**

1. Basset, H., 33 ans, 4 h., antre pylorique (excision 6 cm. de diamètre, guérison, gastro secondaire.
2. Basset, F., 30 ans, 8 ., pylore, guérison.
3. Basset, F., 33 ans, 8 h., pylore, guérison.
4. Cauchois, H., 33 ans, 10 h., antre pylorique, guérison.
5. Charrier, H., 36 ans, T. 38°, 8 h., estomac à 5 cm. du pylore, guérison. Revu 16 mois plus tard, très bien.
6. Dehelly, H., 32 ans, P. 120, 18 h., zone indurée près p. courbure, guérison. Revu, très bien.
7. Dehelly, H., 32 ans, P. 90, 6 h., ulc. col. 1^{re} p. duodénum, guérison.
8. Duval (P.), H., 41 ans, T. 38°3, P. 104, 15 h., ulc. induré vestibule pylorique, mort 6^e jour, péritonite.
9. Duval (P.), F., 17 ans, T. 38°6, P. 120, 32 h., ulc. cal. (2 francs) face postér. estomac près p. courbure, guérison.
40. Girode, F., 27 ans, 10 h. 1/2, grosse tubérosité près p. courbure, morte 13 jours plus tard de pleurésie purulente.
41. Kossanovitch, H., 40 ans, T. 37°1, P. 96, 8 h., grande courbure, guérison.
42. Kossanovitch, H., 28 ans, T. 36°3, P. 80, 4 h., prépylorique, guérison.
43. Kummer, H., 38 ans, 10 h., p. courbure, guérison. 6 mois plus tard, troubles dyspeptiques, retard d'évacuation.
44. Lecène, H., 42 ans, T. 37°2, P. 110, 17 h., ulc. cal. face postér. près petite courbure, guérison.
45. Lenormant, H., 76 ans, T. 37°6, P. 90, 4 h., 1^{re} p. duodénum, adhérences, guérison.
46. Martin, H., 48 ans, 30 h., antre pylorique, appendicectomie, guérison. 9 mois plus tard, parfaite santé.
47. Martin, H., 28 ans, 26 h., pylore, mort. Péritonite.
48. Martin, H., 60 ans, 7 h., ulc. volumineux près grande courbure, mort 3^e jour après avoir présenté fistule gastrique (1).
49. Martin, H., 32 ans, 7 h., près p. courbure, guérison. Radioscopie 4 mois plus tard, évacuation normale, parfait état.
20. Martin, H., 24 ans, 5 h., zone indurée vestibule pylorique, appendicectomie, guérison. 4 mois 1/2, évacuation normale, légère douleur à la pression au niveau du pylore.
21. Moure (P.), F., 29 ans, T. 39, P. 120, 19 h., duodénum, mort le soir même.

(1) Cette observation, excision incomplète, devrait peut-être rentrer dans les observations de simple suture.

22. Moure (P.), H., 59 ans, T. 36°8, P. 80, 6 h., ulc. cal. p. courbure partie moyenne, guérison. Evacuation normale.
23. Moure (P.), H., 36 ans, 4 h., duodénum, guérison.
24. Moure (P.), H., 24 ans, 5 h. 1/2, duodénum, guérison.
25. Smith (M.), H., 44 ans, P. 68, 10 h., duodénum, guérison.
26. Smith (M.), F., 20 ans, P. 126, 6 h., estomac, guérison.

d) Thermocautérisation.

1. Alamartine, H., 42 ans, T. 38, P. 120, 11 h., pyloro-duodénale, zone cartonnée, adhérences, guérison. Troubles de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac cédant au lavage.
2. Basset, H., 44 ans, 2 h., pylore, guérison.
3. Basset, H., 34 ans, 36 h., petite courbure, guérison.
4. Basset, H., 53 ans, 12 h., pylore, guérison.
5. Basset, H., 40 ans, 9 h., ulc. cal. p. courbure, guérison.
6. Basset, H., 33 ans, 7 h., angle duodénal, guérison.
7. Basset, H., 44 ans, 2 h., pyloro-duodénal, guérison. Revu 40 jours plus tard, évacuation normale, excellente santé.
8. Basset, H., 34 ans, 48 h., 1/3 supér. p. courbure, guérison. Gastro secondaire 12 jours après, mort d'accidents pulmonaires.
9. Kotzareff, H., 61 ans, 10 h., duodénum, guérison. Se porte bien de puis l'opération.
10. Küss, H., 66 ans, 5 h., petite courbure, mort.
11. Mangé, H., 32 ans, 18 h., zone indurée (5 francs). p. courbure 5 cm. du pylore, guérison. 10 mois plus tard, récédive (Mangé).
12. Mathieu, F., 56 ans, P. 64, 5 h., mort.
13. Moure (P.), H., 49 ans, T. 37°6, P. 130. 39 h., 1^{re} p. duodénum, mort. Autopsie : tous les points ont lâché.

e) Excision ou thermo-cautérisation suivie de gastro-entérostomie.

1. Abadie, F., 52 ans, T. 39°8, P. 124, 31 h., ulc. induré p. courbure, adhérences, excision, guérison. Très bien.
2. Basset, H., 48 ans, 9 h., pylore, thermo, guérison.
3. Basset, H., 47 ans, 7 h., partie moyenne estomac, excision, mort.
4. Braïne, H., 33 ans, 5 h., ulc. cal. pylore, thermo, guérison. Revu à deux reprises, très bien, anastomose fonctionne bien, pylore légèrement.
5. Chifoliau, H., 57 ans, T. 37°4, P. 80, 7 h., 1^{re} p. duodénum, excision,

- guérison. 4 mois plus tard nouveaux accidents péritonéaux, mort.
Autopsie : 1^{re} p. duodénum, 3 perforations.
6. Delore, H., 24 ans, T. 38°2, P. 100, 24 h., ulc. cal. 2^e p. duodénum, adhérences, thermocautérisation, guérison.
 7. Delore et Dunet, H., 28 ans, T. 39°5, P. 120, 10 h., ulc. induré 1^{re} p. duodénum, thermo, guérison.
 8. Delore, H., 37 ans, 6 h., ulc. induré duodénum, thermo, guérison.
 9. Delore et Gaillard, H., 24 ans, T. 38°, P. 120, 24 h., 1^{re} p. duodénum, absence d'adhérences, thermo, guérison.
 10. Desplat, H., 50 ans, T. 37°, P. 100, 3 h. 1/2. ulc. induré 1^{re} p. duodénum, excision, guérison.
 11. Desplat, H., 24 ans, T. 37°4, P. 88, 6 h., ulc. induré, 1^{re} p. duodénum, thermo, guérison.
 12. Desplat, H., 42 ans, 3 h., pyloro-duodéal, excision, guérison.
 13. Duyal, H., 47 ans, T. 38°4, P. 100, 8 h., partie moyenne p. courbure, excision, mort 48 h. plus tard de péritonite.
 14. Kossanovitch, H., 28 ans, T. 38°3, P. 120, 25 h., pylore, excision, guérison.
 15. Lecène, F., 19 ans, T. 37°8, P. 100, 14 h., ulc. cal. près p. courbure, excision, guérison.
 16. Lecène, H., 50 ans, T. 38°, P. 100, 3 h., ulc. cal. versant duod. du pylore, pas d'adhérences, thermo, guérison. Revu 2 mois plus tard, évacuation exclusivement par anastomose.
 17. Leriche et Savy, H., 30 ans, 2 h. 1/2. ulc. cal. pylore, thermo, guérison. 2 mois plus tard, grands malaises, gastro (bouton) semble fonctionner mal; 7 mois plus tard, nouvelle intervention : énorme ulc. calleux face postér. duodénum, très adhérent, exclusion. Gastro à l'aiguille, mort de broncho-pneumonie 3 jours après.
 18. Prader, H., 32 ans, opéré le jour même près p. courb. 2 travers de doigt du pylore, induré, thermo, guérison. Revu, très bien.
 19. Prader, H., 31 ans, P. 100, opéré le jour même, ulc. cal. estomac, 3 travers de doigt du pylore, excision, guérison. Revu, bien.
 20. Prader, H., 31 ans, P. 120, 22 h., ulc. cal. prépylorique, excis., guérison. Revu, très bien.
 21. Prader, H., 37 ans, P. 56, 2 h., ulc. très calleux, estomac, excision, guérison. Revu, très bien.
 22. Prader, H., 23 ans, P. 88, 10 h., estomac à 2 travers de doigt du pylore, excision, guérison. Revu, très bien. Évacuation par G.-E.
 23. Prader, H., 28 ans, T. 38, P. 90, 9 h., ulc. induré, estomac à 2 travers du pylore, excision, guérison. Revu, très bien; anastomose fonctionne bien.

f) **Gastro-pylorectomies.**

1. Abadie, H., 43 ans, 5 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, appendicectomie, guérison.
2. Albo, H., 29 ans, T. 39°, P. 130, 8 h., ulc. cal. p. courbure haut situé, guérison.
3. Albo, H., 20 ans, P. 120, 36 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, appendicectomie, mort 6 semaines après de septicémie.
4. Bonniot, H., opéré dans les 12 premières heures, état général mauvais (tuberculeux), guérison.
5. Bircher, H., 7 h., acidité, staphylocoque, guérison.
6. Bircher, H., 4 h., guérison.
7. Bircher, H., 14 h., strepto-staphylocoque, guérison.
8. Brutt, H., 34 ans, 6 h., duodénum, 2 ulcères, strepto, guérison.
9. Brutt, H., 33 ans, 13 h., duodénum, 2 ulcères, stérile, guérison.
10. Brutt, H., 30 ans, 18 h., pylore, stérile, guérison.
11. Brutt, H., 39 ans, 6 h., pylore, 2 ulcères, strepto viridens, guérison.
12. Brutt, H., 17 ans, 12 h., duodénum, stérile, guérison.
13. Brutt, H., 35 ans, 7 h., duodénum, 2 ulcères, staphylo, streptocoque, guérison.
14. Brutt, H., 28 ans, 5 h., pylore, stérile, guérison.
15. Brutt, H., 18 ans, 13 h., duodénum, streptocoque, guérison.
16. Brutt, H., 31 ans, 24 h., 2^e p. duodénum, anaerobies, guérison.
17. Brutt, H., 43 ans, 18 h., duodénum, strepto, mort.
18. Brutt, H., 33 ans, 7 h., estomac partie moyenne, strepto, guérison.
19. Brutt, H., 42 ans, 8 h., estomac partie moyenne, strepto, guérison.
20. Cadenat, H., 47 ans, P. 100, 5 h. 1/2, énorme ulc. cal., petite courb., haut situé, suture impossible, guérison.
21. Cadenat, H., 31 ans, T. 37°5, P. 100, 4 h. 3/4, ulc. induré pyloro-duodénal, suture impossible, guérison.
22. Cadenat, H., 50 ans, mauvais état général, gastro-entérostomie déjà avant la perforation, gros ulcère cal. petite courbure haut situé, suture impossible, mort.
23. Capette, H., 29 ans, 6 h., 1^{re} p. duodénum ulc. induré, guérison.
24. Courty, H., 30 ans, P. 100, 5 h., gros ulc. calleu à cheval sur la p. courbure près pylore, suture impossible, guérison. Suivi 2 ans, très bien (aucun régime).
25. Deaver, H., 1/4 d'heure, guérison.
26. Delore, H., 58 ans, avant 6^e h., vol. ulc. cal. juxta-pyor., suture impossible, guérison.
27. Dewcs, H., 46 ans, 8 h., ulc. cal. énorme petite courbure, adhérences

- gastro-hépat., liquide libre dans le ventre, guérison. Revu 1 an plus tard, très bien.
28. Eberle, F., 37 ans, T. 39°9, 8 h., estomac partie moyenne, guérison.
29. Eberle, F., T. 37°, P. 100, avant 6 h., ulc. cal. petite courbure, adhérences, mais pus libre dans le ventre, guérison. Revue 4 mois, très bien.
30. Eunike, H., 42 ans, 6 h., ulc. cal. pylore, guérison.
31. Eunike, H., 7 h., perforation pylorique, guérison.
32. Eunike, H., 37 ans, 10 h., ulc. cal. prépylorique, guérison.
33. Gandusio, H., 26 ans, P. 80, 2 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
34. Gandusio, H., 36 ans, T. 37°2, P. 64, 2 h. 1/2, 1^{re} p. duodénum, guérison.
35. Gaudusio, H., 37 ans, T. 36°8, P. 90, 2 h., 1^{re} duodénum, guérison.
36. Gauthier, H., 56 ans, 6 h., ulc. cal. estomac près pylore, guérison.
Revu 11 mois plus tard, très bien.
37. Grimault, H., 6 h., ulcère calleux du pylore, guérison. Revu, état excellent.
38. Grégoire, H., 32 ans, guérison.
39. Hromada, H., 29 ans, T. 36°7, P. 96, 3 h., estomac à 1 cm. du pylore, près pet. courbure, guérison.
40. Hromada, H., 43 ans, T. 38°3, P. 78, 27 h., 1^{re} port. duodénum, guérison. Revu, très bien.
41. Hromada, H., 52 ans, T. 38°5, P. 90, 1 h. 1/2, pylore, guérison.
Revu 1 an 1/2, très bien.
42. Hromada, F., 33 ans, T. 36°4, P. 120, 11 h., près p. courb., guérison.
43. Hromada, F., 36 ans, T. 37°6, P. 120, 36 h., estomac, mort. Nécropsie : tuberculose pulmon., péritonite purulente.
44. Hromada, H., 34 ans, T. 36°7, P. 96, 10 h., pylore, guérison. Revu 3 mois plus tard, très bien.
45. Hromada, H., 29 ans, T. 37°2, P. 60, 3 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
46. Hromada, H., 29 ans, T. 39°7, P. 72, 4 h. 1/2, duodénum, guérison.
Revu 4 mois plus tard, très bien.
47. Hromada, H., 24 ans, 6 h. 1/2, duodénum, 1^{re} p., guérison.
48. Hromada, H., 40 h., duodénum 1^{re} p., guérison. Revu 1 an, très bien.
49. Hromada, H., 30 ans, T. 37°3, P. 136, heure (?), pylore, mort. Nécropsie : péritonite diffuse.
50. Hromada, H., 41 ans, T. 38°7, P. 130, heure (?), pylore, grand mé-téorisme, mort.
51. Hromada, H., 42 ans, T. 37°8, P. 96, 11 h., 1^{re} p. duodénum, guérison.
52. Hromada, H., 42 ans, T. 39°, P. 130, 4 h., petite courbure près du pylore, mort.

53. Hromada, H., 49 ans, T. 36°3, P. 104, 5 h., p. courbure près pylore, guérison.
54. Hromada, H., 46 ans, T. 36°6, P. 160, p. courb. près pylore, guérison.
55. Hromada, H., 44 ans, T. 37°, P. 120, 15 h., 1^{re} p. duodénum, mort.
Nécropsie : thrombose sous-clavière, gangrène membre supérieur.
56. Hromada, H., 34 ans, T. 36°3, P. 120, 1^{re} p. duodénum, guérison.
Revu un an plus tard, très bien.
57. Hromada, H., 46 ans, T. 37°6, P. 96, 8 h., guérison.
58. Keetley, H., 42 ans, 4 h., pylore rétréci perforé, guérison.
59. Lapointe, 6 h. après perforation, ulc. cal. pylore, mort de gangrène pulmon. 15 jours après l'opération.
60. Leriche, H., 43 ans, P. 100, 9 h., énorme ulc. cal. pylore, adhérences, suture impossible, mort.
61. Leriche, H., 39 ans, 6 h., 1^{re} p. duodénum, mort. Nécropsie : sutures parfaites.
62. Lorenz et Schur, H., 25 ans, guérison.
63. Lorenz et Schur, H., 54 ans, guérison.
64. Lorenz et Schur, H., 50 ans, guérison.
65. Lorenz et Schur, H., guérison.
66. Marais, H., 28 ans, T. 38°5, P. 120, 6 h., ulc. cal. 1^{re} p. duodénum, suture impossible, mort 7 jours après.
67. Mareoni, H., 5 h., p. courbure près pylore, ulc. cal. suture impossible, guérison.
68. Massari et Schwartzmann, sexe, siège (?), 5 h. 1/2, guérison.
69. Massari et Schwartzmann, sexe, siège (?), 5 h. 1/2, guérison.
70. Massari et Schwartzmann, sexe (?), 45 ans, 2 h., duodénum, guérison.
71. Massari et Schwartzmann, sexe (?), 24 ans, 7 h., duodénum, guérison.
72. Massari et Schwartzmann, sexe (?), 24 ans, 4 h. 3/4, duodénum, guérison.
73. Mathieu, H., 8 h., pylore avec un 2^e ulc. calleux postérieur non perforé, guérison.
74. Mathieu, F., 1 h., ulc. géant p. courbure, adhérences, suture impossible, morte 9 jours plus tard.
75. Michon, H., 6 h., ulc. cal. estomac, suture impossible, guérison.
76. Monod, H., 22 ans, P. 100, 2 h., ulc. cal. p. courbure, suture impossible, guérison.
77. Moure (P.), H., 35 ans, 5 h., ulc. cal. duodénum, adhérences, mort 3 jours plus tard.
- 78, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89. Ces douze observations

représentent les douze cas guéris de Muller et Neuberger, opérés tous dans les 43 premières heures; les auteurs ne donnent qu'une analyse de leurs observations, sauf pour les cas malheureux. et pour deux autres cas guéris rapportés en *addendum* à leur travail.

90. Muller et Neuberger, H., 9 h., duodénum, guérison.
91. Muller et Neuberger, H., 15 h., estomac, guérison.
92. Muller et Neuberger, H., 46 ans, P. 140, 60 h., état général grave, 1^{re} p. duodénum, mort le lendemain.
93. Muller et Neuberger, F., 43 ans, P. 72, 3 h., état général mauvais, 1^{re} p. duodénum, un 2^e ulcère au niveau face postérieure, suture impossible, mort 3 jours plus tard.
94. Muller et Neuberger, H., 46 ans, 14 h., duodénum, mort 21 h. après l'opération par extension dans le péritoine d'un abcès pariétal.
95. Muller et Neuberger, H., 51 ans, 13 h., 1^{re} p. duodénum, mort 4 jours plus tard.
96. Muller et Neuberger, H., 59 ans, 30 h., duodénum, grand météorisme, mort le lendemain.
97. Muller et Neuberger, H., 49 ans, 16 h., mauvais état général, ulc. cal. estomac près pylore, mort rapide.
- 98, 99, Pauchet (Duval) opérés dans les 12 premières heures, guéris.
100. Paul, sexe (?), 36 ans, 9 h. 1/2, duodénum, guérison. Revu, très bien.
101. Paul, sexe (?), 40 ans, 6 h. 1/2, estomac, guérison. Revu, très bien.
102. Paul, sexe (?), 30 ans, 4 h., pylore, guérison.
103. Paul, sexe (?), 26 ans, 3 h., duodénum, guérison. Revu, très bien.
104. Paul, sexe (?), 49 ans, 4 h., duodénum, guérison. Revu, très bien.
105. Paul, sexe (?), 51 ans, 5 h., duodénum, guérison. Revu, très bien.
106. Paul, sexe (?), 31 ans, 5 h., duodénum, guérison. Très bien.
107. Paul, sexe (?), 36 ans, 4 h. 1/2, duodénum, guérison. Très bien.
108. Paul, sexe (?), 30 ans, 16 h., duodénum, mort 3 jours après. Autopsie : péritonite, abcès sous-phrénique, thrombose de l'artère gastro-duodénale.
109. Paul, sexe (?), 23 ans, 19 h., duodénum, grand météorisme, suture impossible mort. Autopsie : pneumonie pleurésie double véricite.
110. Paul, sexe (?), 59 ans, 26 h., duodénum, guérison. Très bien.
111. Paul, sexe (?), 29 ans, 7 h., duodénum, guérison. Très bien.
112. Paul, sexe (?), 30 ans, 4 h., duodénum, guérison. Très bien.
113. Prader H., 48 ans, T. 37°4, P. 88, 10 h., ulc. cal. duodénum, guérison. Revu, très bien.

114. Prader, H., 32 ans, T. 38°, P. 96, 4 h., duodénum, guérison.
115. Prader, H., 23 ans, T. 39°, P. 100, 14 h., duodénum, guérison.
116. Prader, H., 28 ans, T. 37°, P. 100, 7 h., ulc. cal. duodénum, guérison.
117. Prader, H., 40 ans, P. 50, 9 h., ulc. cal. duodénum, guérison.
118. Prader, H., 31 ans, T. 37°, P. 80, 7 h., duodénum, guérison.
119. Prader, H., 25 ans, P. 100, 3 h., duodénum, induré, guérison.
120. Sauvé, H., 27 ans, 40 h., pylore, guérison.
121. Sauvé, H., 33 ans, 41 h., duodénum, guérison.
122. Sauvé, H., 30 ans, 6 h., large ulcère pylorique, guérison.
123. Sauvé, H., 38 ans, 12 h., pylore, mort 6 jours plus tard, péritonite.
124. Sauvé, H., 29 ans, 5 h., duodénum, guérison.
125. Schoemaker (Courty), H., 37 ans, p. courbure, ulc. cal. guérison.
126. Sencert, H., 36 ans, 4 h. 1/2, ulc. cal. antre pylorique, mort le soir.
127-144 : 18 cas de Zöpfell (1) opérés dans les 12 premières heures, avec un décès.
144-149 : 3 cas de Zöpfell opérés après la 12^e heure, avec 3 décès (1).

Observations se rapportant aux procédés que nous avons qualifiés d'exceptionnels.

Nous ne pouvons pas rapporter les observations du travail de E. Schmidt (excisions suivies de gastrostomie), parce qu'elles sont comprises dans une série de tableaux et que leurs divers éléments en sont dispersés (d'autant plus qu'il s'y trouve quelques cas de simple suture).

1. Auvray, H., 32 ans, 48 h., duodénum, pas d'adhérences, drainage, appendicectomie, mort.
2. Chaliel, H., 28 ans, 3 jours, 1^{re} p. duodénum (découverte à l'autopsie), méchage, drainage, mort.
3. Cotte, H., 40 ans, 6 jours, perf. recouverte d'épiploon, drainage, appendicectomie, mort.
4. Dambrin, H., 48 ans, 48 h., on ne découvre pas la perforation, drainage, mort. Autopsie : 1^{re} p. duodénum.
6. Guibé, H., 64 ans, 48 h., duodénum (autopsie), drainages multiples, mort.
7. Lardennois (Reims), H., 23 ans, 4 jours, juxta-pylorique, tamponnement, mort.
8. Leriche, H., 48 ans, 12 h., ulc. cal. prépylorique, fixation de l'ulcère à la paroi, gastro au bouton, mort.

(1) Zöpfell, dans son travail, analyse ses observations sans les rapporter entièrement.

9. Leroy et Minet, F., 20 ans, 36 h., perfor. juxta-cardiaque paroi postérieure, drainage large, guérison après des suites post-opératoires orageuses.
10. Lieblein, F., 4 jours. près pylore, tamponnement, après un abcès sous-phrénique. Troubles gastriques persistent. Gastro-entérostomie, guérison.
11. Kotzareff, H., 84 ans, T. 38°, P. 80, 12 h., perforation du cardia (trouvée à l'autopsie), jéjunostomie, mort.
12. Mauclair, H., 40 h., duodénum, drainage, mort.
13. Monprofit, H., 63 ans, T. 37°, P. 120, 29 h., 1^{re} p. duodénum, tamponnement, appendicectomie, mort.
14. Morris, H., 30 ans. estomac près pylore, tubage de la perforation, guérison.
15. Murard, H., 26 ans, pylore, tamponnement, gastro, guérison.
16. Prader, H., 48 ans, 42 h., p. courb., tubage de la perforation, mort.
17. Perrin, H., 48 h., T. 39°, P. 130, 4 jours, p. courb., tamponnement, drainage, mort.
18. Rouville, H., 22 ans, P. 37°, face post. 1^{re} p. duodénum (découverte à l'autopsie), drainage, mort.
19. Smith (M.), H., 26 ans, 5 jours, duodénum, méchage, mort.
20. Winslow, H., 58 ans, estomac, drainage, mort.
21. Winslow, H., 36 h., tamponnement, fistule duodénale, mort malgré la gastro secondaire.



CONCLUSIONS

Il ne saurait être question de préconiser une méthode unique comme traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

Au contraire, nous pensons qu'on ne peut établir qu'une directive générale, à modifier au gré des cas particuliers.

Ce n'est pas seulement sur l'état général du malade et sur le temps écoulé entre l'accident et l'opération que l'on doit baser le choix du procédé, mais aussi sur les caractères physiques de la lésion.

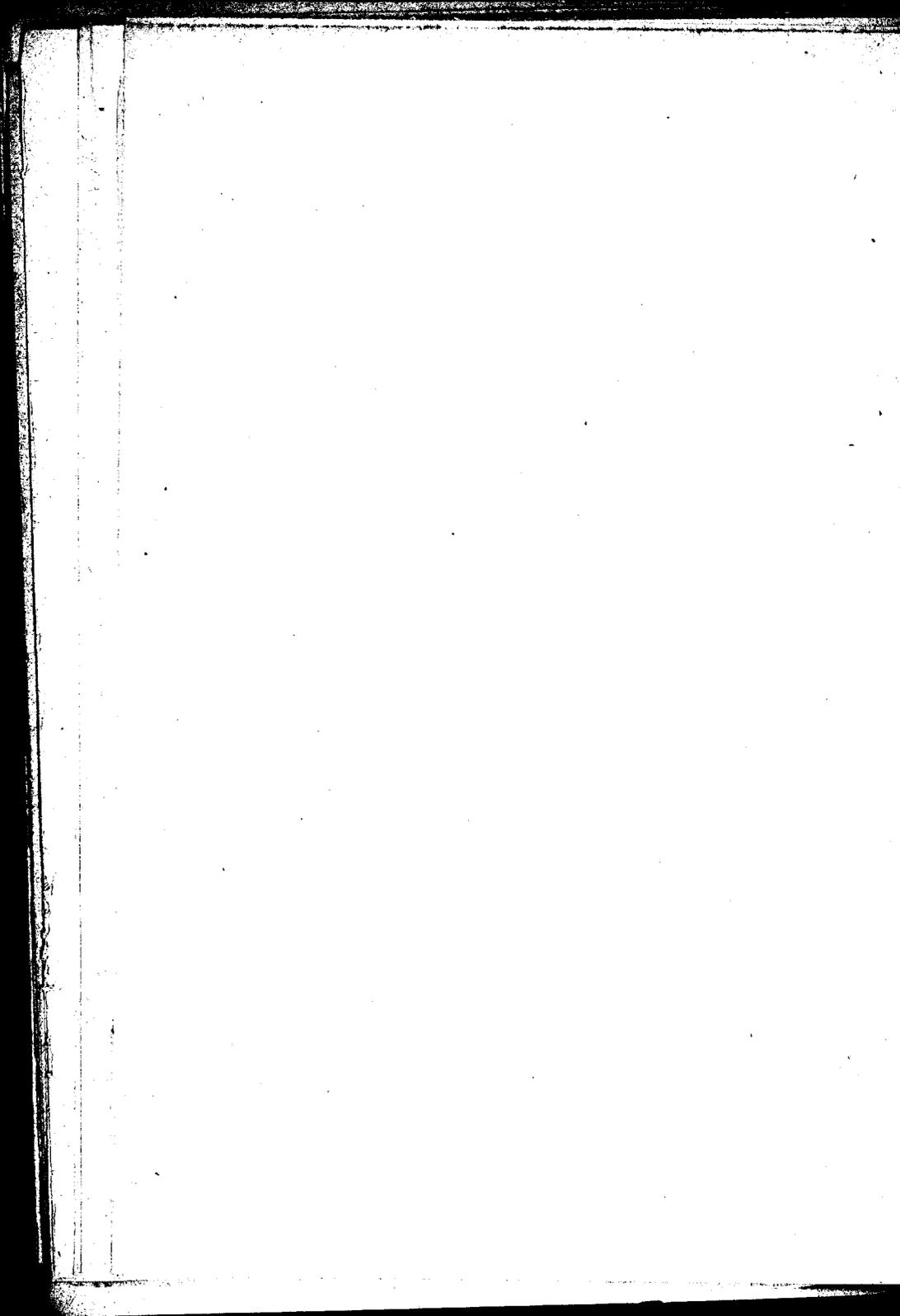
Tant au point de vue immédiat qu'au point de vue des résultats tardifs, les méthodes directes d'exérèse (nous entendons par méthode directe d'exérèse l'ablation ou la destruction plus ou moins étendue de l'ulcère, que celle-ci soit ou non suivie de gastro-entérostomie) donnent dans notre statistique un pourcentage de succès supérieur à celui fourni par les méthodes dites indirectes (c'est-à-dire la suture simple ou la suture avec gastro-entérostomie).

Du fait de la perforation, contrairement à ce qui semblerait devoir être le plus probable, les méthodes d'éradication trouvent une indication précise et plus pressante que dans l'ulcère non perforé.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER
Le Président,
G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 23 avril 1924.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.



BIBLIOGRAPHIE (1)

- ABADIE. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 28, p. 1243.
— Bull. et mém. Soc. chir., 1921, p. 150.
- ALAMARTINE et DUNET. — Revue de chirurgie, 1921, n° 2.
- ALAMARTINE. — Lyon chirurgical, 1921, p. 114.
- ALBO. — Bull. et mém. Soc. chir., 1921, p. 1360.
- AIGROT. — Lyon médical, 1914, n° 11, p. 584.
- AMBERGER. — Arch. f. kl. Chir., 1919, CXII, p. 1106.
- AUBAN. — Thèse de Lyon, 1920-1921.
- AUVREY. — Bull. et mém. Soc. chir., 1913, p. 737.
- BARUTHEL. — Thèse de Bordeaux, 1920-1921.
- BASSET et UHLRICH. — Arch. mal. ap. digestif, 1921, n° 4.
- BASSET. — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, p. 727.
— Journ. des praticiens, 1922, n° 52.
— Bull. et mém. Soc. chir., 1924, n° 6, p. 224.
— Bull. et mém. Soc. chir., 1922, n° 34, p. 1474.
- BAUDET. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 1, p. 15.
- BÉRARD et VERRIER. — Revue de chirurgie, 1914.
- BÉRARD. — Lyon chirurgical, 1922, p. 666.
- BERGER (R.). — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, p. 1059.
- BERGERET. — Bull. et mém. Soc. chir., 1922, p. 1260.
- BICHAT. — Revue méd. de l'Est, 1910, p. 641.
- BIRCHER. — Comptes rendus Soc. suisse chir., 18 mai 1918.
- BIRCHER. — Zbl. für Chirurgie, 1922, n° 42.
- BLAKE. — Revue de chirurgie, 1908, t. XXXVIII, p. 450.
- BOECKEL. — XXIII^e Congrès de chirurgie, 1910, p. 589.

(1) Pour la bibliographie antérieure à 1904, se rapporter au travail de Gross, Revue de chirurgie, 1904.

- BONNIOT. — Soc. de chir. Lyon, 20 décembre 1923.
- BOPP. — Société anatomique de Paris, 1922.
- BOUSSEAU. — Thèse de Paris, 1913.
- BOVIER. — Lyon médical, 1913, t. I, p. 679.
- BRAINE. — Paris médical, 1923, n° 26, p. 568.
- BRENNER. — Surg. gynec. and obstetr., 1922, t. XXXIV, n° 3.
- BREWER. — Ann. of Surgery, 1913, t. LVII, p. 776.
- BRUNNER. — Münch. med. Wochensch., 1922, LXIX, n° 3, p. 71.
- BRUTT. — Zentr. Bl. für Chir., 1921, n° 38, p. 1378-1382.
- BULLOCK. — The med. J. of Australia, 1921, n° 2.
- BURE. — Zentr. Bl. für Chir., 1920, n° 25.
- CADENAT. — Bull. et mém. Soc. chir., 14 février 1920.
— Bull. et mém. Soc. chir., 1922, p. 833.
— Bull. et mém. Soc. chir., 1923, p. 299.
- CARAVEN. — Gaz. méd. de Picardie, 1913, p. 13.
- CAUCHOIX. — Bull. et mém. Soc. chir., 1922, n° 28, p. 1148.
- CHARRIER. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 11, p. 494.
- CHAVANNAZ. — Journ. de méd. de Bordeaux, 10 mai 1921.
- CHENISSE. — Semaine médicale, 1913, n° 36.
- CHIFOLIAU. — Progrès médical, 1912, n° 6, p. 73.
- CLOGG. — British med. Journal, 21, janvier 1905.
- CLOOS. — Bruns Beiträg zur kl. Chir., 1922, CXXXVII, n° 2.
- CONNELL. — Ann. of Surgery, 1913, n° 57, p. 757.
- CONNER. — Tr. Phyla. Acad. Surg., 1922, t. XXII.
- CORNER. — The Lancet, mars 1913.
- COTTE. — Lyon chirurgical, 1921, n° 2.
- COTTE et SAVY. — Lyon médical, 1920.
- COURTY. — Arch. franco-belges de chirurgie, 1923, XXVI, n° 4.
— Arch. franco-belges de chirurgie, 1922, n° 6, p. 508.
- DAMBRIN. — Thèse de Paris, 1903.
- DEAVER. — Ann. of Surgery, 1919, t. LXX, p. 526.
— Am. J. of Surgery, 1922, t. XXXVI, n° 7.
- DEAVER et PFEIFFER. — Tr. Phyla. Acad. Surg., 1922, p. 189.
- DEHELLY. — Bull. et mém. Soc. chir., 1921, p. 1182; 1923, n° 11,
p. 923.
- DELAGENIÈRE. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 3, p. 134.

- DELORE et GAILLARD. — Lyon médical, 1921, p. 214.
- DELORE et DUNET. — Lyon médical, 1923, n° 1, p. 18.
- DELORE. — Lyon chirurgical, 1921, p. 121 et 328.
- DELORE, MICHON et POLLOSSON. — Presse médicale, 1924, n° 19.
- DESPLAT. — Bull. et mém. Soc. chir., 1924, n° 1, p. 8.
- DEWES. — Deutsche med. Wochensch., 1921, n° 20, p. 560.
- DOUGLASS. — Annales of Surgery, 1922, LXXVI, n° 2, p. 122.
- DUBOUCHER. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 3, p. 205.
- DJARIÉ. — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, n° 13.
- DUVAL (P.). — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, p. 1138.
- DUVAL. — Bull. et mém. Soc. chir., 1922, n° 10, p. 391.
— Bull. et mém. Soc. chir., 1924, n° 6, p. 213.
- DUVAL et STULZ. — Bull. et mém. Soc. chir., 1922, n° 21, p. 854.
- DUVAL. — Bull. et mém. Soé. chir., 1922, n° 34, p. 1468.
- DUVERGEY. — Gaz. hebd. Sciences méd. Bordeaux, 1904, p. 373.
- EBERLÉ. — Zbl. für Chir., 1920, n° 45, p. 1368-1371.
— Schweizer. med. Wochensch., 1922, t. III, n° 29.
- ELIOT. — Annales of Surgery, 1912, t. LV, n° 4 et 5.
— Tr. Phyla. Acad. Surgery, 1922, t. XXII.
- ERDMANN. — Tr. Phyla. Acad. Surgery, 1922, t. XXII, p. 166.
- EUNIKE. — Deutsche med. Wochensch., 1919, n° 28.
- FABER KUND. — The Lancet, 1922, n° 3, p. 65.
- FARR. — Annals of Surgery, 1920, LXXII, n° 5, p. 591.
- FAVREY. — Gaz. médicale de Nantes, 1913, p. 885.
- FAYOL. — Lyon chirurgical, 1914, p. 60.
- FERRARI. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 11, p. 494.
- FERRON. — Gaz. des hôpitaux, 1911.
- FRED VAN BEUREN. — Annals of Surgery, 1916, t. LXIV, p. 625.
- GANDUSIO. — Arch. italiano di chir., 1922, t. V, p. 216.
- GARDÈRE. — Lyon médical, 1922, n° 6, p. 337.
- GAUTHIER. — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, p. 1145.
- GIBSON. — Congrès international de chirurgie, New-York, 1914.
— Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 25, p. 1069.
- GIRODE. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 12, p. 542.
- GOULLIoud. — Lyon chirurgical, 1921, n° 2, p. 238.
- GRASER. — Deutsche Zts. für Chir., 1922, Band. 172.

- GRÉGOIRE. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 8, p. 344.
- GRESSET. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 4, p. 75.
- GRIMAUULT. — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, p. 1378.
- GROSS (F. et G.). — Revue de chirurgie, 1904.
- GROSS. — Revue médicale de l'Est, septembre 1913, p. 682.
- GUIBÉ. — Gaz. des hôpitaux, 1920, n° 63.
- Année médicale de Caen, 1921, n° 8.
- GUILLEMIN. — Presse médicale, 1923, n° 23, p. 534.
- GUTHRIE. — N.-Y. State J. of med., 1923, XXIII, p. 66.
- GUYOT. — Province médicale, 4 mai 1912.
- HABERER. — W. Kl. Wochenschrift, 1919, n° 16.
- HALLOPEAU et PÉRIER. — Progrès médical, 1909, p. 22.
- HARRIGAN. — New-York med. Journal, 1922, CXV, n° 12.
- HARTMANN. — Bull. et mém. Soc. chir., 1911.
- Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 26, p. 1114.
- HARTWELLE. — Revue de chirurgie, 1908, t. XXXVIII, p. 198.
- HEPBURN. — Boston med. and Surg. J., 1922, t. LXXXVI, n° 6, p. 180.
- HOUDARD. — Thèse de Paris, 1913.
- HROMADA et NEWMANN. — Surg. gynec. and obstetr., 1922, XXXV, n° 4, p. 11.
- KARSTAD. — Acta Chir. Scandinavica, 1923, LVI, p. 82.
- KEETLEY. — The Lancet, 1902, p. 953.
- KOSSANOVITCH. — Arch. med. serbes, 1923, n° 2, p. 19.
- KOTZAREFF. — Lyon chirurgical, 1922, n° 2, p. 158.
- KRAINIK. — Thèse de Paris, 1922-1923.
- KUMMER. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 12, p. 534.
- LAGOUTTE. — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, p. 1115.
- Lyon chirurgical, 1912, n° 3.
- LAPOINTE. — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, p. 1380.
- LARRIERU. — Revue de chirurgie, 1921, p. 278.
- LARDENNOIS. — Congrès de chirurgie, 1910.
- LAURET. — Thèse de Paris, 1920-1921.
- LECÈNE. — Presse médicale, 1912, n° 26.
- Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 4, p. 15.

- LEMÂITRE. — Société anatomique, 3 juillet 1903.
- LERICHE et SAVY. — Lyon chirurgical, 1921, p. 122.
- LEROY et MINET. — Écho médical du Nord, 1910.
- LEWISOHN. — Annales of Surgery, 1920, LXXII, n° 5.
- LIEBLEIN. — Presse médicale, 1907.
- LE SAGE. — Union médicale du Canada, 1922, LI, n° 2.
- LORENZ et SCHUR. — Archiv für kl. Chir., 1922, t. CXIX, p. 239.
- MANGÉ. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1921, p. 570 et 923.
- MARAI. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 5, p. 207.
- MARCONI. — W. mediz. Wochenschrift, 1920, n° 25.
- MARQUIS. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923.
- MARTENS. — Berl. kl. Wochensch., 1910, p. 421.
- MARTIN (L.). — Lyon médical, 1913.
- MARTIN et DEROCHÉ. — Bull. et mém. Soc. chir., 1922, p. 1460.
- MASSARI et SCHWARTZMANN. — Wien. kl. Wochensch., 1920.
- MATHIEU (P.). — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, n° 20.
— Bull. et mém. Soc. chir., 1922, n° 13, p. 559.
- MAYO (W.). — Revue de chirurgie, 1908, p. 326.
- MELAND. — Lancet, 1920, t. XL, p. 363.
- MICHON. — Bull. et mém. Soc. chir., 1920, p. 1380.
- MITCHELL. — Brit. med. Journal, 11 août 1919.
- MONDOR. — Bull. et mém. Soc. chir., 1922, p. 1031, 1038, 1129, 1135, 1148.
- MONDOR et LAURET. — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Masson (édit.), Paris, 1923.
- MONOD (R.). — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 8, p. 337.
- MORTON. — Brit. med. Journal, 1910.
- MOYNIHAN. — The Lancet, 8 mars 1913.
- MULLEDER et NEUBERGER. — Wiener. kl. Wochensch., 1923, n° 42.
- MULLER et RAVDIN. — Annals of Surg., August 1921.
- NIOSI. — Ann. italiani di chir., 1922, p. 866.
- NOEHREN. — New-York med. Journ., 1922, CXV, p. 674.
- NOETZEL. — Deutsche Zestch. für Chir., 1921, CLXVII.
- ORTH. — Zentr. Bl. für Chirurgie, 1923, n° 9, p. 381.
- OUARD et JEAN. — Bull. et mém. Soc. chir., 1923, n° 9.
- PAPIN et DUBOURG. — Gaz. hebd. sciences méd. de Bordeaux, 1921.

- PARKER. — *Railway Surg.* I. Chicago, 1920, p. 235.
- PATEL. — *Lyon chir.*, 1914, p. 617, et 1922, p. 732.
- PAUCHET. — *Gaz. méd. de Picardie*, 1912.
- Société des chirurgiens de Paris, novembre-décembre 1923.
- PAUL. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1922, n° 172, p. 94.
- PECK (Ch.). — *Tr. Phyla. Acad. Surg.*, 1922, XXII, p. 168.
- PERRIN. — *Lyon chirurgical*, 1923, p. 670.
- Société de chirurgie de Lyon, séance du 20 décembre 1923.
- PLOUVIER. — Thèse de Lille, 1922-1923.
- POOL et DINEN. — *Ann. of Surg.*, 1922, p. LXXVI, p. 457.
- POMMEY (Rapp. HARTMANN). — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1922, n° 31, p. 1260.
- PRADER. — *Arch. f. kl. Chir.*, 1922, t. CXX, fasc. 4.
- PRAT. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1921, n° 23, p. 1360.
- PROUST. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1920, p. 163 et 872.
- Rapp. collectif sur 200 cas d'ulc. p. duod. traités à Édimbourg de 1896 à 1912. *Édimbourg méd. Journal*, 1913, XI, p. 405-418.
- RENAUDIN. — Thèse de Lyon, 1907-1908.
- REINCHARD. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1919, p. 195.
- RICHTER. — *Surg. gynec. et obstetr.*, 1919, XXVIII, p. 399.
- RIESSE. — *Arch. für kl. Chir.*, 1922, CXXVII, p. 327.
- ROPKE. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1922, n° 27, p. 899.
- ROUVILLE. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1905, p. 310.
- RYSER. — *Schweizer med. Wochensch.*, 1921, t. II, n° 40.
- SALZMANN. — *Münc. med. Wochensch.*, 1921, n° 40.
- SANTY. — *Lyon chirurgical*, 1921, n° 2, p. 233.
- SCHMIDT (E.). — *Acta chir. Scandinavica*, 1922, vol. LV, p. 315.
- SCHÖNBAUER. — *Arch. f. kl. Chir.*, 1922, t. CXX, p. 124.
- SCHEA. — *Annales of Surgery*, 1916, t. LXIV, p. 1410.
- SENCERT. — *Revue médicale de l'Est*, 1905, p. 664.
- *Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac*. Édition du Strasbourg médical, 1923.
- SENCERT, ALLENBACH, FERRY. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1921, p. 1055.
- SOULIGOUX. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 10 novembre 1909.
- SOUTHAM. — *Brit. med. Journ.*, 1922, n° 3197, p. 556.
- STEICHELE. — *Arch. f. kl. Chir.*, 1923, t. CXXIV, p. 630.

- STEWART et BARBER. — *Annals of Surgery*, 1922, LXXV, p. 349.
- TAILHEFER. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1923, p. 385.
- TOUPET. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1921, n° 26, p. 1092.
- TUFFIER. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1921.
- TUVACHE. — *Arch. méd. de province*, 1910.
- ULRICH. — *Revue de chirurgie*, 1921, p. 467.
- VERRIER. — *Lyon médical*, 1914, p. 398.
- VIANNAY. — *Loire médicale*, 15 juillet 1913.
- WARREN. — *The Surg. of gastric ulc. Urgencias Practitioner*, 1920, CIV, p. 429.
- WETTERSTRAND. — *Deutsche Zeitsch. f. kl. Chir.*, 1913.
- WILLENSKY. — *Annals of Surgery*, 1916, LXXIV, p. 403.
- WILLIAMS. — *Tr. Phyla. Acad. Surg.*, 1922, t. XXII.
- WINSLOW. — *Annals of Surgery*, 1921, t. LXXIV, p. 741.
- ZÖPFELL. — *Zbl. für Chir.*, 1922, XLIX, p. 1895.



