



ULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 7

L'Ulcère de l'Estomac et du Duodénum

Chez les Arabes de Tunisie

Statistique de l'Hôpital Sadiki (Avril 1919-Juin 1924)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 18 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GILBERT RONCHOT

EX-INTERNE SUPPLÉANT DES HOPITAUX DE LYON. INTERNE DE L'HOPITAL SADIKI (TUNIS)
EX-INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Né le 7 Janvier 1897, à Moulins-sur-Allier (Allier)

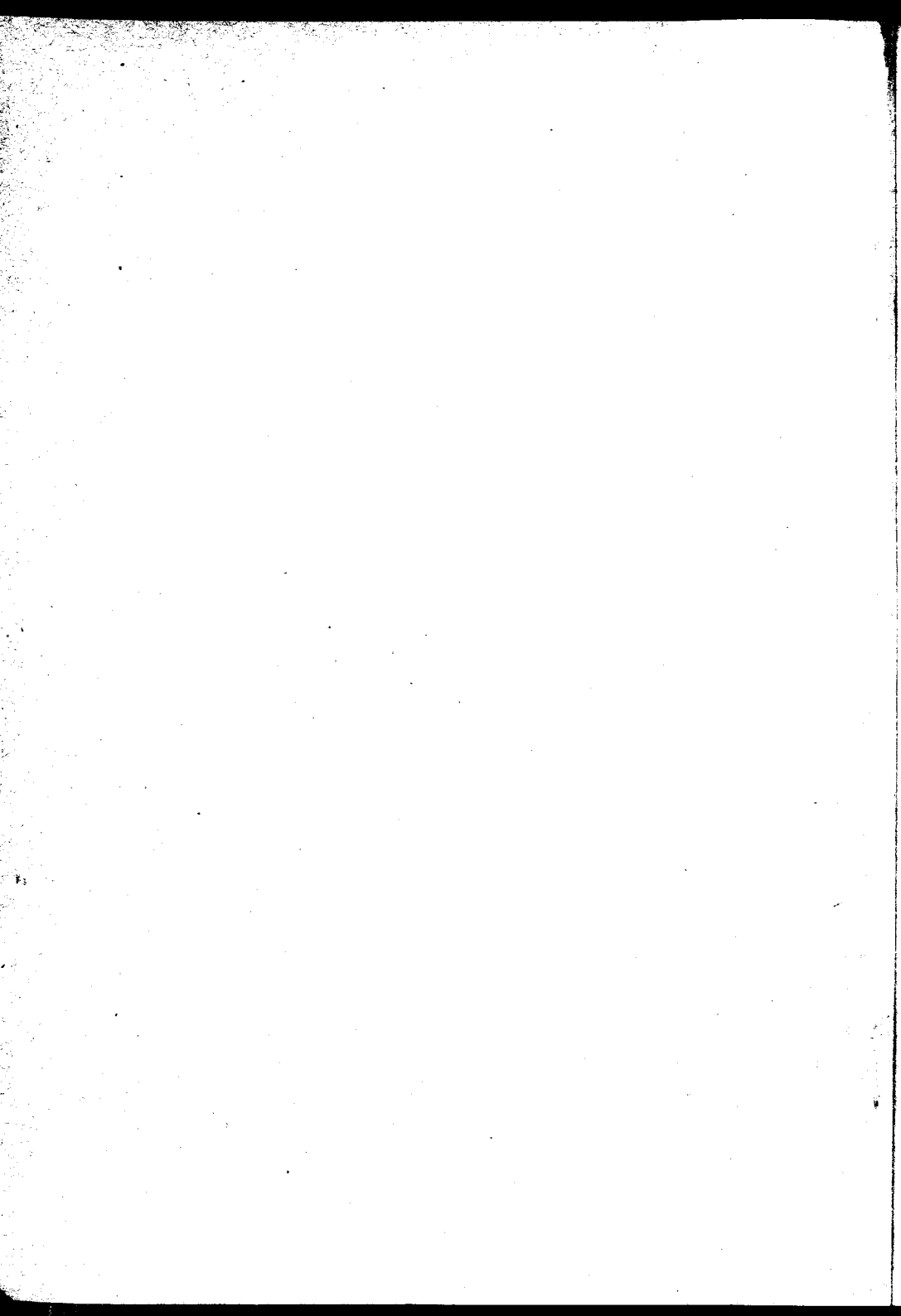


LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

1924



L'Ulcère de l'Estomac et du Duodénum

Chez les Arabes de Tunisie

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et accouchements.....	COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique.....	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	WEILL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LANNOIS.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	ROCHET.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique et médicale.....	CLUZET.
Chimie organique et toxicologie.....	HUGOUNENQ.
Matière médicale et botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRETIN.
Anatomie.....	GUIART.
Histologie.....	LATARJET.
Physiologie.....	POLICARD.
Pathologie interne.....	DOYON.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	COLLET.
Anatomie pathologique.....	MOURIQUAND.
Chirurgie opératoire.....	PAVIOU.
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie.....	VILLARD.
Médecine légale.....	ARLOING (F.).
Hygiène.....	Etienné MARTIN.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	COURMONT (P.).
Pharmacologie.....	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale.....	BARRAL.
— Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUBOUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAS.	FAVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien).	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, Président; M. SANTY, Assesseur;
MM. DUNET et CHALIER (A.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 7

L'Ulcère de l'Estomac et du Duodénum

Chez les Arabes de Tunisie

Statistique de l'Hôpital Sadiki (Avril 1919-Juin 1924)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 18 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GILBERT RONCHOT

EX-INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON, INTERNE DE L'HÔPITAL SADIKI (TUNIS)

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

Né le 7 Janvier 1897, à Moulins-sur-Allier (Allier)



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

1924

A MA MÈRE

Dont la tendresse a su nous épargner tous
les heurts de la vie.

Nous lui dédions ce modeste travail bien
faible témoignage de notre affection.

A MON PÈRE

A qui je dois ce que je suis. Qu'il en
soit remercié ici de tout cœur.

A MA GRAND'MÈRE

Dont les bons soins ont entouré notre
enfance.

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS ET AMIS
MORTS POUR LA FRANCE :

HENRI et GEORGES TRIDON,
JEAN LYONNET,
CAMILLE LACHEROY.

AU DOCTEUR AUGUSTE LORIER

Témoignage de profonde affection.

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX LEQUEU
Professeur de Clinique Urologique à l'Hôpital Necker

Nous sommes un vivant exemple des bienfaits de l'art chirurgical. Nous lui devons la vie. Son geste bienfaisant envers nous apparaît comme la continuation de la tradition de haute conscience des Grands Maîtres de la Chirurgie française.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir
présider notre thèse. Qu'il reçoive ici nos
remerciements. Nous avons été son externe
et nous garderons vivant le souvenir de son
enseignement.

A CEUX QUI DÈS LE DÉBUT DE NOS ÉTUDES MÉDICALES
ONT BIEN VOULU NOUS ENCOURAGER ET NOUS APPRENDRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉNARD
Chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Joseph de Moulins

Témoignage de respectueuse amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONCEAU
Chirurgien adjoint à l'Hôpital Saint-Joseph de Moulins

Témoignage de vive sympathie.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAULY

Nous avons débuté près de lui. Nous nous rappelons avec plaisir la façon aimable avec laquelle il nous accepta pour faire fonction d'externe auprès de lui. Nous le remercions sincèrement de son enseignement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Chevalier de la Légion d'honneur

Dans le service duquel nous avons fait fonction d'externe. Nous le remercions de l'enseignement si clair et si utile qu'il a bien voulu nous donner.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous avons fait fonction d'externe dans son service. Nous n'oublierons jamais son merveilleux enseignement clinique.

Externat 1919-1922

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD

Chirurgien de la Charité

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER
Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon
Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. CADE
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous remercions nos Maîtres dans les
Hôpitaux de Lyon qui se donnèrent la peine
de nous instruire.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Internat 1922-1924

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD

Chirurgien des Hôpitaux

Nous le remercions de son enseignement si
personnel que nous n'oublierons pas.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MULLER

Chirurgien des Hôpitaux

Nous lui sommes reconnaissant de la con-
fiance qu'il nous a le premier témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIANNAY

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous avons eu l'honneur d'être son interne.
Il nous a témoigné beaucoup de bienveillance.
Nous avons appris près de lui à aimer, à
admirer l'Art chirurgical et à comprendre
l'âme du chirurgien.

Nous regretterons toujours que les cir-
constances de la vie nous aient éloigné trop
tôt de ce maître si bienveillant. Nous lui pré-
sentons nos sentiments de reconnaissance
affectueuse.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUN

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Sadiki de Tunis

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a guidé de ses conseils. Il s'est donné la lourde tâche de nous enseigner une technique chirurgicale incomparable. Nous lui devons beaucoup. Nous lui sommes reconnaissant de la confiance qu'il met en nous et nous ne pouvons ici que remercier de tout cœur ce Maître qui restera notre Maître dans toute l'acception du mot.

Nous remercions ceux à qui nous devons beaucoup et
en particulier nos conférenciers d'Internat qui furent pour
nous autant des Maîtres que des amis.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOCCA
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Lyon

MONSIEUR LE DOCTEUR J. MARTIN
Chef de Clinique à la Faculté de Lyon

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURIZOT
Interne des Hôpitaux de Lyon
(In memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTINE
Interne des Hôpitaux de Lyon

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMY
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN
Chirurgien des Hôpitaux de Grenoble

AVANT-PROPOS



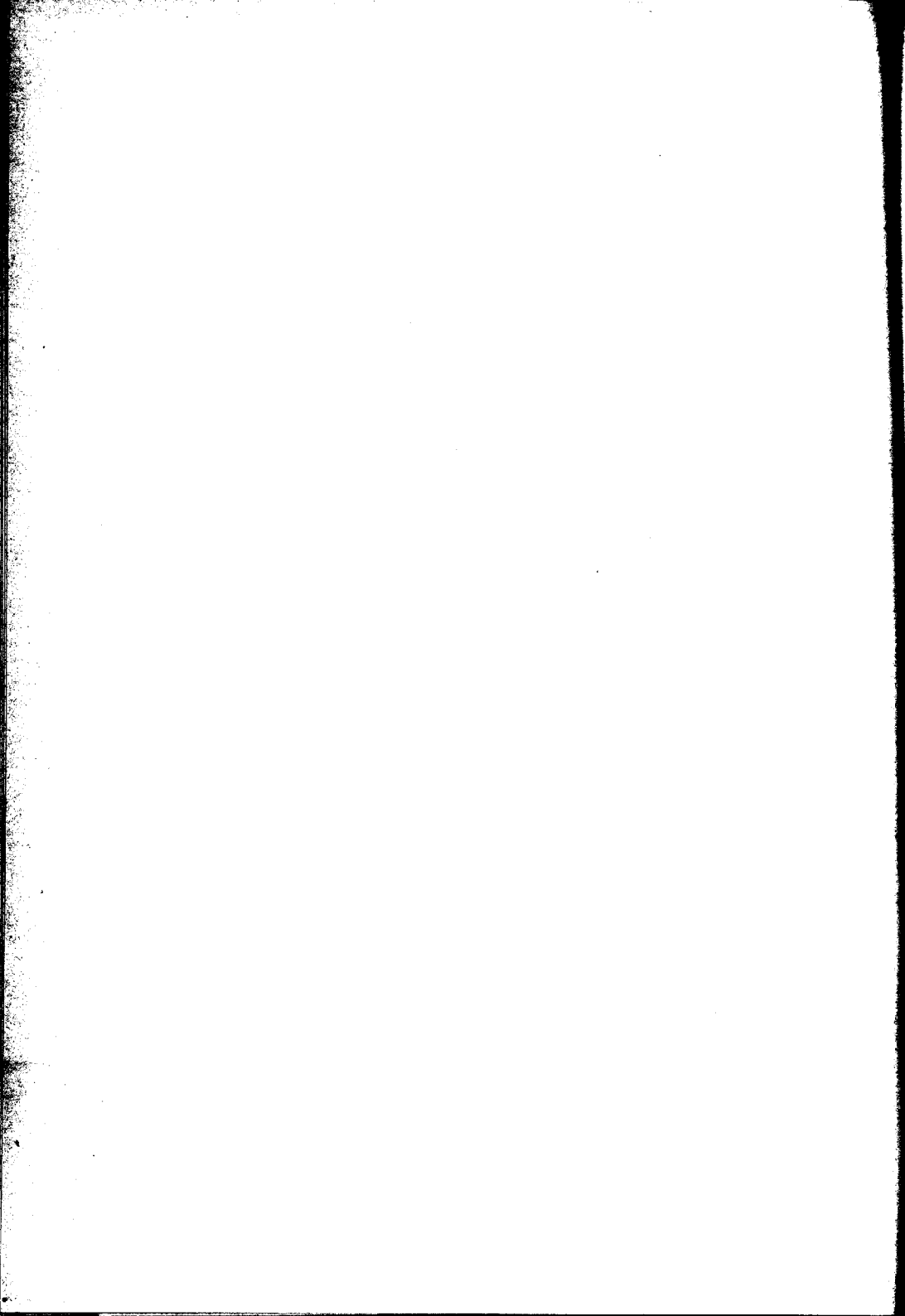
C'est une obligation banale pour un étudiant d'exprimer sa joie d'avoir terminé ses études; pour le jeune praticien de demain ce devient un paradoxe que de l'oser dire. Car les difficultés nombreuses et quotidiennes surgissent de toutes parts devant la conscience du jeune médecin et le regret alors d'avoir... achevé ses études est trop souvent renouvelé et quelque peu amer.

C'est alors qu'il bénit les maîtres qui lui ont montré les signes décisifs, enseigné l'art si délicat d'interpréter les symptômes et surtout ceux qui l'ont entraîné à ne point craindre de savoir agir.

Quels sont les impondérables qui nous ont entraîné vers l'Afrique du Nord où tant des nôtres et des miens ont donné tant de leur travail, de leur volonté et de leur courage ! C'est alors qu'exalter l'initiative et le courage individuel apparaît comme une nécessité ethnique et qu'il est bon d'avoir des exemples.

Que tous ceux qui ont eu sur nous une influence formatrice reçoivent ici une pensée et un remerciement. A l'aube de notre vie active il nous sera un grand réconfort et un grand bienfait de les prendre et de les garder comme des modèles.

Tunis, septembre 1924.



INTRODUCTION

Nous avons été fort étonné, lors de notre arrivée comme interne à l'hôpital Sadiki, de voir notre maître, M. le docteur Brun, nous présenter une série de trois malades atteints d'ulcère gastrique. Nous fûmes encore plus étonné de constater qu'une heure à peine après le début de la première gastro-entéro-anastomose les trois malades étaient remis dans leur lit. Cette virtuosité opératoire nous enthousiasma et nous déconcerta beaucoup quant à nous-mêmes; mais nous avons aperçu la fréquence des lésions ulcéreuses gastro-duodénales chez l'Arabe.

Notre maître a bien voulu nous conseiller d'étudier plus à fond ce problème. Il nous a démontré l'utilité, la bénignité et la nécessité d'intervenir chirurgicalement chez ces malades. Il a mis à notre disposition ses très nombreuses observations et c'est sur sa statistique personnelle que nous baserons pour étudier l'ulcère de l'estomac et du duodénum chez les Arabes de Tunisie.

L'hôpital Sadiki, qui est le grand centre chirurgical de toute la Tunisie, est un poste d'observation de tout premier ordre pour l'étude de la pathologie des indigènes.

Nous avons pu nous rendre compte de la grande fréquence des affections gastro-duodénales d'origine ulcéreuse,

non seulement en suivant les consultations externes de l'hôpital, mais beaucoup mieux encore en étudiant de plus près les malades admis dans le service de chirurgie. Il est difficile de donner un chiffre exact du pourcentage de ces affections par rapport aux autres affections pour lesquelles les indigènes viennent consulter ou se faire hospitaliser. Cela n'aurait guère d'intérêt et serait, quoi qu'on fasse, illusoire.

Ainsi, notre statistique porte principalement sur les hommes. Car la femme arabe, bien que venant beaucoup plus facilement à l'hôpital qu'il y a quelques années, n'en reste pas moins plus arriérée, moins évoluée dans l'idée des possibilités de la médecine européenne.

Notre statistique du service de chirurgie des femmes, portant sur un an et demi, ne nous donne que 13 cas d'ulcères, alors que la statistique du service de chirurgie des hommes porte sur 226 cas en cinq ans.

D'ailleurs les conditions dans lesquelles se présentent ces malades sont, dans la majorité des cas, identiques et le plus souvent l'histoire clinique, l'état somatique des malades sont très superposables de l'un à l'autre.

On excuse et l'on comprend que c'est après avoir écouté maints sorciers et avoir subi le traitement non indolore de quelques marabouts que, las de souffrir, ces pauvres gens viennent résolument à Sadiki, dont la réputation en milieu indigène dépasse les limites mêmes de la Régence.

Ce sont donc des malades souffrant, le plus souvent, depuis des années et présentant presque toujours des signes nets de sténose pylorique. Nous devons à la vérité de dire et nous l'expliquerons plus volontiers au chapitre de la symptomatologie, que la nuisance des marabouts n'est pas

absolue et que leur traitement imité de la thérapeutique chirurgicale byzantine devient un signe objectif de lésions organiques et même parfois permet, ce que l'observation a démontré de localiser la lésion.

Il est une difficulté d'ordre scientifique pur que nous devons avouer de bonne foi c'est que, vu le grand nombre d'hospitalisés et l'intensité du Service de Chirurgie, il est impossible d'étudier très longtemps et d'une façon compliquée ces malades. Les chimismes gastrique et duodénal sont volontairement laissés de côté. D'ailleurs ne nous donneraient-ils pas que des résultats parfaitement connus et analogues aux cas étudiés dans les hôpitaux européens. LEDRAIN, dans sa thèse sur « la Sténose pylorique chez l'Arabe », signale que « l'examen du suc gastrique chez ces malades atteints de sténose est conforme aux résultats qu'indique SOUPAULT pour le liquide de stase non cancéreux ».

L'examen histologique des pièces, lorsqu'elles ont pu être prélevées, ce qui est exceptionnel, a pu être fait et nous devons à Madame le docteur BRUN d'avoir ainsi un exact moyen de contrôle.

La radiographie a été faite le plus souvent (1). L'installation sommaire que possède l'hôpital nous a permis cependant de constater exceptionnellement un signe caractéristique. Le plus souvent elle spécifie une dilatation duodénale ou vient simplement, dans la majorité des cas, confirmer la sténose clinique par la constatation d'une stase gastrique et d'un retard d'évacuation.

(1) La radiographie des malades est faite par M. le docteur JAUBERT DE BEAUJEU. Nous le remercions tout particulièrement ici de son amabilité et de l'empressement avec lequel il a bien voulu examiner radiologiquement ces malades.

Nous avons fait dans tous les cas un lavage d'estomac. Le plus souvent, il a ramené un liquide de stase à jeûn. Toutes ces constatations n'apportent rien de bien nécessaire pour assurer le diagnostic ; car la clinique, à elle seule, nous a permis presque toujours de le faire et d'assurer l'existence d'une lésion organique. Il est vrai aussi que dans la majorité des examens, les signes de sténose étaient tels qu'ils justifiaient le dernier moyen d'investigation le plus sûr et d'ailleurs suffisamment inoffensif en lui-même ; nous voulons dire la laparotomie exploratrice qui n'a jamais été, quant à nos malades, que le premier temps nécessaire de l'acte opératoire.

Nous nous réservons d'expliquer pourquoi la majorité de nos observations montre que l'on s'est borné à n'exécuter qu'une simple gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure.

En dehors de toutes raisons doctrinales ou cliniques, les lésions reconnues à l'intervention montrent que toute autre décision était impraticable et que cette manière de faire se justifie là très aisément.

Enfin nous ajouterons que nous ne refusons jamais l'intervention à aucun malade ; quels que soient l'ancienneté de sa lésion, le degré de sa sténose, son état général, même cachectique ; nous intervenons, estimant que c'est l'unique et l'ultime moyen de pouvoir être utile à ces malheureux.

Notre statistique générale d'intervention pour affections chirurgicales gastro-duodénale porte sur 306 cas dont 239 ulcus contrôlés opératoirement. Son importance ne résulte non seulement de son nombre, mais du fait que Sadiki est le grand et pour ainsi dire l'unique centre chirurgical de la Tunisie. Quelques malades opérés reviennent — nous le

verrons à l'exposé de nos résultats — mais beaucoup n'ont pas été revus ; on peut déduire sans exagération que l'opération leur a été bienfaisante car l'Arabe, qui n'hésite pas à parcourir plusieurs centaines de kilomètres pour venir nous demander un médicament qui l'a satisfait, ne craindrait pas de nous revenir pour exprimer ses plaintes, car dans son caractère d'être vivant l'heure présente sans souci ni du passé ni de l'avenir, il serait assez satisfait de trouver un prétexte à un voyage distrayant et une occasion de plaire à sa curiosité.

Il nous sera permis, en terminant cette introduction, d'attirer l'attention sur certaines idées toutes faites et assez répandues sur la pathologie arabe. On a parlé de la résistance du primitif à la maladie. Certains même se sont portés garants de la valeur défensive de son péritoine à l'infection. On a nié la fièvre puerpérale, de même que la syphilis nerveuse et le cancer chez les Arabes. On a envié, exalté en somme leur valeur biologique en parlant même de sélection naturelle. Il suffit de réfléchir aux causes manifestes de moindre résistance biologique. Le plus souvent l'Arabe, mal nourri, sans hygiène, victime du paludisme, de la syphilis, de nombreux parasites intestinaux (oxyures, ascaris, ténia ankylostomes), de l'échinococcose, est un être anémié auquel on ne peut vraiment pas prêter une constitution se riant des agents pathogènes.

Il est aisé à tout esprit observateur et non prévenu de se rendre compte, que la pathologie n'est pas Européenne ou Coloniale, elle est une, même si le geste auguste et la démarche grandiose, qui seynt si bien à nos malades, lui en imposaient, comme d'un témoignage d'une humanité plus robuste ou plus dédaigneuse envers les maladies.

ÉTIOLOGIE

Rien de précis n'éclaire l'origine de l'ulcus et malgré que, dans ces dernières années, la question fut à l'ordre du jour, diverses causes ont été tour à tour invoquées. On peut donc dire, qu'en dehors de constatations simples telles que, par exemple, sa plus grande fréquence à l'âge adulte, les causes déterminantes varient suivant les auteurs.

On a signalé en effet, en particulier, les excès éthyliques, la tuberculose, la syphilis.

Chez l'Arabe, les causes ci-dessus doivent être discutées. Les disciples du Coran lui sont encore suffisamment fidèles pour que chez eux tout au moins on puisse douter du rôle essentiel que jouerait l'alcool dans la production de l'ulcère. Nous évaluons à environ 10 alcooliques (surtout buveurs de Boukrah, eau-de-vie de figues) sur 100 gastro-entérostomisés, la proportion des alcooliques plus ou moins invétérés.

La tuberculose est fréquente chez l'Arabe. On rencontre souvent des ulcères chez des malades cliniquement tuberculeux. Mais la tuberculose est-elle cause ou conséquence ? Rien ne permet de saisir la nature tuberculeuse du processus ulcératif alors que le mauvais état général, la dénutrition qui résultent de l'évolution de l'ulcus expliquent

facilement la tuberculinisation de ces malades chroniques. Peut-être cependant que, certains cas de grosse tumeur pylorique avec gros ganglions gastriques et ganglions hypertrophiques situés dans la racine du mésentère pourraient être considérés comme relevant d'un processus tuberculeux. Notre hypothèse demanderait des vérifications ultérieures qu'il serait intéressant de pouvoir préciser.

La syphilis, au contraire, est actuellement généreusement mise à l'origine des maladies les plus diverses, fréquentes ou rares. Elle se présente à beaucoup d'esprits comme une des pierres angulaires de la pathologie humaine. Chez nos malades indigènes qui pour leur propre compte ne la méprisent point et ne la craignent pas, chez qui les moyens de contagion les plus divers surgissent quotidiennement dès le premier jour de leur naissance, et qui « ab. ovo. » bénéficient fréquemment de cet héritage, la question est, certes, d'un intérêt particulier. Et bien chez les Arabes qui sont, dans leur grande majorité, des syphilitiques, il ne nous apparaît pas qu'elle joue un rôle déterminant dans la genèse ou dans la nature de leurs ulcères digestifs. Beaucoup d'entre nos malades ont subi un traitement spécifique. Ils n'en ont pas moins présenté un ulcus en évolution. Disons que chez presque tous les opérés il a été fait la séro-réaction de Bordet-Wassermann ; elle fut presque toujours négative. Héritaire ou acquise, il ne semble pas qu'elle joue un rôle nécessaire et suffisant dans l'étiologie.

Plus importante, plus facilement reconnue, l'alimentation spéciale des Indigènes vient, au contraire, réclamer sa part de griefs. Nécessité du climat, goût et habitude héréditaires ; la cuisine et l'alimentation arabes bien particulières méritent qu'on les étudie. Avant tout, disons que

l'Arabe est friand d'une cuisine épicée et le menu du pauvre comme celui du riche n'est point une nourriture de régime, ni de toute tranquillité pour les muqueuses gastrique et duodénale.

Le plus souvent mal pétri et mal cuit, le pain est de semoule dans les villes, d'orge dans les campagnes. La viande est ordinairement préparée en ragoût. La base de la cuisine est faite d'huile d'olives. Mais sel, poivre rouge et piments viennent *larga manu* assaisonner le repas. Les légumes, peu variés, courges, navets, pommes de terre, carottes, chardons, oignons, ails, haricots et petits pois ; la *gnaouia* et la *m'loukia* ne sont cependant pas le régal des palais indigènes. Le plat national, le *couskci* ou *couscous*, quoique très difficile à faire, est à base de semoule, de viande de mouton, de bœuf ou de volaille, de piments, de poivre rouge ou noir et de légumes bouillis, se déguste avec avidité sous tous les toits.

Mais il faut dévoiler la gourmandise des Indigènes pour les piments distingués en piments doux et piments forts. Ils sont de tous les plats et souvent, à eux seuls, suffisent pour faire un repas qui remplit d'aise les Indigènes. Et quels piments ! intolérables à un palais européen. Voyez plutôt l'essai. A peine ces piments sont-ils mâchés que le malheureux curieux ouvre la bouche à la recherche vaine d'un air rafraîchissant ; car sur toute la muqueuse linguo-jugale est un feu invisible qui la dévore. La muqueuse est hyperhémiee, rouge, la face elle-même colore ses propres téguments. C'est un vrai supplice buccal. Le grand sympathique en est irrité et joue un rôle de défense, car bientôt toutes les glandes sudoripares du voisinage font eau de toutes parts et le front, les joues se

couvrent de gouttelettes de sueurs. Les glandes salivaires, à leur tour, viennent à l'aide contre cet incendie diabolique, mais sans résultat subjectif. La muqueuse buccale garde la sensation d'être cuite et endolorie pour longtemps. Pour n'être que du domaine de l'inconscient et du « végétatif » les muqueuses gastrique et duodénale ne doivent-elles pas aussi en souffrir et être altérées ? Tout le tractus digestif subit l'impression des piments forts ; ceux qui n'ont pas l'habitude de cette alimentation présentent des phénomènes de rectite, avec ténésme et sensation de brûlure pendant la défécation. Les Arabes se plaignent également de défécation douloureuse et difficile. La très grande fréquence chez eux des hémorroïdes et des flux hémorroïdaires prouvent que des troubles digestifs variés et persistants sont causés par ce genre d'aliment. On admire ensuite et l'on peut s'étonner que ces gens puissent se délecter de ces sensations brûlantes. Mais il est un fait, c'est qu'ils se régalent abondamment et avec un raffinement qui leur fait préférer et rechercher les piments les plus forts.

A côté de ce goût national pour les choses fortes, le sucre, le miel, les fruits, confitures et pâtisseries tentent femmes, enfants et adultes qui les dégustent à toutes heures du cadran. Faisons remarquer que ces mets sont toujours hypersucrés — et que la quantité d'huile absorbée est considérable (1) — ainsi, à l'hôpital Sadiki, le régime normal comporte 250 à 300 grammes d'huile par jour et par personne. Donnons, pour illustrer l'alimentation arabe, le type des repas de la majorité des Indigènes :

(1) Même chez les indigènes ne se plaignant d'aucun trouble digestif, la radioscopie montre un retard à l'évacuation gastrique. Cela serait dû à la quantité exagérée d'huile absorbée quotidiennement.

1^{er} repas. — Le matin, à jeûn : une tasse de café hyper-sucré.

2^e repas. — 1 ou 2 beignets à l'huile.

Midi. — Galette avec 120 grammes d'huile, olives avec 1 ou 2 piments forts.

Le soir. — Friture, poisson à l'huile, viande cuite baignant dans l'huile. Légumes verts peu cuits. Salade de concombres, tomates, piments crus, fruits crus. Pas de compote, mais toujours des confitures hypersucrées.

Les Arabes ne sont point réglés dans leur repas ; insouciants et heureux de l'heure présente, ils en bénéficient sans arrière-pensée. Au jeûne succède la plus affreuse glotonnerie et, si l'occasion se présente, toute chose absorbable l'est immédiatement, même si la table vient d'être desservie. Voilà un régime où l'on peut convenir qu'estomac et duodénum ont le droit à la révolte, et avec l'huile, les piments, l'abus des sucreries, la digestibilité difficile de la plupart des aliments, la muqueuse gastro-duodénale peut s'offrir aisément la facilité de souffrir et de s'ulcérer.

On a été étonné, en France, lors du rapport de RICART et PAUCHET, du grand nombre d'ulcères, particulièrement pyloro-duodénaux des Yankees. Si l'on veut bien se rappeler l'abus de nourriture des hommes du Nouveau-Monde, le goût des choses fortes, leur satisfaction des pickles, moutarde, sauces relevées, on pourrait faire un certain rapprochement et conclure que de la manière dont un peuple se nourrit la muqueuse gastro-duodénale sait répondre. Nous pouvons même ajouter qu'en ce pays-ci, il y a des régions que nous signalerons où l'alimentation est encore plus riches en piments et où l'ulcère est nettement plus fréquent encore. Dans notre statistique qui porte sur des

indigènes venus de partout, il y a des séries de concitoyens d'un même village (tel que Hamamet, par exemple) qui s'honorent de présenter des lésions ulcéreuses — ce qui permet facilement à ceux qui ont une longue expérience de la clientèle arabe d'affirmer une lésion ulcéreuse devant un malade de ces villages se plaignant d'un symptôme gastrique. Ainsi nous avons eu jusqu'à 9 malades venant d'Hamamet pour troubles gastriques. Les 9 avaient un ulcus vérifié opératoirement. Il nous semble donc que ce que l'on mange régit la norme du tube digestif et d'ailleurs, pour preuve contraire, le régime alimentaire lacto-végétarien n'est-il pas, par lui-même, garant d'amélioration, de guérison même d'ulcère certain ? L'alimentation joue donc un rôle indéniable ; peut-être même en ce qui concerne nos malades, décisif dans la genèse de l'ulcère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les autopsies des malades sont relativement difficiles à réaliser par suite de conditions religieuses.

Nous décrirons plus exactement ici l'aspect des lésions telles qu'elles sont apparues à l'intervention. Il faut tout d'abord distinguer suivant le siège même de la lésion ulcéreuse.

Il n'y a aucune difficulté à situer les ulcères gastriques proprement dits. Quant aux ulcères situés au niveau du pylore, il faut, sans vouloir reprendre la longue discussion des Anglo-Américains et de l'Ecole Française, expliquer notre manière de les situer.

Tantôt, en effet, lorsque le tube digestif pyloro-duodénal est souple et libre, il est facile à la palpation de sentir, entre le pouce et l'index, la virole de l'anneau pylorique qui finit brusquement vers le versant duodénal. Mais, le plus souvent, la difficulté est plus grande de retrouver le pylore, soit que les adhérences soudent l'estomac et le duodénum à la face inférieure du foie, soit que l'épaississement des tuniques intestinales empêche d'apprécier la virole pylorique, soit que la péripylorite et la périoduodénite transforment le tout en un bloc compact. Dans ces cas nous devons faire remarquer que la veine pylorique des auteurs anglo-américains, presque constamment visible,

appréciable tout au moins, peut servir à nous guider. Il est évident que les travaux de LATARJET, sur cette veine infropylorique (*Lyon Chirurgical*, octobre 1911), de MOCQUOT et HOUDARD (*Revue de Chirurgie*, mars 1912), ont bien montré l'inconstance de situation de la veine. Ils ont mis en évidence l'erreur des auteurs anglo-américains qui voulaient que cette veine marqua exactement le pylore. Mais quoique variable de situation, on peut admettre, lorsqu'on l'aperçoit soit directement, soit après avoir rompu des adhérences, s'il y a lieu, que le pylore ne se tient jamais à plus d'un travers de doigt à droite d'elle. Elle peut donc, à notre avis, avoir la valeur d'un repère dans certains cas.

Dans la statistique des interventions de notre Maître, il a été classé comme duodénal, que ce qui est apparu absolument indéniable. Lorsque, par suite de la périduodénite ou de toute autre cause, il aurait pu y avoir un doute sur le siège duodénal vrai, la lésion a été dénommée de préférence pyloro-duodénale ou même pylorique. C'est dire que les cas d'ulcères duodénaux l'étaient nettement par leur siège anatomiquement contrôlé.

Sur 112 ulcères gastriques, nous avons relevé 12 ulcères de la petite courbure avec 4 fois une biloculation gastrique, 4 ulcères des faces, 12 ulcères de l'antrum pylorique et 94 ulcères du pylore. Nous rappelons la facilité avec laquelle les ulcères furent dénommés pyloriques lorsque leur situation exacte, anatomiquement parlant, était difficile, sinon impossible, à déterminer au cours de l'intervention.

Nous avons relevé 19 cas d'ulcères pyloro-duodénaux presque toujours accompagnés d'adhérences considérables. 85 cas d'ulcères franchement duodénaux dont 1 seul sur la deuxième portion.

Dans la très grande majorité des cas d'ulcères duodénaux, les lésions constatées opératoirement étaient les suivantes : à l'ouverture de l'abdomen, on constate que des adhérences plus ou moins nombreuses, tantôt simples brides inflammatoires, tantôt véritable rideau masquant la région duodéno-pylorique réunissent côlon transverse, duodénum, pylore, vésicule biliaire et foie. L'estomac est souvent couché et soudé à la face inférieure du foie. Ces brides sectionnées ou ces adhérences rompues, on tombe tantôt sur un duodénum hypertrophié, marqué par une péri-duodénite intense, tantôt on découvre sur une face de la première portion du duodénum une cicatrice déprimée, cupuliforme ou étoilée.

La palpation au niveau de l'ulcère montre très souvent une tumeur grosse comme une noix, reposant ou se continuant, sans ligne de démarcation nette, sur le pancréas qui, à ce niveau, présente un noyau dur assez bien limité qui apparaît dans ces cas comme étant un noyau de pancréatite chronique. Souvent, au contraire, ulcère duodénum, pancréas forment bloc, véritable tumeur du volume d'une mandarine à celle d'un gros poing. Dans un certain nombre d'observations, il a été noté : tumeur duodénale, tumeur pyloro-duodénale. Ce bloc est intangible, inexplorable ; on ne peut y découvrir l'ulcère.

A signaler aussi la fréquence de l'état œdémateux des mésent et de la séreuse péritonéale, avec souvent des ganglions inflammatoires, soit sur la grande courbure, soit au niveau de la racine du mésentère, soit disséminés çà et là, à la base des mésent. La fréquence des traînées de péri-gastrite, des brides de péri-gastrite dans l'arrière cavité des épiploons qui est presque toujours ouverte au cours de

l'établissement de la G. E. A., grâce au décollement colopéiploïque ou par l'effondrement gastro-colique.

Nous avons trouvé fréquemment noté des trainées blanchâtres dans le méso-côlon transverse ; dans le mésentère des premières anses jéjunales apparaissant là comme des plaques de mésentérite rétractile. De même il existe fréquemment des adhérences plus ou moins organisées, plus ou moins limitées au niveau de l'angle duodéno-jéjunal et entre la face inférieure du méso-côlon transverse. Ces brides et ces adhérences, suivant leur siège, présentent souvent des aspects semblables à ceux décrits sous le nom de membrane araignée de MORRIS, de voile de HARRIS ou de membrane de MAYO, mais elles apparaissent moins limitées et moins précises que dans les descriptions de ces auteurs. Enfin, il nous faut rappeler la grande fréquence du méga-sigmoïde, du méga-côlon transverse et des trainées de mésentérite rétractile chez l'Arabe.

Ces grosses lésions de tumeur inflammatoire faisant un bloc difficile et dangereux à dissocier, entre le duodénum, le côlon, le pancréas et la vésicule ou le bord inférieur du foie (souvent gros foie, grosse rate chez les Arabes qui sont très fréquemment paludéens) expliquent qu'il est impossible d'entrevoir ici, l'exérèse complète, la résection des lésions non seulement lorsque le siège est duodénal ou pyloro-duodénal, mais même lorsqu'il est au niveau du pylore ou du prépylore. Voilà pourquoi on se décidera presque toujours à faire une simple G. E. A. D'ailleurs, dans ces cas, lorsqu'on a voulu, malgré tout, tenter la résection large, la statistique montre une mortalité effroyable et dans un cas la mort, ainsi que le releva l'autopsie, fut due à une stéatonécrose aiguë.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne répéterons pas ici les symptômes des ulcères de l'estomac ou du duodénum. Les signes subjectifs ou objectifs ont été étudiés ces dernières années avec un soin particulier et soumis à une critique raisonnée et contrôlée par différents moyens d'investigation.

Nous signalerons au contraire, d'une part, les signes spéciaux que nous rencontrons chez les indigènes souffrant d'affection gastrique et nous esquisserons le tableau clinique tel qu'il se présente dans la majorité des cas.

Comme nous l'avons déjà dit, les malades ne viennent qu'assez tardivement à l'hôpital. Sadiki est la dernière station de leur calvaire gastrique dont l'avant-dernière est l'apposition de tatouages ou de brûlures.

En effet, il existe en Tunisie, comme partout ailleurs, des gens dont la réputation de guérisseurs leur attire les malades. Ils correspondent à nos sorciers. Ils ont, dans leur arsenal thérapeutique, le tatouage (1) et le fer rouge. C'est au malade de choisir, selon sa crainte de la douleur, mais

(1) Le tatouage est fort répandu chez les Arabes, surtout en Tunisie. D'après le docteur GOBERT qui l'a étudié (*Revue d'Anthropologie*, tome XXXIV, 1924): « Le tatouage médical, qu'il soit exécuté par le patient lui-même ou un ami, ou un professionnel bénéficiaire ou dispensateur d'une sainte bénédiction, est toujours incisé à la mechelta ou scarificateur. La figure tracée est, d'une façon constante, quelqu'un des éléments de la décoration géométrique courante parmi les populations Berbères: losanges, peigne, chevron pectiné, triangle et leurs associations. »

lorsque le premier a échoué, ils surmontent leur appréhension et se livrent volontairement au fer. Car ainsi que le dit le proverbe arabe : « *Ikhir Ecttoub el Kai* » — la fin de la médecine est la brûlure — pour échapper à la souffrance, les patients subissent la torture du feu. Le malade est alors couché, le guérisseur fait rougir un fer volumineux du diamètre d'une pièce de 1 fr. et pour les gens pusillanimes emploie, comme anesthésique indirecte, la présence des femmes. L'amour propre du patient dépasse le besoin de se plaindre et il retient les cris qui lui seraient légitimes de pousser.

On applique le fer rouge et on le laisse sur le tégument jusqu'à ce que la peau éclate.

Le siège d'application est celui de la douleur maximum. Nous avons trouvé chez nos malades des cicatrices, soit franchement à droite de la ligne médiane, dans la région épigastrique, sur le duodéno-pylore ; c'est rare. Plus souvent, il y a une couronne de larges pointes de feu au-dessus de l'ombilic et occupant toute la région épigastrique ; parfois, l'application correspond nettement aux points céliaciques (solaire et para-ombilicaux) ; d'autres fois, ce sont de larges traînées de feu (dues à l'application d'un dos de faucille rouge) horizontalement situées dans la même région. S'il y a des irradiations douloureuses, les points d'irradiation sont marqués ; par exemple, au niveau de la colonne dorsale, ou encore dans la partie droite de l'espace interscapulaire.

Il semble que l'on ait appliqué le feu, d'une part là où siègeait la douleur maximum et, d'autre part, là où elle s'irradiait — comme si l'on eut voulu, là, guérir le mal et, ici, l'empêcher de progresser.

La résistance de certains de ces malheureux à la douleur est inimaginable. Nous pouvons citer l'exemple d'un Algérien — porteur d'ulcus duodénal vérifié opératoirement — qui combattait son mal par l'exposition de son corps à un feu de braise ardente. Il en résulta une vaste brûlure s'étendant sur toute la paroi abdominale antérieure, ainsi que sur les faces internes des cuisses et des jambes, car le malade était assis les jambes pliées et mettait le « canoun (1) » entre elles et au contact de la peau de l'abdomen, puis s'entourait et recouvrait ses membres inférieurs de son vêtement.

La pratique du tatouage est moins douloureuse que la brûlure et s'inspire des mêmes idées directrices. On tatoue là où la douleur est maximum et on arrête le tatouage là où la douleur cesse. Les signes de tatouage n'ont aucune valeur spéciale. Parfois le guérisseur cherche encore à faire de son tatouage thérapeutique un sujet de coquetterie.

Ces signes révèlent donc chez ces malades l'ancienneté des douleurs, leur localisation maximum et leurs irradiations. Ils correspondent presque toujours à une lésion organique. Dans les cas particuliers de brûlures ou de tatouages appliqués pour des phénomènes digestifs, l'opération démontra la réalité d'une lésion organique ; ulcère de l'estomac, plus souvent du duodénum ; exceptionnellement ce fut une lithiase vésiculaire. Nous avons constaté des traces d'application du fer rouge au niveau des points

(1) Le « canoun » est un réchaud en terre, très répandu dans l'Afrique du Nord. Il contient de la braise incandescente. Il sert surtout aux femmes arabes pour se chauffer. Elles l'utilisent en le mettant devant elles, alors qu'elles sont assises à peu près en « tailleur ». Cela détermine un état de pigmentation marbré spécial de la peau des faces internes des cuisses et des jambes à qui l'on a donné le nom de maladie du canoun. Cet aspect marbré rappelant celui que produit l'exposition continuelle à la lumière de la lampe à mercure se voit chez presque toutes les vieilles femmes.

douloureux scapulaires postérieurs classiques. Dans un cas, il y avait des calculs dans la vésicule ; dans un autre, la vésicule était soudée complètement dans le bloc d'une tumeur duodéno-pylorique.

Les malades viennent, le plus souvent, souffrant depuis des années. Les douleurs, au début, apparaissaient après les repas : à siège épigastrique, s'irradiant vers l'hypocondre droit. Est-ce un défaut d'observation des malades, ils signalent peu la périodicité des crises, ils souffrent plutôt d'une façon constante. Le plus souvent le malade *se fait vomir* pour soulager sa douleur. Plus exceptionnellement, les vomissements sont spontanés. Nous pensons que les malades ont reconnu l'effet bienfaisant du vomissement provoqué et, qu'ensuite, à la moindre gêne, ils l'utilisent. Au début, ils signalent l'effet nuisible des repas abondants, ils diminuent d'eux-mêmes la quantité des aliments.

Les vomissements sont acides, aigres. Conservation de l'appétit et état général relativement satisfaisant. Constipation opiniâtre.

Avec la durée de l'évolution, les douleurs perdent tout horaire et le malade se plaint de souffrir constamment. Douleurs plus marquées lorsque le malade est debout. Au contraire le décubitus dorsal, la chaleur soulagent ces malades. Ces symptômes sont peut-être fonction de la péri-gastrite ou de la périoduodénite et des adhérences. Mais nous devons signaler que les repas ne sont nullement réguliers.

Les signes de sténose n'ont rien de particulier : tension intermittente de l'épigastre, ondes péristaltiques. Clapotage gastrique à jeun. Le lavage d'estomac ramène le plus souvent des liquides de stase à jeun. Tous signes habituels de la sténose gastrique.

Cependant nous devons attirer l'attention sur l'exception des hématomés. Les malades parlent plus facilement de méléna, mais interprètent-ils exactement ce phénomène ? Il est également exceptionnel d'avoir à signaler les grandes hémorragies intestinales. La radiographie nous montre rarement des images caractéristiques d'ulcère stomacal ou duodénal. Elle ne vient le plus souvent que confirmer le diagnostic évident et clinique de la sténose et constater l'évacuation retardée de l'estomac. Il a été signalé plusieurs fois une dilatation du bulbe duodénal.

Mais l'intensité des douleurs, la fixité de leur siège, leur relation avec l'alimentation permettent, en étudiant chaque symptôme et leurs associations, le diagnostic de lésion gastrique ou duodénale. Très rarement on dut se borner à penser, sans la définir, à une lésion du carrefour. La laparotomie exploratrice, premier temps de l'intervention, précisera le diagnostic.

Nous donnerons quelques-unes des observations de malades que nous avons suivis.

Statistique de l'Hôpital Sadiki

Avril 1919 - Juin 1924

A. — 1° **Nombre total des interventions portant sur l'estomac : 304.** Mortalité totale : 22, soit 7,27 %.

2° **Nombre total des G. E. A. : 278:** Mortalité générale des G. E. A. : 11, soit 3,98 %.

Autres interventions : 26. Mortalité : 11, soit 42,3 %, soit :

1° Laparotomie exploratrice: 4;

2° Perforation d'ulcus duodénal, fermeture simple de la perforation: 3 (opéré en pleine péritonite 4°, 5° jour), 3 morts ;

Fermeture avec G. E. A. complémentaire: 1 (opéré en pleine péritonite 4°, 5° jour), 1 mort ;

Fermeture perforation avec G. E. A. complémentaire: 1 (opéré dans les premières heures), guérison;

3° Excision d'ulcus Balfour et G. E. A.: 2. Décès: 0;

4° Résection large d'ulcus et G. E. A.: 4. Décès: 1, 25 %;

5° G. E. A. antérieure et jéjunostomie: 1. Décès: 0;

6° Pylorectomie : Péan : 1 ; Billroth : 8. Décès : 5, 55,5 %;

7° Hémigastrectomie: 2. Décès: 1, 50 %.

B. — **Ulcus : 239.** 226 hommes, 13 femmes (début 1923-juin 1924).

G. E. A. pour ulcus : 224, dont 214 chez des hommes, 10 chez des femmes.

Mortalité des G. E. A. pour ulcus : 3 décès hommes :
1° broncho-pneumonie septième jour; 2° G. E. A. sans
décollement épiploïque, le quatrième jour; 3° G. E. A. par
le procédé de Ricard, mort de syncope une heure après
l'opération.

Donc mortalité des G. E. A. pour ulcus : 1,33 %.

Mortalité dans les autres interventions pour ulcus: Per-
foration ulcus duodénal : 4 opérés 4°, 5° jour : 4 morts,
100 %; 1 opéré dans les premières heures: guérison.

Résection et G. E. A.: 4; 3 hommes, un mort d'hémor-
ragie le deuxième jour; 1 femme. Mortalité, 25 %;

7 Pylorectomies, 4 décès, 57 %;

2 Hémigastrectomies, 1 décès, 50 %;

2 Balfour avec G. E. A., sans décès.

Lésions gastro-duodénales ulcéreuses : 239.

<i>Estomac</i> , 112, dont :	Hommes	Femmes
12 petite courbure	12	»
4 faces	4	»
12 antre pylorique	11	1
94 pylore	91	3
19 duodéno-pylorique	19	»

Duodénum : 85.

1 ^{re} portion (dont 1 sur 2 ^e portion)	78	7
5 perforations d'ulcus duodénal	5	»
1 ulcus double	»	1

Cancers :

30 cancers estomac dont 4 cas douteux	26	4
---	----	---

Tumeurs :

30 cas dénommés « tumeur » :

—	Estomac : petite courbure	3
—	pylore	6
—	duodéno-pylore	9
—	duodénum	12

Chez l'homme, proportion d'ulcus duodéal vrai au nombre total d'ulcères : 37,61 %;

Chez l'homme, proportion d'ulcus duodéal et d'ulcères duodéno-pyloriques, au nombre total d'ulcères : 46 %;

Chez la femme, proportion d'ulcus duodéal, au nombre total d'ulcères : 55 %.

OBSERVATIONS

Nous donnerons quelques observations personnelles où l'on pourra constater la similitude de l'Histoire clinique ainsi que l'apparence semblable de lésions constatées opératoirement.

OBSERVATION I

Histoire clinique (Traduction)

M... Guarziou, 60 ans, origine Djerba.

Début de l'affection gastrique il y a cinq ans. Depuis deux ans éprouve des douleurs presque continues au niveau de l'ombilic. Ces douleurs s'accroissent après les repas. Pour se soulager, il est *obligé de se faire vomir*. Les matières rendues sont liquides, aigres, et parfois verdâtres. La pâte d'orge le soulage un peu. Après le repas le ventre est ballonné. Lorsqu'il a faim il est un peu soulagé mais il craint le repas prochain. Constipation. Le bicarbonate de soude, pris quelquefois, lui procurait un petit soulagement mais, par contre, augmentait les regurgitations acides, ce qui a amené le malade à n'en plus prendre. Amaigrissement progressif, n'a jamais eu d'ictère. Prenait autrefois des mets piquants. Wassermann négatif.

Examen. — N'a pas mangé depuis cinq heures. Voussure épigastrique, clapotage gastrique. On provoque assez facilement des contractions péristaltiques visibles à travers la paroi. L'estomac se dessine en cornemuse dans la partie sus-ombilicale. La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse. On ne perçoit aucune tumeur. Gargouillement cæcal très marqué. Le malade indique

un point douloureux à gauche de la ligne médiane dans la région épigastrique. Pas de point phrénique. Pas de points douloureux dorsaux.

Poumons : rhoncus en arrière des deux côtés.

Cœur : premier bruit bondissant. Souffle extra-cardiaque.

Léger œdème des jambes. Hernies inguinales doubles réductibles.

Diagnostic : Sténose par ulcus pylorique ?

Radioscopie. (Docteur DE BEAUJEU). — Diaphragme gauche surélevé. Estomac transversal. Bas four dilaté. Antre pylorique surélevé. Contractions très vives. Passage invisible. Après cinq heures gros résidu contractations encore visibles. Enorme aérocolie de l'intestin.

Opération. — Docteur BRUN. Aide M. RONCHOT. A. G. éther. (15 juillet 1924.)

A l'ouverture du ventre, l'estomac paraît énorme. Les parois sont épaissies. Il existe, au niveau de la première portion du duodénum, presque au niveau de son premier angle, un ulcus cicatriciel des plus nets, avec de la périduodénite qui rend adhérent l'angle duodénal avec la vésicule biliaire. Toute la première portion du duodénum est dilatée extrêmement et rouge. Cette rougeur s'étend à toute la région du pylore et de l'angle pylorique. Il existe au niveau du prolongement supérieur de la tête du pancréas un noyau gros comme une noix, très dur. En soulevant le côlon transverse, on s'aperçoit qu'il existe un étranglement de l'angle duodéno-jéjunal, par une bride qui va de la face inférieure du méso-côlon transverse à la racine du mésentère. Il existe, en outre, de nombreux ganglions, aussi bien à la grande qu'à la petite courbure. G. E. A. transmésocolique postérieure après effondrement gastrocolique. Paroi en un plan aux doubles crins. Durée, 16 minutes. Sort guéri le 2 août 1924.

OBSERVATION II

Ulcère duodénal. Périduodénite. G. E. A. Durée, 26 minutes.

Tahar C. A., 49 ans. Porto-Farina.

23 juin 1924. Vient pour douleurs dans la région épigastrique et vomissements. Paludisme non traité. Pas de typhoïde. Pas

d'ictère. Début de l'affection il y a 18 ans. Douleurs survenant surtout en hiver et surtout dans la nuit. Ne peut préciser l'horaire des douleurs. Vomit depuis huit jours (matières liquides et aigres). Malade ne pouvant supporter que le lait et l'eau. Vomissements le soulageant un peu.

Constipation. Douleur au creux épigastrique.

Sans irradiation. Buvait des boissons alcoolisées et prenait des mets piquants. Amaigrissement ces derniers temps.

Examen. — Malade d'aspect robuste, pas très amaigri.

Abdomen : On constate des cicatrices de brûlures, à droite et à gauche de l'ombilic, également sur la ligne médiane au niveau du creux épigastrique. L'abdomen est plutôt rétracté. La palpation de la partie sous-ombilicale est souple et non douloureuse. On sent l'S iliaque. La pression détermine de la douleur autour de l'ombilic et dans l'hypocondre droit, mais le point douloureux maximum se trouve juste au-dessus de l'ombilic, les battements aortiques nettement exagérés. Contracture du ventre supérieur du grand droit droit.

Pas de clapotage gastrique quatre heures après l'absorption de lait.

Pas d'ondes péristaltiques. Foie et rate non sentis.

Pas de points douloureux dorsaux. Pupilles réagissent à la lumière, mais irrégulières. Réflexes achilléen et rotulien normaux. Wassermann négatif. Tubage à jeun ne ramène rien.

Radioscopie. (Docteur DE BEAUJEU et M. RONCHOT). — Estomac petit vertical, courbures régulières. Contractions visibles hyperkinésiques. Bulbe duodénal déformé.

Opération. — Docteur BRUN. Anesthésie éther. (23 juin 1924.)

Laparotomie sus-ombilicale sur laquelle on fait une incision transversale sus-ombilicale droite. On trouve, au niveau de la deuxième portion du duodénum, une dépression cupriliforme correspondant à l'ulcère auquel on est parvenu après avoir sectionné de nombreuses brides inflammatoires, réunissant le colon transverse, duodénum, vésicule biliaire et foie. Effondrement gastro-colique, brides de périgastrite dans l'arrière-cavité des épiploons. On constate au niveau du pancréas un noyau induré. Au niveau de l'angle duodéno-jéjunal on sectionne une bride péritonéale.

La palpation au niveau de l'ulcère montre une tumeur grosse

comme une noix se continuant sans ligne de démarcation nette sur le pancréas induré. On trouve deux ganglions inflammatoires au niveau de la racine du méso-côlon droit.

G. E. A. transmésocolique, procédé de Ricard. Suture de la paroi. Surjet péritonéal catgut n° 3. Points séparés au catgut. Crins sur la peau. Sorti guéri le 18 juillet 1924.

OBSERVATION III

Tumeur duodéno-pylorique, G. E. A. Durée, 18 minutes.

Y. C. M. Djendoub, 25 ans, Souk-el-Arba.

9 juillet 1924. Début de l'affection actuelle il y a trois ans. Douleurs commençant dans la fosse lombaire droite, au niveau du rebord costal, et vont jusque dans l'hypocondre gauche, puis se localise dans le creux épigastrique ? Survenant sans horaire fixe, parfois avant les repas, mais surtout après les repas. Elles débutent une demi-heure après les repas, puis deviennent si fortes qu'elles obligent le malade à se faire vomir. Il est alors soulagé. Les matières vomies contiennent des débris alimentaires et sont aigres. Depuis un mois et demi, douleurs se localisent en un point de l'hypocondre droit correspondant à la situation de la vésicule biliaire. Conservation de l'appétit. Pas de constipation. Wassermann négatif.

Examen. — Abdomen souple. Le malade indique une douleur très vive à la pression profonde sous les fausses-côtes. Pas de contraction du grand droit. Le foie est petit, non perçu, même pas à la palpation sous-costale, celle-ci réveille de la douleur. Point cervical droit. Clapotage gastrique cinq heures après le repas. Point appendiculaire.

Poumons : respiration rude aux deux sommets.

Cœur : premier bruit prolongé. Tendance au rythme de galop.

Résumé. — Sténose pylorique due à un ulcère juxta-pylorique évoluant sur un terrain non indemne d'imprégnation bacillaire.

Radioscopie. (Docteur DE BEAUJEU). — Estomac petit adhérent au foie. Contractions peu vives. Evacuation normale. En résumé, adhérences gastro-hépatiques.

Opération. Docteur BRUN. Aide, SI SADOK. A. G. éther. Durée, 18 minutes. (15 juillet 1924.)

Le lavage d'estomac à jeun, une heure avant l'opération, ramène quelques débris alimentaires.

On tombe sur une tumeur de la région pylorique qui a le volume du poing et adhère en arrière à la tête du pancréas. Cette tumeur est lobulée. Il semble que le péritoine qui la recouvre est légèrement œdémateux. Il n'existe pas de ganglions gastriques.

G. E. A. transmésocolique à la suture. Paroi en un plan aux doubles crins. Sorti guéri le 30 août 1924.

OBSERVATION IV

Ulcère de la portion mobile du duodénum. G. E. A.

A. T. M. Daden, 45 ans. Touat.

Début il y a sept ans, souffrant de douleurs dans le creux épigastrique, sans horaire ni durée fixes, mais surtout très marquée la nuit. Les repas ne lui provoquaient aucune gêne et n'activaient pas les douleurs. Depuis deux ans et demi, il éprouve des douleurs si fortes, deux heures après les repas, qu'il est obligé de se faire vomir. Vomit tous les jours. Matières rendues avec débris alimentaires, sont aigres. Constipation. Ne buvait pas de boissons alcooliques. Prenait des mets piquants.

Examen. — 23 juin 1924. Ventre un peu météorisé, sous l'effet de frôlements cutanés l'estomac se met en tension. Pas d'onde péristaltique visible. Les douleurs spontanées siègent sur la ligne médiane sus-ombilicale et s'irradient vers l'hypocondre droit. Douleur à la pression, surtout marquée au niveau du quadrant supérieur droit sus-ombilical. Pas de contracture du grand droit droit. Pas de sensation de tumeur ni de périgastrite. Malade amaigri, appétit conservé.

Diagnostic : Sténose par ulcus duodéno-pylorique.

Poumons : signes de bronchite chronique.

Cœur : rien à signaler. Wassermann négatif.

Radioscopie. (Docteur DE BEAUJEU). — Estomac dilaté. Contractions très vives. Antre pylorique agrandi. Depuis six heures rendu énorme.

Opération. Docteur BRUN. Aide, M. RONCHOT. A. G. éther. Durée, 20 minutes. (31 juin 1924). — Laparotomie sus-ombilicale médiane. Estomac dilaté. On trouve au niveau de D 1, à un

centimètre du pylore, qui est nettement senti par la palpation et qui est souple, une cicatrice sur la face antérieure du duodénum, à peu près au niveau du bord inférieur du petit épiploon. La pylorique veine est à un centimètre en dedans, à gauche vers l'estomac. La vésicule est rétractée sans calcul perceptible. Le petit épiploon présente un bord libre très oblique en haut et à droite. La séreuse, à son niveau, ne laisse pas apercevoir les éléments du pédicule hépatique. Limitant la pars-flaccida, on sent un cordon qui descend du foie et qui semble être l'artère hépatique déplacée vers la gauche. A travers la pars-flaccida qu'on effondre, on aperçoit la tête du pancréas et, introduisant alors l'index dans l'hiatus de Winslow, le pouce reposant au niveau de la cicatrice de l'ulcère, on sent à l'intérieur de la tête du pancréas, au-dessous de l'ulcus, un noyau net, dur, bien limité, de la grosseur d'une noix. G. E. A. transmésocolique, procédé de Ricard. Sorti guéri.

OBSERVATION V

H. C. H. Khe, 43 ans. Adouja.

18 juillet 1924. Début imprécis ; il y a dix mois a eu une forte fièvre l'alitant pendant un mois, depuis douleurs dans le ventre. Après les repas son ventre est ballonné et les douleurs sont plus fortes. Celles-ci surviennent sans horaire fixe et durent une semaine de suite, avec des périodes de soulagement de deux, trois jours. Ne vomit pas. Conservation de l'appétit, mais évite de manger de crainte de souffrir après le repas. Diarrhée. Amaigrissement et affaiblissement progressif.

Examen. — Malade affaibli, très amaigri, cachectique. Abdomen légèrement ballonné. La palpation est légèrement douloureuse dans tout le ventre, mais surtout à gauche de l'ombilic. Pas de clapotage quatre heures après le repas. Rate déborde les fausses côtes. Bronchite chronique.

Radioscopie. (Docteur DE BEAUJEU). — Estomac légèrement oblique. Courbures régulières. Après sept heures, gros résidu. Lésion pylorique.

Intervention. M. RONCHOT. Aide, M. le docteur BRUN. A. G. à l'éther. Durée, 30 minutes. (7 août 1924.)

Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est dilaté et ptosé. On ne découvre aucune trace ni cicatrice d'ulcère. La vésicule est grosse, ne présente pas de calcul, est saine d'apparence. Mais on trouve une bride de périgastrite nette au niveau de l'antrum pylorique. On la sectionne. Le pylore est souple. Le bulbe duodénal est dilaté. La palpation ne révèle aucun ulcère. En présence des phénomènes de sténose, on pratique une gastro. Décollement colo-épiploïque. On arrive dans l'arrière-cavité et on constate que la face postérieure de l'antrum pylorique présente de la périgastrite adhésive. On la libère avec précaution aux ciseaux et on constate aucune trace d'ulcus sur la paroi stomacale postérieure. G. E. A. transmésocolique postérieure, anastomose latéro-latérale sur l'antrum pylorique à la suture par le procédé habituel. Fermeture de la paroi en un plan aux doubles crins.

OBSERVATION VI

Sténose serrée du pylore. G. E. A. sous simple anesthésie locale de la paroi abdominale. Durée : 30 minutes.

H. Abrassi, 40 ans, Médenine.

27 septembre 1924. Début il y a dix mois. Le ventre se ballonne, dès le début de sa maladie, immédiatement après les repas. Régurgitations acides. Le malade, pour diminuer sa souffrance, est obligé de se faire vomir. Depuis cinq mois, il éprouve immédiatement après les repas des douleurs très vives au creux épigastrique qui ne sont supprimées que par le vomissement provoqué. Aurait eu trois hématomés ? le premier mois de son affection. Constipation. Ne prenait pas de boissons alcooliques, mais des mets piquants.

Examen. — Malade très amaigri, très cachectique déshydraté : les téguments conservent les plis de pincement. Abdomen en bateau. Clapotage gastrique quatre heures après le repas. Douleur à la pression localisée dans la région épigastrique sur la ligne médiane. Pas d'autres points douloureux.

29 septembre 1924. — *Radioscopie* (Docteur de BEAUJEU). — Estomac dilaté. Déformation de la Région pylorique. Enorme résidu après six heures. Sténose du pylore.

Opération. — 2 octobre 1924. Le malade est tellement cachectique et deshydraté que, depuis son entrée, on l'a traité par des injections massives de sérum glucosé ; huile camphrée.

Intervention (M. RONCHOT ; aide : Si Sadok) :

Pas d'anesthésie générale. Injection sous-cutanée de 2 centigr. de morphine. Anesthésie locale de la paroi épigastrique médiane à la vérocaïne ; parfaite. Laparotomie sus-ombilicale médiane. On libère une adhérence vésiculaire étendue, mais fragile, sur le duodéno-pylore. L'estomac, très dilaté, est libre d'adhérences. Au niveau du prépylore existe une grosse tumeur du volume d'une prune : tumeur dure, arrondie, bien limitée, sans infiltration marquée de la paroi stomacale et sans modification d'aspect. Le long de la grande courbure, deux ganglions du volume d'un petit haricot. Effondrement gastro-colique, libération au ciseau de quelques brides légères de périgastrite. G. E. A. transmésocolique postérieure par le procédé ordinaire. Paroi en un plan au doubles crins.

Il y aurait lieu de proposer une deuxième intervention pour faire l'ablation de cette tumeur localisée et relativement mobile.

Suites opératoires. — Le malade a été peu choqué et l'anesthésie locale a été précieuse. Le 8 octobre 1924 : les suites opératoires semblent devoir être très simples, le malade se sent bien et trouve que sa ration de deux litres de lait ne suffit pas à son appétit.

Cette observation est banale chez les malades venant à Sadiki pour sténose pylorique, elle n'a ici pour but que de montrer la possibilité et l'avantage que l'on a à opérer ces cachectiques, sous une simple anesthésie locale à la vérocaïne. Avec l'injection concomitante de morphine la douleur due à la traction des mésos est très facilement supportée par les opérés.

MALADES REVUS

Sur 304 opérés, 26 malades ont été revus. Il faut faire remarquer que fréquemment à l'opération, l'étendue et l'aspect des lésions étaient tels que le diagnostic *à priori* de cancer s'imposait à l'esprit. Assez souvent l'évolution

postopératoire démontra l'erreur d'un pareil diagnostic si bien que par la suite devant ces masses adhérentes et faisant bloc accompagnées de ganglions nombreux, il fut plus sagement porté le diagnostic de tumeur sans préjuger ainsi de leur nature vraie.

Nous devons souligner le petit nombre de malades revus : 18 ulcéreux sur 239 opérés. Et pourtant il reviennent à la moindre alerte. Tout récemment encore nous avons revu un ancien opéré il y a trois ans qui, souffrant de nouveau depuis dix jours, n'hésita pas à venir de l'extrême sud pour consulter. Nous devons également insister sur la facilité d'exagération de ces malades, qui se plaignent sans hésiter et pour peu de chose. L'Arabe accepte volontiers l'intervention chirurgicale, l'exige souvent, se flatte de nombreuses interventions subies, il est donc permis de conclure de ce que sa psychologie a pu nous apprendre que si il ne revient pas c'est que l'opération l'a satisfait.

Sur les 26 malades revus : 7 ont présenté une éventration. Trois fois le diagnostic de cancer de l'estomac porté opératoirement a été douteux par la suite — car un malade fut revu quinze mois après — un second a subi, trois mois après, une laparotomie et on ne constata plus qu'une tumeur au niveau de la tête du pancréas. Le troisième est opéré une deuxième fois cinq mois après ; un ganglion fut prélevé et ne montra aucune métastase histologique (1).

Les récidives se présentèrent dans deux cas : après une

(1) Ces cas, dès l'abord diagnostiqués cancer, n'ont donc été que des ulcères avec grosse prolifération inflammatoire et adhérences; ceci a son importance au sujet de la transformation des ulcères en cancer. Les indigènes, d'ailleurs, présentent surtout des ulcères duodénaux et peu de cancer de l'estomac. Par contre, en France, l'ulcère-cancer est une notion admise par tous les auteurs, mais à l'inverse de ce qui se présente chez les Arabes, il semble qu'il s'agisse là d'ulcère de l'estomac plutôt que d'ulcère de la région duodénale.

amélioration de douze mois il y eut, chez un malade, récurrence de la douleur et des phénomènes de sténose ; chez l'autre, trois ans après, la douleur et les vomissements réapparurent ; la radioscopie montra un retard de l'évacuation du bismuth par la bouche de la gastro.

Dans un autre cas, après dix mois, le malade, amélioré, dit avoir eu du *melæna*.

Dans deux cas les malades présentèrent le syndrome secondaire à la G. E. A. décrit par DENÉCHAU.

Chez les autres malades revus, les résultats au point de vue gastrique furent bons et les malades n'exprimèrent aucune plainte.

TRAITEMENT

Chez la plus grande majorité de ces malades en puissance d'ulcères gastriques ou duodénaux, on s'est borné à n'exécuter qu'une simple gastro-entéro-anastomose et l'on peut considérer cette intervention comme nécessaire et suffisante à elle seule en fait de traitement chirurgical approprié à ces lésions ulcéreuses.

Pareille manière de voir semblera aujourd'hui bien prudente, désuète même, alors que la résection de l'ulcus et que les gastrectomies partielles doivent être prônées et considérées comme le traitement de choix.

Certes, leur technique bien réglée a donné de beaux succès. Mais vouloir généraliser envers et contre tout un procédé toujours brillant, assez souvent heureux, ne serait cependant pas une méthode sans danger pour le chirurgien soucieux du cas particulier et des possibilités anatomiques. Une méthode doit se juger à des résultats pratiques et, en chirurgie, le mieux risque fort d'être l'ennemi du bien.

Car devant ces malades, le chirurgien se trouve vis-à-vis de lésions bien spéciales. En effet, la lecture de notre statistique montre qu'en Tunisie, dans le milieu indigène, la localisation des ulcères est surtout duodéno-pylorique et

duodénale. La lecture de quelques observations fait remarquer qu'ils sont toujours accompagnés de périoduodénite, de péricholécystite et surtout de gros noyaux de pancréatite chronique avec lesquels ils font bloc.

Ce sont ces constatations opératoires qui ont imposé la technique suivie qui, dans la très grande majorité des cas, a été une simple G. E. A. Les partisans des interventions radicales formulent contre la G. E. A. trois ordres de critiques :

1° l'ulcère peut se cancériser.

Ou bien on peut se trouver en présence d'un *ulcéro-cancer* dont le diagnostic macroscopique, même pièce en mains, est impossible. Quelle que soit l'opinion admise : forme ulcéreuse d'un cancer à marche lente comme le veut l'Ecole de TRIPIER — ou dégénérescence cancéreuse d'un ulcère — il ne semble pas que sa fréquence (9 % LEBERT) (21 % HAYEM) dépasse la mortalité des grandes résections gastriques. Les deux conduites opposées : larges excrèses : simple G. E. A., font courir des chances égales au malade. Quant à nos cas d'ulcères, ils se différencient de l'ulcéro-cancer étudié chez les Européens; ici, siège pylorique près de la petite courbure ; là, siège surtout duodénal ou duodéno-pylorique, formant un bloc impossible à enlever sans craindre une mortalité immédiate dépassant de beaucoup le pourcentage des risques d'ulcéro-cancer !

2° L'évolution de l'ulcère n'est en rien changée. La reprise des douleurs, la possibilité d'hémorragie et de la perforation subsistent. La G. E. A. a traité les symptômes mais non la lésion.

3° Le risque de l'ulcus peptique.

A ces trois ordres de griefs, on peut répondre par trois

ordres de faits qui justifient la conduite tenue. Il existe pour toute la population indigène qu'un seul hôpital chirurgical avec ses conséquences, les malades revenant soit pour toute affection de leur estomac, soit pour toute affection intercurrente.

1° Il ne nous a pas été donné de constater la *cancérisation* et non pas parce que le cancer n'existe pas chez les Arabes comme certains l'ont soutenu;

2° Dans les cas où l'on fut obligé de réintervenir ce fut :

a) Parce que la bouche anastomotique avait été placée primitivement trop haute.

I. — OBSERVATION Salah C. M. Ayard, 40 ans, Tunis.

Première opération. 8 septembre 1917. G. E. A., par le docteur MOREAU, pour cancer du pylore.

Après l'opération est resté un an sans vomissements ni douleur. Depuis trois ans, vomissements acides, crises douloureuses par périodes.

Radiographie. — Bouche de G. E. A. fonctionne bien. Estomac se contracte normalement. Retard d'évacuation.

Deuxième opération. 14 février 1922. Docteur BRUN.

La bouche de G. E. A. est trop haute, mais n'est le siège d'aucun processus pathologique. Le pylore est très rétréci, il semble bien qu'il fut le siège d'un ulcère pris pour un cancer par le docteur MOREAU. Sa cicatrisation est aujourd'hui parfaite. Par contre, au milieu de la petite courbure, il existe un volumineux ulcère. Celui-ci est réséqué par une incision cunéiforme (surtout dans le but d'en pratiquer l'examen histologique). On fait un double plan sur l'estomac, qu'on enfouit. Paroi en un plan. Sorti, le 27 février 1922, guéri.

Réponse du laboratoire : Ulcus banal avec gastrite hypertrophique ; infiltration lymphoïde périglandulaire avec nombreux éosinophiles.

Au sujet de cette observation, faisons remarquer qu'à la suite de la première G. E. A. l'ulcus pylorique avait guéri

et s'était complètement cicatrisé. Par la suite, la récurrence des symptômes était due à un nouvel ulcus récidivé sur la petite courbure.

b) On réintervint chez un malade qui, après une première intervention (G. E. A.) par le docteur BRUNSWICK, présenta de nouveau des *phénomènes douloureux*.

II. — OBSERVATION Hassine C. M.

Première opération. G. E. A., docteur BRUNSWICK, il y a six ans.

Deuxième opération. 17 août 1919. Docteur BRUN. — A l'ouverture on constate qu'il s'agit d'un estomac biloculaire lié à la présence d'un ulcus cicatriciel de la petite courbure, en ce point l'estomac est si serré qu'il n'est pas plus gros qu'un crayon. Plus loin on voit l'antrum pylorique et on peut toucher le pylore. Toute la portion de l'estomac sur laquelle s'abouche l'anastomose est absolument cartonnée. La bouche de gastro était elle-même le siège d'un ulcus peptique formant là un ulcus calleux. On enlève cette anastomose, que l'on bride au thermo. Double surjet sur la bouche intestinale. On termine par une G. E. A. entre la poche supérieure et la portion initiale du jéjunum.

c) Dans un cas récent, un malade ayant été lors d'une première intervention gastro-entérostomisé pour ulcus duodénal, *ne se trouva point nettement soulagé comme il est de règle après la G. E. A.* Il se plaignait de souffrir après les repas. On intervint une deuxième fois. On fit une gastrostomie et on constata la présence d'un fil de lin attaché à la cicatrice de la bouche de gastro. L'ablation de ce fil amena la cessation complète des douleurs.

III. — *Voici cette observation :*

M. C. Salah, 45 ans. Nianou.

Rien dans les antécédents. Début de l'affection actuelle il y a quatre ans. Se plaint de douleur dans la région épigastrique, survenant sans horaire fixe. Depuis un an et demi ces douleurs

sont suivies, lorsqu'elles sont très fortes, de vomissement spontané qui les calme immédiatement. Les matières rendues sont aigres. A des régurgitations acides. Pas d'hématémèse. Est très amaigri.

Examen. — Ventre incurvé en bateau. Clapotage gastrique. Palpation réveille une légère douleur dans le creux épigastrique et surtout à droite de la ligne médiane. Le lavage d'estomac, pratiqué à jeun une heure avant l'intervention, ne ramène rien. Réaction de Wassermann négative.

Première opération. 17 avril 1924. Docteur BRUN. Durée, 21 minutes. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale médiane. Il existe d'abord de la périhépatite et de la péricholécystite. L'angle colique droit est adhérent au foie et à la vésicule qui, elle-même, en dedans, est très adhérente au duodénum. En libérant ces adhérences, on tombe, au niveau de l'angle duodénal, sur un ulcus cicatriciel des plus nets, déprimé en cupule. Au niveau de la tête du pancréas deux gros noyaux de pancréatite chronique, gros comme deux noix. La face postérieure de l'estomac présente de nombreuses trainées blanchâtres l'unissant à la face postérieure du méso-côlon transverse. L'angle duodéno-jéjunal est uni à la face inférieure du méso-côlon par des trainées blanchâtres.

On fait une G. E. A. transmésocolique. Paroi en trois plans.

Le malade continue à souffrir. On fait, le 2 août 1924, la radioscopie (docteur J. DE BEAUJEU). La bouche de gastro se remplit de bismuth sur une longueur de quatre centimètres. Au delà on ne voit plus rien. Après cinq heures, gros résidu. Un peu de bismuth et dans le grêle sténose sur l'anse de gastro. Après 24 heures, évacuation, le bismuth est dans les coloses ascendant transverse et descendant.

Radiographie. 8 août 1924. — Gros résidu dans l'estomac. Sténose probable sur l'anse grêle de gastro.

13 août 1924. Le lavage d'estomac, pratiqué à jeun une heure avant l'opération ramène du liquide jaunâtre.

Deuxième opération. Docteur BRUN. Aide, M. RONCHOT. Durée, 18 minutes. Anesthésie à l'éther. — A l'ouverture du péritoine on constate que le côlon transverse est adhérent à la paroi. La première portion du jéjunum présente quelques trainées blanchâtres avec épaissement de ses parois. Au niveau du méso-côlon transverse la bouche de gastro semble légèrement étranglée

par un épaississement de ce méso. Il est absolument impossible de pénétrer dans l'arrière-cavité des épiploons. La face antérieure de l'estomac a un aspect blanchâtre, nacré. Quant à la région duodéno-pylorique elle ne forme, avec le foie et la vésicule, qu'un seul bloc, où il est impossible de différencier les organes. On ouvre alors l'estomac au thermo. Au niveau de la bouche de la G. E. A., pendant dans la cavité, on trouve un fil de lin ayant tendance à s'éliminer. On l'enlève. Fermeture de la paroi stomacale par un double surjet au fil de lin. Fermeture de la paroi abdominale en un plan aux doubles crins. Sort guéri le 31 août. Ne souffre plus.

d) On réintervint encore chez un malade qui, ayant subi une G. E. A. pour ulcus du pylore, *se mit à souffrir deux ans après la première intervention*. Voici l'observation :

Taieb Najar, âge, 44 ans, origine Kairouan.

Première opération. 9 juillet 1920. — Malade souffrait deux heures après le repas, était obligé de se faire vomir. G. E. A. transmésocolique, par le docteur BRUN, pour ulcus du pylore.

Deuxième opération. — Revient le 9 juillet 1924. Deux ans après l'opération le malade éprouve, une heure et demi après les repas, des douleurs dans la région de l'hypocondre gauche. Il n'est soulagé que s'il se couche sur le côté gauche et il se produit alors, dit le malade, « un gargouillement dans ses intestins ». Pas de vomissements. Après ce soulagement il a faim. Ne mange pas à sa faim, craignant les douleurs. Constipation.

Examen. — Malade vieux. Ventre légèrement ballonné. On perçoit nettement, le malade étant couché sur le côté gauche, un gargouillement intestinal. La palpation révèle une douleur dans la région de l'hypocondre gauche, à deux centimètres de la ligne médiane et à un centimètre au-dessus de la ligne bi-iliaque. La palpation appuyée permet de sentir un léger frémissement à ce niveau (M. RONCHOT).

Radioscopie. (Docteur DE BEAUJEU). — L'estomac se vide par grosse quantité à travers la bouche de gastro. Au bout d'une demi-heure estomac vide.

Intervention. 20 juillet 1924. Docteur BRUN. Aide, M. RONCHOT.
— Une grosse partie de l'épiploon est très adhérente à la paroi et à gauche. On coupe ces adhérences. On constate, à droite de la pylorique veine, une cicatrice blanchâtre, étoilée, souple. La bouche de gastro est perméable, souple. Il est vraisemblable que les douleurs accusées par le malade sont dues à l'adhérence de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure et à gauche de la ligne médiane. Suture à la paroi en trois plans. Le malade sort guéri le 4 août 1924.

Ainsi dans ces divers cas où la G. E. A. n'avait pas donné des résultats satisfaisants, la continuation ou la réapparition des douleurs fut due à une récurrence d'ulcère en une autre région, récurrence peut-être favorisée elle-même par la position franchement trop haute de la première bouche de gastro — à un ulcus peptique sur la bouche de gastro — dans les deux autres et derniers cas, les douleurs n'ont pu être rapportées qu'à la présence d'un fil de lin s'éliminant au niveau de la bouche et qu'à l'adhérence de l'épiploon enflammé chroniquement à la paroi abdominale antérieure.

3° Au sujet de l'ulcus peptique, nous avons plus haut signalé que le docteur BRUN était réintervenue chez un malade gastro-entérostomisé auparavant par le docteur BRUNSWICK. Nous avons recueilli la suite de son histoire clinique. Ce malade refit un deuxième ulcus peptique et présenta des signes nets de colite ulcéreuse, à laquelle il finit par succomber.

C'est l'histoire classique de l'ulcus peptique, il est exceptionnel (1 cas sur 239 opérés pour ulcères) mais récidive si désespérément que beaucoup d'auteurs en font l'expression d'un trouble trophonévrotique de la muqueuse gastrique. Il ne peut pas lui-même et à lui seul condamner une méthode de traitement.

On dit et l'on peut soutenir *à priori* que la G. E. A. n'agissant que sur le syndrome troubles d'évacuation stomacale, la lésion n'est nullement traitée.

Il semble admis par beaucoup d'auteurs actuellement que les phénomènes douloureux des ulcus duodénaux ou gastriques soient liés à un trouble d'évacuation de l'estomac qu'il soit la conséquence d'un spasme du pylore ou d'une sténose vraie. On s'explique alors facilement l'action immédiatement calmante de la G. E. A. Mais on a constaté aussi qu'après cette opération il y avait fréquemment sinon constamment un reflux biliaire dans l'estomac; voilà également qui doit alcaliniser le milieu et diminuer l'hyperacidité gastrique et aider à la cicatrisation de l'ulcus.

Nous pouvons présenter des observations où, après une G. E. A., la guérison de l'ulcus fut constatée.

1. — *Observation A 417 (1921).*

Au cours d'une deuxième opération pour éventration, le gros ulcus pylorique n'existe plus que sous forme d'une cicatrice prépylorique.

2. — *Observation du docteur BROU, médecin de l'Hôpital Sadiki.*

Nous en extrayons le principal de la *Revue Tunisienne des Sciences médicales*, septembre 1923.

S. C. BOUAM, 30 ans. Ghadamès.

16 février 1923. Début de l'affection il y a quatre ans. Douleurs épigastriques survenant surtout en hiver, pendant la nuit ou deux heures après les repas. Quand ceux-ci comportaient des piments, le malade se faisait vomir. Passe en chirurgie avec le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Radiographie. (Docteur J. DE BEAUJEU). — Estomac petit transversal. Douleur constante sur la petite courbure. Après six heures résidu notable. Lésion probable de la petite courbure.

Opération. 24 mars 1923. Docteur BRUN.

On tombe sur un ulcus de la région de l'antrum pylorique adhérent au côté gauche du foie. G. E. A. Sort guéri le 9 avril 1923.

Le malade se représente, à la consultation de l'hôpital, le 4 juin. Admis dans le service du docteur BROC pour tuberculose bilatérale cavitaire, il y est décédé le 10 juin. Il n'avait plus jamais souffert de son estomac, mais s'étant mis à cracher, maigrir, avait de la fièvre tous les jours et était devenu incapable de travailler.

A l'autopsie (docteur BROC), lésions tuberculeuses des deux poumons, cavernes multiples de moyen volume aux deux sommets, infiltration généralisée du reste des poumons.

Estomac adhérent au bord inférieur du foie, au niveau de la petite courbure dans la région pylorique. Au niveau de la région cœliaque, grosse masse ganglionnaire caséifiée.

L'ouverture de l'estomac montre que « l'ulcère est complètement guéri, sans induration, rétrécissement ou rétraction des parois, la muqueuse s'est complètement reformée avec son aspect normal, épaisseur, plis, mobilité, de telle sorte qu'il n'est plus possible de voir où siégeait l'ulcère. Résultat remarquable au regard des cicatrisations survenant spontanément ».

En regardant la bouche opératoire nous avons été surpris de voir, en voie d'élimination dans la cavité, encore à moitié inclus dans la paroi, un fil de suture à moitié libre 67 jours après l'intervention. Cette élimination si prolongée par la cavité intestinale n'a donné lieu à aucun accident, soit local, soit général. Aucune trace d'abcès, de nouvel ulcus ou de réaction inflammatoire autour de la nouvelle bouche, qui a toujours parfaitement fonctionné. Cette tolérance parfaite de l'organisme nous a paru d'autant plus intéressante qu'il y a quelques mois nous avons eu l'occasion de faire, avec M. le docteur BIECHLER, l'autopsie d'un malade opéré un mois avant environ, pour un ulcère d'estomac, et nous avons trouvé, au niveau de la nouvelle bouche, un fil de un centimètre et demi environ de long, libre dans la cavité et fortement adhérent dans la profondeur de la paroi. Il n'y avait aucune réaction locale au niveau de la nouvelle bouche, mais le malade avait fait une embolie pulmonaire et un foyer de gangrène avait entraîné sa mort.

D'après les résultats de l'autopsie que nous vous présentons

aujourd'hui, il ne nous semble pas que l'élimination de fils de suture par la lumière intestinale puisse donner lieu à des accidents infectieux de ce genre, et nous devons admirer la tolérance remarquable pour un corps étranger dans un milieu aussi peu aseptique que le milieu gastro-duodénal.

Nous rappellerons aussi que dans une observation plus haut citée, le malade qui avait été une première fois gastro-entérostomisé par le docteur MOREAU pour un ulcus du pylore si volumineux et adhérent qu'il fut pris macroscopiquement pour un cancer, fut trouvé porteur lors de la deuxième intervention (docteur BRUN) d'un ulcus de la petite courbure en évolution, alors que le pylore rétréci et qui avait dû être très certainement le siège d'un ulcère ne présentait plus trace d'ulcère évolutif. Ainsi, à la suite de la G. E. A. l'ulcus du pylore avait guéri, mais il s'était produit un nouvel ulcus.

Mais ne pourrait-on pas admettre ou soupçonner que les phénomènes douloureux survenant longtemps après une G. E. A. ne soient liés à l'évolution d'un nouvel ulcus sur une autre région. Ne pourrait-on pas également craindre qu'ils ne fussent causés, soit par une adhérence épiploïque, soit par la présence d'un corps étranger tel qu'un fil, comme nous le rapportons dans une observation. Il est vrai que dans deux autres cas où l'autopsie révéla la présence au niveau de la bouche de G. E. A. d'un fil de lin, les malades n'avaient accusé aucun trouble stomacal post-opératoire.

Il nous semble donc que ces opérés aient largement bénéficié de l'opération. Le plus souvent elle était nécessaire et s'imposait vu les phénomènes de sténose. Nous pouvons penser que la G. E. A. était suffisante par elle seule ; supprimant les phénomènes douloureux d'abord, il semble

qu'elle puisse, à elle seule, guérir la lésion ulcéreuse. En tous cas, elle met l'estomac dans les meilleures conditions possibles pour obtenir la guérison. Il reste, bien entendu, la question du traitement médical et le régime dont on ne peut que souligner l'importance et la nécessité. Mais insistons sur le fait que cette opération simple, suffisamment bénigne en elle-même, permet d'obtenir, avec un risque minime, une guérison fonctionnelle remarquable — que le régime peut faire suivre, pensons-nous, de la guérison anatomique.

Et si cette dernière perfection n'était point atteinte, la mortalité pour G. E. A. n'étant dans notre statistique que de 1,33 %, à côté de l'effrayante mortalité après résection large (1) dans les cas que nous visons, nous semble justifier la technique employée pour la raison bien simple que la mortalité de ces opérations est autrement supérieure à la cancérisation de pareils ulcères que notre statistique laisse très problématique (2).

(1) On a insisté sur la bénignité incontestable des gastrectomies en deux temps : TIXIER, in *Thèse BRESSOT*, Lyon, 1909 : « Six ans de chirurgie gastrique » (DELORE : *Lyon chirurgical*, 1920), par rapport aux opérations en un temps. En dehors des impossibilités anatomiques et techniques devant lesquelles on se trouve chez nos malades — il faut dire exactement que des gens primitifs se refuseraient à subir une deuxième opération, si la première les a soulagés et s'ils n'en jugent pas eux-mêmes l'opportunité.

(2) Quant aux autres complications graves, hémorragies intestinales ou hématomés, nous n'avons pas eu l'occasion d'en trouver parmi les malades hospitalisés soit avant, soit après la G. E. A. Nous avons relevé quatre perforations d'ulcus duodénal venus à Sadiki en pleine péritonite le quatrième, cinquième jour, donnant comme on le peut préjuger quatre morts. Un cas (étudiant de la grande mosquée, opéré dans les premières heures d'une perforation d'ulcus, a guéri).

TECHNIQUE

Nous décrirons la technique si simple de notre Maître qui lui permet d'exécuter si rapidement la G. E. A. trans-mésocolique postérieure. Simplicité et rapidité ne signifient pas facilité. Nous nous sommes aperçu nous-même combien une élégante apparence peut être trompeuse ; mais réglée dans sa marche et dans ses détails, une pareille technique évite bien des ennuis et permet d'espérer pouvoir faire bien et vite.

Soins pré-opératoires (1). — Rien de spécial.

— Un lavement évacuateur la veille.

— Un lavage d'estomac qui est pratiqué une heure avant l'intervention. Ce lavage nous semble très important et nous insistons sur la nécessité de le pratiquer couché, car le malade étant debout la poche gastrique ne sera pas complètement évacuée. On fera passer de l'eau tiède jusqu'à ce qu'elle ressorte absolument claire et l'on veillera à vider *complètement* l'estomac.

ANESTHÉSIE.

Presque toujours : anesthésie générale à l'éther avec le masque d'Ombredanne.

(1) Il serait illusoire de vouloir mettre la denture des malades en état — caries et pyorrhées alvéolo-dentaires existent chez presque tous les indigènes bien portant ou malades — ce qui peut faire douter du rôle étiologique qu'on a voulu faire jouer aux affections dentaires dans l'ulcus.

Chez les malades par trop cachectiques on se contente de l'anesthésie locale à la vérocaïne par infiltration de la paroi sus-ombilicale. Si au cours de l'intervention il y a nécessité, on donne un peu de Kélène goutte à goutte.

INSTRUMENTS (1) : réduits au minimum.

- 1 bistouri ;
- 1 grand ciseau droit ;
- 3 pinces érigées ou de Chaput ;
- Quelques pinces de Kocher.
- Matériel de suture intestinale :
- Aiguilles droites ordinaires avec fil de lin ;
- Pince à mors larges.
- Matériel de suture de la paroi :
- Aiguille de Doyen ;
- Pince à griffes ;
- Tenailles de Pauchet.
- Thermocautère ordinaire.

Intervention

1^{er} Temps. — Laparotomie sus-ombilicale médiane :

Incision (le bistouri horizontal) de la peau sur 7 à 8 cm. et de la ligne blanche aponévrotique sur 2 à 3 cm. On tombe sur le péritoine qu'on soulève avec une pince de Kocher et qu'on ouvre. Par cet orifice, le chirurgien et l'aide glissant leur index, le bistouri agrandi la laparotomie par en bas. Avec les ciseaux droits, ouverture par en haut de la paroi jusqu'à l'apophyse xyphoïde. Quelques secondes

(1) Notre maître n'emploie pour la G. E. A. aucune pince à coprostase, ni clamps.

suffisent pour être dans le ventre. Inutile de se préoccuper de l'hémorragie de l'incision. On peut de suite, ou au cours de l'intervention si besoin est, greffer une laparotomie horizontale droite, sans crainte d'éventration, sur l'incision verticale. On a ainsi un très grand jour sur le duodéno-pylore et la vésicule biliaire.

2^e Temps. — Extériorisation de l'estomac et du transverse :

Le plus souvent l'estomac dilaté surgit de lui-même hors du ventre, le chirurgien l'étale sur des grandes compresses qui bordent de part et d'autre l'incision, le palpe, l'examine du cardia vers le pylore sans oublier de vérifier l'état du duodénum et de la vésicule. Il rompt les adhérences lâches qui peuvent exister entre les différents organes de l'étage sus-mésocolique. Le côlon transverse est étalé, maintenu horizontalement au-dessous de l'estomac par l'aide. Le chirurgien pratique alors, soit :

1° Le *décollement colo-épiploïque*, pour cela, il relève le grand épiploon et se dirige, en suivant la face postérieure de l'épiploon, vers l'angle splénique du côlon, saisissant l'épiploon avec la main gauche et le transverse avec la main droite, il les écarte prudemment et l'épiploon cède au niveau de son point d'accolement sur la face antéro-supérieure du transverse. Quelquefois, il est nécessaire d'amorcer le décollement avec le bistouri et de le continuer à la compresse.

2° L'*effondrement gastro-colique*, en effondrant le ligament gastro-colique dans un espace avasculaire.

De toutes façons on pénètre ainsi aisément dans l'arrière cavité des épiploons, on peut alors examiner et palper la

face postérieure de l'estomac et rompre au besoin les adhérences de cette face avec les plans pariétaux et les organes qui les tapissent.

3^e Temps. — Effondrement du méso-côlon transverse dans une anse avasculaire :

Il est bien évident qu'il ne faut léser, à aucun prix, les arcades coliques. Cependant deux fois elles furent lésées et cependant il n'y a eu aucune des suites fâcheuses que, théoriquement, on était en droit de craindre.

4^e Temps. — Recherche de la première anse jéjunale :

La main droite plongeant vers le flanc gauche de la deuxième lombaire ramasse et ramène l'anse qui est accolée à cette vertèbre, celle qui tient dans la profondeur. Elle est examinée et orientée. Ces temps préparatoires étant accomplis, deux doigts à travers la brèche mésocolique ramènent l'anse jéjunale à anastomoser. Le chirurgien la situe et la place différemment — mais toujours avec le souci d'avoir une anse jéjunale courte — et dans la région de l'antra si possible, — suivant la technique choisie.

Tantôt notre Maître fait une simple gastro-entéro-anastomose latéro-latérale sur la face stomacale postérieure près de la grande courbure et sur l'antra pylorique; tantôt, il pratique la suspension verticale de l'anse jéjunale suivant le procédé de Ricard.

5^e Temps. — *Disposition des organes à anastomoser :*

Quel que soit le choix, estomac et jéjunum étant exactement placés on pose, pour limiter la future anastomose, une pince érigne sur le jéjunum, puis une autre sur l'estomac. On les approche conjointement. Une troisième pince

semblable mord sur les deux parois viscérales ainsi accolées. On répète la même manœuvre au niveau de la limite opposée. Les deux pinces aux deux extrémités de la future bouche maintiennent l'accolement des deux organes.

Cela fait : estomac et intestin sortent de la brèche préparée entre l'estomac et le grand épiploon en haut, transverse en bas ou bien de la brèche créée dans le ligament gastro-colique.

On peut alors rentrer le côlon transverse, l'estomac, l'épiploon dans le ventre.

L'aide tirant légèrement en haut sur les deux pinces directrices du surjet, les viscères à suturer sont seuls et nettement hors du ventre. On place aussitôt un paquet de compresses sous l'anse jéjunale et on limite la surface à anastomoser à être exposée au minimum en l'entourant, en haut et en bas, de deux grandes compresses. L'aide étend horizontalement les deux pinces de Chaput tout en exerçant également une légère traction verticale.

6° *Temps. — Suture.* — Tout étant en place, on fait l'anastomose gastro-jéjunale :

1° Un surjet séro-séreux postérieur au fil de lin avec une aiguille droite ;

2° Ouverture au thermocautère :

a) de l'anse jéjunale ;

b) de l'estomac.

Cette ouverture est faite à un 1/2 cm. du surjet séro-séreux postérieur. Le thermo-cautère a l'avantage :

a) de faire une section nette ;

b) de tarir l'hémorragie due à la section des vaisseaux pariétaux ;

c) d'empêcher enfin toute infection intrapariétale des tuniques gastriques.

3° Surjet total musculo-muqueux postérieur au fil de lin, par un point de feston qui sera également hémostatique.

4° Avec le même fil, sans quitter l'aiguille, surjet total musculo-muqueux antérieur au point d'O'Connell, revenu au point de départ le fil du surjet total est noué ; attouchement à la teinture d'iode de la ligne de suture du surjet total antérieur.

5° Avec le fil du surjet total postérieur, surjet séro-séreux antérieur.

7° Temps. — *Fixation de l'estomac :*

Cela fait, on attire l'anastomose par la brèche méso-colique et on la fixe au méso-côlon (en évitant l'arcade) par 2 ou 3 points au fil de lin sur l'estomac ou sur l'anse jéjunale pour éviter l'issue d'anses grêles dans l'arrière cavité des épiploons pendant les efforts de vomissements.

Parfois on referme, soit la brèche de l'effondrement gastro-colique ou on rattache au catgut l'épiploon au transverse dans le décollement colo-épiploïque.

Mise en place des organes.

8° Temps. — *Fermeture de la paroi* presque toujours en un seul plan aux doubles crins.

NOTA. — Pour la suture anastomotique, notre Maître emploie le fil de lin qui présente toutes qualités de finesse, de résistance et de facilité de stérilisation désirables. Certains chirurgiens, depuis 1910, et tout récemment GOSSET et LÆWY, dans un mémoire à *La Société de Chirurgie de*

Paris (janvier 1920) refusent l'emploi de fil non résorbable, soie ou fil. Notre Maître, dans un article paru dans *La Revue Tunisienne des Sciences Médicales* (octobre 1923) a discuté cette question et il fait remarquer que GOSSET lui-même, après l'observation où le fil non résorbable a été cause de tout le mal, refait au sujet d'un autre malade une « implantation qui se fait par un *surjet séro-séreux* à la soie et par un *surjet muqueux* au catgut chromé o. o. o. » Or le surjet interne s'élimine très vite, c'est le séro-séreux qui tarde à prendre le chemin du premier. Ce qui a été condamné se trouve être employé, n'est-ce pas la meilleure preuve de l'utilité de ce fil imparfait tant honni.

Durée. — Cette technique ainsi réglée permet à notre Maître de réaliser l'opération entière en 12 à 15 minutes. Nous l'avons vu faire en 9 minutes. C'est dire sa supériorité, surtout lorsqu'on a affaire à des cachectiques.

Soins post-opératoires (1).

S'il y a lieu, on relèvera par les moyens ordinaires le choc du malade, surtout chez les cachectiques. Habituellement, systématiquement, à tous les opérés nous injectons, le soir du jour de l'opération, 1 ou 2 centigrammes de morphine. La toxicité du produit est moins préjudiciable au malade que l'insomnie et la douleur.

(1) Nous devons à Si Sadok Ben Amar, Auxiliaire médical major de l'Hôpital Sadiki, les renseignements sur les soins postopératoires des gastro-entérostomisés. Dans sa longue expérience de ces malades il n'a vu aucun accident, aucun ennui résultant de l'alimentation précoce. Ces malades anémiés, hypo-alimentés, se trouvent bien au contraire d'une alimentation abondante et rapidement normale. Nous le remercions particulièrement ici de son amabilité à notre égard.

RÉGIME ALIMENTAIRE :

1^{er} jour. — Diète absolue pendant vingt-quatre heures. Quelques morceaux de glace pour apaiser la soif ou injection de sérum artificiel.

2^e jour. — Un litre de lait.

3^e jour. — Deux litres de lait.

4^e jour. — En plus un œuf à la coque.

5^e jour. — Bouillon de viande ; lait.

6^e jour. — *Chourba* (c'est-à-dire bouillon de pâtes arabes).

7^e jour. — Macaroni ; couscous.

8^e jour. — Régime ordinaire.

SOINS PARTICULIERS.

Le quatrième ou cinquième jour, quand les opérés n'ont pas eu de selle spontanée, purgation douce avec 30 grammes d'huile de Ricin.

— S'il y a dilatation post-opératoire de l'estomac, exceptionnelle d'ailleurs, il est pratiqué un lavage d'estomac : une injection de 1 centigramme de morphine et l'opéré est mis en position ventrale.

— Si le malade vomit, on lui fait un grand lavage d'estomac.

— Les suites opératoires sont habituellement des plus simples. Les opérés s'assoient rapidement sur leur lit. Les crins sont enlevés du douzième au quinzième jour, au moment où beaucoup d'entre eux quittent l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère chronique de l'estomac et du duodénum est particulièrement fréquent chez les Arabes de Tunisie.

II. — Il ne nous semble pas que l'on doive faire jouer un rôle dans leur genèse à la tuberculose ou à la syphilis. Dans l'ignorance où nous sommes de la cause originelle — nous faisons remarquer que l'alimentation bien particulière des Arabes, se rapprochant un peu de celle des Américains — semble jouer un rôle important. Il y a en Tunisie des régions à ulcères — pays d'alimentation extraordinairement pimentée.

III. — Ces malades viennent consulter après de longues années de souffrance, présentant des cicatrices de brûlure ou plus rarement des tatouages appliqués par des guérisseurs — signant la localisation de la douleur maximum, appréciant les irradiations. Ces cicatrices ont, à notre point de vue, la valeur d'un symptôme permettant d'affirmer une lésion organique et parfois même d'en soupçonner la localisation.

IV. — Le plus souvent ces malades présentent des signes de sténose pylorique très nets. Le lavage d'estomac ramène toujours du liquide de stase à jeun.

V. — Le siège de l'ulcère est *fréquemment duodénal* vrai : a) 55 % chez la femme d'après notre statistique ; b) 37,61 % chez l'homme. En y englobant les cas appelés

duodéno-pylorique, il est de 46 % chez l'homme. (En cas de difficultés pour situer un ulcère, il nous faut insister sur le fait que la dénomination de pylorique lui est donnée de préférence.)

VI. — La lésion se présente presque toujours sous la forme d'un bloc intangible soudant duodénum, pylore, vésicule biliaire ou bord inférieur du foie, souvent colon transverse et reposant sur des noyaux de pancréatite chronique.

VII. — Dans ces conditions, la simple gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure est la seule opération possible et suffisamment bénigne. *Mortalité opératoire* : 1,33 %. Elle se montre efficace et bienfaisante. Des opérations radicales, tentées dans ces cas particuliers, ont donné une mortalité effroyable.

Nous pensons ainsi que la gastro-entéro-anastomose est la seule opération logique toujours faisable, qu'elle peut, à elle seule, aidée du régime, permettre la guérison de l'ulcus. Elle a donné des résultats satisfaisants (cinq résultats mauvais sur 239 gastro-entérostomies pour ulcus) chez le plus grand nombre des opérés.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 octobre 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE ⁽¹⁾

G. LEDRAIN. — De la sténose pylorique consécutive à l'ulcère de l'estomac chez l'Arabe. *Thèse*, Paris, 1909.

D^r E. GOBERT. — Notes sur les tatouages des Indigènes Tunisiens. (*L'Anthropologie*, tome XXXIV, 1924.)

Revue Tunisienne des Sciences Médicales, septembre 1923.

M. LADJIMI. — L'empirisme médical chez les Musulmans Tunisiens. *Thèse* de Lyon, 1920.

D^r G. BRUN. — A propos de l'emploi des fils non résorbables dans les opérations sur l'estomac. (*Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, septembre 1923.)

(1) Nous ne donnerons pas la vaste bibliographie existant sur l'ulcère de l'estomac et du duodénum; il nous suffira d'indiquer les travaux concernant cette partie de la pathologie mais étudiée chez l'Arabe ou en rapport avec la vie arabe.



TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
ETIOLOGIE	21
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	27
SYMPTOMATOLOGIE	31
OBSERVATIONS	39
TRAITEMENT	49
TECHNIQUE	60
CONCLUSIONS	68
BIBLIOGRAPHIE	70



— LYON —
IMPRIMERIE EXPRESS
46, rue de la Charité

