

200 grammes de lait toutes les 4 heures. Le second jour il prit 800 grammes de lait et 250 grammes de bouillon ; il eut de la diarrhée. Au 4<sup>e</sup> jour, son alimentation fut portée à 2 litres de lait et bouillon qu'il supporte très bien ; n'a pas de diarrhée, n'évacue aucun aliment non digéré. A partir du 6<sup>e</sup> jour, il prend du lait peptonisé avec 2 œufs etc.

Dès le 2<sup>e</sup> jour après son opération, on remarque une diminution très marquée des douleurs ressenties au creux épigastrique. Le 4<sup>e</sup> jour elles sont pratiquement disparues.

Le malade laisse l'hôpital le 15<sup>e</sup> jour. La plaie cutanée est cicatrisée, la fistule est continente, son intestin fonctionne assez régulièrement, pas de diarrhée, état général satisfaisant.

La jéjunostomie était dans le cas présent la seule intervention rationnelle, comme d'ailleurs l'exploration directe l'a établie ; le malade avait en effet un cancer au cardia prolongé à la petite courbure avec adhérence solide de l'estomac.

Son exécution facile, rapide, aisée, la continence de la bouche intestinale nous ont absolument convaincu de l'excellence du procédé de la jéjunostomie latérale avec canalisation qui mérite de prendre rang parmi les opérations bien réglées, classiques. Certes, la jéjunostomie n'est pas et ne peut pas devenir une opération courante, cependant nous croyons que du moment que l'objection technique à son emploi n'existe plus grâce à cet excellent procédé, le champ de ses applications doit se prolonger assez loin des bornes reconnues jusqu'à ces derniers temps et la thérapeutique médico-chirurgicale peut trouver en elle une aide réellement utile.

Déjà, au premier congrès international de chirurgie tenu à Bruxelles le 18 septembre dernier, Von Eiselsberg de Vienne a rapporté 9 interventions dans l'ulcère saignant de l'estomac et 16 dans l'ulcère non saignant. Il la pratique d'ailleurs chez les malades affaiblis au moins à titre d'opération préliminaire.