

Ces douleurs étaient très vives prenant parfois le caractère fulgurant. La malade fatiguée par l'allaitement s'est intoxiquée d'autant plus facilement par ce régime alcoolique qui a porté d'abord sur les centres, provoquant cette psychose avec confusion mentale et hallucination, puis sur la périphérie amenant ces accidents de névrite périphérique. Souvent en pareils cas, ce sont les phénomènes douloureux qui commencent, et l'alcool peut ne pas produire les accidents cérébraux aigus, parce qu'il est supprimé dès ce moment.

L'alcool une fois supprimé, l'amélioration a été assez rapide: cependant la malade a conservé quelques douleurs lancinantes, de la douleur à la pression et un amaigrissement en masse de tout le membre, mais les reflexes sont conservés et la malade guérira sûrement.

Il est à noter que cette polynévrite est de la forme sensitive, car la malade, tout en souffrant, marche assez facilement et ne présente pas de paralysie; cette forme est très curable: il a suffi ici de supprimer l'alcool et de faire quelques massages pour voir se produire rapidement une grande amélioration. Il persiste aussi un certain degré d'amnésie, dont la malade a conscience, et qui s'explique facilement par l'imprégnation alcoolique des cellules cérébrales.

Une dernière remarque importante: cette forme de névrite a été particulièrement douloureuse et cependant cette malade n'a jamais pris que de l'alcool et non des liqueurs à essence comme l'absinthe, qui sont réputées donner lieu plus spécialement aux troubles de la sensibilité.

Voici une seconde malade qui présente une polynévrite calquée à certains égards sur la précédente et dont l'étiologie est identique, ce qui montre combien ces pratiques sont répandues chez une certaine catégorie de sujets.

Celle-ci, qui avait eu dix enfants, dont trois étaient morts, et nourrissait depuis quinze mois, perdit l'appétit et se traita également par des grogs qu'elle préparait avec du rhum. Elle avait eu aussi une série de métrorragies et on lui avait conseillé de prendre de l'alcool pour se donner des forces.

Chez elle les phénomènes délirants furent peu marqués, mais les douleurs des membres inférieurs furent également très vives en même temps qu'il y avait une certaine atrophie musculaire diffuse. Toutefois c'était encore une forme sensitive, sans paralysie, elle guérit assez facilement par la suppression de l'alcool, les massages légers et surtout par l'influence d'un régime réparateur.

—: o o —

CHIRURGIE

INDICATIONS DE LA GASTRO-ENTERO-ANASTOMOSE; CHOIX DU PROCÉDE.

par M. le Dr Vallas.

(Société Nationale de Médecine)

(Suite)

Cette bénignité relative est d'ailleurs prouvée par la statistique. J'ai perdu 12 malades sur 60. Ce chiffre est peu élevé si l'on veut bien remarquer que je ne

choisis pas les cas et que j'opère toujours, quel que soit l'état du sujet. Je n'ai jamais observé de péritonite post-opératoire. Les malades ont succombé à une hémorragie interne (1 cas), à une pneumonie (3 cas), au choc (3 cas), à la persistance de la cachexie et du marasme. Quand l'amaigrissement a été considérable, il arrive que, malgré le bon état de l'orifice nouveau et le rétablissement de la circulation gastro-intestinale, le malade ne peut se relever. Il semble qu'il y ait une limite au-dessous de laquelle le courant de la dénutrition ne peut être remonté. C'est ainsi que j'ai vu mourir un jeune homme de 31 ans, qui avait pesé 85 kilog. et n'en pesait plus que 53 au moment de l'opération, et une femme de 46 ans qui avait passé de 56 à 30 kilo. Ces deux malades ont succombé le soir même au choc opératoire. Une autre femme de 46 ans, qui ne pesait plus que 35 kilog., a continué de s'affaiblir et est morte un mois après sans arrêt dans la marche de la cachexie. L'amaigrissement rapide est donc un élément de pronostic important.

Bien que je ne regarde pas comme élevé le chiffre de la mortalité que j'ai obtenu (20 p. c.), je suis persuadé qu'il peut encore être abaissé. Si l'on pose plus vite l'indication opératoire, la statistique se dégrèvera de ces cas sur lesquels je viens d'insister, où l'opération est mortelle par le choc ou inutile par persistance de la cachexie. J'en ai la preuve par les résultats que j'ai obtenus en 1902. J'ai opéré, dans le courant de cette année, 20 malades qui m'ont été adressés aussi rapidement que possible par MM. les Drs Josserand, Mouisset, Tournier, P. Courmont, et sur ces 20 malades, je n'ai eu qu'une mort au huitième jour, par pneumonie.

Je serai bref sur le choix du procédé. Le chirurgien a à sa disposition la gastro-entero-anastomose antérieure, la postérieure au trans-méso-colique, le procédé en Y de Roux et la gastro-duodénostomie de Villard. Ce dernier procédé est incontestablement celui qui rétablit la fonction gastro-duodénale de la façon la plus parfaite, puisque le contenu stomacal est déversé dans le duodénum au-dessus de l'ampoule de Water. Malheureusement il est presque toujours impossible de le pratiquer dans les cas de sténose cancéreuse. L'orifice nouveau est trop près de la tumeur et souvent la région pylorique est trop profondément fixée par les adhérences pour qu'il soit possible d'y avoir recours. Par contre, dans les sténoses cicatricielles, ce procédé est excellent et je n'ai pas hésité à l'employer dans ces cas.

Après lui, c'est le procédé en Y de Roux qui rétablit les fonctions dans l'état le plus voisin de la normale. Je crois être le premier à l'avoir employé à Lyon (30 avril 1898) et je l'ai utilisé deux ou trois fois depuis cette époque. On ne peut lui faire que le reproche d'allonger la durée de l'opération, et c'est pour cela que chez les sujets affaiblis et surtout chez les cancéreux, où il ne s'agit que d'obtenir un résultat temporaire, je me contente de la gastro-entéro-anastomose postérieure ou trans-méso-colique d'après la méthode de von Hacker. Celle-ci, d'ailleurs, fournit d'excellents résultats. Il n'y a pas à sa suite de circulus viciosus, pas de compression du côlon comme cela peut se voir dans le procédé antérieur et le passage des liquides biliaire et pancréatique au niveau de la bouche gastro-intestinale, ne paraît avoir aucun inconvénient.

Quant à la gastro-entérostomie antérieure de Wolfier, elle est bien inférieure à sa rivale et ne peut