

rapide dénouement. A l'autopsie, on découvrit une ulcération ayant perforé la paroi antérieure du jéjunum juste au-dessous de son abouchement avec l'estomac. Elle mesurait environ un pouce de diamètre. L'union entre l'estomac et le jéjunum était parfaite, mais le bouton de Murphy qui n'avait pas été expulsé était encore en place. La position de l'ulcération par rapport au bouton, l'union parfaite des surfaces sereuses au niveau de l'anastomose permettent à l'auteur d'affirmer que pour lui au moins le bouton ne peut être incriminé, l'ulcération n'a pu être causée par la pression du bouton contre la paroi de l'intestin. Par contre l'ulcération présentait les caractères les plus typiques des ulcérations dues à l'hyperacidité du suc gastrique et se trouvait au point même où ce suc hyper-acide devait venir au contact de la muqueuse intestinale. Il existait des signes manifestes de péritonite généralisée et la cavité abdominale contenait des particules alimentaires. La muqueuse stomacale présentait des érosions, mais il n'existait pas d'ulcère vrai. L'intérêt de cette observation porte sur deux points, d'une part sur la complication opératoire en elle-même et d'autre part sur le peu de symptômes auxquels a donné lieu cette complication.

L'opération de la gastro-entérostomie fut pratiquée pour la première fois en 1882 ce ne fut qu'en 1899, c'est-à-dire 19 ans plus tard que le premier cas d'ulcération peptique secondaire à une opération fut rapportée par Braun de Göttingen dans le "Verhandl. der Deutsch. Gesellschaft, f. Chir. 1899, pp. 95). Mayo Robson en a publié un autre en 1904 (Ann. of Surgery, pp. 190) et Quénu un troisième cas, en 1902 (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. pp. 250). Le seul cas publié en Amérique serait celui de S. H. Waats, survenu sur un chien (John Hopkin's Hosp. Bull. July 1903 pp. 191). A. Gosset dans un article très étudié (Revue de Chirurgie, janv. et fév. 1906, pp. 54) en a réuni 31 cas, la plupart appartiennent à des chirurgiens allemands. De la statistique de Gosset il apparaît que sur ces 31 opérés 29 étaient des hommes, fait à remarquer, si l'on se souvient que l'ulcère de l'estomac est beaucoup plus commun chez la femme que chez l'homme. Il semblerait que la gastro-entérostomie antérieure favoriserait la formation de l'ulcération, car sur 27 opérations suivies d'ulcéra-

tions, on note 15 gastro-entérostomies antérieures, 1 opération de Roux, et 6 postérieures.

Mais il faut se souvenir qu'en Allemagne d'où proviennent la majorité des observations de la statistique établie par Gosset on pratique la gastro-entérostomie antérieure beaucoup plus souvent que la postérieure, de sorte qu'on peut conclure qu'en réalité le siège de la bouche stomacale est sans effet sur la production de l'ulcération. Mayo Robson fait remarquer dans son travail que beaucoup de cas ont dû passer inaperçus, soit que l'ulcération n'a pas été jusqu'à la perforation, soit que la mort ait été masquée par d'autres symptômes.

L'âge des malades, d'après la statistique de Gosset, varie de 4 mois à 59 ans, le moment où l'ulcération s'est manifestée cliniquement, de 10 heures après l'opération à 7 ans. Sur un total de 31 cas 10 sont morts, 19 se sont rétablis, 2 n'ont pu être suivis. Dans tous les cas l'opération avait été pratiquée pour une lésion bénigne de l'estomac. Sur 14 cas où le mode d'anastomose est indiqué, 9 ont été opérés par le procédé des sutures seules, 4 par le bouton de Murphy et un par la bobine en os. Dans 21 observations analysées par Gosset le suc gastrique a été trouvé normal deux fois, dans deux autres cas il y avait hypochlorhydrie, et dans 17 hyper. Comme la statistique de Watts à ce point de vue concorde avec celle de Gosset, il semble qu'il est bon d'administrer du bi-carbonate de soude aux malades gastro-entérotomisés surtout si leur suc gastrique est hyper-acide. Dans presque tous les cas pour ne pas dire tous les cas d'ulcérations post-opératoires, l'ulcération a porté sur le jéjunum et non sur le duodénum. La raison en est peut-être dans le fait que le duodénum est plus résistant à l'action du suc gastrique par force d'accoutumance.

A la suite d'une entéro-entérostomie la bile est toujours supposée descendre la portion descendante de l'intestin et ne pas venir au contact de la muqueuse au niveau de l'anastomose avec l'estomac, et de ce fait ne peut neutraliser le suc gastrique à ce niveau. Cette raison peut aussi être invoquée en faveur de la formation de l'ulcération à ce niveau.

D'après Kocher, le suc gastrique stimulerait la contraction des fibres musculaires de l'intestin juste au-dessous de l'anastomose stomacale ame-