

l'immense majorité des cas. Lorsque la péritonite a pu se localiser et qu'un abcès péri-gastrique existe, limité par des adhérences, le pronostic est moins sombre; surtout si le diagnostic est établi dès le début et si l'intervention est précoce. La péri-gastrite plastique est la moins grave des complications, en ce qui concerne le pronostic *quoad vitam*; elle ne détermine pas moins des troubles fonctionnels fort sérieux qui sont justiciables d'une intervention, comme les complications précédemment énumérées.

Jusqu'ici on était en effet désarmé contre l'hémorragie grave, et contre la perforation et les adhérences; aujourd'hui on n'hésite pas à intervenir chirurgicalement et l'on a pu sauver ainsi nombre de malades qui, abandonnés à eux-mêmes, auraient été voués à une mort certaine.

L'hémorragie n'est pas à proprement parler une complication de l'ulcère, puisqu'elle s'observe dans la plupart des cas (80 pour 100 environ); elle ne peut être qualifiée de complication que quand, par son abondance, elle menace l'existence à bref délai ou quand, légère, mais se reproduisant incessamment, elle plonge le malade dans un état d'anémie extrême qui met également ses jours en péril, dans un avenir plus ou moins rapproché.

D'après Lebert, la mort par hémorragie ne survient que dans 5 pour 100 des cas; Leube évalue la mortalité à 2 pour 100.

L'hémorragie peut se produire sans cause occasionnelle appréciable; souvent elle survient à la suite d'un effort, d'un repas copieux, parfois à la suite d'introduction de la sonde.

Il est des cas foudroyants dus à l'ulcération d'une artère de gros calibre, comme la splénique. Ces cas, heureusement fort rares, ne sont justiciables d'aucune intervention; leur soudaineté laisse à peine le temps de formuler le diagnostic.

Plus fréquents sont ceux où l'hémorragie, quoique abondante, peut s'arrêter sous l'influence du traitement médical; ce sont même les cas habituels. Dans la statistique de Leube, la mort par hémorragie profuse ne figure que dans la proportion de 1 pour 100; aussi, dit-il, ne doit-on pas désespérer immédiatement.

Que faire en pareille circonstance? Le malade est mis au repos absolu et placé la tête basse; on *supprime toute alimentation par la bouche* et l'on applique une *vessie de glace sur la région épigastrique*; on prescrit le *chlorure de calcium*, à la dose de 5 à 4 grammes, en solution dans 200 à 300 grammes d'eau, que l'on fera prendre dans le courant de la journée par petites gorgées ou, mieux encore, en lavement; on peut aussi essayer l'*adrénaline*:

Solution au 1000^e d'adrénaline. X-XI gouttes.
Eau distillée 60 grammes.

1 cuillère à café de quart d'heure en quart d'heure.

D'autre part, on pratique des injections sous-cutanées d'*ergotine*, de *cafféine* et surtout des *injections sous-cutanées* ou *intra-veineuses de sérum artificiel* qui suppléent avantageusement la *transfusion du sang*, opération délicate et qui ne peut être pratiquée que dans les grands centres. On pratique dans la même journée une ou plusieurs injections de 500 centimètres cubes de solution stérilisée de chlorure de sodium à 7 pour 1000.

Ces injections se font aujourd'hui très aisément à l'aide d'un dispositif des plus simples. Une ampoule en verre est terminée à une extrémité par une partie droite, effilée, et à l'autre extrémité par un tube effilé, recourbé en anse. A l'extrémité droite, que l'on brise près de la pointe, on adapte un tube de caoutchouc long de 2 mètres auquel est fixée l'aiguille en platine iridié, que l'on introduit sous les téguments, soit au niveau de l'un des flancs, soit en arrière du grand trochanter. Après avoir suspendu l'ampoule, à 1 m. 80 environ au-dessus du plan du lit, on brise à la pointe également le tube recourbé en anse de l'extrémité supérieure, et le liquide pénètre alors dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous la seule influence de la pression atmosphérique. Ce *modus faciendi* est préférable à celui qui consiste à refouler le liquide à l'aide d'une poire foulante. La pénétration est lente, puisqu'il faut une demi-heure environ pour faire passer sous la peau un demi-litre de liquide; mais la lenteur de la pénétration a l'avantage de rendre indolore cette petite opération.

Nous croyons que l'hypodermoklyse est préférable à l'injection intra-veineuse, car elle peut être faite sans le moindre danger par tous les praticiens, à la condition de prendre les précautions aseptiques de rigueur (nettoyage de la peau, flambage de l'aiguille, etc.).

A défaut d'ampoules préparées d'avance et scellées, on peut préparer extemporanément la solution saline et la placer dans un « bock à injections » ou dans une bouteille stérilisée à l'eau bouillante. Au contraire, l'injection intra-veineuse est une opération délicate, qui peut être suivie d'accidents si l'on commet la moindre faute contre l'asepsie; aussi ne doit-on y avoir recours qu'en cas d'urgence absolue, quand le malade est exsangue et doit être ranimé sur-le-champ.

Le professeur Hayem est d'avis que le traitement médical suffit presque toujours et qu'il faut être réservé à l'égard de l'intervention en pareil cas, sur un malade déprimé, n'offrant qu'une très faible résistance. C'est aussi l'avis de Leube, de Mikulicz. En somme, les grandes hémorragies tuent immédiatement ou guérissent sans intervention.

Le nombre des interventions pratiquées dans les cas de ce genre est encore peu considérable. M. Marion (Thèse de 1897) relate 7 observations avec 4 morts; M. Hartmann (*Société de Chirurgie*, 24 décembre 1897) en a réuni 12 avec 8 décès; aussi ajoute-t-il que la question de l'intervention est encore en suspens. Depuis, quelques cas heureux ont été publiés. Dans un travail important sur la question, dû à M. Savariaud (*De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical*. Thèse de Paris, février 1898), nous trouvons une statistique de 25 cas avec 66 pour 100 de mortalité. Cette statistique n'est pas très encourageante.

L'intervention chirurgicale dans le cas de grandes hémorragies vient d'être définitivement condamnée par la Société de chirurgie (juin 1904). La mortalité opératoire est considérable et, de plus, on peut observer de nouvelles hémorragies mortelles après la gastro-entérostomie (Quénu, Hartmann). Hartmann, en réunissant ses chiffres à ceux de Mikulicz et de Czerny, trouve 65 cas de morts pour 100 opérés, statistique sensiblement analogue à celle plus ancienne de Savariaud. Au contraire, par le traitement médical actuel, la mortalité est