

réduite au taux de 5 pour 100. Conclusions : *le traitement médical est habituellement efficace; l'intervention est contre-indiquée.*

L'hémorragie abondante peut ne pas être unique; il est des cas où elle se reproduit à quelques jours ou quelques semaines d'intervalle. L'intervention est-elle alors contre-indiquée au même titre que dans les cas d'hémorragie unique? S'il existe des signes de sténose du pylore avec stase, on peut conseiller l'intervention, car la stase paraît être la cause de la répétition des hémorragies; s'il n'existe pas de sténose, l'hésitation est légitime, d'autant que les statistiques opératoires ne permettent guère de se faire une opinion précise sur les résultats obtenus.

Si les médecins se prononcent pour l'abstention dans les cas d'hémorragies abondantes, ils sont d'accord pour accepter l'intervention dans les cas d'hémorragies petites, mais se renouvelant incessamment. Ces hémorragies se font sans doute en nappe ou par des artéριοles minuscules à la surface de l'ulcère; elles sont souvent provoquées par l'ingestion des aliments, à tel point que la moindre gorgée de lait est suivie d'un vomissement sanglant.

Ces hémorragies continues entraînent le dépérissement rapide du malade par l'anémie qu'elles déterminent et aussi par l'obstacle qu'elles apportent à l'alimentation, d'autant qu'elles coïncident presque toujours avec une sténose du pylore. Leube a déclaré au Congrès des chirurgiens allemands en 1897 que, dans la plupart des cas, le traitement médical le mieux suivi était inefficace contre les hémorragies chroniques. Aussi pour lui, comme pour Mikulicz, l'indication opératoire est-elle formelle, surtout lorsqu'il y a en même temps gastrectasie.

Tantôt, et le plus souvent, on s'est borné à faire la gastro-entérostomie, tantôt on a porté le thermocautère sur le point qui saignait ou suturé la muqueuse (Mikulicz, Kuster, Cazin, etc.), ou bien on a pratiqué la résection de l'ulcère ou l'exclusion du pylore qui paraît être le procédé de choix pour les hémorragies petites et répétées (Opération de von Eiselsberg, 1895).

M. Pinatelle (thèse de Lyon, 1902) a réuni 27 cas de gastro-entérostomie pour hémorragies chroniques, avec 5 morts seulement.

Czerny, sur 8 cas, a obtenu 8 guérisons. Les résultats sont donc très favorables et autorisent à considérer la *gastro-entérostomie* comme le traitement de choix des hémorragies chroniques.

M. Tuffier (*Société de chirurgie*, mai 1904) est également partisan de la gastro-entérostomie dans les hémorragies chroniques, parce qu'elle permet, non seulement de diminuer les hémorragies en favorisant la cicatrisation de l'ulcère, mais encore parce qu'elle pare aux troubles gastriques dus à la sténose.

On sait que la perforation éclate avec soudaineté, sans qu'aucun symptôme prémonitoire puisse la faire prévoir; qu'elle survient parfois chez des sujets que l'on ne soupçonnait pas être atteints d'ulcère; qu'enfin les accidents dus à cette perforation évoluent avec la plus grande rapidité et qu'ils peuvent entraîner la mort en quelques heures, dans les cas foudroyants, en tous cas dans un délai qui n'excède guère deux ou trois jours; c'est-à-dire qu'en pareille occurrence le salut du malade dépend de la sûreté du diagnostic du praticien et de la décision dont il fait preuve.

La perforation est rare, fort heureusement. Von Leube, dont la statistique

personnelle est la plus étendue que nous connaissons (elle porte sur plus de 1000 cas observés en dix ans), en évalue la fréquence à 1 ou 2 pour 100. Comme tous les praticiens, il considère les chances de survie comme absolument exceptionnelles; il n'a vu la guérison se produire que dans deux cas. Une condition favorable pour la guérison spontanée serait l'état de vacuité de l'estomac, de telle sorte qu'aucune parcelle alimentaire ne pourrait pénétrer dans la cavité abdominale.

Les ressources du médecin contre la perforation sont des plus limitées. Lorsqu'il a mis le malade à la *diète absolue*, appliqué sur l'abdomen une *vessie de glace*, pratiqué des *injections sous-cutanées de morphine* pour immobiliser l'intestin, éventuellement des *injections d'éther, d'huile camphrée, de caféine, de sérum artificiel* contre les symptômes de collapsus, il a épuisé tous les moyens dont il peut disposer. Tout ce qu'il peut espérer obtenir, c'est que la péritonite puisse se localiser; mais le fait est exceptionnel, bien que Carl Pariser ait pu recueillir jusqu'à 15 cas, dont un personnel, de guérison par l'expectation (dans tous ces cas, l'estomac était vide au moment de la perforation). Comte (de Genève), dans un travail fort complet (*Semaine médicale*, 1895), émet des doutes sur l'épithète de péritonite généralisée appliquée à quelques-uns de ces cas. En somme, nous l'avons dit, la terminaison fatale est la règle pour les cas abandonnés à eux-mêmes; quels sont maintenant les résultats de l'intervention?

Comte a réuni 65 cas d'opérations pour péritonite généralisée: sur ces 65 cas, 49 ont été suivis de succès, de sorte que le taux de la guérison est de 29,2 pour 100; encore convient-il de remarquer que cette statistique porte sur tous les cas, qu'elle comprend aussi bien ceux qui ont été opérés pour ainsi dire *in extremis*, que ceux qui ont été opérés dans les premières heures qui ont suivi la perforation. Sur ces 49 guérisons, 41 sont données par des opérations faites dans les dix premières heures. Pariser, sur 99 cas, constate 55 guérisons, soit un tiers de succès et sur les 55 guérisons, il y en a 25 obtenues dans les dix ou quinze premières heures. Il en ressort cette conclusion: c'est que l'opération est toujours indiquée, à la condition que le chirurgien soit appelé en temps utile. Tous les chirurgiens sont unanimes à proclamer la nécessité de l'intervention précoce. L'intervention immédiate pour prévenir ou combattre la péritonite a été pratiquée pour la première fois en 1884, par Mikulicz; depuis, Steinthal, Nissen, Körte, Czerny, Stelzner, Kriege l'ont pratiquée en Allemagne; en Suisse, M. Roux; en France, MM. Poncet, Walthier, Michaux, Le Dentu, etc., y ont eu également recours. Au Congrès français de chirurgie de 1889, M. Michaux, après avoir relaté un cas opéré par lui avec succès, s'exprimait ainsi: « Intervention aussi rapide que possible, dans les premières heures; intervention large: voilà les deux règles qu'il me semble important de poser et à l'aide desquelles on comptera bientôt, je l'espère, de nombreux succès dont chacun représentera un malade arraché à une mort certaine. »

Pour intervenir à temps, il faut de toute évidence que le diagnostic soit établi avec certitude dès le début. S'il existait antérieurement des signes bien nets d'ulcère, le diagnostic s'impose; il peut être difficile, au contraire, dans les cas où la perforation est, pour ainsi dire, le premier signe révélateur d'un ulcère demeuré latent jusqu'alors. Il ne faut pas oublier que certains signes ont