

peu de valeur; tels les vomissements, qui peuvent faire défaut; la température, qui peut être indifféremment élevée ou abaissée au-dessous de la normale. Deux signes surtout peuvent être considérés, comme pathognomoniques de perforation (M. Le Dentu, *Académie de médecine*, 4 mai 1897). C'est d'abord une sensation brusque de déchirure et une douleur intense dans la région qu'occupe l'estomac, douleur qui peut occasionner une syncope ou des lipothymies et qui est suivie d'une période de collapsus caractérisée par la pâleur de la face, par la petitesse et la fréquence du pouls, par des sueurs froides. C'est ensuite la disparition de la matité hépatique qui est remplacée par de la sonorité (irruption dans la cavité péritonéale des gaz venus de l'estomac).

Seulement il s'en faut que ces signes soient constants. Parfois la brusquerie de la douleur initiale fait défaut; il existe seulement une douleur sourde, profonde, sans localisation nette, diffusée plutôt à tout l'abdomen; d'autre part, la présence de gaz en avant et au-dessus du foie n'est pas non plus constante, elle peut manquer si la perforation s'est faite sur la surface postérieure de l'estomac.

C'est alors qu'il faut tenir compte de l'état du pouls, qui n'est plus en rapport avec la température (fréquence du pouls avec une température peu élevée), du rythme respiratoire, qui est toujours modifié (accélération), du timbre de la voix (plus ou moins voilée, éteinte), de l'état de la paroi abdominale (rigide, avec ou sans ballonnement; de plus, souvent hyperesthésie), du facies (teint plombé, violacé, yeux cernés), du refroidissement des extrémités, de la diminution de la sécrétion urinaire.

Ce qu'il faut retenir, en somme, c'est qu'il peut y avoir de grandes différences dans les formes symptomatiques de l'infection, c'est qu'il peut y avoir de l'incertitude au sujet du point de départ des accidents, mais qu'il ne faut pas s'attarder à chercher à déterminer avec précision ce point de départ. Dès que la péritonite est manifeste, il faut faire la *laparotomie*.

Le pronostic de la périgastrite suppurée, de l'abcès sous-phrénique, est aussi grave que celui de la péritonite diffuse quand on n'intervient pas. Ramadan (Thèse de Paris, 1891) relate 21 cas dont un seul guéri, celui précisément dans lequel on put intervenir rapidement, le diagnostic ayant été posé à temps.

Pour que l'intervention soit efficace, il faut que l'abcès soit largement incisé; la simple ponction ne suffit pas. Maydl, dans un travail sur l'abcès sous-phrénique (1894), relate 10 observations avec 5 guérisons. De son côté M. Comte a réuni 25 cas opérés, avec 11 guérisons. La proportion des guérisons est donc des plus encourageantes; elle serait plus grande encore, si l'on faisait plus tôt appel au chirurgien.

La périgastrite plastique, quand elle est la conséquence d'un ulcère en évolution, peut se résoudre sous l'influence du traitement médical qui se confond avec celui de l'ulcère lui-même: régime lacté, enveloppements humides, etc. Il n'est pas rare de voir « fondre », dans ces conditions, la tumeur que l'on avait pu prendre pour un cancer; l'infiltration du tissu embryonnaire se résorbe. Il n'en est pas de même quand la périgastrite a déterminé la formation d'adhérences anciennes, reliquat d'un ulcère cicatrisé et organisé en tissu fibreux. Nous indiquerons plus loin le traitement que comportent ces adhérences.

III. — Traitement de l'ulcère chronique.

L'ulcère chronique est celui qui ne présente aucune tendance à la guérison, qui se prolonge pendant de longs mois et des années, exposant les malades à des hémorragies répétées, entretenant les douleurs, les vomissements, s'accompagnant d'une dilatation considérable de l'estomac provoquée par le spasme du pylore, par des adhérences.

Si l'ulcère récent guérit dans les trois quarts des cas sous l'influence d'un traitement rationnel, il n'en est pas de même de l'ulcère devenu chronique, par suite d'un traitement insuffisant, ou parce qu'il n'a pas été dépisté.

L'ulcère chronique est, non pas un processus en voie d'évolution, mais une lésion achevée, consistant en un ulcère parfois très étendu, à bords fibreux, uni par des adhérences aux organes du voisinage, ou en une perforation complète de l'estomac obturée par l'épiploon ou le foie, le pancréas, la rate. Les viscères ont subi à ce niveau une transformation scléreuse qui constitue le fond de l'ulcération et s'oppose à ses progrès, dans une certaine mesure tout au moins. Il s'agit alors d'une affection excessivement grave, dont la nature exclut toute chance de guérison, qui expose le malade à des accidents mortels; hémorragies foudroyantes, perforation, sténose pylorique, déformation de l'estomac sans sténose, mais entravant l'évacuation; transformation cancéreuse et qui met obstacle à l'exercice de toute profession.

Cliniquement, l'ulcère chronique est caractérisé par des alternatives de crises douloureuses (spasme du pylore?), de vomissements, d'hématémèses et de périodes de calme pendant lesquelles la maladie est plus ou moins latente.

Une telle maladie, avec les troubles fonctionnels graves qu'elle occasionne, est incompatible avec l'exercice d'une profession manuelle.

Le régime lacté, le *tubo-gavage*, le *sous-nitrate de bismuth* soulagent les malades ou enrayent la dénutrition, mais ne constituent que des moyens palliatifs; aussi conçoit-on que l'intervention chirurgicale, formellement contre-indiquée dans l'ulcère récent, apparaisse comme la seule chance de salut.

Encore convient-il de ne pas envisager les résultats de l'intervention avec un optimisme exagéré. La *gastro-entérostomie* rend l'évacuation de l'estomac plus facile et diminue par suite l'hyperchlorhydrie tardive, c'est-à-dire l'excitation glandulaire déterminée par la rétention. Toutefois les lésions glandulaires, la gastrite hyperpeptique, substratum de l'ulcère n'en persiste pas moins; les glandes restent altérées, l'estomac continue par suite à sécréter un liquide hyperacide et plus abondant qu'à l'état normal, de telle sorte que si les résultats immédiats sont remarquables, si les malades peuvent de nouveau s'alimenter et par suite reprendre des forces, sans trop souffrir, sans intolérance de l'estomac, ils n'en conservent pas moins une plaie béante, susceptible, aussi bien qu'avant l'opération, de saigner et de se perforer; de plus un nouvel ulcère peut se former à côté du premier: Quénu, Kocher, Heindenheim, Krönlein, ont constaté le développement d'ulcère peptique après l'opération; enfin l'ulcère peut se transformer en cancer.

La gastro-entérostomie n'est donc, à tout bien considérer, qu'un moyen palliatif très supérieur au traitement médical impuissant, mais n'ayant que la valeur d'une médication palliative. Il ne faut pas perdre de vue d'ailleurs qu'elle entraîne avec elle des chances de mortalité qui ne sont pas inférieures à 15 ou 20 pour 100.

Dans la moyenne des cas, le bénéfice de l'amélioration obtenue serait acquis au malade pendant une période de 2 à 4 ans. M. Hartmann n'intervient dans l'ulcère chronique que s'il s'accompagne de troubles mécaniques. De son côté M. Hayem, considérant que la gastro-entérostomie ne met pas à l'abri des récidives, de la production de nouveaux ulcères, etc., réserve la gastro-entérostomie pour les seuls cas d'ulcère chro-