

tions et vous les reprenez une deuxième fois, Puis vous prescrivez l'iodure de potassium à la dose qui sera le mieux tolérée par votre malade.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° — La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer.

2° — Les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous des formes variées : érosions hémorragiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommès circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux.

3° — Ici, comme dans toutes les ulcérations stomacales, il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé.

4° — Les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent être identiques aux symptômes de l'ulcus simplex : douleurs xyphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires, grandes et petites hématoméses, méléna, amaigrissement cachectique.

5° — Aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois les signes de l'ulcus simplex survenant chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique.

6° — Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint des symptômes de l'ulcus simplex ou de l'exulceratio simplex.

7° — En pareille circonstance, le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium.

8° — La notion de la syphilis, comme cause des ulcérations stomacales, est d'autant plus importante à connaître qu'elle permet de guérir des malades qu'on serait tenté de livrer à l'intervention chirurgicale.

CINQUIÈME LEÇON

PERFORATION DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC PÉRITONITE SURAIGÜE

MESSIEURS,

Hier matin mardi, à dix heures moins un quart, pendant que je faisais ma visite salle Saint-Christophe, on m'annonce qu'il nous arrive un homme gravement malade. En effet, je vois entrer, soutenu par deux infirmiers, un jeune garçon de vingt ans dont le pâle visage exprimait la plus vive souffrance. Il s'avancait péniblement, plié en deux, le ventre effacé, les mains en avant comme pour protéger l'abdomen et éviter tout contact qui eût exaspéré les douleurs. On le déshabille à grand'peine, tout mouvement rappelant les douleurs abdominales, on le couche, je l'examine aussitôt et je l'interroge devant vous. Il éprouve, nous dit-il, des douleurs terribles dans le ventre. Ces douleurs ont éclaté brusquement le matin à six heures « comme si l'intestin se déchirait ». D'emblée elles ont été violentes, et c'est avec la plus grande peine que ce pauvre garçon a pu arriver à l'hôpital. Ces atroces souffrances n'ont été suivies ni de vomissements, ni de hoquet; le ventre est plat, le pouls est normal à 68, la température est à 37,4. Au milieu de tous ces symptômes négatifs, un seul symptôme émergeait : la douleur.

L'aspect du malade donnait, au premier abord, une fort mauvaise impression ; les traits étaient légèrement grippés et le nez s'effilait. Il s'agissait de faire un diagnostic ; j'ajouterai même que ce diagnostic devait être précis et rapide, dans le cas où une intervention chirurgicale immédiate eût été jugée par moi nécessaire. S'agissait-il d'une appendicite, s'agissait-il d'une péritonite consécutive à la perforation d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum, ou bien avions-nous affaire à un étranglement interne, à une entérocolite suraiguë, à des coliques néphrétiques, hépatiques ou saturnines ? Ainsi que je vous le répète sans cesse, c'est par une sémiologie *précise* c'est par l'étude complète et raisonnée de tel signe, de tel symptôme que vous arriverez, dans des cas semblables, à formuler un diagnostic rigoureux.

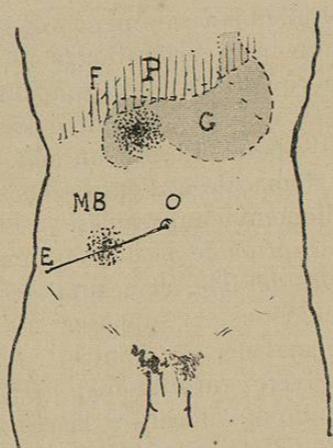
La douleur étant dans le cas actuel le symptôme dominant, c'est la douleur qui devait être tout d'abord notre guide et l'objet de notre investigation. C'est à six heures du matin que cette douleur avait éclaté, soudaine, terrible, atteignant d'emblée toute son intensité. Cette douleur était d'autant plus inattendue, que ce jeune garçon s'était couché la veille fort bien portant, n'éprouvant et n'ayant jamais éprouvé aucune douleur abdominale. Cette brusquerie et cette intensité de la douleur rappelaient de tous points ce que j'ai appelé « *le coup de poignard péritonéal* », ce grand symptôme des perforations de l'ulcus de l'estomac et du duodénum ; de plus, cette entrée en scène éloignait sans plus ample informé l'idée de l'appendicite. Nous ne sommes plus, heureusement, à l'époque qui nous touche pourtant de bien près, où l'on admettait, à la suite de descriptions erronées, que l'appendicite peut se démasquer tout à coup par une atroce douleur due à la perforation de l'appendice et à la péritonite suraiguë consécutive. Dussé-je revenir une fois de plus sur ce sujet que j'ai souvent traité devant vous¹, je vous affirme, Messieurs, que dans l'appendicite, quand on se donne la peine d'y regarder de près, les choses ne se passent jamais ainsi. D'abord les premières douleurs de l'appendicite, même quand

1. Leçons sur l'appendicite. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897.

elles sont vives, ne sont jamais le résultat de la perforation de l'appendicite ; ces premières douleurs sont le résultat de l'infection appendiculaire, conséquence elle-même de la transformation du canal appendiculaire en cavité close. Eh bien, pour si aigu, pour si rapide que soit le début de l'appendicite, les douleurs appendiculaires sont *graduellement croissantes* : interrogez avec soin vos malades, tâchez d'obtenir non pas des réponses vagues, mais une réponse précise et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure, après plusieurs heures, que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité, et encore même cette intensité est-elle bien rarement excessive ; tandis que, au cas de péritonite par perforation stomacale, la douleur est aussi soudaine qu'atroce et la comparaison du coup de poignard péritonéal, qui lui convient si bien, n'est vraiment pas applicable à l'appendicite. En un mot, l'entrée en scène de la perforation stomacale et l'entrée en scène de l'appendicite ne sont nullement comparables.

De plus, la *localisation* de la douleur fournit au diagnostic un appoint considérable, et à supposer que la douleur s'étende en divers sens, à supposer qu'au moment où vous examinez le malade, son ventre tout entier soit douloureux, vous arriverez néanmoins, par une exploration attentive et méthodique, à localiser la région où la douleur a éclaté et le lieu d'élection où elle a acquis sa plus vive intensité. Au cas d'appendicite (alors même que les douleurs s'étendraient ailleurs), ce lieu d'élection occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite (région appendiculo-cæcale). C'est à ce niveau, nommé le point de Mac Burney, que débute la douleur de l'appendicite ; c'est là que, par la palpation, vous constatez son maximum d'intensité ; c'est là qu'une légère pression vous permet de sentir la défense musculaire, c'est-à-dire la contracture du muscle sous-jacent ; c'est là, enfin, que, par le chatouillement de la peau, vous provoquez une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs, hyperesthésie qui se traduit par des mouvements réflexes dans la paroi du ventre et dans les régions voisines.

Or, chez notre malade, l'examen méthodique du ventre nous a permis de localiser le foyer principal douloureux ailleurs qu'à la région appendiculaire; certes, tout le ventre était très douloureux, y compris la fosse iliaque droite, mais la douleur spontanée du début, la douleur provoquée par la palpation et par la pression, la défense musculaire et l'hyperesthésie, tous ces symptômes, je vous en ai rendu témoins, avaient leur maximum d'intensité à la région sous-hépatogastrique, au-dessus et un peu à droite de l'ombilic sur une étendue de quelques centimètres. C'est donc là que



devait siéger la lésion. Or, en cette région je ne vois que trois organes susceptibles de perforation : la vésicule biliaire, le duodénum et l'estomac. Il ne s'agissait pas ici de la vésicule, notre malade n'ayant jamais eu le moindre symptôme lithiasique, aussi je formulai le diagnostic suivant : perforation d'un ulcère latent de la région pylorique de l'estomac; peut-être, ajoutai-je, l'ulcère latent perforé siège-t-il au duodénum, les signes et les symptômes de la perforation étant identiques dans ces deux cas.

La figure ci-dessus vous montre au point MB le centre douloureux de l'appendicite et au point P le centre douloureux témoin de la perforation survenue chez notre malade.

Il n'y avait place, à mon sens, pour aucun autre diagnostic relatif aux affections douloureuses abdominales, et j'éloignai toute hypothèse concernant la colite aiguë, les coliques hépatiques et néphrétiques, la colique saturnine, aucune de ces maladies n'étant capable de déterminer le grand symptôme du « coup de poignard péritonéal ». Chez ce pauvre garçon, la péritonite par perforation n'avait que quatre heures d'existence et déjà cependant le nez se pinçait, le teint se plombait, sur les traits altérés se dessinait la *griffe péritonéale*, ce qui fournissait un indice important au diagnostic.

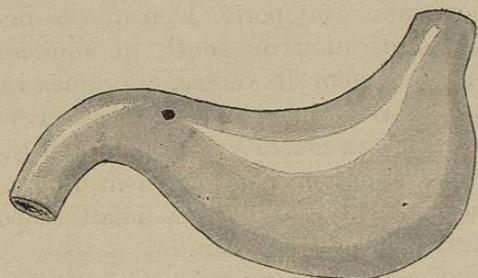
Remarquez, Messieurs, que ce diagnostic de péritonite aiguë par perforation fut porté, bien que le malade n'eût ni fièvre, ni accélération du pouls, ni vomissements, ni hoquet, ni ballonnement du ventre, ces signes réputés classiques dans les péritonites aiguës. Ajoutons à cela qu'il fallait admettre ici un ulcère à évolution *latente*, le malade n'ayant éprouvé antérieurement à la perforation aucun des symptômes de l'ulcus. Ce sont là des détails importants sur lesquels j'aurai à revenir plus loin.

Toutefois, avec le diagnostic qui venait d'être porté, il n'y avait pas un instant à perdre car la perforation stomacale avec péritonite généralisée est toujours mortelle et la seule petite chance de salut réside dans l'opération hâtive. M. Duplay, avec son extrême obligeance habituelle, voulut bien se rendre à mon appel; c'était un jour de leçon clinique chirurgicale avec matinée par conséquent fort encombrée, néanmoins on se hâta autant que possible, l'opération fut commencée à onze heures et terminée par M. Cazin. Voici les détails de cette opération :

Une incision est faite sur la ligne médiane de l'abdomen et on pénètre dans la cavité péritonéale. La péritonite est manifeste, la séreuse est injectée; sur les anses intestinales font saillie des trainées arborescentes et par l'incision s'écoule un liquide brunâtre. On introduit une éponge montée à la partie supérieure de l'incision, vers l'estomac, et on la ramène couverte d'exsudat membraneux et imprégnée de liquide puriforme. On ne trouve pas le moindre débris

alimentaire. Il était évident que l'éponge avait été portée au voisinage de la lésion. On prolonge alors l'incision abdominale par en haut, on soulève le bord inférieur du foie en le repoussant un peu en dehors; on met ainsi à découvert l'estomac dans sa région pylorique, et à deux centimètres environ du sillon duodéno-pylorique sur la face antérieure de l'estomac, on distingue une ouverture circulaire, taillée à l'emporte-pièce, de la dimension d'une lentille : *c'était la perforation de l'ulcus simplex*. Ainsi se trouvait pleinement confirmé le diagnostic.

Je vous montre sur la figure ci-jointe, la reproduction de cette perforation.



Au moyen d'une éponge sèche on déterge avec soin les environs de la perforation, on détache de l'estomac le côlon transverse qui lui adhère par des fausses membranes et on se met en mesure d'obturer la perforation. On essaye d'y arriver en fronçant les bords de l'orifice et en les rapprochant, mais le tissu où pénètre l'aiguille à suture est friable et se laisse déchirer à chaque soie. M. Cazin prend alors le parti d'accoler la face antérieure de l'estomac à la face postérieure de la deuxième portion du duodénum; il enfonce l'aiguille à deux ou trois centimètres en dehors de la perforation, où il rencontre un tissu plus résistant; il fait ainsi cinq points de suture stomaco-duodénale qui intéressent les plans séro-musculaire de l'estomac et du duodénum. On ne lave pas la cavité péritonéale, et on fait un large drainage par drain et gaze stérilisée. L'ouverture cutanée est rétrécie par quelques points de suture.

Aussitôt après l'opération, on pratique une injection de 500 grammes de sérum. La journée est bonne, les douleurs abdominales ont notablement diminué, le malade, dont la physionomie est meilleure, suce quelques morceaux de glace et n'a pas de vomissements; la température est à 37,7; le pouls est à 72.

Ce matin, vingt-quatre heures après l'opération, la situation est satisfaisante; je viens de voir le malade, il a dormi, il se sent plus reposé; la température est à 37,6; le pouls est à 72; on peut espérer un succès, bien que les perforations de l'ulcus de l'estomac et du duodénum, même opérées dans les premières heures, soient d'une extrême gravité. Je vous tiendrai ultérieurement au courant des suites de l'opération et du résultat final; mais, pour le moment, revenons sur quelques particularités concernant cette intéressante observation.

Occupons-nous d'abord du diagnostic. Si vous consultez les observations qui ont été publiées sur la perforation de l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum, vous verrez qu'on a presque toujours commis une erreur de diagnostic et le plus habituellement la perforation de l'ulcère a été prise pour une appendicite¹. Cela vient de ce que l'on ne s'astreint pas assez à faire une sémiologie précise et méthodique; on n'est pas assez sévère pour soi-même, on se contente trop facilement « d'à peu près »; on se trouve en présence d'un malade qui a été pris dans le cours d'une bonne santé d'une vive douleur abdominale, avec ou sans vomissements, et on diagnostique une appendicite, ou autre chose, sans se préoccuper suffisamment de l'intensité, de la soudaineté et de la localisation de la douleur. Ainsi que je vous le disais, il y a un instant, « le coup de poignard péritonéal » n'est jamais le fait de l'appendicite, tandis qu'il est le symptôme habituel de la perforation de l'ulcus sto-

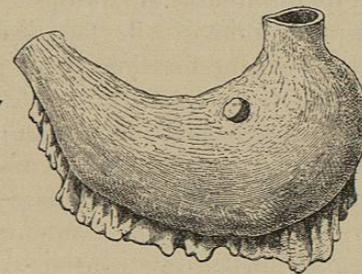
1. M. Guerchouni, dans sa thèse de 1898, sur « le diagnostic de l'appendicite et des perforations de l'estomac », a réuni plusieurs observations concernant les erreurs commises sur ce sujet.

macal et duodénal. De plus, la localisation de la douleur est bien différente dans les deux cas, et à supposer que le ventre tout entier soit devenu douloureux au moment où vous examinez le malade, vous pouvez néanmoins, grâce au mode d'exploration dont je vous ai parlé, retrouver la région qui est le lieu d'élection de la douleur, ce qui vous permet d'arriver au diagnostic. Pour l'appendicite, ce lieu d'élection est au point de Mac Burney; pour la perforation de l'ulcus stomacal, le lieu d'élection est dans les parages du creux épigastrique ou vers l'hypocondre gauche, suivant la région de l'estomac atteinte par la perforation.

Je sais bien qu'il existait chez notre malade un concours de circonstances qui était loin de faciliter le diagnostic; ainsi ce jeune garçon n'avait jamais souffert de l'estomac avant la perforation de son ulcus. Le diagnostic de la perforation est plus difficile quand l'ulcère a évolué d'une façon latente, car on manque alors de tout renseignement antérieur. Le diagnostic est au contraire simplifié quand l'ulcère s'est manifesté par ses symptômes classiques, car alors la perforation est prévue. Il est certain que si un malade atteint depuis quelque temps de douleurs gastriques, de vomissements, d'hématémèses, symptômes habituels à l'ulcus stomacal, est pris un jour, brusquement, d'atroces douleurs et de péritonite aiguë, vous n'hésitez pas un instant à mettre cette péritonite sur le compte de la perforation stomacale, et vous aurez raison. Tandis que, si la péritonite éclate sans avoir été précédée d'aucun symptôme, le diagnostic de la perforation est plus embarrassant; on pense tout d'abord à une colique hépatique, à un étranglement interne, à une appendicite, mais on ne tarde pas, grâce aux signes que je vous ai exposés, à préciser le diagnostic, bien que l'ulcus ait évolué à l'état tout à fait latent. C'était le cas chez notre malade, qui n'avait jamais éprouvé le moindre symptôme gastrique quand sa perforation a éclaté. Et ne croyez pas que ce soit là une grande rareté. Quelles que soient les raisons plus ou moins valables qu'on invoque pour expliquer cette anomalie, il est certain que l'ulcère simple de l'estomac peut parcourir toutes ses étapes *en silence* jusqu'au jour où il se révèle par la

perforation avec péritonite suraiguë. En voici un remarquable exemple que j'ai déjà cité ailleurs :

J'étais appelé un jour, par le D^r Tisné, auprès d'une jeune fille de vingt ans, qui avait été prise subitement, dans la nuit, d'une terrible douleur abdominale sans vomissements. Quand nous la vîmes, les douleurs étaient toujours extrêmement vives, la malade avait le ventre plat et dur, le facies grippé, le pouls très accéléré, et nous fîmes le diagnostic de péritonite par perforation. Je dirigeai la malade sur l'hôpital Necker pour la faire opérer. Mais les accidents marchèrent si vite que l'opération dut être abandonnée, et la pauvre fille succomba vingt heures après le début de sa péritonite.



Nous avons trouvé à l'autopsie une péritonite généralisée provoquée par deux grandes perforations situées, l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'estomac. Ces deux perforations, représentées sur la planche ci-dessus, sont nettement arrondies; elles occupent le centre de deux ulcères absolument superposables comme si l'un de ces ulcères avait engendré l'autre. C'est bien là un type d'ulcère stomacal, absolument *latent*; mon enquête à ce sujet a été complète et minutieuse. Cette jeune fille n'avait jamais éprouvé le moindre symptôme gastrique; elle n'avait eu, à aucun moment, ni douleurs, ni vomissements, ni hématémèses; la veille, elle était sortie, faisant à pied ou en voiture des courses nombreuses, et le soir elle avait dîné comme d'habitude et de fort bon appétit.

Voici quelques autres observations d'ulcère latent de l'estomac : Une jeune fille d'apparence chloro-anémique, n'ayant