

également, où un épanchement pleural droit peut abaisser le foie et voussurer l'hypochondre droit; mais ici encore, il s'agit d'épanchements pleuraux très abondants qui déterminent une matité remontant très haut et atteignant la région claviculaire, ce qui n'a pas lieu dans les épanchements pseudo-pleuraux d'origine abdominale.

Les différentes variétés d'abcès péritonéaux que je viens d'étudier peuvent se terminer de diverses manières: *a.* — Ils aboutissent à un phlegmon de la paroi abdominale antérieure avec fistule gastro-abdominale. *b.* — Ils se vident dans l'intestin grêle ou dans le côlon et déterminent des diarrhées fétides et une fistule gastro-intestinale parfois suivie de guérison. *c.* — Ils s'ouvrent dans le péritoine et occasionnent une péritonite généralisée, ainsi que j'en ai observé un cas en 1894, dans mon service à l'hôpital Necker. *d.* — Ils perforent le diaphragme et s'ouvrent dans le péricarde, dans la plèvre (pleurésie purulente et pyo-pneumothorax), dans les bronches et dans le poumon (vomique, gangrène pulmonaire, broncho-pneumonie infectieuse).

**Ulcère latent.** — La description de l'ulcère de l'estomac, telle qu'on l'a lue plus haut, s'adresse à la majorité des cas. Les troubles dyspeptiques apparaissent d'abord, puis viennent les douleurs et les vomissements alimentaires, avec ou sans hématomèse, et la maladie peut durer des mois et des années, *deux ans en moyenne*, avec des alternatives d'amélioration et de rémission qui, grâce à un traitement bien dirigé, aboutissent souvent à la guérison. Mais l'ulcère de l'estomac n'a pas toujours, il s'en faut, les mêmes allures; dans certains cas, il évolue à l'état *latent*, ou bien il ne se trahit que par des troubles dyspeptiques, *en apparence insignifiants*, et c'est  *brusquement*, au milieu d'une bonne santé, que le sujet est pris d'une perforation de l'estomac, d'une péritonite aiguë, de l'ulcération d'un gros vaisseau, de violentes hématomèses, accidents qui mettent en quelques jours (forme rapide) ou en quelques heures (forme foudroyante) la vie en danger (Jaccoud). Ces terribles accidents se produisent également dans la forme habituelle et

chronique de l'ulcère, *mais alors ils sont prévus*. Je ne saurais trop insister sur cette forme insidieuse qui nous réserve de si cruelles surprises; la péritonite mortelle par perforation est beaucoup plus fréquente qu'on ne pense, chez des gens dont l'ulcère stomacal avait évolué, je le répète, sans douleurs, sans hémorrhagie, sans vomissements, d'une façon *latente* ou *presque latente*.

En voici quelques observations qui permettent de bien juger la question :

*Obs. I.* — Une jeune fille d'apparence chloro-anémique, *n'ayant jamais eu de maux d'estomac*, est prise brusquement pendant la nuit d'une violente douleur épigastrique et de tous les signes d'une péritonite suraiguë moins les vomissements. Elle succombe en 15 heures. A l'autopsie on trouve une péritonite due à la perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac<sup>1</sup>.

*Obs. II.* — Une jeune femme de 20 ans, jamais malade, est prise brusquement d'une douleur extrêmement vive dans l'hypochondre gauche. En quelques heures la température tombe à 36 degrés. Le ventre est ballonné, très douloureux. Les extrémités se refroidissent, se couvrent de sueurs, la respiration est extrêmement accélérée, le pouls est incomptable, et la malade succombe en 24 heures. A l'autopsie on trouve une double perforation de l'estomac, à la face antérieure et à la face postérieure, les deux perforations étant presque en regard l'une de l'autre<sup>2</sup>.

*Obs. III.* — Une jeune fille de 25 ans, *n'ayant jamais eu* le moindre dérangement gastro-intestinal, pas de vomissements, pas de douleurs à l'estomac, est prise brusquement, ayant diné comme à l'ordinaire, de douleurs abdominales atroces. Le lendemain matin on constate une péritonite suraiguë; facies grippé, nez froid, yeux excavés. Le ventre est tendu, plat, dur comme une planche. La mort survint 45 heures après le début des accidents. A l'autopsie on

1. Reclt. *Société anatomique*, mars 1893.

2. Jayle. *Société anatomique*, novembre 1891.

trouve une péritonite due à la perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac<sup>1</sup>.

*Obs. IV.* — Une jeune fille de 17 ans, très bien portante, n'ayant *jamais* eu ni dérangements gastro-intestinaux, ni vomissements, ni hématomèse, ni méléna, est prise brusquement de douleurs violentes dans le ventre et de symptômes de péritonite. On l'opère le quatrième jour et elle succombe. A l'autopsie on trouve à la face antérieure de l'estomac un ulcère avec une perforation de la dimension d'une pièce de 50 centimes<sup>2</sup>.

*Obs. V.* — Une jeune fille de 18 ans est prise tout d'un coup de douleurs vives dans le ventre. Bientôt éclatent les symptômes d'une péritonite généralisée. L'opération est faite au troisième jour et la malade succombe. On trouve à l'autopsie un ulcère avec large perforation<sup>3</sup>.

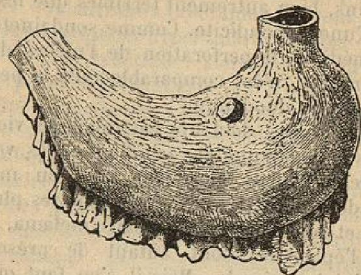
*Obs. VI.* — J'ai été témoin d'un fait du même genre. Nous avons vu avec Tisné une jeune fille de 20 ans qui avait été prise subitement dans la nuit d'une terrible douleur abdominale sans vomissements. Le lendemain matin, nous faisons le diagnostic de péritonite par perforation, et je dirigeais la malade sur l'hôpital Necker pour la faire opérer. Mais les accidents marchèrent si vite que l'opération commencée dut être abandonnée, et la pauvre fille succomba vingt heures après le début des accidents. A l'autopsie, nous avons trouvé deux grandes perforations nettement arrondies à la face antérieure et à la face postérieure de l'estomac. Ces deux perforations, qui sont représentées sur la planche ci-après, étaient absolument superposables comme si l'un des ulcères avait engendré l'autre. C'était bien là un type d'ulcère *latent*, car malgré ces deux larges ulcères ayant évolué aux faces antérieure et postérieure de l'estomac, la malade n'avait *jamais* éprouvé le moindre

1. Thèse de Archagouria. Utudjian. *Forme perforante de l'ulcère de l'estomac*. Paris, 1889.

2. Walther. *Société anatomique*, octobre 1890.

3. Choppin. *Perforation de l'ulcère latent de l'estomac*. Thèse de Paris, 1896.

*symptôme gastrique*, elle n'avait jamais eu ni douleurs, ni vomissements, ni hématomèses, ni troubles dyspeptiques; mon enquête à ce sujet a été complète et minutieuse: la veille cette jeune fille était sortie, faisant à pied ou en voiture des courses nombreuses, et le soir elle avait diné comme d'habitude et de fort bon appétit.



On voit, sur cette figure, deux perforations superposables, l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'estomac. Les ulcères qui ont provoqué ces deux perforations avaient évolué d'une façon absolument latente.

*Obs. VII* (communiquée par mon interne Kahn). — Une jeune femme de 26 ans entre dans le service de Fernet pour une péritonite suraiguë survenue brusquement quelques heures après le repas. Cette femme, de très bonne santé, n'avait éprouvé que quelques troubles dyspeptiques mis sur le compte de la chloro-anémie. Elle meurt vingt-quatre heures après le début des accidents. A l'autopsie, on trouve deux ulcères simples perforés et siégeant à la face antérieure de l'estomac.

Cette étude sur l'ulcère *latent* de l'estomac me permet de poser les conclusions suivantes: L'ulcère latent de l'estomac est surtout l'apanage des jeunes femmes avec ou sans apparence chloro-anémique. Les ulcères latents sont surtout ceux qui siègent à la face antérieure de l'estomac. Ils sont d'autant plus redoutables qu'ils sont plus latents.

car le sujet qui en est atteint ne prend aucun soin, ne suit aucun traitement, n'étant averti par aucun symptôme de la présence du mal qui pourra le foudroyer.

La *péritonite suraiguë* consécutive à la perforation de l'ulcère simple de l'estomac sera étudiée au chapitre suivant. Nous y verrons que ses symptômes sont bien autrement soudains, bien autrement terribles que les symptômes du début d'une appendicite. Comme soudaineté et comme gravité immédiate, la perforation de l'ulcère de l'estomac, libre d'adhérences, n'est comparable qu'à la perforation de l'ulcère simple du duodénum.

**Diagnostic.** — Des douleurs gastralgiques violentes, avec localisations xiphoidienne et rachidienne, des vomissements avec hyperchlorhydrie succédant plus ou moins vite à l'ingestion des aliments; des hématomésés plus ou moins abondantes et répétées, avec ou sans méléna, l'absence de tumeur à l'épigastre, sont autant de présomptions en faveur de l'ulcère simple. Mais il s'en faut que ces symptômes soient toujours aussi nettement accusés, certains peuvent manquer et dans quelques cas, le diagnostic de l'ulcère présente de sérieuses difficultés.

En fait, la *douleur stomacale* étant, par sa précocité, par sa fréquence, par son intensité, le symptôme dominant de l'ulcère simple de l'estomac, nous devons passer en revue les différentes maladies dont les accès douloureux peuvent simuler l'ulcère stomacal.

Les douleurs de la *colique hépatique*, par leur siège, par leur violence, peuvent simuler les douleurs de l'ulcère stomacal, mais au cas de colique hépatique, la douleur est indépendante des actes chimiques de la digestion, tandis que, au cas d'ulcère, la douleur existe dès le contact des aliments, et l'accès gastralgique éclate dans toute son intensité deux, trois heures après le repas, au moment où la quantité d'acide chlorhydrique libre atteint son maximum. La colique hépatique provoque des vomissements bilieux; à l'ulcère appartiennent les vomissements alimentaires, acides, hyperchlorhydriques, mélaniques. La colique hépa-

tique est un épisode passager, souvent accompagné de jaunisse et d'urines ictériques; rien de semblable ne se voit avec l'ulcère stomacal.

Les crises *gastriques du tabes* peuvent également, par leur siège et par leur intensité, simuler les douleurs de l'ulcère stomacal; la similitude est d'autant plus complète que les crises douloureuses tabétiques peuvent être accompagnées de vomissements hyperchlorhydriques et sanguinolents. Mais chez le tabétique, alors même qu'il en serait encore à la période préataxique, on trouvera toujours, si on les cherche bien, quelques stigmates du tabes : douleurs fulgurantes des jambes, retard des sensibilités, abolition des réflexes rotuliens, troubles oculaires, ptosis, strabisme; troubles urinaires; signe de Romberg; enfin dans l'intervalle des crises gastriques, l'estomac du tabétique fonctionne bien, sans dyspepsie, sans hyperchlorhydrie.

L'*urémie gastrique*, par ses douleurs gastralgiques, par l'intolérance stomacale, par les vomissements répétés et parfois sanguinolents, peut simuler l'ulcère simple de l'estomac, mais les vomissements de l'urémique sont très rarement acides, ils contiennent fréquemment de l'urée et du carbonate d'ammoniaque, enfin le malade est habituellement albuminurique, et présente toujours des accidents de brightisme ou de mal de Bright confirmé.

L'*hystérie* simule l'ulcère stomacal : accès gastralgiques violents, intolérance stomacale, vomissements, hyperchlorhydrie et hématomésé. Ce n'est donc qu'en recherchant avec soin les stigmates de l'hystérie, anesthésie pharyngée, hémianesthésie, ovarie, rétrécissement du champ visuel, zones hystérogènes, etc., qu'on arrivera à faire le diagnostic.

Le diagnostic de l'ulcère stomacal est fort difficile à faire avec l'*hyperchlorhydrie* et l'*hypersécrétion*. L'hyperchlorhydrie et l'ulcère stomacal ont comme symptômes communs les douleurs provoquées par la digestion et atteignent leur apogée deux ou trois heures après le repas, mais le pyrosis et les régurgitations acides, symptômes de l'hyperchlo-