

Il est des cas où le traitement médical de l'ulcus est impuissant : hémorragies, douleurs, vomissements persistent avec ténacité (le malade n'étant pas syphilitique), il faut recourir alors au traitement *chirurgical*.

Voici comment mon ancien interne, Marion¹, résume la question : les interventions pour hémorragies sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes et des renseignements précis au point de vue du manuel opératoire. Gannat entreprit une opération chez un malade ayant des hématomésés, mais, effrayé par les adhérences péri-stomacales, il referma l'abdomen sans aller plus loin. L'autopsie démontra la présence d'un ulcère simple avec ulcération de l'artère pancréatico-duodénale.

Mikulicz est intervenu quatre fois pour des hématomésés ; la première fois, il fit une cautérisation de l'ulcère ; le malade mourut de collapsus cinquante heures après l'opération. La seconde fois, il pratiqua une suture de la région qui saignait ; le malade succomba par collapsus le soir même. Chez une femme, il curetta l'ulcère, perfora la paroi stomacale qu'il sutura, et la malade guérit. Enfin, dans le quatrième cas, il sutura l'estomac au niveau de la lésion saignante, et dans la soirée la mort survint par collapsus. Küster opéra une jeune fille atteinte d'hématomésés ; il cautérisa l'ulcère et compléta son opération par une gastro-entérostomie pour obvier au rétrécissement ultérieur du pylore qu'aurait pu produire la cicatrice de l'ulcère voisin de l'orifice ; la malade fut guérie. Roux a pratiqué la gastrectomie partielle suivie de la suture à trois plans chez un malade atteint d'hématomésés consécutives à un ulcère simple qui avait déterminé l'érosion de l'artère coronaire stomacale. La ligature double de cette artère combinée avec l'excision de la partie ulcérée sauva le malade.

Dans les cas autres que l'hémorragie, de nombreux et

1. Marion. *De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac*. Thèse de Paris, 1897.

importants succès ont été enregistrés (Doyen)¹. En face d'un ulcère qui se traduit par des hématomésés fréquentes et répétées, par des vomissements incessants avec intolérance de l'estomac ; par des symptômes de spasme ou de rétrécissement pylorique, par des signes de cachexie, en face de cas semblables rebelles à tout traitement médical, la chirurgie doit intervenir, et la gastro-entérostomie est l'opération de choix². Chaque opérateur modifie à son gré le procédé opératoire, suivant les adhérences, les dimensions, l'étendue, la profondeur, la situation de l'ulcus simplex.

§ 11. PERFORATION DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC PÉRITONITE SURAIGÜE

J'ai étudié dans le précédent chapitre les conséquences de la perforation de l'ulcus, alors que des adhérences protectrices *localisent* la lésion ; je vais étudier dans ce chapitre la perforation de l'ulcus et la *péritonite suraiguë* qui en est la conséquence. Pour donner une idée de ce terrible accident, je n'ai qu'à rappeler l'observation du malade qui m'a servi de type dans l'une de mes leçons cliniques³.

Un matin, pendant que je faisais ma visite à l'Hôtel-Dieu, je vois entrer, soutenu par deux infirmiers, un jeune garçon 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 et je l'examine. Il éprouve, nous dit-il, des douleurs terribles dans le ventre. Ces douleurs ont éclaté *brusquement* le matin, à six heures, « comme si

1. Doyen. *Traité de chirurgie des affections de l'estomac et du duodénum*, 1895.

2. Comte. *Semaine médicale*, 1895, p. 397 et 405.

3. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898. Perforation de l'ulcère simple de l'estomac. Péritonite suraiguë. Cinquième leçon.

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*.

Au premier abord, j'eus 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 nécessaire. S'agissait-il d'une appendicite, ou d'une péritonite consécutive à la perforation d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou bien avions-nous affaire à un étranglement interne, à une entéro-colite suraiguë, à des coliques néphrétiques, hépatiques ou saturnines? C'est par une séméiologie précise, c'est par l'étude complète et raisonnée de tel signe, de tel symptôme qu'on arrive, 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. Cette brusque entrée en scène éloignait sans plus ample informé l'idée de l'appendicite. Nous ne sommes plus à l'époque 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. Dussé-je revenir une fois de plus sur ce sujet, j'affirme

que dans l'appendicite (quand on se donne la peine d'y regarder de près) les choses ne se passent jamais ainsi. Pour si douloureux que soit le début de l'infection appendiculaire, les douleurs sont *graduellement croissantes*: interrogez avec soin vos malades, tâchez d'obtenir d'eux, 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 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 (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 permettait de localiser le foyer principal douloureux