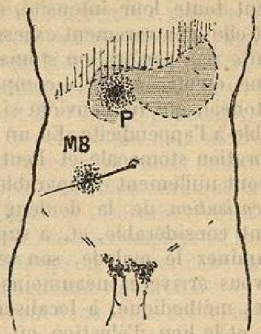


ailleurs qu'à la région appendiculaire; certes, tout le ventre était très douloureux, mais la douleur spontanée du début, la douleur provoquée par la palpation et par la pression, la défense musculaire et l'hyperesthésie, tous ces symptômes avaient leur maximum d'intensité, non pas à la région appendiculaire MB, mais à la région sous-hépto-gastrique, au-dessus et un peu à droite de l'ombilic, au point P, 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.

Chez ce pauvre garçon, la péritonite par perforation n'avait que quatre heures d'existence et déjà le teint se plombait; sur les traits altérés se dessinait la *griffe péritonéale*, ce qui fournissait un indice important au diagnostic. Ce diagnostic de péritonite suraiguë 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 des 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.

Toutefois, étant donné ce diagnostic, il n'y avait pas un instant à perdre, car la perforation stomacale avec péritonite généralisée est toujours mortelle et la seule chance de salut réside dans l'opération hâtive. Une heure plus tard l'opération fut pratiquée. Une incision est faite sur la ligne médiane de l'abdomen et on pénètre dans la cavité péritonéale. La péritonite est manifeste; sur les anses intestinales sont 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 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 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 pylore, 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 représentée sur cette planche. Ainsi se trouvait pleinement confirmé le diagnostic.



Jusqu'au lendemain l'état de l'opéré fut satisfaisant.

mais, dans la journée, survinrent deux vomissements et le malade fut très abattu. Le surlendemain, l'aggravation devient manifeste, le pouls est à 116; la température monte à 40 degrés; les vomissements sont porracés, les yeux sont excavés. Dès lors, la situation empire rapidement, et le malade succombe. A l'autopsie, on constate le parfait état des sutures de l'estomac faites pour remédier à la perforation de l'ulcus. La mort a été causée par la péritonite qui s'était généralisée avec fausses membranes et exsudat purulent.

Analyse des symptômes. — Lors de l'arrivée du malade dans nos salles, la péritonite, qui datait de quatre heures, présentait quelques particularités avec lesquelles on n'est pas suffisamment familiarisé. D'abord le ventre était plat, et assez dur, on n'y constatait de tympanisme dans aucune région. Généralement, le tympanisme est donné comme un des symptômes de la péritonite par perforation, mais ce tympanisme n'existe pas toujours, il s'en faut. Il est des individus atteints de perforation stomacale ou duodénale, chez lesquels la péritonite, à son début, détermine une telle contracture réflexe des muscles abdominaux que, loin d'être tympanisé, le ventre est plat, rétracté, dur, comme sanglé. Le ventre était plat et dur chez la jeune fille que je voyais avec Tisné, et qui venait d'avoir une perforation simultanée de deux ulcères symétriques de l'estomac. Le ventre était « tendu, plat, dur comme une planche » chez la jeune fille dont l'observation est consignée dans la thèse de Utudjian¹. Nous verrons à l'un des chapitres suivants que la même remarque s'applique à la péritonite suraiguë consécutive à la perforation de l'ulcus duodénal.

On est généralement trop imbu de l'idée que la péritonite par perforation est suivie de météorisme, dû à la paralysie intestinale ou au passage de gaz à travers la perforation. Il n'en est pas toujours ainsi et ce serait une grave erreur

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

d'exclure la péritonite parce que le ventre est plat et dur. Toutefois, ces deux états peuvent se succéder : tel individu dont le ventre est plat et dur dans les heures qui suivent la perforation aura le ventre ballonné, plus tard ou le lendemain. Il arrive même que le tympanisme prend dans l'ensemble des symptômes une telle prépondérance que, *faute d'une bonne séméiologie*, on arrive à confondre la perforation stomacale et son tympanisme avec une occlusion intestinale. J'ai connaissance de plusieurs cas où l'on a cru opérer une occlusion et on a trouvé une péritonite par perforation stomacale ou duodénale. Cette erreur me paraît pouvoir être évitée, car un symptôme dominant est là pour redresser le diagnostic; ce symptôme, c'est la douleur. Je sais bien qu'au moment où l'on examine un malade dont le ventre s'est météorisé à la suite d'une perforation stomacale, la sensibilité est parfois émue et on n'en tire pas tous les renseignements désirables; toutefois qu'on veuille bien préciser le début des accidents, et on verra que la perforation s'est révélée soudainement, par des douleurs atroces, chez un individu qui, la veille encore, avait des garde-robes régulières. Ce n'est pas ainsi que procède l'occlusion intestinale, ses symptômes, y compris le tympanisme, sont plus lents à se produire, et la douleur atroce et soudaine, « le coup de poignard péritonéal », signe de perforation stomacale ou duodénale, ne marque jamais le début de l'occlusion intestinale, quelle que soit la cause de l'occlusion.

Notre malade, avons-nous dit, n'avait *ni hoquet, ni vomissements*, deux signes qui occupent une place importante dans la description générale des péritonites aiguës. Ces deux signes manquent souvent dans la péritonite consécutive à la perforation de l'ulcus stomacal et duodénal, surtout à la phase qui suit la perforation. Une théorie fantaisiste avait été jusqu'à dire que le malade ne vomit pas parce que le contenu de l'estomac passe dans le péritoine à travers la perforation.

Un autre fait assez inattendu, pour qui ne connaît pas la

question, c'est que notre malade était sans fièvre, pouls normal et température à 37°,4. Il semble surprenant, tout d'abord, qu'un homme qui est à la quatrième heure d'une péritonite suraiguë n'ait ni accélération du pouls, ni élévation, ni abaissement de la température. Or, il n'en était rien dans le cas actuel, et pareil fait a été consigné par d'autres auteurs.

Notre malade n'avait donc comme signes de sa péritonite suraiguë et de sa perforation stomacale, ni tympanisme, ni fièvre, ni vomissements, ni hoquet, on n'était guidé par aucun symptôme gastrique antérieur, et cependant le diagnostic a pu être fait avec toute la précision désirable. En parlant ainsi, je n'obéis pas, on le pense bien, au sentiment mesquin qui aurait pour but de me décerner des éloges; tout autre est mon désir; j'ai à cœur de démontrer, une fois de plus, l'importance d'une séméiologie bien conduite : il a suffi d'un seul signe minutieusement étudié, la douleur, pour nous conduire au diagnostic.

Ceci prouve également que l'ancienne description de la péritonite aiguë, telle que nous l'avaient léguée nos devanciers, doit être complètement remaniée; on ne peut plus aujourd'hui comme autrefois fondre en un seul tableau la description de la péritonite, car les mêmes symptômes sont loin d'être applicables, il s'en faut, à toutes les péritonites aiguës; ainsi, la péritonite de la fièvre typhoïde par perforation intestinale ne ressemble en rien à la péritonite par perforation de l'ulcère stomacal ou duodénal, laquelle ne ressemble nullement à la péritonite appendiculaire, laquelle est bien différente de la péritonite primitive à pneumocoques, etc. On peut dire que les études de ces dernières années ont bouleversé le chapitre des maladies médico-chirurgicales de l'abdomen.

Traitement. — Le *traitement* est ici purement chirurgical. En face d'une péritonite suraiguë consécutive à la perforation d'un ulcus stomacal, un seul traitement s'impose : c'est l'intervention chirurgicale. Mais il faut se décider et agir sans perdre de temps, car on a d'autant plus de

chances de succès que l'opération est pratiquée à une époque plus rapprochée du moment de la perforation.

Dans une communication sur les perforations de l'ulcus stomacal, Le Dentu¹ est entré dans des détails très circonstanciés et a réuni les statistiques suivantes concernant les résultats de l'opération :

Statistique de Michaux (année 1894) : sur 25 cas, 5 guérisons et 20 morts, soit 80 pour 100.

Statistique de Chapt (année 1895) : sur 27 cas, 6 guérisons et 21 morts, soit 77.77 pour 100.

Statistique de Chapt et Mauclair réunies : sur 45 cas, 15 guérisons et 30 morts, soit 66.66 pour 100.

Statistique de Houzé (année 1895) : sur 67 cas, 20 guérisons et 47 morts, soit 70.2 pour 100.

Statistique de Parisier : sur 99 cas, 53 guérisons et 66 morts, soit 66.66 pour 100.

En additionnant ces statistiques, on voit que la guérison a été obtenue dans un tiers des cas, ce qui est fort beau pour une maladie, qui, faute d'intervention chirurgicale, est fatalement mortelle. De plus, on peut poser en principe que la guérison est d'autant plus certaine que l'opération est plus précoce. C'est ainsi, dit Le Dentu, que sur les 49 guérisons de la statistique de Comte, 11 sont dues à des opérations pratiquées dans les dix premières heures qui ont suivi la perforation. Sur les 53 guérisons de la statistique de Parisier, 23 sont dues à des opérations qui ont été pratiquées dans les dix ou quinze premières heures après la perforation. Par contre, les guérisons deviennent de plus en plus rares à mesure que l'opération est faite à des époques plus éloignées de la perforation.

§ 12. TRANSFORMATION DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC EN CANCER

La transformation de l'ulcère stomacal en cancer, ou, si l'on veut, l'adjonction du cancer à l'ulcère stomacal n'est

1. Le Dentu. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 4 mai 1897.