

Sur 269 cas relatés dans cette thèse, l'ulcère occupait 242 fois la 1<sup>re</sup> portion du duodénum, 14 fois la 2<sup>e</sup> portion, 3 fois l'angle inférieur et 3 fois la portion ascendante (4<sup>e</sup> portion).

Le siège a été précisé 127 fois par rapport aux

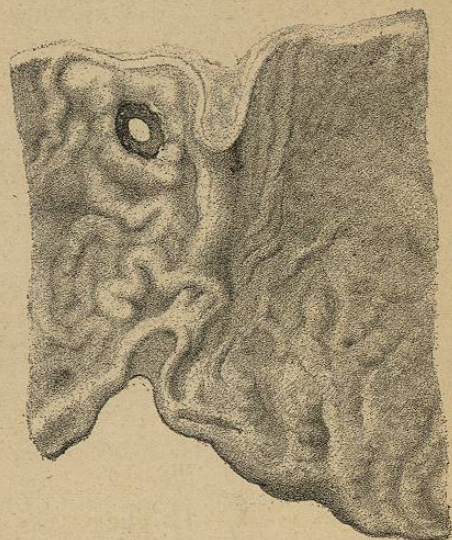


FIG. 109.

plans antérieur et postérieur du sujet; 71 fois il s'est agi de la paroi antérieure, 45 fois de la postérieure, 10 fois du bord supérieur et 1 fois du bord inférieur.

Assez souvent l'ulcère est à cheval sur le pylore

(fig. 107) ou bien s'en montre très voisin (fig. 108 et 109). La perforation est le mode de terminaison le plus fréquent de l'ulcère simple du duodénum. Les figures 109 et 110 montrent les surfaces interne et externe d'un duodénum atteint d'ulcère perforant au voisinage du pylore<sup>1</sup>.

83 fois sur 100, l'ulcère est unique. Sur 233 obser-

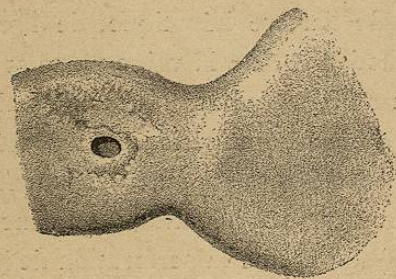


FIG. 110.

vations, on a relevé 26 fois 2 ulcères, 3 fois 3 ulcères, et 9 fois plus de 4 ulcères. La guérison spontanée de l'ulcère duodénal, par suite de la formation d'un tissu cicatriciel, s'observe, d'après M. H. Collin, sur 8,7 p. 100 des cas mentionnés (22 cas sur 262 observations); et encore cette guérison est-elle souvent illusoire, la cicatrisation déterminant presque tou-

1. Les fig. 107 et 108 ont été exécutées d'après des pièces anatomiques recueillies par M. H. Collin.



jours la production d'une sténose fibreuse infranchissable. La mort par perforation est presque la règle, surtout quand l'ulcère siège à la face antérieure du duodénum. La péritonite par perforation peut survenir inopinément, comme dans les cas d'ulcère latent de l'estomac.

La mort peut survenir par suite d'une hémorragie foudroyante, et l'on constate à l'autopsie une ulcération de l'artère hépatique, de l'artère pancréatico-duodénale, de la veine porte et même de l'aorte. On a observé, dans les cas où l'ulcère siège au niveau de la face supérieure ou postérieure du duodénum, des foyers suppurés rétro-péritonéaux, sous-phréniques, sous-hépatiques ou pancréatiques, (HOFFMANN), ou même la perforation de la vésicule biliaire (GROSS, cité par Collin, p. 17, et REINHOLD, *id.*, p. 82). Nos observations personnelles (voir fig. 104) nous permettent toutefois de croire qu'il peut y avoir eu, dans ces deux cas, une erreur d'interprétation et que l'ulcération duodénale a été, non pas primitive, mais consécutive à l'ouverture dans le duodénum d'une cholécyste calculeuse suppurée.

M. Collin cite l'ectasie gastrique ou duodénale comme une des conséquences les plus fréquentes de l'ulcère duodénal en voie de cicatrisation. On peut observer aussi l'oblitération des canaux cholé-

doque et pancréatique ou la thrombose de la veine porte. Il est en effet assez rare que l'ulcère se cicatrise sans laisser de traces appréciables, et presque toujours, quand l'ulcération est profonde, le travail de réparation atteint plus ou moins les organes voisins.

Histologiquement, les lésions de l'ulcère duodénal sont assez analogues à celles que nous avons figurées à propos de l'ulcère de l'estomac, et M. Collin signale notamment, au voisinage de l'ulcère, la dilatation des glandes de Lieberkühn, l'accumulation des éléments lymphatiques, et la sclérose des couches musculaires sous-jacentes.

L'ulcère du duodénum est plus fréquent chez l'homme que chez la femme (205 hommes sur 257 cas, soit 80 p. 100).

Les symptômes de l'ulcère du duodénum ont été décrits de main de maître par M. Bucquoy (1887) :

« Une personne anémiée, mais non dyspeptique, est prise tout à coup, quelques heures après le repas, de douleurs localisées à la région sous-hépatique, suivies de déjections alvines fétides et hémorragiques.

« Le soir même, l'état général s'améliore.

« Six semaines après, nouvelle entérorrhagie, sans troubles gastriques ni vomissements.



« L'hématémèse est rare en pareil cas. La conservation de l'appétit, la tolérance gastrique, mettent l'estomac hors de cause. »

Le siège de la lésion ne devient obscur que s'il se produit, comme nous l'avons observé, une sténose cicatricielle avec ectasie gastrique duodénale et hématémèses profuses.

Le symptôme douleur, dans les cas d'ulcère duodénal, est remarquable par son irrégularité. La crise, en général, est de courte durée. La douleur se manifeste au lieu d'élection, dans l'hypochondre droit, et débute non pas au moment de l'ingestion des aliments, mais quelques heures plus tard, au moment où le contenu de l'estomac commence à passer dans l'intestin grêle. Cette douleur est très intense; elle dure tant que le chyme n'a pas été évacué dans le jéjunum, et atteint son acmé vers la fin de la digestion. Souvent survient un vomissement qui met fin à la crise.

On peut observer l'hématémèse, comme dans l'ulcère de l'estomac; le mélæna est fréquent, mais passe souvent inaperçu. Les troubles digestifs sont moins marqués que dans l'ulcère stomacal, et *l'appétit est conservé*.

L'étiologie de l'ulcère duodénal, à part les cas où il coïncide avec une brûlure étendue des téguments

externes ou avec l'érysipèle (42 cas sur 279), est des plus obscures.

On n'a jamais pu expliquer d'une manière satisfaisante la production de l'ulcère duodénal dans les cas de brûlures étendues de la peau.

La théorie de l'infection microbienne, soutenue par Letulle et Collin, ne repose encore que sur de simples probabilités, les pièces ayant été recueillies plus de 24 heures après la mort.

Le Dr A. Robin a observé dans plusieurs cas la coïncidence de l'ulcère duodénal avec la présence des acides organiques dans l'estomac. Pour A. Robin, l'ulcère du duodénum semblerait en relation avec l'hyperacidité organique de l'estomac, comme l'ulcère rond du ventricule est en relations étroites avec l'hyperchlorhydrie.

L'ulcère duodénal peut déterminer la production de masses inflammatoires perceptibles au palper abdominal, et il ne sera pas inutile de signaler que, dans certains cas d'ulcère calleux du duodénum, les callosités adjacentes ont pu en imposer pour une tumeur cancéreuse (COLLIN). Nous avons signalé plusieurs cas analogues à propos des ulcères calleux de l'estomac et du pylore, empiétant ou non sur la 1<sup>re</sup> portion du duodénum.

Existe-t-il, pour le duodénum, comme nous



l'avons observé pour l'estomac, en dehors de l'ulcère simple et de la sténose fibreuse, des cas de contraction spasmodique?

Le rétrécissement spasmodique du duodénum peut être une des complications de l'ulcère de cette partie de l'intestin. Tel paraît avoir été le cas chez un de nos opérés *in extremis*, atteint de vomissements alimentaires, d'hématémèses presque continues, et qui s'est éteint dans l'adynamie avec abaissement progressif de la température. (*Gastro-entérostomie*, obs. n° 4.)

On a observé également des cas de sténose congénitale du duodénum, simulant un rétrécissement cicatriciel, et d'étranglement par bride, comme on en rencontre en d'autres points du tube intestinal. Frémont a observé un de ces rétrécissements congénitaux du duodénum chez un enfant qui présentait également une imperforation de l'anus. Cet enfant fut opéré avec succès par Kirrison de l'imperforation du rectum, et mourut peu après l'opération, sans cause appréciable. On trouva à l'autopsie une sténose congénitale du duodénum et un autre rétrécissement sur l'intestin grêle.

Le cancer du duodénum est rare. Il s'agit presque toujours d'une propagation d'un cancer du pylore. Chez une de nos malades, la dégénérescence maligne

s'était étendue le long du duodénum jusqu'au muscle de Treitz et nous avons pu faire constater aux confrères présents et tout particulièrement aux D<sup>rs</sup> Vuillet, de Genève, Championnière, de Paris, et Lefebvre, de Laon, médecin de la malade, l'extension du néoplasme au-dessous du méso-côlon transverse jusqu'à l'origine du jéjunum. Le cancer du pancréas peut également envahir le duodénum par propagation directe. Nous en avons observé plusieurs cas et nous avons pu faire deux fois le diagnostic d'après les signes rationnels et par le palper abdominal, chez des malades âgés de 30 ans à peine. L'ictère par obstruction du canal cholédoque est en général un des symptômes précurseurs de la mort.

Parmi les autres causes susceptibles d'entraver le passage du chyme dans le jéjunum, on a signalé la compression de la deuxième portion du duodénum par un rein flottant ou par une tumeur du pancréas. Nicaise et Glénard ont incriminé une tension exagérée de la corde mésentérique, oblitérant le calibre de la troisième portion du duodénum. Enfin, le même accident peut se produire à l'origine du jéjunum, au niveau de l'insertion du muscle de Treitz.

Nous ne saurions trop insister sur le rôle que doivent jouer, en pareille occurrence, la configuration



de l'anse duodénale, et la situation élevée de l'origine du jéjunum, qui souvent se trouve sur le même plan horizontal que le pylore et même sur un plan notablement supérieur.

Le spasme de l'anse duodénale suffit dans ces cas pour déterminer le reflux de la bile dans l'estomac, la dilatation de cet organe, des vomissements journaliers avec crises gastralgiques et les symptômes généraux les plus inquiétants.

## DIAGNOSTIC

ET

## INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous avons étudié dans le chapitre précédent les obstacles qui peuvent s'opposer au passage du chyme dans le jéjunum :

Rétrécissement de l'estomac en bissac; contraction simple, rétrécissement spasmodique, cicatriciel ou organique du pylore; inflexions et adhérences de la première portion du duodénum; compression de la deuxième portion du duodénum par le rein flottant ou par une tumeur située dans le voisinage; spasme du duodénum, ou rétrécissement consécutif à un ulcère; cancer primitif ou secondaire du duodénum; compression du calibre de l'intestin par la corde mésentérique ou le muscle de Treitz.

Il nous reste à déterminer comment il nous sera