

moins pendant des *mois*. A l'ipéca, j'associe volontiers le valérianate d'ammoniaque et surtout l'hydrothérapie, qui doit être indéfiniment prolongée. J'ai déjà traité par cette médication un assez grand nombre de malades atteints de goitre exophtalmique. Je suis loin de dire qu'elle fasse merveille, je n'ai pas la prétention de juguler la maladie; mais ce que j'ai vu et ce que vous avez constaté, c'est une atténuation notable de quelques symptômes, c'est une amélioration progressive qui s'est terminée généralement par la guérison.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — On observe fréquemment, chez les malades atteints de maladie de Basedow, des troubles cérébraux qui se traduisent habituellement par un état psychique léger et, dans quelques circonstances, par un état mental qui aggrave singulièrement le pronostic.

2. — Cet état mental revêt toutes les formes de l'aliénation. Certains auteurs ne voient là qu'une association de psychoses chez des gens héréditaires ou dégénérés. D'autres auteurs, tout en faisant une large part au terrain personnellement ou héréditairement préparé, pensent que les symptômes psychiques et mentaux sont sous la dépendance de la maladie de Basedow au même titre que les troubles de motilité et que tous les autres symptômes nerveux.

3. — Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow a donné jusqu'ici des résultats tellement contradictoires qu'il n'est pas possible de porter sur ce traitement un jugement définitif. Toutefois, les opérations pratiquées sur le goitre exophtalmique ont été si souvent suivies d'accidents mortels, que c'est un moyen que nous n'aurons garde de conseiller.

4. — Moins brillant que le traitement chirurgical, mais plus inoffensif et au total aussi efficace, le traitement médical comporte des indications multiples. Il doit être longtemps prolongé.

DOUZIÈME LEÇON

PERFORATION DE L'ULCÈRE SIMPLE DU DUODÉNUM

MESSIEURS,

Le 18 janvier 1897, à cinq heures du soir, on portait sur un brancard, salle Saint-Christophe, un malade âgé de quarante ans, gardien de la paix. Malgré les précautions prises, depuis l'instant où il fut descendu de la voiture d'ambulance qui l'avait amené à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au moment où il fut couché au n° 15 de notre salle, cet homme ne cessa de pousser des cris plaintifs et des gémissements. Chaque secousse imprimée au brancard, chaque mouvement, éveillait ou réveillait des douleurs de ventre les plus vives. Ce pauvre homme était couché depuis un quart d'heure, quand arriva mon chef de clinique, M. Charrier. Le diagnostic de *péritonite aiguë* ne fut pas long à faire. Etendu sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses légèrement fléchies sur le ventre, le malade, les traits tirés, le facies grippé, les yeux excavés, était en proie à une anxiété profonde. Il avait du hoquet et des vomissements porracés. Sa respiration saccadée, incomplète, interrompue par la douleur, rappelait l'angoisse dyspnéique diaphragmatique; on comptait trente-cinq respirations par minute.

Le ventre était très météorisé, la palpation et la percussion, faites avec la plus grande douceur, étaient péniblement supportées; il suffisait de poser la main sur le ventre pour susciter les plus vives souffrances. Néanmoins, il fut possible de constater que l'abdomen était partout sonore, excepté à l'hypogastre et aux flancs.

Toujours bien portant, jusqu'au samedi 16 janvier, c'est-à-dire jusqu'à l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, cet homme, dont les fonctions digestives étaient irréprochables et qui avait toujours fait son service de gardien de la paix, sans jamais être porté malade, fut pris brusquement, le samedi 16 janvier, à cinq heures du soir, au moment où il montait la garde au poste de police du deuxième arrondissement, d'une douleur tellement atroce, qu'il la compare à un coup de poignard. Il en fut terrassé sur place. On s'empressa auprès de lui, et grâce à l'obligeance du Dr Beausse, qui fut mandé aussitôt, nous savons, dans les moindres détails, ce qui s'est passé dès ce moment. Notre confrère, à son arrivée auprès du malade, le trouva se tordant de douleurs et poussant des hurlements qu'on entendait jusque dans la rue. Le pauvre homme était debout, soutenu par deux collègues, et quand on voulut le coucher pour le mieux examiner, il s'y refusa, craignant d'exaspérer les douleurs; il préféra rester debout, moitié plié, courbé.

M. Beausse pratiqua aussitôt une piqûre de morphine de deux centigrammes, appliqua des compresses chaudes sur l'abdomen, et obtint ainsi un soulagement qui permit de faire transporter le malade à son domicile. Alors l'examen devint possible¹. Le ventre était rétracté et d'une dureté ligneuse; la palpation était très douloureuse, particulièrement à l'hypocondre droit, d'où les douleurs irradiaient vers le creux épigastrique et jusqu'à la colonne vertébrale. La palpation profonde était impraticable à cause de la défense musculaire, qui donnait à la paroi abdominale sa dureté ligneuse. Cependant, le point de Mac Burney n'était pas

1. Cette partie de l'observation a été publiée par le Dr Beausse. *Journal de médecine de Paris*, 21 mars 1897.

particulièrement douloureux et le diagnostic d'appendicite fut avec raison écarté. Une nouvelle injection de morphine et des cataplasmes laudanisés produisirent un calme relatif. Le lendemain matin dimanche, le ventre était toujours douloureux et rétracté, mais le malade était plus calme et la fièvre était nulle, la température ne dépassait pas 37°,8. Le traitement consista en boissons fraîches, lait, eau de Vichy, et grands lavements froids. Dans la journée, il y eut une selle assez abondante. Le dimanche soir, apparence d'amélioration; les douleurs sont moins vives, le ventre est toujours rétracté. Mais le lendemain matin lundi, apparaissent des vomissements verdâtres, les yeux s'excavent, le nez se pince, le ventre préalablement rétracté commence à se météoriser; bref, la situation devient menaçante. C'est alors que cet homme est transporté à l'Hôtel-Dieu.

Le malade arrive dans mon service, ainsi que je vous l'ai dit plus haut, en pleine péritonite aiguë, la douleur ayant toujours son maximum d'intensité, comme au début, sous les côtes du côté droit, entre l'hypocondre et l'épigastre. Le pouls est à 120, la température rectale atteint 38 degrés. En pareille circonstance, bien que le pronostic fût presque fatal, bien que la péritonite fût certainement généralisée, l'intervention chirurgicale s'imposait comme unique ressource. M. Cazin, chef de clinique de M. Duplay, voulut bien se charger de l'opération. Pas un instant ne fut perdu, car cinquante minutes après son entrée à l'hôpital, le malade était sur la table d'opération. M. Cazin fit l'incision, suivant une ligne courbe allant de la crête iliaque au pli de l'aîne. La péritonite était intense et généralisée; les anses intestinales extrêmement distendues faisaient hernie à travers la plaie et étaient accolées par des membranes fibrino-purulentes. Le bassin était plein de pus. Le cæcum et l'appendice étaient sains.

Impressionné par l'extrême distension des anses intestinales, l'opérateur se demande s'il n'y a pas quelque part une cause d'occlusion intestinale, coudure ou étranglement. Pour rendre son exploration plus facile, il pratique une longue incision sur la ligne médiane; les intestins et l'estomac sont

attentivement examinés sans qu'on puisse découvrir nulle part, ni étranglement, ni perforation. L'opération durant déjà depuis longtemps et l'état du malade donnant les plus sérieuses inquiétudes, on décida fort sagement de ne pas poursuivre l'exploration abdominale et on pratiqua le pansement. Le malade succomba quelques heures plus tard.

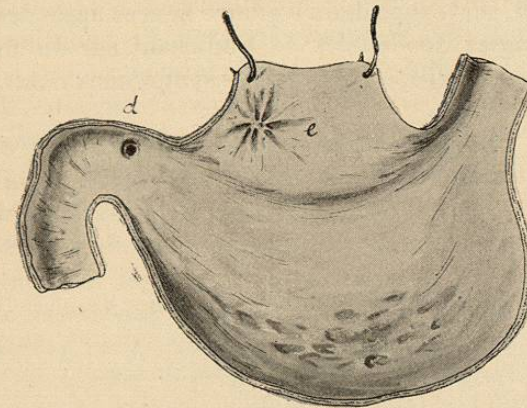
Le lendemain matin, à mon arrivée à l'Hôtel-Dieu, on me fit part de tout ce qui s'était passé la veille au soir, et j'appris du même coup l'arrivée du malade dans nos salles, la décision qui avait été prise et l'opération qui avait été pratiquée. Non seulement je donnai mon entière approbation à ce qu'on avait fait, mais mon opinion est qu'on ne pouvait mieux faire. Quand un malade est atteint de péritonite aiguë, et qu'il en est peut-être temps encore, il faut savoir prendre une décision rapide et lui donner la seule chance de salut, l'opération. Certes, on ne réussit pas toujours, il s'en faut; mais je vous citerai des cas, en apparence désespérés, sur lesquels l'intervention chirurgicale a eu un plein succès. Au récit qui me fut fait de la maladie de notre homme, je fis part de mes impressions concernant la cause de sa péritonite et je crus pouvoir affirmer qu'il avait succombé à la perforation d'un ulcère latent du duodénum ou de l'estomac. Je vous dirai plus loin sur quoi je basai ce diagnostic rétrospectif.

Voici les résultats de l'autopsie : Péritonite généralisée : les anses intestinales, très distendues, sont accolées par des adhérences fibrino-purulentes; le petit bassin contient une grande quantité de pus. L'examen méthodique de l'intestin fait découvrir la cause de la péritonite : à la face postérieure du duodénum, à deux centimètres au-dessous du pylore, on trouve un ulcère simple perforé à son centre.

Vu par la face intestinale, l'ulcère a la forme d'un entonnoir, dont la partie évasée mesure un centimètre de diamètre. Les parois de cet entonnoir sont déclives et formées de deux gradins. Au fond de l'ulcère existe la perforation, véritable trou, qui a un demi-centimètre de diamètre; ses contours sont circulaires, indurés, épais, formés par des bords arrondis. Vue du côté du péritoine, la perforation est telle-

ment nette, qu'elle semble avoir été faite à l'emporte-pièce, en plein tissu sain. Le duodénum dans le reste de son étendue, est absolument normal.

A la face antérieure de l'estomac, on trouve la cicatrice



d, perforation de l'ulcère duodénal. — *e*, cicatrice d'un ancien ulcère stomacal.

d'un ulcère guéri. Cette cicatrice est à 2 centimètres de la petite courbure, à 4 centimètres du pylore, à 9 centimètres de l'œsophage. Le centre de la cicatrice est légèrement déprimé et n'a pas la mollesse du tissu avoisinant. De ce centre partent des plis radiés qui donnent à la cicatrice une forme étoilée. Il vous est facile de contrôler ces différentes lésions sur les pièces que je mets sous vos yeux.

En résumé, notre malade a succombé en moins de trois jours à une péritonite aiguë, due à la perforation d'un ulcère duodénal dont l'évolution avait été *absolument latente*. Je saisis avec empressement cette occasion pour reprendre la question dans son ensemble et pour étudier avec vous les symptômes, le diagnostic et le traitement de la perforation de l'ulcère du duodénum.

Premier point à signaler, c'est que, dans la très grande majorité des cas, l'ulcère du duodénum évolue à l'état

latent; c'est la règle; quand il s'annonce, c'est par une perforation qui vous tue en peu de jours, presque en quelques heures. Et quand, par hasard, il y a quelques symptômes, ils sont si peu significatifs, qu'ils ne conduisent pour ainsi dire jamais au diagnostic. Ainsi les douleurs à l'hypochondre droit, survenant deux à quatre heures après les repas, les hémorragies duodénales se traduisant par du méléna, l'hyperpepsie, l'hypo-pepsie et autres symptômes n'ont qu'une valeur relative.

Au total, les signes et les symptômes de l'ulcère du duodénum sont mal définis, inconstants ou nuls. Tandis qu'à l'estomac les symptômes de l'ulcère, la douleur surtout, sont presque constants et facilement compréhensibles, parce que l'estomac est en contact prolongé avec les aliments et avec l'acide chlorhydrique en excès, au duodénum, au contraire, le contact est fugace et n'existe qu'au passage des aliments chymifiés. Ceci vous explique pourquoi l'ulcère du duodénum est presque toujours latent, pourquoi le diagnostic en est si difficile et pourquoi la perforation surprend les gens en pleine santé. C'est ce qui est arrivé pour notre pauvre malade, et les observations dont je vais vous faire juges vous prouveront la vérité de ce que j'avance.

(OBS. I.) — Un homme de trente-trois ans¹, fort bien portant, n'ayant jamais eu le moindre trouble digestif, est pris, tout à coup, à sept heures du soir, de douleurs abdominales tellement intenses, qu'il se laisse tomber en poussant des cris. En même temps apparaissent des vomissements. On transporte aussitôt le malade à l'hôpital : les douleurs sont atroces, les vomissements sont porracés, le ventre est ballonné; la constipation est absolue. On ne perçoit, nulle part, ni tumeur ni induration; le toucher rectal ne révèle rien d'anormal; il n'y a pas de hernie. Malgré la morphine, douleurs et vomissements persistent toute la nuit. Le lendemain, la sonorité abdominale, franchement tympanique, semble plus accusée à la zone ombilicale qu'aux parties laté-

1. Dutil. *Bulletin de la Société anatomique*, 1887, p. 478.

rales de l'abdomen. Le météorisme, la constipation absolue, la suppression des urines, font diagnostiquer un étranglement interne atteignant vraisemblablement l'intestin grêle. Le malade succombe dix-huit heures après le début des accidents.

A l'autopsie : péritonite généralisée avec matières alimentaires dans la grande cavité du péritoine et dans l'arrière-cavité des épiploons. Le duodénum est entouré d'un exsudat purulent; à sa face antérieure et immédiatement au-dessous du pylore est une perforation du diamètre d'une lentille. La perforation forme le fond d'un ulcère qui avait évolué à l'état latent; l'ulcère a le diamètre d'une pièce de un franc; il est nettement arrondi, en forme d'entonnoir; ses bords sont épais et taillés à pic.

(OBS. II.) — Un homme de quarante-deux ans¹, peintre en bâtiments, est porté à l'hôpital, à dix heures du soir, pour de violentes douleurs de ventre qui ont éclaté brusquement à quatre heures de l'après-midi. Jamais cet homme n'avait eu ni douleurs abdominales ni troubles intestinaux, il avait toujours eu une santé parfaite jusqu'au moment où ont apparu les douleurs. En raison de sa profession, et tenant compte du liséré saturnin des gencives, on porte le diagnostic de coliques de plomb. Pendant la nuit surviennent des vomissements bilieux. Le lendemain matin, le ventre est dur, douloureux, mais pas météorisé. Dans la soirée, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début des accidents, l'état du malade s'aggrave au point qu'on n'ose même pas songer à une intervention chirurgicale. Les vomissements sont incessants, les yeux sont excavés, les traits sont tirés, le pouls est à 120, la température est à 40°. On fait alors le diagnostic de péritonite aiguë. Le malade succombe deux heures plus tard, foudroyé pour ainsi dire, puisque la maladie entière n'a duré que vingt-six heures.

A l'autopsie : péritonite généralisée, les anses intestinales congestionnées, sont adhérentes entre elles et au péritoine. La cavité péritonéale contient deux litres d'un liquide foncé,

1. Vermorel et Marie. *Bulletin de la Société anatomique*, 1893, p. 350.

roussâtre. On recherche la cause de cette péritonite : l'appendice est intact, pas de lésions dans le petit bassin, rien à la vésicule biliaire. Mais sur la première portion du duodénum, au-dessous de l'orifice pylorique, on découvre un ulcère perforé, dont l'évolution avait été absolument latente. La *perforation* est circulaire, du diamètre d'une lentille, à bords taillés à l'emporte-pièce.

(OBS. III.) — Un homme de trente-cinq ans, toujours très bien portant, est pris brusquement, en revenant de son travail, de violentes douleurs abdominales¹. Rentré chez lui, il vomit à plusieurs reprises et perd connaissance. Les douleurs persistent toute la nuit, et le lendemain matin on le transporte à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brissaud. Le mal fait de rapides progrès : le facies est grippé, les yeux s'excavent, la constipation est absolue ; pendant les paroxysmes douloureux, le malade se cramponne en gémissant aux barreaux de son lit. Le ventre est très ballonné, très tendu, partout sonore, excepté à la fosse iliaque droite, où la douleur semble prédominer ; le pouls est à 104, la température à 37°,9. On diagnostique une appendicite aiguë perforante. Malgré la morphine, les douleurs persistent, et le lendemain matin on décide l'opération qui est pratiquée à dix heures par M. Monod. Le malade succombe dans la soirée, trente-six heures après le début des accidents.

A l'autopsie : péritonite généralisée. A droite, est une collection purulente qui s'étend de la fosse iliaque à la face inférieure du foie et refoule la masse intestinale vers la ligne médiane. La péritonite est due à la *perforation* d'un ulcère simple, à évolution latente, situé à la face antérieure du duodénum au-dessous de l'orifice pylorique.

(OBS. IV.) — Un homme de cinquante ans est apporté à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Letulle, pour une violente douleur à la région épigastrique. Le ventre est douloureux à la palpation, mais il n'est pas météorisé, il est plat et très dur. Le pouls est petit et précipité, le facies est

1. Cette observation et les deux suivantes sont consignées dans la thèse de M. Collin : *Etude sur l'ulcère simple du duodénum*. Paris, 1894.

grippé, les yeux sont excavés. On porte le diagnostic de péritonite par perforation ; on décide l'opération immédiate, mais le malade meurt pendant qu'on le transporte en chirurgie.

L'autopsie confirme l'existence d'une péritonite généralisée ; des fausses membranes minces et molles occupent toute l'étendue de la cavité péritonéale et prédominent à la face antérieure du duodénum et de l'estomac. La péritonite est due à la *perforation* d'un ulcère qui occupe la partie antérieure et supérieure de l'origine du duodénum.

(OBS. V.) — Un homme de vingt-huit ans, jamais malade, éprouve subitement, en prenant une tasse de thé, une douleur violente à droite de l'ombilic. Le lendemain, le ventre se ballonne et le malade est pris de vomissements verdâtres. Au troisième jour, le ballonnement est considérable, le visage est anxieux, le pouls est à 130, la température est normale. On fait le diagnostic d'obstruction intestinale et on pratique la laparotomie. A l'ouverture du ventre, on constate une péritonite généralisée, le petit bassin est rempli de pus. On examine avec soin les différentes parties de l'intestin, mais on n'y découvre aucune perforation. Le malade survécut sept jours à l'opération.

A l'autopsie, on constate une péritonite généralisée avec foyer principal sous-hépatique. A la face antérieure du duodénum, près du pylore, existe une *perforation* ovalaire, à bords très nets, consécutive à un ulcère simple dont l'évolution avait été absolument latente.

(OBS. VI.) — Un jeune garçon de dix-huit ans, terrassier de son état, se présente le 30 novembre à la consultation de M. Brouardel, hôpital de la Pitié¹. Son visage exprime la douleur la plus vive ; il comprime de ses deux mains la région épigastrique où, dit-il, il souffre cruellement. La veille encore il était très bien portant, quand, à trois heures de la nuit, il fut réveillé soudainement par une terrible douleur entre le foie et l'estomac. Aussitôt après son entrée à l'hôpital, la situation s'aggrave rapidement ; bien que le

1. P. Brouardel. *La mort et la mort subite*. Paris, 1895.

ventre ne soit pas météorisé, le facies grippé, les vomissements bilieux et la douleur vive à crier, prouvent bien qu'il s'agit d'une péritonite aiguë. La mort survient à sept heures du matin, vingt-huit heures après le début des accidents. Ce jeune garçon, je vous le répète, n'avait jamais eu ni troubles dyspeptiques ni douleurs abdominales, il avait bon appétit et digérait parfaitement; son ulcère avait donc évolué d'une façon tout à fait latente.

A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée due à une *perforation* du duodénum. Cette perforation est située au-dessous de la région pylorique; elle a le diamètre d'une lentille et l'aspect d'un trou fait à l'emporte-pièce.

(Obs. VI.) — Un jeune homme de vingt-six ans, garçon épicier, n'ayant jamais éprouvé le moindre trouble digestif, se rendait le vendredi matin 8 janvier à son travail, après avoir fait un léger repas selon son habitude. Tout à coup, à dix heures, il est pris d'une douleur déchirante localisée à la partie gauche de l'abdomen. On le conduit à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Babinski. Le malheureux souffre atrocement, il est prostré, fort abattu, il a le facies altéré, la voix cassée et éteinte. Le pouls est petit et rapide. Le ventre n'est pas météorisé, il est partout sonore et tendu par la contraction des muscles abdominaux qui sont en état de défense. La palpation est extrêmement douloureuse. On fait le diagnostic d'appendicite et on prescrit comme traitement, l'opium et la glace sur le ventre. Le lendemain, l'état s'aggrave, bien que l'opium ait quelque peu calmé la douleur; le ventre s'est météorisé. Vingt-quatre heures plus tard, la situation est encore pire, des vomissements verdâtres se répètent coup sur coup, le pouls devient filiforme et extrêmement rapide, on décide l'intervention chirurgicale. M. Sébileau pratique la laparotomie avec l'idée qu'il pourrait bien s'agir d'une appendicite. A l'ouverture du ventre, il s'écoule du liquide louche comme du bouillon sale. Le malade étant très affaibli, on se hâte de terminer l'opération et on laisse comme drainage une mèche de gaze iodoformée. Le malade succombe le lendemain dans la nuit.

L'autopsie démontre une péritonite généralisée due à la *perforation* d'un ulcère duodénal dont l'évolution avait été absolument latente. L'ulcère, régulièrement arrondi, a la dimension d'une pièce de vingt centimes; il occupe la partie antérieure du duodénum, au-dessous du pylore, ses bords sont formés de deux gradins concentriques¹.

(Obs. VIII.) — Un homme de vingt-quatre ans, fort et robuste, n'ayant jamais eu ni troubles dyspeptiques ni douleurs abdominales, était encore en pleine santé le mardi 25 mai. Ce jour-là, il déjeune de bonne heure, avec son appétit habituel; arrivé à la dernière bouchée, il est pris subitement d'une douleur abdominale atroce et déchirante, suivie de vomissements alimentaires et bilieux. Il localise le point maximum de la douleur entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. « Ce ne sont pas, disait-il, des coliques qui se promènent dans tout le ventre, c'est toujours au même endroit que je souffre. » Un médecin, appelé aussitôt, fait le diagnostic d'occlusion intestinale, administre par deux fois des lavements sous pression et fait transporter le malade à l'hôpital de la Pitié, où il passe d'un service de médecine dans le service de chirurgie de M. Berger. On l'examine à dix heures du soir: à ce moment il ne vomit pas, il n'a pas de hoquet, la douleur est moins vive et plus généralisée; il n'a eu depuis la veille ni garde-robe, ni évacuation de gaz. Le ventre n'est pas ballonné, il est tendu par les muscles abdominaux qui sont en état de défense. La percussion ne dénote rien de particulier. Ce qui frappe avant tout, c'est l'état général du malade: il est plongé dans une demi-torpeur dont il sort à peine pour répondre aux questions qu'on lui adresse. Il dit souffrir moins, il croit aller mieux, mais le facies est profondément altéré; le visage est cyanosé, le nez est effilé, les yeux sont excavés, le regard est terne, la voix est cassée. La langue est sèche et tremblante; la respiration est anxieuse, le pouls est très rapide et filiforme. Les extrémités sont froides et couvertes de sueurs, le thermomètre est à 36°,6. Malgré la situation quasi désespérée,

1. Lardennois et Levrey. *Bulletin de la Société anatomique*, 1897, p. 46.