

jamais eu de maux d'estomac, est prise brusquement pendant la nuit d'une violente douleur épigastrique et des signes d'une péritonite suraiguë, moins les vomissements. Elle succombe en quinze heures. A l'autopsie, on trouve une péritonite due à une perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac<sup>1</sup>.

Une jeune femme de vingt ans, jamais malade, est prise brusquement d'une douleur extrêmement vive dans l'hypochondre gauche. En quelques heures, la température tombe à 36°. 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 vingt-quatre 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>.

Une jeune fille de vingt-cinq 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 survient quarante-cinq heures après le début des accidents. A l'autopsie, on trouve une péritonite due à la perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac<sup>3</sup>.

Une jeune fille de dix-sept ans, très bien portante, n'ayant jamais eu ni symptômes gastro-intestinaux, ni vomissements, ni hématurie, 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 cinquante centimes<sup>4</sup>.

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

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

3. Choppin. « Perforation dans l'ulcère latent de l'estomac », *Th. de Paris*, 1896.

4. Jayle. *Société anatomique*, novembre 1894.

Une jeune fille de dix-huit 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>1</sup>.

Je pourrais multiplier les observations, mais celles-ci suffisent et au delà, pour vous prouver que l'ulcus de l'estomac comme l'ulcus du duodénum peut parcourir ses étapes d'une façon *latente*, et ne se révéler que par sa perforation avec péritonite suraiguë : toutefois, au duodénum cette latence est la règle ; à l'estomac, c'est l'exception.

La péritonite de notre malade présentait quelques particularités avec lesquelles on n'est pas suffisamment familiarisé. D'abord son ventre était plat; 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 sachez que ce tympanisme n'existe pas toujours, il s'en faut. Consultez les observations, et vous verrez qu'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 et parfois rétracté, dur, comme sanglé. Le ventre était plat et dur chez la jeune fille que je voyais avec le D<sup>r</sup> 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 M. Utudjian. Je vous ai cité des exemples du même genre, l'an dernier, quand nous avons étudié la péritonite consécutive à la perforation de l'ulcère du duodénum<sup>2</sup>. Le ventre était « rétracté et d'une dureté ligneuse » quand le D<sup>r</sup> Beausse fut appelé auprès du malade qui fit le sujet de ma leçon. Le ventre était « dur et plat » chez les malades de M. Letulle, de M. Brouardel, de

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

2. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1987, p. 333.

MM. Vermorel et Marie, de MM. Lardennois et Levrey, de MM. Bauzet et Lardennois, tous atteints de péritonite 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 abdominal, dû à la paralysie intestinale ou au passage de gaz à travers la perforation. Vous voyez qu'il n'en est pas toujours ainsi, et ce serait une erreur d'exclure la péritonite parce que le ventre loin d'être tympanisé est plat et dur. Toutefois, ces deux états peuvent se succéder chez le même malade. Tel individu dont le ventre est plat et dur dans les heures qui suivent la perforation, au début de la péritonite, aura le ventre ballonné, tympanisé, quelques heures plus tard ou le lendemain; c'est ce que j'ai constaté chez mon malade de l'an dernier. Il peut même arriver que le tympanisme prenne dans l'ensemble des symptômes une telle prépondérance que, faute d'une bonne sémiologie, on arrive à confondre la perforation stomacale et son tympanisme avec une occlusion intestinale. En effet, dans plusieurs des observations que je vous ai citées, la perforation a été méconnue, on a cru à une occlusion intestinale et c'est en vue de l'occlusion que l'opération a été pratiquée. 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 émoussée et on n'en tire pas tous les renseignements désirables; toutefois, qu'on veuille bien se renseigner avec précision sur 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, les 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, ne marque jamais le début de l'occlusion intestinale, quelle que soit la cause de l'occlusion.

Notre malade, vous l'avez constaté, n'avait *ni hoquet, ni*

*vomissements*, deux signes qui occupent une place importante dans la description des péritonites aiguës. Ces deux signes manquent souvent dans la péritonite consécutive à la perforation de l'ulcus stomacal, 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. Cette théorie est erronée comme tant de théories. Ce qui est certain, c'est que l'absence de vomissements est signalée dans plusieurs observations comme dans la nôtre.

Un autre fait assez inattendu, pour qui ne connaît pas la question, c'est que notre malade était sans fièvre, son pouls était normal et sa température ne dépassait pas 37°,4. Il semble surprenant, tout d'abord, qu'un homme qui est à la quatrième heure d'une péritonite suraiguë n'ait pas éprouvé quelque forte perturbation, telle que petitesse et accélération du pouls, brusque hypothermie ou élévation de 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 abdominal, 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 vous parlant ainsi, je n'obéis pas, vous le pensez bien, au sentiment mesquin qui aurait pour but de susciter vos éloges; tout autre est mon but; j'ai à cœur de vous convaincre, une fois de plus, de l'importance d'une sémiologie bien conduite: vous avez suivi pas à pas l'interrogatoire du malade, vous sentiez que de cet examen devait sortir une importante décision et vous avez vu qu'il a suffi d'un seul signe minutieusement étudié, la douleur, pour nous conduire au diagnostic.

Ceci vous 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 fondre en un seul tableau la description

de la péritonite aiguë, car les mêmes symptômes sont loin d'être applicables, il s'en faut, à des péritonites aiguës d'origines si diverses; ainsi, la péritonite par perforation intestinale dans la fièvre typhoïde<sup>1</sup> ne ressemble en rien à la péritonite par perforation de l'ulcère stomacal, laquelle ne ressemble nullement à la péritonite appendiculaire et vous avez vu dans nos leçons de l'an dernier que la péritonite aiguë et primitive à pneumocoques a, elle aussi, des allures qui lui sont propres. On peut dire que le chapitre des maladies médico-chirurgicales de l'abdomen vient d'être bouleversé.

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, M. Le Dentu<sup>2</sup> 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 p. 100.

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

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

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

Statistique de Parisier : sur 99 cas, 33 guérisons et 66 morts, soit 66.66 p. 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,

1. Dieulafoy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 20 octobre 1896.  
2. Le Dentu. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 4 mai 1897.

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 M. Le Dentu, que sur les 19 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 33 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.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° La perforation de l'ulcère stomacal, comme la perforation de l'ulcère duodénal, s'annonce, à part de très rares exceptions (et au cas bien entendu, où il n'existe pas d'adhérences), par une douleur soudaine, déchirante, atroce, véritable « coup de poignard péritonéal ».

2° La brusquerie, l'intensité, la localisation de la douleur y compris les autres symptômes douloureux, défense musculaire, hyperesthésie, permettent de différencier la perforation de l'ulcus stomacal, de l'appendicite, de l'occlusion intestinale, de la colique hépatique et autres affections douloureuses de l'abdomen.

3° Bien que l'abdomen tout entier puisse être douloureux, surtout quand la péritonite tend à se généraliser, il n'en est pas moins vrai que la douleur consécutive à la perforation de l'ulcus stomacal a son maximum d'intensité et son siège initial, vers le creux épigastrique ou à l'hypocondre gauche. Quand la localisation de la douleur avoisine le creux épigastrique, le duodénum peut être en cause aussi bien que la région pylorique de l'estomac. Je prie du reste le lecteur de vouloir bien se reporter à ma leçon de l'an dernier sur la péritonite consécutive à la perforation de l'ulcus duodénal, car ces deux leçons se superposent pour ainsi dire et se complètent.

4° Les symptômes sont un peu variables suivant qu'on examine le malade à un moment plus ou moins éloigné de

l'instant où s'est faite la perforation. Le ventre plat et rétracté, l'absence de tympanisme, sont surtout des symptômes de perforation récente; l'absence de fièvre, de vomissements et de hoquet ne doit pas nous induire en erreur et nous faire abandonner le vrai diagnostic.

5° L'individu qui a été atteint d'une perforation stomacale, la perforation ne daterait-elle que de quelques heures, a déjà les traits altérés; il a un facies tout spécial, il porte déjà, sur sa physionomie, la griffe péritonéale qui est un indice de réelle valeur.

6° Il est important de faire sans tarder le diagnostic de la perforation stomacale, car l'opération, seul moyen thérapeutique, doit être aussi précoce que possible<sup>1</sup>.

1. Cette leçon a été faite le lendemain de l'arrivée du malade dans mon service, c'est-à-dire le lendemain de l'opération. A ce moment, l'état de l'opéré était satisfaisant; mais, dans la journée, survinrent deux vomissements, la température monta à 37°,8 et le malade fut très abattu. Le surlendemain, 1<sup>er</sup> avril, 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 dans la nuit, à quatre heures, après deux heures d'un délire tranquille. 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.

## SIXIÈME LEÇON

### LE CHANCRE DE L'AMYGDALE

MESSIEURS,

Il y a trois semaines, le 21 janvier dernier, entrant dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 11, un garçon de trente-trois ans, qui se plaignait d'un violent mal de gorge. Au dire du malade, l'angine avait débuté huit ou dix jours avant, sous les apparences d'une amygdalite vulgaire: ma-laise, frissons, douleurs à la déglutition, surtout à gauche, irradiations douloureuses atteignant l'oreille, le cou et la face du même côté. Les jours suivants, la dysphagie s'était accentuée au point que tout mouvement de déglutition était devenu fort pénible. C'est alors que se sentant plus malade, ce garçon était venu à l'Hôtel-Dieu. Je le vois le samedi matin, je le trouve dolent et abattu; il se plaint de la gorge, il a perdu l'appétit, il dort mal, il a pendant la nuit d'abon-dantes transpirations. J'éclaire fortement la cavité bucco-pharyngée pour la bien examiner, et je constate que le mal occupe surtout le côté gauche de la gorge; la muqueuse est rouge et luisante, on n'y découvre ni vésicules d'her-pès, ni exsudat, ni enduit pultacé. L'amygdale gauche est volumineuse et déformée, elle refoule en avant le pilier