

la marche des accidents pulmonaires. Cette assertion est fort exagérée; aussi faut-il s'inspirer, avant de prendre une décision, de l'état du malade et opérer la fistule, à moins que les lésions pulmonaires soient assez avancées.

Je pense, pour ma part, que, chez un phthisique arrivé à une période avancée de sa maladie, il faut s'abstenir, mais dans tous les autres cas on doit opérer, car je n'ai jamais vu qu'il en résultât un inconvénient sérieux.

§ 8. ULCÈRE SIMPLE DU DUODÉNUM
PERFORATION — PÉRITONITE SURAIGÜÉ

Anatomie pathologique¹. — L'ulcère simple du duodénum a les plus grandes analogies avec l'ulcère de l'estomac et de l'œsophage; il occupe principalement la première portion du duodénum, plus souvent sa face antérieure que sa face postérieure, et il empiète parfois sur le pylore. Quand il y a plusieurs ulcères, ils se fusionnent et donnent à l'ulcération une forme irrégulière. Il n'est pas rare de trouver à la fois l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

La pathogénie, l'évolution, la cicatrisation, la perforation de l'ulcère duodénal, la pathogénie des hémorragies et de la péritonite, sont de tous points comparables au processus de l'ulcère stomacal. Des adhérences et des trajets fistuleux peuvent s'établir entre le duodénum et les organes voisins.

Symptômes. — L'ulcère simple du duodénum évolue généralement d'une façon presque latente comme certains ulcères de l'estomac; il est même plus souvent latent que l'ulcère de l'estomac. Ses symptômes les plus habituels sont: la douleur, les vomissements, le melæna, l'hématémèse².

Les douleurs se retrouvent ici, avec quelques-uns des

1. Letulle. *La presse médicale*, 1894, p. 535.

2. Bucquoy. Ulcère simple du duodénum. *Arch. de méd.*, avril, mai, juin 1887.

caractères signalés au sujet de l'ulcère stomacal, elles ont un siège un peu différent, les points xiphoidien et rachidien font souvent défaut, et la crise douloureuse n'apparaît que deux ou trois heures après les repas, dans une région voisine du pylore, au-dessous du bord inférieur du foie.

Les hémorragies intestinales peuvent être foudroyantes si un gros vaisseau a été lésé: ulcérations de l'artère gastro-épiploïque (Broussais), de l'artère pancréatico-duodénale (Knecht), de l'aorte (Stich), de la veine porte (Rayer). Dans les cas ordinaires, le melæna se répète à intervalles plus ou moins rapprochés, avec ou sans douleurs, et parfois avec hématémèses si le sang a reflué dans l'estomac. La pâleur du visage, la décoloration des téguments, la tendance aux défaillances, à la syncope, sont la conséquence de ces hémorragies.

Perforation de l'ulcère. — L'ulcère du duodénum aboutit très souvent à la perforation; on a compté 181 fois la perforation sur 262 ulcères. La perforation avait provoqué 125 fois la péritonite généralisée; dans les autres cas, la péritonite était localisée grâce à des adhérences, ou bien la perforation n'avait pas eu de conséquences, grâce à des organes qui formaient tampon (Collin); ces organes sont le foie et surtout le pancréas¹.

Les péritonites partielles, les abcès enkystés du péritoine dus à des adhérences, sont beaucoup plus rares au cas d'ulcère perforant de l'estomac. Ils peuvent s'ouvrir à l'ombilic ou dans un espace intercostal.

La perforation de l'ulcus duodénal avec péritonite suraiguë est un accident terrible; on en aura une idée par le cas suivant consigné dans une de mes leçons cliniques sur la perforation de l'ulcère simple du duodénum².

Le 18 janvier 1897, à cinq heures du soir, on portait dans mes salles de l'Hôtel-Dieu un malade qui ne cessait de pousser des cris plaintifs et des gémissements. On le cou-

1. Collin. *Ulcère simple du duodénum*. Thèse de Paris, 1894.

2. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897. Perforation de l'ulcère simple du duodénum. Douzième leçon.

cha aussitôt et mon chef de clinique Charrier fit le diagnostic de péritonite aiguë. Le malade, le facies grippé, les yeux excavés, était en proie à une anxiété profonde. Il avait du hoquet et des vomissements porracés. Sa respiration était saccadée, interrompue par la douleur. Le ventre était très météorisé, excessivement douloureux et partout sonore, excepté à l'hypogastre et aux flancs.

Toujours bien portant, jusqu'à l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, cet homme, dont les fonctions digestives étaient irréprochables, fut pris brusquement, le samedi 16 janvier, à cinq heures du soir, au moment où il montait la garde au poste de police, 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 ce qui s'est passé dès ce moment. Notre confrère trouva le malade se tordant de douleur et poussant des hurlements. 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.

Beausse pratiqua aussitôt une piqûre de morphine 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 dur, la palpation était très douloureuse, particulièrement à l'hypochondre 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 particulièrement douloureux et le diagnostic d'appendicite fut avec raison écarté. 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.

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

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 lundi matin, 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 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'hypochondre et l'épigastre. Bien que le pronostic fût presque fatal, bien que la péritonite fût certainement généralisée, l'intervention chirurgicale s'imposait comme unique ressource. Elle fut pratiquée par Cazin, chef de clinique de Duplay. Pas un instant ne fut perdu, car, cinquante minutes après son entrée à l'hôpital, le malade était sur la table d'opération. La péritonite était en effet intense et généralisée, le bassin était plein de pus; il n'y avait pas d'appendicite. 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, 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 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 citerai des cas, en apparence désespérés, où l'intervention chirurgicale eût 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