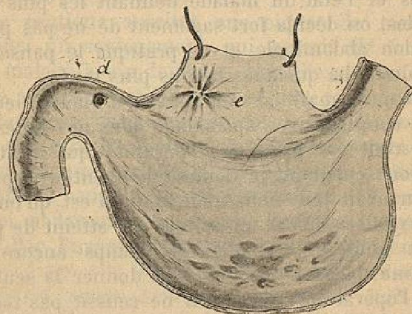


péritonite et je crus pouvoir affirmer qu'il avait succombé à la perforation d'un ulcère latent du duodénum ou de l'estomac. Je dirai plus loin sur quoi je basai ce diagnostic rétrospectif.

Voici les résultats de l'autopsie : Péritonite généralisée. 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* ainsi qu'on le voit sur la planche ci-dessous.

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 tellement 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 radiée d'un ulcère guéri.



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

En résumé, notre malade a succombé en moins de trois

jours à une péritonite suraiguë, due à la perforation d'un ulcère duodénal dont l'évolution avait été *absolument latente*.

Analyse des symptômes. — Premier point à signaler, c'est que, dans la très grande majorité des cas, l'ulcère du duodénum évolue à l'état *latent*. Dans toutes les observations que j'ai réunies dans ma leçon clinique, l'ulcus duodénal a été *absolument latent*; il n'a provoqué, pendant son évolution, ni douleurs, ni hémorragies intestinales; il s'est révélé brusquement, par la perforation, chez des gens en pleine santé, qui n'avaient jamais éprouvé quoi que ce soit, qui eût pu faire songer à la présence d'une aussi terrible lésion. C'est donc par la perforation que s'annonce habituellement l'ulcus duodénal.

Cette perforation, ici comme à l'estomac, provoque une douleur atroce et soudaine que j'ai nommée le *coup de poignard péritonéal*. Sans avertissement, sans prodromes, le sujet est pris « de son coup de poignard ». Je retrouve cette même entrée en scène dans toutes les observations consignées dans ma leçon clinique. Ainsi notre malade, en parfaite santé, montait tout tranquillement la garde devant le poste de police du deuxième arrondissement, quand soudainement il fut comme terrassé par une atroce douleur à la région sous-hépatique; on ne peut rien voir de plus subit. Le malade de Dutil¹ est pris, inopinément, à sept heures du soir, de douleurs abdominales tellement intenses, qu'il se laisse tomber à terre en poussant des gémissements; il succombe en 18 heures; on trouve à l'autopsie un ulcus duodénal perforé. Le malade de Vermorel et Marie², lui aussi, était tout à fait bien portant, quand il éprouva brusquement, sans aucun avertissement, à quatre heures de l'après-midi, les terribles douleurs de sa perforation duodénale; il succombe en 27 heures et on trouve à l'autopsie un ulcus duodénal perforé. Le malade de Brouardel s'était couché, la veille,

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

2. Vermorel et Marie. *Bulletin de la Société anatomique*, 1895, p. 550.

dans les meilleures conditions de santé¹, quand il fut réveillé tout à coup, à trois heures de la nuit, par une atroce douleur entre le foie et l'estomac; il succombe en 28 heures et on trouve à l'autopsie un ulcus duodénal perforé. Le malade de Lardennois et Levrey² se rendait le matin, frais et dispos, à son travail, quand il éprouva soudainement, à dix heures, une douleur atroce et déchirante à la partie gauche de l'abdomen; il succombe en 36 heures et on trouve à l'autopsie un ulcus duodénal perforé. Le malade de Banzet et Lardennois³ venait de déjeuner, le matin, avec son appétit habituel, quand, à la dernière bouchée, il fut pris brutalement d'une terrible douleur abdominale, aussitôt suivie de vomissements alimentaires et bilieux; il succombe, malgré l'opération, à la perforation de son ulcus duodénal. Le malade de Lockwood était en pleine santé, quand il fut pris subitement, en prenant une tasse de thé, des douleurs terribles de sa perforation duodénale⁴.

Un autre point à préciser c'est l'état du ventre après la perforation pendant la première phase de la péritonite. Je vais répéter ce que j'ai dit au sujet de la perforation de l'ulcus stomacal. On est généralement trop imbu de l'idée que la péritonite par perforation est suivie de météorisme abdominal; il n'en est pas toujours ainsi, et ce serait une erreur d'exclure la péritonite, pour la raison que le ventre est dur, plat et rétracté. Il est des malades atteints de perforation duodénale chez lesquels la péritonite, à son début, provoque par action réflexe une telle contraction des muscles abdominaux, que loin d'être météorisé le ventre est comme sanglé, il est *plat* et *dur*. Le ventre était dur et plat chez les malades de Letulle, de Brouardel, de Vermorel et Marie, de Lardennois et Levrey, de Banzet et Lardennois. Le ventre était également rétracté et d'une dureté ligneuse

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

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

3. Banzet et Lardennois. *Bulletin de la Société anatomique*, 1897, p. 479.

4. Observations citées dans la thèse de M. Collin.

quand le Dr Beausse fut appelé auprès du malade dont je viens de rapporter l'histoire. C'est là un signe important à connaître. Toutefois, ces deux états peuvent se succéder chez le même sujet. Tel malade, dont le ventre est dur et plat au début de sa péritonite, aura le ventre tympanisé et météorisé quelques heures plus tard ou le lendemain.

La discussion que j'ai entreprise relativement au diagnostic de la perforation de l'ulcus stomacal est absolument applicable au diagnostic de l'ulcus duodénal. La soudaineté, l'intensité de la douleur, le *coup de poignard péritonéal* est l'apanage de la perforation de l'ulcus duodénal ou stomacal. Ce symptôme, quand il est bien établi, permet déjà, à lui seul, d'éliminer les coliques hépatiques, l'occlusion intestinale, l'appendicite, et autres états morbides à retentissement péritonéal, *qui ne débutent jamais* par des douleurs aussi violentes et aussi inopinées.

Les douleurs de la colique hépatique et de la perforation duodénale débutent dans les mêmes parages, mais regardez-y de près, et vous verrez que les douleurs de la colique hépatique, même quand elles sont intenses, n'ont pas la soudaine intensité des douleurs péritonéales consécutives à la perforation du duodénum. De plus, l'homme qui a une colique hépatique, malgré ses souffrances, malgré ses vomissements, n'a jamais, au bout d'une heure ou deux, le masque péritonéal de l'homme qui vient d'avoir une perforation duodénale avec début de péritonite suraiguë. Chez celui-ci, en effet, tout indique l'imminence du péril. Examinez avec attention son visage, il porte déjà la griffe péritonéale; les traits sont tirés; le teint est d'une pâleur terreuse; tantôt le ventre est dur et rétracté par la contraction des muscles abdominaux qui se défendent, tantôt il est tympanisé, par la distension des anses intestinales paralysées et par le passage de gaz dans la cavité péritonéale; le moindre attouchement, la palpation la plus légère éveillent souvent des douleurs atroces. Le pouls est petit et rapide, peut-être le malade a-t-il déjà le hoquet. Rien de tout cela ne se voit dans la colique hépatique. Je ne

parle pas de la teinte icterique et de la présence de la bile dans les urines, car ces signes, habituels à la colique hépatique, ne sont pas précoces et surviennent à un moment où le diagnostic doit être déjà fait.

Les renseignements fournis par la température n'ont pas une grande valeur diagnostique : on croit trop généralement que la colique hépatique est apyrétique et que la péritonite due à une perforation duodénale ou stomacale est fébrile. Cela est vrai dans bien des cas; mais le contraire se voit également; telle péritonite se fait sans élévation de température, et, par contre, telle colique hépatique est accompagnée de frissons violents et de fièvre à 39 et 40 degrés. Je décrirai aux maladies du foie cette fièvre « hépatalgique », pour me servir de l'expression de Charcot, fièvre satellite de la migration de calculs biliaires, qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre hépatique bilio-septique.

Je renvoie au chapitre de l'appendicite pour le diagnostic de l'appendicite avec la perforation de l'ulcus stomacal.

En face d'un malade atteint de *tympanisme* abdominal, avec douleurs, vomissements, arrêt au cours des matières et des gaz, on a quelquefois pris la péritonite par perforation pour une occlusion intestinale. Cette erreur me paraît facile à éviter, car l'occlusion, quelle que soit sa cause, ne débute jamais par « le coup de poignard ». Ses symptômes sont graduels et progressifs, il y a une période de constipation qui a précédé de plusieurs jours les symptômes d'occlusion; rien de pareil dans la perforation duodénale.

Il est presque impossible de dire si l'ulcère qui vient de se perforer siège au duodénum ou à l'estomac. On ne peut le localiser à l'estomac que si la perforation a été précédée des signes classiques de l'ulcus stomacal. Et, encore même, il se peut qu'il y ait eu deux ulcères, comme chez notre malade, l'un à l'estomac, qui s'est cicatrisé, l'autre au duodénum, qui s'est perforé. Mais ce diagnostic topographique n'a qu'une médiocre importance, puisque les mêmes indications opératoires sont applicables aux deux cas.

Une dernière remarque : la brusquerie et la violence des

douleurs, l'intensité et la généralisation de la péritonite, au cas de perforation d'ulcère duodénal ou stomacal, tiennent à la dimension de ces perforations et à la rigidité des tissus qui forment paroi. Le trou est large et béant, les bords indurés n'ont aucune tendance à combler le vide, ainsi que pourraient le faire des tissus flasques; aussi les produits de la digestion, microbes et toxines, sont-ils rapidement déversés dans le péritoine en quantité considérable. Sous ce rapport, la perforation duodénale me paraît plus redoutable encore que la perforation stomacale, car les matières toxi-infectieuses de la digestion peuvent passer dans le péritoine sous forme de chyme venu de l'estomac et sous forme de matières fécales remontant de l'intestin par mouvements antipéristaltiques. Le péritoine subit un tel assaut qu'en moins de vingt heures la péritonite est généralisée, et le malade peut succomber d'une façon presque foudroyante.

Quelle différence avec la péritonite consécutive aux petites perforations intestinales de la fièvre typhoïde, lesquelles ont les dimensions d'une fissure, d'une tête d'épingle, et peuvent être si minimes que, à l'autopsie, il est souvent nécessaire, pour les découvrir, de distendre l'intestin sous un courant d'eau.

Arrivons maintenant au *traitement*. En face d'une péritonite suraiguë consécutive à la perforation d'un ulcère duodénal, un seul traitement s'impose : c'est l'intervention chirurgicale. Dans les 9 cas publiés dans le *Medical News*¹, l'opération a été suivie 9 fois de mort; il est juste de dire que tous ces malades ont été opérés trop tard. Le cas de guérison publié par Landerer et Glücksmann² concerne un homme qui fut opéré douze heures après sa perforation duodénale. La conclusion qui s'impose, c'est qu'en fait de perforation du duodénum, comme en fait de perforation de l'estomac, il faut faire un diagnostic précis, prendre une décision rapide et opérer sans retard.

1. *The medical News*, 1895, p. 460.

2. *Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie*, 1896, p. 409.