

Le *traitement* de la dyspepsie acide consiste principalement dans l'administration des *alcalins* (bicarbonate de soude, etc.) à dose assez grande, 5 grammes environ plusieurs fois par jour. L'usage des *eaux alcalines* (Karlsbad et autres) est parfois suivi d'un excellent résultat, surtout parce que la dilution du suc gastrique atténue l'action irritante des acides. De là vient que les malades se louent également du bon effet du thé chaud au moment des douleurs. Les malaises prennent-ils de l'intensité, les *lavages méthodiques* de l'estomac constituent toujours le remède le plus efficace. — Pour ce qui est du *régime* à prescrire, on permettra de la viande en quantité suffisante, tandis que les farineux, conformément à ce qui précède, ne doivent être accordés que sous toute réserve.

CHAPITRE TROISIÈME.

GASTRITE PHLEGMONEUSE.

(Inflammation suppurative de l'estomac.)

La gastrite phlegmoneuse est une maladie très rare et par suite assez peu connue. Dans la majorité des cas, on n'a pu lui assigner de *causes* spéciales. Quelquefois elle fait partie d'états pyémiques graves, de processus puerpéraux, etc.

On distingue une *inflammation suppurative circonscrite* (*l'abcès de l'estomac*) et une *gastrite purulente diffuse*. Le siège principal de la suppuration est presque toujours le tissu sous-muqueux. De là l'inflammation se transmet d'une part à la tunique musculuse et séreuse et de l'autre à la membrane muqueuse même.

Les *symptômes* consistent d'ordinaire en *manifestations gastriques* violentes (douleur, vomissements), en une *fièvre* intense et dans les *signes* d'une *infection générale* (céphalalgie, délire, prostration universelle, etc.). Plusieurs cas se terminent en peu de temps par la mort, d'autres suivent une *marche* plus *chronique*. Les cas isolés de guérison qu'on rapporte sont d'une interprétation douteuse.

Le *diagnostic* n'est jamais qu'une question de probabilité. Le *traitement* est purement symptomatique. On s'adressera de préférence à la glace *intus* et *extrà* et aux narcotiques.

CHAPITRE QUATRIÈME.

ULCÈRE DE L'ESTOMAC.

(Ulcère simple ou rond de l'estomac. Ulcère perforant. Gastrite ulcéreuse.)

Étiologie. Depuis la première description précise de l'ulcère de l'estomac par CRUVEILHIER, des hypothèses multiples ont été émises sur la pathogénie de cette affection, mais on n'est pas encore parvenu à se mettre complètement d'accord sur cette question. Un point seulement a rallié l'assentiment de la plupart des auteurs, c'est que l'ulcère rond est produit par l'*autodigestion de l'estomac* en un endroit circonscrit de sa surface. C'est pour ce motif qu'on le désigne souvent du nom d'« *ulcère peptique de l'estomac* ».

Le motif pour lequel l'estomac ne se digère pas constamment lui-même, c'est évidemment, abstraction faite de la force de résistance vitale inhérente aux cellules, que le sang dont la muqueuse gastrique est incessamment irriguée est de *réaction* alcaline. Conséquemment, dans tous les endroits de la muqueuse où naissent des troubles circulatoires, de quelque nature qu'ils soient, il s'opère immédiatement un travail d'autodigestion (1). Quand une inflammation, quelque peu intense, donne lieu à une extravasation sanguine limitée, à l'instant l'endroit où la circulation est suspendue, subit l'action digestive et il s'y forme une *érosion hémorragique*. D'autre part on a réussi, en provoquant l'oblitération embolique de petites artérolles de la muqueuse, à créer expérimentalement des infarctus hémorragiques suivis d'ulcération (PANUM, COHNHEIM). Mais, quant à préciser les conditions sous l'empire desquelles s'opère chez l'homme ce trouble circulatoire local qui entraîne la formation d'un ulcère rond, il n'y a guère place jusqu'ici que pour des hypothèses. VIRCHOW admit pour la plupart des cas une obstruction thrombotique ou embolique des petits vaisseaux, consécutive à divers états morbides de leurs parois. KLEBS crut à un spasme local des artérolles. BÖTTCHER, ayant découvert sur les bords d'ulcères gastriques de nombreuses colonies de micrococcus, les mit en relation étiologique avec l'ulcération. Comme nous l'avons dit, aucune de ces suppositions n'a pu se faire universellement accepter.

Dans beaucoup de cas, des *lésions locales de la muqueuse* (brûlures, injures mécaniques, coup sur la région épigastrique) peuvent avoir été le point de départ de l'ulcère. Pourtant cela n'explique pas pourquoi ce genre d'ulcère

1. A la mort, par suite de l'arrêt de la circulation, commence aussitôt l'autodigestion de l'estomac, qui est la cause du *ramollissement* qu'on trouve souvent à l'autopsie (*gastromalacie*). On a beaucoup discuté autrefois sur la genèse de celle-ci. Mais aujourd'hui il n'y a plus de doute qu'il s'agit toujours dans ce cas d'un *phénomène* purement *cadavérique*.

a de la tendance à marcher vers la périphérie et dans la profondeur. Ailleurs toutes les ulcérations dues à une brûlure ou à une cautérisation, de même que celles qui sont le résultat d'une embolie ou d'une blessure artificiellement produites (QUINCKE), tendent manifestement à guérir en peu de temps. On a donc supposé qu'en cas d'ulcère rond, c'est l'*acidité excessive* du suc gastrique qui imprime à l'ulcère sa marche perforante.

L'ulcère de l'estomac se montre de préférence chez les *individus jeunes* de dix-sept à vingt-cinq ans. Rare chez les enfants, il est un peu plus fréquent chez les vieilles personnes. La prédisposition marquée du *sex féminin* à la maladie est très frappante. Les personnes *affaiblies, anémiques et chlorotiques* en sont plus souvent atteintes que les gens vigoureux.

Anatomie pathologique. L'ulcère de l'estomac est le plus souvent circulaire. Ses *bords* sont coupés à pic et ses pans inclinés en talus, de sorte qu'il ressemble à un entonnoir très évasé. Le *fond de l'ulcère* est presque toujours net. Les ulcères superficiels ne dépassent pas la tunique musculuse, les ulcères profonds atteignent la séreuse qui finit par se perforer (v. plus loin). L'*étendue* de l'ulcère est très variable. On rencontre des petits ulcères, grands comme un pois, et des ulcérations dont le grand diamètre est de 10 à 15 ctm. L'ulcère siège la plupart du temps à la *région du pylore*. La paroi postérieure de l'estomac, surtout le voisinage de la petite courbure, en est plus fréquemment frappée que la paroi antérieure. En général, l'ulcère est unique, cependant quelquefois on en voit plusieurs en même temps.

Si un ulcère de grande dimension *guérit*, il se forme une *cicatrice* rayonnée parfois assez large. La configuration de l'estomac peut être considérablement modifiée par la rétraction cicatricielle. Les cicatrices des ulcères pyloriques ont une valeur clinique importante, parce qu'elles donnent lieu au *rétrécissement cicatriciel du pylore* avec dilatation consécutive de l'estomac.

L'ulcère gagne-t-il la séreuse, celle-ci se perfore, à moins qu'une inflammation adhésive n'ait établi une *adhérence* entre l'estomac et un organe avoisinant. L'ulcère occupant de préférence la paroi postérieure, il en résulte qu'en cas de perforation, l'estomac confine le plus souvent au *pancréas*. Cependant on le voit aussi contracter des adhérences avec le *foie*, le *colon transverse*, le *diaphragme*, la *rate*, etc. En s'avancant dans les tissus qui en tapissent le fond, l'ulcération donne lieu à des *inflammations propagées* (pleurésie purulente, abcès du foie, etc.) ou à des *perforations* (dans la cavité pleurale, le foie, le péricarde, le colon transverse, etc.) sur lesquelles nous reviendrons encore à propos de la symptomatologie.

L'ulcère en corrodant un *vaisseau*, provoque un des symptômes cliniques les plus importants de la gastrite ulcéreuse, la *gastrorrhagie*.

Symptômes et marche de la maladie. L'ulcère rond peut évoluer en l'absence de tout *symptôme*. Le hasard fait parfois découvrir à l'autopsie d'individus qui, pendant la vie, n'avaient présenté aucun malaise du côté de l'estomac, un ulcère en voie de progression ou déjà cicatrisé. Il arrive aussi quelquefois que des personnes sont subitement atteintes des manifestations graves que l'ulcère gastrique entraîne à sa suite (gastrorrhagie, péritonite par perforation) sans avoir jamais offert le moindre indice de l'existence de ce dernier.

Dans une autre série de cas, l'ulcère de l'estomac s'affirme par des signes manifestes, mais qui ne sont pas *caractéristiques* au point qu'on puisse en inférer en toute probabilité l'existence d'un ulcère. Les signes en présence desquels on se trouve, peuvent tout autant dépendre d'une gastrite chronique simple : anorexie, douleurs épigastriques intercurrentes, vomissements, éructations, etc. En réalité ces symptômes tiennent pour une part seulement à l'ulcère même, et pour la majeure partie au catarrhe concomitant. Ces cas ne sont pas à l'abri non plus des conséquences graves et subites de l'ulcère.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, l'ulcère de l'estomac provoque des symptômes qui sont jusqu'à un certain point caractéristiques, et permettent d'établir le diagnostic avec plus ou moins de certitude. Ces « *symptômes indicatifs d'un ulcère* » consistent principalement en *douleurs* épigastriques d'une nature particulière, le plus souvent paroxysmales, et puis en *vomissements*, surtout en *vomissements de sang (hématemèse)*. Parlons maintenant en détail de ces symptômes et de leur valeur diagnostique.

Les *douleurs épigastriques* appartiennent aux symptômes les plus fréquents de l'ulcère rond et se montrent sous les aspects les plus divers. Dans beaucoup de cas, les malades ne se plaignent que d'un *sentiment diffus et pénible de pression* dans toute la région de l'estomac. Ce sentiment est continu ou ne se déclare qu'après les repas, après de grands exercices corporels et pour d'autres motifs particuliers. Cependant ce genre de douleurs ne compte que très peu pour le diagnostic, attendu qu'elles se montrent exactement de la même manière dans la gastrite chronique simple. On considère comme caractérisant davantage l'ulcère rond, ces *cardialgies* prononcées, ces douleurs excessivement aiguës qui se déclarent sous forme d'accès, à la façon des névralgies, et qu'on qualifie tantôt de « lancinantes », tantôt de « déchirantes », de « térébrantes », etc. Ces douleurs paroxysmales se manifestent irrégulièrement aux époques les plus diverses, et parfois aussi avec assez de régularité à un moment fixe ($\frac{1}{2}$ à 1 heure) après les repas. Comme les premières, elles se localisent par préférence à l'épigastre, mais s'irradient parfois vers la région ombilicale, dans le dos (à côté de la colonne vertébrale)

dans la poitrine, même dans les bras. Très souvent elles sont associées à une sensation marquée d'oppression thoracique. Un autre trait caractéristique des douleurs engendrées par l'ulcère de l'estomac, c'est l'influence que le changement de décubitus exerce sur leur intensité, ainsi qu'on l'a observé quelquefois. On remarque notamment que les malades qui éprouvent de violentes douleurs dans le décubitus latéral droit, sont soulagés aussitôt qu'ils se couchent sur le côté gauche, circonstance qui dépend probablement du siège de l'ulcère à la partie pylorique de l'estomac. Les attaques cardialgiques qu'on rapporte d'ordinaire à une irritation directe des fibres nerveuses mises à nu au fond de l'ulcère, durent de quelques minutes à plusieurs heures. En elles-mêmes on ne peut les différencier des cardialgies purement nerveuses, mais, par leur *coïncidence avec d'autres symptômes*, elles forment le plus souvent un élément très précieux pour le diagnostic. Disons encore que des accès cardialgiques tout à fait semblables peuvent aussi être provoqués par des *ulcères* déjà complètement *cicatrisés*.

Une troisième sorte de douleurs propres à l'ulcère gastrique, ce sont les *douleurs localisées en des endroits nettement circonscrits* et qu'on attribue à une irritation du fond de l'ulcère par des parcelles d'aliments et à un tiraillement de ses bords par les mouvements de l'estomac, etc. Elles se montrent d'ordinaire après les repas et disparaissent quand l'estomac est rentré dans un repos complet. Le siège de ces douleurs est le plus souvent l'épigastre, parfois aussi la région ombilicale, ou même, dans quelques cas, un point situé davantage vers le dos. Quelquefois il existe une *sensibilité à la pression* très nettement limitée à un endroit précis de l'abdomen. Beaucoup d'auteurs considèrent ces douleurs circonscrites comme caractérisant le plus parfaitement l'ulcère rond. Cependant, il est à remarquer que parmi toutes les douleurs que nous venons de décrire, ce sont précisément celles-là qui prédominent le moins souvent. On observe fréquemment des transitions et des combinaisons entre ces différentes sortes de douleurs.

Le *vomissement* est un symptôme très habituel de l'ulcère de l'estomac. Tant que le malade ne vomit que des aliments, soit purs, soit mêlés de mucus ou de bile, il n'y a rien là qui dénote un ulcère. Mais dans un assez grand nombre de cas ($\frac{1}{3}$ environ) se produisent, au cours de la maladie, un ou plusieurs *vomissements de sang*. La présence de grandes quantités de sang dans les matières vomies est incontestablement le *symptôme capital de l'ulcère de l'estomac*. Parfois un vomissement subit et abondant de sang permet à lui seul de conclure avec la plus grande vraisemblance à l'existence d'un ulcère. Le sang fait-il totalement défaut dans les matières vomies, le diagnostic d'un ulcère gastrique est beaucoup moins certain. A lui seul, il permet souvent d'en poser le diagnostic avec assez de certitude.

L'*hématemèse* est parfois le premier symptôme qui appelle l'intervention médicale. Nombre de malades jusqu'à ce moment ont possédé toutes les apparences de la santé; d'autres, il est vrai, souffraient depuis quelque temps de malaises gastriques, mais sans y attacher de l'importance. Parfois, au milieu de leurs occupations, souvent même pendant la nuit, ils se sentent tout à coup *défaillir*. Tout leur semble tourner et s'assombrir autour d'eux; puis ils éprouvent des nausées et finissent par devoir vomir. La matière du vomissement est du sang pur ou mêlé de débris d'aliments; le sang est en partie pris en caillots et présente souvent une coloration foncée et noirâtre. Ce changement de couleur du sang, de même que sa coagulation, dépendent de l'action du suc gastrique acide sur le sang épanché dans l'intérieur du ventricule. La *quantité* du sang vomé varie beaucoup d'après les cas; elle peut comporter un litre et plus encore. Parfois tout se borne à une seule hémorrhagie. Assez souvent le vomissement de sang se répète à courts intervalles ou se renouvelle une ou plusieurs fois les jours subséquents. Comme une partie du sang pénètre dans l'intestin à travers le pylore, après chaque hématemèse un peu considérable on en trouve constamment dans les premières évacuations alvines. Les garde-robes sont *noires et goudronnées*. Il arrive exceptionnellement que tout le sang déversé dans l'estomac, si tant est qu'il n'est pas résorbé dans l'intestin, se vide par les selles de manière qu'il n'y a guère d'hématemèse. Dans ces conditions il n'y a presque pas moyen de déterminer la source d'où provient le sang.

Les *conséquences de la gastrorrhagie* se calculent naturellement sur la quantité de sang perdu. Dans les cas rares heureusement où l'ulcère a ouvert un gros vaisseau, l'hémorrhagie peut causer la *mort* immédiate. Les malades succombent rapidement ou au bout de quelques jours, à la suite d'hémorrhagies répétées avec tous les signes d'un épuisement. D'un autre côté, la perte peut être si minime qu'elle n'influe en rien sur l'organisme. La plupart du temps en effet l'hémorrhagie ne met pas la vie en danger, mais à sa suite se manifestent les caractères d'une *anémie générale plus ou moins profonde* avec toutes ses conséquences.

Les malades extrêmement affaiblis par la perte de sang qu'ils ont faite sont obligés de garder le lit. Outre la faiblesse, ils accusent surtout les effets de l'*anémie cérébrale*, des vertiges, du bourdonnement d'oreilles, des mouches volantes, un bâillement incessant, parfois aussi de la céphalalgie. Tous ces symptômes sont plus prononcés quand les malades sont debout, que dans le décubitus horizontal. D'ordinaire ils sont tourmentés par une *soif* ardente. Dans quelques cas, on a observé après de fortes gastrorrhagies, une *amaurose* passagère.

Objectivement ce qui frappe d'abord, c'est la *pâleur excessive de la peau*,

surtout de la face, de même que des lèvres et de la conjonctive. Le pouls est accéléré, parfois manifestement bondissant. Après quelques jours on peut percevoir au cœur un *souffle anémique* et un ton évident sur le trajet des artères crurales. De légers mouvements fébriles se déclarent communément (*fièvre anémique*). L'*urine* est pâle, d'ordinaire assez abondante et sa pesanteur spécifique relativement élevée (1015—1020). Tous ces symptômes sont sous la dépendance directe de la perte de sang et seront examinés avec plus de détail quand nous traiterons de l'anémie.

Si l'hémorrhagie ne se renouvelle plus, les malades s'en remettent peu à peu. Leur facies reste assez longtemps pâle, mais les troubles anémiques disparaissent de plus en plus. Les malaises qui, avant l'hémorrhagie, existaient du côté de l'estomac, se dissipent parfois entièrement après elle, circonstance qui s'explique en partie par les précautions excessives auxquelles les malades se croient tenus depuis l'avertissement que l'hémorrhagie leur a donné. Quelques semaines encore et ils sont souvent entièrement remis. Effectivement la guérison est quelquefois complète et durable. Dans d'autres cas, en revanche, les symptômes de l'ulcère se reproduisent tôt ou tard.

Tous les autres symptômes qu'on observe dans l'ulcère de l'estomac, sont d'une importance moindre que ceux que nous venons de décrire. Il peut y avoir de l'*anorexie*, des *renvois*, une *constipation opiniâtre*, etc. qui dans d'autres circonstances font complètement défaut. L'exploration attentive des processus digestifs est d'ordinaire impraticable dans l'ulcère de l'estomac, parce que l'introduction de la sonde n'est pas exempte de danger (hémorrhagie, perforation !) et que par conséquent il faut le plus souvent y renoncer. Cependant les recherches qui ont été faites à cet égard ont démontré que la digestion en elle-même n'est parfois pas notablement troublée. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est le *degré* remarquablement *élevé d'acidité* (*suracidité*) que possède fréquemment le suc gastrique (RIEDEL). S'il y a des dérangements du côté de la digestion, il est probable qu'ils dépendent moins de l'ulcère même que du catarrhe concomitant. La *nutrition générale* reste généralement assez bonne. Mais quand le dégoût pour les aliments et les vomissements persistent, les malades s'émacient considérablement.

Un fait d'une plus grande valeur clinique et dont nous avons parlé à propos de l'anatomie pathologique, c'est la *perforation de l'ulcère*. Nous nous abstenons de décrire toutes les éventualités qui peuvent se présenter. Bornons-nous à signaler les deux perforations qui sont les plus importantes, à raison de leur plus grande fréquence ; la perforation dans la cavité péritonéale avec péritonite secondaire et la perforation dans la plèvre gauche, et par suite dans le poumon.

La *perforation dans le péritoine* produit presque inmanquablement une péritonite promptement mortelle. Dans les cas où l'ulcère ne s'est révélé que par des symptômes légers ou nuls, les signes de la péritonite (douleur abdominale suraiguë, ballonnement du ventre, vomissements, collapsus) peuvent éclater subitement au milieu des apparences de la santé et amener rapidement la mort. Il est rare que la péritonite reste limitée par suite d'adhérences préexistantes. Il se forme alors un foyer purulent enkysté qui peut s'ouvrir dans l'intestin ou à l'extérieur et exceptionnellement se terminer par la guérison.

Nous avons été dans le cas d'observer à plusieurs reprises la *perforation dans la plèvre gauche*. Elle donne lieu à une inflammation purulente ou putride de la plèvre gauche, parfois avec gangrène pulmonaire simultanée ou consécutive (par perforation dans le poumon). En tout cas, quand on se trouve en présence d'une pleurésie purulente gauche qui semble s'être développée spontanément, il faudra songer à l'existence possible d'un ulcère de l'estomac.

La *marche générale de l'ulcère rond*, ainsi qu'il résulte de ce qui précède, est si diversifiée qu'il n'est pas possible d'en tracer un tableau typique. Les *guérisons* complètes ne sont pas rares. Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes morbides durent pendant des années avec une intensité variable. Nous avons déjà noté les accidents subits qui peuvent arriver (hémorrhagie et perforation) et l'interprétation qu'il faut leur donner. Même après que la guérison (apparente) aura été obtenue, les *rechutes* sont fréquentes. Si l'ulcère s'est *cicatrisé*, la cicatrice peut donner lieu à des malaises persistants, à des cardialgies rebelles et, quand elle occupe la région du pylore, à une dilatation de l'estomac lentement progressive.

Diagnostic. Le diagnostic de l'ulcère rond n'est possible que pour autant que la maladie s'affirme par les symptômes caractéristiques mentionnés plus haut. Parmi eux, le *vomissement de sang* est de loin le plus important sous le rapport diagnostique, vu que chez les personnes jeunes surtout, il ne peut dépendre, sauf de rares exceptions, que d'un ulcère de l'estomac. Il est parfois difficile de dire si l'hémorrhagie provient réellement de l'estomac. On peut la confondre notamment avec une *épistaxis* et une *hémorrhagie pulmonaire*. Qu'un saignement de nez se produise la nuit et qu'une partie du sang, s'écoulant par derrière dans l'espace nasopharyngé, soit avalée et provoque un vomissement, cela peut simuler une gastrorrhagie. Mais l'inspection attentive du nez et de l'arrière-gorge, l'habitude où est le malade d'avoir des épistaxis, l'absence de tout autre symptôme gastrique, etc. permettent presque toujours d'établir la distinction. Il importe grandement aussi que le médecin connaisse les *gastrorrhagies hystériques*, qui