

différemment lorsqu'il s'agit de poisons qui, tout en provoquant, par action topique, une inflammation de l'estomac, ne détruisent pas le tissu, et exercent, après absorption, une action nocive générale sur l'ensemble de l'organisme; ici on n'observe pas sur les lèvres, dans la bouche, le pharynx, les eschares qui révèlent le passage d'un caustique; ici les symptômes de gastrite ne débent pas aussitôt après l'ingestion, mais au bout d'une ou plusieurs heures, selon la nature et la concentration du poison; ici les vomissements du début sont salutaires en ce qu'ils peuvent éliminer la portion non absorbée de la substance; ici enfin le patient n'est pas tué par la gastrite, il succombe plus ou moins rapidement aux effets généraux du poison. Ces effets, dont l'étude appartient aux traités de toxicologie, varient suivant la nature de l'agent; mais pour trois des poisons le plus fréquemment employés, l'arsenic, le phosphore et l'antimoine, ils paraissent avoir le même substratum anatomique, savoir une *stéatose viscérale généralisée*.

## TRAITEMENT.

Les acides et les alcalis caustiques à l'état de concentration agissent avec une telle rapidité que, même au début, on peut à peine espérer quelque chose des antidotes; cependant, lorsqu'on voit le malade peu d'instants après l'ingestion du poison, il est indiqué d'y avoir recours. S'agit-il d'acides, on donnera de la magnésie, du carbonate de soude ou de potasse en solution ou en suspension dans de la gomme, de l'huile; et à défaut de ces substances, on fera prendre de l'eau de savon, du lait, de l'eau albumineuse, de la craie en poudre. Aux alcalis caustiques on doit opposer les acides végétaux ou minéraux dilués, ou tout simplement du vinaigre coupé d'eau (Orfila). Une heure ou deux après l'accident, il est déjà trop tard pour les contre-poisons, ils n'auraient alors d'autre effet que d'irriter les parties de l'estomac restées saines; il faut y renoncer et se borner à un traitement symptomatique: il n'en est pas de meilleur que la glace *intus* et *extra*. Les premiers accidents une fois conjurés, on songera à alimenter et à soutenir le malade, soit par la bouche si la déglutition est possible et la tolérance gastrique rétablie, soit par des lavements de bouillon et de vin, qui permettront de gagner un peu de temps; s'il survient une péritonite, il faut la combattre par les applications de glace et l'opium à hautes doses.

Les vomitifs, qui sont sans utilité dans la gastrite par brûlure, en ont une réelle après l'ingestion de ces poisons à action plus lente, dont l'absorption est le véritable danger. Dans ce cas, il faut respecter les vomissements spontanés; s'il n'y en a pas ou s'ils sont peu abondants, il faut les provoquer mécaniquement par la titillation de la lueite: cette indication subsiste

plusieurs heures après l'ingestion de la substance toxique. Quand d'abondants vomissements ont été obtenus, il faut, sans retard, administrer l'antidote, savoir: pour l'arsenic, le sesquioxyde de fer hydraté ou la magnésie; pour l'antimoine, la noix de galle et les décoctions astringentes; pour le cuivre et le mercure, l'albumine ou le fer réduit; pour le phosphore, l'eau de chaux, l'eau albumineuse ou la magnésie en suspension massive dans l'eau. Cela fait, on obéit aux indications symptomatiques, et en excitant les principales sécrétions on favorise l'élimination du poison.

## CHAPITRE V.

## ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM.

Un ULCÈRE ARRONDI, à marche lente, *indépendant de toute maladie aiguë ou diathésique*, est le caractère anatomique de cette affection (1); c'est cette indépendance, cette *essentialité*, que l'on entend exprimer par l'épithète

(1) CRUVEILHIER, *Anat. path.* — *Revue méd.*, 1838. — *Arch. gén. de méd.*, 1856. — ROKITANSKY, *Path. Anat. und Oester. Jahrbücher*, 1827. — ALBERS, *Beobachtungen*, III. — DAHLERUP, *De ulcere ventriculi perforante*. Hafniæ, 1841. — MOHR, *Casper's Wochens.*, 1842. — JAKSCH, *Prager Vierteljahr.*, 1842. — CRISP, *The Lancet*, 1843. — OSBORNE, *Dublin Journ. of med. Sc.*, XXVII. — EKMAN, *On ulcus ventriculi perforans*. London, 1850. — BERGIUS, *Ulcus ventriculi simplex*. Stockholm, 1850. — ROLL, *De ulcere ventriculi perforante*. Amstelodami, 1851. — OPPOLZER, *loc. cit.* — GÜNSBURG, *Arch. f. physiol. Heilk.*, 1852. — BERNHOF, *Beitrag zur Lehre vom Magengeschwür*. Riga, 1852. — SIEBERT, *Deutsche Klinik*, 1852. — SANGALLI, *Annali univ. di med.*, 1854. — BRINTON, *Med.-chir. Review*, 1856, et *loc. cit.* — *On the ulcer of the Stomach*. London, 1857. — BUDD, *loc. cit.* — WILLIGK, *Prager Viertelj.*, 1856. — VIRCHOW, *Dessen Archiv*, V, und *Wiener med. Wochens.*, 1857. — BENNETT, *Clinical Lectures*. Edinburgh, 1858. — LUTON, *Recueil des travaux de la Soc. méd. d'obs.* Paris, 1858. — HABERSHON, *Med. Times and Gaz.*, 1859. — MÜLLER, *Das corrosive Geschwür im Magen und Darmkanal*. Erlangen, 1861. — STRUBE, *De ulcerum ventriculi diagnosi*. Berolini, 1861. — CZAPLA, *De ulcere ventriculi perforante*. Berolini, 1861. — CAZENEUVE, *Ulcère simple, etc.* Lille, 1862. — LEUDET, *Des ulcères de l'estomac à la suite des abus alcooliques (Actes du congrès méd. de Rouen)*. Paris, 1863. — BAMBERGER, *loc. cit.* — ANSTETT, *De l'ulcère chronique de l'estomac*, thèse de Strasbourg, 1863. — VERARDINI, *Mem. intorno l'ulcera semplice rotonda e perforante dello stomaco*. Bologna, 1863. — HONIGMANN, *De ulceribus ventriculi rotundis*. Berolini, 1862. — INZANI E LUSSANA, *Dell' ulcera perforante dello stomaco, etc.* (*Ann. univ. di méd.*, 1863). — FALKENBACH, *De ulcere duodenali chronico*. Berolini, 1863. — VERARDINI, *Ann. univ. di med.* Milano, 1864. — FRIER, *Ugeskrift for Læger und British and for. med.-chir. Review*, 1864. — FOSTER, *On the treatment of gastric ulcer* (*Brit. med. Journal*, 1865). — KRAUSS, *Das perforierende Geschwür*

SIMPLE; on veut par là séparer cet ulcère des ulcérations tuberculeuses, cancéreuses, typhiques, dysentériques, dont l'estomac peut être le siège. Cette dénomination n'est pas à l'abri de tout reproche, puisque l'ulcère dit simple a pu coïncider avec le cancer; mais la chose est bien rare; et ce nom

im Duodenum. Berlin, 1865. — GARNIER, *De l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum*, thèse de Paris, 1865.

LARGHI, *Segno patognomonico delle ulceri perforanti del ventriculo e del duodeno* (Annali univ. di med., 1866). — MERKEL, *Wiener med. Presse*, 1866. — GULL, CURLING, *The Lancet*, 1866. — FEIERABEND, *Oester. Zeitschr. f. Heilk.*, 1866. — LEUTHOLD, *Berlin. klin. Wochens.*, 1866. — MOROT, *Essai sur l'ulcère simple du duodénum*, thèse de Paris, 1865. — MAYER, *Cas de brûlure suivie de mort causée par la perforation du duodénum* (Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers, 1866). — PAVY, *Ulcer of the stomach, opening of the splenic artery, death by hæmorrhage* (Med. Times and Gaz., 1866). — FLECKLES, *Ueber das chronische Magengeschwür* (Wiener med. Wochens., 1867). — PHILIPPSEN, *Eodem loco*, 1867. — BONMARIAGE, *Presse méd.*, 1867. — CLARK, *Cases of duodenal perforation* (British med. Journal, 1867). — VON FRANQUE, *Wiener med. Presse*, 1867. — GIRAULT, *Thèse de Paris*, 1868. — STEINER, *Das chronische corrosive Magengeschwür*. Berlin, 1868. — WOLLMANN, *Beiträge zur Kenntniss des chronischen Magengeschwürs*. Berlin, 1868. — STEFFEN, *Gastro-colic fistula, etc.* (Glasgow med. Journal, 1868). — LONDON, *Wiener med. Wochens.*, 1868. — STOKES, *Chronic Ulcer of the stomach opening the coronary artery; cicatrices of former ulcers* (Dublin quart. Journ., 1868). — THIERFELDER, *Gastro-duodenal Fistel, in Folge von corrosivem Magengeschwür* (Arch. für klin. Med., 1868). — OPPOLZER, *Allg. Wiener med. Zeits.*, 1868. — GUIPON, *Obs. pour servir à l'étude des tumeurs abdominales* (Gaz. méd. Paris, 1868). — GERHARDT, *Zur Aetiologie und Therapie des runden Magengeschwürs* (Wiener med. Presse, 1868).

GODIVIER, *Recherches sur la pathogénie et le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac*, thèse de Paris, 1869. — MERKEL, *Zur path. Anatomie des Magengeschwürs* (Wien med. Press, 1869). — KUGEL, *Ulcus perforans ventriculi* (Eodem loco, 1869). — BELL, *Account of a case of gastric ulcer terminating by perforation, which ran an unusually rapid course* (Edinb. med. Journ., 1869). — PAULICKI, *Ulcus ventriculi; arrosion der arteria lienalis* (Wien med. Presse, 1869). — STOKES, *Ulceration of stomach and induration of pylorus, with fatal result* (Med. Press and Circular, 1869). — FRENCH, *Perforating gastric ulcer* (Boston med. and surg. Journ., 1869). — SCHEUER, *Ein Fall von perforirendem Magengeschwür bei einem 12 jährigen Mädchen* (Allg. Wien. med. Zeit., 1869). — TOULMOUCHE, *Des ulcères de l'estomac* (Arch. gén. de méd., 1869). — ROBINSON, *Perforating ulcer of duodenum* (Trans. path. Soc., 1869). — TSCHUDNOWSKY, *Ein neues diagnostische Merkmal der Darmperforation* (Berlin. klin. Wochens., 1869).

STARCKE, *Mittheilungen über das chronische Duodenal und Magengeschwür* (Deutsche Klinik, 1870). — AUFRECHT, *Ein in die Lunge durchgebrochenes Magengeschwür* (Berlin klin. Wochens., 1870). — MURRAY, *Trans. path. Soc.*, 1870. — TREADWELL, *Case of chronic gastric ulcer* (Boston med. and surg. Journal, 1870). — HOSMER, *Two chronic ulcers of the stomach* (Eodem loco, 1869). — SHATTUCK, *Enlarged and hypertrophied stomach; contracted duodenum* (Eodem loco, 1870). — REDWOOD, *Two cases of perforation of the stomach* (The Lancet, 1870). — JOHNSON, *Clin. lecture on hæmatemesis and perforating ulcer of the stomach* (Brit. med. Journ., 1870). — BLACK, *Ulcer of sto-*

est encore le moins mauvais de tous ceux qui ont été proposés. On a dit *gastrite ulcéreuse*, mais ces termes éveillent l'idée d'une lésion généralisée, ce qui est faux; on a dit *ulcère perforant*, mais la perforation est trop rare pour devenir un critérium; on a dit *ulcère chronique*, mais la maladie a parfois une marche aiguë; et, en fin de compte, les expressions ULCÈRE SIMPLE, ULCUS ROTUNDUM, sont encore plus acceptables.

La **pathogénie** de cette lésion n'est point élucidée; cependant la délimitation très-nette de l'ulcère, l'absence d'inflammation et de suppuration

*mach; death from repeated hæmorrhages* (Americ. Journ. of med. Sc., 1870). — MICHEL, *Transfusion mit Erfolg nach einer profusen Magenblutung bei einem 63 jährigen Manne* (Berlin klin. Wochens., 1870). — AXEL KEY, *Om det Korrosiva magsårrets oppkomst* (Hygiea, 1870). — TEILLAIS, *De l'ulcère chronique simple du duodénum*, thèse de Paris, 1870.

MURCHISON, *Two cases of fatal hæmatemesis from very minute ulcers perforating a small artery in the coats of the stomach* (Trans. path. Soc., 1871). — SKODA, *Ueber das perforirende Magengeschwür* (Allg. Wien. med. Zeit., 1871). — JANEWAY, *New-York med. Record*, 1871. — CRISP, PEACOCK, CLAPTON, *Trans. path. Soc.*, 1871. — FRENCH, *Boston med. and surg. Journ.*, 1871. — ARNOLD, *Eodem loco*, 1871. — HEUBNER, *Ueber einem seltenen Fall von indirecter Magenlungenfistel, in Folge eines perforirenden Magengeschwürs* (Arch. d. Heilk., 1871). — ZIEMSEN, *Ueber die Behandlung des einfachen Magengeschwürs* (Sammlung klin. Vorträge, 1871).

CHAUFFARD, *Ulcère simple du duodénum* (Gaz. hôp., 1871). — BARCLAY, ROGERS, *Perforating ulcer of the duodenum* (The Lancet, 1871).

DUWEZ, *Ulcère de l'estomac, cirrhose du foie, etc.* (Presse méd. belge, 1872). — BROADBENT, *On a case of ulcer of the stomach with profuse hæmatemesis* (Med. Times and Gaz., 1872). — DRUITT, *Case of perforating ulcer of the stomach* (Eodem loco, 1872). — JAGO, *Hour-glass stomach with cicatrices* (Eodem loco, 1872). — HEYNSIUS, *Over een geval van stenosis pylori met consecutive ectasie van de maag en ructus van brandbaar gas* (Tijdschrift voor Geneesk., 1874). — REVILLOUT, *Gaz. hôp.*, 1874. — BÖTTCHER, *Zur Genese des perforirenden Magengeschwürs* (Dorpater med. Zeitsch., 1874). — FIOUPE, *Ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante* (Progrès méd., 1874). — AUSTIN FLINT, *Cases illustrative of gastric ulcer attributable to cirrhosis of the liver, and general spinal paralysis* (New-York med Record, 1874). — CROCO, *Vaste ulcère de l'estomac* (Presse méd. belge, 1874). — WOOD, *A case of cicatrix of the pylorus and of the stomach causing death* (Brit. med. Journ., 1874). — QUINCKE, *Dilatatio ventriculi mit Durchbruch in das Colon* (Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte, 1874). — JULIUSBERGER, *Ein Fall von Magen Lungenfistel, in Folge von Perforation eines Ulcus ventriculi* (Berlin. klin. Wochens., 1874). — MEYER, *Ein Fall von ulcus simplex in Verbindung mit Carcinom*. Berlin, 1874. — HATTUTE, *Ulcère tuberculeux de l'estomac, tuberculisation de l'estomac* (Gaz. hôp., 1874).

POLLAK, *Perforirendes Duodenalgeschwür* (Wien. med. Presse, 1873). — STICH, *Duodenalgeschwür mit Durchbruch in die Aorta abdominalis* (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1874). — MAC CARTHY, *Perforating ulcers of the Duodenum after burn* (Trans. of the path. Soc., 1874). — CAPPARELLI, *La ulcerazione e la perforazione del duodeno nelle scottature* (Il Morgagni, 1874).

périphérique, démontrent que le processus n'est point celui de l'ulcération commune, et l'interprétation de Rokitsky et de Virchow devient par là fort vraisemblable. La modification première est un TROUBLE CIRCULATOIRE LOCAL qui amoindrit la vitalité du tissu, et lui enlève sa résistance naturelle à l'action du suc gastrique. Ce trouble circulatoire consiste, d'après Rokitsky, en une stase circonscrite avec *infiltration* ou *érosion hémorragique*; cette stase peut bien être la conséquence d'une inflammation catarrhale commune, mais le plus ordinairement elle résulte d'une *hyperémie mécanique*, suite de l'athéromasie ou de la dégénérescence graisseuse des petits vaisseaux. Virchow a complété ces données en montrant que la stase peut aussi être l'effet de l'obturation (par thrombose ou embolie) de *petits rameaux des artères gastriques*, et les expériences de Müller ont appris que les *thromboses des veines* de l'estomac et de la veine porte peuvent avoir les mêmes conséquences. Quoi qu'il en soit du point de départ de ce désordre circulatoire, cette stase est une stase mécanique; vu l'insuffisance de l'échange sanguin (nutritif), la vitalité du tissu est compromise au niveau de la plaque ecchymotique, et la couche libre est transformée en une eschare très-superficielle qui ne peut plus résister à la corrosion du suc gastrique; elle est détruite peu à peu, et le travail ulcéralif gagnant ensuite en profondeur, peut aboutir à la perforation. Il résulte de là que l'ulcère simple n'a rien de spécifique à l'origine, ce qu'avait fort bien indiqué Engel; *ce qui est spécial, c'est l'action du suc gastrique*, qui fait disparaître les caractères primitifs de la lésion et lui imprime secondairement un aspect toujours le même. Or, comme on n'a guère occasion d'observer que cette phase seconde de l'altération, on a conclu de l'uniformité qu'elle présente alors à une identité originelle, et l'on a créé de la sorte une espèce morbide qui a quelque chose d'artificiel. En d'autres termes, il est fort possible que l'ulcère simple n'ait rien de caractéristique au point de départ, et qu'une ulcération quelconque de l'estomac puisse revêtir, *sous l'influence de la corrosion*, les caractères objectifs qui distinguent la lésion à la période d'état. On comprend dès lors que Förster regarde les *exulcérations catarrhales* et les *ulcérations diphthériques* comme des originés possibles de l'*ulcus rotundum*.

L'**étiologie** ne présente qu'un petit nombre de données positives. Cette lésion est très-fréquente, car Brinton, réunissant un grand nombre de relevés, démontre qu'elle est rencontrée cinq fois sur cent autopsies. Les rapports de chaque auteur en particulier sont d'ailleurs assez différents pour qu'on soit autorisé à admettre que l'ulcère n'a pas la même fréquence dans toutes les contrées. Plus commun chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de 2 à 1 selon Brinton, de 7 à 2 d'après Willigk, la maladie est d'autant plus fréquente que l'âge est plus avancé. Cette proposition mérite de fixer l'attention au point de vue du diagnostic, d'autant plus qu'il y a quelques années on avait conclu, d'après un nombre de faits

trop peu considérable, que l'ulcère est une affection de la jeunesse et de l'âge adulte. — Les constitutions faibles, épuisées par les fatigues et les excès, sont particulièrement exposées; la fréquence relativement assez grande de la maladie chez les chlorotiques peut être attribuée à la fragilité native (Rokitsky) ou à la stéatose (Virchow) des capillaires, que nous avons déjà signalées en étudiant les hémorrhagies en général. On a souvent fait figurer les désordres de la menstruation au nombre des causes de l'ulcère stomacal, mais ce rapport n'est point démontré; il est même beaucoup plus vraisemblable que les troubles menstruels sont la conséquence de la dyspepsie. Il résulte des analyses de Jaksch que la tuberculose et l'état puerpéral sont les seules conditions pathologiques dont l'influence prédisposante soit bien établie. — Quant aux causes occasionnelles, elles sont à peu près inconnues; on a accusé les refroidissements, l'habitude de prendre des aliments trop chauds, l'ingestion de boissons très-froides pendant que le corps est en sueur, l'*abus des spiritueux*, mais, à l'exception de la dernière, ces prétendues causes sont fort hypothétiques. D'après Gerhardt, l'alcool favorise la production et les progrès de l'ulcère en provoquant la fermentation acide du contenu gastrique, et en altérant par là le rapport normal de ce milieu avec l'alcalinité du sang qui circule dans les vaisseaux.

L'ULCÈRE DU DUODÉNUM est beaucoup plus rare que celui de l'estomac; mais, à l'inverse de ce dernier, il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et il appartient surtout à la période moyenne de la vie (Krauss). — Parmi les causes particulières qui lui donnent naissance, il convient de signaler les *brûlures étendues du tégument externe*.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'ulcère gastrique SIÈGE ordinairement dans le voisinage du pylore et de la petite courbure; il occupe plus rarement le paroi postérieure, moins souvent encore la paroi antérieure ou la grande courbure; enfin il est exceptionnel dans le grand cul-de-sac. En général il n'y en a qu'un, cependant on peut en rencontrer deux ou plusieurs, et dans ce cas ils ne sont pas toujours du même âge; à côté de cicatrices ou d'ulcères anciens, on trouve une ulcération récente. La GRANDEUR varie depuis celle d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à celle d'une pièce d'argent de cinq francs, et même davantage. La FORME est ronde dans l'ulcère récent; plus tard, soit en raison d'un accroissement irrégulier, soit par suite de la confluence de plusieurs ulcérations, elle peut devenir elliptique, et même, comme l'extension de la lésion a toujours lieu dans le sens vertical, elle peut finir par figurer une ceinture qui embrasse tout le pourtour de l'organe; le fait n'est pas très-rare pour les ulcères qui sont tout auprès de l'orifice pylo-

rique. La PROFONDEUR de la perte de substance est variable : elle peut être bornée à la muqueuse et au tissu sous-muqueux ; elle peut aller au delà et aboutir à la destruction totale des tuniques, c'est-à-dire à la perforation. Mais dans tous les cas l'ulcération, vue de la muqueuse, a la même disposition : elle est INFUNDIBULIFORME ; la base de l'entonnoir est sur la surface interne de l'estomac, le sommet est tourné vers la séreuse dont il se rapproche plus ou moins ; la solution de continuité est abrupte, taillée à pic ; elle ne présente ni l'intumescence inégale, ni les anfractuosités de l'ulcération suite d'inflammation ; et quand la perforation est effectuée, l'orifice péritonéal est lui-même nettement découpé comme à l'emporte-pièce. Quand l'ulcère est ancien, la base du cône n'est pas toujours lisse et au niveau de la surface muqueuse ; elle est gonflée, légèrement indurée, et l'examen microscopique montre que cet épaissement est dû à une exsudation plastique dans le tissu sous-muqueux. Dans des cas *plus rares*, le gonflement et l'induration sont plus marqués ; la coupe du segment basilaire est compacte, comme lardacée, parfois même elle présente une coloration brunâtre, et la lésion offre alors une certaine ressemblance avec le cancer.

La guérison est fréquente ; on en peut juger par le rapport numérique des ulcères et des cicatrices. Or les observations anatomiques de Dittrich, Jaksch, Willigk et Dahlerup montrent une proportion sensiblement égale, 147 cicatrices, 156 ulcères ; d'où l'on peut conclure avec Brinton que la lésion arrive à guérison dans la moitié des cas. Lorsque l'ulcère ne va pas au delà de la tunique musculaire, la RÉPARATION a lieu par granulations, et la *cicatrice* forme, par rétraction, une dépression radiée ou étalée tout à fait caractéristique. Quand la perte de substance, plus profonde, approche de la séreuse, l'effet de la rétraction cicatricielle se fait sentir sur cette dernière membrane, qui est comme froncée du côté de la cavité péritonéale, et attirée dans le cône cicatriciel du côté de la muqueuse gastrique.

La PERFORATION est en somme assez rare, elle n'a guère lieu qu'une fois sur sept ou huit cas (Brinton) ; c'est l'ulcère de la paroi antérieure qui y est le plus exposé, vient ensuite celui du grand cul-de-sac. Alors même que l'ulcère détruit toutes les tuniques, il n'y a pas toujours perforation et épanchement dans le péritoine : à mesure que la destruction du tissu gagne en profondeur, une péritonite circonscrite établit des adhérences entre l'estomac et les organes contigus ; ceux-ci deviennent ainsi partie intégrante de l'ulcère, ils font office de paroi, et quand bien même la corrosion atteint la séreuse, la *perforation est virtuelle*, l'épanchement péritonéal n'a pas lieu, et ses conséquences fatales sont prévenues. Ces adhérences salutaires sont ordinairement formées par l'épiploon, le lobe gauche du foie, le pancréas et les glandes lymphatiques avoisinantes ; plus rarement par le côlon transverse, plus rarement encore par la rate, le diaphragme ou la paroi abdominale antérieure. Le rapport de l'estomac et de l'organe fai-

sant paroi n'est pas immédiat ; il est établi par une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif interposé, et il est à remarquer que la rétraction cicatricielle dans ces conditions se fait toujours dans le même sens : c'est la base de l'ulcère et la muqueuse gastrique qui sont attirées vers la masse conjonctive et l'organe adhérent ; jamais celui-ci ne vient faire saillie en forme de bouchon dans la solution de continuité. — La préservation issue de ces adhérences est souvent définitive ; mais, dans certains cas, le travail ulcératif continue, des cavités sont creusées dans l'épaisseur du foie, de la rate, du pancréas, ou bien des communications anormales s'établissent entre l'estomac et le côlon ; parfois même il se forme une fistule cutanée, ou une fistule gastro-pulmonaire par perforation du diaphragme. — Qu'il soit primitif ou consécutif à la destruction d'une occlusion temporaire, l'épanchement dans le péritoine donne lieu, dans la majorité des cas, à une péritonite généralisée à marche très-rapide. Quelquefois pourtant les choses se passent autrement ; des adhérences périphériques jouent le rôle de membranes enkystantes, et l'épanchement est tout d'abord circonscrit dans cette cavité artificielle ; l'inflammation qu'il provoque reste limitée, elle se termine par suppuration, et produit des *foyers purulents enkystés* qui siègent ordinairement entre la face inférieure du diaphragme d'une part, la rate et la paroi postérieure de l'estomac d'autre part. Plus tard, après un intervalle souvent fort long, ces foyers finissent par se rompre à travers le diaphragme (ce qui est très-rare), ou bien dans le péritoine.

L'action de l'ulcère sur les VAISSEAUX témoigne bien qu'il s'agit ici d'un travail destructeur tout spécial, étranger au processus inflammatoire commun ; les vaisseaux, en effet, ne sont pas oblitérés au voisinage de l'ulcération, et quand elle les atteint, des hémorrhagies ont lieu, dont l'abondance et la gravité sont en rapport avec le volume de l'artère ; il n'y a souvent que des hémorrhagies capillaires à répétition plus ou moins fréquente, mais souvent aussi des rameaux, ou même des troncs, sont largement ouverts, et une gastrorrhagie rapidement mortelle est la conséquence de cet accident. Les artères le plus souvent atteintes sont la coronaire, la gastro-épiploïque gauche, la pylorique, la gastro-duodénale, la pancréatico-duodénale et la splénique.

La CICATRICE qui succède aux ulcères superficiels n'entraîne aucun inconvénient notable, et la guérison est alors aussi complète au point de vue symptomatique qu'elle l'est au point de vue anatomique. Mais les cicatrices profondes et étendues, celles qui sont accompagnées d'adhérences péritonéales, celles qui comprennent des organes périgastriques, déterminent des désordres graves et persistants. C'est, dans les cas les plus heureux, une *immobilité anormale de l'estomac*, laquelle est une cause permanente de dyspepsie ; mais c'est bien souvent un *rétrécissement de l'orifice pylorique* avec dilatation consécutive du ventricule ; dans ces

circonstances, les fibres musculaires qui avoisinent la cicatrice présentent ordinairement une hypertrophie notable (Otto d'Annaberg).

Les RÉCIDIVES sont assez fréquentes : elles résultent tantôt de la rupture d'une cicatrice, tantôt de la formation d'un nouvel ulcère. — L'état de la MUQUEUSE GASTRIQUE n'est pas toujours le même; elle présente assez souvent dans toute son étendue les altérations du catarrhe chronique avec hypersécrétion abondante (gastrorrhée); mais dans bien des cas ces modifications sont nulles ou à peine appréciables.

L'**ulcère duodénal** occupe la première portion du duodénum, rarement la portion verticale, et dans un cas seulement on l'a vu dans la troisième portion. Cette limitation est un argument de plus en faveur de l'influence du suc gastrique sur la production de cette lésion; toutefois, de nouvelles observations sont nécessaires sur ce point, car Lebert, tout en reconnaissant la rareté du fait, affirme que l'ulcère perforant peut naître dans toute l'étendue du tube intestinal. Les caractères, la marche, le mode de cicatrisation de l'ulcère duodénal, sont les mêmes que pour l'ulcère gastrique; ici aussi on peut observer une occlusion temporaire ou définitive par des organes voisins, notamment par le foie, le pancréas, la vésicule biliaire et la paroi postérieure de l'abdomen. La rétraction cicatricielle peut avoir les mêmes conséquences fâcheuses, c'est-à-dire une sténose duodénale; en outre, elle peut amener l'oblitération du canal cholédoque et du pancréatique. Dans un cas récemment observé par Stich, l'ulcère a perforé l'aorte abdominale avec laquelle le duodénum avait contracté de fortes adhérences.

#### SYMPTOMES, MARCHE, DIAGNOSTIC.

La marche de la maladie est foudroyante, rapide ou chronique; la première forme est exceptionnelle, la seconde est rare, la troisième est ordinaire.

Un individu en parfaite santé est pris d'une péritonite suraiguë par perforation, ou bien d'une gastrorrhagie incoercible avec hématomèse; il meurt en quelques heures ou en quelques minutes : voilà la FORME que j'appelle FOUROYANTE. L'ulcère a évolué silencieusement, sourdement, sans provoquer aucun symptôme notable, puis il a soudainement corrodé le péritoine ou une branche artérielle volumineuse.

La FORME RAPIDE ou aiguë a la même terminaison que la précédente; mais, avant d'en arriver là, l'ulcère a produit un ensemble de symptômes analogues à ceux de la gastrite toxique : douleurs vives, vomissements incessants, prostration, fièvre, puis perforation ou hémorrhagie au bout de huit à quinze jours. Le diagnostic ne peut être fait que d'après les

antécédents; si l'on est bien certain que le malade n'a ingéré aucune substance nocive, l'ulcère à marche rapide peut être affirmé.

Dans la grande majorité des cas, la maladie a une MARCHÉ CHRONIQUE, et elle peut tuer sans fièvre aucune. Les symptômes fondamentaux sont des *douleurs*, des *vomissements*. Ces phénomènes, qui en eux-mêmes sont communs à toutes les affections gastriques, présentent, dans les cas types, des caractères vraiment distinctifs.

La DOULEUR occupe le creux épigastrique; elle est limitée en un point toujours le même, et, quand elle présente des irradiations vers les hypochondres ou l'abdomen, ce qui n'est pas très-rare, c'est dans ce point fixe qu'elle est le plus intense. Avec cette *douleur xiphoïdienne* on observe presque constamment une *douleur dorsale* dans un point correspondant en hauteur à celui de la région antérieure. Le caractère de la douleur varie; elle est brûlante, térébrante, lancinante, ou bien elle est sourde et comme contusive. A cette localisation fixe s'ajoute un phénomène non moins important : la douleur est augmentée par la pression, par la constriction des vêtements, quelquefois par les mouvements du tronc, et elle est exagérée par l'ingestion des aliments, notamment par les substances irritantes et de digestion difficile.

D'après le temps qui s'écoule entre l'ingestion et l'exaspération de la douleur, on peut juger de la situation de l'ulcère : il occupe vraisemblablement la portion cardiaque si l'aggravation se fait sentir aussitôt après le repas; il est voisin du pylore, si elle est différée d'une heure ou deux; le délai est-il plus long encore, on peut songer à l'ulcère duodénal. — Dans quelques cas rares, l'alimentation n'augmente pas la douleur; bien que le fait soit exceptionnel, il a son importance au point de vue du diagnostic.

Indépendamment de cette douleur fixe et continue, les malades ont des accès pendant lesquels la douleur locale atteint son maximum, et s'irradie dans le dos et dans toute l'étendue de l'abdomen. Ces paroxysmes (accès de *cardialgie* ou *gastralgie*) sont horriblement pénibles : le patient se tord courbé par la souffrance, ses traits s'altèrent; il y a parfois des convulsions générales par excitation réflexe de l'axe spinal, ou bien des lipothymies, et cet état persiste ordinairement sans atténuation jusqu'à ce que le vomissement ait vidé l'estomac. Après cet orage, le malade est brisé, mais cette fatigue est une délivrance, car elle est le signal d'une phase de bien-être relatif dont la durée est parfois de plusieurs semaines. L'invasion de ces accès est communément instantanée; ils sont provoqués tantôt par l'alimentation, tantôt par l'influence du froid et de l'humidité, principalement aux pieds, tantôt par des impressions morales vives; souvent aussi ils éclatent sans cause saisissable, leur retour n'a rien de régulier.

L'interprétation de ces douleurs paroxystiques causées par une lésion