

et grande était sa surprise de ne pas trouver la lésion attendue; il croyait alors à une erreur de diagnostic, il refermait l'estomac, ou bien il pratiquait une gastro-entérostomie sans se rendre un compte exact de ce qui s'était passé. Pareille méprise est signalée dans plusieurs observations : Michaux ouvre l'estomac de sa malade, bien convaincu qu'il va trouver l'ulcus annoncé; il ne trouve pas cet ulcus, et l'exulceratio simplex, cause de l'hémorrhagie mortelle, passe inaperçue; on ne constate la méprise qu'à l'autopsie. Hartmann ouvre l'estomac de sa malade croyant qu'il va trouver l'ulcus simplex diagnostiqué, il ne trouve pas cet ulcus; l'exulceratio simplex, cause de l'hémorrhagie mortelle, passe inaperçue et on la trouve plus tard à l'autopsie. Chez le malade que j'ai fait opérer par Cazin, on ouvre l'estomac, qui au premier abord paraît tellement sain, qu'on a un moment d'hésitation; mais on cherche de parti pris l'exulceratio simplex dont j'avais annoncé l'existence, on la trouve, on la ligature, et le malade guérit.

Il ne faut donc pas dire, comme on l'a avancé à tort, que l'exulceratio simplex est impossible à trouver au moment de l'opération; je m'élève, preuves en main, contre pareille assertion. Jusqu'ici, on n'était pas familiarisé avec l'exulceratio simplex; elle était pour ainsi dire ignorée; elle n'avait suscité aucun travail d'ensemble; elle avait si peu attiré l'attention, qu'une fois l'estomac ouvert *on ne la voyait pas, parce qu'on ne savait pas la voir; elle passait inaperçue, parce qu'on ne savait pas qu'elle existait.* C'est donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire médico-chirurgicale des ulcérations de l'estomac. A l'avenir, les médecins feront leur diagnostic et, quand le chirurgien ouvrira l'estomac pour remédier à des hématomésés mises sur le compte de l'exulceratio, il saura que l'estomac peut lui paraître sain au premier abord; mais il saura également qu'il ne doit pas s'en tenir à cette première impression; il recherchera, avec un soin minutieux, l'exulceratio simplex; qu'il scrute la muqueuse stomacale, qu'il la déterge avec soin, qu'il la déplisse, s'il le faut même qu'il examine à la loupe

le lieu suspect, et il découvrira l'exulceratio, qui a la dimension d'une lentille, d'une pièce de 50 centimes, de 1 franc. Il la découvrira d'autant mieux que l'exulceratio, pour si superficielle qu'elle soit, occupe habituellement, je le répète avec intention, une certaine surface : elle est même parfois entourée de taches ecchymotiques qui servent de point de repère.

§ 10. ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC MALADIE DE CRUVEILHIER

Avis. — Je prévient le lecteur que plusieurs questions concernant l'ulcus simplex (hématomésés, pathogénie de Fulcus, etc.) ont été étudiées au chapitre précédent avec l'exulceratio simplex et seront repris à l'un des chapitres suivants relatif à la transformation de l'ulcus en cancer. Je prie donc (afin d'éviter les répétitions) qu'on veuille bien lire ces chapitres qui se complètent réciproquement.

Historique. — L'étude des *érosions* et des *ulcérations* stomacales faites aux chapitres précédents, prouve que les lésions ulcéreuses *aiguës* de l'estomac sont nombreuses et que leur origine est multiple. La description que je vais entreprendre actuellement s'adresse à une variété d'ulcère *chronique* alternativement nommé *ulcère simple* (Cruveilhier), *ulcère perforant* (Rokitansky), *ulcus rotundum* (Niemeyer); variété spéciale à l'estomac, à l'œsophage et au duodénum, et pour la première fois merveilleusement décrite par Cruveilhier¹.

A Cruveilhier revient en effet l'honneur d'avoir créé cette entité morbide. Du premier coup, dès l'année 1830, il décrivait minutieusement l'ulcère chronique simple, et le séparait définitivement du cancer de l'estomac, avec lequel il avait été confondu jusqu'alors. En 1838 il complétait son œuvre, et il nous a laissé, de cette maladie, un tableau

1. Cruveilhier. *Anal. path. du corps humain*. 1830. 10^e livraison; 1835, 20^e livraison. *Revue médicale*, 1838. *Arch. de médecine*, 1856.

anatomique et clinique si complet, que, par un juste hommage rendu à sa mémoire, cette maladie doit porter son nom. Le mémoire de Rokitansky¹ date de 1839.

Toutefois, qu'il me soit permis de faire remarquer que la dichotomie clinique entre l'ulcère et le cancer de l'estomac n'est pas toujours absolument tranchée; Cruveilhier lui-même avait signalé la coexistence de ces deux lésions sur le même estomac et, depuis quelques années, on a cité bon nombre d'observations qui prouvent que l'ulcère stomacal n'est parfois que le prélude du cancer; ou, si l'on préfère, le cancer vient assez fréquemment se greffer sur l'ulcère ou sur une cicatrice d'ulcère. Il y a là une évolution qui sera étudiée à l'un des chapitres suivants.

La dénomination d'*ulcus rotundum* est acceptable; toutefois l'ulcère n'a pas toujours une forme arrondie; celle de *perforant* n'est pas meilleure, car, malgré ses tendances, l'ulcère n'aboutit pas toujours, il s'en faut, à la perforation; la dénomination d'ulcère simple, *ulcus simplex*, est donc celle qui doit être conservée.

Anatomie pathologique. — D'après les statistiques résumées de Rosenheim et de Brinton, le siège de l'ulcère de l'estomac affecte les dispositions suivantes :

Paroi postérieure de l'estomac	85
Région pylorique	36
Petite courbure	37
Paroi antérieure	26

L'ulcère simple de l'estomac est habituellement arrondi, il prend une forme semi-lunaire ou circulaire quand il embrasse la région pylorique; il est vaste et irrégulier quand il résulte de plusieurs ulcères fusionnés.

L'ulcération tend à détruire successivement les tuniques muqueuse, fibreuse, musculaire et péritonéale; la profondeur de l'ulcère varie donc suivant les tissus détruits. Au point de vue de son évolution anatomique, l'ulcère simple

1. Rokitansky. Traduction in *Arch. de méd.*, 1840.

débuté par une érosion, aboutit à une ulcération, et se termine par cicatrisation dans les cas heureux, ou par perforation dans les cas malheureux.

Vu du côté de la muqueuse, l'ulcère paraît conique, creusé en entonnoir, l'orifice de l'ulcère ayant une étendue plus grande que le fond : ses bords ne sont jamais formés de lambeaux déchiquetés ou détachés, ils sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce. Il n'est pas rare de voir sur les bords et sur le fond de l'ulcère des artérioles nettement sectionnées, dont la lumière est oblitérée par un bouchon de tissu embryonnaire. Quand la lésion est ancienne, les tissus qui forment les bords de l'ulcération peuvent s'indurer, s'épaissir au point de simuler au premier abord une ulcération cancéreuse. Les dimensions de l'ulcère sont variables; certains atteignent à peine la dimension d'une pièce de cinquante centimes, d'autres dépassent ou égalent le diamètre d'une pièce de cinq francs. L'ulcère est unique ou multiple; d'après Brinton, il serait double une fois sur cinq¹; on en a trouvé jusqu'à cinq chez le même individu (Rokitansky). Il est fréquent de constater à l'autopsie des cicatrices provenant d'ulcérations guéries; la muqueuse fait défaut sur le tissu fibreux cicatriciel.

La guérison de l'ulcère est fréquente, mais elle se fait parfois au prix de cicatrices qui rétrécissent l'orifice pylorique², ou qui font un estomac bilobé. Quand l'ulcère se termine par perforation de l'estomac, et le cas n'est pas rare, surtout à la face antérieure de l'organe, l'orifice péritonéal, variable comme dimension, est aussi nettement taillé que l'orifice stomacal; tantôt la perforation s'ouvre dans la cavité péritonéale, sans adhérences préalables, et une péritonite aiguë mortelle en est la conséquence, si l'on n'intervient pas à temps; tantôt la perforation est limitée par un organe voisin qui a subi des adhérences; l'organe

1. Brinton. *Maladies de l'estomac.*

2. On voit au musée Dupuytren un exemple remarquable d'estomac bilobé : les deux lobes sont séparés par une portion rétrécie due à un ulcère en voie de cicatrisation. *Appareil de la digestion*, n° 181.

forme tampon, et s'ulcère à son tour. C'est ainsi que le fond de l'ulcère est formé, suivant le cas, par le diaphragme, par le foie, par la rate, par le pancréas¹, par les ganglions mésentériques, par le sternum (Barth)². Dans d'autres circonstances, la perforation fait communiquer, sous forme de *fistule*, l'estomac avec le duodénum, avec le colon, les bronches, le péricarde³, la peau. Parfois la perforation aboutit à une péritonite enkystée, à un empyème sous-phrénique que nous étudierons plus loin. Le travail ulcéreux ne ménage pas les artères de l'estomac (artères coronaire, splénique, gastro-épiploïques); une gastrorrhagie mortelle peut en être la conséquence⁴.

L'ulcère de l'estomac, qu'il aboutisse ou non à la perforation, est très souvent l'origine d'*adhérences* entre l'estomac et les organes voisins (péritoine, intestin, pancréas, foie, ganglions, etc.), adhérences qui compliquent souvent le manuel opératoire au cas d'intervention chirurgicale. L'examen microscopique des tissus qui limitent l'ulcère montre des lésions de gastrite : les tubes glandulaires tendent à disparaître, les cellules glandulaires subissent la dégénérescence graisseuse; des amas embryonnaires se font sous la muqueuse, dans la celluleuse, la musculaire sous-muqueuse est rompue et les tuniques musculaires sous-jacentes envahies.

Étiologie. — Pathogénie. — L'ulcère simple de l'estomac forme-t-il une entité morbide distincte, ayant son étiologie et sa pathogénie propres, ou bien n'est-il que l'aboutissant (Forster) de toutes les variétés d'érosion et d'ulcérations stomacales, d'origine diverse, qui pourraient à un moment donné subir l'évolution de l'ulcère simple? Ces deux opinions ont été soutenues; mais, quelle que soit la théorie à laquelle on se rattache, comment expliquer le processus qui préside à la formation de cet ulcère? On a supposé

1. Damaschino. *Malad. de l'estomac*, p. 524.

2. Musée Dupuytren. *Appareil de la digestion*, n° 117.

3. Musée Dupuytren. *Appareil de la digestion*, n° 112-124-126.

4. Guttman. *Arch. de méd.*, août 1880, p. 225. — Brayer. Thèse de Paris, 1895.

que l'ulcération n'est à son début qu'une plaque ecchymotique; cette plaque ecchymotique proviendrait d'une stase sanguine, qui serait due à une dégénérescence graisseuse ou athéromateuse des petits vaisseaux (artères ou veines); il en résulterait une nécrobiose superficielle de la muqueuse et le suc gastrique, digérant alors les parois stomacales, serait l'agent actif du processus morbide.

L'action prépondérante du suc gastrique paraît d'autant plus admissible à bon nombre d'auteurs, que les malades atteints d'ulcère simple de l'estomac sont souvent atteints d'hyperchlorhydrie et d'hypersécrétion; hyperchlorhydrie quand l'acide chlorhydrique libre existe en excès au moment de la digestion; hypersécrétion, quand cet excès d'acide chlorhydrique existe d'une façon continue, même en dehors de la digestion. Il faut convenir qu'hyperchlorhydrie, hypersécrétion et ulcère stomacal semblent faire partie d'une même famille pathologique; on voit même des malades qui débentent par l'hyperchlorhydrie ou par l'hypersécrétion et qui s'acheminent ensuite vers l'ulcère stomacal. Ces faits donneraient raison à ceux qui admettent que le suc gastrique peut déterminer l'ulcère par la digestion des tissus (auto-digestion).

Mais, d'autre part, comment concilier cette hypothèse avec ce fait que l'ulcère simple existe à l'œsophage, c'est-à-dire dans une région où il est à l'abri du suc gastrique; comment surtout concilier cette hypothèse avec cet autre fait que, dans un même estomac, deux ulcères peuvent évoluer simultanément, en sens inverse, l'un se creusant grâce à l'action du suc gastrique et l'autre se cicatrisant malgré ce même suc gastrique? Il y a là quelque chose qui n'est pas précisément favorable à la théorie.

Les théories microbiennes peuvent expliquer la formation de l'ulcère, l'ulcère n'étant au début qu'une exulcération. J'ai discuté ce côté de la question au dernier chapitre concernant l'*exulceratio simplex*; je n'y reviens pas. La théorie qui l'assimile au mal perforant plantaire ou palmaire est ingénieuse mais pas démontrée.