

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-épiplœiques); 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. Guttmann. *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.

On a voulu faire de l'alcoolisme la cause dominante de l'ulcus stomacal, ce qui est loin d'être vrai, ainsi que le fait remarquer Letulle, car le plus souvent les malades ne sont pas alcooliques et les artères de l'estomac ne sont pas athéromateuses.

Pour Gilles de la Tourette¹, l'hystérie occuperait une place importante dans la pathogénie de l'ulcère.

Je ne parle pas de l'ulcus syphilitique auquel je consacrerai un chapitre spécial.

L'ulcère simple est une maladie assez commune, surtout en Angleterre et en Allemagne; il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme; il appartient principalement à l'âge adulte. Les jeunes femmes d'apparence chloro-anémiques y sont exposées. Le traumatisme (coups, contusions à l'épigastre)² a paru jouer le rôle de cause occasionnelle ou déterminante dans un certain nombre de cas (Potain). En résumé, la cause réelle de l'*ulcus simplex* nous échappe souvent. (Voir la thèse de mon interne Gandy³.)

Symptômes. — Dans sa forme *classique et habituelle*, l'ulcère simple se traduit par les symptômes suivants : Après une période plus ou moins longue, pendant laquelle le malade *n'accuse que des troubles dyspeptiques, souvent avec hyperchlorhydrie*, apparaissent des symptômes qui par leur caractère ont une valeur considérable. Ces symptômes sont la douleur, le vomissement et l'hématémèse.

La *douleur*, généralement circonscrite à la région xiphoidienne du sternum (*point xiphoidien*), est presque toujours accompagnée d'une douleur correspondante au rachis, au niveau de la première vertèbre lombaire (*point rachidien*) (Cruveilhier). Cette douleur mordicante et térébrante revient par accès plusieurs fois par jour ou à intervalles plus éloignés. J'ai vu des malades chez lesquels ces douleurs, comparables aux plus vives brûlures, deve-

1. *La semaine médicale*, 11 novembre 1899.

2. *Ulc. simple de l'est. de cause traumat.* Derouet, Th. de Paris, 1879, n° 106.

3. Gandy. *L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies* h. de Paris, 1899.

naient une véritable torture qu'ils n'arrivaient à calmer qu'en faisant pendant des mois un abus immodéré d'injections de morphine. La douleur de l'ulcère simple, c'est un de ses caractères, est exaspérée par la pression, par la palpation de l'estomac; elle est généralement réveillée par l'ingestion des aliments; elle persiste même pendant toute la durée de la digestion stomacale et n'est jamais plus forte qu'à ce moment⁴. Pour si important que soit ce symptôme, il ne faut pas oublier qu'il fait parfois défaut, et que, d'autre part, il peut exister avec des caractères analogues dans certaines gastralgies, le plus souvent avec hyperchlorhydrie. Dans quelques cas, l'intolérance stomacale est absolue; le lait, l'eau, tout est rejeté.

Le *vomissement* est un symptôme fréquent. Les vomissements alimentaires surviennent plus ou moins vite après le repas; parfois même l'accès douloureux ne cesse qu'avec le vomissement. Certains sujets rendent dans la journée, ou le matin, des glaires teintées par la bile (vomissements pituiteux). Ces vomissements sont souvent très acides, parce que dans l'ulcère de l'estomac la sécrétion gastrique contient habituellement de l'acide chlorhydrique en excès (hyperchlorhydrie et hypersécrétion). C'est même la présence ou l'excès de l'acide chlorhydrique dans le chyme qui, dans les cas difficiles, est un des signes de diagnostic, signe qui n'est pas absolu, il s'en faut, entre l'ulcère et le cancer.

Le vomissement de sang (*hématémèse*) se présente différemment suivant les cas. Lorsque l'hémorragie de l'estomac (*gastrorrhagie*) est abondante, et lorsque l'hématémèse suit de près la gastrorrhagie, le sang vomi est rouge et liquide; mais si le sang a séjourné dans l'estomac, au contact du suc gastrique ou des aliments, il est rejeté en caillots, ou plus ordinairement sous forme d'un liquide noirâtre, analogue au *marc de café* ou à la suie délayée dans l'eau; c'est le *vomissement noir*.

Quelquefois, une partie du sang passe de l'estomac dans

1. Trousseau. *Clin. méd.*, t. III, p. 77.

l'intestin, et le malade rend par les selles des matières noires comme du goudron; c'est le *melæna* (de μέλαινα, μέλας, noir). Si même l'hémorrhagie de l'estomac est peu abondante, si elle se fait lentement, à petites doses, il peut arriver que le sang ne soit pas rejeté par hématomèse, il passe dans l'intestin et le *melæna* devient alors le seul signe révélateur de l'hémorrhagie stomacale.

Les hématomèses sont encore possibles alors que l'ulcère est cicatrisé, et, par un retour offensif, c'est en plein tissu cicatriciel que se fait l'hémorrhagie mortelle, ainsi que le prouve l'observation suivante (Bonnet, interne de Lannois) : une femme, sans maladies antérieures, fut prise de tous les symptômes de l'ulcère simple de l'estomac, douleurs xiphoidienne et rachidienne, exaspérées par l'ingestion des aliments, vomissements alimentaires. Dans le cours de la maladie, survint une forte hématomèse, et, le lendemain, deuxième grande hématomèse, plus considérable que la première. La malade fut mise au régime lacté absolu, et, au bout de neuf mois, elle était complètement guérie de son ulcère stomacal. Huit ans plus tard, la malade entre à l'hôpital de la Croix-Rousse; elle venait d'être prise d'hématomèses abondantes et de *melæna*. Elle se plaint de douleurs au creux épigastrique. On la met à la diète lactée et on applique des sachets de glace sur le ventre. A huit heures du soir, les douleurs stomacales augmentent d'intensité et la malade est prise d'une terrible hématomèse qui lui fait perdre environ deux litres de sang. On pratique une injection d'ergotinine, puis une injection de sérum, mais la malade se refroidit et succombe à dix heures du soir. A l'autopsie, on trouve dans l'estomac des caillots volumineux. Au niveau de la petite courbure existe la cicatrice de l'ancien ulcère. Sur cette cicatrice on constate un petit soulèvement conique terminé par un orifice béant qui n'est autre chose que l'ouverture d'une artériole dont les parois étaient entamées. (On dirait l'exulceratio greffée sur une cicatrice d'ulcus.)

La dilatation de l'estomac accompagne fréquemment

l'ulcère de l'estomac; cette dilatation n'est pas due uniquement au rétrécissement organique que peut provoquer l'ulcère de la région pylorique, on la trouve également associée aux ulcères des autres régions de l'estomac; la contracture spasmodique et réflexe du pylore n'y est sans doute pas étrangère. Cette *contracture du pylore* jouerait, du reste, d'après Doyen, un rôle considérable dans la pathogénie de différents symptômes de l'ulcère stomacal, elle serait l'origine de crampes d'estomac, elle serait un des facteurs de la dilatation et des vomissements, elle serait un obstacle à la cicatrisation de l'ulcère, en provoquant la dilatation de l'organe et le tiraillement consécutif des bords de l'ulcère.

La *céphalalgie* est un symptôme que je ne vois signalé nulle part, et que j'ai souvent observé dans le cours de l'ulcère stomacal; je ne m'en explique pas trop la cause, mais, au point de vue sémiologique, j'en signale la valeur. Cette céphalalgie violente, tenace, tourmente parfois les malades autant que les douleurs stomacales; elle me paraît avoir une réelle importance pour le diagnostic; elle est le satellite de l'ulcère et point du cancer.

Sous l'influence des douleurs et des vomissements le malade ne tarde pas à dépérir; l'amaigrissement, la perte des forces, en sont les conséquences habituelles; chez les femmes il s'y joint de la dysménorrhée et de l'aménorrhée. La maladie aboutit à une véritable cachexie.

Les *terminaisons* possibles de l'ulcère simple sont les suivantes : la guérison complète; la guérison avec un reliquat de cicatrices stomacales ou d'adhérences extra-stomacales; la mort par hémorrhagie, par perforation, par péritonite, par collapsus, par cachexie, par transformation cancéreuse. Les *récidives* de l'ulcère sont assez fréquentes; les accidents peuvent reparaitre après quelques mois ou après quelques années de guérison; l'ulcération nouvelle porte parfois sur une ancienne cicatrice.

Complications. — Au nombre des complications terribles et mortelles, signalons d'abord l'*hémorrhagie* stomacale,

qui, elle aussi, comme la perforation, peut survenir dans le cours d'un ulcère qui évoluait insidieusement, à l'état latent. J'ai été témoin d'un fait de ce genre avec mon élève Caussade : une femme qui n'avait pas eu jusqu'alors les symptômes de l'ulcère stomacal fut prise de terribles hématoméses; les hématoméses s'amendèrent, mais la malade succomba quelques semaines plus tard à une perforation de l'estomac qui l'enleva rapidement. Dans une observation de Bazy la malade succomba en quelques heures à l'hémorragie stomacale; on trouve à l'autopsie trois ulcères au niveau de la petite courbure, l'ulcération avait détruit l'artère coronaire stomacale¹. Dans le cas de Caillard, la malade est emportée en quelques heures par l'hémorragie stomacale; on trouve à l'autopsie un ulcère de la petite courbure et une ulcération de l'artère pylorique. Dans le fait rapporté par Litten, le malade succombe à plusieurs hémorragies stomacales; on constate à l'autopsie une perforation stomacale au milieu de la paroi postérieure et une ulcération de l'artère splénique².

Péritonites. — La perforation de la paroi stomacale et la péritonite aiguë généralisée qui en est la conséquence s'observent surtout quand l'ulcère occupe la face antérieure de l'estomac, parce que cette région est plus mobile, plus accessible aux traumatismes et se prête moins aux adhérences. Le lieu d'élection n'est donc pas le même pour l'ulcère et pour la perforation; l'ulcère a une prédilection bien marquée pour la face postérieure de l'estomac, pour la région pylorique et pour la petite courbure, tandis que la perforation a une prédilection bien marquée pour la face antérieure de l'estomac. Toute proportion gardée, l'ulcère de la paroi antérieure de l'estomac expose à la perforation, 40 fois plus que l'ulcère de la face postérieure³ : l'ulcère de la paroi antérieure a donc une gravité exceptionnelle.

1. Brayer. *Perforation de l'estomac*. Th. de Paris, 1895.

2. Gibert. *Ulcère de l'estomac*. Th. de Paris, 1887.

3. Chapt. *Perforation de l'ulcère simple de l'estomac*. Thèse de Paris, 1895.

La péritonite suraiguë due à la perforation de l'estomac sera l'objet d'une étude spéciale au chapitre suivant. Cette péritonite suraiguë entraîne rapidement la mort à moins d'intervention chirurgicale hâtive.

Dans les cas plus heureux, la perforation de l'estomac aboutit, non pas à une péritonite généralisée, mais à une péritonite partielle, enkystée¹. Des adhérences ont eu le temps de s'établir, des néo-membranes unissent l'estomac, le diaphragme, la paroi abdominale, le foie, le colon transverse et circonscrivent une cavité purulente, anfractueuse, qui a pour sièges habituels les régions de l'épigastre et des hypocondres, c'est-à-dire l'étage supérieur de l'abdomen.

Ces abcès péri-stomacaux peuvent être classés en plusieurs catégories que voici :

L'abcès gastro-splénique siège entre la grosse tubérosité de l'estomac et la rate, dans l'hypocondre gauche. Il est dû à une perforation intéressant la grande courbure de l'estomac.

L'abcès gastro-sous-hépatique s'étend vers l'hypocondre droit, il est limité en haut par le lobe gauche du foie, en bas par la petite courbure de l'estomac et le pylore, en avant par les adhérences qui unissent le bord du foie à l'estomac. Il est dû à une perforation intéressant la région pylorique.

L'abcès gastro-abdominal ou antégastrique siège entre la face antérieure de l'estomac et la paroi abdominale; il peut aboutir au phlegmon de la paroi abdominale antérieure avec fistule gastrique. Il est dû à une perforation intéressant la paroi antérieure de l'estomac.

Abcès sous-phrénique. — L'abcès gastro-hépto-phrénique, encore nommé abcès sous-phrénique, pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique, est la variété la plus commune; cet abcès est surtout dû à une perforation de la face postérieure de l'estomac. C'est une cavité purulente, véritable empyème sous-phrénique, souvent fétide, qui contient également, comme les variétés précédentes, des gaz, des résidus

1. Bouveret. *Maladies de l'estomac*, 1895, p. 254.

également, où un épanchement pleural droit peut abaisser le foie et voussurer l'hypochondre droit; mais ici encore, il s'agit d'épanchements pleuraux très abondants qui déterminent une matité remontant très haut et atteignant la région claviculaire, ce qui n'a pas lieu dans les épanchements pseudo-pleuraux d'origine abdominale.

Les différentes variétés d'abcès péritonéaux que je viens d'étudier peuvent se terminer de diverses manières: *a.* — Ils aboutissent à un phlegmon de la paroi abdominale antérieure avec fistule gastro-abdominale. *b.* — Ils se vident dans l'intestin grêle ou dans le côlon et déterminent des diarrhées fétides et une fistule gastro-intestinale parfois suivie de guérison. *c.* — Ils s'ouvrent dans le péritoine et occasionnent une péritonite généralisée, ainsi que j'en ai observé un cas en 1894, dans mon service à l'hôpital Necker. *d.* — Ils perforent le diaphragme et s'ouvrent dans le péricarde, dans la plèvre (pleurésie purulente et pyo-pneumothorax), dans les bronches et dans le poumon (vomique, gangrène pulmonaire, broncho-pneumonie infectieuse).

Ulcère latent. — La description de l'ulcère de l'estomac, telle qu'on l'a lue plus haut, s'adresse à la majorité des cas. Les troubles dyspeptiques apparaissent d'abord, puis viennent les douleurs et les vomissements alimentaires, avec ou sans hématomèse, et la maladie peut durer des mois et des années, *deux ans en moyenne*, avec des alternatives d'amélioration et de rémission qui, grâce à un traitement bien dirigé, aboutissent souvent à la guérison. Mais l'ulcère de l'estomac n'a pas toujours, si l'en faut, les mêmes allures; dans certains cas, il évolue à l'état *latent*, ou bien il ne se trahit que par des troubles dyspeptiques, *en apparence insignifiants*, et c'est *brusquement*, au milieu d'une bonne santé, que le sujet est pris d'une perforation de l'estomac, d'une péritonite aiguë, de l'ulcération d'un gros vaisseau, de violentes hématomèses, accidents qui mettent en quelques jours (forme rapide) ou en quelques heures (forme foudroyante) la vie en danger (Jaccoud). Ces terribles accidents se produisent également dans la forme habituelle et

chronique de l'ulcère, *mais alors ils sont prévus*. Je ne saurais trop insister sur cette forme insidieuse qui nous réserve de si cruelles surprises; la péritonite mortelle par perforation est beaucoup plus fréquente qu'on ne pense, chez des gens dont l'ulcère stomacal avait évolué, je le répète, sans douleurs, sans hémorragie, sans vomissements, d'une façon *latente* ou *presque latente*.

En voici quelques observations qui permettent de bien juger la question :

Obs. I. — Une jeune fille d'apparence chloro-anémique, *n'ayant jamais eu de maux d'estomac*, est prise brusquement pendant la nuit d'une violente douleur épigastrique et de tous les signes d'une péritonite suraiguë moins les vomissements. Elle succombe en 15 heures. A l'autopsie on trouve une péritonite due à la perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac¹.

Obs. II. — Une jeune femme de 20 ans, jamais malade, est prise brusquement d'une douleur extrêmement vive dans l'hypochondre gauche. En quelques heures la température tombe à 36 degrés. Le ventre est ballonné, très douloureux. Les extrémités se refroidissent, se couvrent de sueurs, la respiration est extrêmement accélérée, le pouls est incomptable, et la malade succombe en 24 heures. A l'autopsie on trouve une double perforation de l'estomac, à la face antérieure et à la face postérieure, les deux perforations étant presque en regard l'une de l'autre².

Obs. III. — Une jeune fille de 25 ans, *n'ayant jamais eu le moindre dérangement gastro-intestinal*, pas de vomissements, pas de douleurs à l'estomac, est prise brusquement, ayant diné comme à l'ordinaire, de douleurs abdominales atroces. Le lendemain matin on constate une péritonite suraiguë; facies grippé, nez froid, yeux excavés. Le ventre est tendu, plat, dur comme une planche. La mort survint 45 heures après le début des accidents. A l'autopsie on

1. Recl. *Société anatomique*, mars 1893.

2. Jayle. *Société anatomique*, novembre 1891.

trouve une péritonite due à la perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac¹.

Obs. IV. — Une jeune fille de 17 ans, très bien portante, n'ayant *jamais* eu ni dérangements gastro-intestinaux, ni vomissements, ni hématemèse, ni méléna, est prise brusquement de douleurs violentes dans le ventre et de symptômes de péritonite. On l'opère le quatrième jour et elle succombe. A l'autopsie on trouve à la face antérieure de l'estomac un ulcère avec une perforation de la dimension d'une pièce de 50 centimes².

Obs. V. — Une jeune fille de 18 ans est prise tout d'un coup de douleurs vives dans le ventre. Bientôt éclatent les symptômes d'une péritonite généralisée. L'opération est faite au troisième jour et la malade succombe. On trouve à l'autopsie un ulcère avec large perforation³.

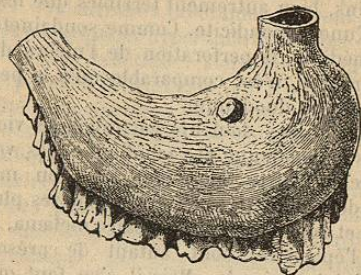
Obs. VI. — J'ai été témoin d'un fait du même genre. Nous avons vu avec Tisné une jeune fille de 20 ans qui avait été prise subitement dans la nuit d'une terrible douleur abdominale sans vomissements. Le lendemain matin, nous faisons le diagnostic de péritonite par perforation, et je dirigeais la malade sur l'hôpital Necker pour la faire opérer. Mais les accidents marchèrent si vite que l'opération commencée dut être abandonnée, et la pauvre fille succomba vingt heures après le début des accidents. A l'autopsie, nous avons trouvé deux grandes perforations nettement arrondies à la face antérieure et à la face postérieure de l'estomac. Ces deux perforations, qui sont représentées sur la planche ci-après, étaient absolument superposables comme si l'un des ulcères avait engendré l'autre. C'était bien là un type d'ulcère *latent*, car malgré ces deux larges ulcères ayant évolué aux faces antérieure et postérieure de l'estomac, la malade n'avait *jamais* éprouvé le moindre

1. Thèse de Archagouria. Utudjian. *Forme perforante de l'ulcère de l'estomac*. Paris, 1889.

2. Walther. *Société anatomique*, octobre 1890.

3. Choppin. *Perforation de l'ulcère latent de l'estomac*. Thèse de Paris, 1896.

symptôme gastrique, elle n'avait jamais eu ni douleurs, ni vomissements, ni hématemèses, ni troubles dyspeptiques; mon enquête à ce sujet a été complète et minutieuse: la veille cette jeune fille était sortie, faisant à pied ou en voiture des courses nombreuses, et le soir elle avait diné comme d'habitude et de fort bon appétit.



On voit, sur cette figure, deux perforations superposables, l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'estomac. Les ulcères qui ont provoqué ces deux perforations avaient évolué d'une façon absolument latente.

Obs. VII (communiquée par mon interne Kahn). — Une jeune femme de 26 ans entre dans le service de Fernet pour une péritonite suraiguë survenue brusquement quelques heures après le repas. Cette femme, de très bonne santé, n'avait éprouvé que quelques troubles dyspeptiques mis sur le compte de la chloro-anémie. Elle meurt vingt-quatre heures après le début des accidents. A l'autopsie, on trouve deux ulcères simples perforés et siégeant à la face antérieure de l'estomac.

Cette étude sur l'ulcère *latent* de l'estomac me permet de poser les conclusions suivantes: L'ulcère latent de l'estomac est surtout l'apanage des jeunes femmes avec ou sans apparence chloro-anémique. Les ulcères latents sont surtout ceux qui siègent à la face antérieure de l'estomac. Ils sont d'autant plus redoutables qu'ils sont plus latents,

car le sujet qui en est atteint ne prend aucun soin, ne suit aucun traitement, n'étant averti par aucun symptôme de la présence du mal qui pourra le foudroyer.

La *péritonite suraiguë* consécutive à la perforation de l'ulcère simple de l'estomac sera étudiée au chapitre suivant. Nous y verrons que ses symptômes sont bien autrement soudains, bien autrement terribles que les symptômes du début d'une appendicite. Comme soudaineté et comme gravité immédiate, la perforation de l'ulcère de l'estomac, libre d'adhérences, n'est comparable qu'à la perforation de l'ulcère simple du duodénum.

Diagnostic. — Des douleurs gastralgiques violentes, avec localisations xiphoidienne et rachidienne, des vomissements avec hyperchlorhydrie succédant plus ou moins vite à l'ingestion des aliments; des hématomésés plus ou moins abondantes et répétées, avec ou sans méléna, l'absence de tumeur à l'épigastre, sont autant de présomptions en faveur de l'ulcère simple. Mais il s'en faut que ces symptômes soient toujours aussi nettement accusés, certains peuvent manquer et dans quelques cas, le diagnostic de l'ulcère présente de sérieuses difficultés.

En fait, la *douleur stomacale* étant, par sa précocité, par sa fréquence, par son intensité, le symptôme dominant de l'ulcère simple de l'estomac, nous devons passer en revue les différentes maladies dont les accès douloureux peuvent simuler l'ulcère stomacal.

Les douleurs de la *colique hépatique*, par leur siège, par leur violence, peuvent simuler les douleurs de l'ulcère stomacal, mais au cas de colique hépatique, la douleur est indépendante des actes chimiques de la digestion, tandis que, au cas d'ulcère, la douleur existe dès le contact des aliments, et l'accès gastralgique éclate dans toute son intensité deux, trois heures après le repas, au moment où la quantité d'acide chlorhydrique libre atteint son maximum. La colique hépatique provoque des vomissements bilieux; à l'ulcère appartiennent les vomissements alimentaires, acides, hyperchlorhydriques, mélaniques. La colique hépa-

tique est un épisode passager, souvent accompagné de jaunisse et d'urines ictériques; rien de semblable ne se voit avec l'ulcère stomacal.

Les crises *gastriques du tabes* peuvent également, par leur siège et par leur intensité, simuler les douleurs de l'ulcère stomacal; la similitude est d'autant plus complète que les crises douloureuses tabétiques peuvent être accompagnées de vomissements hyperchlorhydriques et sanguinolents. Mais chez le tabétique, alors même qu'il en serait encore à la période préataxique, on trouvera toujours, si on les cherche bien, quelques stigmates du tabes : douleurs fulgurantes des jambes, retard des sensibilités, abolition des réflexes rotuliens, troubles oculaires, ptosis, strabisme; troubles urinaires; signe de Romberg; enfin dans l'intervalles des crises gastriques, l'estomac du tabétique fonctionne bien, sans dyspepsie, sans hyperchlorhydrie.

L'*urémie gastrique*, par ses douleurs gastralgiques, par l'intolérance stomacale, par les vomissements répétés et parfois sanguinolents, peut simuler l'ulcère simple de l'estomac, mais les vomissements de l'urémique sont très rarement acides, ils contiennent fréquemment de l'urée et du carbonate d'ammoniaque, enfin le malade est habituellement albuminurique, et présente toujours des accidents de brightisme ou de mal de Bright confirmé.

L'*hystérie* simule l'ulcère stomacal : accès gastralgiques violents, intolérance stomacale, vomissements, hyperchlorhydrie et hématomésé. Ce n'est donc qu'en recherchant avec soin les stigmates de l'hystérie, anesthésie pharyngée, hémianesthésie, ovarie, rétrécissement du champ visuel, zones hystérogènes, etc., qu'on arrivera à faire le diagnostic.

Le diagnostic de l'ulcère stomacal est fort difficile à faire avec l'*hyperchlorhydrie* et l'*hypersécrétion*. L'hyperchlorhydrie et l'ulcère stomacal ont comme symptômes communs les douleurs provoquées par la digestion et atteignent leur apogée deux ou trois heures après le repas, mais le pyrosis et les régurgitations acides, symptômes de l'hyperchlor-

rhydrie, ne sont généralement pas accompagnés de vomissements alimentaires. L'hypersécrétion et l'ulcère stomacal ont comme symptômes communs les douleurs paroxystiques et continues, mais à l'hypersécrétion appartient surtout le grand vomissement nocturne contenant plusieurs cents grammes de liquide, et la présence d'acide chlorhydrique stomacal en dehors des périodes digestives.

Le diagnostic de l'ulcère et du cancer sera fait au chapitre concernant le cancer de l'estomac.

Le diagnostic du siège de l'ulcère a son importance : l'ulcère de la face antérieure de l'estomac, celui qui prédispose le plus aux perforations, provoque une douleur vers l'hypochondre gauche; cette douleur est exagérée par le décubitus abdominal et calmée quand le malade se couche sur le dos. L'ulcère de la face postérieure de l'estomac, celui qui prédispose le plus aux grandes hémorragies (artère splénique), détermine des douleurs surtout violentes à la région rachidienne; ces douleurs sont calmées par le décubitus abdominal. L'ulcère de la région pylorique a son centre de douleurs à droite de la ligne médiane.

Le pronostic de l'ulcère est toujours grave, même dans les cas où la maladie est d'apparence bénigne; il est grave parce que l'ulcère expose le malade aux hémorragies, à la perforation stomacale, à la péritonite, au rétrécissement de l'estomac, et aussi parce que l'ulcère est quelquefois rebelle au traitement et sujet aux récidives. Enfin le pronostic de l'ulcère est encore grave parce que le cancer peut se greffer sur l'ulcère. Vu l'importance de cette dernière question, je lui consacre un peu plus loin un chapitre spécial.

Traitement. — Il y a un traitement dont l'efficacité est admise sans contestation, c'est le régime lacté (Cruveilhier). Le malade doit prendre le lait, cuit ou cru, chaud ou froid, à son gré, par grandes tasses, à intervalles égaux, toutes les deux heures, par exemple, de façon à boire graduellement deux, trois ou quatre litres de lait par vingt-quatre heures.

J'ai eu à l'Hôtel-Dieu une jeune femme atteinte d'ulcère

stomacal avec hématomésés, douleurs terribles, vomissements incoercibles et amaigrissement. L'intolérance de l'estomac était telle, que le lait, même à très petite dose, était vomi aussitôt. J'ai prescrit le lait d'ânesse, le résultat fut si bon, qu'après deux mois de ce traitement, la malade avait engraisé de douze kilos avec toutes les apparences de la guérison.

Pour être efficace, le régime lacté doit être aussi exclusif que possible, il doit durer jusqu'au complet rétablissement. Au début du traitement, si le lait n'est pas bien toléré, on fait prendre dans chaque tasse une grande cuillerée d'eau de chaux additionnée d'un milligramme de chlorhydrate de morphine et de trois milligrammes de chlorhydrate de cocaïne. Je ne saurais trop recommander cette médication. Du reste l'eau de chaux additionnée de très petites doses de morphine et de cocaïne me paraît être un excellent médicament dans toutes les maladies où l'excitabilité anormale de l'estomac provoque les douleurs et les vomissements. Les injections sous-cutanées de morphine sont réservées pour le cas où les douleurs gastralgiques sont tenaces et violentes. Le nitrate d'argent, à la dose de 3 à 10 centigrammes par jour, associé à quelques centigrammes d'extrait d'opium, le sous-nitrate de bismuth, les alcalins à très haute dose (Debove), seront efficacement employés.

Aux hémorragies on opposera les astringents, le perchlorure de fer, l'ergotine, les boissons glacées. L'application d'un sachet de glace laissé en permanence sur la région épigastrique est un moyen excellent qui s'adresse aux hémorragies aussi bien qu'aux douleurs et aux vomissements. Au cas de fortes hématomésés, je conseille de pratiquer des injections sous-cutanées de sérum artificiel, quelques centaines de grammes par injections répétées plusieurs fois par jour.

L'ulcère qui siège à la face antérieure de l'estomac nécessite le repos absolu au lit, dans le décubitus dorsal. On surveillera attentivement la convalescence, en n'oubliant pas que l'ulcère est une maladie sujette aux récidives.