

l'étendue, mais sur certaines zones de la muqueuse stomacale. Il arrive ainsi que des coupes prises sur des régions éloignées correspondent à des types anatomiques différents de gastrite chronique.

Comment faut-il interpréter cette transformation muqueuse?

Pour Hayem, il s'agit d'un véritable bourgeonnement allant de la superficie vers la profondeur de la muqueuse. Les tubes glandulaires à revêtement épithélial cylindrique se substituent ainsi aux tubes normaux disparus. Pour d'autres auteurs, au contraire, il se fait une transformation sur place; les cellules muqueuses remplacent directement les cellules capitales et les cellules bordantes dans les tubes glandulaires préexistants. Quoi qu'il en soit, la muqueuse stomacale tend à ne plus renfermer que des glandes tubulées à sécrétion muqueuse; elle se rapproche ainsi dans sa structure de la muqueuse de la région pylorique et de l'intestin. La transformation muqueuse paraît être, comme l'admet Hayem, l'aboutissant commun des diverses gastrites atrophiées.

L'aspect macroscopique de l'estomac est assez différent suivant les cas. Lorsque les lésions interstitielles sont peu marquées, qu'elles ne consistent que dans la production d'une infiltration d'éléments embryonnaires peu considé-

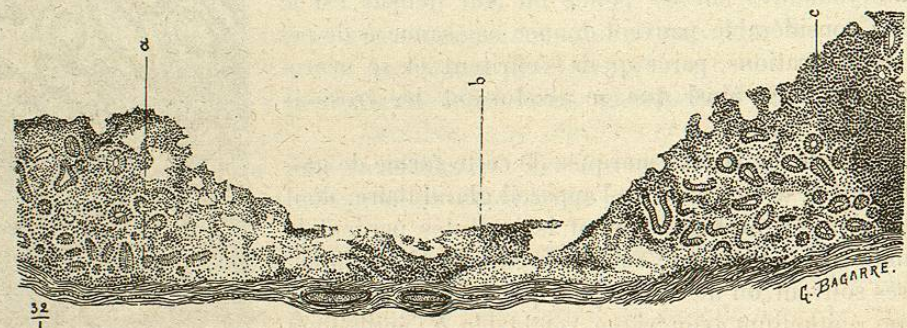


FIG. 10. — Érosion hémorragique. (D'après nature.)

nable vers la partie superficielle des glandes et dans l'existence d'un certain nombre d'amas lymphoïdes arrondis espacés dans la profondeur, la muqueuse ne diffère pas sensiblement dans son aspect d'une muqueuse normale.

Lorsque les lésions sont plus accusées, la muqueuse peut paraître congestionnée, ardoisée, et lorsque l'atrophie est poussée très loin, pâle et amincie. Ce dernier caractère est en somme le seul qui ait une réelle valeur au point de vue du diagnostic macroscopique de la gastrite atrophique. Souvent, dans certaines régions, la muqueuse est pâle et amincie, tandis que dans d'autres elle a plus ou moins conservé son aspect normal.

Les *érosions hémorragiques* se présentent sous l'aspect de petits pertuis arrondis de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet ou même de chènevis. Elles criblent la muqueuse à la façon des petits trous arrondis dans une planche vermoulue. Souvent, au fond de quelques-unes d'entre elles, on trouve un petit caillot sanguin qui indique qu'elles ont été le point de départ d'une hémorragie. Parfois on les rencontre sur toute la surface de la muqueuse, et c'est par centaines qu'on peut les compter; parfois encore elles ne se trouvent que dans une région limitée, et de préférence le long de la petite courbure. Ces petites ulcérations ne se produisent guère que lors-

qu'il existe une stase passive marquée de la muqueuse stomacale, comme cela se voit dans les maladies du cœur, la cirrhose hépatique, l'urémie. Les veines de la surface et de la profondeur de l'estomac sont toujours très dilatées dans ces conditions.

Ces érosions, comme nous l'avons indiqué déjà, sont des pertes de substances dues à la désagrégation, à la nécrobiose et à l'effritement des points de la muqueuse dans lesquels les amas embryonnaires sont le plus compacts. Contrairement à ce qui se passe dans l'ulcère rond, la perte de substance ne dépasse pas la musculaire sous-muqueuse, ce qui tient à ce qu'il n'y a pas d'auto-digestion, en vertu de l'atrophie généralisée des glandes chlorhydropeptiques et de la diminution considérable ou même de la suppression de la sécrétion normale.

Parfois, par le même mécanisme, en particulier chez les grands buveurs, se produisent des érosions plus étendues; elles se distinguent de l'ulcère simple par leur peu de profondeur et par la disposition de leurs bords. Ici point de bord taillé à pic, coupant la muqueuse-stomacale comme à l'emporte-pièce, mais une perte de substance étalée sans limite précise: les bords de l'ulcère simple sont comme une falaise, les bords de l'érosion étendue, comme une plage plus ou moins inclinée.

Diagnostic clinique des diverses formes anatomiques de la gastrite chronique. — Dans une série de chapitres antérieurs, nous avons étudié les grands complexes de la dyspepsie stomacale; ils ne correspondent pas exactement aux différents types de la gastrite dont l'histoire anatomique vient d'être esquissée. Trop d'éléments peuvent intervenir pour que cette correspondance puisse exister d'une façon exacte entre les complexes symptomatiques et les états anatomiques.

Nous avons déjà indiqué chemin faisant comment nous comprenons les rapports de la dyspepsie et de la gastrite; il est inutile d'y revenir. Nous avons indiqué également, à propos de la pathologie générale des gastrites, quelle en est la physiologie pathologique; nous croyons cependant que ce n'est pas faire double emploi que de rappeler les données cliniques sur lesquelles on peut se baser non seulement pour admettre la gastrite puisqu'elle existerait toujours à un certain degré, d'après Hayem, mais plutôt pour présumer sa variété anatomique, nous ne dirons pas son intensité, et, le cas échéant, son rôle pathogénique.

Les *probabilités étiologiques* rendent très vraisemblable l'existence d'un degré accentué de gastrite: l'abus des boissons alcooliques et apéritives, des médicaments, des mets fortement épicés; l'habitude déplorable de manger rapidement sans mâcher suffisamment; l'existence d'une maladie du cœur, du mal de Bright, d'une maladie chronique de l'estomac, telle que le cancer, l'ulcère, la sténose pylorique avec grande stase, la rendent d'emblée très vraisemblable.

Les états cachectiques prolongés rendent plus vraisemblable l'existence d'une gastrite atrophique. Avec l'alcool et les apéritifs, on peut trouver soit la gastrite hyperchlorhydrique, soit la gastrite atrophique; il est possible cependant que les essences qui sont la base des divers apéritifs appellent plutôt la gastrite avec sécrétion chlorhydropeptique exagérée que les autres boissons alcooliques. Il semble toutefois que la prédisposition personnelle ait à ce point de vue plus d'importance que la nature des substances irritantes dont il a été abusé. Toutes les gastrites tendant en dernier terme à l'atrophie glandulaire ou à la transfor-

mation muqueuse, le seul fait de leur longue durée est déjà un argument en faveur de l'existence de lésions atrophiques très étendues.

L'ulcère simple se produit sur un terrain qui paraît être toujours celui de la gastrite mixte avec prolifération des cellules chlorhydropeptiques. Lorsque le cancer succède à l'ulcère, la muqueuse peut conserver le même état anatomique, mais, dans le cancer indépendant de l'ulcus, les formes atrophiques de la gastrite sont habituelles.

Le *chimisme stomacal* fournit des données plus importantes; par la nature de la sécrétion il est plus facile de juger de l'état anatomique de l'organe sécréteur. Toutefois, comme nous l'avons dit, un seul examen ne suffit pas dans beaucoup de cas, et, pour qu'un type chimique présente une valeur réelle, il faut qu'il soit constant.

L'hyperchlorhydrie correspond aux diverses formes, aux divers degrés de la gastrite hyperchlorhydropeptique. La stase d'un liquide riche en acide chlorhydrique caractérise le syndrome de Reichmann qui suppose dans la majorité, mais non dans l'universalité des cas, la présence d'une sténose mécanique incomplète du pylore. Nous avons discuté le rôle et le mécanisme de la stase dans ce syndrome, nous n'avons pas à y revenir.

La *disparition persistante* de la sécrétion chlorhydropeptique indique au contraire l'atrophie ou la dégénérescence des éléments cellulaires. Nous avons vu la sécrétion muqueuse s'exagérer beaucoup dans certaines gastrites aiguës, dans lesquelles il y a une excitation considérable de l'activité de l'appareil normal de sécrétion muqueuse; dans certaines gastrites chroniques il y a une hypertrophie considérable de cet appareil, tous les tubes glandulaires tendent à prendre le type muqueux: de là encore, dans des conditions différentes d'étiologie et d'évolution, une exagération marquée de la quantité de mucus sécrété. Notre expérience personnelle nous a amené à admettre que la douleur à la palpation de la région de l'estomac correspondant à sa face antérieure et à sa grande courbure, ne se rencontre guère que dans la gastrite alcoolique et chez certaines hystériques dyspeptiques. Cet élément symptomatique peut donc servir dans une certaine mesure à reconnaître en clinique non pas la nature anatomique, mais la provenance étiologique d'une forme particulière de gastrite.

Traitement. — Le traitement des gastrites chroniques est purement symptomatique; si la notion des lésions anatomiques apporte des éléments importants de pronostic, elle ne comporte par elle-même aucune indication thérapeutique. On ne traitera pas la gastrite, mais le complexus symptomatique qui lui correspond.

Toutefois, la connaissance de l'existence fréquente d'une lésion inflammatoire de la muqueuse, même lorsque cette lésion n'a qu'une part très douteuse dans la genèse des phénomènes symptomatiques et de l'ensemble dyspeptique, doit amener à une prudence beaucoup plus grande dans l'administration des médicaments irritants, et dans l'institution du régime alimentaire. La notion de la gastrite, jusqu'au jour où on en découvrira le remède spécifique, tend évidemment à donner la première place à l'hygiène dans le traitement des états dyspeptiques.

III. — ULCÈRE SIMPLE

ESTOMAC, ŒSOPHAGE, DUODÉNUM

La lésion que nous allons décrire a été désignée par des dénominations différentes: ulcère rond, ulcère chronique, ulcère perforant, gastrite ulcéreuse. Celle d'ulcère simple, donnée par Cruveilhier, qui voulait distinguer nettement l'ulcère non cancéreux de l'ulcère cancéreux, est encore la meilleure: en effet il n'est pas toujours rond, il n'est pas toujours perforant et s'il est habituellement chronique, il a, dans certains cas, une marche très rapide. Les rapports de la gastrite et de l'ulcère simple sont intimes, mais il vaut beaucoup mieux réserver la dénomination de gastrite ulcéreuse pour les cas dans lesquels le processus inflammatoire diffus avec tendance à l'ulcération superficielle l'emporte notablement sur le processus d'ulcération en profondeur et limitée qui caractérise macroscopiquement l'ulcère simple.

Définition. — L'ulcère simple consiste en une ulcération nettement limitée, le plus souvent unique, généralement arrondie, qui a tendance à détruire en profondeur les parois du tube digestif en commençant par la muqueuse. La perforation, l'ouverture d'un vaisseau sanguin plus ou moins considérable peuvent être la conséquence de ce processus destructeur; cependant la guérison a souvent lieu par voie de cicatrisation.

On désigne souvent, en Allemagne, l'ulcère simple sous le nom d'ulcère peptique, ce qui attribue à l'auto-digestion chlorhydropeptique le principal rôle dans sa production.

Bien que certains auteurs, Lebert en particulier, aient prétendu que l'ulcère simple pouvait se voir sur l'intestin au-dessous du duodénum, son existence n'est bien démontrée que pour l'estomac, la partie terminale de l'œsophage et le duodénum, en somme dans la seule région du tube digestif qui se trouve en contact avec le suc gastrique non saturé. C'est un argument important en faveur du rôle pathogénique de l'auto-digestion chlorhydropeptique. Il est en tout cas légitime de réunir dans un même chapitre l'histoire de l'ulcère de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum.

Historique. — Cruveilhier, de 1850 à 1856, a nettement séparé l'ulcère simple de l'estomac des ulcérations cancéreuses. Ce n'est pas qu'on n'ait décrit avant lui des faits d'ulcération stomacale limitée qui étaient des faits d'ulcère simple, mais il est le premier à les avoir distingués d'une façon précise des ulcérations cancéreuses⁽¹⁾. Il a donné de cette affection une description très nette au point de vue anatomo-pathologique et clinique; il en a indiqué la guérison fréquente, et, au point de vue thérapeutique, il a insisté sur les excellents effets du régime lacté. La description de Rokitansky, donnée parfois comme la première en date, est de 1859⁽²⁾.

Depuis Cruveilhier, l'ulcère simple a été l'objet de nombreux travaux qui

(1) J. CRUVEILHIER, Atlas d'Anatomie pathol., 1850-1842. Sur l'ulcère chronique de l'estomac, *Revue de médecine*, février 1858. Mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac, *Académie des Sciences*, 21 janvier 1856, *Archiv. génér. de médecine*, p. 149, 1856.

(2) ROKITANSKY, *Archiv. génér. de médecine*, 1840.