

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.

ont porté surtout sur sa pathogénie : nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin et de mentionner les principaux d'entre eux.

Anatomie pathologique. — L'ulcère simple se présente sous la forme d'une ulcération le plus souvent ronde ou ovale; vers les orifices il tend à devenir circulaire : ses dimensions sont assez variables. Sous son aspect le plus caractéristique, il est représenté par une perte de substance à bords franchement limités. La muqueuse est souvent taillée comme à l'emporte-pièce. Les tuniques sous-jacentes sont mises à nu et même détruites; mais le diamètre de la perte de substance va en se rétrécissant. Parfois la section des tuniques musculaires est nette, à bords coupés à pic comme ceux de la muqueuse. De là une disposition en gradins successifs : chacun de ces gradins correspond à une tunique perforée, de la muqueuse à la séreuse péritonéale. Cette disposition en gradins ne se rencontre pas fréquemment toutefois sur toute l'étendue de la périphérie de l'ulcération. Souvent il arrive que la section est nette sur la moitié de la circonférence à peu près, mais que la perte de substance est oblique, progressive sur l'autre moitié. Il n'est pas rare non plus que l'ulcération présente l'aspect d'un véritable entonnoir, les arêtes des gradins n'existant pas. L'axe de cet entonnoir est parfois perpendiculaire à la surface de la muqueuse, mais assez souvent aussi il est oblique, oblique dans le sens même de la direction des vaisseaux émanés des coronaires. C'est un argument invoqué en faveur de l'origine vasculaire de l'ulcère simple.

Le fond de l'ulcération est habituellement net et parfaitement détergé; on peut apercevoir les fibres musculaires mises à nu, y reconnaître quelquefois des vaisseaux. S'il y a eu destruction d'un vaisseau un peu important, et par conséquent une hémorragie considérable, on peut parfois trouver au fond de la perte de substance la lumière béante de l'artère sectionnée.

La marge de l'ulcération se montre sous des aspects différents suivant qu'il s'agit d'un ulcère aigu ou d'un ulcère chronique. Dans l'ulcère aigu, la muqueuse au pourtour de la perte de substance peut paraître absolument saine, ou seulement légèrement tuméfiée; il n'y a pas d'induration notable; la section est nette. On n'a guère l'occasion d'examiner l'ulcère simple aigu que lorsque la mort a été amenée rapidement soit par le fait de l'ulcération d'une artère importante, soit par une péritonite par perforation. Dans le premier cas, on trouve le vaisseau béant au fond de l'ulcération; dans le second, il y a des lésions de péritonite récente du côté de la séreuse, mais peu de lésions de péritonite chronique avec fausses membranes et adhérences anciennes.

L'*exulceratio simplex* de Dieulafoy⁽¹⁾, circulaire, superficielle, mais cependant à bords nettement limités, paraît n'être que le premier stade de l'ulcère simple; l'ulcération qui n'a pas encore dépassé les limites de la muqueuse peut cependant donner lieu à une hémorragie considérable, comme cela peut s'observer du reste avec l'érosion hémorragique.

Dans l'ulcère chronique, il y a un épaississement quelquefois très marqué des bords de l'ulcère; il se fait parfois un bourrelet dur, calleux; il peut arriver qu'il soit impossible par le seul examen macroscopique de décider s'il s'agit d'une simple induration inflammatoire ou s'il ne s'est pas fait secondairement une infiltration cancéreuse. On est obligé parfois d'avoir recours à l'examen

(1) G. DIEULAFOY, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898, p. 1.

microscopique pour trancher la question. Dans ces conditions, l'épaississement est souvent très marqué aussi du côté de la tunique séreuse. Il y a des adhérences avec les organes voisins. Quelquefois, il y a eu destruction complète des parois de l'estomac et le fond de l'ulcère est formé par ces organes, très souvent le pancréas ou le foie. Ces viscères, au contact de l'ulcération, subissent un travail d'inflammation chronique, de sclérose. L'ulcère à bords épaissis repose donc lui-même sur une base plus ou moins large et elle-même résistante.

Les dimensions de l'ulcère rond sont très variables, elles peuvent être inférieures à 1 centimètre; elles peuvent atteindre 5 et 6 centimètres et plus. Le plus souvent, on trouve des pertes de substance grandes comme une pièce de 50 centimes, de 1 ou de 2 francs. On en a signalé de très considérables. Dans un cas de Cruveilhier, l'ulcération allait du pylore au cardia sur une longueur de plus de 15 centimètres. Les ulcérations étendues paraissent être parfois le résultat de la confluence de plusieurs ulcérations juxtaposées. Au niveau du pylore, elles sont volontiers circulaires ou demi-circulaires.

L'ulcère rond peut être *unique* ou *multiple*. Le plus souvent il est isolé, mais il n'est pas rare d'en rencontrer deux ou trois. D'après Brinton, il y aurait deux ulcères au moins une fois sur cinq. « Sur 97 cas d'ulcères multiples (correspondant à 465 observations), 67 présentaient deux ulcères, 16 en présentaient trois, et sur les 14 restants, trois offraient quatre ulcérations; dans deux cas, on trouvait chaque fois cinq ulcères; enfin dans quatre autres on pouvait en supposer un nombre plus grand encore. » (Brinton.)

L'ulcère simple de l'estomac atteint avec une fréquence tout à fait inégale les diverses régions de cet organe. C'est la petite courbure, le pylore et la face postérieure qui en sont le siège de prédilection. Les auteurs donnent, du reste, à ce propos, des chiffres un peu différents. D'après Luton et Rokitansky, l'ulcère simple existe au pylore ou au voisinage immédiat du pylore dans le quart des cas environ; il siègerait à la petite courbure environ 1 fois sur 5 pour Lebert, 1 fois sur 4 pour Luton, 1 fois sur 6 pour Rosenheim; il se montrerait à la paroi antérieure 12 fois sur 100 d'après Luton, 15 fois sur 100 d'après Lebert.

Au *duodénum*, l'ulcère ne se rencontre guère que dans la première partie, au voisinage, sinon au contact de la valvule pylorique. Il est plus rare dans la seconde portion, et tout à fait exceptionnel dans la troisième. Cette disposition est un des arguments les plus puissants que l'on ait fait valoir en faveur de l'origine chlorhydropeptique de l'ulcère simple. On voit, en effet, cette lésion disparaître définitivement au-dessous du point où le suc pancréatique et la bile viennent en se déversant neutraliser le suc gastrique. Il y aurait à peu près un cas d'ulcère simple du duodénum pour dix cas d'ulcère simple de l'estomac.

L'ulcère du duodénum est unique dans les 4/5^{es} des cas : quand il y a plusieurs ulcères ils sont souvent tangents et parfois même empiètent l'un sur l'autre : ils peuvent être aussi à des stades différents de leur développement; à côté d'un ulcère complètement développé on peut voir des ulcérations superficielles. Pour le reste de la description, il n'y a aucune différence entre l'ulcère du duodénum et l'ulcère de l'estomac.

L'ulcère simple de l'*œsophage*⁽¹⁾ est plus rare; son existence est cependant bien démontrée. On le rencontre surtout au tiers inférieur de ce conduit, au

(1) E. BERREZ, *Thèse de Paris*, 1887. — DEBOVE, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1887.