

grande majorité des cas, on trouve les lésions de gastrite hyperchlorhydropeptique que nous avons décrites antérieurement. Hayem et Lion ont fait l'examen de 8 cas d'ulcère simple; ils notent la multiplication des cellules bordantes 7 fois sur 8; dans le huitième cas, il y avait multiplication des cellules principales avec tendance à l'atrophie des cellules bordantes. Les lésions de gastrite interstitielle étaient nulles dans un cas, très minimes dans un autre (1).

Dans 4 cas, nous avons constaté nous-même une prolifération marquée des glandes avec multiplication des cellules sécrétantes et plus particulièrement des cellules bordantes et des lésions en foyers disséminés, mais très marqués de gastrite interstitielle caractérisée par des amas embryonnaires plus ou moins considérables.

On peut conclure de tout ce qui précède que, dans la grande majorité des cas, l'ulcère rond se produit dans des estomacs qui présentent des aires très étendues de gastrite hyperchlorhydropeptique caractérisée par l'hypertrophie des éléments de sécrétion active, et des aires plus restreintes, quelquefois très multipliées, quelquefois très rares de gastrite interstitielle, caractérisée par des amas d'éléments embryonnaires capables de diminuer beaucoup la vitalité de la muqueuse, peut-être même de produire des ulcérations banales, en tout cas de rendre possible l'action auto-digestive d'un suc gastrique dont les qualités actives sont le plus souvent exaltées.

Les faits publiés par Hayem et Lion ne sont nullement en contradiction avec cette conception. En effet, dans un cas ils signalent l'atrophie des cellules bordantes, mais il y avait hypertrophie et multiplication des cellules capitales; or, il n'est pas démontré d'une façon absolue que les cellules bordantes soient seules douées de la faculté de sécréter de l'acide chlorhydrique et de la pepsine. On ne sait pas du reste si l'atrophie des cellules bordantes n'avait pas été précédée par leur hypertrophie.

Dans un de leurs faits, ils n'ont trouvé que des lésions nulles ou très restreintes de gastrite interstitielle. Cela ne prouve pas qu'il n'en existait pas au point où l'ulcère s'est développé. Nous ne donnons pas du reste l'infiltration embryonnaire de la gastrite interstitielle comme la cause unique, mais comme la cause la plus habituelle de la diminution de la résistance de la muqueuse à l'auto-digestion. Plusieurs des causes signalées plus haut : l'anémie localisée, la stase sanguine, les hémorragies interstitielles, la nécrose hémorragique peuvent sans doute avoir un rôle analogue à celui des foyers disséminés de gastrite interstitielle ulcéralive. Souvent elles peuvent se surajouter à la gastrite pour diminuer la résistance de la muqueuse à l'attaque du suc gastrique.

Cette théorie pathogénique, qui a l'avantage de laisser un rôle possible à la plupart des facteurs invoqués, n'a cependant pas satisfait tous les auteurs, et elle laisse encore planer une certaine obscurité sur quelques points de l'évolution anatomique de l'ulcère simple.

Debove et J. Renault (2) ont opposé deux objections nouvelles à la théorie que nous venons de défendre. L'ulcère rond peut se développer à la partie inférieure de l'œsophage, et cependant il ne peut refluer dans ce conduit qu'une quantité bien minime de suc gastrique. D'autre part, on cesse de rencontrer l'ulcère rond au-dessous de la seconde portion du duodénum : comment se fait-il que des ulcérations du même type anatomique présentant une évolution analogue

(1) *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. III, p. 425.

(2) *Ulçère de l'estomac*, Collection Charcot-Debove, p. 58, 1892.

ne se produisent pas dans l'intestin sous l'influence du suc pancréatique qui jouit d'un pouvoir digestif au moins égal à celui du suc gastrique?

A la première de ces objections, on peut répondre que la présence d'un sphincter à la partie inférieure de l'œsophage peut permettre la rétention et l'accumulation d'une certaine quantité de suc gastrique, immédiatement au-dessus du cardia. A la seconde, que l'intestin ne présente pas les mêmes conditions de séjour prolongé des liquides au contact de la muqueuse.

Il reste encore toutefois des points obscurs dans la production et l'évolution de l'ulcère simple. Pourquoi est-il habituellement unique? On a pu voir dans cette unicité un caractère véritable de spécificité.

Nous ferons remarquer que l'ulcère rond n'est pas forcément unique, on en peut trouver deux, trois et même davantage. Les lésions interstitielles disséminées de gastrite embryonnaire ont été rencontrées, presque exclusivement, croyons-nous, dans des cas d'ulcère chronique, dans lesquels l'évolution de l'ulcère pouvait souvent être considérée comme arrêtée; il est très possible que les amas embryonnaires seraient beaucoup plus limités dans des cas d'ulcère récent, chez des individus jeunes. D'autre part, l'ulcère provoque souvent des accidents graves : douleurs, vomissements, etc. Les malades sont amenés à s'alimenter avec des substances beaucoup moins irritantes, et l'accroissement de la gastrite se trouve ainsi enrayé.

Si ces explications paraissent insuffisantes, si on avait tendance à admettre avec Debove et Renault qu'il s'agit d'une *lésion spécifique* de nature encore indéterminée, on devrait reconnaître cependant que cette lésion spécifique ne se développe guère que chez des hyperchlorhydriques, sur des points de l'estomac baignés par le suc gastrique, qu'elle guérit lorsqu'on diminue l'irritation alimentaire ou lorsqu'on sature le liquide stomacal : les conséquences au point de vue de l'intervention thérapeutique resteraient exactement les mêmes qu'avec la théorie que nous avons défendue.

Étiologie. — D'après la statistique de Lebert qui porte sur 40 000 malades, l'ulcère rond s'observe un peu plus d'une fois sur 200 malades. Il est une véritable rareté au-dessous de 14 ans, bien qu'on l'ait quelquefois observé chez des enfants. Au contraire, il serait assez fréquent chez les vieillards, d'après Brinton. La fréquence relative irait même en augmentant jusqu'à 70 ans. Cela n'est guère conforme à ce qu'on observe en clinique; en effet, c'est de 15 à 20 ans et surtout de 20 à 50 ans que l'ulcère simple se rencontre le plus souvent. Il est vrai qu'à cet âge il guérit très souvent, tandis qu'il paraît beaucoup plus grave entre 40 et 60 ans.

L'ulcère de l'estomac est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de 2 : 1. C'est le contraire pour l'ulcère du duodénum qui paraît 10 fois plus rare que l'ulcère rond. Il est vrai qu'on le diagnostiquerait peut-être plus souvent si on le recherchait méthodiquement (Bucquoy).

Toutes les causes de gastrite peuvent être invoquées, ainsi que le fait bien prévoir le rôle que nous avons été amené à lui attribuer dans la pathogénie : l'alcool, les aliments irritants et grossiers, les poussières absorbées dans certaines professions (tourneurs de porcelaine, tourneurs de métaux), les corps étrangers, les boissons très chaudes; tout ce qui peut être, en un mot, une cause d'irritation de la muqueuse.

Certaines maladies prédisposent à l'ulcus. Nous avons indiqué déjà, à propos

de la pathogénie, le rôle possible des maladies infectieuses. Dans quelques cas, l'ulcère étant survenu chez des individus syphilitiques et ayant guéri sous l'influence du traitement spécifique, on a été amené à incriminer la syphilis.

Il est classique de donner la chlorose comme une circonstance prédisposante. Hayem pense que l'ulcère n'est pas plus fréquent chez les chlorotiques hyperchlorhydriques que chez les hyperchlorhydriques non chlorotiques, et qu'on a dû confondre souvent l'anémie symptomatique de l'ulcère avec la chlorose vraie.

Gilles de la Tourette, sur 18 cas d'ulcère simple, a relevé 10 fois l'alcoolisme et 6 fois l'hystérie. Il est aussi amené à attribuer un certain rôle étiologique à cette névrose. Il se demande si, sous l'influence de l'état névropathique, il ne pourrait pas se produire du côté de l'estomac des troubles trophiques avec ulcérations, semblables à ceux que l'on observe parfois du côté de la peau chez les hystériques. N'est-il pas plus exact d'admettre, ce que la clinique tend à démontrer, que la névropathie prédispose à l'hyperchlorhydrie et à la gastrite? La même explication serait applicable à la chlorose.

Les relations de la tuberculose et de l'ulcère rond paraissent assez étroites; mais il semble que ce soit la tuberculose qui succède à l'ulcère, soit qu'elle ait pénétré par cette porte d'entrée, soit qu'elle se greffe volontiers sur un terrain débilité par l'affection gastrique. Sur 5 malades atteints d'ulcère rond, il en meurt un de tuberculose.

L'influence des traumatismes de la région épigastrique est démontrée par une série d'observations dues à Potain, Rendu et S. Duplay. On a objecté cependant que dans un certain nombre de ces cas il ne paraissait pas s'agir d'un véritable ulcère, puisque la guérison des accidents avait été obtenue en quelques jours et que le traumatisme avait pu se produire chez des individus atteints d'ulcère latent. On peut penser aussi qu'une ecchymose de la muqueuse survenant dans un estomac réunissant les conditions anatomiques favorables a pu devenir la cause occasionnelle d'un véritable ulcus.

Symptômes. — **Ulcère simple de l'estomac.** — Chez les malades atteints d'ulcère simple de l'estomac, on peut observer un ensemble de phénomènes des plus caractéristiques et qui permettent de poser le diagnostic sans grande difficulté. Ce sont des douleurs de l'estomac, spontanées et provoquées, des vomissements, des hématoméses, parfois du méléna et un état de cachexie en rapport avec les troubles de l'alimentation, avec l'inanition dans laquelle se trouve le malade et les pertes sanguines qu'il a subies. Ces symptômes isolés ou réunis, diversement groupés, peuvent être accentués ou au contraire très atténués. Il existe même des cas tout à fait latents: la perforation avec sa douleur brusque, atroce, l'état de shock qu'elle provoque, la péritonite suraiguë qui en est la suite, vient révéler d'une façon dramatique la gravité d'un état de dyspepsie auquel on avait pu n'attribuer jusque-là qu'une minime importance. D'autres fois, c'est une hématomése qui survient à l'improviste, sans prodromes ou à la suite de phénomènes de dyspepsie banale.

Dans la *forme commune*, le malade a présenté, depuis déjà longtemps, des phénomènes de dyspepsie: des pesanteurs après le repas, des douleurs gastralgiques plus ou moins marquées, de la flatulence, des renvois acides, de la sensibilité à la pression dans la région du creux épigastrique. La douleur devient plus intense, plus marquée; les paroxysmes se dessinent et s'accroissent, provo-

qués fréquemment par l'ingestion des aliments et surtout de certains aliments. Souvent on constate un retentissement de cette douleur dans le dos, soit au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, soit dans la région interscapulaire. Des vomissements surviennent, surtout au moment des crises douloureuses, constitués par des aliments plus ou moins digérés, par un liquide plus ou moins filant, souvent très acide. Dans ces vomissements on peut quelquefois reconnaître du sang digéré en petite quantité, formant de petits grumeaux noirâtres; plus rarement que dans le cancer on observe ces vomissements complètement noirs qui appellent les comparaisons classiques de vomissements de suie délayée, de marc de café. L'hématomése qui se rencontre le plus souvent dans l'ulcère rond est constituée par le rejet assez brusque d'une grande quantité de sang rouge non modifié par l'action du suc gastrique. On peut observer en même temps, ou plutôt quelques heures après, des selles noirâtres dont l'aspect rappelle le chocolat épais ou le goudron.

La douleur, dans ses diverses variétés, la douleur provoquée par la pression au creux épigastrique, la sensation spontanée de plaie gastrique, de brûlure, de rongement, la douleur en broche, les vomissements et surtout les vomissements abondants de sang rutilant ou incomplètement digéré: telles sont les manifestations les plus caractéristiques de l'ulcère simple.

Les jeunes gens, les jeunes femmes surtout, atteints d'ulcère simple, sont souvent pâles, anémiés, amaigris. C'est l'aspect de la chlorose, mais avec une pâleur plus grande, avec une plus grande émaciation, sans cette sorte de bouffissure des tissus, d'embonpoint anémique que l'on rencontre chez les pures chlorotiques. Chez les individus plus âgés, dans la forme chronique de l'ulcère, la cachexie ressemble beaucoup à la cachexie cancéreuse, avec une teinte jaune paille ou terreuse moins accentuée. Cependant cette distinction est parfois bien difficile à faire, et il est des cas dans lesquels il est à peu près impossible d'établir un diagnostic certain. Quoiqu'il en soit, tous ces malades ont un air de fatigue et d'épuisement dû aux douleurs qu'ils éprouvent. Les jeunes se devinent à distance à cette physionomie spéciale. Ce cachet morbide n'est bien marqué, cela va de soi, que chez les personnes qui ont depuis longtemps déjà, des semaines et des mois, sinon des années, souffert de cette affection. Tout à fait au début, on a souvent affaire à des gens qui ont peu pâti encore et qui n'ont dans leur aspect rien qui fixe l'attention.

Revenons en détail sur les divers traits de ce tableau général.

La *douleur* en particulier mérite d'être étudiée avec soin. Elle peut être ou spontanée ou provoquée. Les malades éprouvent souvent au creux épigastrique une douleur sourde, presque continue, traversée par des paroxysmes plus ou moins pénibles. La sensation la plus habituellement accusée est celle d'une plaie vive, d'un déchirement, d'un rongement, d'une brûlure au creux épigastrique ou le long de la grande courbure de l'estomac. Cette douleur retentit fréquemment dans le dos. C'est un point que Cruveilhier a bien vu et sur lequel il a insisté. Ce retentissement dorsal est assez varié dans sa topographie, son intensité et son extension. Le fait le plus caractéristique, c'est la douleur en broche: le malade compare la sensation à celle qu'il éprouverait s'il était de part en part traversé par une épée ou une broche, qui, après avoir pénétré par le creux épigastrique, viendrait, à peu près au même niveau, sortir dans la région dorsale, au voisinage de la colonne vertébrale. Cette comparaison donne l'idée d'une double plaie et d'une douleur d'extension limitée.