

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.

La douleur dorsale s'observe soit au niveau de la colonne vertébrale à la hauteur des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, soit dans l'espace interscapulaire. Elle n'est pas toujours exactement circonscrite, comme la vraie douleur en broche; elle irradie parfois dans toute la région; de là une certaine variété.

La douleur vive de la région épigastrique et la douleur dorsale qui lui correspond ne se montrent qu'au bout d'un certain temps dans la majorité des cas. Avant son apparition on ne constate que des douleurs de dyspepsie, présentant assez souvent le type tardif de la douleur due à l'hyperchlorhydrie.

Par la *palpation*, la pression au creux épigastrique, on éveille des sensations douloureuses. Cruveilhier a surtout signalé la douleur située dans un point limité au-dessous de l'extrémité de l'appendice xiphoïde, plus rarement au niveau même de cet appendice. C'est du reste le siège de la douleur spontanée. Quelquefois cette douleur se trouve en dehors de la ligne médiane. On peut, en particulier, la rencontrer en dehors et à gauche, dans une région qui correspond à la face antérieure ou à la grande courbure de l'estomac. Ces déviations de la ligne médiane, en dehors du point xiphoïdien, paraissent dues à la localisation de l'ulcération. Il semble que l'on puisse ainsi, dans une certaine mesure, diagnostiquer le siège de la lésion d'après le siège de la douleur provoquée. Il ne faut pas y attacher trop d'importance. Quand l'ulcération siège sur la face antérieure, la douleur à la pression paraît plus intense que lorsqu'elle siège sur la paroi postérieure et se trouve ainsi beaucoup plus éloignée de la paroi abdominale.

Dans un cas de Brinton, il y avait un retentissement dans l'épaule droite : à l'autopsie on trouva des adhérences au foie. La périhépatite avait été sans doute la cause de ce retentissement peu habituel. Quelquefois les irradiations se font vers l'hypocondre ou la base du thorax : il y a là, évidemment, quelque chose d'analogue à la névralgie intercostale double signalée par Bouchard et ses élèves dans la dilatation de l'estomac.

La douleur est réveillée par l'ingestion des aliments. Il faut surtout signaler l'action des mets épicés ou vinaigrés, du vin, et, d'après Brinton, des boissons chaudes. Parfois elle survient immédiatement après la déglutition; quelquefois elle ne se montre que plus tard, au bout d'une demi-heure, d'une heure et plus. On y a vu une indication pouvant servir à déterminer le siège de la lésion. La douleur immédiate s'observerait lorsque l'ulcération se trouve au voisinage du cardia. La douleur serait d'autant plus tardive que l'ulcère serait plus rapproché du pylore.

C'est un signe auquel il ne faut pas attribuer d'importance; les choses ne sont pas en effet si simples que le suppose cette théorie. L'ingestion des aliments peut en effet provoquer la contraction des parois de l'estomac, et cette contraction peut, on le comprend, exaspérer la douleur en mobilisant la partie lésée. D'autre part, l'ulcère est souvent accompagné d'hyperchlorhydrie. On sait que dans l'hyperchlorhydrie la douleur se produit assez longtemps après les repas, 3, 4, 5 heures après, parce qu'à ce moment les aliments ne sont plus en quantité suffisante pour saturer l'acide en excès. L'hyperchlorhydrie étant un fait commun dans l'ulcère simple, on conçoit que l'on puisse par elle expliquer les douleurs tardives beaucoup mieux que par le contact des substances alimentaires. Quoi qu'il en soit, l'ingestion des aliments est une des causes occasionnelles les plus habituelles des paroxysmes douloureux : les malades,

bien que l'appétit soit conservé, en arrivent à ne pas manger pour éviter de souffrir. Cette douleur est réveillée parfois encore par les mouvements, les changements de position. Les malades paraissent, d'instinct, chercher à réaliser une situation telle que le contenu de l'estomac ne vienne pas baigner la perte de substance de la muqueuse. Aussi est-ce le plus souvent la position demi-couchée qui est préférée, la petite courbure étant le siège de prédilection de la lésion. Il faut dire toutefois que la règle n'est pas absolue, et qu'on observe des attitudes que l'on peut, à ce point de vue, qualifier d'illogiques.

Les *crises douloureuses*, assez pénibles parfois pour arracher au malade des plaintes, des cris, se terminent souvent par des vomissements. Au moment où elles se produisent, on constate au maximum les sensations de plaie, de brûlure, de déchirement interne dont nous avons parlé, et les deux maxima douloureux de l'appendice xiphoïde et du dos.

Ces crises sont souvent aussi appelées par des influences morales, des chagrins; elles sont, chez les femmes, plus fréquentes à la période menstruelle.

Les *vomissements*, nous l'avons dit déjà, sont chose fréquente. Souvent ils marquent la fin des crises douloureuses; tantôt ils sont presque purement alimentaires, tantôt ils sont constitués, en grande partie, par un liquide de sécrétion gastrique. Ces vomissements sont fortement acides dans bon nombre de cas, assez pour devenir irritants pour la gorge, la bouche et les dents. Cette acidité peut être due à des acides de fermentation; elle paraît être attribuable le plus fréquemment à l'excès d'acide chlorhydrique. Il peut y avoir du reste en même temps une dose élevée d'acides organiques et d'acide chlorhydrique.

Ces vomissements peuvent renfermer des traces de sang plus ou moins modifiées suivant qu'il a plus ou moins séjourné dans la cavité stomacale.

L'*hématémèse* est en effet fréquente. D'après une statistique de M. Müller (cité par Leube), le vomissement simple se montre dans les $\frac{4}{5}$ des cas; dans 120 cas d'ulcère, l'hématémèse se serait montrée 55 fois, par conséquent plus de 1 fois sur 5. Il s'agit là, il faut le remarquer, d'hématémèse et non de gastrohémorragie. L'hémorragie dans l'estomac peut passer inaperçue si elle est peu considérable, ou, si elle est assez abondante, se traduire seulement par l'apparition de selles noires.

L'hématémèse la plus caractéristique est abondante; le sang rejeté est rouge, rutilant. Ce vomissement sanguin force l'attention. Il n'en est pas de même de l'hématémèse qui se fait en quelque sorte *fracta dosi*; elle doit être recherchée. On doit guetter dans les matières vomies les petits grumeaux noirs plus ou moins abondants, les petites trainées noires, granuleuses.

L'hémorragie abondante, en masse, a les conséquences habituelles des graves hémorragies internes. Le malade éprouve à l'estomac une sensation de pesanteur; parfois il a dans la bouche une saveur de sang particulière à laquelle il ne se trompe pas, si semblable chose s'est produite déjà; le malaise augmente, le vomissement se produit et le sang rejeté est rendu à flots. Le malade pâlit, il éprouve des vertiges, de l'étourdissement, des sifflements d'oreilles; parfois il y a une véritable syncope. Lorsqu'une artère importante a été ulcérée, le vomissement de sang se répète coup sur coup, ou tout au moins à intervalles rapprochés; et la mort peut ainsi survenir en peu d'instants ou en peu d'heures. Le sang vomi est exclusivement du sang rouge; parfois, lorsqu'il s'agit d'une artère de plus petit volume, il y a un mélange de sang rouge et de sang noir. Tout cela dépend de la rapidité et de l'abondance de l'écoulement sanguin dans

l'estomac. Il est plus rare que la syncope ou la mort se produisent par hémorragie interne, par accumulation de sang dans l'estomac et l'intestin sans que le vomissement survienne. Les selles peuvent alors présenter un aspect caractéristique.

Les causes occasionnelles de la gastrorrhagie sont à peu près les mêmes que celles des crises douloureuses : l'alimentation, les grands mouvements, les traumatismes, les secousses morales, la menstruation.

L'examen extérieur de la région gastrique peut dans l'ulcère rond fournir des renseignements intéressants. Tout d'abord la palpation permet de reconnaître le siège de la douleur; nous n'y reviendrons pas. Dans quelques cas, on peut constater un degré plus ou moins marqué de distension ou de dilatation de l'estomac. La dilatation gastrique, quand elle est très marquée, se montre surtout dans des cas d'ulcère pylorique. Il y a rétention au-dessus de l'obstacle; cette rétention peut être plus marquée encore lorsque la guérison a déterminé un véritable rétrécissement cicatriciel de la perte de substance. Le rétrécissement peut aller jusqu'à la complète ou presque complète oblitération. De là les accidents les plus graves.

L'ulcère dans sa forme chronique existe souvent chez des malades qui présentent le syndrome de Reichmann, c'est-à-dire l'hyperchlorhydrie continue avec stase permanente. Si l'hyperchlorhydrie a été chez eux un des facteurs pathogéniques les plus importants de l'ulcère, la stase due à la localisation de l'ulcère au voisinage du pylore devient à son tour une cause d'hypersecretion.

Dans quelques cas exceptionnels, on peut par la palpation constater au creux épigastrique une résistance, une induration qui, sans donner comme dans le cancer l'idée d'une tumeur nettement séparée, peut cependant, dans quelques cas, devenir une cause d'erreur de diagnostic. Il s'agit alors d'un ulcère de vieille date encadré dans un bord calleux, épaissi, cicatriciel, ou encore de fausses membranes péritonéales développées en regard d'un ulcère. Dans les cas ordinaires on ne trouve rien de semblable.

L'appétit est ordinairement conservé; si les malades cessent de s'alimenter c'est beaucoup plus par crainte de la douleur que parce que l'appétence leur fait défaut.

Les phénomènes généraux de l'ulcère sont souvent très accusés. L'anémie se traduit par la pâleur, les vertiges, la tendance à la défaillance, à la syncope. La céphalalgie, les névralgies sont très fréquentes; la tétanie, très rare, peut être cependant observée. L'amaigrissement résulte de l'inanition, des douleurs et de l'insomnie.

L'aménorrhée est fréquente chez les femmes atteintes d'ulcère rond.

Le nervosisme est souvent très accusé; les malades prédisposés à l'hyperchlorhydrie et à l'ulcus, parce qu'ils sont des névropathes, voient souvent leur névropathie s'accroître en vertu même des accidents que provoque l'existence de l'ulcère.

On peut constater des poussées fébriles; elles correspondent soit à l'apparition de la tuberculose, soit à quelque lésion infectieuse au voisinage de l'ulcération : péritonite, abcès, phlébite, etc.

Formes cliniques. — Suivant la rapidité plus ou moins grande dans l'évolution des accidents, suivant leur intensité, suivant la prédominance de certains symptômes ou de certains complexus symptomatiques, on a admis des formes

cliniques différentes; voici les principales : formes aiguë, chronique, latentes, forme commune, forme complète, forme fruste, forme dyspeptique, forme gastralgique, forme hémorragique, forme avec sténose pylorique.

Ces dénominations indiquent avec une netteté suffisante quel est l'élément symptomatique auquel elles correspondent.

Complications. — La complication principale de l'ulcère rond, à la fois la plus redoutable et la plus caractéristique, c'est la perforation. Elle est rare d'une façon absolue, mais assez fréquente relativement : 13,4 fois sur 100 cas d'après Brinton, soit un peu moins d'une fois sur huit. La perforation est également fréquente chez l'homme et chez la femme; le sexe ne constitue donc pas une prédisposition particulière à ce grave accident. Il y a cependant, au point de vue du sexe, à relever une curieuse particularité. En effet, la perforation serait beaucoup plus fréquente chez les femmes au-dessous de 50 ans, chez les hommes au-dessous de 40. Un tiers des cas s'observe chez les femmes de 14 à 20 ans, une moitié de 14 à 50 ans. Chez l'homme, la proportion va en augmentant progressivement jusqu'à 50 ans; elle se maintient et ne diminue que fort peu jusqu'à 70 ans. Brinton décrit, comme une variété clinique particulière, l'ulcère perforant des jeunes femmes. Chez elles, pour une raison mal connue, l'ulcération suit une marche plus rapide et aboutit plus fréquemment à la perforation.

La situation de l'ulcère rond peut le mettre, dans une certaine mesure, à l'abri de la perforation. En effet, bien que l'ulcère simple soit beaucoup plus rare à la face antérieure qu'à la face postérieure de l'estomac, l'ulcus de cette face fournit un nombre proportionnel de cas de perforation plus considérable que l'ulcus de la face postérieure et de la petite courbure. Cette fréquence relative est attribuée surtout à la mobilité plus grande de la face antérieure. La petite courbure est au contraire beaucoup plus immobile.

La perforation (1) se produit à propos d'un mouvement, d'un choc, plus souvent après l'ingestion des aliments, pendant la digestion. Elle se révèle par une douleur d'une extrême violence, qui survient subitement, et s'accompagne de pâleur, de faiblesse très grande du pouls, de tendance à la syncope et au collapsus. Bientôt la douleur devient diffuse, l'abdomen se ballonne, sa paroi est le siège d'une vive sensibilité. Le tableau est celui de la péritonite généralisée à début suraigu; cependant les vomissements font souvent défaut. La mort survient au bout de 15, 24, 56 heures, de deux ou trois jours. Parfois cependant les accidents rappellent beaucoup plutôt ceux que l'on observe dans l'étranglement interne avec collapsus et abaissement de la température. Talamon a noté une température centrale de 55 degrés. La mort peut ne survenir qu'au bout de dix à quinze jours : le fait est exceptionnel.

Dans quelques cas, la péritonite généralisée manque parce qu'il existe des adhérences qui empêchent le contenu de l'estomac de parvenir dans le péritoine. Il se fait un abcès enkysté. Cette poche peut s'ouvrir à l'extérieur, ce qui est assez rare, s'étaler à la face inférieure du diaphragme, au-dessus du foie, communiquer avec la cavité thoracique. Parfois il s'établit une communication de l'estomac avec une anse intestinale, le duodénum et plus souvent encore le colon transverse. On peut voir alors des aliments liquides, le lait

(1) G. MÉHIER, Perforations et ruptures spontanées de l'estomac; Thèse de Lyon, 1891.