

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.

surtout, passer rapidement dans les selles et y être facilement reconnus. On conçoit que bien des combinaisons soient réalisables : nous ne citons que les plus fréquentes. Une circonstance relativement heureuse, c'est l'accolement à la perforation d'un organe comme le foie ou le pancréas, qui oppose sa masse à l'action du suc gastrique. Les dangers de la perforation peuvent être ainsi longtemps conjurés.

L'hématémèse est chose si fréquente, si importante pour le diagnostic, qu'on doit en faire un symptôme plus qu'une complication.

La tuberculose pulmonaire et le cancer de l'estomac ne sont pas, à proprement parler, des complications, ce sont des suites de l'ulcère rond.

Sur cinq malades atteints d'ulcère rond, il en meurt un de tuberculose pulmonaire. L'ulcère rond constitue donc une véritable prédisposition.

Quant au cancer, on a beaucoup insisté dans ces derniers temps sur sa survenue à la suite de l'ulcère. Cette transformation, ce passage d'une lésion à l'autre repose sur des faits cliniques et anatomo-pathologiques. Nous donnerons à propos du cancer quelques détails sur ce point intéressant de la pathologie gastrique.

Parfois des *suppurations limitées* se produisent au voisinage du pylore; parfois il s'y mélange des gaz venus de l'estomac ou produits par la décomposition putride du pus. Ainsi se trouve constitué ce qu'on a appelé le pyo-pneumothorax sub-phrénic ou mieux l'abcès gazeux sous-diaphragmatique. C'est une complication d'une grande gravité, mais susceptible de guérir par l'intervention chirurgicale⁽¹⁾.

On a observé aussi la thrombose de la veine porte, la pyémie, l'ulcération et l'ouverture des plevres, du péricarde.

A côté de ces divers accidents, qui surviennent au cours de l'ulcère, on peut signaler des conséquences, des suites plus ou moins éloignées de l'affection gastrique : les douleurs gastralgiques et même abdominales violentes qui persistent alors que l'ulcère paraît guéri, le catarrhe gastro-intestinal, l'insuffisance du pylore, la communication persistante de l'estomac avec une anse intestinale voisine (Abercrombie).

Parmi les conséquences éloignées de la maladie, il faut mettre au premier rang celles qui résultent du resserrement progressif du tissu cicatriciel qui s'est substitué à la perte de substance. Il peut y avoir des adhérences étendues et des déformations diverses qui gênent la motricité de l'estomac. Le rétrécissement des orifices est surtout à redouter; avec l'ulcère du pylore et du duodénum, il se produit une dilatation mécanique de l'estomac. L'ulcère de la partie inférieure de l'œsophage ou du cardia amène leur rétrécissement cicatriciel.

Ulçère simple du duodénum ⁽²⁾. — Bien des traits de l'histoire de l'ulcère rond de l'estomac sont applicables de tous points au duodénum, avec les modifications qui résultent naturellement de la situation différente et du rôle physiologique du duodénum. Cependant, il y a des particularités qu'il faut indiquer et qu'il serait difficile de prévoir *a priori*.

Le début de l'ulcère du duodénum est insidieux; parfois la perforation peut

⁽¹⁾ DEBOVE et RÉMOND, *Soc. méd. des hôpitaux*, 24 octobre 1890.

⁽²⁾ Voir BUCQUOY, *loc. cit.*

survenir à peu près à l'improviste. Dans beaucoup de cas, le diagnostic exact n'a été posé qu'après la mort, sur la table d'autopsie.

L'hémorragie intestinale est souvent un phénomène initial. Le sang est rejeté par l'intestin à l'état de liquide noirâtre. Il est rendu à l'état de sang pur, si les hémorragies sont très rapprochées. Parfois, il y a reflux dans l'estomac et hématémèses. Les phénomènes généraux des hémorragies internes sont ici très accentués; les pertes de sang subies sont en effet souvent très considérables. La douleur, qui se montre par crises, a son siège surtout dans l'hypochondre droit. « La palpation éveille la douleur dans un point particulier de l'hypochondre droit, entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic, vers le bord externe du muscle droit, au-dessous de la face inférieure du foie, par conséquent en un point correspondant à la première partie du duodénum, siège de l'ulcération. » (Bucquoy.) Il y a souvent des irradiations dans l'abdomen, qui rappellent la douleur de la péritonite aiguë. (Bucquoy.) Quelquefois des irradiations dans l'épaule gauche, jamais à la région dorso-lombaire.

Les crises douloureuses éclatent surtout 2 ou 3 heures après le repas; elles sont parfois précédées de sensations prémonitoires, de malaise, de pesanteur, de vomissements, en un mot, de phénomènes variés de dyspepsie. La perforation, quand elle se montre, se montre aussi le plus souvent après le repas.

Dans quelques cas on a observé un ictère du voisinage de l'embouchure du canal cholédoque.

L'ulcère du duodénum a toujours une marche chronique; mais il peut se révéler par une perforation brusque suivie d'accidents suraigus. C'est une maladie éminemment sujette à des rémissions et à des exacerbations qui surviennent à des intervalles éloignés.

Ulçère simple de l'œsophage ⁽¹⁾. — Les symptômes fondamentaux de l'ulcère simple de l'œsophage sont la douleur, la dysphagie, les vomissements et les hématémèses.

La douleur spontanée ne diffère pas de ce qu'on observe dans l'ulcère simple de l'estomac : mêmes qualités, mêmes irradiations, même siège. Elle se produit immédiatement après l'ingestion des aliments : les malades peuvent avoir à la fois la sensation de l'arrêt du bol alimentaire et la douleur.

Souvent même les aliments solides, puis les boissons, sont rapidement rejetés en vertu du spasme que provoque leur présence : de là un véritable état d'inanition.

Les hématémèses sont également fréquentes; le sang est rendu seul ou mélangé aux substances alimentaires. Il est rouge s'il est immédiatement rejeté, brunâtre, noirâtre, en grumeaux, s'il a pénétré dans l'estomac et y a séjourné.

La perforation peut survenir : il y a souvent alors, cela résulte des rapports anatomiques, ouverture dans les plevres, le péricarde, le médiastin.

La lésion guérie, le malade est exposé à un grave danger, le rétrécissement de l'œsophage avec toutes ses conséquences.

Pronostic. — L'ulcère de l'estomac est toujours une lésion sérieuse qui, indépendamment des souffrances prolongées qu'elle occasionne souvent, peut mettre la vie en danger de diverses façons, mais surtout par le fait des hémorragies et de la perforation.

⁽¹⁾ E. BERREZ, *Thèse de Paris et Gaz. des hôpitaux*, 1887. — DEBOVE, *Soc. méd. des hôpitaux*, 12 août 1887.

L'ulcère paraît guérir beaucoup plus facilement chez les gens jeunes que chez ceux qui ont atteint la quarantaine, si l'on en croit Brinton. Toutefois, chez les jeunes femmes on observe parfois une forme à évolution rapide qui amène souvent la perforation.

L'ulcère simple a une grande tendance à la récurrence. Il peut ainsi durer pendant des années, rendant misérable la vie du malade et le laissant avec la perpétuelle menace d'un accident grave.

Le rétrécissement cicatriciel est surtout à redouter avec l'ulcère du pylore de l'œsophage et du duodénum. L'implantation du cancer sur les anciennes cicatrices d'ulcère ou sur les bords calleux d'un ulcère chronique n'est pas rare.

L'ulcère simple du duodénum a été jusque dans ces derniers temps considéré comme beaucoup plus grave que l'ulcère de l'estomac. Cela tient à ce que la découverte de l'ulcère duodénal a été dans un grand nombre de cas une trouvaille d'amphithéâtre. Si on le cherchait plus volontiers et plus méthodiquement, on le trouverait sans doute plus souvent, dit Bucquoy, et l'on se convaincrerait que la guérison est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

L'inanition serait, d'après Brinton, le principal danger de l'ulcère stomacal; c'est à elle peut-être qu'il faut attribuer la fréquence de la tuberculose qui met fin à la maladie environ une fois sur cinq.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ulcère rond peut être très facile ou très difficile. Il est très facile lorsqu'on rencontre réunis les signes cardinaux : la douleur en broche, les vomissements de sang rouge, l'anémie chez les malades jeunes. Il n'en est plus de même si l'on est réduit à porter un jugement d'après quelques-uns seulement de ces phénomènes.

Il peut se faire qu'une dyspepsie en apparence bénigne se révèle tout à coup dyspepsie symptomatique de l'ulcère simple par quelque grave manifestation : une hémorragie abondante, une péritonite par perforation.

D'une façon générale, la survenue d'une hémorragie au cours d'une dyspepsie douloureuse, surtout chez des gens jeunes, au-dessous de 50 ou 55 ans, plus spécialement encore chez des jeunes femmes chlorotiques, indique à peu près sûrement l'existence d'un ulcère simple. C'est chez elles surtout qu'il faut se défier des gastralgies qui durent. Comme l'a dit Peter, il faut toujours craindre qu'elles ne revêtent « la robe sanglante », et que le vomissement de sang ne vienne montrer qu'il s'agit en réalité non d'une simple dyspepsie douloureuse, mais d'un ulcère avec toutes ses menaces. Des hématoméses abondantes, répétées, suffisantes pour amener la mort, peuvent se produire dans la cirrhose atrophique, au début, avant l'ascite. Il est difficile alors d'éviter l'erreur de diagnostic. (Debove et Courtois-Suffit.)

Dans l'ulcère rond, la douleur provoquée par la pression au creux épigastrique est plus intense que dans les dyspepsies douloureuses; le retentissement dans le dos est plus marqué et plus limité.

Chez les hystériques en particulier on peut rencontrer des difficultés de diagnostic presque insurmontables. On se basera plus encore sur l'existence des stigmates de l'hystérie que sur les phénomènes gastriques. Il faut bien savoir toutefois que l'on voit quelquefois les phénomènes hystériques habituels passer au second plan lorsque l'hystérie viscérale s'accroît. Chez les hystériques,

les vomissements ont souvent une fréquence excessive; et, lors même qu'elles vomissent du sang, elles conservent souvent un certain degré d'embonpoint, une coquetterie que l'on ne rencontre guère chez les jeunes femmes chlorotiques ou anémiées. Chez elles, on peut trouver le point douloureux dorsal (Bernheim). Les recherches faites dans ce sens suffiraient pour les suggérer : le médecin, inconsciemment, par ses recherches et ses questions, leur enseigne leur rôle.

Dans tout cela il n'y a que des nuances.

Ce sont des nuances encore qui séparent l'ulcère simple de la *gastrite ulcéreuse*. Celle-ci sera surtout soupçonnée chez les alcooliques : la notion des excès de boissons, les phénomènes d'alcoolisme, les pituites du matin, les vomissements muqueux, la sensibilité de toute la région gastrique lui appartiennent.

Les *crises gastriques du tabes* s'accompagnent quelquefois de vomissements sanguins (Charcot). Elles sont plus ou moins espacées, surviennent brusquement; dans l'intervalle il n'y a pas de phénomène de dyspepsie. Si l'on pense dans ces conditions à rechercher les signes de l'affection nerveuse dont elles ne sont que la manifestation, le diagnostic s'établit facilement.

Le diagnostic de l'ulcère rond et du *cancer de l'estomac* peut présenter les plus grandes difficultés.

L'ulcère est plus fréquent chez les femmes, plus fréquent au-dessous de 50 ou 55 ans. Le cancer se voit surtout après 40 ans, à peu près également chez les hommes et chez les femmes.

Au cancer appartiennent la tumeur au creux épigastrique, la teinte jaune paille avec amaigrissement prononcé, le dégoût pour les aliments et en particulier le dégoût pour la viande; mais chacun de ces symptômes peut manquer dans le cancer, et, ne fût-ce qu'à titre exceptionnel, se rencontrer chez les ulcéreux.

Le vomissement abondant de sang rouge peut aussi se voir dans le cancer, en particulier chez des sujets jeunes : Debove et Hanot en ont rapporté des exemples.

Le cancer amène la mort en un temps relativement rapide; le malade ne survit guère que quelques mois au diagnostic confirmé; mais on a parlé de cancers qui avaient duré des années. Ne s'agissait-il pas de cancers succédant à l'ulcère simple? La chose est probable; mais le diagnostic n'est pas pour cela plus facile.

L'hyperchlorhydrie appartient beaucoup plutôt à l'ulcère qu'au cancer; mais chez les ulcéreux le sondage de l'estomac est chose dangereuse que l'on ne peut conseiller qu'avec la plus grande réserve et, d'autre part, le cancer n'est pas inconciliable avec un suc gastrique riche en HCl.

L'absence d'HCl, au contraire, est plutôt le fait du cancer; mais avec une gastrite étendue et profonde l'HCl ne se trouverait pas non plus dans l'ulcère.

En somme, à l'heure actuelle, le diagnostic différentiel de l'ulcère et du cancer ne peut se baser encore que sur des probabilités. Si l'on peut arriver souvent à une certitude presque absolue en présence d'un certain ensemble symptomatique, il faut avouer cependant qu'on manque encore de tout signe pathognomonique.

Traitement. — Cruveilhier a donné le régime lacté comme le régime cura-