

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 convaincrail 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 hématomés abondants, 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 anémiques. 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-

teur par excellence; il est de fait qu'il a donné et donne encore journellement d'excellents résultats dans le traitement de cette maladie. S'il est parfois suffisant, il ne l'est pas toujours, et souvent il convient d'aider son action par l'emploi d'une médication appropriée.

En présence d'un accident aigu grave, tel qu'une hémorragie, de douleurs extrêmement intenses, d'intolérance très grande de l'estomac, de menace de perforation, il faut commencer par mettre l'estomac au repos absolu. Le malade est maintenu au lit dans une immobilité complète; on supprime toute alimentation buccale. Nous permettons habituellement dans ces conditions une petite quantité d'eau pure à condition qu'elle soit prise par cuillerées à bouche espacées. Le premier jour on donne exclusivement trois ou quatre lavements de 500 grammes d'eau bouillie tiède auxquels on ajoute cinq ou six gouttes de laudanum. Les jours suivants, on remplace successivement les lavements d'eau par des lavements alimentaires, et l'on maintient le malade à l'alimentation rectale absolue pendant 8 à 10 jours; on commence alors l'alimentation lactée, par petites doses, de façon à arriver à remplacer en quelques jours l'alimentation rectale par le régime lacté.

Si le malade ne souffre, ni ne vomit, le lait suffit à lui seul pour amener la guérison; en cas contraire il faut avoir recours soit aux alcalins, soit au sous-nitrate de bismuth à haute dose.

Les alcalins seront donnés exactement de la même façon que pour le traitement de l'hyperchlorhydrie continue.

Le sous-nitrate de bismuth est administré de la façon suivante. Le matin, à jeun, le malade prend 10 à 15 et même 20 grammes de sous-nitrate de bismuth pur dans 100 à 150 grammes d'eau chaude. Il se place ensuite un quart d'heure successivement sur le dos, sur les deux côtés et sur le ventre, de façon à répartir le sel de bismuth sur toute la surface de l'estomac. Le sous-nitrate de bismuth excite la sécrétion d'une couche épaisse de mucus qui protège la muqueuse contre le suc gastrique hyperacide, et il est possible qu'il se dépose à la surface de l'ulcération sous la forme d'une croûte qui en protège la cicatrisation.

Quelquefois, lorsque la douleur n'est calmée ni par les alcalins, ni par le sous-nitrate de bismuth employés à hautes doses, on est obligé d'avoir recours à des calmants, et plus particulièrement à l'opium et à la morphine. Il faut redouter de laisser les malades, les femmes surtout, devenir morphinomanes et éviter autant que possible de leur laisser prendre l'habitude des injections hypodermiques.

Debove a préconisé la poudre de viande alcalinisée qui lui a donné de remarquables succès; malheureusement le gavage par le tube n'est pas sans quelque danger chez ces malades, ce qui restreint son emploi. Pour la même raison nous n'introduisons pas le sous-nitrate de bismuth par la sonde comme on le fait souvent en Allemagne.

Une fois la période des accidents graves passée, le traitement et le régime de l'ulcère simple seront absolument identiques à ceux de l'hyperchlorhydrie discontinuée à paroxysmes quotidiens ou de l'hypersecretion continue avec stase permanente, suivant les cas.

**Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.** — Le chirurgien devra intervenir assez souvent dans le cours de l'ulcère pour parer à diverses com-

plications qui échappent au traitement médical : sur ce point chirurgiens et médecins s'entendent parfaitement.

L'hématémèse est-elle une médication d'intervention chirurgicale? Nous ne pensons pas qu'on doive provoquer l'opération dans les cas d'hématémèse simple, qui guérissent dans la très grande majorité des cas par le traitement médical. Le chirurgien peut se trouver fort empêché de découvrir la source de l'hémorragie et, ceci fait, d'arrêter celle-ci. Avec Leube, nous admettons l'intervention opératoire dans les cas d'hémorragies répétées. Sur *sept cas* réunis dans la thèse de Marion (Paris 1897), il y a eu *trois guérisons*, mais dans tous les cas on a pu arrêter l'hémorragie.

La perforation de l'ulcère constitue une autre indication absolue : il faut intervenir dès que l'on soupçonne la perforation, avant que se manifestent les signes de la péritonite généralisée. D'après les statistiques actuelles (Mickulicz), le malade opéré dans les 12 premières heures a quatre fois plus de chance de guérir. C'est à l'intervention précoce qu'il faut rapporter les succès plus fréquents de nos jours dans le traitement de l'ulcère; en effet, Mickulicz a recueilli 55 cas d'intervention de 1885 à 1895, avec 1 seule guérison. Par contre, 62 interventions de 1894 à 1896 ont donné 52 guérisons. L'intervention chirurgicale est également indiquée dans les cas de péritonite localisée avec foyer de suppuration.

*Accidents dus à la cicatrice de l'ulcère rond.* — Lorsque l'ulcère guérit, il peut amener différentes lésions cicatricielles qui gênent l'évacuation de l'estomac et nécessitent une intervention chirurgicale. Il faut citer en première ligne les sténoses pyloriques : on ne doit pas trop se hâter d'intervenir; quelquefois la gêne de l'évacuation s'atténue et disparaît toute seule. Korczinski et Jaworski qui ont bien noté ce fait ont pensé que, dans ces cas, la sténose pylorique était amenée moins par l'ulcère que par l'infiltration embryonnaire concomitante : à mesure que l'ulcère guérit, la sténose disparaît. Mais il n'en est pas toujours ainsi et lorsque la sténose s'accompagne d'une dilatation considérable de l'estomac, que le malade souffre et ne peut plus s'alimenter, il convient d'avoir recours au chirurgien. On a pratiqué différentes opérations contre le rétrécissement cicatriciel du pylore : la dilatation digitale (méthode de Loreta) est actuellement abandonnée, elle ne donne qu'une amélioration passagère, et elle peut être dangereuse. La pylorotomie donne de bons résultats, mais elle est dangereuse (7 morts sur 18 cas, Mickulicz; 11 morts sur 19 cas, Marion). Il est vrai qu'en enlevant la cicatrice de l'ulcère on fait disparaître le danger d'une dégénérescence cancéreuse. Les deux opérations le plus en faveur maintenant sont la gastro-entérostomie et la pyloroplastie. La gastro-entérostomie est préférée par les chirurgiens français; cette opération donne dans ces cas de bien meilleurs résultats que chez les cancéreux. Marion a réuni 21 gastro-entérostomies avec 5 morts seulement, et Mickulicz cite 68 interventions de 1891 à 1897 avec 11 morts, soit une mortalité de 16 pour 100. Les troubles gastriques disparaissent complètement et les malades sont définitivement guéris. En Allemagne, Mickulicz préfère la pyloroplastie, à cause de sa plus grande bénignité; sur 76 interventions de 1891 à 1897, il n'y a eu que 10 décès, soit une mortalité de 13 pour 100 seulement. D'après lui, la guérison serait définitive. Marion pense, au contraire, que la sténose pylorique se reforme fréquemment; sur 41 pyloroplasties elle s'est présentée 4 fois et a obligé le chirurgien à faire une nouvelle opération.

Dans un nombre de cas très restreint, la sténose cicatricielle, au lieu de siéger sur le pylore, siège vers la partie moyenne de l'estomac; ainsi se forme un estomac biloculaire qui peut s'accompagner des mêmes troubles que le rétrécissement pylorique. 10 interventions pratiquées dans ces conditions ont donné 9 résultats opératoires et fonctionnels excellents (Marion). On pratique soit la gastroplastie, soit la gastro-anastomose, c'est-à-dire l'abouchement de la poche supérieure de l'estomac dans la poche inférieure, soit la gastro-entérostomie.

Parmi les autres complications qu'amène la cicatrisation de l'ulcère, il faut citer les adhérences avec les organes voisins; lorsque les adhérences siègent au niveau de la région pylorique ou duodénale, elles peuvent gêner l'évacuation de l'estomac et nécessiter la gastro-entérostomie. Lorsqu'elles siègent sur la grande courbure ou sur la grosse tubérosité, elles s'accompagnent de signes assez vagues, et l'amélioration que l'on constate après la déchirure de ces adhérences peut parfois être due à la suggestion forte exercée sur des névropathes par une intervention chirurgicale.

*Cure radicale de l'ulcère.* — Tout récemment les chirurgiens ont proposé de pratiquer la cure radicale de l'ulcère. Ce qui les a conduits à cette idée, c'est la guérison rapide des ulcères en activité après la gastro-entérostomie ou la pyloroplastie ou même la résection de l'ulcère. On n'a pas, il est vrai, de démonstration anatomique de la guérison; mais la disparition de tous les symptômes douloureux et de tous les signes objectifs semble bien montrer que la guérison a été complète. Marion, dans sa thèse, rapporte 5 cas de résection et 4 cas de gastro-entérostomie; Mickulicz, d'autre part, cite 4 cas de pyloroplastie associée deux fois à la résection de l'ulcère; dans ces 15 observations, la guérison de tous les troubles provoqués par l'ulcère fut complète. Il est donc très probable que nous sommes là en face d'une méthode thérapeutique très importante.

Il conviendrait de déterminer ses indications particulières. Chez les sujets jeunes, lorsque l'ulcère ne siège pas au pylore ou dans son voisinage immédiat, il guérit le plus souvent par le seul traitement médical.

Il n'en est plus de même pour des gens plus âgés, chez lesquels l'ulcère tend souvent à passer à l'état chronique. Le siège d'un ulcus chronique au pylore est par lui-même une raison suffisante d'intervention chirurgicale, lorsqu'il y a des phénomènes de stase et des crises douloureuses intenses. Peut-être nous sera-t-il démontré que la gastro-entérostomie est une intervention utile dans l'ulcère chronique, même en dehors de ces conditions.

Que les chirurgiens abaissent leur mortalité opératoire à un taux infime et les médecins en arriveront à leur passer la main, même dans des cas où l'urgence n'est pas absolue.

#### IV. — TUMEURS DE L'ESTOMAC

Les tumeurs de l'estomac peuvent être distinguées, d'une façon un peu artificielle, mais utile cliniquement, en tumeurs bénignes et tumeurs malignes.

Les tumeurs bénignes sont d'une façon générale des raretés anatomo-pathologiques; le plus souvent des trouvailles d'autopsie sans histoire clinique.

Les unes prennent naissance aux dépens du tissu fibreux ou du tissu muscu-

laire, sans intervention de l'élément épithélial, ce sont: le fibrome, le myome et le fibro-myome, le lipome, le myxome; les autres comprennent dans leur structure des formations d'origine épithéliale et d'aspect glandulaire: ce sont les adénomes et les polyadénomes.

Ces dernières productions sont d'un intérêt tout particulier au point de vue de la pathologie générale, car elles servent de transition entre les lésions bénignes et les lésions malignes de la muqueuse; il semble que la transformation du polyadénome en épithélioma soit loin d'être une rareté.

Les tumeurs malignes sont beaucoup plus fréquentes; elles comprennent en effet toutes les variétés de cancer de l'estomac qui correspondent à des formes anatomiques de l'épithélioma. Elles comprennent également quelques tumeurs beaucoup plus rares formées aux dépens de la charpente conjonctive: le sarcome, le lympho-sarcome et le lymphome. Ces productions néoplasiques ont les caractères essentiels des tumeurs malignes: la tendance à l'ulcération et à l'envahissement des tissus sains.

Un kyste dermoïde a été signalé dans une observation bien des fois citée de Ruysch.

*Fibromes.* — Les fibromes de l'estomac sont très rares; ils peuvent faire saillie à la face péritonéale ou à la face muqueuse de l'estomac sous forme de productions tubéreuses, papillaires ou polypeuses.

*Myomes et fibro-myomes.* — Les myomes et les fibro-myomes se présentent sous le même aspect que les fibromes.

Cornil et Ranvier<sup>(1)</sup> les comparent au point de vue de leur structure et de leur développement aux myomes de l'utérus. Ils ont observé un fibro-myome polypeux gros comme le pouce, long environ de 8 centimètres, qui s'était engagé à travers le pylore jusque dans le milieu de la seconde portion du duodénum.

*Lipomes.* — Les lipomes peuvent être sous-muqueux ou sous-séreux; ils font une saillie plus ou moins marquée, rarement ils ont l'aspect de véritables productions polypeuses.

*Myxomes.* — Souvent les fibromes, les fibro-myomes ou les lipomes de l'estomac sont en partie myxomateux.

*Adénomes, polyadénomes<sup>(2)</sup>.* — On en décrivait deux formes: les polyadénomes tubéreux et polypeux et le polyadénome en nappe. Hayem et Lion y ajoutent l'adénome à type brunérien.

*Polyadénomes tubéreux et polypeux.* — Ils sont depuis longtemps connus: Morgagni, Cruveilhier, Virchow, Lancereaux en ont rapporté des exemples.

L'adénome tubéreux est constitué par de petites tumeurs arrondies, du volume d'une lentille, d'un pois, d'une noisette; il est exceptionnel qu'elles acquièrent un volume plus considérable. Elles sont sessiles ou pédiculées, de couleur grise, cendrée, brune ou rougeâtre, peu vasculaires, de consistance molle. Elles sont parfois très nombreuses; on peut n'en trouver dans l'estomac que quelques-unes seulement, mais on peut aussi en compter 20, 50 et

<sup>(1)</sup> Manuel d'histologie pathologique, tome II, p. 295, 2<sup>e</sup> édition.

<sup>(2)</sup> BRISSAUD, Arch. génér. de médecine, 1885. — P. RAYMOYD, Soc. anat., février 1887. — MÉNÉTRIÉR, Arch. de physiol., février et mars 1888.