

La première thèse sur l'ulcère de Cruveilhier par Duval (de Genève), à Paris (1852) *

par le Docteur Roger TEYSSOU

Le 24 décembre 1852, André Duval, originaire de Genève, défendait sa thèse inaugurale devant la Faculté de médecine de Paris. Elle avait pour titre : *Des ulcères simples de l'estomac*.

Duval avait débuté ses études médicales à Paris, en 1847, l'Académie de Genève ne formant pas de médecins à cette époque. La Faculté de médecine n'y sera fondée qu'en 1876.

André Duval était né à Genève, le 11 avril 1828. Sa famille descendait d'exilés protestants réfugiés dans cette ville au XVI^e siècle. Son père, magistrat, était l'ami intime de l'écrivain suisse Töpffer et Duval, adolescent, assistait fréquemment à leurs entretiens philosophiques ou littéraires.

Il en subira l'influence dans son style et son goût pour l'histoire et les lettres.

Après un séjour en Angleterre, il se fixe à Genève : il y devient le collaborateur de Rilliet qui l'oriente vers la médecine des enfants. Médecin d'une Maison des enfants malades qu'il avait contribué à fonder, il se consacre à l'hygiène de l'enfance et à la lutte contre l'alcoolisme. En 1882, il fonde la Société protectrice de l'Enfance.

Membre de la Société médicale de Genève pendant plus de 30 ans, il va en édifier et en administrer la bibliothèque, encourageant les dons, classant et cataloguant les ouvrages. Il joindra sa collection particulière aux documents et aux livres remis à la Société.

(*) Communication présentée à la séance du 21 octobre 1978 de la Société française d'histoire de la médecine.

Les dernières années de sa vie seront consacrées à une histoire de la médecine genevoise que la mort l'empêchera d'achever et qui ne paraîtra qu'en 1906, sous le seul nom du Dr Gautier.

Son travail inaugural lui a été inspiré par Lebert, qui le reprendra dans le chapitre consacré aux ulcères gastriques de son monumental *Traité d'anatomie pathologique* (1857-1861).

C'est la première thèse consacrée à ce sujet, présentée à Paris. Elle se situe 22 ans après le travail initial de Cruveilhier, paru dans la dixième livraison de *L'Anatomie pathologique du corps humain*, en 1830.

A Strasbourg, la même année, Auguste Foucault, d'Épernay, consacrera sa thèse de doctorat au même sujet. Mais il s'agit surtout d'une revue générale rappelant les travaux de Cruveilhier et de Rokitanski, sans résultats ni tableaux chiffrés.

La thèse de Duval n'est dédiée qu'à ses parents et à la mémoire du Docteur Prévost, à Genève. Il n'est fait mention d'aucun de ses maîtres parisiens et sa préface ne cite que Lebert, pour le remercier de lui avoir communiqué cinq observations.

Après avoir critiqué la nomenclature de Rokitanski, qui parle d'ulcère perforant, et celle de Valleix, qui ne reconnaît que la gastrite ulcéreuse, Duval adopte le terme d'ulcère simple, choisi par Cruveilhier et défendu par Lebert.

Il définit l'ulcère par son évolution le plus souvent chronique, entrecoupée de rémissions et pouvant guérir définitivement ou se terminer brutalement par une hématémèse ou une perforation le plus souvent fatales.

L'ulcère gastrique n'est pas une maladie rare mais, sans tomber dans l'excès de Valleix qui ne voit que des gastrites ulcéreuses ou des cancers ulcérés, elle ne semble pas aussi fréquente que l'affirment les Anglais ou les Allemands. Selon les observations de l'école de Prague, la fréquence de la maladie serait de 6,6 % pour Dietrich et de 5 % pour Boschdaleck, chiffres confirmés plus tard par Brinton et par Lebert, respectivement sur des statistiques de 7 000 et 4 000 vérifications anatomiques.

Dans l'étiologie, Duval relève le rôle possible de l'hérédité et la prédominance chez la femme que tous les auteurs de l'époque soulignent dans des proportions variables, puisque Dietrich trouve 75 %, Rokitanski et Jaksch 58 %, Duval 55 %.

La tranche d'âge ou la maladie semblant se retrouver le plus fréquemment se situe entre 40 et 60 ans, chiffres que les constatations d'autopsie corrigent en découvrant d'anciennes cicatrices qui paraissent remonter au début de l'âge adulte. Contrairement à la distribution en fonction du sexe, ces chiffres se rapprochent de ceux des statistiques modernes.

La maladie paraît frapper des gens en bonne santé apparente et de forte constitution. L'école de Prague souligne la coïncidence fréquente de l'ulcère

gastrique avec les maladies du poumon, et en particulier avec la phtisie tuberculeuse. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle et bien après, certains penseront que la tuberculose créerait une prédisposition à l'ulcère gastrique (Rist)

Quant aux facteurs sociologiques, les classes pauvres et laborieuses paraissent frappées plus souvent que les classes aisées.

L'influence du régime est prépondérante : Duval souligne le rôle de l'agression répétée de la muqueuse gastrique par le vin, les liqueurs fortes et les excès de table.

A côté de ces causes prédominantes, il énumère une multitude de causes déterminantes, la première étant l'irritation de la muqueuse gastrique ; la seconde, les troubles de la menstruation. Viennent ensuite le surmenage, les chocs affectifs, les contusions de la région épigastrique, les grandes brûlures... Cette théorie étiologique de l'ulcère était déjà celle d'Abercrombie qui, en 1824 à Edimbourg, attribuait l'ulcère à une inflammation chronique circonscrite de la muqueuse gastrique. Mais il considérait l'ulcère comme une complication d'une gastrite.

Broussais avait adapté sa théorie à l'ulcère en le considérant comme une phlegmasie partielle, primitive, perpendiculaire à l'axe de l'estomac, au lieu de la parcourir en effleurant sa superficie (Foucault).

Dans la thèse de Foucault, contemporaine de celle de Duval, les causes les plus fréquentes d'ulcère gastrique agissent en produisant une altération de la nutrition et de la sécrétion de cet organe, altération due à une perturbation du système nerveux par des « chagrins violents... des passions tristes... l'abus de plaisirs vénériens... la chloro-anémie... ».

Selon Duval, la symptomatologie de l'ulcère gastrique est différemment appréciée par les auteurs.

Entre le schéma un peu artificiel de Jaksch (formes cardialgiques, gastriques, fébriles continues et intermittentes, formes asymptomatiques) et l'exclusivité donnée par Valleix à l'anorexie, Duval se rallie aux auteurs qui construisent leur diagnostic sur les douleurs épigastriques périodiques, rythmées par les repas, associées aux vomissements, à la constipation, à l'amaigrissement, à une hématurie, à un mélaena. Quant aux signes d'examen, ils ne sont pratiquement d'aucun secours dans le diagnostic, se limitant à la constatation d'une pâleur, d'un pouls accéléré et parfois à la palpation d'une tuméfaction épigastrique dans les rares cas de perforation avec adhérence « salutaire » ou en voie de fistulisation.

Le début de l'affection est rarement déterminé. Quant il l'est, il prend le plus souvent la forme dyspeptique ou cardialgique. Les autres modes de début se partagent entre la forme gastrique fébrile ou les complications d'emblée (perforation ou hématomèse).

L'évolution de l'ulcère simple peut adopter trois modes : aigu, qui serait très rare, chronique le plus fréquent, ou latent. Tous les auteurs admettent

la cicatrisation possible, mais soulignent qu'elle ne met pas à l'abri des accidents consécutifs. Jaksch, Boschdaleck et Dietrich trouvent 150 lésions cicatrisées pour 134 ulcérations évolutives, dans leurs comptes rendus d'autopsie.

Les modes de terminaison de l'ulcère, étudiés sur 50 cas, donnent 16 % de cicatrisation, 58 % de perforation, 26 % d'hémorragie et 10 % de cachexie.

Quant à la durée de l'évolution, elle peut varier de 8 jours à 34 ans.

Ces chiffres reflètent l'impuissance du clinicien à poser le diagnostic en l'absence de moyens d'investigation suffisants, la certitude n'étant apportée que par la vérification anatomique. La lésion ulcéreuse est le plus souvent unique, elle siège électivement au niveau de la petite courbure gastrique. De forme circulaire, elle atteint la musculature ou la dépasse, reposant sur une base indurée. Ses bords sont le plus souvent taillés à l'emporte-pièce.

Anatomiquement, on établit le diagnostic différentiel avec le cancer sur les caractères macroscopiques de la lésion, le cancer étant nacré ou blanchâtre, crissant sous le scalpel et laissant sourdre un suc infiltrant (Cruveilhier). Cette description est conforme à la méthode anatomo-clinique de l'École de Paris et aux travaux de Cruveilhier. Par contre, l'innovation réside dans la mention de l'étude microscopique des cellules cancéreuses, pour étayer le diagnostic différentiel entre la lésion ulcéreuse bénigne et le cancer ulcéré. Duval suit l'influence de Lebert, qui insistera beaucoup sur l'étude des éléments microscopiques du cancer de l'estomac, précisant l'aspect et les dimensions inhabituelles des cellules cancéreuses, de leurs noyaux et de leurs nucléoles.

Duval s'étend largement sur l'aspect anatomo-pathologique des deux grandes complications, déjà soigneusement décrites par Cruveilhier, que sont les perforations et les érosions vasculaires. Les perforations peuvent être arrondies et bien circonscrites en cas de communication directe, ou fistuleuses, se terminant soit dans le péritoine, soit dans un foyer limité par des adhérences « salutaires », soit à la peau.

Les érosions vasculaires atteignent électivement l'artère splénique ou la coronaire stomacale, les autres axes vasculaires artériels ou veineux étant touchés plus exceptionnellement.

La convergence des plis qui rayonnent sur la cicatrice est également rappelée.

L'aspect de la membrane muqueuse autour de l'ulcère et sur l'ensemble de la poche gastrique est souvent normal : pour Duval, tout au plus est-elle hyperhémique, en raison de « l'engorgement des réseaux capillaires et non d'une infiltration interstitielle... », ce qu'il étudie une fois encore sous le microscope. En effet, pour lui comme pour Lebert, l'ulcère simple est une affection « sui generis » locale qui n'est nullement le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique. On perçoit aisément, ici, la réaction contre les idées abandonnées depuis peu de Broussais (pour qui toute la pathologie

résidait dans des phénomènes d'inflammation et d'irritation). On pourrait évoquer l'ouvrage de Barras, sur les gastralgies et les entéralgies, qui introduisait la notion de névrose d'organe hypochondriaque et s'élevait contre les traitements antiphlogistiques que leur appliquaient sans discernement les tenants de la doctrine physiologique.

Quelle est la « nature » — nous dirons aujourd'hui la pathogénie — de l'ulcère ? Pour Duval, ce n'est pas en tout cas un mode de terminaison de la gastrite ou une variété de celle-ci. L'opinion la plus crédible, « c'est que les ulcères de l'estomac succèdent à une inflammation spécifique circonscrite dont la cause première nous échappe, qu'ils débutent par les couches superficielles de la muqueuse et s'étendent en surface et en profondeur par la destruction graduelle du tissu qu'ils rencontrent ». Et il suggère l'étude plus attentive « des ulcères commençant, qu'on trouve quelquefois près de ceux qui ont déterminé la mort... ».

Duval s'efforce, ensuite, d'établir le diagnostic différentiel clinique dans un véritable maquis nosologique où les incertitudes de la clinique le disputent à l'imprécision du cadre anatomo-pathologique. A côté des « ramollissements blancs ou gélatiniformes », probables lésions cadavériques, des « embarras gastriques » ou des « vomissements nerveux », certaines entités pathologiques ont survécu et se sont précisées : les « gastrorragies idiopathiques » que nous pouvons rapprocher des gastrites hémorragiques, les « érosions hémorragiques » que Dieulafoy décrira plus tard sous le nom d'*ulcèratio simplex*, les ulcères simples du duodénum, affections rarissimes à l'époque de Duval. Il est intéressant de noter que de nos jours encore, au Japon, l'ulcère gastrique — et par conséquent le cancer — est plus fréquent que l'ulcère duodénal. Les travaux modernes montrent que l'ulcère gastrique est plutôt rural qu'urbain. Il serait utile d'étudier l'évolution dans le temps de la répartition géographique des différents types d'ulcères.

Pour ce qui est du diagnostic différentiel avec le cancer gastrique, Duval, tout en reprenant les points indiqués par Cruveilhier concernant la marche sans rémission et l'échec de la thérapeutique dans le cancer, émet quelques doutes quant à leur valeur réelle.

De toutes façons, si le cancer gastrique comporte un pronostic inéluctablement fatal, celui de l'ulcère est lourdement grevé par la menace redoutable de l'hématémèse et de la perforation et « on devra toujours être réservé sur le pronostic ».

Le traitement repose essentiellement sur la diète lactée, le lait devant être administré par petites quantités, en plusieurs prises journalières. Il ne faudra abandonner ce régime que « graduellement, à mesure que les symptômes s'amendent ».

L'arsenal thérapeutique comprend : les sangsues ou les ventouses sur l'épigastre, si le début est gastritique ; les médicaments alcalins : magnésie, bicarbonate de soude, poudre d'yeux d'écrevisses ; les opiacés : morphine (Jaksch) qui, selon Duval, serait peu efficace ; l'iodure de potassium (Lebert) ; les dérivatifs : moxas.

Les hémorragies appelleront l'emploi d'astringents, végétaux de préférence, comme le ratanhia. On y associera les narcotiques à doses assez élevées, pour éviter les vomissements. On appliquera de la glace à l'extérieur et à l'intérieur.

Les perforations exigent le repos et le jeûne absolu, l'opium en lavement ou par la méthode endermique.

Duval reprend ici le schéma thérapeutique de Cruveilhier, à l'exception de l'oxyde blanc de bismuth, pourtant introduit par le Genevois Odier dans le traitement des gastralgies.

Pas plus que les auteurs contemporains, il ne cite la belladone ou l'atropine, son alcaloïde isolé en 1833 (par Geiger et Hesse). Il est vrai que la physiologie de la digestion est mal connue, malgré les travaux de Blondlot et l'étude de l'action du Vague sur les sécrétions gastriques par Muller, Tiedmann et Gmélin. De toutes façons, la pharmacologie expérimentale reste à créer.

En conclusion

La thèse d'André Duval est une revue générale inspirée par Lebert et très influencée par les travaux des écoles allemande et autrichienne. On perçoit déjà la tendance à délaissier les descriptions cliniques au profit d'une anatomie pathologique minutieuse et approfondie, telle que l'école de Vienne la développera.

Le microscope fait une apparition modeste, mais audacieuse dans sa nouveauté, en France du moins.

Toute physiopathologie est absente de ce travail : la médecine du milieu du XIX^e siècle est encore méfiante vis-à-vis des conceptions de Magendie, reprises plus tard par Claude Bernard, qui voulait introduire le laboratoire dans les hôpitaux. En 1852 déjà, la connaissance des mécanismes de la digestion aurait pu faciliter le diagnostic et la thérapeutique de l'ulcère gastrique : cette même année, Bidder et C. Schmidt indiquaient le procédé pour l'analyse quantitative de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

La statistique occupe une grande place dans le travail de Duval qui recueille et discute les données numériques fournies par les différents auteurs auxquels il fait référence. Par contraste, la thèse de Foucault est totalement dépourvue de résultats chiffrés. Mais elle est infiniment plus détaillée et précise, en ce qui concerne le traitement.

C'est le point faible du travail de Duval, et l'on s'étonne de son scepticisme à l'égard de l'épreuve thérapeutique préconisée par Cruveilhier, « véritable pierre de touche pour le diagnostic dans les cas douteux ».

Cette thèse se situe à une époque charnière dans l'histoire de la pathologie gastrique. Les grands systèmes hérités du passé dont celui de Broussais ont failli. La méthode anatomo-clinique en a aisément triomphé, mais elle

n'a pas apporté à la pathologie digestive la nosologie bien structurée dont elle a doté la cardiologie et la pneumologie dans les premières décades du XIX^e siècle. L'ulcère gastrique est une des rares entités morbides qui ait résisté à l'épreuve du temps. La thèse de Duval nous laisse deviner ce que lui amèneront l'histologie et la physiopathologie des cinquante dernières années du XIX^e siècle.

BIBLIOGRAPHIE

- ABERCROMBIE John. — « Pathological and practical researches on diseases of stomach, the intestinal canal, the liver and other viscera of the abdomen ». Edinburgh, Waugh and Innes, 1828, 1 vol., XXIV, 396 p., 19-44.
- BARRAS. — « Traité sur les gastralgies et les entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins ». Paris, Labbé, 1844-1859, 2 vol. in-8°.
- BOUVERET L. — « Traité des maladies de l'estomac ». Paris, Baillièrre, 1893, 1 vol. in-8°, 743 p., 221-302.
- CRUVEILHIER Jean. — « Anatomie pathologique du corps humain ou description, avec figures lithographiées des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible ». Paris, Baillièrre, 1828-1842, 2 vol. in-f° avec 233 pl. (10^e livraison 1830, 8 p., pl. V et VI ; 20^e livraison 1835, 6 p., pl. V et VI).
- CRUVEILHIER Jean. — « Ulcère simple de l'estomac ». *Journ. des Connaissances médico-chirurgicales*, févr. 1856, 4, 85-87 et avr. 1856, 7, 169-171.
- DUVAL A. — « Des ulcères simples de l'estomac ». Thèse méd., Paris, Rignaux, 1852, 71 p.
- FOUCAULT A. — « De l'ulcère simple chronique de l'estomac ». Thèse méd., Strasbourg, 1852, 1^{re} série, n° 248, Strasbourg, Berger Levrault, 1852, 43 p., 1 pl. H.t.
- GAUTIER L. — « Le Docteur André J. Duval. Essai de biographie médicale ». Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 déc. 1887. Genève, Schuchardt, 1887, 12 p. (nombreuses références bibliographiques).
- GAUTIER L. — « La médecine à Genève jusqu'à la fin du XVIII^e siècle ». Genève, J.J. Jullien, 1906, 696 p.
- JAKSCH R.V. — « Manuel de diagnostic des maladies internes ». Trad. de l'allemand par L. Moulé, Paris, Georges Carré, 1888, 1 vol., 354 p., 59.
- LEBERT H. — « Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, ou description et iconographie pathologique des altérations morbides, tant liquides que solides, observées dans le corps humain ». Paris, Baillièrre, 1857-1861, 2 vol. de texte et 2 atlas in-f° (vol. 2, 172-180).
- LEBERT H. — « Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer ». Paris, Baillièrre, 1851, 1 vol. in-8°, 892 p., 526-535.
- MARTIN J. — « La famille Duval ». Genève, 1954, 91 p.
- MATHIEU A. — « Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin ». Paris, Doin, 1901, 1 vol. in-8°, 988 p., 577 et s.
- MULLER J. — « Manuel de physiologie ». Traduit de l'allemand par A.J.L. Jourdan. Paris, Baillièrre, 1845, 2 vol. in-8° (vol. 1, 436-454).
- OLIVIER J. — « Le Docteur A. Duval. Un historien de la médecine à Genève ». *Méd. & Hygiène*, 106, 1947, 299.
- VALLEIX F.L.I. — « Guide du médecin praticien ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquée ». Paris, Librairie V^e, Le Normant, 1842-1847, 10 vol. in-8° (vol. V, 157-173).

TABLEAU COMPARATIF DES DIFFÉRENTES DOCTRINES SUR L'ULCÈRE SIMPLE SELON LES AUTEURS

	Nomenclature	Fréquence	Etiologie	Symptômes	Evolution	Pathogénie	Diagnostic différentiel avec le cancer	Traitement	Anatomie pathologique
DUVAL	Ulcère simple	Fréquent	Prédominance chez la femme Irritation	Douleur Constipation Hématémèse Meloena	Chronique Rémissions	Inflammation localisée et circonscrite	Sans rémission Epr. therap. Microscope	Diète lactée	P.C. face antérieure
CRUVEILHIER	Ulcère simple	Assez fréquent	Mêmes causes que la gastrite	Douleur Constipation Hématémèse Meloena	Chronique Rémissions	Inflammation diffuse Thrombose	Epreuve thérapeutique	Diète lactée Alcalins Opiacés	Paroi postérieure P.C.
VALLEIX	Gastrite ulcéreuse	Rare	Tartre stibé ou inconnue (réfutation des auteurs contemporains)	Méconnus Réfutation	Chronique Rémissions	Inflammation « spéciale »	Quasi impossible	Diète Opiacés Carbonate de Mg Eau de chaux Moxa...	Paroi postérieure P.C.
LEBERT	Ulcère simple	6 à 7 %	Prédominance chez la femme Age mûr	Douleur	Chronique La mortalité a été exagérée	Vasculaire (arrêt circulatoire)	Microscope	Diète Bismuth Morphine	P.C. Parties médiane et postérieure
FOUCAULT	Ulcère simple chronique	Fréquent	Prédominance chez la femme	Dyspepsie Douleurs Vomissements Oxalate de Ca dans les urines	Chronique Peut guérir	Innervation ralentie → Dyspepsie fonctionnelle → altération de la nutrition	Vomissements Tumeur palpable	Diète lactée. Oxyde de Bi Sulfate Fe Nitrate Ag Magnésie calcinée Mercure	Paroi postérieure

ROKI-TANSKI	Ulçère perforant	Fréquent	Prédominance chez la femme 40 ans Irritations	Douleur	Chronique	Stase veineuse Ramollissement circonscrit	Vomissements Tumeur palpable	Diète Opiacés Carbonate de Mg Eau de chaux Moxa...	Paroi postérieure P.C.
JAKSCH	Ulçère chronique non cancéreux	1/13 autopsies (7,6 %)	Prédominance chez la femme 40 ans Tuberculose	Douleur ou fièvre ou latence Constipation	Chronique Rémission Guérison possible	Inconnue	Difficile Prédominance chez l'homme Epr. therap. de Cruveilhier peu valable	Cure climatique Eaux de Carlsbad Repos Diète lactiée Morphine ou eau de laurier cerise	Face postérieure P.C.
BRINTON	Ulçère de l'estomac	5 %	Prédominance chez la femme	Douleur	Chronique	Mal connue Congestion excessive	Cachexie cancéreuse Age plus avancé	Diète lactiée Bismuth	Face postérieure P.C.
ABER-CROMBIE	Ulcération gastrique	Non précisé	Non précisé	Douleur	Chronique Rémission	Inflammation chronique circonscrite	Non précisé	Diète Bismuth Nitrate Ag Sulfate Fe	P.C. Face postérieure

