

5° Tous les traitements non spécifiques échouent devant la sciatique syphilitique. Seul, le traitement antisiphilitique donne des résultats merveilleux. En quelques jours, en quelques semaines, au moyen d'injections de solution huileuse de biiodure d'hydrargyre, on supprime les douleurs et on guérit une sciatique parfois terrible, qui évoluait depuis des mois et des années. C'était le cas chez notre malade. L'iodure de potassium me paraît habituellement inutile; on doit, néanmoins, si on le juge nécessaire, l'associer aux préparations mercurielles.

ONZIÈME LEÇON

GASTRITE ULCÉREUSE PNEUMOCOCCIQUE

GRANDES HÉMATÉMÈSES

MESSIEURS,

Il fut un temps, qui n'est pas éloigné de nous, où « la pneumonie » semblait presque résumer l'infection que nous appelons aujourd'hui infection pneumococcique. Mais à la faveur des études bactériologiques, on vit que le pneumocoque, agent de cette infection, ne reste pas toujours, il s'en faut, cantonné au poumon. Alors furent publiés de nombreux et intéressants travaux, auxquels M. Netter prit une large part. C'est ainsi que l'infection pneumococcique fut dépistée dans une foule d'organes où on ne la soupçonnait pas : pleurésie, péricardite, péritonite, méningites cérébrale et cérébro-spinale, endocardite, otite, amygdalite, arthrite furent successivement étudiées et englobées dans les infections pneumococciques.

Non seulement ces différentes localisations du pneumocoque furent observées à titre de complications secondaires survenant chez des gens atteints de pneumonie, mais on les signala également à titre de localisation primitive du pneumocoque, indépendante de toute pneumonie. Nous connûmes dès lors la pleurésie pneumococcique primitive, la

péritonite pneumococcique primitive, les angines, otites, méningites pneumococciques primitives, etc.

Néanmoins, il est une localisation de l'infection pneumococcique qui était jusqu'ici à peu près passée inaperçue, je veux parler de la pneumococcie de l'estomac. Nous venons d'en avoir deux exemples dans notre service; j'en profite pour faire de la pneumococcie stomacale l'objet de cette leçon.

Au n° 13 de la salle Saint-Christophe, vous avez vu tout récemment un garçon de trente-cinq ans qui avait été ramassé sur la voie publique et conduit à l'Hôtel-Dieu par des agents. Voici quelle était son histoire : Sept jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme se trouvant au Havre, en bonne santé, entreprit de faire à pied le voyage du Havre à Paris. Dès le premier jour du voyage, éclata au côté gauche une vive douleur accompagnée de toux, de fièvre et d'oppression. Une pneumonie venait de se déclarer. Pendant vingt-quatre heures, cet homme garda le lit et fut pris de vomissements alimentaires et bilieux; il expectora des crachats rosés. Puis, bien que fébricitant et très fatigué, il reprit sa route, vivant de lait le long du chemin, et il se traîna péniblement, à petites journées, jusqu'à Paris. Toutefois, arrivé au terme du voyage, épuisé, harassé de fatigue, il tomba dans la rue et fut conduit à l'hôpital.

C'est dans ces conditions qu'il arrive dans nos salles, dyspnéique, cyanosé, ayant 39°8 de température et 42 respirations. Il accuse une douleur vive sous le mamelon droit, les efforts de toux sont des plus pénibles, les deux côtés de la poitrine sont endoloris. A l'examen du malade, on constate une pneumonie à la moitié inférieure du poumon droit : matité, augmentation des vibrations, râles fins et souffle tubaire jusque dans l'aisselle. Quelques frottements témoignent de la participation de la plèvre. La base du poumon gauche présente des signes analogues moins accusés. On trouve en plus, des deux côtés, des râles de bronchite. La dyspnée est si intense qu'il est impossible d'ausculter le cœur. Le ventre est douloureux et ballonné. L'expectoration

est assez abondante, les crachats sont visqueux, rouillés, la soif est très vive. On applique sur le thorax une trentaine de ventouses sèches, on prescrit une potion cordiale, du lait et des boissons en quantité. La nuit est très agitée, le malade gémit continuellement, il vomit, il a la diarrhée, les urines sont légèrement albuminuriques et urobilinuriques. Ces symptômes *abdominaux*, rares chez les pneumoniques, la douleur, le tympanisme, les vomissements, la diarrhée, attirent notre attention.

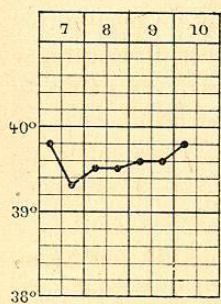
Le lendemain la dyspnée est pire, des râles ont envahi les deux poumons; le visage est bouffi et cyanosé, le ventre est plus douloureux et plus tympanisé que la veille; les nausées et la diarrhée continuent. Que signifie cet épisode abdominal; le péritoine serait-il en cause? On pratique une saignée de 400 grammes. La journée est mauvaise, bien que la dyspnée ait diminué depuis la saignée. On prescrit l'antipyrine et une potion au chloral.

La nuit suivante est fort agitée, l'insomnie est complète, le malade se plaint de douleurs gastralgiques, d'envies de vomir, à 5 heures du matin il est pris d'une *grande hématemèse* et il rend dans une cuvette, un litre de liquide noirâtre, marc de café, qu'on me montre aussitôt mon arrivée à l'hôpital. On prescrit la glace, une potion à l'eau de Rabel, des boissons glacées.

En face de cette grande hématemèse, je ne sais quel diagnostic formuler. Notre homme était atteint de pneumonie infectieuse avec bronchite; de ce côté-là, pas d'hésitation. Mais pourquoi cette grande hématemèse; comment l'expliquer? L'hématemèse, que je sache, n'entre pas dans le cortège de la pneumonie. On pouvait se livrer à toutes les hypothèses : cet homme n'avait-il pas, antérieurement à sa pneumonie un *ulcus simplex* ayant évolué jusque-là d'une façon latente? Ou bien, n'était-ce pas là, un cas d'*exulceratio simplex*, cette *exulceratio simplex* qui nous a si longuement occupés il y a deux ans¹?

1. Exulceratio simplex; hématemèses foudroyantes. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898, p. 1.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses qui ne nous satisfont pas, l'état du malade s'aggrave d'heure en heure, la température reste élevée, la cyanose et la dyspnée sont intenses, le pouls est filiforme et incomptable; l'auscultation du cœur est rendue impossible par l'oppression et par les signes thoraciques. Les symptômes abdominaux, tympanisme, douleur et diarrhée, s'accroissent; la diarrhée, si commune dans la péritonite pneumococcique primitive¹, nous fait penser ici à une localisation péritonéale de la pneumonie. A ce moment,



la diarrhée se complique de mélæna, les selles sont noirâtres, ce qui cadre bien avec l'hématémèse, sans mieux éclairer le diagnostic. A midi, petite hématémèse; à trois heures, nouvelle grande hématémèse et le malade succombe au milieu d'efforts de vomissements, au dixième jour de sa maladie, la température avoisinant 40 degrés. Telle est l'observation de ce malade pendant son court séjour à l'hôpital; la note dominante est la suivante : grandes hématémèses et complications gastro-péritonéales chez un pneumonique. Ci-joint la courbe de température.

Vous allez voir quelles surprises et quel enseignement nous réservait l'autopsie. A l'ouverture du thorax, le péricarde apparaît fortement distendu, il contient 400 grammes environ d'un liquide rosé, riche en globules rouges. La surface viscérale et pariétale du péricarde est recouverte d'un exsudat fibrineux, vilieux et plaqué de taches d'un rouge vif; le pneumocoque est l'agent pathogène de cette péricardite.

Le cœur a son volume normal; on y trouve, dans les cavités droites, des caillots cadavériques, mais pas de caillots agoniques. Les orifices du cœur et des gros vaisseaux ne présentent rien de particulier.

La cavité pleurale droite contient 300 grammes environ d'un liquide rosé ressemblant à celui du péricarde, mais plus

1. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897, p. 396.

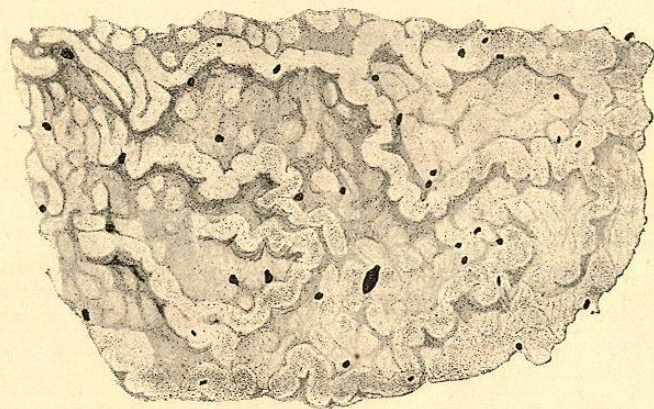
louché. En certains points, les deux feuillets de la plèvre sont adhérents, la plèvre pariétale est légèrement épaissie et sa surface est revêtue de quelques filaments fibrineux. La plèvre viscérale forme au poumon comme une carapace conjonctive d'aspect lardacé qui aux endroits les plus lésés atteint un demi-centimètre d'épaisseur.

Le poumon droit est violacé, en partie atelectasié; il contient beaucoup de sang et très peu d'air; le poumon gauche est très congestionné, la plèvre gauche est saine. Les ganglions trachéo-bronchiques sont augmentés de volume.

La cavité abdominale présente des lésions de péritonite. On trouve au petit bassin quelques centaines de grammes de liquide rosé et louché. Les anses intestinales sont revêtues d'un exsudat visqueux, d'aspect non purulent, réparti par petits placards et par petits grains, dont plusieurs ne dépassent pas le diamètre d'une tête d'épingle. Les anses intestinales agglutinées par des exsudats de date récente ne se laissent pas facilement séparer. Les lésions du péritoine pariétal sont moins intenses; néanmoins, il y a quelques adhérences au niveau du foie. Le pneumocoque est l'agent pathogène de cette péritonite. Les symptômes abdominaux, tympanisme, douleurs et diarrhée, qui, du vivant du malade, avaient attiré notre attention, se trouvent expliqués : cet homme avait eu de la péritonite pneumococcique secondaire. La rate est volumineuse; rien à signaler au foie et au pancréas.

Arrivons aux lésions de l'estomac, qui méritent de nous arrêter longuement. L'estomac étant ouvert et la surface de la muqueuse détergée avec soin, on y aperçoit, à un examen attentif, un grand nombre de petits points brunâtres ayant l'aspect et la dimension de coups d'épingle. Ces points brunâtres sont autant d'érosions dont les caractères se précisent nettement à la loupe; les bords sont taillés à pic, non décollés et le fond est comblé par une petite escarre hémorragique. Le diamètre de ces érosions, arrondies ou ovalaires, est en moyenne de deux à trois millimètres. Ces érosions hémorragiques existent sur toute la muqueuse de l'estomac, principalement à la région pylorique; on en

voit au fond des plis et à la surface. En certains points de la muqueuse, les érosions sont si nombreuses qu'on en peut compter dix à douze par centimètre carré. Entre les érosions, on ne voit pas de suffusions sanguines. La figure ci-dessous représente, grandeur nature, un fragment de la muqueuse, stomacale parsemée d'érosions sur les replis et entre les replis; une de ces érosions est plus grande que les autres.



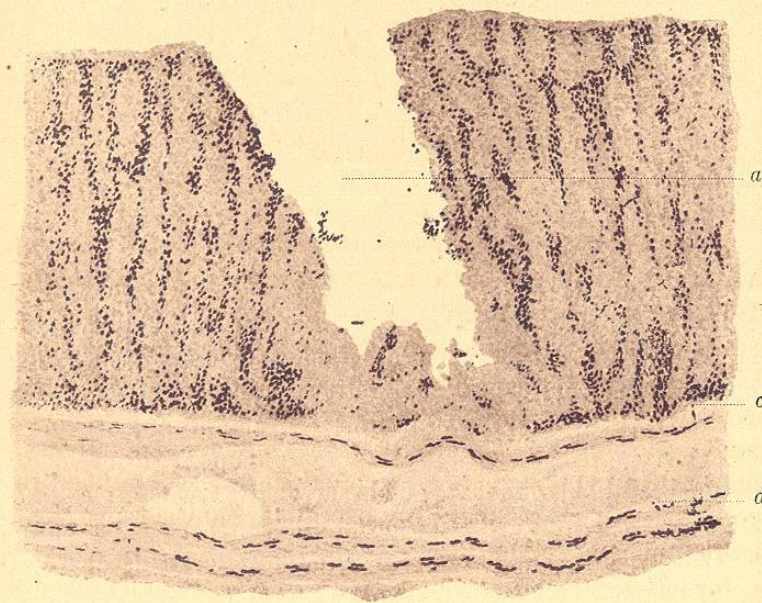
Les recherches bactériologiques ont démontré que cet homme avait succombé à une pneumococcie généralisée. Toutes les lésions étaient de nature pneumococcique. Le pneumocoque existait à l'état de pureté dans le liquide de la péricardite et de la péritonite et ces infections étaient évidemment secondaires à la pleuro-pneumonie. Les symptômes péritonéaux de notre malade, douleurs abdominales, tympanisme et diarrhée, s'expliquaient par les lésions du péritoine, la diarrhée étant un symptôme habituel aux péritonites pneumococciques.

Restait à élucider la nature de cette multitude d'érosions hémorragiques de l'estomac, qui avaient provoqué les hématomés abondantes et répétées dont la cause nous avait échappé pendant la vie. Les préparations histologiques et bactériologiques que je vais vous soumettre et qui ont été

faites par un de mes chefs de laboratoire, M. Jolly, vous donneront toute satisfaction.

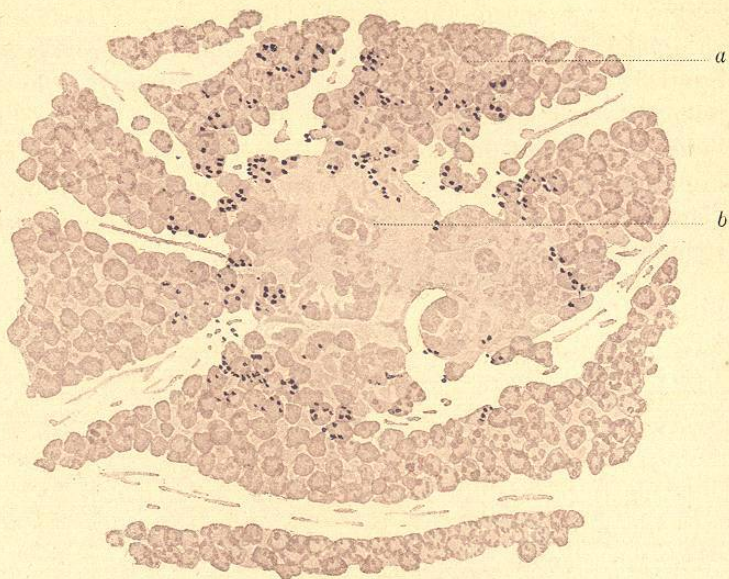
C'est la première fois, je crois, qu'on aura surpris sur le fait, l'infection pneumococcique de l'estomac avec présence de pneumocoques, avec érosions hémorragiques, et hématomés.

La planche ci-dessous vous représente une coupe de la muqueuse stomacale, perpendiculairement à sa surface et au niveau d'une érosion. En voici les détails : *a*, érosion qui intéresse toute l'épaisseur de la couche glandulaire et qui s'arrête aux confins de la muscularis mucosæ. Le bas-fond de l'érosion contient du tissu glandulaire nécrosé en voie d'élimination. Au voisinage de l'érosion, le tissu conjonctif interglandulaire a subi une légère infiltration embryonnaire; *c*, muscularis mucosæ intacte; *d*, tunique musculieuse.



Ces érosions hémorragiques de la muqueuse résultent de l'élimination d'une escarre. On peut se rendre compte sur la planche ci-après du processus qui a provoqué l'érosion.

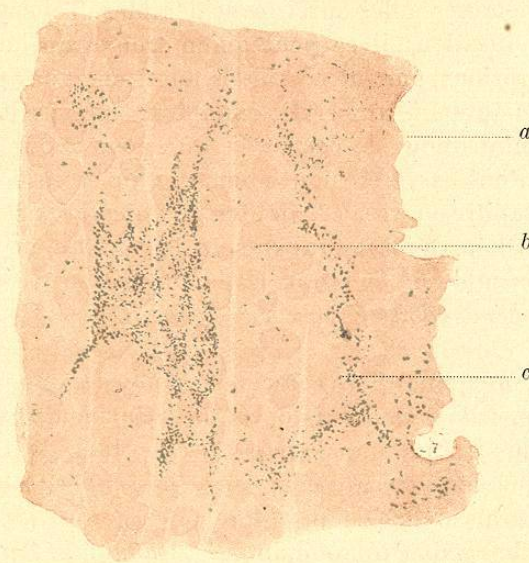
Cette planche représente une coupe tangentielle de la muqueuse stomacale au niveau du bas-fond de l'érosion; *a*, représente le tissu glandulaire sain avec la coupe de ses tubes; *b*, représente le petit territoire glandulaire où se fait la nécrose dont l'élimination formera l'érosion; c'est le stade le plus jeune de la lésion.



Dans ce tissu glandulaire nécrosé, les cellules glandulaires ont un aspect opaque, elles se colorent mal, leur noyau ne se colore plus. A ce niveau, comme au bord des érosions, il n'y a qu'un minimum de réaction inflammatoire caractérisée par une infiltration extrêmement discrète de petites cellules rondes à noyau arrondi, vivement coloré. Dans le tissu conjonctif interglandulaire, il n'y a pas d'indice de réaction inflammatoire aiguë, qui serait décélée par la présence de leucocytes à noyaux polymorphes. En résumé, ces érosions sont dues à une nécrose rapide et limitée d'un petit territoire de la muqueuse, avec réaction inflammatoire nulle ou insignifiante.

Ces érosions hémorragiques avaient pour agent pathogène le

pneumocoque, elles faisaient donc partie de la pneumococçie généralisée à laquelle le malade a succombé. L'envahissement de la muqueuse par le pneumocoque est représenté sur la planche ci-dessous. Cette planche vous montre une coupe de la muqueuse stomacale perpendiculaire à sa surface et passant par une érosion. La préparation a été colorée par la thyonine et par la méthode de Gram: *a*, représente le bord de l'érosion — *b*, représente les tubes glandulaires — *c*, traînées et amas de pneumocoques. Ces microbes infiltrent non seulement le bord des érosions, mais on les trouve en quantité dans le tissu conjonctif interglandulaire à une certaine distance de l'érosion; on dirait une « pneumocorragie », dénomination qui me paraît d'autant plus acceptable que les capillaires de la muqueuse semblent également infiltrés de pneumocoques.



Ces érosions stomacales pneumococciques nous expliquent maintenant les grandes hématoméses, qui, du vivant de notre malade, nous avaient tant intrigués sans qu'il nous fût possible d'en saisir la cause. Elles ne sont pas comparables à l'« *exulceratio simplex* » que je vous ai décrite

l'an dernier. L'exulceratio simplex est beaucoup plus étendue que l'érosion pneumococcique; elle est plus profonde; elle attaque la muscularis mucosæ, elle ulcère les artérioles sous-jacentes à la muscularis mucosæ et les grandes hématémèses qu'elle provoque viennent de l'ouverture du vaisseau. Nous n'avons trouvé rien de semblable dans les érosions pneumococciques du cas actuel; l'érosion respecte la muscularis mucosæ et les artérioles sous-jacentes. Par contre, tandis que l'exulceratio simplex est unique, ou du moins limitée à un nombre très restreint d'ulcérations, c'est par centaines qu'on compte les érosions pneumococciques. Le mécanisme de la gastrorragie paraît donc différent dans les deux cas. Une seule exulceratio suffit pour provoquer des hématémèses parfois mortelles; il faut des douzaines d'érosions pneumococciques pour donner un suintement sanguinolent qui, en fin de compte, aboutit à des hématémèses, elles aussi, considérables. Tel est l'état actuel de la question; il se peut qu'on trouve un jour ou l'autre des érosions pneumococciques aussi étendues et aussi profondes que l'exulceratio simplex; ne préjugeons pas, contentons-nous de décrire ce que nous avons vu.

En tout cas, l'érosion stomacale pneumococcique forme un chapitre nouveau à ajouter aux ulcérations de l'estomac et aux hématémèses qui en sont la conséquence. Je propose à l'ensemble de la lésion la dénomination de *gastrite ulcéreuse hémorragique pneumococcique*.

Par une singulière coïncidence, nous avons eu, en même temps, salle Saint-Christophe, un second malade qui présente les plus grandes analogies avec le précédent. C'était un homme de quarante-cinq ans, journalier, entré dans le service au sixième jour d'une pneumonie. Le début de la maladie avait été soudain. Cet homme, depuis quelque temps surmené, se réveilla brusquement vers minuit avec une douleur violente sous le mamelon gauche; presque aussitôt apparut un frisson intense qui dura une heure environ. Dans la nuit survinrent des vomissements alimentaires et bilieux. Le lendemain, la douleur fut aussi vive,

la fièvre ardente, la toux apparut et le malade eut encore quelques vomissements bilieux. Le jour suivant, il appliqua un large vésicatoire sur le point douloureux; la toux devint de plus en plus pénible et l'expectoration prit le caractère de crachats rosés et visqueux.

Quand le malade entra à l'Hôtel-Dieu, au sixième jour de la pneumonie, la température était à 39°9, la respiration à 40, le pouls à 115. Les crachats étaient sucre d'orge, adhérents, franchement pneumoniques. On constatait les signes suivants : à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, matité, exagération des vibrations thoraciques, souffle tubaire et râles crépitants de retour. A la périphérie de cette zone hépatisée et dans le reste du poumon, râles de bronchite. Du côté droit, à la base du poumon, matité, diminution des vibrations et du murmure vésiculaire. La dyspnée est telle, que l'auscultation du cœur est impossible. Le malade n'a pas de délire; les urines sont légèrement albumineuses. Le diagnostic était donc le suivant : pneumonie lobaire gauche, congestion pneumonique droite. On applique des ventouses scarifiées, on prescrit l'antipyrine, la potion de Todd, la lactose et le régime lacté.

Dans la journée apparaissent des symptômes abdominaux, diarrhée, douleurs et tympanisme du ventre. Cet épisode abdominal s'accroît le lendemain, si bien que nous pensons à l'entrée en scène d'une péritonite pneumococcique. De plus, le malade se plaint d'une douleur au poignet gauche.

Le surlendemain, huitième jour de la pneumonie, l'état du poumon semble s'améliorer; la dyspnée est moins intense, la fièvre est moins vive, le souffle pulmonaire est en pleine décroissance, mais, par contre, l'état abdominal a empiré; le ventre est tympanisé, très douloureux surtout au creux épigastrique et au flanc droit; le malade a eu, dans la nuit, un vomissement abondant et deux selles diarrhéiques. Le diagnostic de péritonite pneumococcique est certain.

Pendant que l'état abdominal s'aggrave, l'arthrite et les synovites pneumococciques du poignet gauche s'accroissent, le poignet devient fort douloureux, les téguments sont