

CLINIQUE MÉDICALE

DE

L'HOTEL-DIEU

II

1897-1898

PREMIÈRE LEÇON

EXULCERATIO SIMPLEX

HÉMATÉMÈSES FOUDROYANTES GUÉRIES
PAR INTERVENTION CHIRURGICALE

MESSIEURS,

Je vais consacrer trois leçons à l'étude d'une lésion de l'estomac à laquelle j'ai donné le nom d'*exulceratio simplex*, pour la distinguer de l'*ulcus simplex* de Cruveilhier, dont elle n'est peut-être que le stade initial. Suivant mon habitude, je commencerai par vous parler de nos malades; il me sera plus facile ensuite de vous retracer l'histoire complète de l'*exulceratio simplex*.

Le 13 novembre 1896, on apportait dans mon service de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, n° 12, à cinq heures du soir, un garçon de vingt-sept ans, tellement pâle qu'il donnait au premier abord l'impression d'un homme en proie à de grandes hémorragies. Il raconta d'une voix affaiblie à mes chefs de clinique, MM. Charrier et Rénon, qu'il venait d'avoir plusieurs vomissements de sang suivis de selles

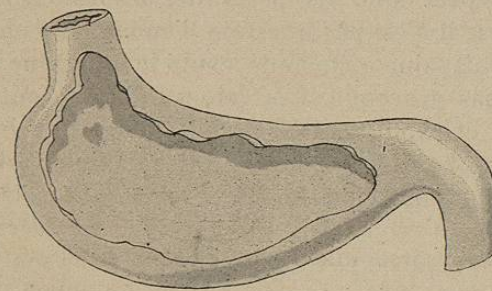
Les figures intercalées dans cet ouvrage sont dues au Dr P. BONNIER, qui avait déjà fait les figures du « Manuel de Pathologie interne », du Professeur DIEULAFOY.

abondantes et sanguinolentes. La première hématomèse, accompagnée de douleurs à l'estomac, était survenue, disait-il, dans la matinée, au moment où il faisait un effort pour soulever une lourde charge de papiers. Il évaluait à deux ou trois litres la quantité de sang vomi; et, à supposer que son évaluation fût exagérée, la décoloration des téguments, la faiblesse du pouls, le refroidissement des extrémités, tout indiquait que les hémorragies avaient dû être extrêmement abondantes. Bien que ces hématomèses n'eussent été précédées d'aucun des signes classiques de l'ulcère simple de l'estomac, on s'arrêta néanmoins, après interrogatoire du malade, à l'idée d'un ulcère latent en voie d'évolution. Ce jeune homme ne présentait aucun signe de cirrhose, aucun signe de précirrhose; il n'y avait donc pas lieu de penser ici aux hématomèses qui sont parfois tributaires de la rupture de varices œsophagiennes chez les cirrhotiques. D'autre part, rien n'indiquait l'existence d'un cancer stomacal, et, du reste, le cancer de l'estomac, à moins qu'il ne soit greffé sur un ulcère, ne provoque jamais d'aussi abondantes hématomèses. Il fallait donc s'en tenir, je le répète, au diagnostic d'hématomèses consécutives à l'évolution latente d'un ulcère simple de l'estomac, chose qui n'est pas rare, il s'en faut. On eut recours aux diverses médications usitées en pareil cas. Le malade fut maintenu au lit dans une immobilité absolue, avec sachets de glace sur le ventre; on pratiqua des injections d'ergotine et on prescrivit des boissons glacées acidulées. Malgré cette médication, les hématomèses reparurent dans la nuit avec une violence telle que, le lendemain matin, deux cuvettes étaient presque remplies de sang noirâtre, fluide ou en caillots. Cette fois, comme la veille, les hématomèses avaient été suivies de méléna.

Non seulement le diagnostic d'ulcus stomacal paraissait s'imposer, mais il semblait évident que l'ulcère, dans son évolution, avait dû ouvrir une artère importante; on ne pouvait expliquer autrement l'abondance de ces hématomèses. On verra dans un instant si ce diagnostic devait se vérifier. En défalquant du liquide vomi ce qui pouvait être mis sur le compte des boissons, les caillots permettaient

d'estimer à deux litres la quantité de sang rendu pendant la nuit. L'évaluation du sang perdu la veille étant sensiblement la même, on pouvait affirmer, sans crainte de se tromper, que cet homme venait de perdre environ quatre litres de sang en moins de vingt-quatre heures. Tout indiquait du reste l'extrême gravité de la situation, gravité telle qu'il eût paru téméraire de tenter une intervention chirurgicale. Je le croyais du moins; mais, depuis lors, on le verra plus loin, j'ai changé d'avis. On pratiqua dans les veines une injection d'un litre et demi de sérum artificiel. Sous l'influence de cette médication, on obtint une légère amélioration, mais, à une heure de l'après-midi, survint une nouvelle hématomèse évaluée à un litre de sang, et le malade mourut en pleine hémorragie, ayant perdu quatre à cinq litres de sang en moins de trente heures.

Voici les résultats de l'autopsie: L'aspect extérieur de l'estomac est normal, à l'exception d'une tache ecchymotique, près de la grosse tubérosité, à 2 centimètres du cardia. Il y a quelques adhérences au niveau de l'épiploon hépatique et de l'épiploon gastro-splénique. Après avoir ligaturé le cardia et le pylore, on incise l'estomac, il contient un demi-litre de sang, mais grande est notre surprise de ne pas y trouver l'ulcère simple auquel on s'attendait. La muqueuse stomacale est lavée avec soin, et c'est alors qu'on découvre, à 2 centimètres du cardia, une *exulcération* très superficielle, circulaire, ayant presque la dimension d'une pièce de cinq francs.

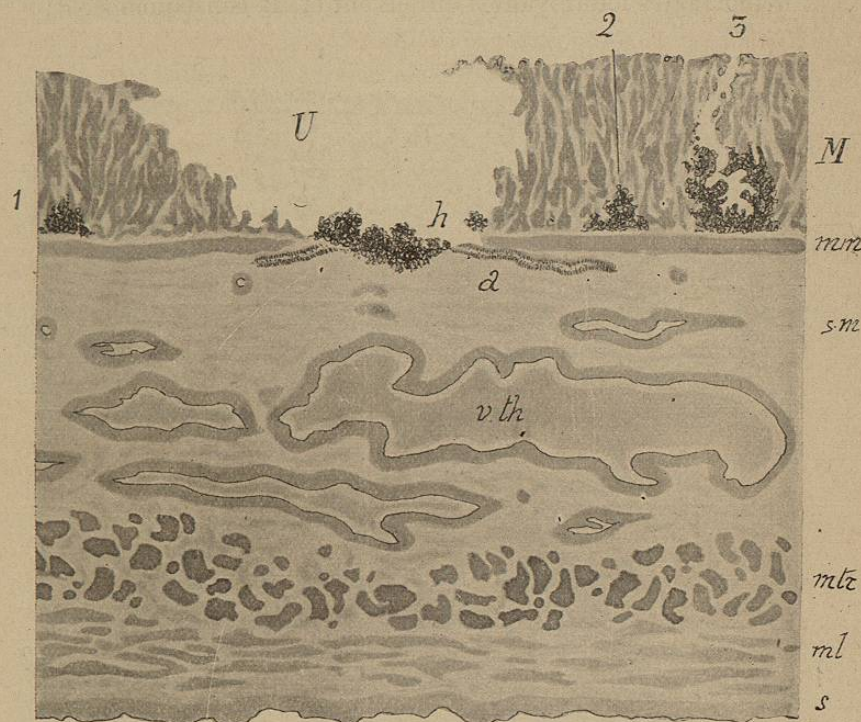


Il vous est facile de constater sur la figure ci-jointe l'exulcération superficielle et étalée.

Rien ici ne rappelle la description anatomique classique de l'ulcus simplex de Cruveilhier. Les bords de l'exulcération ne sont ni indurés, ni saillants; ils délimitent néanmoins assez nettement la perte de substance de la muqueuse. La paroi de l'estomac a conservé toute sa souplesse. Le fond de l'exulcération est d'un gris blanchâtre; on y constate deux ou trois petites taches ecchymotiques et deux érosions cratériformes. L'une de ces érosions laisse voir une petite artériole béante, dans laquelle on peut introduire la pointe d'une épingle. Tous ces détails se précisent plus nettement à la loupe. Le reste de la muqueuse stomacale est dans un état d'intégrité parfaite, ainsi que la muqueuse du duodénum et de l'œsophage.

Les préparations histologiques faites par mon chef de laboratoire, M. Caussade, nous ont permis de reconstituer en détail les lésions de cette exulcération. On y voit que l'exulcération est tellement superficielle qu'elle n'a entamé que la tunique muqueuse avec sa muscularis mucosæ; encore même, la muscularis mucosæ n'a-t-elle cédé que par places. Toutes les autres tuniques de l'estomac sont indemnes, elles ne présentent aucune trace, aucun reliquat d'inflammation aiguë ou chronique. Sur l'une des petites érosions cratériformes, due à la disparition de la muscularis mucosæ, apparaît l'artériole béante, origine des hémorragies mortelles. Les tuniques de cette artériole, branche de l'artère coronaire stomacale, ne sont atteintes ni de périartérite, ni d'endarterite; on ne peut donc pas incriminer des lésions artérielles préexistantes; il n'est pas question d'endarterite oblitérante, l'artériole était saine quand elle a subi le processus ulcéreux, elle ne l'a pas provoqué. Les veines voisines sont dilatées, thrombosées, et expliquent les taches d'aspect ecchymotique signalées plus haut. En résumé, au lieu de l'ulcus simplex de Cruveilhier, que nous pensions trouver à l'autopsie de notre malade, nous n'avons découvert qu'une exulcération très superficielle et étalée. Cette exulcération, dans son processus aigu, avait rencontré une artériole sous-jacente à la tunique muqueuse, les parois de l'artériole avaient été détruites et alors, avaient éclaté les grandes hématémèses suivies de mort.

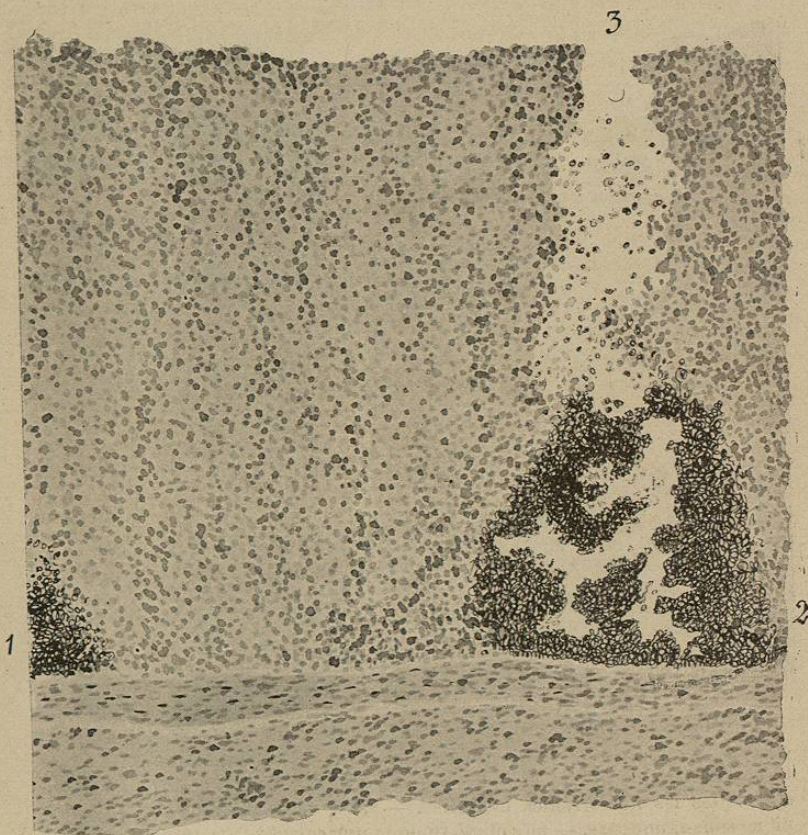
La préparation histologique reproduite sur la figure ci-jointe vous montre en détail l'exulcération et les parties saines avoisinantes :



U, exulcération formée aux dépens de la tunique muqueuse M et de la muscularis mucosæ mm. — a, artériole sous-muqueuse détruite au point h où se trouvent une quantité de globules rouges en amas; c'est à ce niveau que se sont faites les hémorragies mortelles. — v, th, veine thrombosée. — sm, tunique sous-muqueuse. — mtr et ml, tunique musculaire. — s, tunique séreuse. — 1, 2 et 3, abcès miliaires situés dans la profondeur de la muqueuse.

Dans la planche suivante, vous allez voir, à un plus fort grossissement, les petits amas situés dans la profondeur de la muqueuse. Ces petits amas, ces abcès miliaires, en se faisant jour à la surface de la muqueuse, dans la cavité stomacale, ont formé des brèches, des pertuis qui ont laissé la muscularis mucosæ à découvert; ce qui a permis au suc

gastrique d'attaquer cette *muscularis mucosæ* ainsi que les artérioles qui rampent à sa profondeur. On peut ainsi reconstituer la pathogénie de l'exulcération et la pathogénie des hémorragies foudroyantes qui en ont été la conséquence.



Tunique muqueuse avec sa *muscularis mucosæ*. — 1, abcès miliaire en formation dans la profondeur de la muqueuse au-dessus de la *muscularis mucosæ*. — 2, abcès miliaire ouvert à travers la tunique muqueuse, et se faisant jour dans la cavité stomacale au point 3.

Peut-être serez-vous surpris qu'une exulcération si superficielle et qu'une artériole d'apparence si minime aient été la cause d'hématémèses aussi terribles. Mais on juge mal,

sur des pièces anatomiques, le calibre d'une artériole vide. Les artérioles de l'estomac, même celles qui sont fort superficielles et qui ne sont séparées de la tunique muqueuse que par la *muscularis mucosæ*, ces artérioles, toutes superficielles qu'elles sont, ont un calibre relativement volumineux : elles égalent la dimension des artères collatérales du petit doigt ; vous pouvez le constater sur les pièces que je mets sous vos yeux et qui m'ont été préparées à cet effet par mon ancien interne, M. Marion. En voyant l'importance de ces artérioles sous-muqueuses de l'estomac, vous comprendrez fort bien que l'ulcération d'une de ces artérioles puisse provoquer des hémorragies rapidement mortelles.

Bref, notre malade avait succombé à des hémorragies stomacales provoquées par l'ouverture d'une artériole, au cours d'une exulcération très superficielle de l'estomac. Cette exulcération avait évolué d'une façon latente et rapide ; ce qui me fait dire que l'évolution avait dû être rapide, c'est qu'on ne trouvait, sur nos préparations, que des traces de lésion récente. L'exulcération n'avait entamé que la tunique muqueuse ; peut-être aurait-elle poursuivi son chemin ; peut-être aurait-elle abouti à l'ulcus simplex confirmé, si le processus ulcéreux n'avait été brusquement interrompu par des hématémèses mortelles. Telle est l'hypothèse qui me parut la plus vraisemblable et je fis publier par mes élèves cette intéressante et instructive observation. Toutefois, en voyant cette lésion stomacale si superficielle, si nettement limitée, j'ai été pris de regrets poignants ; je me suis dit que l'intervention chirurgicale aurait pu sauver la vie de cet homme qui avait succombé malgré le traitement médical, malgré 1,500 grammes de sérum injecté dans la veine et je me suis bien promis, au cas échéant, d'agir en conséquence, bien décidé à saisir l'occasion dès qu'elle se présenterait.

Cette occasion s'est présentée, et voici dans quelles circonstances. Le 7 octobre 1897, à onze heures du soir, un jeune garçon de vingt-deux ans rentrait tranquillement chez lui, ayant dîné de bon appétit, quand il fut pris, au coin de la rue des Ecoles et de la rue de la Montagne-Sainte-Genève,

de malaise et de nausées; bientôt après il vomit à pleine bouche des flots de sang. « Je dois avoir vomi, nous disait-il, un ou deux litres de sang, car c'était une vraie mare sur le trottoir. » Il rentre chez lui fort affaibli, il se couche et passe une bonne nuit. Le lendemain, il se lève, il sort et « pour se donner des forces » il fait des repas copieux et mange de la viande en quantité. Rien de nouveau dans la journée; mais, la nuit suivante, vers deux heures, il est pris de vomissements de sang analogues à ceux de l'avant-veille. Le sang vomi était brunâtre, liquide et en caillots. Le surlendemain 9 octobre et les jours suivants, ce garçon n'éprouve aucun symptôme gastrique, ni douleurs, ni vomissements, mais il est extrêmement faible, incapable de tout travail et « pour se remonter » il continue à manger des viandes saignantes et à boire du vin.

Se sentant plus malade, il vient à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du mercredi 13 octobre. En le voyant, le lendemain matin, je suis frappé de la décoloration de la peau et des muqueuses; les lèvres et les gencives sont blanches, le pouls est petit; la température est supérieure à la normale, elle atteint 38 degrés; le malade accuse une très grande faiblesse; il me fait le récit de ses hématoméses et il m'est possible de constater qu'il n'est pas loin de la vérité quand il affirme avoir perdu trois à quatre litres de sang, car la numération de ses globules ne donne que 1,600,000 globules rouges par millimètre cube, au lieu de 5 millions, chiffre normal. Bien que n'ayant pas constaté les hémorragies, il s'agissait de faire un diagnostic, il fallait savoir quelles avaient été la cause et l'origine de ces hémorragies. Il était évident d'abord que ce garçon avait eu des hématoméses et non des hémoptysies, car le sang avait été vomi à flots, avec d'énormes caillots, sans la moindre toux, et les poumons étaient absolument sains. Il était évident, d'autre part, que ces hématoméses n'étaient pas dues à la rupture de varices œsophagiennes d'origine cirrhotique, cet homme n'ayant aucun signe de cirrhose ou de précirrhose. Il fallait donc admettre chez lui l'existence d'une lésion stomacale; cette lésion n'était certainement pas un cancer, et du reste le can-

cer ne s'annonce jamais par d'aussi violentes gastrorragies¹; restait l'ulcère simple, cette source si fréquente des grandes hématoméses.

Ce jeune homme, il est vrai, n'avait jamais eu les symptômes classiques de l'ulcus stomacal; il n'avait eu ni les violentes douleurs xyphoïdienne et rachidienne accrues par l'ingestion des aliments, ni l'intolérance stomacale et les vomissements acides, enfin la palpation de l'estomac que je pratiquai avec ménagement était indolente; mais nous n'en sommes plus à compter les cas où l'ulcus simplex de l'estomac évolue d'une façon absolument *latente*, jusqu'au jour où il révèle sa présence par une perforation subite ou par une hématomèse foudroyante.

J'émis donc l'opinion que notre malade était atteint d'un ulcère de l'estomac à évolution latente. Peut-être, ajoutai-je, n'a-t-il qu'une simple *exulcération* comparable à celle du malade que nous avons perdu l'année précédente; et, hanté que j'étais par le souvenir de cet homme, dont je vous parlais il y a quelques instants, c'est à ce dernier diagnostic que je donnai la préférence. Aussitôt, l'idée de l'intervention chirurgicale me vint à l'esprit; nous n'avions pas sauvé le premier malade malgré des injections intra-veineuses de 4,500 grammes; il ne fallait pas, faute de décision, laisser mourir le second. Mais j'éprouvai, malgré tout, quelque hésitation; avais-je bien le droit de livrer cet homme à une grande opération, et n'était-il pas encore possible de le sauver sans recourir à un moyen aussi radical? Deux opinions tiraillaient en sens contraire ma conscience médicale. Je me disais, d'une part, que ce garçon ayant eu des hématoméses presque foudroyantes et ne possédant plus que 1,600,000 globules rouges, pouvait être pris, d'un instant à l'autre, d'une nouvelle hématomèse, qui, elle, serait mortelle, et je ne me consolerais jamais de n'avoir pas essayé de lui sauver la vie en le faisant opérer. D'autre part, me disais-je, voilà sept jours que les hématoméses n'ont pas reparu; la lésion hémorragipare est peut-être en voie de

1. Dieulafoy. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1896-1897, p. 265.

guérison, l'artériole source de l'hémorragie est peut-être solidement oblitérée; ne pourrait-on pas se contenter d'un traitement médical bien approprié? Car, après tout, nous ne manquons pas d'exemples d'hématémèses abondantes survenues au cours de l'ulcus simplex et ayant guéri sans opération. Ceux-là comprendront mes hésitations, qui ont eu à prendre une décision dans des circonstances analogues. J'essayai de gagner du temps, je recommandai le repos absolu, je prescrivis le régime lacté additionné d'eau de chaux cocaïnée; mais l'estomac, devenu intolérant, s'accommoda mal de ce régime, et, plusieurs fois dans la journée, le malade rendit son lait en caillots. On profita du liquide vomi pour en faire l'analyse et on put constater que la quantité d'acide chlorhydrique était légèrement *inférieure* à la normale. Le lendemain et le surlendemain, 14 et 15 octobre, le même régime fut continué et aussi mal toléré; le malade éprouva des vertiges, et, ayant voulu se lever, il eut une défaillance; de nouveaux accidents se préparaient.

Le samedi matin, 16 octobre, en arrivant à l'Hôtel-Dieu, on me montra une cuvette contenant un litre et un tiers de sang liquide et en caillots, exactement mesuré. Le malade avait été pris dans la nuit d'une hématémèse soudaine et considérable, comparable par sa brusquerie et par son intensité aux hématémèses qu'il avait eues quelques jours avant, dans la soirée du 7 octobre et dans la nuit du 9 octobre. Je trouvai le malade d'une pâleur cadavérique, assoupi, anéanti. Le pouls était comme vide. Cette fois, il n'y avait plus d'hésitation possible, il n'y avait pas un instant à perdre; une nouvelle hémorragie pouvait survenir et le malade succomberait sûrement, comme était mort l'année précédente notre homme du 14 novembre. En l'absence de M. Duplay, qui n'était pas encore arrivé à l'Hôtel-Dieu, je priai son chef de clinique, M. Cazin, de vouloir bien se rendre sans tarder à mon appel; je lui montrai le malade et lui demandai d'intervenir séance tenante.

M. Cazin jeta sur le malade un coup d'œil peu rassuré: L'opération, me dit-il, sera longue et laborieuse; ne pourriez-vous pas remonter un peu le malade avant de nous le

donner à opérer? — Si je pouvais le remonter, lui répondis-je, je n'aurais pas recours à vos bons offices, et c'est parce que nos ressources médicales sont impuissantes que je demande avec instance l'intervention chirurgicale. L'opération fut faite aussitôt. Une incision de 12 centimètres, parallèle au rebord des fausses côtes du côté gauche, met à découvert la cavité péritonéale. On dégage l'estomac en partie caché sous les fausses côtes, on l'attire au dehors, on l'examine minutieusement, il est sillonné de veines turgescentes, mais tout paraît normal; on ne découvre rien, ni à la vue, ni au toucher, qui soit l'indice de la moindre lésion; pas d'ecchymose, pas d'adhérences, pas d'induration. Il y eut un moment d'hésitation et on se demanda un instant s'il y avait lieu d'ouvrir un estomac qui, d'après l'examen extérieur, paraissait absolument sain.

Néanmoins, le diagnostic d'exulcération stomacale ayant été porté, l'opération fut continuée et on put constater une fois de plus l'alliance bienfaisante de la précision du diagnostic médical et de l'intervention chirurgicale bien conduite. On refoula dans l'intestin le contenu de l'estomac, et une pince à mors, garnie de caoutchouc, fut placée à peu de distance du pylore, pour éviter le reflux du contenu de l'intestin. Une incision de 10 centimètres fut pratiquée sur la face antérieure de l'estomac parallèlement aux courbures, un peu plus près de la petite courbure que de la grande courbure, et l'opérateur retourna l'estomac comme un doigt de gant, de façon à rendre l'exploration facile. L'estomac était vide, il ne contenait ni sang ni liquide; quant à l'ulcère simple de Cruveilhier, cet ulcère qui saute aux yeux quand il existe, il n'y en avait pas. A s'en tenir à ce premier examen, on eût pu croire que l'opération avait été indûment conseillée. Mais l'exemple que nous avons eu l'année précédente ne devait pas être perdu et veuillez ne pas oublier que c'est surtout l'*exulceratio simplex* que j'avais eu en vue en faisant opérer notre malade. M. Cazin, au moyen de tarlatane stérilisée, éponge avec le plus grand soin la muqueuse stomacale, et alors apparaît une tache cruorique ayant la dimension d'une pièce de cinquante cen-