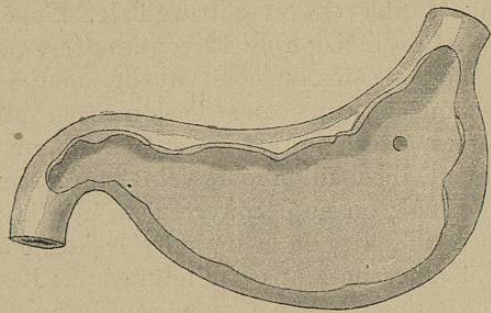


times, siégeant sur la muqueuse de la face postérieure, non loin de son extrémité supérieure, ainsi que vous pouvez le voir sur la figure ci-jointe.



Cette surface exulcérée ayant été légèrement frottée avec un tampon, l'hémorragie reparut aussitôt sur l'étendue d'une pièce de 5 francs. On tenait donc le corps du délit : ce n'était pas l'ulcère simple, en pleine évolution, à bords durs et surélevés, à fond excavé, c'était bien l'exulceratio simplex, à fleur de muqueuse, se dérochant à qui n'est pas prévenu et comparable à l'exulcération qui avait entraîné la mort de notre premier malade.

A l'aide de points transmuqueux au catgut, la muqueuse, dans tout le territoire saignant et même au delà, est enfoncée dans une sorte de pli, étroit par les anses des fils. On s'assure que l'hémostase est obtenue, puis on ferme la plaie stomacale avec trois plans de suture : le plus profond, musculo-muqueux, en surjet, au catgut ; le deuxième, musculo-séreux, et le troisième, séreux, en points séparés à la soie. La suture de la paroi abdominale est faite au fil d'argent.

Au moment de l'opération, qui a duré trois quarts d'heure, M. Cazin avait eu soin d'injecter 1,500 grammes de sérum dans une veine du pli du coude. La journée est excellente, sans nausées, sans vomissements ; le malade prend quelques gorgées d'eau et de champagne ; on donne deux lavements de peptone ; on pratique dans la nuit une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum. Le lendemain de l'opération, 17 octobre, la température est normale, le pouls est à 120 : deux lavements de peptone ; 500 grammes de sérum

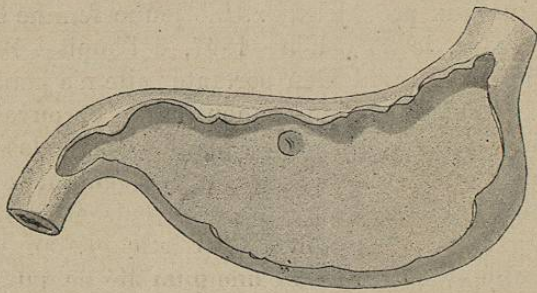
en injection ; eau et champagne comme boisson ; pas le moindre vomissement. Le lundi 18 octobre, état excellent, pouls à 116 ; trois lavements de peptone ; 500 grammes de sérum ; lait, eau et champagne ; garde-robe normale.

Les jours suivants, l'amélioration s'accroît graduellement, le pouls s'abaisse à 92 ; l'alimentation consiste en deux et trois litres de lait avec des œufs ; les lavements de peptone sont continués. Le teint et les muqueuses du malade commencent à se colorer ; les globules rouges augmentent en quelques jours de 1,600,000 à 2,700,000, ainsi que le constate mon chef de laboratoire M. Apert. Le dimanche 24 octobre, neuvième jour après l'opération, la plaie abdominale est complètement cicatrisée et on retire les fils. Les jours suivants, l'alimentation est plus abondante ; on donne journellement trois litres de lait, des potages, six œufs et de la purée de pommes de terre. Vingt jours après l'opération, on prescrit la viande, le pain et le vin associés au régime lacté ; les fonctions de l'estomac sont irréprochables. Notre homme a une faim vorace, il se colore, il engraisse et il quitte l'hôpital, complètement guéri, cinq semaines après l'opération, avec le désir d'aller faire au dehors des repas plus copieux. A ce moment, les globules rouges atteignent presque 4,000,000. Nous avons revu ce jeune garçon quelques mois plus tard ; il était en parfaite santé.

Passons à une troisième observation que je dois à l'extrême obligeance de M. Michaux, et qui, vous allez le voir, est identique aux précédentes : Une jeune femme de vingt-trois ans entre, le 25 octobre 1897, à l'hôpital Broussais. Elle est habituellement bien portante ; elle n'a jamais eu ni douleurs gastriques ni vomissements ; elle éprouvait cependant, depuis quelque temps, ce qu'elle appelle des crampes à l'estomac. Le 20 octobre, bien que se sentant souffrante, elle se rend au lavoir pour travailler, mais elle est bientôt prise de vertiges, elle rentre chez elle et, en quelques minutes, elle se met à vomir une quantité de sang qu'elle évalue à deux litres environ. L'hématémèse est suivie de mélæna. On prescrit l'ergotine, la glace, le régime lacté et le repos absolu. Dans la nuit du 22 octobre et dans la jour-

née du 23 octobre, nouvelles hématoméses et mélæna. Cette femme entre à l'hôpital le 25 octobre; elle a perdu une telle quantité de sang que la peau et les muqueuses sont absolument décolorées; elle a la fièvre; le pouls est à 130, la température est à 39. Malgré le traitement, injections de sérum, ergotine, application de sachets de glace, de nouvelles hématoméses reparaissent. Devant l'imminence du péril, M. Michaux se décide à intervenir, convaincu que l'hémorragie stomacale est due à un ulcère simple de l'estomac, et l'opération est faite le 26 octobre. L'estomac est ouvert et exploré avec soin, mais quelle n'est pas la surprise du chirurgien de *ne pas y trouver* l'ulcère simple sur lequel on comptait; pas d'adhérences, pas d'induration, les parois de l'estomac sont souples, la muqueuse ne saigne en aucun point. La malade est dans un tel état de faiblesse que, par une sage mesure de prudence, on termine l'opération. Les jours suivants, la situation s'aggrave, l'élévation de température persiste, la malade est prise de subdelirium et d'agitation, les grandes hématoméses ne se reproduisent pas, mais on constate du mélæna, preuve que la lésion qui cause l'hémorragie persiste toujours. La mort survient le 31 octobre.

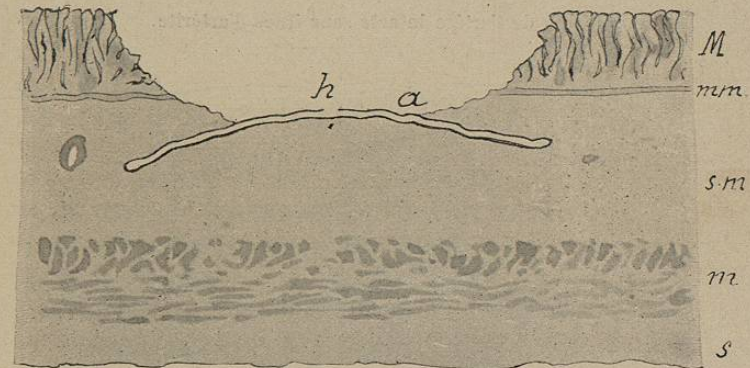
Avec une libéralité dont je ne saurais trop le remercier, M. Michaux a bien voulu me livrer les pièces anatomiques. Sur la muqueuse stomacale, et en partie cachée dans les plis de l'estomac, existe, ainsi que vous le voyez sur cette



figure, une exulcération circulaire, superficielle, qui devient surtout apparente quand on a déplié la muqueuse.

Cette exulcération, qui n'a entamé que la muqueuse, égale à peine la dimension d'une pièce de 2 francs. A son centre est une petite érosion cupuliforme traversée par une artériole ouverte, détail qu'on ne voit vraiment bien qu'à la loupe. Autour de l'exulcération, qui rappelle en tous points l'*exulceratio simplex* à laquelle avait succombé mon malade du 14 novembre, existent quelques petites taches d'apparence ecchymotique.

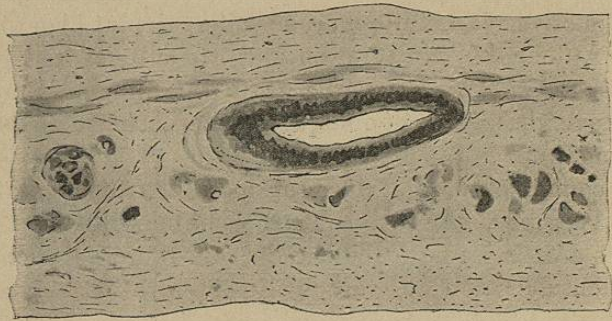
Des coupes en série, faites par mon chef de laboratoire, M. du Pasquier, ont permis de reconstituer la lésion dans tous ses détails. La figure ci-dessous vous représente schématiquement dans son ensemble cette exulcération stomacale.



On y voit que l'exulcération s'est faite aux dépens de la tunique muqueuse M, avec sa muscularis mucosæ mm; les autres tuniques de l'estomac, la sous-muqueuse sm, la musculéuse m, la séreuse s, sont absolument saines: l'artériole superficielle a, qui s'avance en biais, est érodée sur une partie de sa circonférence h.

La lésion de l'artériole, cause des hémorragies, est mise en évidence dans les figures ci-dessous. L'artère est saine, *il n'y a pas trace d'artérite*; on voit l'artère se rapprocher de plus en plus de la tunique muqueuse, jusqu'au moment où ses parois sont elles-mêmes attaquées par le processus ulcéreux. L'artère, ainsi qu'on le voit dans la troisième des figures suivantes, n'est détruite que sur le segment de sa

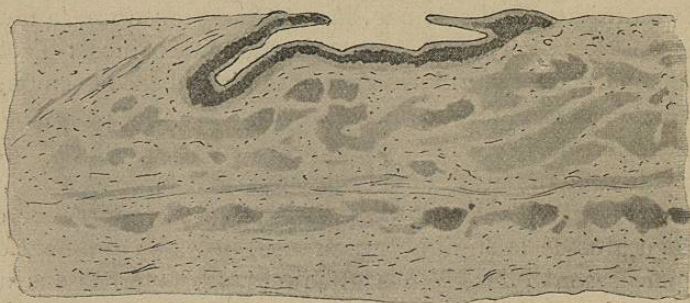
circonférence qui confine au territoire ulcéré; son ouverture est latérale et béante dans la cavité stomacale.



Coupe de l'artère intacte sans trace d'artérite.



Coupe de l'artère au moment où elle confine à la surface exulcérée.



Coupe de l'artère au moment où ses parois, abrasées par le processus ulcéreux, s'ouvrent dans la cavité stomacale.

Chez la malade de cette observation, comme chez notre malade qui avait succombé le 14 novembre à ses hématomèses foudroyantes, il s'agit donc, on vient de le voir, d'une exulcération simple et superficielle, *exulceratio simplex*, sans lésions vasculaires préalables, exulcération ayant détruit la muqueuse, la muscularis mucosæ et ayant provoqué des hématomèses foudroyantes par l'érosion de l'une des artérioles superficielles qui rampent au-dessous de la muscularis.

Veillez écouter cette autre observation que M. Brault a bien voulu me communiquer¹; vous allez voir qu'elle est comme calquée dans tous ses détails sur les observations précédentes : Une jeune fille de vingt ans, domestique, bien constituée, n'ayant jamais été malade, n'ayant jamais souffert de l'estomac, entre dans le service de M. Brault, le 14 décembre 1897. L'avant-veille, au moment de dîner, elle avait éprouvé un grand malaise et avait vomi une quantité de sang. Trois nouvelles hématomèses s'étaient répétées le lendemain lundi et le surlendemain mardi. Ce même jour, elle entre à l'hôpital et le vomissement de sang reparait le soir à huit heures. Le mercredi à midi, violente hématomèse avec caillots. La température est à 38,4, le pouls est à 140, les battements du cœur sont précipités. On pratique une injection de 500 grammes de sérum. Interrogée sur ses antécédents, la malade ne se rappelle avoir éprouvé aucun symptôme gastrique important, pas de douleurs stomacales, pas de vomissements, appétit normal. Les jours suivants, la température, toujours fébrile, oscille entre 38,5 et 39,5. On continue les injections de 500 grammes de sérum, on fait des applications de glace sur le ventre. Une tuméfaction passagère et sans conséquence apparaît à la région parotidienne gauche. Les hématomèses ne se reproduisent pas, mais l'hémorragie stomacale n'est pas tarie, à en juger par le mélæna; plusieurs fois on constate des selles abondantes entièrement composées de sang. La température atteint 40 degrés; la malade est de plus en plus faible, anéantie.

1. Cette observation est consignée dans la thèse de M. Dufour : *Hématomèses infectieuses*. Paris, 1898.

Le 28 décembre, on pratique une injection intra-veineuse de 1500 grammes de sérum, mais malgré ce traitement la malade succombe dans la journée.

A l'autopsie, tous les organes sont sains, sauf l'estomac. A l'incision de l'estomac, on constate à la partie moyenne de sa face postérieure un cas type d'*exulceratio simplex*. L'exulcération a la dimension d'une pièce de 50 centimes, elle est souple et par conséquent récente, elle est régulièrement circulaire, très superficielle; ses bords, sans aucune trace d'induration, s'élèvent à peine au-dessus de la sous-muqueuse. L'examen histologique pratiqué par M. Brault fait voir que la tunique muqueuse est seule entamée. A ce niveau, toutes les glandes sont détruites. En faisant des coupes en série, on découvre l'origine de l'hémorragie mortelle; c'est une artériole d'un certain calibre, s'avancant en biais des parties profondes et venant s'ouvrir au centre même de l'exulcération. La lésion est donc de tous points identique aux lésions que j'ai figurées sur les planches ci-dessus. Le processus qui a ulcéré l'artère est récent, les parois du vaisseau ne présentant pas trace d'endartérite ancienne. Autour de l'exulcération, les glandes stomacales sont disjointes par des infiltrations de cellules lymphatiques, infiltrations qui se retrouvent également sur des fragments de la muqueuse gastrique prélevés à distance de la surface ulcérée. Dans la zone ecchymotique de la face postérieure de l'estomac, l'examen histologique fait percevoir des suffusions sanguines et des dilatations vasculaires entre les glandes.

J'ai encore, Messieurs, quelques autres observations à vous citer, veuillez les écouter; c'est une bonne fortune pour nous, d'avoir pu réunir, en si peu de temps, une dizaine de cas identiques, c'est en accumulant ces observations qu'il me sera possible de vous retracer l'histoire clinique et anatomopathologique de l'*exulceratio simplex*.

M. Gilbert a eu l'obligeance de me communiquer les deux cas suivants: Pendant un remplacement qu'il faisait à l'hôpital Beaujon, en 1890, il avait dans son service une femme présentant les signes classiques de l'ulcus stomacal: douleurs

gastriques, vomissements, hématomèses. Les hémorragies dominaient la scène, et la malade mourut un jour à la suite d'une hématomèse foudroyante. L'élève chargé de l'autopsie revint en disant: « Il n'y a pas d'ulcère dans l'estomac ». M. Gilbert, convaincu que cette femme avait succombé à l'ulcère de Cruveilhier, examina de près la pièce anatomique; il put se convaincre, en effet, qu'il n'y avait pas d'ulcus stomacal, au vrai sens du mot, mais il découvrit une perte de substance très superficielle, n'ayant pas même la dimension d'une pièce de 50 centimes. Au centre de cette exulcération, on voyait nettement l'orifice béant d'une artériole, origine des hémorragies mortelles.

Il y a deux ans, à l'hôpital Broussais, M. Gilbert vit une autre malade dont l'histoire est comparable à la précédente. Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, ayant des hématomèses extrêmement abondantes. M. Gilbert se rappelant sa première malade, morte d'hématomèse foudroyante, demanda à M. Hartmann de vouloir bien se charger de l'opération. M. Hartmann pratiqua la laparotomie et incisa l'estomac avec l'idée qu'il allait trouver un ulcus simplex. Mais ne trouvant pas l'ulcère simple supposé, il termina son opération par la gastro-entérostomie. La malade succomba quelques jours plus tard. A l'autopsie, on crut au premier abord que l'estomac était sain, et ce n'est qu'en y regardant de près que M. Hartmann découvrit l'exulcération superficielle, source de l'hémorragie.

Voici encore une observation du même genre, publiée par M. G. Luys¹: Un homme de trente-cinq ans entre dans le service de M. Oulmont, le 5 août 1896, pour des douleurs gastriques qui durent depuis quelques semaines. Quoique n'ayant jamais été bien intenses, ces douleurs irradient à la région rachidienne et aux parois latérales du thorax. Le malade n'a eu ni vomissements, ni hématomèses, ni mélæna; il avoue avoir commis pendant plusieurs mois des excès de boissons. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, cet homme rend quelques filets de sang, et, dans l'après-

(1) G. Luys. *Bulletin de la Société anatomique*, 1896, p. 660.

midi, vers deux heures, il pâlit tout à coup, se couche et meurt en quelques instants sans même avoir eu de vomissements. On pratique l'autopsie. Ce qui frappe tout d'abord, à l'ouverture de l'abdomen, c'est l'énorme distension de l'estomac. On le ligature au cardia et au pylore, on l'enlève, on l'incise, et on le trouve rempli de sang noirâtre, fluide et caillé dont la quantité est évaluée au moins à deux litres. La surface extérieure de l'estomac ne présente rien d'anormal qu'une tache d'apparence ecchymotique de la dimension d'une pièce de 50 centimes, dans le voisinage du cardia. La situation de cette tache est en rapport avec des taches de même nature et des exulcérations qui affectent, sur la muqueuse de l'estomac, autour de l'orifice du cardia, une disposition rayonnante. L'examen histologique démontre que l'exulcération est très superficielle et tout à fait comparable aux exulcérations trouvées chez nos malades. La perte de substance ne s'est faite qu'aux dépens de la tunique muqueuse, y compris sa *muscularis mucosæ*. Le fond de l'exulcération est formé par une nappe hémorragique qui recouvre la tunique sous-muqueuse et qui s'est infiltrée assez loin entre ces deux tuniques. On n'a pas retrouvé l'ouverture de l'artériole, cause de l'hémorragie foudroyante. Il n'existe sur le bord de l'exulcération aucune trace d'infiltration embryonnaire pouvant faire penser que la lésion est ancienne. Les bords sont nettement taillés et tout fait supposer, dit M. Luys, que la lésion est de date récente.

MM. Lépine et Bret¹ ont publié une observation d'hématémèse mortelle produite par une légère exulcération de la muqueuse stomacale, qui peut prendre place à côté des cas que je viens de vous rapporter. Un homme de soixante-cinq ans, alcoolique, est atteint de troubles gastriques avec douleurs à l'estomac, vomissements alimentaires, hématémèses et mélena. Après repas d'épreuve, on ne constate pas d'acide chlorhydrique libre. La numération des globules rouges ne donne que 1,300,000. Le malade est très affaibli, cachectisé,

1. Lépine et Bret. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1893, p. 254.

il a des syncopes, et la mort survient après l'une de ces syncopes accompagnée d'hématémèse. On pratique l'autopsie. L'hémorragie stomacale a été tellement abondante que l'estomac, plus volumineux qu'à l'état normal, est presque complètement rempli de sang noir à demi coagulé. En regardant avec beaucoup d'attention, on distingue sur la muqueuse de l'estomac des petites exulcérations.

L'examen histologique d'une exulcération permet de constater les détails suivants : l'exulcération s'est faite aux dépens de la tunique muqueuse et le fond est formé par la tunique sous-muqueuse notablement épaissie ; à sa surface affleurent des artérioles, les unes perméables, les autres atteintes d'endartérite oblitérante. « L'étude histologique attentive des exulcérations, disent MM. Lépine et Bret, a permis de découvrir, sinon le point précis où s'est effectué l'hémorragie, au moins sa source évidente dans les lésions des artérioles qui affleuraient l'exulcération. »

Encore une observation, c'est la dernière ; elle a été publiée par M. Giraudeau et concerne, vous allez le voir, un cas type d'exulceratio simplex¹. Une femme étant morte d'hématémèses foudroyantes, ce n'est pas l'ulcus simplex, c'est une simple exulcération qui fut trouvée à l'autopsie, dont voici le résumé : Après avoir ouvert l'estomac et enlevé par un lavage sans frottement sur la muqueuse, le sang et les débris alimentaires qui y étaient contenus, on aperçut au fond du grand cul-de-sac trois ou quatre ecchymoses étoilées d'un à deux centimètres et demi de diamètre : l'une d'elles était exulcérée à son centre, et de cette petite érosion, partait un mince caillot encore adhérent par une de ses extrémités au fond de l'ulcération. Ces détails étaient encore plus apparents lorsqu'on examinait sous l'eau la muqueuse de l'estomac. C'était là le point de départ de l'hémorragie. On conçoit que le moindre frottement eût suffi pour détacher ce petit caillot et pour rendre difficile ultérieurement la découverte du vaisseau rompu.

1. Giraudeau. A propos de trois cas d'hématémèses infectieuses. *Journal des praticiens*, 1898, p. 83.

Au microscope, on constatait que l'exulcération ne dépassait pas la muscularis mucosæ et qu'en un point elle portait sur un rameau artériel relativement volumineux. La section du vaisseau était *incomplète* et sur les parois qui avaient résisté au processus ulcératif on ne trouvait *pas trace d'artère*. Au voisinage de ce vaisseau, on voyait quelques amas de leucocytes représentant de véritables abcès miliaires, avec nombreux microorganismes dont quelques-uns en chaînette.

Je viens de vous rapporter, Messieurs, l'histoire de huit malades atteints d'exulceratio simplex; j'aurai l'occasion de vous en citer deux autres cas, ce qui porte à dix le nombre de nos observations. Sur les huit malades dont je viens de vous parler aujourd'hui, sept ont succombé, et celui qui a guéri doit la vie à l'opération.

Ceci ne veut pas dire que tout malade atteint des grandes hématémèses de l'exulceratio soit voué à la mort s'il n'est pas opéré; nous discuterons les indications de l'intervention chirurgicale, quand il sera question du traitement. Pour le moment, nous voici en possession d'un nombre respectable d'observations qui nous permettent d'envisager la question sous toutes ses faces; j'essayerai donc maintenant d'assigner à la lésion dont je viens de vous parler, la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique, puis je m'occuperai du diagnostic et du traitement de cette petite, mais terrible lésion stomacale, l'« *exulceratio simplex* », c'est le nom que je vous prie de vouloir bien lui conserver.

DEUXIÈME LEÇON

EXULCERATIO SIMPLEX

DIAGNOSTIC ANATOMIQUE ET DIAGNOSTIC CLINIQUE

MESSIEURS,

Les nombreuses observations que je vous ai citées à notre dernière séance vont me servir aujourd'hui à retracer l'histoire de l'*exulceratio simplex*. Ces observations, à quelques nuances près, sont absolument semblables; partout évolution silencieuse ou presque silencieuse du mal, partout hémorragies terribles et souvent mortelles. Avant d'aborder le côté clinique et thérapeutique de la question, revenons un instant sur l'anatomie pathologique et voyons dans quel groupe de maladies de l'estomac il serait possible de classer cette lésion.

L'exulceratio simplex, ainsi que vous l'avez constaté sur les pièces anatomiques que je vous ai montrées, est généralement circulaire, parfois elliptique ou même étoilée; elle occupe souvent une assez large étendue, puisqu'elle atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes (deuxième observation personnelle); d'une pièce de 2 francs (observation de Michaux); d'une pièce de 5 francs (première observation personnelle). Il ne s'agit donc pas ici, du moins comme aspect, de ces petites érosions punctiformes, parfois très nombreuses,