

TROISIÈME LEÇON

EXULCERATIO SIMPLEX

TRAITEMENT MÉDICAL. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

MESSIEURS,

Après vous avoir décrit l'exulceratio simplex et les violentes hématomèses souvent mortelles qui en sont la conséquence, nous avons à débattre actuellement la question du traitement. En réalité, ce n'est pas l'exulceratio qui s'offre à notre traitement, car l'exulceratio évolue sournoisement, échappe d'habitude à notre contrôle et ne révèle le plus souvent sa présence que par les grandes hématomèses; c'est donc contre ces hématomèses que doivent être dirigés tous nos moyens d'action.

Laissez-moi vous rappeler une fois de plus comment les choses se passent : un individu, habituellement jeune, n'ayant eu antérieurement ni douleurs gastriques, ni troubles dyspeptiques, vierge en apparence de toute lésion stomacale, est pris à l'improviste de grand malaise, de vertiges, d'état nauséux, de pesanteur stomacale, et il vomit à flots un demi-litre, un litre et plus encore de sang liquide ou en caillots, mélangé ou non à des aliments. Cette grande hématomèse est suivie d'abattement, de défaillance, et plus tard, si l'on examine les premières gardes-robes rendues, on y

trouve du sang en quantité plus ou moins considérable; l'hématomèse est suivie de mélena. Rarement l'hématomèse de l'exulceratio tue du premier coup, mais il est bien rare d'autre part, qu'elle ne se renouvelle pas. Quelques heures plus tard, le lendemain, le surlendemain, apparaissent une deuxième, une troisième, une quatrième grande hématomèse, avec état vertigineux et syncopal, si bien qu'en vingt-quatre heures, en trente-six heures, en quarante-huit heures, le malade a vomi deux litres, trois litres, quatre litres de sang. Et quand vous êtes appelé auprès de ce malade, vous trouvez un individu anéanti, au teint blafard, aux muqueuses décolorées, à la voix éteinte. Le pouls est petit et accéléré; la température est souvent fébrile, elle atteint 38 degrés, 38°,5, 39 degrés; le malade n'éprouve aucune douleur, l'estomac est indolore à la palpation. Au moyen d'une sémiologie bien comprise, vous arrivez à établir votre diagnostic; vous éloignez l'idée d'hématomèses consécutives aux cirrhoses du foie, vous ne rejetez pas absolument l'idée d'un ulcus simplex à évolution latente, mais vous inclinez plus encore vers la grande hématomèse tributaire de l'exulceratio. Vous portez dès lors un pronostic des plus graves et vous vous demandez anxieusement comment vous allez conduire le traitement. Ce traitement sera-t-il médical, ou sera-t-il chirurgical? C'est ce que je discuterai plus loin après vous avoir fait connaître les deux cas suivants où la guérison a été obtenue par le traitement médical.

Une jeune femme de trente ans est amenée à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 28 février 1898, dans un tel état de pâleur, de faiblesse, d'anéantissement, qu'on la transporte immédiatement dans les salles sans lui faire subir le moindre interrogatoire. Elle ne reste que quelques heures dans le service de mon collègue, M. Audhoui, qui a l'extrême obligeance de me l'envoyer. Vous l'avez vue couchée au n° 9 de la salle Sainte-Jeanne, exsangue, ayant à peine la force de raconter son histoire. L'avant-veille, le samedi, 26 février, sans aucune cause apparente, elle éprouve à onze heures du matin un malaise, puis vers midi et demi, en préparant le déjeuner dans sa cuisine, elle est prise de vertiges,

et se sent défaillir. Quelques instants après elle vomit à pleine bouche une quantité de sang rouge et les derniers efforts de vomissement amènent l'expulsion de plusieurs caillots mous, noirâtres, comparables à des pruneaux. Cette grande hématomèse que la malade évalue à un litre et demi de sang n'a pas duré, dit-elle, plus d'une minute. Défaillante, en proie aux vertiges, aux nausées, aux bourdonnements d'oreilles, cette femme boit un peu de thé au lait et se met au lit. Cet état accompagné de fréquentes lipothymies dure toute la soirée et la nuit suivante : à plusieurs reprises la malade vomit encore des caillots si volumineux qu'elle est obligée de les extraire de la bouche avec les doigts. Ces hématomèses n'ont été ni précédées ni accompagnées de douleurs stomacales; l'appétit était excellent, cependant la malade se rappelle que depuis quelques jours, elle avait ressenti, au réveil, un état nauséux et une pesanteur épigastrique.

Le lendemain dimanche, cette femme continue à n'éprouver aucune douleur stomacale; le lait et le thé sont très bien tolérés. Mais à huit heures du soir, survient une syncope prolongée et la malade en revenant à elle, vomit à flots, comme la veille, du sang rouge vif, puis des caillots. Vertiges, nausées, bourdonnements d'oreilles deviennent continus, et la malade tombant en syncope à chaque instant croit qu'elle va mourir. Ainsi se passe la nuit du dimanche au lundi, jusqu'au moment où cette femme nous arrive à l'hôpital. Ses téguments et ses muqueuses sont absolument décolorés; elle est anéantie, sa voix est presque éteinte, elle affirme avoir perdu plus de trois litres de sang en vingt-quatre heures, et elle dit vrai, car elle n'a plus que douze cent mille globules rouges par millimètre cube; son pouls est petit, accéléré, à 128. La température légèrement fébrile est à 38 degrés. La malade ne présentant aucun signe de cirrhose ou de précirrhose, ni aucun des signes habituels à l'ulcus et les grandes hématomèses étant survenues *d'emblée*, je pose le diagnostic d'exulceratio simplex. Après mûre réflexion, j'éloigne pour le moment l'idée de l'intervention chirurgicale et j'institue le traitement médical :

immobilité absolue, lait et eau glacés par grandes cuillerées; eau de chaux cocaïnée et morphinée par petites cuillerées.

Dans la journée du mardi, un lavement amène l'évacuation de plusieurs selles liquides, goudronneuses, sanguinolentes. La température monte à 39 degrés. Le mercredi, pas de nouvelles hématomèses, pas de melæna; aucune douleur épigastrique. Deux petits vomissements de lait caillé sans traces de sang. On ajoute au traitement des injections de sérum. Le jeudi, sixième jour après la première grande hématomèse, la malade se sent moins faible, elle n'a plus ni vertiges, ni nausées, le pouls est à 124, la température est tombée à 37°,4; les selles ne sont plus noires. Aucune douleur gastrique, aucun vomissement. On continue les injections de sérum. Les jours suivants, l'amélioration persistant, je donne un litre de lait qui est fort bien accepté par l'estomac. Le 20 mars, je prescris une alimentation légère, purée de légumes, œuf à la coque, mie de pain, un litre et demi de lait; il n'en résulte ni douleurs, ni nausées. Le teint est moins blafard.

Le 12 avril, la malade qui se lève plusieurs heures par jour est mise à un régime plus substantiel, la viande, le pain, le vin et autres aliments sont très bien tolérés sans le moindre trouble digestif, sans la moindre douleur gastrique. Toutefois, cette femme est toujours pâle et anémiée, car le nombre de ses globules rouges n'atteint pas encore trois millions. L'amélioration continue sans se démentir pendant le mois d'avril et la malade convalescente, et encore faible et amaigrie, quitte l'Hôtel-Dieu le 2 mai. Elle revient nous voir un mois plus tard, plus forte, plus colorée, en bonne santé et n'éprouvant pas le moindre symptôme gastrique.

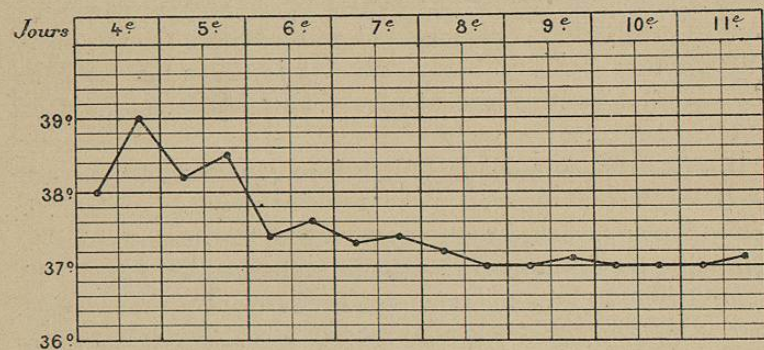
Je mets sous vos yeux le tableau dressé par M. Apert, mon chef de laboratoire, indiquant l'accroissement des globules rouges, depuis l'entrée de la malade jusqu'à sa sortie

| | | |
|--------------------------------|-----------|------------------|
| 1 ^{er} mars | 1.209.000 | globules rouges. |
| 2 mars | 1.210.000 | — — |
| 4 mars | 1.426.000 | — — |
| 6 mars | 1.488.000 | — — |

| | | | | |
|--------------------|-----------|------------------|---|--|
| 13 mars | 1.940.000 | globules rouges. | | |
| 19 mars | 2.200.000 | — | — | |
| 27 mars | 2.542.000 | — | — | |
| 4 avril | 2.966.000 | — | — | |
| 17 avril | 3.264.000 | — | — | |
| 26 avril | 3.326.000 | — | — | |
| 30 avril | 3.357.000 | — | — | |

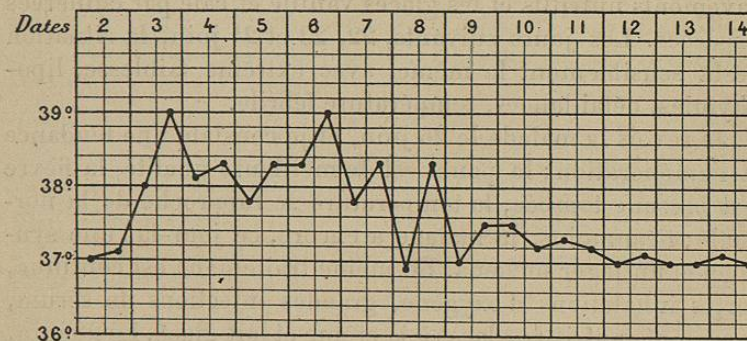
Les hématomèses avaient dû être d'emblée bien terribles, puisqu'en deux jours la malade avait perdu plus de trois millions de globules rouges par millimètre cube; il y a là de quoi expliquer son état continu de vertige et de syncope.

Je vous montre également la courbe de sa température; la fièvre, vous le voyez, a été fort éphémère, mais elle a néanmoins atteint 38 et 39 degrés.



Passons à une autre observation d'un grand intérêt: Le 28 juin 1898, j'étais appelé en consultation par le D^r Grunberg, auprès d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui était tombée malade dans les conditions suivantes: le 18 juin, dans le cours d'une très bonne santé, cette jeune fille éprouve, à quatre heures du soir, une légère syncope; elle sort néanmoins pour faire ses courses et, à huit heures du soir, elle est prise subitement d'une si violente hématomèse qu'elle évalue à plus d'un litre la quantité de sang vomi. On la met en voiture, on la ramène chez elle, elle se couche et le lendemain dans la matinée, sans avertissements, sans douleurs gastriques, elle a de nouveau, à dix minutes d'intervalle,

deux terribles hématomèses évaluées à deux litres environ par le D^r Grunberg, qui a été mandé auprès d'elle. Notre confrère et le D^r Siredey prescrivent la glace *intus* et *extra*, des injections d'éther et d'ergotine, ainsi que 900 grammes de sérum en deux injections. A ce moment, la température était normale; ce n'est que le lendemain soir, troisième jour de la maladie, qu'elle s'est élevée à 39°, ainsi que vous pouvez le constater sur la courbe ci-jointe.



Malgré plusieurs nouvelles injections de sérum atteignant plus de deux litres, la jeune malade est prise d'une autre terrible hématomèse le 20 juin, à onze heures du soir; le sang est rendu liquide et en caillots; de plus, l'hématomèse est suivie d'un mélæna considérable. On pouvait donc affirmer, sans aucune exagération, que cette pauvre fille venait de perdre, en moins de quarante-huit heures, plus de quatre litres de sang. A ce moment, la température est à 39 degrés; le pouls à 130; le délire apparaît. On pratique de nouvelles injections d'éther et d'ergotine et une série d'injections montant à deux litres de sérum. C'est dans la journée du 21 que je vois la jeune malade; elle est exsangue, anéantie, la voix affaiblie, incapable de faire le moindre mouvement, pouvant à peine répondre à nos questions.

La soudaineté, l'intensité de ces hématomèses quasi foudroyantes survenues *d'emblée* chez une jeune fille qui n'avait aucun passé gastrique (à peine avait-elle éprouvé depuis trois ou quatre jours une légère douleur stomacale), ces

différentes considérations, y compris l'élévation de température, me firent porter le diagnostic d'*exulceratio simplex*, diagnostic que mon confrère avait lui-même porté dès le début des accidents.

L'intervention chirurgicale ne me parut pas applicable au cas actuel, au moins pour le moment. On continua les inhalations d'oxygène par centaines de litres, les injections de sérum par centaines et milliers de grammes; on conseilla les lavements nutritifs et les glaces vanille et café par cuillerées espacées. Les jours suivants, 22, 23 et 24 juin, la situation resta sensiblement la même, avec extrême faiblesse, lipothymies, défaillances, température fébrile.

Je revois la malade le 26 juin, et je constate une tendance à l'amélioration; le pouls est de meilleure qualité, la fièvre est presque tombée, la température se rapproche de la normale; néanmoins, la malade a encore, ce jour-là, une syncope et un léger mélana. Le même traitement est continué, fortes inhalations d'oxygène, grandes injections de sérum, lavements nutritifs, glaces à la crème et lait glacé. Le 28 juin, l'amélioration s'accuse plus franchement; le sommeil a succédé à l'insomnie, le lait est pris avec plus de plaisir; le pouls est à 84, la température est normale. Il faut que les hématomèses aient été bien considérables pour que la numération des globules faite à ce moment, huit jours après la dernière hématomèse, n'ait donné que 1,500,000 globules rouges. Dès lors, la jeune malade, toujours extrêmement faible et décolorée, s'achemine lentement vers la guérison. Je la vois de nouveau le 18 juillet, et je constate une vraie transformation dans son état: ses forces reviennent, son teint se colore, ce qui s'explique, car elle a maintenant 3,170,000 globules rouges. Elle prend toujours deux litres et demi de lait et deux parfaits glacés; on continue les lavements nutritifs, mais on cesse les injections de sérum. Les règles reparaissent le 21 juillet; l'alimentation devient plus substantielle; la guérison est assurée, mais la convalescence sera longue.

En résumé, cette jeune fille, atteinte d'*exulceratio simplex*, a perdu en quatre hématomèses et en quarante-huit heures

plus de quatre litres de sang; une grosse artériole rampant sous la tunique muqueuse de l'estomac a certainement été ouverte par le processus ulcéreux. Le traitement a été des plus intenses et j'ajouterai des mieux conduits par le D^r Grunberg. En vingt-neuf jours, il a été fait quatre-vingt-neuf injections correspondant à 13,380 grammes de sérum; on a donné 800 litres d'oxygène, des lavements nutritifs, des glaces et du lait glacé.

J'ai tenu, Messieurs, à vous faire connaître en détail ces deux dernières observations, afin que vous ayez sous les yeux toutes les pièces du procès au moment où nous allons discuter la valeur du traitement médical et l'opportunité du traitement chirurgical.

Placez-vous, si vous le voulez bien, dans la situation où vous seriez, dans des cas analogues à ceux que nous avons étudiés au cours de ces leçons: vous êtes appelés auprès d'un malade, qui, en pleine santé, a été pris d'une terrible hématomèse; peut-être aurez-vous la chance que le sang ait été recueilli sur des linges ou dans un vase; le sang est là, liquide ou en caillots, la quantité en est vraiment effrayante, il y en a bien un litre ou un litre et demi rendu en un seul coup; le malade est anxieux, prêt à défaillir, extrêmement pâle, le pouls est accéléré, la température est légèrement fébrile; vous faites votre enquête, vous prenez vos renseignements et vous formulez le diagnostic suivant: le malade vient d'avoir une terrible hématomèse consécutive à une ulcération de l'estomac et tout fait supposer que cette ulcération n'est pas l'*ulcus simplex* mais l'*exulceratio simplex*.

Qu'allez-vous faire; allez-vous recourir sans retard à l'intervention chirurgicale? Pas encore, et bien qu'il y ait des cas véritablement foudroyants où la mort pourrait survenir à la suite de la première hématomèse, prenez toutes vos précautions dans le cas où l'intervention chirurgicale deviendrait urgente, mais essayez d'abord du traitement médical. La première condition est de mettre votre malade dans l'immobilité complète, couché sur le dos, sans le moindre mou-

vement, un sac de glace sur l'estomac. A mon sens, le malade ne doit rien prendre, pas une cuillerée de lait, pas une cuillerée d'eau, pas même un morceau de glace; son estomac doit être mis à la diète absolue; je considère que tout ce qui peut provoquer les mouvements de l'estomac ou la sécrétion du suc gastrique est chose nuisible. Une artériole a été ouverte, l'hémorragie est momentanément arrêtée, un caillot bienfaisant est en train d'oblitérer le vaisseau; là est le salut; par conséquent ne prescrivez et ne permettez quoique ce soit qui puisse compromettre ce travail curateur. Chez les malades que j'ai eu à traiter, je permettais quelques cuillerées de lait, quelques cuillerées d'eau; aujourd'hui, réflexion faite, j'agis autrement. Bien que ces malades aient guéri, je crois qu'il est préférable de ne rien donner pendant les premières heures et même les premiers jours qui suivent les grandes hématoméses. Toute boisson, toute potion introduite dans l'estomac provoque les contractions de l'organe et la sécrétion du suc gastrique, conditions défavorables à la formation et à la solidité du caillot obturateur. Je vous conseille, par conséquent, de ne prescrire à vos malades, ni les préparations de gélatine, ni les potions hémostatiques, sirop de ratanhia, eau de Rabel, perchlorure de fer; je pense, encore une fois, que la meilleure médication en pareille circonstance est de ne provoquer dans l'estomac, dont la plaie ne demande qu'à s'ouvrir, ni mouvements, ni sécrétions.

C'est par la peau et par le rectum que doit se faire toute la médication. Par le rectum vous alimentez le malade au moyen de lavements nutritifs, peptone, œufs et lactose. Par la peau, vous introduisez le médicament hémostatique, ergotine, ergotinine, et encore même, ces médicaments si efficaces au cas d'hémorragies utérines, n'ont qu'une utilité secondaire dans le cas qui nous occupe. C'est par injections sous-cutanées que vous ferez absorber des litres de sérum. On peut se demander, théoriquement, si ces injections de sérum en élevant la tension artérielle, ne sont pas nuisibles à la solidité du caillot en voie de formation; on peut se demander également si une trop grande quantité de sérum

rapidement introduite dans l'économie n'a pas un mauvais effet sur la petite quantité de sang qui y reste encore. L'expérience prouve que les injections de sérum *bien faites*, préconisées par M. Hayem au cas de grandes hémorragies, ont une action réellement efficace; il n'est pas nécessaire qu'elles soient intra-veineuses. On peut répéter ces injections plusieurs fois par jour, et injecter chaque fois 200, 300, 500 grammes de sérum; la jeune malade que j'ai vue avec le Dr Grunberg a reçu plus de treize litres de sérum en vingt-neuf jours. Vous pouvez employer un sérum contenant 7 grammes de chlorure de sodium par litre d'eau, suivant la formule de M. Malassez, ou un sérum contenant par litre, 5 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de sulfate de soude, suivant la formule de M. Hayem. Le sérum que vous me voyez employer journellement, est composé de 8 grammes de chlorure de sodium et dix centigrammes de benzoate de caféine par litre; je me suis arrêté à cette formule qui me paraît répondre à toutes les indications. L'injection de sérum doit être faite, bien entendu, avec une asepsie rigoureuse et très lentement; ne craignez pas de mettre un quart d'heure pour injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané trois ou quatre cents grammes de sérum.

L'oxygène abondamment répandu autour du lit du malade, les injections d'éther, au cas de syncope, rendent de réels services. Vous soumettez le malade à cette médication et vous le surveillez de près. Il est rare que vous réussissiez du premier coup à arrêter l'hémorragie, le caillot obturateur de l'artériole ouverte n'est pas toujours solide et bien formé, surtout si l'artériole n'est entamée que sur une partie de sa circonférence. Alors d'autres gastrorragies vont probablement réparaître, de nouveau le malade va rendre un litre, deux litres de sang et plus encore, suivi ou non de mélæna. Dans ces conditions, la situation devient de plus en plus périlleuse, l'anxiété redouble, le pouls s'accélère, la pâleur s'accroît, les défaillances et les syncopes se succèdent. Vous n'osez plus quitter votre malade; vous redoutez avec raison un syncope ultime; vous vous demandez si une

nouvelle hématémèse, mortelle, celle-là, ne va pas survenir d'un instant à l'autre, et tout en continuant votre traitement médical, vous êtes hanté par l'idée de l'intervention chirurgicale.

C'est ici, Messieurs, que la difficulté est grande; c'est ici, j'en conviens, qu'il est grave de prendre une décision dont vous devez assumer la responsabilité. Car, je ne cesse de vous le répéter, dans toutes les questions médico-chirurgicales, c'est à nous, médecins, de préciser nettement le diagnostic, de suivre pas à pas l'évolution du mal et d'armer la main du chirurgien. C'est notre rôle et c'est notre devoir, qu'il s'agisse d'appendicite, de péritonite pneumococcique, de péritonite suraiguë consécutive à la perforation de l'ulcus simplex de l'estomac ou du duodénum; dans toutes ces circonstances, où la médecine et la chirurgie associent leurs bienfaisants efforts, c'est à nous médecins de saisir le moment opportun.

Quel est donc ce moment opportun quand il s'agit des grandes hématémèses de l'exulceratio simplex; il y a là une artériole ouverte; qu'attendez vous pour faire pratiquer la ligature de cette artériole? Certes, le traitement médical tel que je viens de le formuler, et notamment les injections copieuses et répétées de sérum ont une très grande efficacité; mais cette efficacité a des limites. Mon premier malade a succombé, bien qu'il ait reçu dans la veine 1,500 grammes de sérum; la malade de M. Brault a succombé, bien qu'on ait pratiqué sur elle de grandes injections de sérum plusieurs fois répétées et une injection intraveineuse de 1,500 grammes. Le traitement médical est donc parfois impuissant. Quant au traitement chirurgical, il aura d'autant plus de chances de réussir qu'il sera fait à temps et non pas au moment où la syncope mortelle est imminente. Quelles sont donc les indications d'après lesquelles l'opération devient urgente? L'opération s'impose-t-elle lorsque le chiffre des globules rouges a subi une déperdition déterminée; peut-on dire par exemple qu'il faille opérer dès que le nombre des globules rouges s'est abaissé au taux de 1,500,000 ou 1,200,000? Je ne pense pas que ce

soit là l'unique criterium : le malade de MM. Lépine et Bret a succombé alors qu'il avait 1,300,000 globules; et ma malade de la salle Sainte-Jeanne a survécu alors qu'elle n'en avait que 1,200,000. Le jeune malade que j'ai fait opérer et qui a guéri, avait 1,600,000 globules le jour de son entrée dans mon service, mais il ne devait certainement n'en avoir que 1,200,000 après la nouvelle hématémèse d'un litre et un tiers qu'il eut trois jours plus tard. Voilà donc trois malades ayant chacun une moyenne de douze à treize cent mille globules rouges, l'un meurt, un second guérit grâce à l'intervention chirurgicale et un troisième guérit sans opération. C'est vous dire que la numération des globules, à elle seule, ne peut nous servir à proclamer ou à différer l'urgence de l'opération.

Je ne vois, à vrai dire, ni signes précis, ni symptômes formels qui nous permettent d'apprécier d'une façon positive le moment où l'opération s'impose. Cette appréciation ne peut résulter que de l'ensemble des faits. Il faut tenir compte de l'état du pouls, de l'état des forces du malade, de son degré de résistance; en un mot, il faut savoir attendre, mais il faut aussi savoir se décider. Je pense, pour ma part, que la quantité de sang *vomie en une fois* est notre guide le plus précieux. Tout malade qui n'a que des hématémèses de moyenne intensité; tout malade qui, dans chacune de ses hématémèses, ne vomit pas plus de 100 grammes, 200 grammes de sang, n'est pas justiciable de l'opération, alors même que ses hématémèses se répéteraient assez fréquemment (sans toutefois dépasser la mesure). Du reste, ces hématémèses de moyenne intensité concernent l'ulcus simplex beaucoup plus que l'exulceratio simplex; en pareil cas, les moyens médicaux ont presque toujours raison de l'hémorragie; l'opération ne s'impose pas. Au contraire, tout malade qui vomit *d'un seul coup et d'emblée*, un demi-litre, un litre de sang et plus encore, surtout si ses vomissements de sang se répètent une deuxième, une troisième fois en vingt-quatre heures, ce malade-là risque fort de succomber s'il n'est pas opéré à temps. De telles hématémèses sont presque toujours l'apanage de