

teint que la muqueuse et dépasse rarement la sous-muqueuse. Au niveau de l'ulcération, le péritoine est épaissi, mais rarement tuberculeux. Par exception, le travail ulcéreux peut atteindre les vaisseaux gastro-épipliques, produire une hémorragie mortelle, ou déterminer la perforation de l'estomac et entraîner une péritonite suraiguë. Cette perforation de l'estomac, dans les six observations connues, ne s'est jamais produite de dedans en dehors, du fait de la lésion gastrique, mais de dehors en dedans, du fait de péritonite, de colite, ou d'adénite tuberculeuse.

F. Arloing¹ a consacré aux ulcérations tuberculeuses de l'estomac un important travail clinique et expérimental. En voici les conclusions générales :

« Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac chez l'homme et chez l'animal sont cliniquement assez rares; elles sont toujours accompagnées d'autres lésions tuberculeuses viscérales (phthisie ulcéreuse ou infection miliaire). Les diverses formes d'ulcérations tuberculeuses observées chez l'homme peuvent être réalisées expérimentalement.

« La pénétration directe du bacille de Koch à travers la muqueuse gastrique saine ou altérée, naturellement ou expérimentalement, semble au moins douteuse. Cliniquement, il est probable que l'agent infectieux (bacille ou toxines) emprunte la voie sanguine pour atteindre la muqueuse. Les ulcérations peuvent être ou histologiquement tuberculeuses ou toxi-infectieuses sans signature histologique. »

d. La *fièvre typhoïde* peut déterminer des ulcérations stomacales (Chauffard²), toutefois ces ulcérations typhiques sont fort rares. On cite partout le cas de Millard, mais on verra au chapitre de la gastrite ulcéreuse appendiculaire, que ce cas doit être revisé, car on ne l'a peut-être pas interprété comme il doit l'être. Les ulcérations stomacales, bien qu'apparaissant dans le cours de la dothiéntérie, peuvent néanmoins persister, à titre de reliquat, après gué-

1. F. Arloing. *Ulcérations tuberculeuses de l'estomac*. Lyon, 1905.

2. Chauffard. *Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde*. Thèse, Paris, 1882.

rision de la fièvre typhoïde, ainsi que le prouvent les observations de Cazeneuve¹.

e. Les grandes *brûlures* de la surface du corps et les contusions de la région épigastrique peuvent être également suivies d'ulcérations stomacales. On a cité des cas où le traumatisme épigastrique avait suscité l'*ulcus simplex* de Cruveilhér.

f. Les ulcérations *syphilitiques* de l'estomac feront l'objet d'un chapitre spécial. On y verra que ces ulcérations gommeuses sont assez fréquentes et coïncident souvent avec l'apparition de lésions tertiaires en d'autres régions.

g. Les trois chapitres suivants sont consacrés à l'étude d'érosions et d'ulcérations aiguës de l'estomac d'origine toxi-infectieuse. Les hémorragies stomacales en sont un symptôme fréquent; on peut même dire que les hématomies en sont le symptôme dominant.

§ 7. GASTRITE ULCÉREUSE HÉMORRHAGIQUE PNEUMOCOCCIQUE

Dans les trois chapitres suivants, il sera question d'érosions et d'ulcérations stomacales *aiguës*, toxi-infectieuses, auxquelles j'ai consacré ces dernières années une étude spéciale. Voici ces trois chapitres :

1° Gastrite ulcéreuse hémorragique *pneumococcique*.

2° *Vomito negro appendiculaire*, ou gastrite ulcéreuse hémorragique appendiculaire.

3° *Exulceratio simplex* de l'estomac.

Commençons par l'étude de la gastrite ulcéreuse hémorragique pneumococcique.

1. Cazeneuve. Ulcère simple de l'estomac. *Bulletin médical du Sud de la France*, mai et juin 1892.

Description. — 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 (Netter), 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 (péritonite, otite, méningite, etc.) indépendante de toute pneumonie.

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*. En voici deux observations que j'ai déjà fait connaître dans une de mes leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu¹.

Un malade arrive dans nos salles, dyspnéique, cyanosé, ayant 39,8 de température, 42 respirations, et une douleur vive sous le mamelon droit. A l'examen, on constate une pneumonie de la moitié inférieure du poumon droit; quelques frottements témoignent de la participation de la plèvre. La dyspnée est si intense qu'il est impossible d'ausculter le cœur. Le ventre est douloureux et ballonné. Les crachats sont rouillés. La nuit est très agitée, le malade gémit continuellement, il vomit, il a la diarrhée, les urines sont albuminuriques et urobilinuriques. Les symptômes *abdominaux* de notre malade, rares chez les pneumoniques, la douleur, le tympanisme, les vomissements, la diarrhée, attirent notre attention. Le lendemain la dyspnée est pire, le ventre est plus douloureux et plus tympanisé que la veille; les nausées et la diarrhée continuent. Que signifie cet épisode abdo-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899. Gastrite ulcéreuse pneumococcique. Grandes hématomésés. Onzième leçon, p. 219.

minal: 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. 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 hématomésé 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 hématomésé, je ne sais quel diagnostic formuler. Notre homme était atteint de pneumonie, de ce côté-là, pas d'hésitation. Mais pourquoi cette grande hématomésé; comment l'expliquer? L'hématomésé, 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 que nous étudierons à l'un des chapitres suivants.

Quoi qu'il en soit, l'état du malade s'aggrave d'heure en heure, les symptômes abdominaux, tympanisme, douleur et diarrhée, s'accroissent; la diarrhée, si commune dans la péritonite pneumococcique primitive, 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'hématomésé, sans mieux éclairer le diagnostic. A midi, petite hématomésé; à trois heures, nouvelle grande hématomésé 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 hématomésés noires et complications gastro-péritonéales chez un pneumonique.

Voici les résultats de l'autopsie. A l'ouverture du thorax,

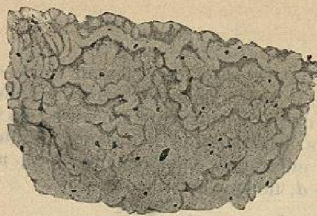
le péricarde apparaît fortement distendu; il contient 400 grammes d'un liquide rosé, riche en globules rouges. La surface du péricarde est recouverte d'un exsudat fibrineux, vilieux et plaqué de taches d'un rouge vif; le pneumocoque est l'agent pathogène de cette péricardite. Le cœur a son volume normal; 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 500 grammes d'un liquide rosé ressemblant à celui du péricarde, mais plus louche. En certains points, les deux feuillets de la plèvre sont adhérents, la plèvre pariétale est légèrement épaissie et revêtue de filaments fibrineux. La plèvre viscérale forme au poumon comme une carapace conjonctive d'aspect lardacé qui atteint un demi-centimètre d'épaisseur. Le poumon droit est atteint de pneumonie. 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 louche. Les anses intestinales sont agglutinées et revêtues d'un exsudat visqueux, non purulent, réparti par petits placards, et par petits grains, dont plusieurs ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle. 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 la dimension de coups d'épingle; un de ces points a l'étendue d'une petite lentille. Ces points brunâtres repré-

sentés sur la figure ci-dessous, 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 eschare hémorragique. Le diamètre des érosions, arrondies ou ovalaires, est de deux à trois millimètres. Ces érosions hémorragiques existent sur toute la muqueuse de l'estomac, principalement à la région pylorique, au fond des plis et à la surface. Entre les érosions, on ne voit pas de suffusions sanguines.

Les recherches bactériologiques ont démontré que cet homme avait succombé à une pneumococcie généralisée. Le pneumocoque existait à l'état de pureté dans le liquide de la pleurésie, de la péricardite et de la péritonite.

Restait à élucider la nature des érosions hémorragiques de l'estomac, qui avaient provoqué les hématomés abondants dont la cause nous avait échappé pendant la vie. Les préparations histologiques et bactériologiques reproduites sur les planches ci-dessous ont été faites par un de mes chefs de laboratoire, Jolly. C'est la première fois, je crois, qu'on aura surpris, dans son ensemble, l'infection pneumococcique de l'estomac avec présence de pneumocoques, érosions hémorragiques, et hématomés.

Ces érosions hémorragiques de la muqueuse résultent de l'élimination d'une eschare. On peut se rendre compte sur les planches ci-dessous, du processus qui a provoqué l'érosion hémorragique.