

PLANCHE V

Fig. A

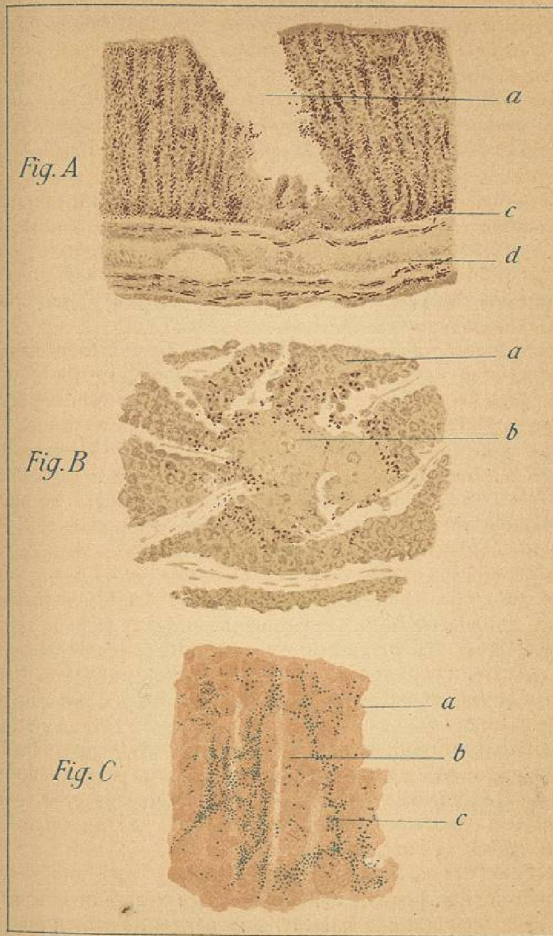
a, érosion qui intéresse toute l'épaisseur de la couche glandulaire et qui s'arrête aux confins de la muscularis mucosæ. Le bas-fond de l'érosion du tissu glandulaire nécrosé est en voie d'élimination. Au voisinage de l'érosion, le tissu conjonctif interglandulaire a subi une légère infiltration embryonnaire; — *c*, muscularis mucosæ intacte; — *d*, tunique musculieuse.

Fig. B

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.

Fig. C

Cette planche montre une coupe de la muqueuse stomacale perpendiculaire à sa surface et passant par une érosion. La préparation a été colorée par la tyonine 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 *pneumocorrhagie*, dénomination qui me paraît d'autant plus acceptable que les capillaires de la muqueuse semblent également infiltrés de pneumocoques.



BIBLIOTHECA
DE MED. UNIV. N. L.

Ainsi qu'on vient de le voir sur les planches précédentes, les érosions hémorragiques stomacales sont dues à une nécrose rapide et limitée d'un petit territoire de la muqueuse, avec réaction inflammatoire nulle ou insignifiante. Elles avaient pour agent pathogène le pneumocoque, elles faisaient donc partie de la pneumococcie généralisée à laquelle le malade a succombé.

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. J'ai proposé de donner à l'ensemble de la lésion la dénomination de *gastrite ulcéreuse hémorragique pneumococcique*.

Par une singulière coïncidence, nous avons eu, en même temps, dans nos salles, un second malade qui présente les plus grandes analogies avec le précédent. Cet homme était entré à l'Hôtel-Dieu au sixième jour d'une pneumonie. Le même jour apparaissent des symptômes *abdominaux*: diarrhée, douleurs et tympanisme du ventre qui rappellent l'entrée en scène d'une péritonite pneumococcique. De plus, le malade se plaint de douleur au poignet gauche (arthrite pneumococcique). Le surlendemain, huitième jour de la pneumonie, 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.

Sur ces entrefaites, une surprise nous était réservée. Le malade, comme son voisin d'en face, est pris de quelques douleurs stomacales, de nausées, d'hématoméses, et il rend, dans une cuvette, un litre de liquide hémorragique noirâtre comparable au marc de café.

Pendant deux jours, l'état péritonéal est dominant: vomissements, hoquet, ballonnement du ventre et diarrhée, ce dernier symptôme habituel aux péritonites pneumococ-

ciques. Mais voilà que cette péritonite si menaçante entre à son tour en résolution, les vomissements cessent, le ventre est moins douloureux, le ballonnement disparaît, le pronostic semble moins sombre.

Un matin, cet homme se sent défaillir; il accuse un violent mal de tête, des bourdonnements d'oreilles, il refuse toute boisson et reste invariablement couché sur le côté droit, dans un état presque comateux, entrecoupé de plaintes et de cris. Cet ensemble de symptômes indique une méningite. La mort survient au dix-neuvième jour de la maladie.

L'autopsie démontre l'existence d'une pneumococcie dont voici les localisations multiples: Le lobe inférieur du poumon gauche est splénisé et infecté par le pneumocoque. Le poumon droit est congestionné. La plèvre gauche est partout adhérente. Même remarque au niveau de la scissure interlobaire dans la profondeur de laquelle on trouve trois petits abcès. Pareilles lésions, adhérences et abcès existent à la plèvre diaphragmatique. Tous ces abcès, interlobaires et diaphragmatiques, contiennent un pus crémeux riche en pneumocoques.

Dans le petit bassin, à la face antérieure du rectum, existent des fausses membranes fibrino-purulentes et une petite quantité de liquide. L'examen bactériologique y décèle le pneumocoque. Ces lésions sont le témoin et le reliquat de la péritonite pneumococcique; elles montrent la curabilité spontanée de la péritonite pneumococcique secondaire. A l'examen du cœur, on trouve à l'orifice aortique, à l'insertion de la valvule sigmoïde droite, une petite végétation saillante et friable, de 4 à 5 millimètres de diamètre. Des frottis sur lamelle, faits avec le tissu de la végétation, y décèlent la présence du pneumocoque.

Les symptômes de méningite observés pendant la vie s'expliquent à l'autopsie. A l'ouverture du crâne, on constate une méningite purulente pneumococcique. Le pus jaunâtre et épais fuse le long des artères sylviennes, entoure les pédoncules et la face supérieure du cervelet. Rien à signaler dans la caisse du tympan.