

L'articulation radio-carpienne et les gaines des tendons extenseurs contiennent une vingtaine de grammes de pus crémeux et verdâtre. Les surfaces articulaires du cubitus et du radius, la surface radiale de l'articulation carpienne présentent une altération velvétique, allant presque, en certains points, jusqu'à la disparition complète du cartilage. L'examen bactériologique y démontre l'infection pneumococcique.

A l'ouverture de l'estomac, on constate quelques suffusions sanguines de la muqueuse, mais il n'y a pas d'érosions en activité comme dans le cas précédent. L'examen histologique de la muqueuse stomacale révèle l'existence de petits foyers hémorragiques, les uns dans la couche conjonctive sous-muqueuse, les autres, plus nombreux, dans le tissu conjonctif interglandulaire. Ces petits foyers hémorragiques (origine de l'hématémèse) repoussent les glandes et forment des amas distincts qui ne sont séparés de l'extérieur que par une mince couche de muqueuse. Autour de ces foyers hémorragiques, on ne trouve pas trace de réaction inflammatoire. La recherche des microbes est négative.

Telles sont nos deux observations. Par une singulière coïncidence, voilà deux hommes, atteints l'un et l'autre de pneumococcie, et pris, à quelques jours de distance, d'une part, d'accidents péritonéaux et, d'autre part, de symptômes gastriques, avec grandes hématémèses. Le premier de nos malades eut même plusieurs hématémèses et succomba au milieu de symptômes gastriques dans une hématémèse ultime. Nous sommes actuellement édifiés sur la cause de ces hématémèses; il s'agit là d'une infection pneumococcique avec érosions hémorragiques, véritables nécrobioses aiguës hémorragiques.

Les érosions gastriques hémorragiques de notre premier malade, qui a succombé alors que le processus gastrique était en pleine activité, nous ont permis de surprendre sur le fait le processus infectieux. Chez notre second malade, qui a vécu encore assez longtemps après son hématémèse, on n'a trouvé dans la muqueuse gastrique qu'un reliquat de

foyers hémorragiques sans érosions, probablement en voie de réparation.

Dans un cas, concernant une vieille femme atteinte de pneumonie du sommet droit, mais n'ayant présenté pendant la vie, ni symptômes gastriques, ni hématémèse, ni symptômes intestinaux, Griffon¹ avait trouvé à l'autopsie une pneumonie avec abcès, dont le pus ne contenait que du pneumocoque. Sur la première portion du duodénum, symétriquement placées, étaient deux ulcérations. A la région pylorique, on trouvait deux ulcérations de la muqueuse, et une quantité d'hémorragies punctiformes. Bien que l'examen bactériologique n'ait pas démontré la présence du pneumocoque dans ces ulcérations, il est probable qu'elles étaient dues à un processus toxi-infectieux pneumococcique, microbes ou toxines.

Les ulcérations gastriques, au cours de la pneumococcie, ont été étudiées expérimentalement chez le cobaye. D'après Bezançon et Griffon², le pneumocoque, dont on a fortement exalté la virulence par des passages successifs, est apte à créer des lésions hémorragiques, tandis que la réaction fibrino-purulente est plutôt le fait du pneumocoque à virulence moins exaltée. On inocule dans le péritoine d'un cobaye quelques gouttes d'exsudat péritonitique prélevé dans le péritoine d'un cobaye qui avait reçu une culture de pneumocoque très virulent. Le cobaye inoculé succombe en vingt et une heures et à l'autopsie on trouve des pétéchies au mésentère, au gros intestin, et des noyaux hémorragiques à la rate. La muqueuse stomacale est semée d'une quinzaine d'érosions hémorragiques. L'examen histologique de ces érosions gastriques expérimentales montre que le processus n'intéresse que la muqueuse et la couche sous-muqueuse. — Les pneumocoques fourmillent au niveau de l'ulcération comme dans tous les organes. — Ces expériences ont un réel intérêt, elles nous permettent de placer côte à côte le fait clinique et le fait expérimental.

1. Griffon. *Bulletin de la Société anatomique*, juin 1899.

2. *Bulletin de la Société anatomique*, mai 1899.

En résumé, l'estomac, comme les autres organes, peut être infecté par le pneumocoque. Qui sait même si le pneumocoque ne peut pas se localiser d'emblée à l'estomac, sous forme de gastrite pneumococcique primitive? Pourquoi n'y aurait-il pas des gastrites pneumococciques, les unes secondaires, les autres primitives, comme il y a des péritonites, des méningites pneumococciques, les unes primitives, les autres secondaires? L'infection pneumococcique de l'estomac peut se traduire par quelques symptômes gastriques; toutefois, les nausées, les vomissements alimentaires ou bilieux, n'ont pas grande signification, car ils peuvent apparaître du fait de la pneumonie; il n'en est plus de même des hématomés; le vomissement de sang (petit ou grand), survenant au cours de la pneumonie est un indice de gastrite ulcéreuse pneumococcique. Le mélaena a la même signification, qu'il soit consécutif à la gastrite ulcéreuse, ou qu'il soit dû à une entérite ulcéreuse pneumococcique¹.

Bien que les érosions gastriques pneumococciques soient de très petite dimension, rien ne dit qu'elles ne puissent pas être plus étendues. Elles peuvent guérir rapidement (comme chez notre second malade), mais il est également probable qu'elles peuvent survivre à l'atteinte gastrique pneumococcique. Tel individu, guéri de sa pneumonie et guéri, en apparence, de sa gastrite pneumococcique, peut conserver à l'estomac une ulcération à marche envahissante, dont le processus prendra peut-être, progressivement, les caractères de l'*ulcus simplex* de Cruveilhier. En d'autres termes il ne serait pas impossible que l'*ulcus simplex*, dans quelques cas, eût pour *primum movens* une érosion gastrique pneumococcique. Ces idées de transformation d'ulcérations gastriques infectieuses en *ulcus* ont fait leur chemin depuis quelques années. Mon interne, Gandy, vient de consacrer à ce sujet une thèse remarquable². Nous y reviendrons à propos de l'*exulceratio simplex*.

1. Tourtoulis bey. Congrès de médecine de Paris, 1900.

2. Gandy. *Ulceré simple et la nécrose hémorragique des toxémies*. Thèse de Paris, 1899.

§ 8. VOMITO NEGRO APPENDICULAIRE
GASTRITE ULCÉREUSE HÉMORRHAGIQUE APPENDICULAIRE

Parmi les innombrables méfaits de l'appendicite, il en est un que je vais mettre en relief dans ce chapitre, c'est le vomissement de sang. On ne s'attendait guère, il y a quelques années, à voir l'hématémèse entrer dans le domaine de l'appendicite. Jusqu'à ces temps derniers, traités de médecine et traités de chirurgie étaient muets sur ce point. Et cependant les hématomés tributaires de l'appendicite sont loin d'être rares, je vais le prouver.

Ne croyez pas qu'il s'agisse seulement ici de petites hématomés n'ayant que la valeur d'un épiphénomène, et pouvant passer facilement inaperçues. Il s'agit, au contraire, le plus souvent, de grandes hématomés; le vomissement noir atteint 100, 200, 300 grammes de sang, il peut se répéter coup sur coup, et parfois le malade succombe en pleine hémorragie.

J'ai donné à ce tragique événement le nom de *vomito negro appendiculaire*, dénomination partout acceptée, et, après avoir communiqué le fait à l'Académie de médecine, j'en ai fait l'objet d'une leçon clinique¹. Les observations suivantes permettent de suivre dans tous ses détails cette terrible complication :

Le 6 juin 1900, je voyais, avec Gros et Cazin, une jeune Américaine qui était au quatrième jour d'une appendicite compliquée de péritonite, et qui fut opérée ce même jour par Cazin. Malgré l'opération, la situation reste mauvaise, la fièvre persiste. Le surlendemain vendredi, nous voyons la malade à 4 heures et demie; elle a un commencement de jaunisse (appendicite toxique); un ictère urobilinurique vient de se déclarer; les urines sont très rares et foncées. Malgré

1. Dieulafoy. *Vomito negro appendiculaire*. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1905. X^e Leçon.