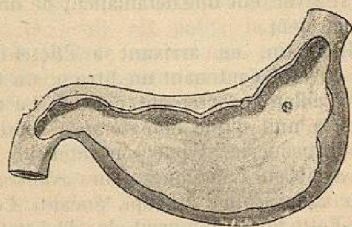


mort l'année précédente notre autre malade. En l'absence de Duplay, je priai son chef de clinique, Cazin, d'intervenir séance tenante.

Après injection préalable de sérum artificiel, l'opération fut faite aussitôt. Une incision de 12 centimètres, parallèle au rebord des fausses côtes du côté gauche, met à découvert la cavité péritonéale. On dégage l'estomac en partie caché sous les fausses côtes, on l'attire au dehors, on l'examine minutieusement, mais tout paraît normal; on ne découvre rien, ni à la vue, ni au toucher, qui soit l'indice de la moindre lésion; pas d'ecchymose, pas d'adhérences, pas d'induration. Il y eut un moment d'hésitation et on se demanda un instant s'il y avait lieu d'ouvrir un estomac qui, après examen extérieur, paraissait absolument sain.

Néanmoins, le *diagnostic d'exulcération stomacale ayant été porté*, l'opération fut continuée, et on put constater une fois de plus l'alliance bienfaisante d'un diagnostic médical précis et d'une intervention chirurgicale bien conduite. On refoula dans l'intestin le contenu de l'estomac, et une pince à mors, garnie de caoutchouc, fut placée à peu de distance du pylore, pour éviter le reflux du contenu de l'intestin. Une incision de 10 centimètres fut pratiquée sur la face antérieure de l'estomac et l'opérateur retourna l'estomac comme un doigt de gant, de façon à rendre l'exploration facile. L'estomac était vide, il ne contenait ni sang ni liquide.



A s'en tenir à ce premier examen, on eût pu croire que l'opération avait été indûment conseillée. Mais l'exemple

que nous avons eu l'année précédente ne devait pas être perdu. Cazin, au moyen de tarlatane stérilisée, éponge la muqueuse stomacale, et alors apparaît une tache cruristique ayant la dimension d'une pièce de 50 centimes, siégeant sur la muqueuse au point indiqué sur la figure ci-dessus.

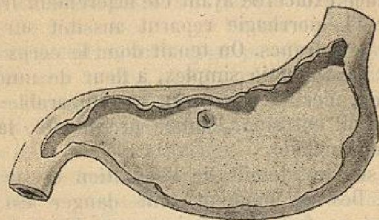
Cette surface exulcérée ayant été légèrement frottée avec un tampon, l'hémorragie reparut aussitôt sur l'étendue d'une pièce de 5 francs. On tenait donc le corps du délit : c'était bien l'exulceratio simplex, à fleur de muqueuse, se dérobant à qui n'est pas prévenu, et comparable à l'exulcération qui avait entraîné, l'année précédente, la mort de notre premier malade.

Je passe sur les détails de l'opération et sur les soins consécutifs. Dès ce moment tout danger est conjuré, l'alimentation se fait progressivement. Vingt jours après l'opération, notre homme a une faim vorace, il engraisse et il quitte l'hôpital, complètement guéri, cinq semaines après l'opération. A ce moment, les globules rouges atteignent presque 4 000 000. Nous avons revu ce jeune garçon quelques mois, et un an plus tard; il était en parfaite santé, il n'a jamais eu le moindre trouble gastrique.

Passons à une troisième observation que je dois à l'obligeance de Michaux, et qui est identique aux précédentes : Une jeune femme habituellement bien portante se met à vomir tout à coup une quantité de sang qu'elle évalue à deux litres environ. Dans la nuit du 22 octobre et dans la journée du 23 octobre, nouvelles hématoméses et méléna. 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. Malgré un traitement médical intense, les hématoméses reparassent. Devant l'imminence du péril, Michaux se décide à intervenir. 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 malade est dans un

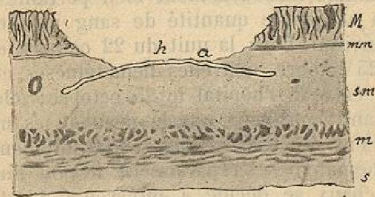
tel état de faiblesse que, par une sage mesure de prudence, on en reste là de l'opération. Les jours suivants, la situation s'aggrave, le méléna persiste et la mort survient le 31 octobre.

M. Michaux a bien voulu me livrer les pièces anatomiques. Sur la muqueuse stomacale, ainsi qu'on le voit sur cette figure, existe une exulcération circulaire, superficielle, qui



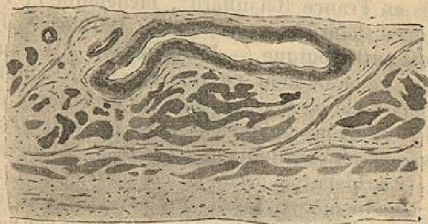
n'a entamé que la muqueuse, et dont la dimension égale à peine une pièce de 2 francs. A son centre est une petite érosion cupuliforme traversée par une artériole ouverte, détail qu'on ne voit vraiment bien qu'à la loupe.

Des coupes en série, faites par mon chef de laboratoire, du Pasquier, ont permis de reconstituer la lésion en détail. La figure ci-dessous représente schématiquement dans son ensemble l'exulcération stomacale.

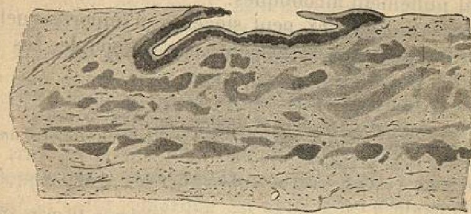


L'exulcération s'est faite aux dépens de la tunique muqueuse M, avec la muscularis mucosæ mm; les autres tuniques de l'estomac, la sous muqueuse sm, la musculuse m, la séreuse s, sont absolument saines: l'artériole superficielle a, qui s'avance en biais, est détruite sur une partie de sa circonférence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

La lésion de l'artériole, cause des hémorrhagies, 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; son ouverture est latérale et béante dans la cavité stomacale.



Coupe de l'artère (sans artérite) 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 cette malade comme chez notre premier malade, il s'agit d'une exulcération aiguë, sans lésions vasculaires préalables, exulcération ayant détruit la muqueuse, la mus-

ularis mucosæ, et ayant provoqué des hématoméses foudroyantes par l'érosion de l'une des artérioles qui rampent au-dessous de la muscularis.

On trouvera dans mes leçons cliniques sur l'*exulceratio simplex* bon nombre d'observations absolument identiques aux précédentes (Brault<sup>1</sup>, Gilbert, Luys<sup>2</sup>, Lépine et Bret<sup>3</sup>, Giraudeau<sup>4</sup>), preuve que cette lésion est loin d'être rare. Depuis mon travail sur ce sujet, plusieurs cas nouveaux ont été publiés en France (Chauffard<sup>5</sup>, Bichelonne et Petges<sup>6</sup>, et à l'étranger (John Lindsay Steven<sup>7</sup>, Quintard<sup>8</sup>, Restis<sup>9</sup>).

**Anatomie pathologique. — Pathogénie.** — L'*exulceratio simplex* 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 (ma deuxième observation), de 2 francs (observation de Michaux), et au delà (ma première observation). Il ne s'agit donc pas ici, du moins comme aspect, de ces petites érosions punctiformes, hémorragiques, étudiées par Balzer<sup>10</sup> et par Pilliet<sup>11</sup>; érosions qui se voient surtout chez les alcooliques, chez les cardiaques, chez les cirrhotiques. Nos malades n'étaient ni cirrhotiques, ni cardiaques, et la plupart n'étaient nullement alcooliques.

L'*exulceratio simplex* peut siéger à n'importe quelle région de la muqueuse stomacale; elle est souple, ses bords

1. Thèse de M. Dufour : *Hématémèses infectieuses*. Paris, 1898.

2. G. Luys. *Bulletin de la Société anatomique*, 1896, p. 660.

3. Lépine et Bret. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1895, p. 254.

4. Giraudeau. A propos de trois cas d'hématémèses infectieuses. *Journal des praticiens*, 1898, p. 85.

5. Chauffard. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 40 mars 1898.

6. *Nouveau Montpellier médical*, 1901.

7. John Lindsay Steven. On profuse hæmatemesis due to « pore-like » erosion of the gastric arteries — no round abscess — *exulceratio simplex* of Dieulafoy. *Glasgow medical Journal*, January 1899.

8. *Méd. Record*, 15 septembre 1900.

9. Restis. *Exulceratio simplex* de Dieulafoy. Athènes, 1905.

10. Balzer. *Revue de médecine*, 1877, p. 814.

11. Pilliet. *Société anatomique*, 1891.

ne sont ni décollés ni épaissis; ils tranchent assez nettement sur les parties saines environnantes. L'exulcération est à fleur de muqueuse, il faut déplier la muqueuse pour la bien voir; elle est si peu profonde que, sur le vivant, au moment de l'opération, aussi bien que sur le cadavre, à l'autopsie, elle passerait assez facilement inaperçue sans un examen attentif et sans l'idée préconçue qu'on va la trouver. Parfois, on constate, au voisinage de l'exulcération, des taches rougeâtres d'apparence ecchymotique. Dans quelques cas, sur le territoire exulééré, il est possible de distinguer à l'œil nu, et à plus forte raison à la loupe, l'artériole béante ou abrasée qui a été cause de l'hémorragie.

Je n'insiste pas sur les particularités histologiques de la lésion, nous venons de les étudier. L'examen microscopique a toujours démontré que l'exulcération est due à la disparition de la tunique muqueuse de l'estomac, y compris sa muscularis mucosæ. Habituellement, la muqueuse de l'estomac est saine dans tout le reste de son étendue. Les artérioles du territoire exulééré ne sont presque jamais atteintes d'artérite; dans les deux cas que j'ai observés, et dans les cas de Brault et de Giraudeau, il n'y avait pas trace d'artérite; les artérioles atteintes par le processus ulcéreux étaient saines, preuve qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer des lésions artérielles préexistantes pour expliquer la pathogénie de l'exulcération et l'hématémèse foudroyante consécutive.

On sait qu'on avait voulu faire jouer un rôle important à l'alcoolisme dans la pathogénie de l'ulcère simple stomacal; mais « tout le monde reconnaît, dit avec raison M. Letulle, que, très fréquemment, l'ulcère simple de l'estomac se développe chez des individus sobres dont les artères sont saines<sup>1</sup> ». Cette remarque est applicable à presque tous les malades atteints d'*exulceratio*; parmi les cas que j'ai réunis, on ne signale que deux fois des lésions de gastrite éthylique.

En résumé, l'*exulceratio simplex* n'est ni tuberculeuse,

1. Letulle. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1888, séance du 19 août, p. 561.