

ni syphilitique, ni alcoolique, ni urémique : qu'est-elle donc ? Tout fait admettre qu'elle est le résultat d'un processus toxi-infectieux, aigu. Je rappelle que dans deux de nos cas, sur le territoire de l'exulcération et dans son voisinage, les parties profondes de la tunique muqueuse étaient le siège de petits amas, probablement petits abcès miliars, reliquats d'une toxi-infection. Ces petits abcès miliars, ainsi qu'on peut le constater sur l'une des planches, avaient détruit par place la muqueuse, et s'étaient déversés dans la cavité stomacale, laissant ainsi sans défense les couches sous-jacentes. Les mêmes petits abcès miliars sont signalés dans les observations de Lépine et Bret. Dans un des cas de Giraudeau, comme dans les nôtres, l'exulceratio ne dépassait pas la muscularis mucosæ et atteignait un rameau artériel ; la section du vaisseau était *incomplète* et sur les parois qui avaient résisté au processus ulcératif on ne trouvait pas *trace d'artérite*. De plus, chose importante, au voisinage de ce vaisseau, on voyait quelques amas de leucocytes représentant de véritables abcès miliars, avec nombreux micro-organismes dont quelques-uns en chaînette.

Le processus toxi-infectieux qui aboutit à l'exulceratio a toutes les allures d'un processus rapide. On ne retrouve, dans la plupart des cas, que les traces d'un processus aigu. L'exulceratio de mon malade était de date récente, rien dans l'examen histologique n'autorisait à admettre une lésion chronique ; de même pour l'exulcération de la malade de Michaux ; l'exulceratio de la malade de Giraudeau était également le résultat d'un processus récent. Dans le cas de Luys, tout faisait supposer « que la lésion était récente ». Brault insiste aussi sur ce fait que l'exulceratio qui a provoqué la mort de sa malade était « de date récente. »

L'origine toxi-infectieuse de l'exulceratio simplex et la rapidité du processus concordent, du reste, avec ce que nous savons de la pathogénie des ulcérations aiguës de l'estomac. Nous nous sommes expliqués sur ce point dans nos deux chapitres sur les gastrites ulcéreuses pneumococcique

et appendiculaire. Depuis longtemps, Letulle¹ a émis l'opinion que « l'ulcus serait le reliquat souvent caché d'une maladie infectieuse ». Chez une femme qui avait succombé à la fièvre puerpérale et dont Vidal a rapporté l'observation, Letulle trouva dans l'estomac deux petites ulcérations taillées à pic ; les veinules sous-jacentes étaient thrombosées et contenaient une quantité de streptocoques. Dans le même ordre d'idées, Vidal et Meslay ont rapporté l'observation d'un jeune garçon, atteint au pied droit d'un durillon, qui fut incisé. Bientôt survinrent de nombreux abcès cutanés et des symptômes de toxi-infection qui entraînèrent la mort. A l'autopsie, on trouva des lésions de cette infection généralisée : abcès ou infarctus suppurés du myocarde, des reins, du poumon, de l'épididyme, suppurations dues au staphylocoque doré. A l'estomac était une large ulcération à processus aigu².

Les expériences entreprises dans le but d'élucider la pathogénie des ulcérations aiguës stomacales plaident également en faveur de son origine toxi-infectieuse : Letulle provoque des ulcérations gastriques à un cobaye par injection de staphylocoques dans le péritoine, après avoir préalablement distendu l'estomac par des injections de solution de bicarbonate de soude. Enriquez et Hallion ont produit des ulcérations gastriques chez le cobaye par injections, sous la peau du ventre, de toxine diphtérique³. Bezançon et Griffon ont provoqué des érosions gastriques aiguës par inoculation dans le péritoine du cobaye d'une culture de pneumocoques⁴. Cette question est longuement étudiée par mon interne Gandy dans sa thèse⁵.

Une seule chose reste à déterminer dans l'exulceratio simplex, c'est l'origine de la toxi-infection : a-t-elle été précédée

1. Letulle. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1888, séance du 10 août.

2. Vidal et Meslay. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1897, séance du 12 mars.

3. Enriquez et Hallion. *Société médicale des hôpitaux*, 1899, séance du 23 décembre.

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

5. Gandy. *L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies*. Paris, 1899.

des lésions infectieuses, d'angine, de furoncle, d'otite, etc..., c'est ce qu'il n'a pas été possible d'établir chez nos malades; chez eux l'exulceratio est survenue en pleine santé.

Description. — Voici, presque toujours, 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 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. Cette grande hématomèse est suivie de faiblesse, de défaillance, et, si l'on examine les premières garde-robes rendues, on y trouve du melæna. 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 on est appelé auprès de ce malade, on trouve un individu anéanti, au teint blafard, aux muqueuses décolorées, à la voix éteinte. Le pouls est petit et accéléré; la température est souvent fébrile, le malade n'éprouve aucune douleur, l'estomac est indolore à la palpation.

L'exulceratio évolue presque toujours d'une façon rapide et absolument latente; on dirait vraiment que *son histoire clinique ne commence qu'à l'hémorrhagie*, et quelle hémorrhagie! Reprenons l'histoire des malades, et l'on verra qu'à part deux ou trois d'entre eux, qui se plaignaient de quelques symptômes gastriques, les autres n'avaient rien éprouvé qui pût attirer l'attention du côté de l'estomac; ils n'étaient point dyspeptiques, ils n'avaient eu ni douleur stomacale, ni vomissements, ni intolérance gastrique; c'est dans le cours d'une santé excellente, c'est d'emblée, qu'ils ont été pris de leurs grandes hémorrhagies. Chez notre

premier malade, celui qui est venu mourir dans notre service, les hématomèses étaient survenues brusquement, sans autre symptôme prémonitoire. Notre second malade, celui qui a si bien guéri par l'opération, rentrait tranquillement chez lui, quand il se mit, tout à coup, à vomir le sang à pleine bouche sans autre symptôme gastrique antérieur. Une jeune femme que nous avons, salle Sainte-Jeanne, fut prise d'hématomèses terribles sans le moindre avertissement; une jeune fille que j'ai vue en consultation avec Grunberg n'avait jamais éprouvé de symptômes gastriques quand survinrent inopinément, dans la rue, des hématomèses presque foudroyantes; la malade opérée par Michaux n'avait jamais eu ni vomissements, ni douleurs gastriques, et le premier symptôme de l'exulceratio fut chez elle une hématomèse évaluée à deux litres de sang; la jeune fille qui est morte dans le service de Brault n'avait jamais souffert de l'estomac quand débutèrent brusquement les grandes hématomèses dont elle devait mourir. Un malade que j'ai eu cette année à l'Hôtel-Dieu a été pris, sans le moindre trouble gastrique antérieur, d'hématomèses tellement considérables qu'il n'avait plus que 650 000 globules rouges.

Un autre fait a attiré mon attention, c'est que les hémorrhagies stomacales de l'exulceratio simplex sont *d'emblée* de grandes hémorrhagies; elles ne sont pas précédées de petites hémorrhagies prémonitoires, elles ne donnent pas lieu aux petites hématomèses marc de café qui sont si fréquentes au cours de l'ulcus simplex; du premier coup elles se chiffrent par un demi-litre, par un litre, par un litre et demi de sang et cette terrible hémorrhagie se fait en quelques instants, en quelques minutes, suivie ou non de melæna. Tandis que la gastrorrhagie mortelle est relativement rare dans l'ulcus simplex, l'hématomèse quasi-foudroyante est beaucoup plus fréquente dans l'exulceratio simplex dont elle constitue le signe capital et l'unique danger. Peut-être l'anatomie pathologique pourrait-elle nous rendre compte de ces différences entre les gastrorrhagies de l'ulcus et de l'exulceratio; le processus chronique de l'ulcus se prête mieux aux oblitéra-

tions vasculaires, tandis que le processus ulcéreux aigu de l'exulceratio atteint rapidement la muscularis mucosæ et les artérioles; il attaque le vaisseau et il détruit *latéralement* ses parois ainsi que le démontrent nos préparations. L'hémorrhagie est beaucoup plus grave quand une artère est entamée latéralement que lorsqu'elle est sectionnée complètement, car, dans le premier cas, la rétraction des parois et la formation du caillot se prêtent moins à l'arrêt spontané de l'hémorrhagie. Aussi chez tout malade atteint d'exulceratio simplex, les hémorrhagies stomacales sont terribles, et, dans quelques cas, presque foudroyantes. Mon premier malade a perdu quatre litres de sang en moins de trente heures. Mon second malade avait perdu quatre litres de sang quand je l'ai fait opérer. C'est par litres de sang que s'effectuaient les hématoméses de la malade de Michaux. J'en dirai autant de la malade de Brault. La malade de Gilbert est morte d'hématémèse foudroyante. C'est également par hématoméses foudroyantes qu'ont été enlevés le malade de Luys et le malade de Lépine et Bret. Deux jeunes femmes dont je parlerai plus loin ont perdu en quarante-huit heures plusieurs litres de sang. Le très grand péril de l'exulceratio simplex vient donc des gastrorrhagies quasi-foudroyantes qui se traduisent par hématomémèse et par melæna.

Nous connaissons mal l'état chimique du suc gastrique au cours de l'exulceratio simplex. On pourrait supposer, *a priori*, qu'ici comme dans l'ulcus simplex c'est l'hyperchlorhydrie qui domine, et cependant chez le malade de Lépine et Bret on n'a pas trouvé d'acide chlorhydrique libre; chez notre second malade, celui que j'ai fait opérer, on a constaté de l'hypochlorhydrie. Je signale ce fait qui cadre assez mal avec les théories, et qui prouve en tout cas que l'exulceratio comme l'ucère peut se développer, bien que le taux de l'acide chlorhydrique soit abaissé.

Un autre fait à signaler c'est l'état fébrile des malades atteints d'exulceratio. Dans presque toutes les observations l'élévation de température est consignée. Pourquoi cette

élévation de température? Le jeune garçon de la salle Saint-Christophe avait 38 degrés; la malade de Michaux avait la fièvre et sa température atteignait 39 degrés; chez la jeune femme de notre salle Sainte-Jeanne la température est restée fébrile pendant trois jours; la jeune fille que je voyais avec Grunberg a eu plusieurs jours 38 et 39 degrés; la température était élevée chez la malade de Brault. Je n'insiste pas ici sur la pathogénie de cet état fébrile que j'ai longuement discuté dans mes leçons cliniques.

Un autre détail à noter c'est que l'exulceratio a une prédilection pour les jeunes gens ou au moins pour les gens jeunes (garçons ou filles).

Diagnostic. — Nous avons dit que l'exulceratio simplex évolue rapidement et silencieusement, démasquant tout à coup sa présence par des hématoméses terribles, à peine annoncées par une pesanteur d'estomac, avec ou sans nausées, vertiges et tendance à la syncope. Ces hématoméses, du plus grave pronostic, sont parfois mortelles si on n'a pas recours à l'opération. Il s'agit donc de faire un bon diagnostic. Comment y arriver?

En face d'un malade atteint subitement de grands vomissements de sang, un double diagnostic est à faire: s'assurer d'abord qu'il s'agit bien d'hématoméses, et faire ensuite le diagnostic de la lésion qui les a provoquées. Premier diagnostic: un malade raconte qu'il a eu des vomissements de sang; a-t-il eu réellement des hématoméses et non des hémoptysies? Parfois l'hémoptysie est si considérable, le sang est projeté avec une telle violence, que le malade appelle cela vomir le sang, bien que le sang vienne en réalité du poumon et non de l'estomac. Mais le sang de l'hémoptysie est rendu au milieu de saccades de toux à l'état de sang spumeux et rutilant, ce qui n'est pas le fait de l'hématomémèse; de plus, la lésion pulmonaire, origine de l'hémoptysie, permet de fixer la cause et le siège de l'hémorrhagie. Il faut compter également avec l'ouverture d'un anévrysme aortique dans la trachée ou dans les bronches, le malade rendant une énorme quantité de sang qui doit