

L'oxygène abondamment répandu autour du lit du malade, les injections d'éther, au cas de syncope, rendent de réels services. Vous soumettez le malade à cette médication et vous le surveillez de près. La *diète absolue* doit durer au moins trois ou quatre jours. A dater de ce moment on permet quelques cuillerées d'eau, puis quelques cuillerées de lait coupé d'eau et on augmente progressivement les doses. Il est rare que vous réussissiez du premier coup à arrêter l'hémorrhagie; d'autres hématomésés vont peut-être reparaitre, de nouveau le malade va rendre un demi-litre de sang et plus encore, suivi ou non de méléna. Dans ces conditions, la situation devient périlleuse, l'anxiété redouble, le pouls s'accélère, la pâleur s'accroît, les défaillances se succèdent. Vous n'osez plus quitter votre malade; vous redoutez avec raison une syncope ultime; vous vous demandez si une nouvelle hématomésé, mortelle celle-là, ne va pas survenir d'un instant à l'autre, et, tout en continuant votre traitement médical, vous êtes hanté par l'idée de l'intervention chirurgicale.

C'est ici que la difficulté est grande; c'est ici qu'il est grave de prendre une décision dont vous devez assumer la responsabilité, décision qui consiste à décider le moment opportun où il faut armer la main du chirurgien; pas trop tôt, pas trop tard.

Quel est donc ce moment opportun quand il s'agit des grandes hématomésés de l'exulceratio simplex? Certes, le traitement médical tel que je viens de le formuler a une grande efficacité; mais cette efficacité a des limites. Mon premier malade a succombé, bien qu'il ait reçu dans la veine 1500 grammes de sérum; le malade de Brault a succombé, bien qu'on ait pratiqué de grandes injections de sérum plusieurs fois répétées et une injection intraveineuse de 1500 grammes. Le traitement médical est donc parfois impuissant. Quant au traitement chirurgical, il aura d'autant plus de chances de réussir qu'il sera fait à temps et non pas au moment où la syncope mortelle est imminente. Quelles sont donc les indications d'après les-

quelles l'opération devient urgente; s'impose-t-elle lorsque le chiffre des globules rouges a subi une déperdition déterminée; peut-on dire, par exemple, qu'il faille opérer dès que le nombre des globules rouges s'est abaissé au taux de 1200 000? Je ne pense pas que ce soit là l'unique criterium: le malade de Lépine et Bret a succombé alors qu'il avait 1500 000 globules; et d'autre part un de mes malades de l'Hôtel-Dieu vient de guérir alors qu'il n'avait plus que 650 000 globules¹. C'est dire que la numération des globules, à elle seule, ne peut servir de guide.

Je ne vois, à vrai dire, aucun signe précis qui nous permette de formuler le moment où l'opération s'impose. Cette appréciation ne peut résulter que de l'ensemble des faits. Il faut tenir compte du pouls, de l'état des forces du malade, de son degré de résistance; en un mot, il faut savoir attendre, mais il faut aussi savoir se décider. J'ai la conviction que l'opération pratiquée pour les hématomésés de l'exulceratio simplex donnera d'éclatants succès, car elle est *infiniment plus simple* au cas d'exulceratio qu'au cas d'ulcus.

Au cas d'exulceratio, pas d'adhérences, pas de lésions péri-stomacales, pas de grosse lésion de l'estomac; il s'agit, au contraire, d'une lésion superficielle bien limitée, qui se prête admirablement à l'opération. La lésion est même si superficielle, et, au premier abord, si peu apparente, qu'elle peut passer inaperçue quand on n'est pas prévenu. Ainsi voyez ce qui est arrivé aux opérateurs, tant que l'exulceratio n'a pas eu son histoire anatomique et clinique: un individu avait-il des hématomésés violentes et répétées, on croyait à un ulcus simplex et on le livrait au chirurgien; le chirurgien, certain qu'il allait trouver une importante lésion stomacale, des adhérences, de l'induration des parois stomacales, un gros ulcère à larges bords, ouvrait l'estomac,

¹. Au sujet de ce malade, un de mes chefs de laboratoire, Jolly, a publié un important travail sur la réparation du sang dans un cas d'anémie aiguë post-hémorrhagique. *Arch. de médecine expérimentale*, 4 juillet 1901.

et grande était sa surprise de ne pas trouver la lésion attendue; il croyait alors à une erreur de diagnostic, il refermait l'estomac, ou bien il pratiquait une gastro-entérostomie sans se rendre un compte exact de ce qui s'était passé. Pareille méprise est signalée dans plusieurs observations : Michaux ouvre l'estomac de sa malade, bien convaincu qu'il va trouver l'ulcus annoncé; il ne trouve pas cet ulcus, et l'exulceratio simplex, cause de l'hémorrhagie mortelle, passe inaperçue; on ne constate la méprise qu'à l'autopsie. Hartmann ouvre l'estomac de sa malade croyant qu'il va trouver l'ulcus simplex diagnostiqué, il ne trouve pas cet ulcus; l'exulceratio simplex, cause de l'hémorrhagie mortelle, passe inaperçue et on la trouve plus tard à l'autopsie. Chez le malade que j'ai fait opérer par Cazin, on ouvre l'estomac, qui au premier abord paraît tellement sain, qu'on a un moment d'hésitation; mais on cherche de parti pris l'exulceratio simplex dont j'avais annoncé l'existence, on la trouve, on la ligature, et le malade guérit.

Il ne faut donc pas dire, comme on l'a avancé à tort, que l'exulceratio simplex est impossible à trouver au moment de l'opération; je m'élève, preuves en main, contre pareille assertion. Jusqu'ici, on n'était pas familiarisé avec l'exulceratio simplex; elle était pour ainsi dire ignorée; elle n'avait suscité aucun travail d'ensemble; elle avait si peu attiré l'attention, qu'une fois l'estomac ouvert *on ne la voyait pas, parce qu'on ne savait pas la voir; elle passait inaperçue, parce qu'on ne savait pas qu'elle existait.* C'est donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire médico-chirurgicale des ulcérations de l'estomac. A l'avenir, les médecins feront leur diagnostic et, quand le chirurgien ouvrira l'estomac pour remédier à des hématomésés mises sur le compte de l'exulceratio, il saura que l'estomac peut lui paraître sain au premier abord; mais il saura également qu'il ne doit pas s'en tenir à cette première impression; il recherchera, avec un soin minutieux, l'exulceratio simplex; qu'il scrute la muqueuse stomacale, qu'il la déterge avec soin, qu'il la déplisse, s'il le faut même qu'il examine à la loupe

le lieu suspect, et il découvrira l'exulceratio, qui a la dimension d'une lentille, d'une pièce de 50 centimes, de 1 franc. Il la découvrira d'autant mieux que l'exulceratio, pour si superficielle qu'elle soit, occupe habituellement, je le répète avec intention, une certaine surface : elle est même parfois entourée de taches ecchymotiques qui servent de point de repère.

§ 10. ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC MALADIE DE CRUVEILHIER

Avis. — Je prévien le lecteur que plusieurs questions concernant l'ulcus simplex (hématomésés, pathogénie de Fulcus, etc.) ont été étudiées au chapitre précédent avec l'exulceratio simplex et seront repris à l'un des chapitres suivants relatif à la transformation de l'ulcus en cancer. Je prie donc (afin d'éviter les répétitions) qu'on veuille bien lire ces chapitres qui se complètent réciproquement.

Historique. — L'étude des *érosions* et des *ulcérations* stomacales faites aux chapitres précédents, prouve que les lésions ulcéreuses *aiguës* de l'estomac sont nombreuses et que leur origine est multiple. La description que je vais entreprendre actuellement s'adresse à une variété d'ulcère *chronique* alternativement nommé *ulcère simple* (Cruveilhier), *ulcère perforant* (Rokitansky), *ulcus rotundum* (Niemeyer); variété spéciale à l'estomac, à l'œsophage et au duodénum, et pour la première fois merveilleusement décrite par Cruveilhier¹.

A Cruveilhier revient en effet l'honneur d'avoir créé cette entité morbide. Du premier coup, dès l'année 1830, il décrivait minutieusement l'ulcère chronique simple, et le séparait définitivement du cancer de l'estomac, avec lequel il avait été confondu jusqu'alors. En 1838 il complétait son œuvre, et il nous a laissé, de cette maladie, un tableau

1. Cruveilhier. *Anal. path. du corps humain*. 1830. 10^e livraison; 1835, 20^e livraison. *Revue médicale*, 1838. *Arch. de médecine*, 1856.