

res de la dyspepsie, l'anémie, l'amaigrissement, l'hypochondrie, et nous pouvons ajouter aujourd'hui la *neurasthénie*. Si l'on veut bien se reporter au chapitre consacré à la neurasthénie, on verra dans quelles proportions la dyspepsie et la neurasthénie sont associées.

Parfois les symptômes généraux prennent à la longue une notable intensité, le malade se plaint de palpitations et d'essoufflement, la peau prend un aspect pâle et terreux, et l'émaciation devient si considérable qu'on se demande, en face de cette cachexie, si la dyspepsie n'est pas sous la dépendance d'un cancer de l'estomac.

La dyspepsie *flatulente* est caractérisée par une abondante formation de gaz, qui s'ajoute aux autres troubles dyspeptiques. Aussitôt après l'ingestion des aliments, ou quelque temps après les repas, des gaz se produisent dans l'estomac et dans l'intestin, et le ballonnement est tel que les malades doivent desserrer leurs vêtements. Des éructations parfois fort abondantes, simples ou nidoreuses, apportent un vrai soulagement. Cette *pneumatose* gastro-intestinale n'est pas due exclusivement à des fermentations anormales, elle résulte parfois d'une véritable sécrétion gazeuse analogue à celle qu'on observe chez les hystériques. On a encore admis que ces gaz se forment dans l'intestin, et sont refoulés dans l'estomac par les contractions antipéristaltiques intestinales (Leven)¹.

Dans certains cas la dyspepsie est dite *acide*, les éructations et les vomituritions sont *acides*, et leur passage laisse à la gorge une sensation de brûlure (*pyrosis*). Les vomissements acides ne sont jamais plus prononcés que dans la *gastroxie*.

Il y a une forme de dyspepsie dans laquelle la *boulimie* remplace l'inappétence; elle se rencontre surtout chez les femmes hystériques ou gastralgiques. La malade éprouve une sensation continuelle de vide à l'estomac, elle a toujours faim; et, alors même que cette faim est satisfaite,

1. Leven. *Traité des maladies de l'estomac*. Paris, 1879.

elle est accompagnée d'un sentiment de faiblesse. Cette dyspepsie n'est généralement accompagnée ni d'éructations, ni de flatuosités, ni de constipation; il y a plutôt de la diarrhée.

Chez les *arthritiques* et les *goutteux*, ou chez ceux qui sont en puissance de la diathèse goutteuse, les troubles dyspeptiques sont souvent associés à des congestions du foie, à une hypersécrétion de la bile (*polycholie*). Ces troubles hépato-gastriques alternent souvent ou coïncident avec des éruptions cutanées à forme eczémateuse.

Sous le nom de *gastroxie nerveuse*¹ (*γαστήρ*, estomac, *ἄξις*, acide) on a décrit un état dyspeptique qui survient par accès, et qui pourrait bien n'être autre chose qu'une variété de la migraine. Les accès de gastroxie éclatent le plus souvent sous l'influence de travaux intellectuels excessifs, ils reviennent tous les mois, tous les deux mois, et disparaissent sous l'influence d'un repos ou d'un séjour à la campagne. Dans l'intervalle des accès, la santé est excellente. L'accès est constitué par une céphalée violente, par une brûlure à l'estomac, et par des vomissements *tellement acides* que le pharynx en conserve pendant des heures une sensation d'âcreté et de cuisson. Des analyses ont démontré la présence d'un *excès considérable d'acide chlorhydrique et d'acide lactique*. Ces accès peuvent être enrayés au moyen de quelques verres d'eau très chaude; non traités, ils durent plus ou moins longtemps.

Marche. — Diagnostic. — Traitement. — Les dyspepsies sont de leur nature essentiellement chroniques et sujettes à répétition, celles surtout qui dépendent de la diathèse goutteuse. Bien que nous les ayons séparées du catarrhe chronique de l'estomac, il faut dire que les symptômes des dyspepsies et les symptômes des gastrites se touchent de si près, qu'on est souvent forcé de les confondre en une même description. La difficulté du diagnostic

1. Cet état décrit par Rossbach sous le nom de *gastroxynsis* a été nommé *gastroxie* par M. Lépine. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 10 avril 1885.

ne consiste pas à reconnaître les troubles dyspeptiques; elle consiste à savoir si ces troubles sont purement fonctionnels, s'ils sont le résultat ou la cause d'un état nerveux (neurasthénie); s'ils sont une manifestation de lésions organiques éloignées (tuberculose, pyélite, néphrite), ou s'ils ne sont pas l'avant-coureur de lésions organiques de l'estomac, d'un ulcère ou d'un cancer. Le problème est parfois difficile à résoudre, car chez certains cancéreux, nous le verrons dans un des chapitres suivants, les symptômes du cancer de l'estomac sont parfois précédés d'une longue période dyspeptique associée ou non à la gastrite chronique et à l'adénome stomacal.

Le traitement est variable suivant la nature et la cause de la dyspepsie¹. C'est ici que peut intervenir avec utilité l'analyse du chyme stomacal, savoir s'il y a hypochlorhydrie ou hyperchlorhydrie. Le choix des aliments (lait, viandes fortes, viandes blanches), le choix des boissons (boissons alcalines, amères, fermentées), la régularité dans l'heure des repas, un exercice convenable, le régime, en un mot², joue un grand rôle dans le traitement des dyspepsies. Dans beaucoup de cas (dyspepsie simple, dyspepsie des gouteux), les alcalins, l'eau de chaux, la craie préparée (qui est du bicarbonate de chaux précipité du chlorure de calcium par le carbonate de soude), les eaux de Vichy, de Pougues, de Carlsbad, de Hombourg, sont spécialement indiqués. Ce traitement sera complété par des purgations fréquentes mais peu énergiques au cas de catarrhe gastro-intestinal (eaux de Birmenstorff, de Pullna). Contre la dyspepsie flatulente, souvent accompagnée d'éructions acides, le charbon de Belloc est indiqué; les préparations alcalines rendent aussi des services, à la condition de les remplacer après quelques jours par les amers, le quassia amara, le columbo, la teinture amère de Baumé. Si la dyspepsie se lie à la chloro-anémie, on conseillera de préférence des eaux ferrugineuses, les eaux de Spa, de Forges.

1. Sée. *Du régime alimentaire*. Paris, 1887.

2. Jaccoud. *Pathol. interne*, t. II, p. 191.

A mon sens, rien ne vaut le traitement préconisé par mon maître Trousseau; on a voulu innover, on n'a pas encore trouvé mieux. De toutes les dyspepsies, la plus fréquente, la plus banale, c'est la dyspepsie flatulente: diminution de l'appétit, tendance à la constipation, langue saburrale, ballonnement de l'estomac, éructations après les repas, lourdeur de tête, congestion de la face, sensations vertigineuses, tels sont les symptômes habituels de cette dyspepsie vulgaire. Voici le traitement que je mets en usage depuis longtemps:

1° Prendre le matin à jeun un demi-verre d'eau de Vichy (Célestins).

2° Prendre avant les deux principaux repas trois gouttes de teinture amère de Baumé dans une cuillerée d'eau.

3° Prendre pendant le repas un cachet ainsi composé:

Craie préparée.	} à 15 centigrammes.
Bicarbonate de soude.	
Magnésie.	

4° Si la constipation est forte, on remplace ces cachets par les cachets suivants:

Bicarbonate de soude.	25 centigrammes
Rhubarbe.	20 —

5° Prendre après le repas une ou deux grandes cuillerées d'eau de chaux.

6° Si la dyspepsie est douloureuse, on ajoute à l'eau de chaux une toute petite dose de cocaïne.

Eau de chaux.	200 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.	2 centigrammes.

Prendre une grande cuillerée à la fin des repas.

7° Au cas de constipation, prendre tous les soirs en se couchant un léger purgatif: soit une cuillerée à café de poudres laxatives de Vichy dans un demi-verre d'eau d'Évian, soit une pilule de cascarine.

8° Manger tous les aliments qu'on sait par expérience

être bien tolérés. Boire aux repas les eaux d'Évian, d'Alet, de Vittel, avec ou sans vin, blanc ou rouge.

9° Supprimer les boissons alcooliques et le vin pur. Les infusions chaudes après les repas, thé, café, camomille, sont permises.

10° Faire une cure à Vichy ou à Pougues.

Il est des dyspepsies qui sont peu améliorées par les alcalins et qui doivent être traitées par les acides; on donne au malade une, deux ou plusieurs gouttes d'acide chlorhydrique dilué dans un peu d'eau, après chaque repas (Trousseau). Cette médication a été reprise par M. Bouchard.

Les dyspepsies qui sont accompagnées de boulimie, de sensation de vide à l'estomac, de diarrhée survenant presque aussitôt après l'ingestion des aliments, sont heureusement modifiées par de petites doses d'opium; il suffit de donner un ou deux centigrammes d'extrait thébaïque, ou une à deux gouttes de laudanum de Sydenham avant chaque repas.

Les lavages de l'estomac sont parfois fort utiles, surtout quand la dyspepsie est sous l'influence d'un catarrhe stomacal avec ou sans dilatation de l'organe.

M. Frémont a proposé l'usage de la gastérine (suc gastrique animal dont j'ai plusieurs fois constaté l'efficacité surtout quand il s'agit de dyspepsie invétérée. « La gastérine est un liquide aqueux, incolore, acide, doué d'un grand pouvoir digestif. C'est le type de l'opothérapie stomacale. Elle convient dans tous les cas de sécrétion insuffisante de l'estomac, sauf le cancer¹. » On donne la gastérine à la dose de 100 grammes à 500 grammes par jour, incorporée au lait, à la bière, au bouillon, à l'eau, au vin, soit pendant les repas, soit en dehors des repas; j'en ai souvent constaté les bons effets.

1. Frémont. *La gastérine*. Vichy, 1896; Paris, 1903.

§ 5. GASTRALGIE

Étiologie. — La *gastralgie* (cardialgie, crampes d'estomac) est la névralgie des nerfs de l'estomac (pneumo-gastrique et grand sympathique). Tantôt cette névralgie est essentielle et forme à elle seule toute la maladie, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle est secondaire et n'apparaît que comme un symptôme associé à divers états morbides.

La gastralgie est provoquée par le froid, par les fatigues de tout genre (travaux, veilles, excès vénériens), par les chagrins, par l'usage d'une alimentation excitante. Elle est un symptôme fréquent des dyspepsies, de l'hystérie, de la neurasthénie, de la chloro-anémie, des maladies utérines; elle reconnaît pour cause la phthisie, la goutte, l'impaludisme, certaines affections de la moelle épinière, et notamment l'ataxie locomotrice. Dans un cas, elle a paru manifestement associée à la réduction de varices spermatiques¹.

Description. — Le symptôme essentiel et quelquefois unique de la gastralgie, c'est la *douleur*. Cette douleur éclate sous forme d'accès. L'accès est habituellement spontané et indépendant de l'ingestion des aliments: il est parfois précédé d'éruptions, de nausées, de pyrosis. Tantôt l'accès douloureux est léger et limité à la région épigastrique, avec ou sans spasmes de l'estomac et contracture du pylore (*crampes d'estomac*); tantôt il est violent et accompagné de vomissements, de lipothymies, de syncope. La douleur revêt les caractères les plus variés; elle est pongitive, angoissante; elle irradie dans toutes les directions: dans le dos, au thorax, à la base de la poitrine (irradiations aux nerfs intercostaux); elle envahit le ventre (entéralgie); elle arrive aux hypochondres, aux reins, et jusqu'au cordon spermatique (irradiations au plexus solaire). Dans les accès violents, le

1. Jaccoud. *Clinique médicale*, t. III, p. 19.

malade a la face pâle et les traits contractés, il pousse des gémissements, il comprime avec force la région douloureuse, il cherche par toutes les positions possibles à diminuer l'intensité du mal. L'accès dure quelques minutes, un quart d'heure, une heure; il peut reparaitre plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et plusieurs jours de suite.

Si la gastralgie est associée à un état dyspeptique, à un catarrhe stomacal, il y a en même temps des troubles digestifs; dans d'autres cas, les digestions sont normales, l'appétit est conservé, parfois même augmenté (*boulimie*). Chez les femmes hystériques et chloro-anémiques, le goût est perverti (*pica, malacia*). Dans l'ataxie locomotrice, les accès de gastralgie (*crises gastriques*) revêtent des caractères qui sont décrits au chapitre du tabes et qui peuvent devancer les autres symptômes de la maladie. La durée de la gastralgie est subordonnée à sa cause; elle est tantôt passagère, tantôt persistante et sujette à répétitions.

Diagnostic. — L'*ulcère simple* de l'estomac provoque des douleurs qui ont une grande analogie avec la *gastralgie*, mais on reconnaît l'ulcère à d'autres symptômes, tels que l'intolérance de l'estomac pour les aliments, l'apparition ou l'aggravation des douleurs après les repas, le siège xiphoidien et rachidien de la douleur, la présence de sang dans les vomissements (hématomèse). Le *cancer* de l'estomac est une maladie moins douloureuse; néanmoins la lésion cancéreuse s'annonce quelquefois par une douleur persistante et tenace à la région épigastrique, et le diagnostic doit être fait avec la gastralgie; l'âge du malade, son dépérissement progressif, l'hématémèse, le méléna, la phlegmatia alba dolens, la présence d'une tumeur stomacale, l'hypochlorhydrie, sont les symptômes du cancer. Il ne faut pas confondre la gastralgie avec les névralgies superficielles de la peau ou du plan musculaire de la région épigastrique; l'*épigastralgie* et la *névralgie des nerfs intercostaux* sont accompagnés d'hyperesthésie et de *points douloureux* qu'il est facile de provoquer par la pression à l'émergence des rameaux nerveux. Les *coliques hépatiques* légères, celles

surtout qui ne sont pas suivies d'ictère, sont fréquemment prises par les malades pour des accès de gastralgie, pour des *crampes d'estomac*; afin d'éviter l'erreur, il faut s'assurer du siège précis de la douleur, qui dans le cas de colique hépatique est à l'hypochondre droit et irradie fréquemment à l'épaule droite; il faut percuter le foie, qui est souvent douloureux et augmenté de volume; il faut examiner les urines, qui sont souvent ictériques; les coliques hépatiques, même légères, sont parfois accompagnées de vomissements, et suivies, sinon d'ictère, du moins d'une teinte subictérique des conjonctives.

Il ne suffit pas de faire le diagnostic de la gastralgie, il faut encore faire le diagnostic de sa *cause*, car le *pronostic* y est sérieusement engagé; il faut savoir si la gastralgie est purement nerveuse, si elle est symptomatique (ulcère, cancer, tabes) ou si elle n'est pas l'un des premiers symptômes d'une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution.

Traitement. — Au moment de l'accès, l'indication principale est de calmer la douleur; on applique des sachets de glace au-devant de l'estomac, on prescrit un ou deux grammes d'antipyrine, on fait une injection de morphine à la région épigastrique. Le nombre des injections et la quantité de morphine injectée (1 à plusieurs centigrammes) dépendent de la durée et de l'intensité de l'accès. En dehors des accès, on prescrit un traitement en rapport avec la cause qui a provoqué la gastralgie: les préparations ferrugineuses et arsenicales pour la chloro-anémie; les antispasmodiques (valériane, bromure de potassium) dans les cas où l'élément nerveux est prédominant; les alcalins, les amers, si la gastralgie est liée à l'une des formes de dyspepsie précédemment décrites. Un ou deux centigrammes d'extrait thébaïque quelques gouttes de laudanum, seront donnés avant les repas, si l'accès douloureux est provoqué par l'ingestion des aliments; le régime lacté est également indiqué. Dans bien des cas, l'hydrothérapie rend de véritables services.

§ 6. ULCÉRATIONS DE L'ESTOMAC. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Erosions et ulcérations. — Les *ulcérations de l'estomac*, depuis la simple érosion jusqu'à l'ulcération complète des parois, se produisent dans les circonstances les plus diverses, bien étudiées par mon élève Gandy¹.

Ces ulcérations se présentent sous forme d'*érosions hémorragiques*, dans la gastrite alcoolique, dans la gastrite urémique (Treitz), dans la gastrite des nouveau-nés, nommée *gastropathie ulcéreuse* (Parrot)².

a. Chez les *nouveau-nés*, qui ont rapidement la peau sèche et cyanosée, les yeux excavés, la face grippée, et dont les vomissements contiennent des flocons brunâtres (hématémèse), on peut soupçonner l'existence des ulcérations stomacales. A l'autopsie, on trouve l'estomac recouvert d'une épaisse couche de mucus et parsemé de taches noirâtres de sang modifié par le suc gastrique. Au-dessous du mucus, sont des érosions, des ulcérations circulaires, les unes à peine visibles à l'œil nu, les autres ayant plus d'un millimètre de diamètre. Elles ont comme siège de prédilection la grande courbure et la région pylorique. Sur des coupes de la muqueuse on voit, à l'examen histologique, que l'ulcération attaque la muqueuse tout entière (Parrot); elle détruit tantôt la partie superficielle des glandes, tantôt la couche glandulaire; la congestion des veines est considérable.

b. On observe encore des *érosions hémorragiques* de l'estomac, à la suite des stases veineuses de cet organe (troubles circulatoires de la veine porte, maladies du foie et du cœur). Ces érosions sont généralement petites, habituellement arrondies, à bords plats; elles dessinent parfois des lignes ou des cercles plus ou moins capricieux, en rapport avec le

1. Gandy. *Ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies*. Thèse de Paris, 1899.

2. Parrot. *L'athrepsie*, p. 216.

trajet des veines qui rampent sous la muqueuse¹. On en trouve en moyenne une demi-douzaine par centimètre carré, et les plus grandes ne dépassent pas 2 millimètres de diamètre. La nature de la lésion paraît être à la fois inflammatoire et nécrobiotique; la stase sanguine et l'inflammation se succèdent ou se combinent pour amener la mort du tissu.

c. La *tuberculose*, affection essentiellement destructive, ne ménage pas toujours l'estomac. Les troubles fonctionnels sont fréquents, mais les ulcérations *tuberculeuses* de l'estomac sont si rares que Marfan², dans sa thèse de 1887, n'en signalait que 14 cas, et Letorey, dans sa thèse de 1895, n'en a réuni que 21 cas authentiques. Les ulcérations gastriques tuberculeuses présentent les aspects les plus divers: tantôt aussi petites qu'une tête d'épingle, tantôt ayant 4 et 5 centimètres de diamètre, leurs bords sont déchiquetés et irréguliers. On constate souvent des granulations tuberculeuses au fond et au pourtour de l'ulcération. L'examen bactériologique y a décelé plusieurs fois des bacilles. Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac sont presque toujours, pour ne pas dire toujours, secondaires; elles se développent chez les gens déjà tuberculeux, elles évoluent habituellement à l'état latent et constituent une surprise d'autopsie. Contrairement à l'ulcère simple de Cruveilhier, l'ulcération tuberculeuse a peu de tendance à la perforation. Bien que rares, les hématémèses sont une des complications possibles des ulcérations stomacales tuberculeuses; ces hématémèses peuvent même être mortelles, ainsi que le témoignent la onzième et la treizième observation de la thèse de Letorey³.

Au microscope, on trouve la zone sous-glandulaire du chorion et la tunique sous-muqueuse infiltrées de nodules tuberculeux; l'infiltration tuberculeuse suit également les vaisseaux de ces régions. Habituellement, l'ulcération n'at-

1. Letulle. *Société médicale des Hôpitaux*, 1888, p. 362.

2. Marfan. *Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire*. Thèse, Paris, 1887.

3. Letorey. *Ulcérations tuberculeuses de l'estomac*. Thèse, Paris, 1895.

teint que la muqueuse et dépasse rarement la sous-muqueuse. Au niveau de l'ulcération, le péritoine est épaissi, mais rarement tuberculeux. Par exception, le travail ulcéreux peut atteindre les vaisseaux gastro-épipliques, produire une hémorragie mortelle, ou déterminer la perforation de l'estomac et entraîner une péritonite suraiguë. Cette perforation de l'estomac, dans les six observations connues, ne s'est jamais produite de dedans en dehors, du fait de la lésion gastrique, mais de dehors en dedans, du fait de péritonite, de colite, ou d'adénite tuberculeuse.

F. Arloing¹ a consacré aux ulcérations tuberculeuses de l'estomac un important travail clinique et expérimental. En voici les conclusions générales :

« Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac chez l'homme et chez l'animal sont cliniquement assez rares; elles sont toujours accompagnées d'autres lésions tuberculeuses viscérales (phthisie ulcéreuse ou infection miliaire). Les diverses formes d'ulcérations tuberculeuses observées chez l'homme peuvent être réalisées expérimentalement.

« La pénétration directe du bacille de Koch à travers la muqueuse gastrique saine ou altérée, naturellement ou expérimentalement, semble au moins douteuse. Cliniquement, il est probable que l'agent infectieux (bacille ou toxines) emprunte la voie sanguine pour atteindre la muqueuse. Les ulcérations peuvent être ou histologiquement tuberculeuses ou toxi-infectieuses sans signature histologique. »

d. La *fièvre typhoïde* peut déterminer des ulcérations stomacales (Chauffard²), toutefois ces ulcérations typhiques sont fort rares. On cite partout le cas de Millard, mais on verra au chapitre de la gastrite ulcéreuse appendiculaire, que ce cas doit être révisé, car on ne l'a peut-être pas interprété comme il doit l'être. Les ulcérations stomacales, bien qu'apparaissant dans le cours de la dothiéntérie, peuvent néanmoins persister, à titre de reliquat, après gué-

1. F. Arloing. *Ulcérations tuberculeuses de l'estomac*. Lyon, 1905.

2. Chauffard. *Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde*. Thèse, Paris, 1882.

rision de la fièvre typhoïde, ainsi que le prouvent les observations de Cazeneuve¹.

e. Les grandes *brûlures* de la surface du corps et les contusions de la région épigastrique peuvent être également suivies d'ulcérations stomacales. On a cité des cas où le traumatisme épigastrique avait suscité l'*ulcus simplex* de Cruveilhér.

f. Les ulcérations *syphilitiques* de l'estomac feront l'objet d'un chapitre spécial. On y verra que ces ulcérations gommeuses sont assez fréquentes et coïncident souvent avec l'apparition de lésions tertiaires en d'autres régions.

g. Les trois chapitres suivants sont consacrés à l'étude d'érosions et d'ulcérations aiguës de l'estomac d'origine toxi-infectieuse. Les hémorragies stomacales en sont un symptôme fréquent; on peut même dire que les hématomies en sont le symptôme dominant.

§ 7. GASTRITE ULCÉREUSE HÉMORRHAGIQUE PNEUMOCOCCIQUE

Dans les trois chapitres suivants, il sera question d'érosions et d'ulcérations stomacales *aiguës*, toxi-infectieuses, auxquelles j'ai consacré ces dernières années une étude spéciale. Voici ces trois chapitres :

1° Gastrite ulcéreuse hémorragique *pneumococcique*.

2° *Vomito negro appendiculaire*, ou gastrite ulcéreuse hémorragique appendiculaire.

3° *Exulceratio simplex* de l'estomac.

Commençons par l'étude de la gastrite ulcéreuse hémorragique pneumococcique.

1. Cazeneuve. Ulcère simple de l'estomac. *Bulletin médical du Sud de la France*, mai et juin 1892.

Description. — Il fut un temps, qui n'est pas éloigné de nous, où « la pneumonie » semblait presque résumer l'infection que nous appelons aujourd'hui infection pneumococcique. Mais à la faveur des études bactériologiques (Netter), l'infection pneumococcique fut dépistée dans une foule d'organes où on ne la soupçonnait pas : pleurésie, péricardite, péritonite, méningites cérébrale et cérébro-spinale, endocardite, otite, amygdalite, arthrite, furent successivement étudiées et englobées dans les infections pneumococciques. Non seulement ces différentes localisations du pneumocoque furent observées à titre de complications secondaires survenant chez des gens atteints de pneumonie, mais on les signala également à titre de localisation primitive du pneumocoque (péritonite, otite, méningite, etc.) indépendante de toute pneumonie.

Néanmoins, il est une localisation de l'infection pneumococcique qui était jusqu'ici à peu près passée inaperçue, je veux parler de la *pneumococcie de l'estomac*. En voici deux observations que j'ai déjà fait connaître dans une de mes leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu¹.

Un malade arrive dans nos salles, dyspnéique, cyanosé, ayant 39,8 de température, 42 respirations, et une douleur vive sous le mamelon droit. A l'examen, on constate une pneumonie de la moitié inférieure du poumon droit; quelques frottements témoignent de la participation de la plèvre. La dyspnée est si intense qu'il est impossible d'ausculter le cœur. Le ventre est douloureux et ballonné. Les crachats sont rouillés. La nuit est très agitée, le malade gémit continuellement, il vomit, il a la diarrhée, les urines sont albuminuriques et urobilinuriques. Les symptômes *abdominaux* de notre malade, rares chez les pneumoniques, la douleur, le tympanisme, les vomissements, la diarrhée, attirent notre attention. Le lendemain la dyspnée est pire, le ventre est plus douloureux et plus tympanisé que la veille; les nausées et la diarrhée continuent. Que signifie cet épisode abdo-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899. Gastrite ulcéreuse pneumococcique. Grandes hématomèses. Onzième leçon, p. 219.

minal: le péritoine serait-il en cause? On pratique une saignée de 400 grammes. La journée est mauvaise, bien que la dyspnée ait diminué depuis la saignée. La nuit suivante est fort agitée, l'insomnie est complète, le malade se plaint de douleurs gastralgiques, d'envies de vomir, à 5 heures du matin il est pris d'une grande hématomèse et il rend dans une cuvette un litre de liquide noirâtre, marc de café, qu'on me montre aussitôt mon arrivée à l'hôpital. On prescrit la glace, une potion à l'eau de Rabel, des boissons glacées.

En face de cette grande hématomèse, je ne sais quel diagnostic formuler. Notre homme était atteint de pneumonie, de ce côté-là, pas d'hésitation. Mais pourquoi cette grande hématomèse; comment l'expliquer? L'hématomèse, que je sache, n'entre pas dans le cortège de la pneumonie. On pouvait se livrer à toutes les hypothèses: cet homme n'avait-il pas, antérieurement à sa pneumonie, un *ulcus simplex* ayant évolué jusque-là d'une façon latente? Ou bien, n'était-ce pas là un cas d'*exulceratio simplex*, cette exulceratio simplex que nous étudierons à l'un des chapitres suivants.

Quoi qu'il en soit, l'état du malade s'aggrave d'heure en heure, les symptômes abdominaux, tympanisme, douleur et diarrhée, s'accroissent; la diarrhée, si commune dans la péritonite pneumococcique primitive, nous fait penser ici à une localisation péritonéale de la pneumonie. A ce moment, la diarrhée se complique de mélena, les selles sont noirâtres, ce qui cadre bien avec l'hématomèse, sans mieux éclairer le diagnostic. A midi, petite hématomèse; à trois heures, nouvelle grande hématomèse et le malade succombe au milieu d'efforts de vomissements, au dixième jour de sa maladie, la température avoisinant 40 degrés. Telle est l'observation de ce malade pendant son court séjour à l'hôpital; la note dominante est la suivante: grandes hématomèses noires et complications gastro-péritonéales chez un pneumonique.

Voici les résultats de l'autopsie. A l'ouverture du thorax,

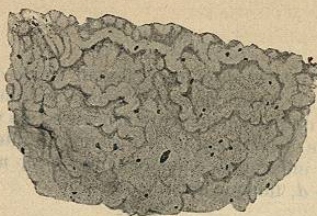
le péricarde apparaît fortement distendu; il contient 400 grammes d'un liquide rosé, riche en globules rouges. La surface du péricarde est recouverte d'un exsudat fibrineux, vilieux et plaqué de taches d'un rouge vif; le pneumocoque est l'agent pathogène de cette péricardite. Le cœur a son volume normal; on y trouve, dans les cavités droites, des caillots cadavériques, mais pas de caillots agoniques. Les orifices du cœur et des gros vaisseaux ne présentent rien de particulier.

La cavité pleurale droite contient 300 grammes d'un liquide rosé ressemblant à celui du péricarde, mais plus louche. En certains points, les deux feuillets de la plèvre sont adhérents, la plèvre pariétale est légèrement épaissie et revêtue de filaments fibrineux. La plèvre viscérale forme au poumon comme une carapace conjonctive d'aspect lardacé qui atteint un demi-centimètre d'épaisseur. Le poumon droit est atteint de pneumonie. Le poumon gauche est très congestionné, la plèvre gauche est saine. Les ganglions trachéo-bronchiques sont augmentés de volume.

La cavité abdominale présente des lésions de *péritonite*. On trouve au petit bassin quelques centaines de grammes de liquide rosé et louche. Les anses intestinales sont agglutinées et revêtues d'un exsudat visqueux, non purulent, réparti par petits placards, et par petits grains, dont plusieurs ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle. Le pneumocoque est l'agent pathogène de cette péritonite. Les symptômes abdominaux, tympanisme, douleurs et diarrhée, qui, du vivant du malade, avaient attiré notre attention, se trouvent expliqués: cet homme avait eu de la péritonite pneumococcique secondaire. La rate est volumineuse; rien à signaler au foie et au pancréas.

Arrivons aux lésions de l'estomac, qui méritent de nous arrêter longuement. L'estomac étant ouvert et la surface de la muqueuse détergée avec soin, on y aperçoit, à un examen attentif, un grand nombre de petits points brunâtres ayant la dimension de coups d'épingle; un de ces points a l'étendue d'une petite lentille. Ces points brunâtres repré-

sentés sur la figure ci-dessous, sont autant d'érosions dont



les caractères se précisent nettement à la loupe; les bords sont taillés à pic, non décollés et le fond est comblé par une petite eschare hémorragique. Le diamètre des érosions, arrondies ou ovalaires, est de deux à trois millimètres. Ces érosions hémorragiques existent sur toute la muqueuse de l'estomac, principalement à la région pylorique, au fond des plis et à la surface. Entre les érosions, on ne voit pas de suffusions sanguines.

Les recherches bactériologiques ont démontré que cet homme avait succombé à une pneumococcie généralisée. Le pneumocoque existait à l'état de pureté dans le liquide de la pleurésie, de la péricardite et de la péritonite.

Restait à élucider la nature des érosions hémorragiques de l'estomac, qui avaient provoqué les hématoméses abondantes dont la cause nous avait échappé pendant la vie. Les préparations histologiques et bactériologiques reproduites sur les planches ci-dessous ont été faites par un de mes chefs de laboratoire, Jolly. C'est la première fois, je crois, qu'on aura surpris, dans son ensemble, l'infection pneumococcique de l'estomac avec présence de pneumocoques, érosions hémorragiques, et hématoméses.

Ces érosions hémorragiques de la muqueuse résultent de l'élimination d'une eschare. On peut se rendre compte sur les planches ci-dessous, du processus qui a provoqué l'érosion hémorragique.