

et, en examinant de près ces vomissements, on y peut découvrir des stries noirâtres, des grumeaux de couleur marc de café, prélude de l'hématémèse qui se prépare. Parfois l'hématémèse éclate tout à coup sans prodromes, alors que l'opération de l'appendicite avait conjuré les accidents apparents et alors que tout danger semblait avoir disparu. Il est rare qu'il n'y ait qu'une seule hématémèse, on en peut voir six, huit, en quelques heures. Parfois les hématémèses sont pour ainsi dire foudroyantes et tuent le malade en peu d'instant.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici, dans cette étude, que les hématémèses qui sont dues à l'appendicite vulgaire. Mais l'appendicite qui éclate dans le décours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, et que j'ai décrite sous le nom d'*appendicite para-typhoïde*, peut également être l'origine d'ulcérations gastriques et d'hématémèses mortelles. J'en ai pu reconstituer une bien intéressante observation que voici. En 1876, Millard présentait à la Société médicale des hôpitaux¹ le cas d'un malade de son service qui, convalescent d'une fièvre typhoïde, fut pris de péritonite aiguë et succomba quelques jours plus tard avec des hématémèses répétées et si abondantes qu'un des caillots rendus pesait 150 grammes. A l'autopsie, on trouva une péritonite purulente généralisée. Cette péritonite ne pouvait être expliquée par les lésions intestinales, qui étaient complètement cicatrisées; il fallait chercher ailleurs, dit Millard, et en effet, il découvrit « dans l'appendice iléo-cæcal la cause manifeste de la péritonite; cet appendice, qui était ulcéré et perforé à sa partie moyenne, ne communiquait plus avec le cæcum; son embouchure cæcale était complètement oblitérée ». La cavité close!

Quant aux hématémèses que cet homme avait eues au cours de sa péritonite, elles étaient dues à des ulcérations de l'estomac, voisines de la région pylorique. L'une de ces ulcérations était ovalaire, de 4 centimètres dans son grand

1. Séance du 8 décembre 1876.

diamètre, très profonde, à contours irréguliers et taillés à pic. M. Millard discute la cause et l'origine de ces ulcérations stomacales; il rappelle l'excessive rareté des ulcérations stomacales typhiques; par une sage prudence, il se garde bien de conclure, et, avec une sagace intuition, il se demande s'il n'y a pas quelque rapport entre la péritonite purulente et le processus ulcéreux de l'estomac. Ce rapport, nous le connaissons actuellement et nous pouvons expliquer la pathogénie des accidents observés chez ce malade: c'est l'appendicite para-typhoïde, c'est la toxi-infection appendiculaire qui ici, comme dans l'appendicite vulgaire, avait engendré, d'une part la péritonite, d'autre part les ulcérations stomacales et les hématémèses. Cette explication ruine du même coup la légende qui s'était attachée à cette observation considérée partout comme un type d'ulcération stomacale typhoïde, car, à supposer même que l'infection typhique ait apporté son contingent, c'est la toxi-infection appendiculaire qui en réclamait la plus large part.

Le *vomito negro appendiculaire* est du plus mauvais pronostic. Il y en a néanmoins quelques observations avec guérison.

Le repos absolu de l'estomac, la suppression totale de boissons et les grandes injections de sérum me paraissent être le traitement rationnel de cette complication. Cependant, Lucas-Championnière¹ préconise les lavages de l'estomac.

La terrible complication appendiculaire que je viens d'étudier dans ce chapitre assombrit encore le pronostic de l'appendicite et plaide une fois de plus en faveur de l'opération précoce et hâtive. Plus on laisse au foyer appendiculaire le temps d'élaborer son infection et son intoxication, plus la situation est menaçante. Moins on laisse au foyer appendiculaire le temps d'infecter et d'intoxiquer sa victime, moins les complications toxi-infectieuses sont à redouter. Hâtez-vous donc d'enlever le foyer; c'est banal à force d'être évident.

1. Académie de médecine, séance du 19 février 1901.

§ 9. EXULCERATIO SIMPLEX DE L'ESTOMAC

Les deux chapitres précédents ont été consacrés à l'étude d'érosions hémorragiques (gastrite ulcéreuse pneumococcique et gastrite ulcéreuse appendiculaire) dont le processus aigu et rapide a pu être pris sur le fait. Mais il est des cas où des *exulcerations aiguës avec grandes hématoméses* se forment à l'estomac sans qu'on puisse saisir l'origine toxico-infectieuse de la lésion stomacale, de même que le plus souvent l'ulcère simple de Cruveilhier se développe à l'estomac sans qu'on en puisse saisir la cause originelle. C'est à ces exulcerations aiguës de l'estomac survenant sans cause apparente, dans le cours d'une bonne santé, que j'ai réservé la dénomination d'*exulceratio simplex* qui a été adoptée en France et à l'étranger. Il y a donc lieu à l'avenir de décrire à l'estomac une *exulceratio simplex*, lésion à marche aiguë, suraiguë, et un *ulcus simplex*, lésion à marche lente et chronique.

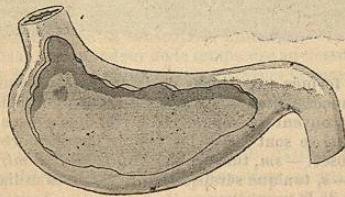
J'ai fait sur l'*exulceratio simplex* une communication à l'Académie de médecine, et je lui ai consacré trois leçons cliniques¹ qui vont me servir à écrire ce chapitre de pathologie. Voici d'abord le résumé de mes deux premières observations.

Le 13 novembre 1896, on apportait dans mon service un garçon de vingt-sept ans, tellement pâle qu'il donnait au premier abord l'impression d'un homme en proie à de grandes hémorragies. Il venait d'avoir plusieurs vomissements de sang suivis de selles sanglantes abondantes. Il évaluait à deux litres la quantité de sang vomi; et à sup-

1. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1898. *Exulceratio simplex*. Première, deuxième et troisième leçons.

poser que son évaluation fût exagérée, la décoloration des téguments, la faiblesse du pouls, le refroidissement des extrémités, tout indiquait que les hémorragies avaient dû être extrêmement abondantes. Bien que ces hématoméses n'eussent été précédées d'aucun des signes classiques de l'ulcère simple de l'estomac, on s'arrêta néanmoins à l'idée d'un ulcère latent en voie d'évolution, ulcère ayant peut-être ouvert un rameau artériel important. Malgré la médication, les hématoméses reparurent dans la nuit avec une violence telle que, le lendemain matin, deux cuvettes étaient presque remplies de sang noirâtre, fluide ou en caillots. Cette fois, comme la veille, les hématoméses avaient été suivies de méléna. On pratiqua dans les veines une injection d'un litre et demi de sérum artificiel. Sous l'influence de cette médication, on obtint une légère amélioration; mais, à une heure de l'après-midi, survint une nouvelle hématoméses évaluée à un litre de sang, et le malade mourut en pleine hémorragie, ayant perdu quatre litres de sang environ en moins de trente heures.

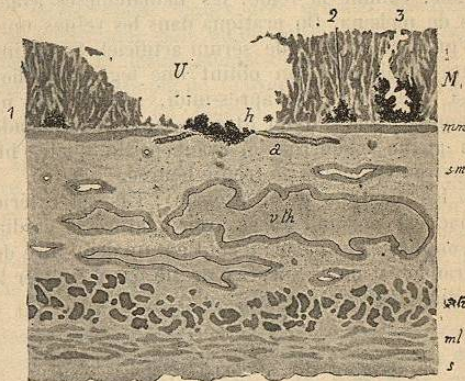
Voici les résultats de l'autopsie : l'aspect extérieur de l'estomac est normal. Après avoir ligaturé le cardia et le pylore, on incise l'estomac : il contient un demi-litre de sang; mais grande est notre surprise de ne pas y trouver l'ulcère simple auquel on s'attendait.



La muqueuse stomacale est lavée avec soin, et c'est alors qu'on découvre, à 2 centimètres du cardia, l'*exulcération*

très superficielle, circulaire, représentée sur la figure ci-dessus.

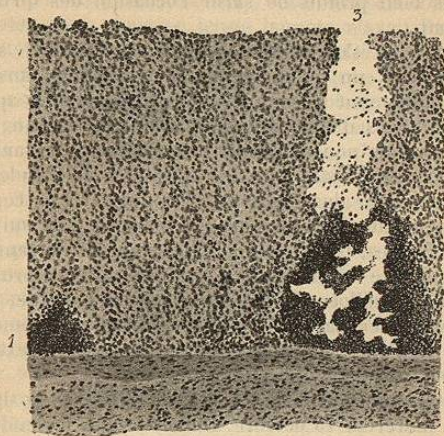
Les préparations histologiques faites par mon chef de laboratoire, Caussade, ont permis de reconstituer les lésions de cette exulcération. On y voit que l'exulcération est tellement superficielle qu'elle n'a entamé que la tunique muqueuse avec sa muscularis mucosæ; encore même la musculaire mucosæ n'a-t-elle cédé que par places. Sur le fond de l'exulcération apparaît l'artériole béante, origine des hémorragies mortelles. Tous ces détails sont très nets sur la planche ci-jointe.



U, exulcération formée aux dépens de la tunique muqueuse M et de la muscularis mucosæ mm. — a, artériole sous-muqueuse détruite au point h où se trouvent une quantité de globules rouges en amas; c'est à ce niveau que se sont faites les hémorragies mortelles. — v, th, veine thrombosée. — sm, tunique sous-muqueuse. — mtr et ml, tunique musculaire. — s, tunique séreuse. — 1, 2, 3, abcès miliaires situés dans la profondeur de la muqueuse.

La planche suivante montre, dans la profondeur de la muqueuse, des petits amas, abcès miliaires, qui, en se faisant jour à la surface de la muqueuse, dans la cavité

stomacale, ont formé des brèches, des pertuis, qui ont laissé la muscularis mucosæ à découvert; ce qui a peut-être permis au suc gastrique de participer au processus destructif. On peut ainsi reconstituer la pathogénie de l'exulcération et la pathogénie des hémorragies foudroyantes qui en ont été la conséquence.



Tunique muqueuse avec sa muscularis mucosæ. — 1, abcès miliaire en formation dans la profondeur de la muqueuse au-dessus de la muscularis mucosæ. — 2, abcès miliaire ouvert à travers la tunique muqueuse, et se faisant jour dans la cavité stomacale au point 3.

Peut-être sera-t-on surpris qu'une exulcération si superficielle et qu'une artériole d'apparence si minime aient été cause d'hématémèses aussi terribles. Mais on juge mal, sur des pièces anatomiques, le calibre d'une artériole vide. Les artérioles de l'estomac, même celles qui ne sont séparées de la muqueuse que par la muscularis mucosæ, ces artérioles, toute superficielles qu'elles sont, ont un calibre

relativement volumineux : elles égalent la dimension des artères collatérales du petit doigt. L'ulcération avait évolué d'une façon latente et rapide, car on ne trouvait, sur nos préparations, que des traces de lésion récente. En voyant cette lésion stomacale si superficielle, si limitée, j'ai été pris de regrets poignants; je me suis dit que l'intervention chirurgicale aurait pu sauver la vie de cet homme, et je me suis bien promis de saisir l'occasion dès qu'elle se présenterait.

Cette occasion s'est présentée. Le 7 octobre 1897, à onze heures du soir, un jeune garçon de vingt-deux ans rentrait tranquillement chez lui, ayant dîné de bon appétit, quand il fut pris d'abondants vomissements de sang. « Je dois avoir vomi, nous disait-il, 1 ou 2 litres de sang, car c'était une vraie mare sur le trottoir. » Le lendemain, « pour se donner des forces », il fait des repas copieux. Rien de nouveau dans la journée; mais, la nuit suivante, vers deux heures, il est pris de vomissements de sang analogues à ceux de l'avant-veille. Le sang vomi était brunâtre, liquide et en caillots. Le surlendemain, 9 octobre, et les jours suivants, ce garçon n'éprouve aucun symptôme gastrique, ni douleurs, ni vomissements, mais il est extrêmement faible, incapable de tout travail.

Se sentant plus malade, il vient à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du mercredi 15 octobre. En le voyant, le lendemain matin, je suis frappé de la décoloration de la peau et des muqueuses; le pouls est petit; la température atteint 38 degrés; le malade accuse une très grande faiblesse. Il m'est possible de constater qu'il n'est pas loin de la vérité quand il affirme avoir perdu 5 litres de sang, car la numération de ses globules ne donne que 1 600 000 globules rouges. Bien que n'ayant pas constaté les hémorragies, il s'agissait de faire un diagnostic, il fallait savoir quelles avaient été la cause et l'origine de ces hémorragies. Il était évident d'abord que ce garçon avait eu des hématoméses et non des hémoptysies, car le sang avait été vomi à flots, avec d'énormes caillots, sans la moindre toux, et les poumons

étaient absolument sains. Il était évident, d'autre part, que ces hématoméses n'étaient pas dues à la rupture de varices œsophagiennes d'origine cirrhotique, ce jeune homme n'ayant aucun signe de cirrhose ou de précirrhose. Il fallait donc admettre chez lui l'existence d'une lésion stomacale; cette lésion n'était certainement pas un cancer, et du reste le cancer ne s'annonce jamais par d'aussi violentes gastrorrhagies; restait l'ulcère simple, cette source si fréquente des hématoméses; mais ce jeune homme n'avait jamais eu ni symptômes d'ulcère ni le moindre trouble gastrique.

J'émis donc l'opinion que notre garçon avait sans doute une *exulcération stomacale* comparable à celle du malade que nous avons perdu l'année précédente; et, hanté que j'étais par le souvenir de cet homme, c'est à ce diagnostic que je donnai la préférence. Aussitôt, l'idée de l'intervention chirurgicale me vint à l'esprit; nous n'avions pas sauvé le premier malade malgré des injections intra-veineuses de 1500 grammes; il ne fallait pas, faute de décision, laisser mourir le second.

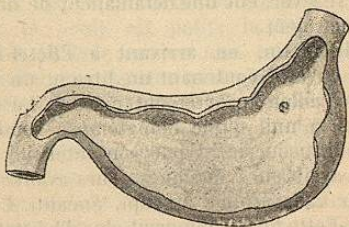
J'instituai cependant le traitement médical; je donnai quelques cuillerées de lait, mais plusieurs fois dans la journée, le malade rendit son lait. On profita du liquide vomi pour en faire l'analyse et on put constater que la quantité d'acide chlorhydrique était légèrement *inférieure* à la normale. Le lendemain et le surlendemain, le malade, ayant voulu se lever, eut une défaillance; de nouveaux accidents se préparaient.

Le samedi matin, en arrivant à l'Hôtel-Dieu, on me montre une cuvette contenant un litre et un tiers de sang liquide et en caillots, exactement mesuré. Le malade avait été pris dans la nuit d'une hématomésese soudaine comparable par sa brusquerie et par son intensité aux hématoméses qu'il avait eues quelques jours avant. Je le trouvai d'une pâleur cadavérique, assoupi, anéanti. Le pouls était comme vide. Cette fois, il n'y avait plus d'hésitation possible, ni un instant à perdre; une nouvelle hémorrhagie pouvait survenir et le malade succomberait sûrement, comme était

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.

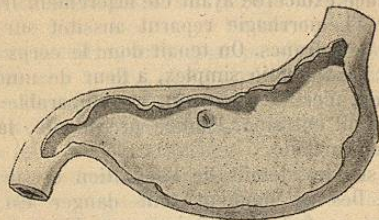
Cette surface exulcérée ayant été légèrement frottée avec un tampon, l'hémorragie reparut aussitôt sur l'étendue d'une pièce de 5 francs. On tenait donc le corps du délit : c'était bien l'exulceratio simplex, à fleur de muqueuse, se dérobant à qui n'est pas prévenu, et comparable à l'exulcération qui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

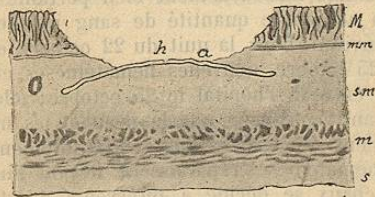
tel état de faiblesse que, par une sage mesure de prudence, on en reste là de l'opération. Les jours suivants, la situation s'aggrave, le méléna persiste et la mort survient le 31 octobre.

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



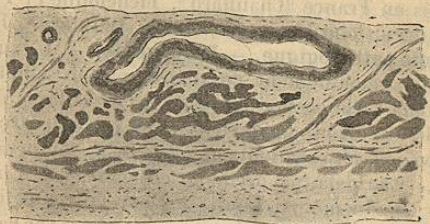
n'a entamé que la muqueuse, et dont la dimension égale à peine une pièce de 2 francs. A son centre est une petite érosion cupuliforme traversée par une artériole ouverte, détail qu'on ne voit vraiment bien qu'à la loupe.

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.

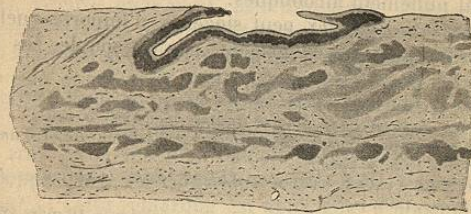


L'exulcération s'est faite aux dépens de la tunique muqueuse M, avec la muscularis mucosæ mm; les autres tuniques de l'estomac, la sous muqueuse sm, la musculuse m, la séreuse s, sont absolument saines: l'artériole superficielle a, qui s'avance en biais, est détruite sur une partie de sa circonférence 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 (Brault¹, Gilbert, Luys², Lépine et Bret³, Giraudeau⁴), preuve que cette lésion est loin d'être rare. Depuis mon travail sur ce sujet, plusieurs cas nouveaux ont été publiés en France (Chauffard⁵, Bichelonne et Petges⁶, et à l'étranger (John Lindsay Steven⁷, Quintard⁸, Restis⁹).

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 Balzer¹⁰ et par Pilliet¹¹; 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*, 10 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*, 13 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 exulcéré, 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 exulcéré 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 saines¹ ». 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.

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 miliaires, reliquats d'une toxi-infection. Ces petits abcès miliaires, 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 miliaires 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 miliaires, 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 diphthérique³. 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.