

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 vomé 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 630 000 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 hématomèses 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 hématomèses 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 hématomèse 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 hématomèses terribles, à peine annoncées par une pesanteur d'estomac, avec ou sans nausées, vertiges et tendance à la syncope. Ces hématomèses, 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'hématomèses, 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 hématomèses 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'hématomèse; 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



être différenciée de l'hématémèse; il est vrai que la mort en est la conséquence immédiate.

L'hématémèse étant admise, il s'agit d'en préciser l'origine. Une épistaxis postérieure déversée dans l'estomac peut être rendue sous forme de grande hématémèse. J'ai été témoin de deux faits de ce genre. Un malade pâle et exsangue était entré dans mon service pour des hématémèses très abondantes attribuées à une lésion de l'estomac. L'examen de cet homme me permit de découvrir non pas une lésion stomacale, mais un angiome des fosses nasales, origine de l'hémorragie qui menaçait de tuer le malade, le sang filtra le long de l'œsophage et s'accumulait dans l'estomac d'où il était rejeté sous forme de grandes hématémèses. Cet angiome fut cautérisé par Luc : les hématémèses s'arrêtèrent aussitôt.

Les varices œsophagiennes et stomacales (Letulle) de la cirrhose de Laënnec peuvent occasionner, par leur rupture, de violentes hématémèses. Un fait semblable s'est passé sous mes yeux. Un malade était entré dans mon service pour une cirrhose du foie. Pendant que nous l'examinons, il est pris de nausées, d'hématémèses, et il rend en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle, un litre et demi de sang. Malgré le traitement aussitôt mis en usage, le malade s'affaiblit et succomba le lendemain. A l'autopsie on trouve une cirrhose de Laënnec. A l'extrémité inférieure de l'œsophage, existait un vrai plexus variqueux; une des veines était ulcérée, et le sang qui avait filtré dans l'estomac avait été rejeté ensuite par hématémèse<sup>1</sup>. En pareille circonstance, le diagnostic a pour guide des symptômes de cirrhose hépatique ou de précirrhose. A supposer que la cirrhose ne soit encore qu'à ses débuts<sup>2</sup>, on peut grâce aux « petits signes de la cirrhose » (Hanot), urobilinurie, teinte subictérique, hémorrhoides, épistaxis, glycosurie alimentaire, tympanisme abdominal, reconstituer la maladie et l'origine de l'hémorragie.

1. Kahn. *Société anatomique*, janvier 1896.

2. M. Bosse. *Hémorragies précoces dans les cirrhoses hépatiques*. Thèse de Paris, 1894.

Des hématémèses violentes avec melæna ont encore été signalées comme complication de la cholécystite calculuse et de la lithiase biliaire. Il s'agit, en pareil cas, d'anévrysme de l'artère hépatique ouvert dans les gros canaux biliaires. J'ai observé un fait de ce genre<sup>1</sup>.

On a cru pouvoir attribuer certaines hématémèses à un processus infectieux angio-cholitique. Rondot a publié, à ce sujet, l'histoire de deux malades qui avaient présenté les symptômes de l'ulcère de l'estomac, y compris de grandes hématémèses<sup>2</sup>. A l'autopsie, on trouva chez l'un un abcès du foie et chez l'autre une cholécystite suppurée. Après avoir lu ce mémoire, on voit que l'estomac présentait également des traces d'ulcération dont l'examen histologique n'a pas été fait. Je me demande donc s'il n'y a pas lieu d'incriminer ici, non pas l'angiocholite, mais les exulcérations stomacales.

Le cancer de l'estomac provoque des hématémèses, mais elles sont précédées de bien d'autres signes; de plus, ces hématémèses ne sont pas abondantes; les grandes hématémèses appartiennent à l'ulcère, et, dans le cas où un cancer de l'estomac est accompagné de grandes hématémèses, c'est que le cancer s'est greffé sur un ulcère.

De cette discussion, il ressort, qu'à part quelques exceptions, reconnaissables à l'examen clinique (varices de l'œsophage, et de l'estomac, cirrhose hépatique), les grandes hématémèses sont avant tout l'apanage de l'ulcus simplex et de l'exulceratio simplex. Essayons de les différencier.

Au cas d'exulceratio, l'hématémèse est généralement le symptôme *initial*; les troubles gastriques antérieurs sont nuls ou insignifiants; au cas d'ulcus, l'hématémèse est précédée ou accompagnée des symptômes classiques de l'ulcère stomacal. L'ulcus, il est vrai, peut avoir évolué jusque-là à l'état latent, mais, quand on y regarde de près, on voit que cet état, soi-disant latent, n'est souvent que relatif. Les hématémèses de l'exulceratio offrent quelques particu-

1. M. Marion. *Mercredi médical*, 19 novembre 1894.

2. Rondot. *Congrès de médecine*. Bordeaux, 1895.



larités intéressantes. Si je m'en rapporte aux cas que j'ai vus et aux observations que j'ai lues, l'hématémèse de l'exulceratio simplex est, d'emblée, une grande hématémèse. Ici, la grande hématémèse n'est pas précédée de ces petites vomituritions *marc de café* qui sont si fréquentes au cours de l'ulcus simplex. Certes, l'ulcus simplex est, lui aussi, la cause d'hémorragies qui peuvent devenir mortelles par leur abondance ou par leur répétition, mais, toute proportion gardée, je considère l'hématémèse de l'exulceratio comme bien plus redoutable que l'hématémèse de l'ulcus. J'ai soigné bien des gens atteints d'ulcus, plusieurs ont succombé à la perforation, à la cachexie, à la transformation cancéreuse, beaucoup ont eu de fortes hématémèses, mais l'hémorragie foudroyante est extrêmement rare.

Voyons ce qui s'est passé pour les dix malades atteints d'exulceratio simplex dont il est question dans mes leçons cliniques : sept sont morts plus ou moins vite, ayant perdu par une artériole stomacale ulcérée plusieurs litres de sang; ils sont morts exsangues, et à l'autopsie on a trouvé partout la même lésion, l'exulceratio ayant entamé ou détruit l'artériole. Quant aux malades qui ont guéri, ils ont eu l'air, eux aussi, d'avoir été d'emblée frappés à mort dans le cours d'une excellente santé; les gastrorrhagies ont été si abondantes qu'ils n'avaient plus que douze cent mille globules rouges, six cent trente mille chez un de mes cas récents de l'Hôtel-Dieu. J'ai donc raison de dire que les hématémèses de l'exulceratio sont autrement terribles, autrement soudaines que la plupart des hématémèses de l'ulcus. En un mot, hématémèse inopinée, d'emblée menaçante, répétée, souvent mortelle, telle est le symptôme dominant, le symptôme prépondérant, qui résume presque toute l'histoire clinique de l'exulceratio simplex.

**Pronostic.** — Je viens de dire comment on peut mourir d'exulceratio simplex; je voudrais pouvoir dire ce que deviennent ceux qui guérissent. Quel avenir leur est réservé; sont-ils débarrassés, une fois pour toutes, de cette terrible éventualité: l'exulceratio prédispose-t-elle à la

récidive comme l'ulcus; ou n'est-elle pas elle-même le stade initial de l'ulcus simplex de Cruveilhier, arrêté dans son évolution par des hématémèses foudroyantes ou par un traitement approprié? Pour que cette hypothèse fût acceptable, il faudrait trouver, sur un même estomac, l'ulcus simplex à l'état de complet développement et l'exulceratio simplex; il serait alors rationnel de supposer qu'on a sous les yeux l'ulcère simple, aux différentes périodes de son évolution. J'ai fait des recherches dans ce sens, et j'ai trouvé une observation qui paraît assez probante. Voici cette observation<sup>1</sup> : Un homme n'ayant jamais eu de symptômes gastriques entre à l'hôpital avec tous les signes d'une hémorragie interne, pâleur, sueurs froides, faiblesse excessive, tendance à la syncope. Après dîner, il éprouve un grand malaise : il est pris d'hématémèse foudroyante, et il meurt. A l'autopsie, on trouve trois ulcères, étagés sur la petite courbure de l'estomac. L'ulcère du milieu est un type d'ulcus simplex en pleine évolution; il a les dimensions d'une pièce de un franc; il est rond, ses bords sont saillants et taillés à pic; le fond est rougeâtre, mamelonné, et on y découvre, à la coupe, une artériole sectionnée et oblitérée par un caillot fibrineux. A droite et à gauche de cet ulcère, existent deux légères ulcérations; l'une de ces ulcérations a les dimensions d'une lentille; l'autre ulcération, très superficielle, à forme elliptique, a les dimensions d'une pièce de 50 centimes; bien que l'examen histologique n'ait pas été fait, elle a les caractères de l'exulceratio; le fond est traversé par un vaisseau présentant une ouverture latérale visible sous l'eau et à la loupe. En lisant cette observation, j'ai cru saisir sur le fait l'évolution de l'ulcère simple de l'estomac, à l'état d'ulcus confirmé et à l'état d'exulceration initiale.

Il serait donc permis, jusqu'à preuve du contraire, d'admettre que l'exulceratio simplex peut bien n'être autre chose que l'ulcus simplex de Cruveilhier, à sa phase ini-

1. Bazy. *Bulletins de la société anatomique*, 1876, séance du 24 novembre.



tiale. Du reste Cruveilhier, dans sa belle description de l'ulcère simple avait bien dit que, « dans le premier degré, l'ulcération est limitée à la membrane muqueuse, c'est d'ordinaire une érosion folliculeuse ».

Je crois que l'exulceratio simplex n'est pas sujette aux récidives. Un malade qui a guéri de son exulceratio n'a pas à redouter un retour offensif, car le processus toxi-infectieux aigu qui a produit l'exulceratio est éteint.

**Traitement.** — Placez-vous dans la situation où vous seriez, dans des cas analogues à ceux que nous avons étudiés dans ce chapitre; vous êtes appelé auprès d'un malade, qui, en pleine santé, a été pris d'une terrible hématomé; le sang est là, liquide ou en caillots, la quantité en est vraiment effrayante, il y en a bien un litre ou un litre et demi, rendu d'un seul coup; le malade est anxieux, prêt à défaillir, extrêmement pâle, le pouls est accéléré, la température est légèrement fébrile; vous faites votre enquête, vous prenez vos renseignements, et vous formulez le diagnostic suivant: le malade vient d'avoir une terrible hématomé consécutive à une ulcération de l'estomac et tout fait supposer que cette ulcération est l'exulceratio simplex.

Qu'allez-vous faire; allez-vous recourir sans retard à l'intervention chirurgicale? Pas encore, et bien qu'il y ait des cas véritablement foudroyants où la mort est survenue à la suite de la première ou de la deuxième hématomé, prenez vos précautions dans le cas où l'intervention chirurgicale deviendrait urgente, mais essayez d'abord du traitement médical. La première condition est de mettre votre malade dans l'immobilité complète, un sac de glace sur l'estomac. A mon sens, le malade doit être mis à la *diète absolue*; il ne doit *rien* prendre, pas une cuillerée de lait, pas une cuillerée d'eau, pas même un morceau de glace; je considère que tout ce qui peut provoquer les mouvements de l'estomac ou la sécrétion du suc gastrique est chose nuisible. Une artériole a été ouverte, l'hémorrhagie est momentanément arrêtée, un caillot bienfaisant est en train d'oblitérer le vaisseau; là est le salut; par conséquent

ne prescrivez et ne permettez quoi que ce soit qui puisse compromettre ce travail curateur. Toute boisson, toute potion introduite dans l'estomac provoque les contractions de l'organe et la sécrétion du suc gastrique, conditions défavorables à la formation et à la solidité du caillot obturateur. Je repousse, par conséquent, d'une façon absolue les préparations de gélatine et les potions hémostatiques.

C'est par la peau et par le rectum que doit se faire toute la médication. Par le rectum vous alimentez le malade au moyen de lavements nutritifs, peptone, œufs et lactose. Par la peau, vous introduisez le médicament hémostatique, ergotine, ergotinine, et, encore même, ces médicaments si efficaces au cas d'hémorrhagies utérines n'ont ici qu'une utilité secondaire. C'est par injections sous-cutanées que vous ferez absorber des litres de sérum artificiel. On peut se demander, théoriquement, si ces injections, en élevant la tension artérielle, ne sont pas nuisibles à la solidité du caillot en formation, ou si une trop grande quantité de sérum rapidement introduite, n'a pas un mauvais effet sur la petite quantité de sang qui reste encore dans l'économie. L'expérience prouve que les injections de sérum *bien faites* ont une action réellement efficace; il n'est pas nécessaire qu'elles soient intra-veineuses. On peut répéter ces injections plusieurs fois par jour, et injecter chaque fois 500, 500 grammes de sérum; la jeune malade que j'ai vue avec Grunberg a reçu plus de treize litres de sérum en vingt-neuf jours. Vous pouvez employer un sérum contenant 7 grammes de chlorure de sodium par litre d'eau (formule Malassez), ou un sérum contenant, par litre, 5 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de sulfate de soude (formule Hayem). Le sérum que j'emploie journellement contient 7 grammes de chlorure de sodium et 40 centigrammes de benzoate de caféine par litre; je me suis arrêté à cette formule qui me paraît répondre à toutes les indications. (Pour plus de détails sur les injections de sérum, voir le memento thérapeutique annexé au tome IV.)



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 hématoméses vont peut-être reparaitre, de nouveau le malade va rendre un demi-litre de sang et plus encore, suivi ou non de *mélæna*. 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 hématomésse, 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 hématoméses 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; la 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 globules<sup>1</sup>. 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 hématoméses 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 hématoméses 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,

<sup>1</sup>. 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 l'ulcus, 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 Cruveilhier<sup>1</sup>.

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<sup>e</sup> livraison; 1835, 20<sup>e</sup> livraison. *Revue médicale*, 1838. *Arch. de médecine*, 1856.



anatomique et clinique si complet, que, par un juste hommage rendu à sa mémoire, cette maladie doit porter son nom. Le mémoire de Rokitansky<sup>1</sup> date de 1839.

Toutefois, qu'il me soit permis de faire remarquer que la dichotomie clinique entre l'ulcère et le cancer de l'estomac n'est pas toujours absolument tranchée; Cruveilhier lui-même avait signalé la coexistence de ces deux lésions sur le même estomac et, depuis quelques années, on a cité bon nombre d'observations qui prouvent que l'ulcère stomacal n'est parfois que le prélude du cancer; ou, si l'on préfère, le cancer vient assez fréquemment se greffer sur l'ulcère ou sur une cicatrice d'ulcère. Il y a là une évolution qui sera étudiée à l'un des chapitres suivants.

La dénomination d'*ulcus rotundum* est acceptable; toutefois l'ulcère n'a pas toujours une forme arrondie; celle de *perforans* n'est pas meilleure, car, malgré ses tendances, l'ulcère n'aboutit pas toujours, il s'en faut, à la perforation; la dénomination d'ulcère simple, *ulcus simplex*, est donc celle qui doit être conservée.

**Anatomie pathologique.** — D'après les statistiques résumées de Rosenheim et de Brinton, le siège de l'ulcère de l'estomac affecte les dispositions suivantes :

Paroi postérieure de l'estomac . . . . .	85
Région pylorique . . . . .	36
Petite courbure . . . . .	37
Paroi antérieure . . . . .	26

L'ulcère simple de l'estomac est habituellement arrondi, il prend une forme semi-lunaire ou circulaire quand il embrasse la région pylorique; il est vaste et irrégulier quand il résulte de plusieurs ulcères fusionnés.

L'ulcération tend à détruire successivement les tuniques muqueuse, fibreuse, musculaire et péritonéale; la profondeur de l'ulcère varie donc suivant les tissus détruits. Au point de vue de son évolution anatomique, l'ulcère simple

1. Rokitansky. Traduction in *Arch. de méd.*, 1840.

débuté par une érosion, aboutit à une ulcération, et se termine par cicatrisation dans les cas heureux, ou par perforation dans les cas malheureux.

Vu du côté de la muqueuse, l'ulcère paraît conique, creusé en entonnoir, l'orifice de l'ulcère ayant une étendue plus grande que le fond : ses bords ne sont jamais formés de lambeaux déchiquetés ou détachés, ils sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce. Il n'est pas rare de voir sur les bords et sur le fond de l'ulcère des artérioles nettement sectionnées, dont la lumière est oblitérée par un bouchon de tissu embryonnaire. Quand la lésion est ancienne, les tissus qui forment les bords de l'ulcération peuvent s'indurer, s'épaissir au point de simuler au premier abord une ulcération cancéreuse. Les dimensions de l'ulcère sont variables; certains atteignent à peine la dimension d'une pièce de cinquante centimes, d'autres dépassent ou égalent le diamètre d'une pièce de cinq francs. L'ulcère est unique ou multiple; d'après Brinton, il serait double une fois sur cinq<sup>1</sup>; on en a trouvé jusqu'à cinq chez le même individu (Rokitansky). Il est fréquent de constater à l'autopsie des cicatrices provenant d'ulcérations guéries; la muqueuse fait défaut sur le tissu fibreux cicatriciel.

La guérison de l'ulcère est fréquente, mais elle se fait parfois au prix de cicatrices qui rétrécissent l'orifice pylorique<sup>2</sup>, ou qui font un estomac bilobé. Quand l'ulcère se termine par perforation de l'estomac, et le cas n'est pas rare, surtout à la face antérieure de l'organe, l'orifice péritonéal, variable comme dimension, est aussi nettement taillé que l'orifice stomacal; tantôt la perforation s'ouvre dans la cavité péritonéale, sans adhérences préalables, et une péritonite aiguë mortelle en est la conséquence, si l'on n'intervient pas à temps; tantôt la perforation est limitée par un organe voisin qui a subi des adhérences; l'organe

1. Brinton. *Maladies de l'estomac.*

2. On voit au musée Dupuytren un exemple remarquable d'estomac bilobé : les deux lobes sont séparés par une portion rétrécie due à un ulcère en voie de cicatrisation. *Appareil de la digestion*, n° 181.