

une simple coloration rougeâtre de la matière puriforme, ou d'abondantes et mortelles hémorragies.

Ainsi, dans tout cela, il y a trois phénomènes principaux à saisir : 1° un état inflammatoire plus intense ou d'une nature autre que celui qui avait eu lieu pour produire l'hypertrophie du tissu cellulaire ; 2° une sécrétion purulente ; 3° une tendance à la destruction de la tumeur, à mesure que l'inflammation fait des progrès.

Des faits et des considérations qui précèdent, je crois pouvoir conclure que, parmi les tumeurs développées au-dessous de la membrane muqueuse gastrique, celles que l'on regarde généralement comme constituées par les tissus dits squirreux et encéphaloïdes à l'état de crudité, ne sont que des formes de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux : et quant à l'état de ramollissement de ces mêmes tissus, je crois qu'on a très-inexactement donné ce nom à des produits nouveaux, qui se déposent, par voie de sécrétion, au sein du tissu cellulaire préliminaire enflammé. D'autres sécrétions morbides peuvent encore s'y effectuer : ainsi on y trouve souvent de la matière tuberculeuse (1) en masses plus ou moins considérables ; ainsi on y rencontre par points, ou par plaques plus ou moins étendues, des dépôts de matières colorantes de teinte variée, et surtout jaune ou noire (mélanose).

L'hypertrophie du tissu cellulaire gastrique peut être bornée à la membrane sous-muqueuse de Bichat (tunique nerveuse des anciens) ; c'est le cas le plus commun. Elle peut se continuer dans les portions du tissu cellulaire situées entre les faisceaux de la tunique charnue, d'où résulte entre ces faisceaux

(1) Je crois avoir prouvé ailleurs (*Précis d'Anatomie pathologique*) que le tubercule, improprement appelé tissu, était un simple produit de sécrétion.

la présence d'intersections blanchâtres, sur lesquelles je reviendrai plus bas ; enfin l'augmentation d'épaisseur et de consistance peut principalement exister dans la membrane lamineuse sous-péritonéale. Ce dernier cas peut avoir lieu isolément ou simultanément avec l'induration des autres grandes portions du tissu cellulaire gastrique.

L'hypertrophie du tissu cellulaire gastrique peut exister dans toute l'étendue de l'estomac, dont les parois sont alors plus dures, plus épaisses que dans l'état normal, et ne s'affaissent pas lorsqu'on les incise. Ce cas n'est pas le plus commun, et le plus ordinairement l'hypertrophie est partielle. Le point de l'estomac qui en est le plus fréquemment affecté est le pylore, soit seulement le pourtour de l'orifice de communication du ventricule et du duodénum, soit toute la portion dite pylorique de l'estomac. Cette même hypertrophie a été aussi observée autour du cardia, mais beaucoup plus rarement ; enfin elle peut exister dans toute l'étendue du corps même de l'estomac et de ses deux bords. Lorsque l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux existe vers le pylore ou vers le cardia, elle finit brusquement, dans le très-grand nombre des cas, là où commencent le duodénum et l'œsophage ; elle peut toutefois franchir les limites de l'estomac, et s'étendre à l'une ou à l'autre de ces portions du tube digestif ; dans deux cas où il y avait induration du tissu cellulaire sous-muqueux du cardia et de ses environs, j'ai vu cette même induration exister dans le tiers inférieur de l'œsophage, à un degré assez considérable pour qu'il en résultât un notable rétrécissement de la cavité de ce conduit.

La tunique charnue de l'estomac reste intacte dans un très-grand nombre de cas de gastrites chroniques ; d'autres fois elle s'altère, et l'on observe alors l'un des trois cas suivants : ou cette tunique s'hypertrophie, ou elle s'atrophie, ou enfin

elle disparaît complètement dans une étendue plus ou moins grande de l'estomac.

L'hypertrophie de la tunique charnue, sur laquelle plusieurs auteurs, et en particulier M. le docteur Louis (1), ont déjà fixé l'attention, ne s'observe guère d'une manière isolée; tel est du moins le résultat de mes propres observations. On la voit surtout coïncider avec une pareille hypertrophie du tissu cellulaire qui tapisse ses deux faces, et de celui qui est interposé entre les faisceaux qui la composent. Ceux-ci, vus sur une coupe de l'estomac, paraissent formés d'un tissu plus brillant, plus dur que dans l'état naturel; si, comme il arrive fréquemment, le tissu cellulaire interposé entre eux participe à l'hypertrophie, il en résulte l'aspect suivant, d'autant plus digne de remarque qu'il a donné lieu à de singulières méprises: des intersections blanches, des sortes de cloisons d'apparence et de consistance fibreuses, s'étendent du tissu cellulaire sous-muqueux au sous-péritonéal, en traversant la tunique charnue; elles divisent celle-ci en une série de lobules qui font une légère saillie au-devant des lignes blanches qui les séparent. La véritable nature du tissu qui constitue ces lobules peut être d'abord assez facilement méconnue en raison des modifications de texture qu'a subies, en s'hypertrophiant, la fibre musculaire, qui est devenue d'une texture beaucoup plus serrée. Aussi a-t-on généralement décrit ces lobules et les intersections d'apparence fibreuse qui les séparent comme le type du tissu squirreux, et l'on est arrivé à ce singulier résultat, de décrire dans les affections cancéreuses de l'estomac, comme n'existant plus, et remplacée par un tissu accidentel de nouvelle formation, une membrane musculaire qui était, au contraire, hypertrophiée.

(1) *Archives de Médecine.*

Mais en même temps que les diverses portions du tissu cellulaire gastrique augmentent d'épaisseur et de consistance, il y a des cas où la tunique charnue, loin de s'hypertrophier, devient de moins en moins évidente, et subit une véritable atrophie. Alors, par une dissection attentive, on ne trouve plus au milieu des masses du tissu cellulaire induré que quelques fibres décolorées, réunies en faisceaux minces, que séparent de larges intervalles où l'on n'en aperçoit plus aucune trace. Dans d'autres estomacs, et toujours avec la même disposition du tissu cellulaire, la tunique charnue a complètement disparu dans une étendue plus ou moins grande, et à sa place on ne trouve plus que le tissu cellulaire induré, que recouvre en dehors le péritoine, et en dedans une membrane muqueuse plus ou moins altérée. Que voyons-nous dans ces divers cas? une augmentation de nutrition d'un tissu, et la diminution de nutrition d'un autre, mais rien qui justifie l'admission d'un tissu de formation nouvelle. C'est, d'ailleurs, un fait très-général dans l'économie, qu'en vertu d'une sorte de *balance-ment de nutrition*, l'activité plus grande acquise par un organe ou par un tissu dans sa vitalité, dans ses fonctions, dans sa nutrition, entraîne une activité moindre dans les fonctions végétatives ou animales d'autres parties. Et pour citer seulement quelques faits analogues à celui dont il vient d'être question, voyez dans les membres comme, à mesure qu'une tumeur végétale au milieu du tissu cellulaire où elle a pris naissance, les muscles qui l'entourent ou qui la traversent perdent souvent leur coloration et leur grosseur, et sont réduits à n'être plus qu'un assemblage de quelques fibres minces et pâles. Dans un cas que j'ai eu occasion d'observer il y a quelques mois, le tissu cellulaire graisseux situé derrière le globe de l'œil avait pris un tel degré d'accroissement, en même temps qu'il s'était induré, qu'il remplissait toute la cavité de l'orbite,

et repoussait même les paupières en avant; au milieu de la masse blanchâtre et dure qui en résultait, et dans laquelle on retrouvait encore un assez grand nombre de pelotons adipeux, était comme enseveli le globe de l'œil, singulièrement diminué de volume et formé par une sclérotique très-petite, contenant les diverses membranes et humeurs, mais seulement en rudiment; la cornée transparente ne se montrait plus que comme un point noir à la partie antérieure de la sclérotique. A celles-ci s'attachaient, comme de coutume, les six muscles de l'œil; mais ils étaient très-petits, décolorés, rudimentaires comme l'œil auquel ils aboutissaient; il fallait une dissection attentive pour ne pas les confondre avec le tissu cellulaire qui les environnait. Là donc, comme dans les cas de gastrite chronique dont j'ai parlé en dernier lieu, tous les éléments entrant dans la composition de l'organe se retrouvent; mais seulement modifiés dans leur nutrition, ils n'ont plus les mêmes proportions de volume (1).

(1) On a beaucoup agité dans ces derniers temps la question de savoir si le squirrhe ou cancer d'estomac, tels que nous venons de le décrire, devait être considéré comme un des produits de l'inflammation de cet organe. Il nous semble au moins raisonnable d'admettre qu'une inflammation peut occasionnellement produire dans l'estomac un cancer, comme elle en détermine un dans une mamelle qui a été soumise à une violence extérieure. Voici du reste un fait bien important sous ce rapport, dont on doit la connaissance à M. Bouillaud, et qui nous paraît démontrer de la manière la plus manifeste qu'un cancer peut se développer dans l'estomac à la suite de l'ingestion dans cet organe d'une certaine quantité d'acide nitrique. Il est évident qu'en pareil cas, un travail phlegmasique a précédé la formation du cancer. Nous allons transcrire ici cette observation tout entière, parce qu'elle nous semble avoir une très-haute portée dans la question de l'étiologie du cancer. Elle a été publiée par M. Bouillaud dans le *Journal hebdomadaire de Médecine*, pour décembre 1833.

Un homme, âgé de trente-quatre ans, imprimeur, d'une constitution sèche,

L'atrophie de la tunique charnue de l'estomac peut aussi coïncider avec une pareille atrophie des autres tuniques. L'a-

assez robuste, d'un caractère sombre, se livrant à divers excès, éprouvant des contrariétés dans son ménage, avait tenté de s'empoisonner en buvant de l'acide nitrique, huit jours avant son entrée à la clinique de la Charité, où il fut reçu le 26 juin 1833. Il avait pris, dit-il, un verre d'eau forte, dont il vomit une grande partie, immédiatement après l'avoir avalée. Un médecin qu'il fit appeler lui prescrivit de l'eau magnésienne. Pendant les deux premiers jours, le malade fut tourmenté de vomissements, accompagnés d'une soif ardente et d'un mouvement fébrile intense. La gorge était très-douloureuse et la déglutition difficile. Des sangsues furent appliquées à l'épigastre et au cou, moyen qui fut secondé par des émoullients de tout genre (*catapl.; garg.; boissons, etc.*). Peu à peu les plus graves accidents se calmèrent.

Au moment de l'entrée du malade, nous aperçûmes, en lui faisant ouvrir la bouche, des traces encore très-profondes de l'action du poison: en effet, la face interne des joues, la luette, le voile du palais et l'arrière-gorge tout entière étaient couverts d'ulcérations avec escarres d'un gris tirant un peu sur le jaune; les parties ainsi scarifiées étaient injectées, rouges, tuméfiées, douloureuses et exhalaient une odeur fétide. La raucité de la voix, une vive douleur dans le trajet de l'œsophage, augmentant pendant la déglutition, nous portèrent à croire que la partie supérieure du larynx et l'œsophage étaient le siège de lésions analogues aux précédentes. Les symptômes gastriques, tels que nausées, vomissements, douleur épigastrique, avaient beaucoup diminué, mais ils n'avaient point complètement cessé. Le visage était un peu grippé; le pouls était petit, concentré, et battait de quatre-vingt-douze à quatre-vingt-seize fois par minute. Il n'existait point de chaleur fébrile.

Quelques nouvelles applications de sangsues furent pratiquées; on employa les boissons adoucissantes, les topiques émoullients et détersifs. Pendant les premiers jours, j'insistai sur la diète la plus rigoureuse, et plus tard, le malade fut mis au régime lacté.

Sous l'influence de ces moyens, la bouche et l'arrière-bouche se nettochèrent, les ulcérations se cicatrisèrent et les fonctions digestives se rétablirent en très-grande partie. Le malade était si satisfait de son état, qu'il demanda sa sortie, le 20 juillet, trois semaines environ après son entrée.

A cette époque, le malade ne se plaignait guère que d'un sentiment de gêne,

trophie simultanée des membranes muqueuse, lamineuse et musculaire, est quelquefois portée au point que, dans une

vers la partie moyenne et inférieure de l'œsophage. Il était à craindre que la violente inflammation ulcéralive de l'œsophage ne tendit à déterminer un rétrécissement dans quelque point au trajet de cet organe. Nous recommandâmes au malade de ménager beaucoup son estomac, dont la susceptibilité était encore très-prononcée.

Malheureusement cet homme, ainsi que nous l'avons appris plus tard, avait, entre autres défauts, une glotonnerie peu commune, et il ne paraît pas qu'il ait fait beaucoup de cas de nos conseils.

Quoi qu'il en soit, trois semaines après sa sortie (14 août), il revint à notre hôpital. Il raconta que trois ou quatre jours après sa sortie, les douleurs qu'il avait d'abord ressenties dans la région de l'œsophage et de l'estomac se réveillèrent, et qu'il vit reparaître les nausées et les vomissements, accompagnés de coliques et de constipation. Il reçut les soins de M. le docteur Gaultier de Claubry, qui l'engagea ensuite à rentrer dans notre service.

Il avait alors beaucoup maigri, et son visage était profondément altéré. Des nausées, des vomissements, des rapports aigres, et un gonflement considérable de la région épigastrique avec constipation, tels étaient les principaux symptômes que l'on observait. La langue était pâle, assez humide, l'haleine fétide; le pouls battait soixante-six à soixante-huit fois par minute, et la température de la peau était à peu près normale.

En mon absence, M. le docteur Donné, chef de clinique, prescrivit l'application de quinze sangsues, et de cataplasmes laudanisés sur l'épigastre. Il ne s'ensuivit aucun soulagement notable. Le gonflement du ventre, les éructations, la constipation engagèrent ensuite M. Donné à prescrire des pilules de charbon et de magnésie, et deux onces d'huile de ricin, qui furent vomies presque aussitôt après leur ingestion.

Cependant le ventre se tend, se tuméfie de plus en plus, et la tuméfaction offre cette particularité, qu'elle est beaucoup plus prononcée dans l'hypochondre gauche : là existe une sorte de tumeur qui fait saillir les côtes sternales, et qui se continue obliquement jusque vers la région de l'ombilic, en formant une courbure à convexité dirigée du côté gauche (1). La percussion donnait

(1) Ce ne fut qu'à l'ouverture du cadavre que cessa le doute que nous avions sur la véritable cause de cette particularité.

étendue souvent très-grande, telle que celle de tout le grand cul-de-sac, les parois de l'estomac ne représentent plus qu'une

un son mat, et la fluctuation était évidente pour toutes les personnes qui explorèrent avec nous, à plusieurs reprises, la cavité abdominale. La pression était douloureuse. Les forces baissaient chaque jour davantage, et les symptômes gastriques restaient à peu près les mêmes. L'existence d'un épanchement dans le péritoine et d'une gastrite chronique ne pouvait alors échapper à l'œil le moins exercé. La vive douleur dont se plaignait alors le malade, dans la région abdominale, nous portait à soupçonner une péritonite. Le pouls était devenu très-fréquent et très-petit, la langue se séchait souvent, les traits étaient grippés : tout nous faisait présager une issue funeste.

La racine de cabinça, des pilules composées de calomel, à très-faible dose, et d'opium (et qui furent bientôt supprimées), un vésicatoire sur la région épigastrique, des frictions mercurielles sur l'abdomen, tels furent les principaux remèdes que nous opposâmes contre l'épanchement, lequel, à notre grande surprise, finit par disparaître complètement. Lorsque le ventre fut affaissé, nous remarquâmes qu'il existait néanmoins une saillie dans la région de l'hypochondre gauche. L'art fut moins heureux d'un autre côté. En effet, les nausées et de petits vomissements continuèrent, le marasme fit des progrès. (Une nouvelle application de quinze sangsues; la glace, les boissons acidulées, tout échoua.)

Malgré les vomissements, le malade demandait toujours des aliments solides, et pour nous engager à lui en donner, il disait avoir une répugnance invincible pour le bouillon. Il prenait d'ailleurs, à notre insu et en cachette, divers aliments, entre autres du chocolat. Il avait repris un peu de force vers le milieu du mois de septembre, époque où l'épanchement abdominal avait entièrement disparu; et, trouvant qu'on ne lui donnait pas assez à manger, il se proposait de sortir, lorsqu'il s'éteignit tout-à-coup, dans la nuit du 21 septembre, trois mois après son empoisonnement.

OUVERTURE DU CADAVRE

36 heures après la mort.

MM. les docteurs Capuron et Gaultier de Claubry étaient du nombre des personnes qui assistèrent à cette ouverture, dont nous ne rapporterons que les détails relatifs à l'état du tube digestif.

toile très-mince constituée par le seul péritoine, sur lequel on aperçoit à peine çà et là quelques vestiges des autres membra-

L'estomac présente un volume énorme. A l'aspect de cette sorte d'immense cornemuse, j'annonçai que nous trouverions un obstacle au cours des matières à travers le pylore. Cet organe, ainsi dilaté, remplissait non-seulement l'hypochondre gauche, mais tout le côté gauche de la cavité abdominale, jusque vers la fosse iliaque (1). C'était évidemment là la cause de cette saillie ou tuméfaction, que nous avons constatée pendant la vie. Cette tuméfaction avait, en effet, la forme et la direction de l'estomac. A peine les parois de cette vaste poche furent-elles incisées, qu'il s'écoula de la cavité une sorte de *magma* épais, offrant une grande ressemblance avec du chocolat, et exhalant une odeur aigre des plus pénétrantes. On peut évaluer à près de deux litres la quantité de matières contenues dans l'estomac. (Et ce malheureux, la veille de sa mort, voulait sortir, parce que, disait-il, il n'avait pas assez à manger!) Malgré l'énorme dilatation de l'estomac, ses parois n'étaient amincies que dans une partie de leur circonférence, et spécialement vers la grosse tubérosité. La portion pylorique de la membrane muqueuse de l'estomac offrait une rougeur vive, ardente, due à une injection pointillée très-fine, et assez uniformément répandue. Cette portion tranchait avec celle qui tapisse le grand cul-de-sac, laquelle était brunâtre, ardoisée, et beaucoup moins injectée. Dans cette dernière portion, la membrane muqueuse était ramollie et complètement détruite en plusieurs points. Tout près du pylore, on voyait les restes de deux ulcérations ovalaires, situées l'une au-devant de l'autre. Leur fond était lisse et entouré d'un rebord épais, d'un quart de ligne environ de profondeur, se continuant avec ce même fond. Le travail de la cicatrisation était très-avancé dans ces deux ulcérations. Ce travail était plus avancé encore dans une autre ulcération, placée environ à un pouce de distance des deux précédentes, ayant une forme arrondie et un pouce de diamètre; le fond de cette ulcération, formé par un tissu cellulaire injecté, était environné d'une espèce de bourrelet très-saillant. L'orifice du pylore formait une sorte d'infundibulum, dont l'ouverture duodénale n'avait guère qu'une ligne de diamètre (elle laissait à peine passer l'extrémité d'une sonde cannelée ordinaire).

(1) Le diamètre longitudinal de ce viscère avait au moins un pied, et, dans la grosse tubérosité, le diamètre transversal égalait presque le vertical.

nes. De semblables cas ont déjà été très-bien décrits par M. Louis, avec son exactitude et sa sagacité ordinaires.

Les différentes altérations que nous venons d'étudier ne se forment pas, avec une égale fréquence, à toutes les époques de la vie. Rien n'est plus rare, par exemple, que d'observer l'induration squirrheuse du tissu cellulaire gastrique avant l'âge de trente-cinq à quarante ans. Sous ce rapport, l'observation suivante nous a paru devoir être citée.

IV^e OBSERVATION.

Squirrhe de l'estomac chez un sujet âgé de vingt-deux ans. Premiers symptômes de la maladie à l'âge de dix-neuf ans.

Un homme, âgé de vingt-deux ans, ressentit à l'âge de dix-

Autour de ce pertuis, les parois de l'estomac sont indurées, épaissies, induration et épaississement qui se continuent vers le duodénum, dans une étendue d'un pouce à un pouce et demi. L'épaisseur des parois du duodénum et du cercle pylorique est de quatre à cinq lignes. La surface de la section qu'on pratique dans les parois indurées et hypertrophiées, est d'un blanc grisâtre nuancé d'une teinte bleuâtre; le tissu de ces parois offre un aspect lardacé, crie légèrement sous le scalpel qui les incise, et l'on y trouve, en un mot, tous les caractères du squirrhe de l'estomac, tel qu'il a été décrit par M. le professeur Andral. Dans la portion du duodénum, ainsi transformée en matière squirrheuse, on reconnaît encore la présence de la membrane muqueuse. Le reste du tube digestif ne présentait aucune altération notable. Il avait seulement diminué considérablement de volume, et était réellement atrophié. Il y avait dans le gros intestin une certaine quantité de matières fécales d'une consistance médiocre.

Dans le tiers inférieur de l'œsophage, on voyait plusieurs dépressions arrondies, à fond lisse et poli, entourées d'un bord peu saillant, ayant un diamètre de trois à quatre lignes d'étendue. Ces dépressions nous parurent être des ulcérations cicatrisées. La membrane muqueuse œsophagienne était, d'ailleurs, d'un blanc pâle ou grisâtre.