

convexe au diaphragme ; de plus, par une partie de sa face concave, il était intimement uni à la paroi antérieure de l'estomac. Au niveau du lobe gauche existait une poche purulente, circonscrite par d'épaisses fausses membranes, de date évidemment assez ancienne, — une petite fissure de ces fausses membranes avait permis au pus de fuser dans la cavité péritonéale et d'y développer une inflammation de date récente. — Au fond de la poche purulente, on apercevait une perforation circulaire de la paroi antérieure de l'estomac. Cet organe étant incisé suivant sa petite courbure, on découvrit d'abord qu'il n'était nullement cancéreux, ensuite qu'il existait suivant une ligne circulaire, concentrique à l'anneau du pylore, une série d'ulcérations dont trois étaient cicatrisées, tandis qu'une quatrième, encore à la période d'état, avait déterminé la perforation. L'une des ulcérations cicatrisées était très-régulièrement circulaire, une autre avait la forme d'un ovoïde : toutes deux étaient remarquables par l'induration et l'épaississement calleux de leurs contours ; le tissu cicatriciel qui formait ce relief était fibreux et résistait à la coupe, mais sans crier sous le scalpel comme le squirrhe, dont il n'avait d'ailleurs ni l'aspect ni la structure. Quant à l'ulcération perforante, elle avait l'étendue d'une pièce de 2 francs, elle affectait la forme d'un cratère, avec des parois de plus en plus minces, de telle façon qu'en un point la perforation avait eu lieu par destruction de toutes les tuniques de l'estomac. Cette perforation avait la forme et le diamètre d'une lentille. Elle s'était faite au voisinage du bord tranchant du foie, de sorte que c'était la paroi abdominale accolée par des fausses membranes, qui avait pendant quelque temps empêché les matières stomacales de pénétrer dans la cavité du péritoine. D'un autre côté l'inflammation adhésive s'était propagée aux contours du colon transverse, et c'était l'arc du colon, énormément dilaté, qui s'était placé dans la région épigastrique en avant de l'estomac, de façon à former cette tumeur saillante, molle et tympanique, qu'on avait prise pendant la vie pour l'estomac lui-même. D'ailleurs, le colon ainsi disposé faisait saillie entre les deux lobes du foie, de manière qu'on sentait à travers les parois de l'abdomen, à droite le lobe droit du foie, à l'épigastre l'arc du colon, et à gauche le lobe gauche du foie, qu'on était autorisé à regarder comme une tumeur anormale, puisqu'il y avait un espace sonore, tympanique, entre la masse rénitente et mate qui représentait évidemment le foie à droite, et la masse de nature indéterminée qui existait à gauche. Or, en raison de la nature des troubles gastriques, il était assez naturel de croire à une tumeur cancéreuse de l'estomac. — J'ajoute, pour en finir avec ce qui se rapporte à l'autopsie, qu'il y avait une pleurésie diaphragmatique et que les adhérences les plus intimes reliaient la base des poumons à la plèvre. Il n'y avait pas d'épanchement. Le tiers inférieur des poumons, congestionné, était à l'état de splénisation.

Il est bien remarquable qu'il y ait eu cette succession d'ulcères et que les ulcères multiples se soient ainsi groupés exclusivement vers le pylore comme par une sorte d'affinité élective. Cette femme, qui avait eu plusieurs années auparavant et à plusieurs reprises les signes de l'ulcère simple, présentait plusieurs de ces ulcères. Il y avait eu des périodes de rémission et même de guérison apparente ; or, en effet, quelques-uns de ces ulcères étaient cicatrisés. C'était le dernier en date qui avait déterminé la perforation, cause de la péritonite et de la pleurésie de voisinage. Cette observation vérifie l'espèce de loi d'antagonisme morbide qui s'oppose à l'existence simultanée dans l'estomac de l'ulcère rond et du cancer, comme elle s'oppose à la présence successive dans l'utérus du corps fibreux et du carcinome.

Vous trouvez de plus dans cette observation l'exemple d'un accident assez fréquent et souvent très-redoutable de l'ulcère simple, je veux dire la *perforation* de l'estomac. Cette perforation peut donner lieu à une série d'accidents dont il faut que je vous parle. Et d'abord il en résulte nécessairement une péritonite ; mais celle-ci peut être partielle ou générale, suivant la rapidité avec laquelle s'est faite la perforation. Quand la destruction de toutes les tuniques de l'estomac s'est accomplie lentement, des adhérences ont eu le temps de s'effectuer entre l'estomac perforé et les organes voisins, et, le plus habituellement, le pancréas, ou le lobe gauche du foie, ou l'épiploon comble alors la perte de substance, de sorte que les matières contenues dans l'estomac ne s'épanchent pas dans la cavité du péritoine. D'autres fois, comme dans le cas de notre malade, l'organe voisin est disposé de telle sorte que la perte de substance est incomplètement comblée ; de façon que la péritonite se propage et détermine une série d'accidents tels que la pleurésie diaphragmatique de voisinage. Enfin, et c'est là le fait le plus grave, la perforation peut avoir été rapide à ce point que nulle adhérence n'a eu le temps de se faire et que l'estomac ainsi troué verse dans la cavité abdominale une partie de son contenu : alors, vous le comprenez, une péritonite suraiguë et bientôt mortelle en est la conséquence nécessaire. Au contraire quand des adhérences solides ont rattaché à l'estomac perforé l'un des organes voisins, foie ou pancréas, il peut arriver une de ces deux choses : ou bien il n'y a pas d'altération de l'organe qui forme à l'estomac une paroi adventice, tout au plus un tissu cellulo-fibreux de nouvelle formation en augmente-t-il l'épaisseur ; ou bien, et le fait est bien plus curieux, le travail d'ulcération se continue et attaque l'organe annexé. Ainsi la maladie ulcéreuse, primitivement localisée à l'estomac, se propage, par un mécanisme dont je ne me rends pas bien compte, à des tissus parfaitement différents, tels que sont ceux du foie et du pancréas. L'inflammation de voisinage, en vertu de laquelle l'adhérence s'est effectuée, n'a rien qui puisse nous étonner ; le fait est vulgaire. Mais que l'inflammation d'abord simplement adhésive,

devienne ulcéreuse pour le foie et le pancréas, comme elle l'était pour l'estomac, j'avoue que ce fait est bien remarquable et qu'il prouve une fois de plus la spécificité des actions morbides, spécificité qui tient plus à l'essence du mal qu'à la nature du tissu frappé.

On vient de voir l'ulcère simple *siéger* au voisinage du pylore, ce n'est pas cependant que cette région en soit le siège le plus habituel, bien au contraire; en effet, suivant Brinton¹, on a trouvé cette lésion quarante-trois fois sur cent à la face postérieure; vingt-sept fois à la petite courbure; seize fois seulement à la région pylorique; six fois occupant également la face antérieure et la face postérieure, souvent dans des points opposés; cinq fois à la face antérieure seulement; deux fois à la grande courbure et deux fois dans la tubérosité cardiaque. De son côté, sur un total de quatre-vingt-deux cas qu'il a groupés, M. Luton (de Reims)² a trouvé l'ulcère simple vingt-deux fois, à la petite courbure; dix-huit fois au pylore ou à son voisinage; dix fois à la face postérieure; dix fois à la face antérieure; dix fois au cardia; sept fois au grand cul-de-sac; cinq fois à la grande courbure. Le siège de l'ulcère simple est donc bien différent de celui du cancer, qui, suivant les recherches de Lebert³, se rencontre trente-quatre fois sur cinquante-sept cas au pylore, c'est-à-dire dans près des deux tiers des cas; tandis que le cardia n'en a été le siège que cinq fois, ou dans le onzième des cas; et la petite courbure sept fois sur cinquante-sept, ou une fois sur huit. Ainsi le pylore est de beaucoup le point de l'estomac le plus ordinairement atteint par le cancer, et il s'en faut bien qu'il en soit ainsi dans le cas d'ulcère simple; c'est là un point que je voulais faire ressortir.

En opposition à certains faits où l'existence de l'ulcère simple de l'estomac constaté à l'autopsie, ne s'est révélée pendant la vie par aucun phénomène spécial, et n'a pas, notamment, donné lieu à la plus petite hémorragie, en voici d'autres où des *vomissements noirs* et un *mélæna* considérables se sont produits indépendamment de toute lésion appréciable de l'estomac.

Il y a six ans, je fus mandé par M. Riembault auprès d'une dame âgée de soixante-cinq ans, demeurant quai des Célestins, et qui, me disait-on, avait rendu de grandes quantités de sang par les vomissements et par les garde-robes. A première vue, je fus tellement frappé du teint jaune-paille cachectique de la malade que je crus à un cancer de l'estomac. Le regard que nous échangeâmes en abordant cette dame nous disait trop éloquemment que notre pensée était commune et que nous

1. Brinton, *Traité des maladies de l'estomac*, trad. de Riant, 1870, p. 181.

2. Luton, *Pathologie de l'estomac dans le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIV, p. 226.

3. Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, Paris, 1851, p. 463.

n'augurions rien de bon de la situation. La malade nous racontait qu'elle était depuis quatre jours à Paris, où elle était arrivée parfaitement bien portante, n'ayant jamais rien éprouvé du côté de ses digestions qui dût appeler notre attention. Son appétit était régulier; jamais elle n'avait eu ni douleurs, ni nausées, ni éructations, et elle avait été surprise de ce vomissement de sang survenu, sans cause appréciable, le lendemain de son installation à Paris. Ces antécédents ne s'accordaient guère, assurément, avec l'idée d'une lésion cancéreuse, bien qu'il y ait des cancers de l'estomac complètement indolents, ne se révélant par aucun trouble grave.

Tout en réservant notre diagnostic, nous nous plaçâmes au point de vue d'une hémorragie essentielle, et nous prescrivîmes les préparations de ratanhia et de fer. Trois jours après notre visite, les garde-robes avaient cessé d'être noires: il n'y avait pas eu de nouvelles gastrorrhagies. Le mois suivant, cette dame retournait dans sa province. Elle se trouvait très-bien portante, et cinq ans après, nous apprenions que cette bonne santé ne s'était pas démentie.

Au commencement du mois d'août 1861, entra dans nos salles un homme âgé de cinquante-trois ans qui, au moment même de son entrée, fut pris d'un vomissement et mourut subitement. Il était arrivé dans un état d'abattement profond, ne parlant pas et ne pouvant donner aucun renseignement. On sut seulement des personnes qui l'avaient apporté sur un brancard qu'il était malade depuis longtemps, et les gens de service furent frappés de la teinte jaune de sa peau et du volume de son ventre. Les matières des vomissements, que l'on eut soin de nous conserver, étaient formées par du sang altéré par son mélange avec le suc gastrique. C'était un liquide de couleur sépia, avec un dépôt de matières solides, finement granuleuses, ressemblant à de la suie, dont une partie était tenue en suspension dans le liquide.

A l'ouverture du corps, l'abdomen contenait un épanchement péritonéal comme enkysté. L'estomac, enlevé avec la plus grande précaution, ne présentait aucune altération. Ses orifices cardiaque et pylorique étaient libres, il n'y avait aucune trace de tumeur cancéreuse; sur sa surface muqueuse teinte d'une couleur lie de vin, nous ne découvrîmes pas la plus petite ulcération. Dans le duodénum il n'y avait pas de lésion appréciable. Les poumons, le cœur, le cerveau étaient sains.

L'aspect et les qualités des matières rendues par le vomissement dans ces cas, ne sauraient laisser aucun doute dans l'esprit sur leur nature, et il est bien évident aussi que ces hémorragies avaient eu pour point de départ l'estomac. La marche des accidents, leur heureuse terminaison dans le premier cas, les résultats de l'examen nécroscopique dans le second, ont clairement démontré qu'il ne s'agissait ni de lésions organiques cancéreuses, ni d'ulcération de l'estomac. Ces exsudations sanguines

abondantes s'étaient faites par la membrane muqueuse de cet organe, comme elles se font à la surface des autres membranes muqueuses, comme nous les voyons quelquefois se faire par l'intestin, ainsi que l'observation suivante, que j'ai eu maintes fois occasion de vous raconter, en est un exemple.

Un ancien fonctionnaire de notre Faculté, homme d'une vigoureuse constitution, fut pris, il y a environ sept ans, d'accidents sérieux dont tous les détails méritent d'être rapportés.

Habituellement d'une très-bonne santé, il est sujet à une constipation telle, que jamais il ne va à la garde-robe que tous les dix ou quinze jours, et encore pour rendre alors une très-petite quantité de matières noires et dures qu'il compare à du crottin de chèvre.

Un soir, sans avoir éprouvé le plus petit dérangement dans sa merveilleuse santé, sans avoir fait le plus petit excès de table, il éprouva tout à coup un malaise indéfinissable et presque aussitôt il tomba sans connaissance. Cette syncope dura à peu près vingt minutes. On le reconduisit en voiture chez lui, et après une bonne nuit d'un sommeil paisible, il reprit dès le lendemain ses travaux accoutumés. Cet événement avait lieu un jeudi; le lundi suivant, le malade était installé comme d'ordinaire dans son bureau, quand, encore tout à coup, il fut repris d'accidents analogues à ceux qu'il avait éprouvés quatre jours auparavant. Ces accidents se répétèrent le lendemain, deux fois dans la journée; mais cette fois, une faiblesse excessive le força de garder le lit. Je le vis le mercredi dans l'après-midi. Son teint, habituellement de bonne couleur, était d'une pâleur cadavéreuse qui éveilla tout d'abord mon attention, je soupçonnai tout de suite une hémorrhagie intestinale. Je demandai que l'on me montrât les garde-robes. Il n'y avait pas eu d'évacuations depuis huit jours, il n'y avait pas eu non plus de vomissements. J'ordonnai aussitôt une purgation, du sel de Seignette, autant que je me le rappelle. Elle fit rendre par les selles des matières noires comme de la poix, comme du goudron de bateau, en quantité énorme que l'on évalua à cinq ou six livres. Mon diagnostic était confirmé; j'avais affaire à un mélæna.

Les antécédents, la marche des accidents, l'examen attentif par la palpation des viscères abdominaux me firent rejeter l'idée d'une hémorrhagie dépendant de quelque lésion intestinale ou stomacale, et je rassurai la famille en disant qu'il s'agissait d'un mélæna simple. Mon pronostic se vérifia complètement. Pendant trois mois, le malade garda, il est vrai, une pâleur anémique, mais sous l'influence de préparations de ratanhia, de quinquina et de fer, il reprit ses couleurs habituelles avec sa bonne santé, qui, depuis lors, n'a éprouvé aucune nouvelle secousse.

Les exemples analogues à celui-ci sont plus communs qu'on ne le croit généralement. Ces individus bien portants sont pris, tout à coup

d'un malaise vague, on les voit pâlir et tomber en syncope. Une ou deux heures après, en allant à la garde-robe, ils rendent des matières noires comme de la poix; les selles gardent encore cette coloration un ou deux jours; puis tout est terminé; mais les malades conservent pendant quelque temps de la faiblesse, de l'inappétence, un peu de gastralgie, du bourdonnement d'oreilles et de la décoloration des téguments. Cependant l'appétit renaît, les forces reviennent, la convalescence est parfaite. Toutefois, ces accidents peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins éloignés; ils se reproduisent dans la même forme, et restent souvent méconnus non-seulement du malade, mais encore du médecin, jusqu'au jour où, ce qui est rare, une hémorrhagie plus abondante vient à les foudroyer, ou, ce qui est plus ordinaire, jusqu'au jour où la guérison est radicale.

Quand, dans le cours de votre pratique, des individus se plaindront à vous d'avoir rendu du sang par les garde-robes, ou plutôt quand ils vous diront avoir eu des selles noires couleur de goudron qui caractérisent le mélæna, interrogez-les avec grand soin sur leurs antécédents; demandez-leur s'il ne leur est pas arrivé d'être devenu tout à coup d'une pâleur extraordinaire ayant persisté pendant huit ou quinze jours, si ces accidents ne se sont pas répétés plusieurs fois. Ces phénomènes suffiront pour éclairer votre diagnostic, et vous permettre d'affirmer qu'il y a eu, dans les premiers cas, comme dans celui où le malade a bien remarqué la couleur rougeâtre, noirâtre ou bistre de ses garde-robes, des hémorrhagies intestinales.

Je reviens à l'ulcère simple de l'estomac. La gastrorrhagie qui l'accompagne habituellement n'est donc pas un symptôme d'une valeur suffisante pour que le médecin doive se prononcer définitivement, puisque non-seulement ce symptôme peut manquer, mais encore qu'il peut se manifester indépendamment de toute lésion appréciable de l'organe qui en est le siège, comme dans les cas que je viens de vous citer, comme aussi dans les cas où ces hématomèses sont supplémentaires d'hémorrhagies habituelles, ainsi que cela se voit chez certaines femmes mal réglées, chez certains hémorroïdaires dont les flux se sont supprimés, puisque enfin c'est un phénomène commun au cancer et à l'ulcère simple.

On a dit que les vomissements de sang et les déjections noires sont en quelque sorte plus particuliers à l'ulcère simple qu'au cancer de l'estomac, en ce sens qu'ils appartiennent à toutes les périodes de l'ulcère simple, dont ils sont souvent le premier symptôme; tandis qu'on voit un grand nombre de cancers sans vomissements noirs et sans déjections mélaniques, ceux-ci ne se produisant bien souvent qu'à la dernière période de la maladie. On a dit aussi que, contrairement à l'opinion généralement admise, les hématomèses considérables, le mélæna foudroyant, appartiennent bien plus à l'ulcère simple qu'au cancer. Quelque exacte que

soit cette proposition, dans la majorité des cas, elle comporte des exceptions assez nombreuses pour ne pouvoir être présentée comme un caractère absolu de l'existence d'un ulcère simple. Dans le cancer, des hémorragies stomacales ou intestinales surviennent quelquefois au milieu de l'état de santé le plus parfait en apparence, comme premier et unique symptôme de la maladie qui conduira fatalement les individus au tombeau.

Un de mes très-proches parents, arrivé à l'âge de soixante ans, encore plein de force et de santé, est pris un jour, pendant qu'il était à table, d'une syncope accompagnée de légers mouvements convulsifs, accidents nerveux qu'il est du reste assez commun de voir compliquer la perte de connaissance. J'étais présent, dînant chez mon parent avec Bretonneau, qui crut à un accès de vertige épileptique : l'état syncopal persista assez longtemps. Le malade fut mis au lit, et pendant une quinzaine de jours, il resta très-faible et d'une pâleur mortelle. Pas plus que Bretonneau, je ne soupçonnai la cause de cet accident. A un an de distance, la même personne sort de chez elle pour aller visiter une de ses propriétés; tout à coup, au moment où elle donnait des ordres à son garde, elle tombe comme foudroyée. Quelques gouttes d'eau fraîche jetées au visage la rappellent à la vie; revenue à elle, elle éprouve un violent besoin d'aller à la garde-robe, et rend par les selles une grande quantité de sang. A la suite de cette hémorragie, elle devient, comme à l'époque du premier accident, d'une pâleur cadavéreuse. Ce qui s'était passé l'année précédente nous est cette fois révélé : Bretonneau et moi comprenons qu'alors, comme cette fois, nous avions eu affaire à une hémorragie par l'intestin.

Le malade se remit; sa santé semblait aussi bien rétablie que possible, quand, quelques mois après, il est repris pour la troisième fois des mêmes accidents. Il s'était levé de grand matin pour parler à ses ouvriers, lorsque, éprouvant le besoin d'aller à la selle, il remonte chez lui à la hâte. Bientôt ses gens, entendant un grand bruit dans le cabinet où il s'était renfermé, accourent et le trouvent étendu par terre, rendant par la bouche du sang en très-grande abondance; la cuvette des lieux d'aisances était elle-même remplie de matières sanglantes, les vêtements et le linge en étaient aussi souillés. Il resta quinze jours couché sans avoir la force de mettre le pied par terre, tant sa faiblesse était grande. Encore une fois il recouvra la santé; mais à partir de ce moment il se plaignit de douleurs pongitives dans la région épigastrique, où nous constatâmes l'existence d'une tumeur dont nous pûmes malheureusement suivre les trop rapides progrès. Bientôt tous les symptômes du cancer de l'estomac furent trop évidents, et trois ans après le premier accident, qui avait annoncé le début de la maladie, mon infortuné parent succombait.

Il y a six ans, un homme des environs de Paris venait assez souvent me consulter relativement à un vomissement effroyable de sang qu'il avait eu peu de jours auparavant. Son appétit, me disait-il, avait toujours été et était encore parfait; jamais il n'avait eu la plus petite douleur, le plus petit trouble du côté de l'estomac. C'était au milieu de la santé la plus solide qu'il avait eu cette hémorragie. Il évaluait à un litre à peu près la quantité de matière noire qu'il avait vomie. Cette grande perte de sang rendait parfaitement compte de la pâleur anémique de ses téguments. Je constatai la présence, dans la région de l'estomac, d'une tumeur énorme occupant la grande courbure et parfaitement indolente à la pression. Malgré cette grande lésion, cet homme avait conservé, je le répète, la parfaite régularité de ses fonctions digestives. Je lui conseillai des préparations de fer et de ratanhia, non point assurément que j'eusse la prétention de guérir son carcinome, mais pour satisfaire à l'indication de reconstituer l'économie profondément troublée par l'hémorragie dont il me parlait. Quatre mois s'écoulèrent, il revint me trouver. Il était engraisé, son teint avait repris une bonne coloration. Toutefois la lésion locale avait notablement augmenté de volume. A six mois de là survint une nouvelle hématomèse, et cette fois encore, je fus appelé à donner mon avis. Je prescrivis de nouveau le ratanhia et le fer, qui de nouveau eurent le bon effet qu'ils avaient déjà produit. Peu de temps après, les symptômes ordinaires du cancer de l'estomac se développaient, une diarrhée colliquative s'établissait, et le malade mourait.

Le vice-président du tribunal d'une de nos villes les plus importantes fut pris, dans le courant de l'année 1849, de vomissements de sang et d'hémorragies intestinales considérables, qui le mirent à deux doigts de sa perte. Il se rétablit assez promptement, et put quitter la campagne où il s'était retiré, pour reprendre ses fonctions de magistrat. Il vint consulter à Paris, et l'on constata l'existence d'une tumeur abdominale qui occupait la paroi antérieure de l'estomac. A partir de cette époque, les mêmes accidents se reproduisirent à peu près tous les six mois, et chaque fois les quantités de sang rendues par la bouche et par le fondement étaient considérables. Les digestions s'accomplissaient avec une régularité parfaite; l'appétit était bon, et le malade était même un assez fort mangeur. Parfois il éprouvait des douleurs d'estomac extrêmement vives, atroces; il se plaignait continuellement d'une faiblesse qui l'empêchait de marcher longtemps, de monter des escaliers sans être essouffé. Sans être naturellement gras, il avait conservé un certain embonpoint, mais ses téguments avaient une excessive pâleur et sa peau présentait une légère coloration jaune-paille.

Sa mère était morte d'un cancer au sein, et lui, qui ne se faisait aucune illusion sur sa situation, parlait sans cesse de sa fin prochaine, tout en

continuant de remplir avec la plus grande exactitude les fonctions dont il était chargé.

Au mois de septembre 1856, sept ans par conséquent après le début de ces accidents, il alla passer ses vacances dans sa terre; quelques mois auparavant, il avait eu une hématomèse accompagnée, comme toutes les précédentes, de mélæna, qui persista encore pendant quelques jours. Tout à coup, sans causes occasionnelles appréciables, sans phénomènes prémonitoires, il fut pris, un dimanche, d'une hémorrhagie par la bouche. Cette hémorrhagie se répéta le mardi, le jeudi et le samedi suivants. Chaque fois la quantité de sang rendue par le vomissement remplissait une grande cuvette, et chaque fois aussi il y avait par les garde-robes une évacuation de matières noires semblables à du goudron. Le malade, épuisé par ces pertes de sang, tomba dans un état de faiblesse profonde, et mourut le dimanche suivant, 19 octobre, dans la journée, huit jours après le début de ces effroyables accidents.

Quoique, dans cette observation, le contrôle de l'examen nécroscopique ait manqué, le diagnostic ne saurait être regardé comme douteux. M. Gendrin et M. Blondeau avaient constaté l'existence de la tumeur, qui était parfaitement appréciable à la palpation.

D'après ces exemples, messieurs, vous voyez que l'hémorrhagie stomacale ou intestinale, quelque abondante, quelque répétée qu'elle soit, ne saurait être donnée, pas plus que la douleur gastrique, comme un signe positif de l'ulcère simple de l'estomac. J'en dirai autant des vomissements glaireux que les individus affectés de la maladie dont nous parlons rendent quelquefois en quantité énorme.

Ces vomissements sont le résultat de l'irritation de la membrane muqueuse gastrique dans le voisinage de l'ulcère, laquelle irritation amène une exagération dans la sécrétion stomacale. Ce symptôme a encore moins de valeur, dans la circonstance présente, que ceux dont il vient d'être question. Dans un très-grand nombre de gastrodynies des plus simples, en effet, cette sécrétion exagérée des liquides de l'estomac est un phénomène ordinaire, qui se produit aussi dans certaines formes de la gastrite chronique et de la dyspepsie, et il est un des accidents assez habituels de la migraine.

Pour que cette sécrétion exagérée ait lieu, il suffit souvent d'une névralgie, et ce qui se passe alors est l'analogie de ce que nous voyons se produire dans d'autres parties de l'économie, sous l'influence d'une douleur locale un peu violente.

Un fait vous permettra de mieux saisir toute ma pensée. Un individu prend une fièvre intermittente larvée, qui se traduit par une névralgie sus-orbitaire. Au moment où l'accès va commencer, l'œil est parfaitement libre, sans injection anormale, sans larmoiement. La douleur survient; à mesure qu'elle augmente, la membrane muqueuse oculaire

s'injecte, et cette injection peut être telle, que dans quelques cas on a noté un véritable chémosis. Le malade garde ainsi pendant quatre, cinq, six heures, une inflammation violente de l'œil avec rougeur plus ou moins vive, et tuméfaction plus ou moins prononcée, en même temps qu'il a une sécrétion abondante de larmes. Puis l'accès se passe, la douleur névralgique se calme, les épiphénomènes cessent aussi, jusqu'à ce qu'un nouvel accès en provoque le retour.

De la même façon une névralgie violente de l'estomac suffira pour provoquer une abondante sécrétion de liquides qui seront rejetés par le vomissement. Cette sécrétion aura également lieu sous l'influence de toute irritation de l'estomac, de quelque nature que ce soit, aussi bien dans la gastrite que dans la gastralgie, dans le cancer que dans l'ulcère simple, et, par conséquent, les vomissements glaireux ne peuvent être considérés comme un phénomène caractéristique de ce dernier.

Si la présence d'une tumeur dans la région épigastrique exclut l'idée d'un ulcère simple et révèle l'existence d'un cancer, il s'en faut que de l'absence de cette tumeur on puisse conclure à l'existence de l'ulcère, car il n'est pas rare que, en raison de la position qu'il occupe, le cancer échappe complètement à notre exploration.

L'élément le plus important du diagnostic différentiel entre ces deux affections se déduirait donc, selon M. Cruveilhier, de la marche de la maladie, présentant dans l'ulcère simple des alternatives d'amélioration et d'aggravation, l'amélioration suivant toujours un régime sévère, l'aggravation étant toujours provoquée par des écarts dans le régime; tandis que, dans le cancer, la maladie marche, pour ainsi dire, d'un pas égal vers une terminaison fatale, indépendamment de tout régime et de tout traitement.

En émettant cette proposition, mon honorable collègue accentue implicitement que la maladie reste pour lui lettre close, pour ainsi dire, tant qu'il n'y a pas eu mort ou guérison, et dans ce dernier cas, c'est qu'on a eu affaire à un ulcère simple. Ici, toutefois, cet élément de diagnostic peut encore faire défaut, car vous avez vu, d'après les exemples que je vous ai rapportés, que dans le cancer de l'estomac il pouvait y avoir des espaces de temps assez longs, pendant lesquels la maladie, ne se manifestant par aucun symptôme, il serait permis de croire à la guérison.

Rappelez-vous l'histoire du magistrat que je vous ai racontée. Pendant sept ans, il n'a présenté d'autres phénomènes morbides que des hématomèses et des mélæna se répétant à des intervalles assez éloignés, et si l'examen de la région épigastrique n'avait fait connaître une tumeur trop évidente, on aurait pu espérer plus d'une fois sa guérison.

La cessation définitive des accidents, le retour complet à une santé parfaite, impliquera d'autant moins nécessairement qu'il s'agissait d'un ulcère simple, que, ainsi que nous l'avons vu, la gastrite chronique non

ulcéreuse est quelquefois accompagnée d'hémorragies stomacales, de douleur xiphoïdienne et rachidienne. Le fait est rare, mais du moment que ces exceptions se sont présentées, elles suffisent pour que nous mettions de la réserve dans notre jugement.

En résumé, des hémorragies stomacales abondantes et répétées, accompagnées ou non de mélæna, des douleurs gastriques violentes, qui semblent principalement localisées dans la région xiphoïdienne et dans le point rachidien correspondant; ces phénomènes coïncidant avec l'absence de toute tumeur appréciable dans l'épigastre, nous permettent de soupçonner l'existence d'un ulcère chronique simple de l'estomac, alors surtout que les accidents se terminent par la guérison. Cette règle comporte de nombreuses exceptions, et, en définitive, dans l'état actuel de la science, le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac est encore entouré de beaucoup d'obscurités.

Assurément ces obscurités sont dégagées quand, indépendamment des symptômes que nous venons d'indiquer, il s'en manifeste d'autres essentiellement propres au cancer, symptômes variables d'ailleurs suivant le siège que celui-ci occupe, et que je vais vous rappeler sommairement.

Lorsque c'est le cardia qui est affecté, il se produit des phénomènes semblables à ceux que vous a présentés un de nos malades de la salle Sainte-Agnès, que nous étions obligés d'alimenter à l'aide de la sonde œsophagienne. C'est une dysphagie caractérisée par la régurgitation des matières alimentaires, qui paraissent d'abord facilement avalées, mais qui ne font que s'accumuler dans la dernière portion de l'œsophage. Cette régurgitation, au début de la maladie, a lieu immédiatement après la déglutition, parce qu'alors l'œsophage réagit d'autant plus vivement sur les matières qu'il contient, qu'il n'a pas encore pris l'habitude de se laisser distendre. A mesure qu'il acquiert cette habitude, les aliments ne sont rejetés par la bouche qu'un temps plus ou moins long après leur ingestion; mais, dans le principe, les individus atteints de cancer du cardia ne peuvent prendre que des aliments liquides ou demi-liquides, et même ceux-ci ne passent pas quand il veulent les avaler rapidement.

Vous verrez des malades qui s'étaient plaints d'avoir été pendant un ou plusieurs mois sujets à ces régurgitations de manière à ne pouvoir garder même les liquides qu'ils buvaient, et qui mangent tout à coup assez facilement en avalant même des bouchées assez volumineuses. Que cette amélioration apparente ne vous en impose pas; elle tient, dans quelques cas, à ce que la tumeur qui obstruait le cardia s'étant ramollie, l'entrée de l'estomac se trouve momentanément dégagée. Quelques jours plus tard, cette obstruction pourra se produire si des végétations cancéreuses viennent de nouveau fermer l'ouverture, qui était momentanément restée libre.

Si la lésion occupe le pylore, il y aura ordinairement des vomissements

qui, fréquents, mais peu abondants, deviendront de plus en plus rares, mais aussi plus abondants.

Vous saisissez, messieurs, la raison de cette différence. Au début, l'estomac se révolte contre la présence des matières alimentaires qui, après avoir subi un travail de chymification, devaient être chassées dans le duodénum dont l'entrée leur est fermée. Plus tard il devient plus patient, et, s'habituant au contact des matières, il se laisse distendre jusqu'au moment où la quantité de ces mêmes matières devient trop considérable pour qu'il puisse les conserver.

Dans le cancer du pylore, il existe, en outre, une grande constipation, à moins que le cancer ne soit profondément ulcéré, auquel cas, en même temps que les vomissements deviennent moins fréquents, il y a de la diarrhée qui ne tarde pas à être lientérique, les aliments s'échappant à travers l'orifice pylorique constamment ouvert, avant d'avoir subi dans l'estomac une élaboration suffisante.

Ce qui rend le diagnostic du cancer du pylore plus facile, c'est que généralement nous pouvons en constater l'existence par la palpation à travers les parois abdominales. En explorant la région correspondante à l'orifice inférieur de l'estomac, on trouve une tumeur plus ou moins volumineuse, fixe dans la place qu'elle occupe, tandis qu'une tumeur carcinomateuse développée sur la grande courbure de l'estomac changera de rapport suivant que cet organe sera ou non distendu. Cette mobilité sera également un signe d'une grande valeur pour faire connaître l'existence des tumeurs du foie, dont elles suivront les oscillations, puisqu'elles s'élèvent ou s'abaissent avec le diaphragme, dans les mouvements de la respiration.

Indépendamment de ces phénomènes locaux caractéristiques du cancer de l'estomac, il en est d'autres d'une importance moins grande.

Sous l'influence de la perturbation profonde des fonctions digestives, le malade s'amaigrit notablement; ses téguments se décolorent et prennent une teinte jaune-paille qui, je le sais, peut aussi se montrer chez les individus qui ont eu d'abondantes hémorragies, mais qui, dans le cancer de l'estomac, se manifeste alors même qu'il n'y a pas eu perte de sang.

Ce que l'on a appelé le cancer en nappe échappe bien plus souvent encore à nos moyens directs d'investigation. Vous vous rappelez une femme de cinquante-cinq ans, entrée à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de septembre 1861, et qui présentait les symptômes suivants: cachexie profonde, maigreur extrême, inappétence; douleurs abdominales, surtout du côté droit; flatulence considérable de l'estomac; rejet par la bouche de gaz et d'eaux acides; vomissements depuis plusieurs mois, diarrhée. Plus tard on put constater que les vomissements étaient noirâtres, et laissaient déposer une matière analogue à de la suie. Ballonne-