

CANCER DE L'ESTOMAC

Sommaire. — Observation de cancer de l'estomac, du sein et de l'aile du nez.
Symptômes du cancer de l'estomac; valeur diagnostique des divers symptômes et spécialement du vomissement noir, des douleurs, de la tumeur gastrique.
Des accidents de la période cachectique.
Terminaisons de la maladie.
Diagnostic différentiel avec les vomissements nerveux ou urémiques et avec l'ulcère simple de l'estomac.
Formes anatomiques du cancer de l'estomac. — Ses causes.
Prétendu antagonisme du cancer et du tubercule.
Traitement.

MESSIEURS,

Au n° 33 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme, âgée de soixante-deux ans, entrée dans le service il y a quelques jours.

Sa mère, morte de suites de couches, était sujette aux migraines; sa fille a des migraines et de la dyspepsie; elle-même a eu aussi des migraines et des accidents rhumatismaux. Toutes ces manifestations morbides donnent l'étiquette de la diathèse arthritique.

Cette femme a eu il y a dix ans un grand chagrin: elle a perdu son mari, et est toujours restée depuis lors sous le coup d'une profonde tristesse; pour la femme du peuple, en effet, la mort du mari n'est pas seulement une peine morale, mais encore souvent une cause de misère, la famille étant privée de son gagne-pain.

Il y a deux ans, elle vit se développer sur l'aile droite du nez un petit bouton qui ne s'est jamais guéri et est resté stationnaire: c'est un cancroïde.

Il y a six ou sept mois, elle a ressenti dans tous les membres et dans toutes les articulations des douleurs très-vives, comme rhumatismales, sans que cependant ni les membres ni les articulations aient présenté à aucun moment de la rougeur ou du gonflement. A la même époque, elle eut dans le sein droit des douleurs très-vives, lancinantes. Le sein était rouge, tuméfié;

la malade croyait que tous ces phénomènes allaient se terminer par un abcès; il n'en fut rien: la douleur diminua insensiblement, l'empatement et la rougeur disparurent, et il resta à la partie externe du sein une petite plaque indurée, comme cartilagineuse, très-adhérente à la peau qui ne peut être soulevée en ce point. Ce noyau induré s'accompagna d'adénite axillaire; les ganglions, du volume d'une noisette, sont durs, comme pierreux.

Il y a cinq mois, la malade fut prise de troubles gastriques, de douleurs au niveau de l'estomac: elle avait de la dyspepsie, ses digestions étaient pénibles et douloureuses; le soir, après le dîner, elle éprouvait de la flatulence; elle sentait son estomac se gonfler. Pendant plusieurs heures, elle restait sur son séant, tourmentée par des éructations pénibles et fétides, produisant au niveau du pharynx une cuisson et une brûlure. A ces renvois succédaient, vers minuit ou une heure du matin, des vomissements alimentaires, et ce n'était qu'après ces vomissements que la malade éprouvait un peu de calme et pouvait se livrer au sommeil.

Le matin, au réveil, elle avait habituellement des pituites, des vomissements glaireux.

Plus tard, elle remarqua que, dans les matières vomies, elle reconnaissait des aliments qu'elle avait pris la veille, et quelquefois même plusieurs jours auparavant. D'autres fois ces vomissements étaient noirâtres, couleur de suie ou marc de café; ils prenaient une teinte mélanique; elle s'amaigrissait rapidement.

Son teint est d'une couleur jaune paille particulière et caractéristique, la peau est comme atrophiée, elle est flasque, ridée, et ressemble assez bien à du parchemin mouillé. Le ventre est empâté, et tout l'hypochondre gauche rend à la percussion un son uniforme, comme amphorique, qui se distingue aisément du son intestinal; les veines sous-cutanées sont très-développées, ce qui peut être imputé au météorisme du ventre. Dans la partie droite de l'abdomen, un peu au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur profonde, mobile, douloureuse à la pression.

Le pouls est faible, les artères sont athéromateuses et bosselées, ce qui pourrait faire croire à une force du pouls plus grande qu'elle n'est en réalité.

Au cœur, bruit de souffle rude à la pointe et au premier temps, annonçant une insuffisance mitrale en rapport avec l'œdème et avec la dyspnée observés par la malade il y a deux ans.

Les trois signes: vomissements constants parfois noirâtres, amaigrissement rapide, tumeur mobile dans un point du ventre, suffisent pour faire diagnostiquer un cancer de l'estomac, et ce diagnostic est encore confirmé par les autres productions cancéreuses que nous avons trouvées sur l'aile du nez et sur le sein droit.

Le cancer de l'estomac a pour symptômes caractéristiques l'existence d'une tumeur dans la région épigastrique et des vomissements de matière noire.

Autour de ces symptômes s'en groupent d'autres qui précèdent habituellement ceux-ci, comme la dyspepsie, les éructations répétées pendant le travail de la digestion, les rapports aigres ou pituiteux, les douleurs épigastriques, le météorisme, la constipation. Plus tard surviennent les troubles nutritifs, l'anémie avec une teinte jaune spéciale des téguments, l'œdème des membres inférieurs, le marasme, la flaccidité parcheminée de la peau, parfois de la diarrhée, dans quelques cas de l'ascite ou de la péritonite, dans d'autres la généralisation du travail morbide et l'envahissement simultané de plusieurs organes.

Il s'en faut que le cancer de l'estomac se montre toujours avec cet ensemble de symptômes ; il peut, au début surtout, accuser sa présence par des phénomènes peu accentués ; et le diagnostic peut rester douteux.

Ainsi quand la tumeur est peu volumineuse, quand elle est en plaque, et quand elle occupe la face postérieure de l'estomac, elle pourra échapper à la palpation, surtout si le malade conserve de l'embonpoint ou si le ventre est météorisé.

Les vomissements ne sont pas non plus constants : ainsi lorsque la lésion est éloignée des orifices de l'estomac, il n'y a pas d'obstacle mécanique au cours des matières ; le vomissement n'est provoqué alors que par l'action irritative de la production morbide, et il peut manquer complètement. L'excitabilité du muscle gastrique présente de grandes différences individuelles ; et tandis que, sous l'influence du plus léger stimulus, il se contracte et que le vomissement arrive chez certaines personnes, chez d'autres il reste impassible sous des incitations énergiques ; il n'est donc pas étonnant que la même lésion, offrant le même siège et la même étendue chez plusieurs malades, puisse donner lieu à des troubles fonctionnels plus ou moins accentués.

On comprend encore que le vomissement puisse faire défaut, lorsqu'au lieu de se développer sous la membrane muqueuse, les productions morbides ont leur origine entre la membrane muqueuse et le péritoine.

Je l'ai vu manquer encore dans un cas où la dégénérescence cancéreuse avait envahi toute la grande courbure et formait une masse énorme qui remplissait plus de la moitié de la cavité de l'estomac. Celle-ci était transformée en un conduit cylindrique qui serpentait entre la petite

courbure et la tumeur. L'altération des fibres musculaires dans une si grande étendue, l'interposition même de la masse cancéreuse entre les deux parois, mettaient obstacle à leur contraction.

La couleur noire du vomissement, qu'on a comparée à celle de la suie ou du marc de café, indique le plus souvent l'érosion ou l'ulcération du produit morbide. Ces vomissements sont plus fréquents et plus abondants dans les cancers mous et fongueux que dans les autres formes de carcinome.

Produit d'une exsudation sanguine modifiée par les sucs gastriques, ces matières noires se retrouvent souvent dans les évacuations alvines et constituent le *melæna*. Elles n'appartiennent pas exclusivement au cancer ; on les retrouve plus constantes encore, dans l'ulcère simple de l'estomac.

Il en est de même des hématomèses, qui ne sont pas rares dans le cancer de l'estomac, mais qui sont à peu près constantes dans l'ulcère simple. Les hématomèses ont d'ailleurs une valeur encore moins déterminée que celle de l'ulcère simple. Quoique plus effrayantes pour le malade, elles peuvent quelquefois être moins graves aux yeux du médecin. Il n'est pas très-rare de voir un trouble profond de l'innervation, de violentes émotions morales provoquer des hématomèses abondantes chez des sujets nerveux (1), surtout chez des hystériques. Chez celles-ci l'hématomèse peut être une déviation du flux menstruel.

Quand je parle de vomissements noirs, j'entends des vomissements répétés et d'une certaine abondance. On n'appellera pas hématomèse le rejet d'une petite quantité de sang qui succède si souvent aux contractions violentes de l'estomac. L'exsudation sanguine due à cette cause peut séjourner dans la cavité du viscère, y subir l'action modificatrice des liquides gastriques, et être rejetée par la bouche sous forme de matière noire ; on peut même rencontrer des vomissements noirs qui ne paraissent se rattacher ni à une dégénérescence ni à une ulcération des parois de l'estomac et dont la nature comme les conditions pathogéniques ne sont pas bien déterminées. J'ai observé, il y a vingt ans, un fait de ce genre qui me semble assez intéressant pour vous être rapporté.

(1) Je me rappelle avoir vu deux de mes camarades de jeunesse, tous deux bien constitués, et qui depuis lors ont joui d'une excellente santé, pris de vomissements de sang très-abondants à la suite de fatigues et d'excès. Ces jours-ci même, j'ai vu une jeune femme névropathe, mal menstruée, qui après de violentes et douloureuses émotions, a pendant plusieurs jours vomi le sang.

C'était chez un petit garçon, né d'un père arthritique, hypochondriaque et d'une mère qui, après avoir été névropathe pendant plusieurs années, finit par succomber à une phthisie pulmonaire.

Cet enfant, né bien constitué, eut le malheur d'avoir successivement trois mauvaises nourrices. La première, qui avait fait avec succès plusieurs nourritures antérieures, perdit son lait sous l'influence de préoccupations morales. Le médecin qui l'avait donnée ne pouvait mettre en doute ses qualités nourricières. Quand on comprimait la glande mammaire, on en faisait jaillir du lait : mais l'enfant l'épuisait en quelques gorgées ; il dépérissait, et, signe très-important pour apprécier la quantité du lait d'une nourrice, il urinait très-peu. En outre, il était très-constipé ; il ne rendait, et encore sous l'action des lavements ou des laxatifs, que de petits cylindres durs d'un noir verdâtre, au lieu des matières jaunes, pultacées, normales.

Cependant le pauvre enfant était réduit à un état d'émaciation extrême : sa peau ridée flottait autour de ses os, se collait sur ses pommettes et s'enfonçait dans ses orbites. Tandis que, peu de jours après sa naissance, il manifestait sa vitalité par des mouvements énergiques et en suivant des yeux la lumière, il restait immobile, les yeux fermés, il se mourait d'inanition.

En même temps que le lait qu'il prenait était insuffisant, il avait probablement des qualités offensives : cette nourrice, en effet, était en incubation d'une maladie de poitrine qui se déclara peu de temps après. L'enfant commença à vomir du lait et des glaires, et bientôt ses vomissements prirent une coloration noirâtre qu'on ne pouvait comparer qu'à du café pur ou mélangé de lait.

Dans ces conditions on renvoya la nourrice ; les deux qui lui succédèrent ne furent pas beaucoup meilleures. Enfin, à trois mois, cet enfant était étique et se mourait d'inanition, quand ses parents eurent le bonheur de tomber sur une bonne nourrice qui le rappela à la vie. Cependant, quoiqu'il reprît à vue d'œil, il continuait à vomir, plusieurs fois chaque jour, des matières noires.

J'appelai en consultation mes amis les docteurs Blache, Trousseau et Barthez. Tous trois me déclarèrent n'avoir jamais observé rien de semblable ; mais depuis lors, M. Barthez m'a dit en avoir rencontré quelques cas.

Je priai M. Robin d'examiner ces matières noires au microscope, il n'y trouva aucun élément figuré. Elles furent analysées par un chimiste

habile, M. Gobley, qui n'y rencontra ni hématine, ni aucun des éléments du sang.

Les vomissements persistèrent pendant cinq ou six mois sans qu'aucun des traitements conseillés par moi ou par d'autres médecins en aient diminué la fréquence. Un jour, en m'approchant du berceau de l'enfant, je fus frappé de l'odeur aigre, presque acétique de son haleine, et soupçonnant une relation entre cette anomalie des sécrétions digestives et les accidents gastriques, je prescrivis l'usage de l'eau de Vichy. On en mettait une grande cuillerée dans chaque potage et plusieurs fois par jour, l'enfant en prit une cuillerée à café mêlée avec de l'eau sucrée.

A partir du jour où ce traitement fut commencé, les vomissements cessèrent. On le continua après qu'une maladie grave de la nourrice eût forcé à supprimer l'allaitement. Six mois après qu'il avait été sevré, l'enfant avait dix-huit mois, sa mère crut pouvoir abandonner cette médication, et immédiatement les vomissements noirs, si longtemps interrompus, recommencèrent pour disparaître de nouveau quand je fis ajouter à chaque tasse de lait et à chaque potage une pincée de bicarbonate sodique. Le retour des accidents, après une suspension si prolongée, l'efficacité de la médication alcaline, confirmée par une double épreuve, démontraient que je ne m'étais pas trompé sur la cause prochaine de cette affection et sur les indications du traitement, en même temps que ces circonstances rendaient tout à fait invraisemblable l'existence d'une lésion de la muqueuse gastrique.

Pour revenir à l'histoire du cancer de l'estomac, dans beaucoup de cas l'évolution de cette affection peut être divisée en deux périodes : la période dyspeptique et la période cachectique.

Les symptômes de la première sont quelquefois confondus au début avec ceux de la dyspepsie arthritique qui d'ailleurs peut précéder le cancer (1) : appétit capricieux, flatulence, pesanteur et météorisme de

(1) M..., âgé de cinquante-neuf ans, marchand ambulante, ignore ses antécédents de famille ; il affirme n'avoir jamais commis d'excès alcooliques ; il est, par son métier, exposé à toutes les intempéries des saisons. Il y a vingt ans, il eut une maladie qui dura, dit-il, dix-huit mois, caractérisée par une diarrhée opiniâtre et de la tuméfaction du ventre. Il y a dix ans, il eut passagèrement une fluxion hémorrhoidale.

Depuis une quinzaine d'années, il sent dans l'épigastre une douleur que la pression n'augmente pas. Cet homme fait remonter à six mois l'origine de la maladie actuelle : pendant les trois premiers mois, il éprouva des coliques sans diarrhée, en même temps son appétit déclina ; il n'en continua pas moins à travailler. Il y a trois mois, il

l'estomac après les repas; rapports aigres, nidoreux ou simplement gazeux; éructations bruyantes, se répétant quelquefois pendant plusieurs heures après les repas et quelquefois surtout après le repas du soir.

A ces troubles fonctionnels s'ajoutent parfois des régurgitations de matières pituiteuses, tantôt insipides, tantôt acides, âcres, brûlantes, survenant pendant le travail de la digestion; d'autres fois, le matin à jeun, phénomène commun dans la gastrite chronique alcoolique, affection qui parfois précède et qui semble favoriser l'évolution du cancer.

Quelques malades accusent une saveur fétide, et l'odeur de leur haleine justifie quelquefois cette sensation.

En général, la soif accompagne le trouble de l'appétit, qui est habi-

s'aperçut que son ventre se tuméfiait. Depuis vingt-cinq jours, il a de très-fréquents vomissements, et en outre il rejette souvent par la bouche des pituites claires et insipides; depuis trois semaines, il a de la diarrhée, trois ou quatre selles liquides par jour.

Depuis le début de ces accidents, cet homme a considérablement maigri; il entre à l'Hôtel-Dieu au mois de novembre 1838; il était arrivé à un degré d'émaciation considérable et à une faiblesse très-grande, le sommeil était conservé; il ne pouvait manger ni pain ni viande sans vomir; l'appétit était nul, la soif était vive; la peau restait sèche, la langue était humide. Dans la région épigastrique on sentait une rénitence au niveau de laquelle le malade accusait une sensation douloureuse de brûlure. La succussion du ventre y faisait entendre un bruit de flot.

Les vomissements étaient devenus plus abondants depuis quelques jours, ils sont constitués par un liquide verdâtre au milieu duquel on distingue une matière épaisse, demi-solide, brunâtre.

Les jours suivants, la diarrhée persiste, les urines sont sédimenteuses; le malade s'affaïsse de plus en plus, sa voix s'éteint et devient rauque; il succombe peu de jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Autopsie. — L'estomac est dilaté, ses fibres musculaires sont hypertrophiées.

La région pylorique est occupée par un vaste ulcère qui a envahi toute la circonférence de l'organe et s'arrête brusquement au niveau du duodénum. La surface est frangée et entourée d'appendices en forme de crête, constitués par un tissu lardacé. La surface de l'excavation ulcéreuse est grisâtre, noire dans quelques points. Les parois sont dures, résistantes, et donnent sous le scalpel la sensation d'un fibro-cartilage. Cette lésion occupe toute l'épaisseur des parois du viscère, la texture propre des différentes couches membraneuses a disparu; on aperçoit quelques vaisseaux au milieu du tissu morbide; les ganglions lymphatiques qui entourent le duodénum sont le siège d'une dégénérescence cancéreuse; la surface péritonéale de l'estomac présente des saillies blanchâtres parcourues par des vaisseaux. Dans le lobule de Spigel et dans l'éminence porte antérieure, on trouve des tumeurs cancéreuses d'un blanc mat, un peu grisâtres, parcourues par des vaisseaux.

Les poumons sont sains, un peu emphysémateux.

tuellement affaibli ou perverti. Dans certains cas il persiste; il peut même être augmenté au début, et quelquefois l'ingestion des aliments soulage les douleurs gastriques.

Celles-ci n'ont rien de constant; dans beaucoup de cas, le malade n'accuse d'autres anomalies de la sensibilité que celles qui sont causées par l'indigestion et par le trouble des fonctions gastriques: ce sont des sensations de pesanteur et de gêne, une *barre* qui succède aux repas et retentit sur les organes respiratoires en y produisant un sentiment d'oppression.

Des phénomènes gastralgiques accompagnent le travail morbide et en sont une manifestation plus directe. Quelques malades éprouvent une sensation de brûlure ou de rongement, de térébration qui remonte quelquefois derrière le sternum ou retentit dans le dos. Plus rarement ils ressentent ces élancements, dont on a exagéré la valeur comme caractéristiques du cancer; et encore quand elles se montrent sous cette forme, doivent-elles être parfois attribuées à des névralgies intercostales concomitantes. Dans ce dernier cas elles augmentent par la pression, ce qui n'a pas toujours lieu pour les douleurs profondes.

Dans un cas où le malade n'accusait aucune douleur spontanée, j'ai constaté sur les côtés du rachis une sensibilité anormale au niveau de l'origine des nerfs intercostaux, sensibilité qui m'a paru être le rudiment d'une névralgie intercostale réflexe. Un de mes malades accusait une sensation douloureuse qui s'étendait du dos au coccyx. Un autre avait des crises de douleurs qui, partant du dos, venaient retentir dans l'épigastre et dans le sternum, duraient une à deux heures et se répétaient deux à trois fois par jour. Dans un certain nombre de cas, ces névralgies rachidiennes sont dues au développement de noyaux cancéreux dans la colonne vertébrale ou dans le canal rachidien.

Bientôt, et quelquefois dès le début, surviennent des nausées après les repas. Je les ai vues provoquées par la pression de l'épigastre. Elles sont les avant-coureurs des vomissements.

Ceux-ci, comme nous l'avons déjà dit, se montrent plus souvent et plus tôt quand la production morbide occupe un des orifices de l'estomac, ou, développée dans leur voisinage, gêne le passage des matières alimentaires. Ces vomissements succèdent presque immédiatement à l'ingestion des aliments quand la dégénérescence est située à l'orifice cardiaque.

Quand au contraire elle atteint le pylore, les matières ingérées s'accu-

mulent dans l'estomac, qui se dilate, peut acquérir des dimensions énormes et descendre jusqu'à la région pubienne; et, tous les deux ou trois jours, les malades rejettent une quantité considérable de pâte chymeuse, aigre ou fétide, dans laquelle on trouve parfois des débris d'aliments qui ont résisté à l'action gastrique et qui ont été ingérés trois ou quatre jours auparavant.

La percussion, quand l'estomac est vide, permet de mesurer l'espace qu'il occupe au son grave, amphorique, qu'il donne, et qui diffère du son plus aigu fourni par les intestins, au-devant desquels il s'étend parfois à la manière d'un vaste tablier.

La succussion de l'abdomen fait alors entendre un bruit de *flot* dont le siège fournit quelques données sur l'étendue du viscère. On peut la mesurer d'une manière plus exacte en faisant boire le malade après que l'estomac s'est vidé par le vomissement. Le stéthoscope appliqué sur le ventre fait entendre alors, après chaque mouvement de déglutition, des *glouglous* dont la limite inférieure indique celle du viscère.

Quand l'estomac dilaté contient une certaine quantité de liquides, on peut, en faisant coucher le malade alternativement sur l'un et l'autre côté, faire varier les rapports de la sonorité et de la matité. Celle-ci, due à l'accumulation des matières dans la région déclive, change avec la position du tronc.

Déjà dans cette période on perçoit souvent une rénitence dont la localisation peut déjà rendre la nature suspecte. Même quand elle est arrivée à un développement notable, la production morbide n'est pas toujours aisément accessible à la palpation. Son volume, son relief, son siège, l'épaisseur de la paroi abdominale, l'excitabilité des muscles de cette paroi rendront cette exploration plus ou moins facile. Quelquefois la contraction des fibres musculaires, provoquée par la sensibilité qu'éveillent ces investigations, la rend presque impossible. Le ventre supérieur du muscle droit du côté droit est particulièrement gênant pour le clinicien. Souvent il se contracte isolément et peut être pris pour une rénitence morbide par un observateur inexpérimenté. Il faut faire incliner en avant la poitrine soulevée par des oreillers; il faut faire fléchir les cuisses et détourner l'attention du malade qui, instinctivement, contracte ses muscles sous la main qui les presse; et l'on n'arrive pas toujours à en obtenir le relâchement.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'épaisseur de la paroi abdominale, la tympanite, la présence d'un épanchement séreux dans le péritoine peuvent encore opposer des obstacles à cette exploration.

Si dans beaucoup de cas la palpation atteint difficilement la production morbide, il en est d'autres où celle-ci est si saillante, où les téguments sont si flasques et si amincis que la tumeur soulève la peau. Elle peut être même appréciable à la vue; on la dirait sous-cutanée. Pour bien déterminer son véritable siège et ses rapports avec la paroi abdominale, il faut faire faire au malade des mouvements alternatifs d'extension et de flexion du tronc; on sent pendant les premiers les muscles droits se contracter au devant de la tumeur, et l'on acquiert ainsi la certitude qu'elle n'est pas aussi superficielle qu'elle le paraissait.

Quand on peut atteindre avec la main la production morbide, tantôt elle se présente sous forme d'une induration aplatie et diffuse à contours un peu indécis, tantôt elle forme une tumeur arrondie, légèrement mobile, surtout quand elle occupe la région pylorique.

Il n'est pas rare de constater d'autres indurations, au niveau du foie principalement. Les ganglions inguinaux sont quelquefois durs et tuméfiés, ce qui indique une dissémination du travail cancéreux et en général l'envahissement du péritoine pariétal.

Souvent les malades rapportent à la tumeur reconnue par le palper les sensations morbides qu'ils éprouvent. La pression peut être douloureuse; d'autres fois elle n'éveille aucune sensation anormale.

Les hématomés sont plus rares dans cette période que dans la suivante; quelquefois cependant elles peuvent ouvrir la scène, comme on voit quelquefois des hémoptysies être la première manifestation de la tuberculisation pulmonaire. En spoliant l'organisme dont la réparation est si difficile, elles précipitent le développement des phénomènes cachectiques.

En général, dans la première période du cancer de l'estomac, il y a de la constipation. J'ai souvent noté l'état sédimenteux des urines.

Bien avant que les altérations de nutrition aient atteint ce degré extrême qui caractérise la période cachectique, souvent des troubles généraux dénoncent la gravité du mal. Le malade se sent affaibli, il est triste, il est inquiet, il dort mal ou son sommeil est interrompu par des cauchemars, ou il est tourmenté pendant la nuit par des agitations périodiques. Quelquefois des douleurs rhumatoïdes se font sentir dans les membres, comme au début d'un grand nombre d'affections graves.

Il maigrit, il pâlit et prend une teinte anémique; l'œdème des membres inférieurs précède quelquefois de longtemps les autres signes de la cachexie. Il ne consiste souvent que dans une légère bouffissure préti-

biale et circum-malléolaire que le médecin constate avant que le malade en ait conscience, ou dans un gonflement des pieds à la fin de la journée (1).

(1) Le fait suivant nous montre l'apparition précoce de l'œdème dans un cancer du duodénum, bien que les parois gastriques n'aient pas été atteintes par la dégénérescence cancéreuse. Je rapporte ce fait pour montrer combien les symptômes observés dans ce cas se rapprochent de ceux qui accompagnent la lésion de la région pylorique de l'estomac; le voisinage, la continuité des deux organes, la connexité de leurs fonctions expliquent cette ressemblance.

Un homme de cinquante-deux ans, sellier, entra dans le service de Chomel le 11 décembre 1839. Sa santé, habituellement excellente, n'avait guère été troublée que par des affections vénériennes dont il parcourut le cercle complet : blennorrhagie, bubons, chancre, mais qui ne semblent pas avoir laissé de traces.

Depuis plusieurs années il était sujet à un flux hémorrhoidal qui revenait périodiquement tous les mois, accompagné du développement de tumeurs hémorrhoidales non douloureuses, et précédé de céphalalgie et de congestion de la face; depuis cinq mois ce flux avait cessé.

Cet homme affirme n'avoir pas fait abus des boissons alcooliques, et ses digestions étaient régulières. Il y a cinq mois, c'est-à-dire précisément à l'époque où le flux hémorrhoidal cessa, il s'aperçut que ses pieds étaient le siège d'une tuméfaction œdémateuse qui au bout d'un mois était montée jusqu'aux mollets. Depuis la même époque, ses forces avaient décliné et il avait de la peine à marcher; sous l'influence des frictions avec un topique dont il ignore la composition, cet œdème diminua momentanément pour reparaitre quand il suspendit l'emploi de cette médication.

Trois mois après le début de ces accidents, l'œdème avait gagné le haut des cuisses; à cette époque, il remarqua que son ventre se tuméfiait, et en même temps il sentit des douleurs dans la région ombilicale: l'appétit déclina, il maigrissait, il avait souvent des nausées, et plusieurs fois il eut des vomissements.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, nous constatâmes qu'il avait le teint jaune, les membres inférieurs œdématisés, la langue était humide, l'appétit avait beaucoup diminué, mais il n'était pas aboli; les fonctions de l'intestin s'accomplissaient d'une manière régulière.

L'abdomen était le siège d'un épanchement ascitique, il était volumineux, météorisé, tendu; il y avait sur les côtés, à droite surtout, une matité qui se déplaçait suivant la position du malade.

Dans la région hypocondriaque, on sentait une résistance obscure, mal circonscrite; la pression éveillait une sensibilité anormale, les secousses imprimées au tronc y produisaient un bruit de succussion. Il y avait de la constipation, les évacuations étaient solides, peu colorées, on n'observait pas sur le ventre de veines dilatées.

Les urines n'étaient pas albumineuses, la soif était modérée, le sommeil était bon.

Pendant le séjour d'un mois qu'il fit à l'hôpital, les troubles digestifs s'accrochèrent de plus en plus: les vomissements revinrent plus souvent sans être quotidiens. Il avait de très-fréquents rapports, et des douleurs ombilicales et hypogastriques; les premières, dans les derniers jours, prirent le caractère lancinant; l'œdème cependant diminua, mais la perte d'appétit, l'amaigrissement, la faiblesse firent des progrès incessants.

J'ai vu chez plusieurs malades les premiers symptômes de l'affection cancéreuse précédés d'hémorrhagies par le nez, par l'utérus, par le mamelon chez une dame qui eut des tumeurs carcinomateuses multiples. Je signale en passant, sans lui donner une signification spéciale, ce phénomène qui peut précéder d'ailleurs d'autres évolutions diathésiques; ces hémorrhagies sont peut-être une manifestation de cette

sants. Les selles, rares et solides, furent une fois toutes noires, dans les derniers jours elles devinrent liquides; les vomissements cessèrent, le ventre devint peu sensible à la pression, le pouls s'affaiblit de plus en plus, et le malade succomba.

Autopsie. — L'épiploon est très-court, et l'arc du côlon est très-petit; l'estomac, énormément dilaté, descend jusqu'au pubis et couvre presque toute l'étendue de la cavité abdominale.

Le duodénum offre à sa partie supérieure une dilatation telle qu'au premier abord on la prendrait pour une portion de l'estomac. A sa partie supérieure, cette ampoule mesure environ 11 centimètres de circonférence, tandis qu'au-dessous on n'en trouve plus que 4. Au niveau de cette dilatation, on trouve dans la cavité de l'intestin une tumeur à surface blanchâtre, inégale, mamelonnée, présentant comme des circonvolutions, d'une consistance lardacée, sans vaisseaux bien apparents; cette tumeur a dans certains points 14 à 16 millimètres d'épaisseur, dans d'autres elle n'en a que 4 à 7.

Elle est située à 8 centimètres environ de l'orifice pylorique; entre cet orifice et la production morbide, les valvules conniventes sont complètement effacées.

La surface de la muqueuse duodénale offre une teinte noire qui s'enlève par le grattage. Vers sa partie moyenne, dans l'étendue de 2 centimètres 1/2, existent des saillies blanchâtres en forme de champignons, qui offrent une dureté squirrheuse et crient sous le scalpel; elles reparassent dans le voisinage de la région pylorique, et la limite de cette altération n'est pas nettement tranchée.

L'ouverture pylorique est considérablement dilatée, et a 13 centimètres 1/2 de circonférence. L'estomac a 38 centimètres de diamètre vertical. Sur la surface interne, lisse et pâle, se dessinent les saillies des fibres musculaires, et quelques rares arborisations vasculaires; la membrane muqueuse est plus molle dans le grand cul-de-sac que dans le petit cul-de-sac, et la paroi gastrique est amincie.

Le canal cholédoque a une épaisseur double de celle qu'il présente dans l'état normal, et vient s'ouvrir au sommet d'un mamelon blanchâtre, plus volumineux que la saillie normale qui correspond à l'ampoule de Vater, mais qui ne semble pas cependant d'une manière bien évidente participer à la dégénérescence des parties voisines.

A l'entrée du jéjunum est un noyau cancéreux semblable à ceux que nous avons décrits dans le duodénum; tout l'intestin offre une teinte noirâtre plus foncée vers la partie supérieure, qui diminue par le lavage, et disparaît quand on le racle avec le dos d'un scalpel. L'iléon est grisâtre, et rétréci dans un point sans altération appréciable de son tissu.

Le foie offre un volume peu considérable et une coloration d'un brun pâle; dans son intérieur, les conduits biliaires sont dilatés et épaissis, ils se distinguent par une coloration jaunâtre entourée d'un cercle verdâtre; ces circonstances permettent de suppo-