

disposition congestive qui accompagne si souvent les formations morbides.

Dans la période cachectique tous les troubles nutritifs s'exagèrent, l'amaigrissement et l'anémie ont fait des progrès considérables et augmentent chaque jour. Les vomissements sont plus constants, plus incoercibles, quelquefois même ils ne commencent qu'à cette époque; ils renferment souvent des matières noires. Chez quelques malades tout essai d'alimentation solide, ou même toute ingestion de liquide les provoque; d'autres fois ils semblent s'éloigner; mais ils sont plus abondants: ce qui est dû, selon la remarque de Trousseau, à ce que l'estomac dilaté peut contenir une plus grande quantité de substances ingérées, quand son excitabilité n'est pas telle qu'il les rejette au dehors immédiatement après les avoir reçus.

L'inappétence peut aller jusqu'à l'horreur des aliments. Plus rarement les malades sont tourmentés par la faim, mais ils n'osent la satisfaire, tant sont pénibles les souffrances provoquées par l'ingestion des aliments, tant ils redoutent les vomissements devenus presque inévi-

ser que le cours de la bile a été gêné par quelque obstacle dans les conduits excréteurs, probablement par la tuméfaction de l'ampoule terminale.

La vésicule du fiel renferme une bile épaisse, jaunâtre; le tissu du foie est mou.

Le poumon droit est tapissé d'un mince exsudat qu'on enlève par le raclage; sa face inférieure est recouverte d'une fausse membrane. Le lobe supérieur renferme des tubercules entourés d'une matière noire très-abondante, des granulations existent à la surface de la plèvre. On trouve quelques tubercules moins nombreux dans le poumon gauche, dont la base est le siège d'un engouement séreux. Cette tumeur duodénale, d'après ses caractères extérieurs, me paraît être un épithélioma. A l'époque où cette observation a été recueillie, le microscope, bien qu'il fût déjà d'un usage habituel, n'avait pas encore déterminé les éléments histologiques des tissus normaux et morbides. Mais la description qui précède me paraît se rapporter aux productions épithéliales.

Pendant les deux premiers mois, le travail morbide ne se révèle guère que par des troubles généraux de la nutrition, de l'amaigrissement, de la diminution des forces et de l'œdème; cependant le malade accuse des douleurs circum-ombilicales; au bout de deux mois surviennent les troubles fonctionnels qui accompagnent ordinairement le cancer de l'estomac; et, en effet, la partie malade du duodénum, énormément dilatée, fait partie de l'estomac; la barrière qui les séparait n'existe plus, l'anneau pylorique est effacé, et c'est probablement depuis cette fusion que les symptômes gastriques se sont développés.

A la fin de la maladie, les vomissements deviennent rares en même temps que se déclare une diarrhée qui indique probablement la période ulcérate. Il est vrai que, comme le fait remarquer Trousseau, quand l'estomac est très-dilaté, les vomissements deviennent plus rares, mais en même temps ils sont plus abondants; chez notre malade, ils ont complètement manqué dans les derniers jours de la vie.

tables. Quelquefois même ils craignent de boire, quoique presque tous éprouvent une soif ardente. Ils sont dans un état de nausée constante, que le moindre mouvement exagère; ils se condamnent à l'immobilité et à l'abstinence, trompant leur soif en avalant quelques morceaux de glace. L'émaciation alors est rapidement portée à un degré extrême: leur facies prend le caractère hippocratique, quand une bouffissure œdémateuse ne vient pas lui donner un embonpoint mensonger; ils périssent d'inanition.

C'est pendant cette période que la surface cutanée, jusque-là blafarde, anémique, commence à prendre une teinte jaune paille qui, bientôt plus accentuée, devient comme la livrée du cancer. C'est une couleur mate, terne, *circuse*, qui n'a pas les reflets verdâtres de l'ictère, ni la pâleur de la pyogénie. En même temps la peau est habituellement sèche, flasque; elle donne aux doigts la sensation d'un morceau de parchemin ramolli; elle semble inerte; elle n'a ni la couleur, ni la consistance, ni l'élasticité active d'un tissu vivant. Comme dans tous les cas d'amaigrissement rapide, l'épiderme peut se desquamer. C'est dans les téguments de l'abdomen que ces modifications sont le plus appréciables.

Un de mes malades accusait une sueur visqueuse, limitée à l'abdomen, phénomène que nous avons déjà eu l'occasion de signaler dans la péri-tonite tuberculeuse.

Presque toujours alors survient de l'œdème, s'il ne s'était pas déjà montré dans la période précédente. Il occupe les membres inférieurs, et même les téguments du tronc; plus tard il peut s'étendre encore plus loin, en se portant sur toutes les parties déclives, et variant de siège avec le décubitus des malades.

Cet œdème est en général peu prononcé; il n'en est pas de même de celui qui accompagne les phlébites ou les thromboses veineuses, complication qu'on peut observer dans toutes les cachexies, mais qui est plus commune dans la cachexie cancéreuse, donnant lieu à une variété de *phlegmatia alba*, qui, selon la remarque de Trousseau, peut devenir un élément, ou du moins une présomption du diagnostic.

A la constipation de la première période succède la diarrhée, qui accompagne habituellement l'ulcération de la production cancéreuse.

C'est dans cette période surtout que les malades éprouvent des agitations périodiques, accompagnées parfois d'excitation circulatoire, habituellement sans chaleur notable, presque toujours sans sueurs. C'est la fièvre hectique des cancéreux, qui ne présente ni la thermalité, ni les transpirations qu'on observe dans les fièvres hectiques pyogéniques ou



tuberculeuses. Quelques malades cependant accusent exceptionnellement des frissons suivis de chaleur et de sueurs.

Quelques-uns se plaignent de crampes et de refroidissement des extrémités.

L'état poisseux de la langue, son injection relative qui tranche sur la couleur des tissus voisins, son aspect vernissé, la fétidité acide de l'haleine, indiquent, quand on les observe, l'imminence du muguet, dont le développement parasitaire accompagne si souvent les altérations profondes de la nutrition ; il se répand sur la muqueuse buccale et pharyngienne, peut descendre dans les voies digestives, et ajoute aux tortures des malades.

Ceux-ci succombent rarement à la consommation gastrique sans que quelque complication ultime vienne ajouter son choc aux altérations destructives qui minaient lentement l'organisme : très-souvent des épanchements pleuraux, des congestions pulmonaires insidieuses, annoncent et précipitent le dénoûment.

D'autres fois le travail diathésique se généralise ; il attaque d'autres organes, il jette ses produits sur un grand nombre de points et détermine par ces atteintes multipliées des troubles fonctionnels complexes qui concourent à l'épuisement de la vie.

Le foie est souvent envahi en même temps que l'estomac.

Quand les productions cancéreuses font saillie dans le péritoine, elles peuvent y produire une irritation sécrétoire qui donne lieu à une ascite. La compression de la veine porte par la tumeur en est une cause plus certaine ; enfin une péritonite cancéreuse (1) peut compliquer la dégénérescence de l'estomac et être accompagnée d'un épanchement dans la cavité séreuse.

La lenteur du processus ulcératif dans les tissus dégénérés produit ordinairement dans le péritoine qui les recouvre une inflammation adhésive qui prévient le plus souvent une perforation. Les organes voisins adhèrent à la partie malade et lui forment paroi. La dégénérescence et l'ulcération peuvent les envahir à leur tour.

C'est ainsi qu'on a vu l'estomac communiquer avec le côlon ou avec la vésicule du fiel.

D'autres fois c'est avec la paroi antérieure de l'abdomen qu'il contracte des adhérences ; celle-ci est atteinte par le travail ulcératif, qui donne

(1) D'après des recherches récentes, cette péritonite cancéreuse peut être consécutive à une lymphangite de même nature.

lieu à un phlegmon diffus et consécutivement à une fistule gastrique, si le malade ne succombe pas immédiatement à ces redoutables complications. Elles sont plus communes, je crois, avec l'ulcère simple de l'estomac, par cela même que l'état constitutionnel étant bien moins profondément altéré, le malade peut résister plus longtemps aux progrès de l'affection locale.

L'évolution du cancer de l'estomac peut être relativement rapide et amener la mort en quelques mois. Elle peut durer plusieurs années ; mais il est très-rare qu'elle se prolonge autant. Le siège de la lésion, son étendue, sa forme, l'état antérieur de l'organisme, le nombre et la nature des complications influent nécessairement sur sa durée.

*Diagnostic.* — En exposant les symptômes du carcinome gastrique, nous avons posé les bases du diagnostic ; nous n'y reviendrons que pour indiquer les signes à l'aide desquels on peut distinguer cette affection de celles qui offrent avec elle quelque analogie par les troubles fonctionnels qui les manifestent.

On ne confondra pas les vomissements du cancer avec les vomissements nerveux et hystériques, bien que ces derniers puissent quelquefois prendre la forme d'hématémèses. Les troubles d'innervation qui les précèdent et les accompagnent, les altérations de nutrition bien moins accentuées et n'allant jamais au delà de l'anémie, l'intermittence des phénomènes morbides, l'influence des causes morales sur le retour des accidents, l'absence de tumeur, les signes caractéristiques de l'hystérie, éclaireront le diagnostic.

Les vomissements urémiques peuvent être accompagnés d'un état cachectique, de régurgitations pituiteuses. Bien qu'on n'y ait pas signalé la présence de sang ou de matières noires, elle ne serait pas impossible, puisqu'on observe quelquefois dans ce cas des ulcérations de l'estomac ; mais la présence de l'albumine dans les urines, l'absence de tumeur, avec un estomac plutôt contracté que dilaté, distingueront la cachexie urémique de la cachexie cancéreuse.

C'est avec l'ulcère simple de l'estomac qu'on a le plus souvent confondu le cancer.

Dans les deux cas on observe, en effet, des vomissements répétés, opiniâtres, de substances alimentaires, de bile, de sang ou de matières noires.

Dans les deux cas il y a des régurgitations de pituites quelquefois âcres et brûlantes.



L'absence de tumeur, l'absence de coloration jaune-paille de la peau, d'œdème des membres inférieurs et des autres signes de la cachexie cancéreuse, jointes à l'âge des malades et aux conditions constitutionnelles au milieu desquelles la maladie s'est développée, donneront les principaux signes à l'aide desquels on distinguera l'ulcère simple.

Les hématomés dans celui-ci peuvent se montrer plus près du début ; elles y sont en général plus abondantes et plus répétées. Les douleurs sont habituellement plus vives : térébrantes, lancinantes, souvent exaspérées par la pression, par la station verticale, surtout si le malade redresse le tronc, ce qui le force à se plier et à s'infléchir en avant. Elles peuvent, comme les douleurs du cancer, être compliquées de névralgie intercostale et de sensibilité à la pression vers l'origine des nerfs intercostaux. J'ai constaté cette névralgie des deux côtés des dernières vertèbres dorsales, aussi bien dans le cancer de l'estomac que dans l'ulcère simple.

Cependant les douleurs, la sensibilité à la pression, l'hématémèse, les vomissements même, peuvent manquer dans cette dernière affection.

Mon regrettable ami le docteur Cathcart-Lees, de Dublin, a rapporté dans le *Dublin Quarterly Review* plusieurs observations très-intéressantes dans lesquelles le travail ulcératif ne s'était manifesté que par un peu de dyspepsie, par de l'inappétence, par un sentiment de plénitude après les repas, chez une de ses malades, par une sensation douloureuse derrière le sternum, jusqu'au moment où l'explosion d'une péritonite dénonça une perforation. Deux de ses malades étaient notablement soulagées par la pression ; une d'elles restait couchée sur le ventre pour obtenir un peu d'allègement à ses souffrances. L'autopsie donna l'explication de cette circonstance : dans ces deux cas le foie avait contracté avec l'estomac des adhérences et lui faisait paroi au niveau de l'ulcère qui l'avait perforé. Ces adhérences s'étaient déchirées partiellement et les matières contenues dans l'estomac pouvaient s'épancher dans le péritoine. La pression empêchait momentanément cette funeste conséquence de la déchirure, en appliquant exactement l'un contre l'autre les deux viscères.

Les perforations dans le péritoine peuvent être une des terminaisons du cancer ; mais elles sont beaucoup plus communes dans les ulcères simples, par le motif que nous avons indiqué plus haut.

Dans un grand nombre d'affections chroniques de l'estomac on observe des régurgitations pituiteuses, âcres ou insipides ; mais tandis que dans

les maladies ulcéreuses elles peuvent revenir à toute heure, et surtout après les repas, dans la gastrite alcoolique elles ne surviennent guère que le matin à jeun.

Je ne m'étendrai pas sur les formes anatomiques du carcinome gastrique. Une des plus communes, la plus rapide dans son développement, est l'encéphaloïde. C'est celle qui donne le plus souvent lieu à des hémorragies, qui jette le plus souvent ses invasions dans d'autres organes, qui arrive le plus rapidement à la période cachectique et forme les tumeurs les plus volumineuses. Aussi, à ces caractères, est-il permis quelquefois de présumer la nature encéphaloïde d'une tumeur cancéreuse ; ce qui sans doute ne modifie pas beaucoup le traitement, mais ce qui n'est pas sans intérêt au point de vue du pronostic (1).

Le squirre est également très-commun, plus commun peut-être encore ; il est plus lent dans son évolution, moins expansif, moins disposé à se généraliser, moins hémorrhagipare.

(1) Si tels sont les caractères habituels de l'encéphaloïde gastrique, ils ne sont pas constants ; dans l'observation suivante, nous verrons un malade chez lequel existait une dégénérescence encéphaloïde très-étendue de la muqueuse gastrique. Cette membrane paraissait même détruite dans certains points, et cependant il n'y a jamais eu ni évacuations ni vomissements mélaniques, ou du moins ils ont échappés à l'observation du malade.

Les vomissements n'ont commencé que quelques mois avant la mort. Il est probable, cependant, que le travail de dégénérescence avait débuté avec les douleurs et les régurgitations pituiteuses. Il y a toujours deux facteurs dans les troubles fonctionnels qui accompagnent les altérations organiques : la lésion et le mode de sensibilité ou d'excitabilité des tissus qui en sont atteints.

A..., cocher, âgé de soixante ans, est à Paris depuis vingt ans. Il est grand et maigre ; comme tous les gens de son métier, il buvait assez largement, sans jamais cependant s'enivrer. A ses goûts hachiques il associait l'habitude de fumer et de chiquer. Néanmoins jusqu'à il y a un an, il s'était toujours bien porté.

Depuis cette époque il éprouvait des douleurs abdominales qui ne l'avaient pas empêché pendant neuf mois de continuer son travail. Ces douleurs revenaient surtout après les repas. Et pourtant, quand elles se faisaient sentir en dehors des repas, en mangeant un peu il se trouvait soulagé. Son appétit n'avait pas diminué, quoiqu'il eût quelquefois la bouche mauvaise et qu'il rejetât des pituites abondantes ; parfois aussi il avait des hoquets.

Il n'avait pas de céphalalgie et n'était pas constipé. Son sommeil n'était pas troublé quand il ne souffrait pas.

Depuis un an cet homme avait considérablement maigri, et il avait senti ses forces décliner. Depuis trois mois il a été forcé d'interrompre son travail. Depuis lors il avait des vomissements qui, d'abord, ne revenaient que tous les deux ou trois jours, et depuis quelque temps se répétaient tous les jours. Ils étaient très-abondants ; les aliments