

intestins. On ne rencontre guère dans l'œsophage que le squirrhe ou l'encéphaloïde. L'altération n'occupe peut-être jamais la muqueuse isolément, ainsi que cela a quelquefois lieu pour l'estomac; mais toujours les tissus subjacents, le tissu cellulaire sous-muqueux surtout, sont le siège spécial, quelquefois unique de la production morbide. En général, le cancer n'envahit l'organe que dans une étendue de 6 à 9 centimètres; tantôt il n'y a qu'un seul côté qui soit atteint, le plus souvent pourtant tout le pourtour de l'organe est envahi: les deux extrémités du conduit sont les deux points qui sont le plus fréquemment affectés. L'œsophage est toujours rétréci, quelquefois même oblitéré au niveau de la dégénérescence cancéreuse. La partie de l'organe située au-dessus de l'altération est agrandie, dilatée, tandis que celle placée au-dessous est revenue sur elle-même: cependant ces changements dans les dimensions de l'œsophage n'ont pas lieu constamment. Lorsque le cancer est ramolli, ulcéré, on peut trouver des communications anormales entre l'œsophage et les organes voisins, notamment avec la trachée, les bronches, les poumons et le tissu cellulaire des médiastins. Enfin, les ganglions bronchiques et cervicaux sont fréquemment engorgés, volumineux et transformés en squirrhe ou en encéphaloïde.

**Symptômes. Marche.** — Le cancer ayant pour effet constant de rétrécir l'œsophage, on observe tous les troubles locaux que nous avons décrits en traitant, dans la classe précédente, des rétrécissements de ce conduit (p. 344). Lorsque le rétrécissement tient à une production cancéreuse, on observe en outre dès le début de l'amaigrissement et du dépérissement avant même que la dysphagie soit portée à un degré considérable. Des mucosités filantes et sécrétées constamment à la surface des parties malades sont rejetées avec effort, ce qui est une cause incessante de souffrance et d'anxiété; cet effet n'a guère lieu dans les rétrécissements non cancéreux, qu'ils soient produits par une œsophagite chronique ou par la compression d'une tumeur extérieure. Les mucosités dont je parle sont d'abord blanches, tout à fait albumineuses; mais à une époque avancée de la maladie elles sont mêlées à du sang, à du pus, et quelquefois à du débris cancéreux. Inodores au début, elle peuvent acquérir plus tard une odeur fétide. Je ne parle pas des douleurs lancinantes, qui manquent le plus souvent; du moins la plupart des malades n'accusent qu'une douleur sourde dans le dos ou derrière le sternum, et qui s'exaspère par le passage des aliments, par les éructations et les efforts: quelques-uns ont une sensation de chaleur, de brûlure, mais rarement ce sont de véritables douleurs lancinantes. Nous avons vu dans un cas les douleurs produites par un cancer de la partie moyenne de l'œsophage s'irradier de la colonne vertébrale dans tout le côté droit de la poitrine, en suivant le trajet des nerfs intercostaux. Lorsque, par les progrès de la maladie, une communication s'établit avec la trachée, il en résulte une toux convulsive et des accès de suffocation, toutes les fois que les malades avalent un liquide.

La mort est la terminaison constante de la maladie. Celle-ci arrive après une durée moyenne de treize mois, tantôt par les progrès de la cachexie cancéreuse, plus souvent par inanition, ou bien par suite de quelque complication, ou bien encore en raison de l'extension de la maladie et de la communication qui s'établit entre l'œsophage et quelques-uns des organes voisins, notamment avec les poumons et avec la cavité des plèvres, etc.

**Traitement.** — Son traitement nous paraît devoir être entièrement palliatif. On pourra conseiller la dilatation au début seulement; mais il serait imprudent de la faire quand le cancer est ramolli, car on a vu plusieurs fois alors des perforations s'opérer et entraîner des accidents rapidement mortels (voyez

précédemment, page 346). On cherchera à prolonger la vie par des lavements de bouillon bien dégraissé et privé de sel, afin de ne pas exciter les selles. Mais, quelques précautions qu'on prenne, cette ressource est très-précaire.

#### Du cancer de l'estomac.

L'estomac est un des organes de l'économie qui est le plus souvent atteint de dégénérescence cancéreuse (1).

**Historique.** — Le cancer de l'estomac, vaguement indiqué par les anciens, commença à être décrit vers le commencement du XVI<sup>e</sup> siècle. Depuis lors, un grand nombre d'auteurs publièrent quelques observations sur cette grave maladie, mais les faits les plus complets ont été réunis et rapportés par Morgagni dans plusieurs de ses lettres, notamment dans les 29<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup>, 35<sup>e</sup>, etc. Les travaux de l'école de Paris ont, depuis le commencement du siècle, beaucoup perfectionné l'histoire du cancer de l'estomac, tant sous le rapport anatomique que sous le rapport symptomatique. Nous mentionnerons ici la monographie de Chardel, ouvrage qui n'est pas sans mérite; les recherches de Bayle et Cayol, insérées dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*; celles de M. Louis, publiées dans la collection de ses mémoires; celles de M. Andral, dont les idées sont exposées dans sa *Clinique* et dans son *Anatomie pathologique*; enfin, nous citerons d'une manière honorable le traité publié par Prus en 1828.

**Anatomie pathologique.** — Toutes les formes de l'affection cancéreuse peuvent se rencontrer dans l'estomac. Cet organe peut être envahi dans toute son étendue; mais le plus communément l'altération est limitée à une portion du viscère. Les parties qui sont le plus fréquemment affectées sont, par ordre de fréquence, le pylore, la petite courbure, le voisinage du cardia, la grande courbure, les faces antérieure et postérieure, enfin la région splénique.

La dégénérescence envahit communément toute l'épaisseur de la paroi stomacale, ou du moins plusieurs de ses éléments anatomiques; dans quelques cas pourtant, l'altération peut n'occuper qu'un seul des tissus. Ainsi on voit quelquefois la muqueuse seule être affectée; on trouve alors la face interne de l'estomac hérissée de végétations fongueuses, bleuâtres ou rougeâtres, friables, dont les unes ont une base large, les autres sont pédiculées; leur volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'au volume d'une noix; il peut en exister un grand nombre, d'autres fois on n'en trouve qu'une. Elle peut naître alors dans le canal pylorique ou sur les bords mêmes de la valvule, et avoir produit dans ce cas tous les accidents qu'entraînent les rétrécissements organiques de cette portion de l'estomac. Il est fort remarquable que la membrane muqueuse, au niveau même de la végétation, ait généralement conservé son épaisseur et sa consistance; c'est ce que j'ai presque toujours constaté.

Le tissu cellulaire sous-muqueux et celui qui sépare les fibres de la tunique musculieuse peuvent également s'affecter isolément; ce cas même n'est pas rare. Au début, le tissu cellulaire peut être simplement hypertrophié, mais tôt ou tard il devient le siège d'une transformation nouvelle et présente tous les ca-

(1) Tanchon a trouvé que sur 9118 cancers, dont 3425 viscéraux, il y en avait 2203 qui appartenaient à l'estomac. D'où il suit que l'estomac aurait fourni environ le quart du nombre total des cancers et les deux tiers des cancers viscéraux. (*Journal de Malgaigne*, 1843.) Cette statistique n'est peut-être pas très-rigoureuse.

ractères du squirrhé : il a alors de 5 à 14 millimètres d'épaisseur ; il est blanc, grisâtre ou jaunâtre ; il est dur, cassant.

La tunique musculieuse peut ne pas être envahie et conserver son aspect ; mais quelquefois on n'en trouve plus de vestige, soit qu'elle ait participé à la dégénérescence, soit qu'elle ait été simplement atrophiée. Cependant, dans la plupart des cas, la couche musculieuse est, au contraire, plus visible et manifestement hypertrophiée ; elle peut, en effet, acquérir plus de 3 centimètres d'épaisseur. Cette lésion a été signalée et supérieurement décrite pour la première fois par M. Louis. L'hypertrophie dont je parle s'étend en général au delà du cancer ; elle s'explique, en partie du moins, par la rétention des matières alimentaires, et par les efforts que leur expulsion nécessite.

Lorsque les tuniques celluleuse et musculieuse sont simultanément affectées, la paroi correspondante de l'estomac a acquis une épaisseur considérable ; quand on l'incise, on trouve successivement, ainsi que M. Louis l'a indiqué, une couleur d'un blanc grisâtre, puis d'un blanc laiteux, puis bleuâtre, avec un reflet brillant et demi-transparent, enfin une teinte blanc laiteux. Ces différentes colorations répondent à autant de tissus, savoir : à la membrane muqueuse, au tissu cellulaire sous-muqueux, à la tunique musculieuse, et enfin au tissu cellulaire interposé entre elle et le péritoine ; c'est ce dont il est facile de se convaincre par une dissection attentive. La tunique musculieuse, qui est si remarquable ici par sa couleur et par son épaisseur, est traversée par des cloisons celluleuses qui se continuent avec le tissu cellulaire sous-péritonéal. La membrane muqueuse, le plus souvent ulcérée au niveau du cancer, peut cependant ne présenter aucune solution de continuité, mais elle est considérablement épaissie ; elle est grisâtre, adhérente au tissu sous-muqueux, parfois rouge, violacée, ramollie, ou plus ou moins mamelonnée ; dans quelques cas pourtant, elle est tout à fait intacte.

De toutes les tuniques de l'estomac, la séreuse est celle qui est le plus rarement affectée ; cependant, ainsi que M. Louis l'a encore constaté, il semble parfois qu'au niveau de l'altération le péritoine soit devenu plus cassant, plus friable, sans pourtant qu'il ait augmenté d'épaisseur. Dans tous les cas, la tunique séreuse n'est jamais affectée primitivement ; peut-être en est-il de même de la tunique musculaire.

On recherche rarement dans quel état se trouvent les autres éléments anatomiques de l'estomac ; nous dirons pourtant que, dans quelques cas fort rares, on a trouvé une hypertrophie d'un ou de plusieurs cordons nerveux du pneumogastrique et une phlébite de quelques ramifications veineuses. Les ganglions lymphatiques, situés le long des courbures de l'estomac, sont généralement sains ; ceux du mésentère et de l'épiploon gastro-hépatique sont quelquefois engorgés et participent à la dégénérescence. La matière cancéreuse existe parfois aussi dans plusieurs des veines abdominales ; on en a rencontré jusque dans la veine porte. Enfin il n'est pas rare de trouver en même temps des masses encéphaloïdes dans un ou plusieurs viscères, et surtout fréquemment dans le foie.

Nous avons déjà dit que toutes les formes du cancer pouvaient se rencontrer dans l'estomac ; ainsi le squirrhé et l'encéphaloïde y sont très-communs ; quelquefois la tumeur est constituée par la matière colloïde, ou bien ce sont des végétations fongueuses, nées sur la membrane muqueuse à peine altérée ; fréquemment enfin on trouve des ulcères carcinomateux. Ceux-ci se forment tantôt primitivement, tantôt ils succèdent au ramollissement des tissus squirrhéux et encéphaloïde : c'est ce qui a presque constamment lieu. Dans quel-

ques cas rares pourtant, l'ulcère a pour point de départ une gangrène partielle des parois de l'estomac, ainsi que j'ai eu occasion de le constater une fois. Dans ces conditions diverses, l'ulcère cancéreux, plus ou moins large, a des bords indurés, inégaux, renversés, fongueux ; sa surface est dure, inégale ou couverte de chairs fongueuses que la gangrène peut atteindre, ainsi que cela a lieu, mais bien moins souvent pourtant que pour les ulcères carcinomateux des parties extérieures. Il arrive plus fréquemment encore que l'ulcère, par ses progrès incessants, finit par détruire entièrement la paroi correspondante de l'estomac. Cependant, comme dans ces cas le travail ulcératif a marché lentement, des adhérences solides ont presque toujours eu le temps de s'établir entre les deux feuillets opposés du péritoine : aussi l'estomac adhère-t-il alors à quelques-uns des viscères voisins ; ceux-ci forment le fond de l'ulcération et remplacent la paroi détruite. C'est ainsi que la perforation peut être bouchée par le foie, par la rate, par le pancréas, par le colon transverse, ou bien par la paroi abdominale ou par le diaphragme, et même par le corps des vertèbres. Souvent le cancer, continuant ses ravages, finit par envahir la paroi supplémentaire elle-même ; dans ces cas, on trouve la rate et le foie profondément excavés ; chez d'autres, l'estomac communique avec le gros intestin, avec le péricarde, avec la plèvre et le poumon gauche, ou bien avec l'extérieur à travers la paroi abdominale.

Le cancer imprime ordinairement à l'estomac des changements de capacité, de direction et de forme qui varient suivant le siège de l'altération. Lorsque le cancer occupe le cardia et le corps de l'organe, le volume de l'estomac est beaucoup moindre ; car, dans le premier cas, les aliments et les boissons ne peuvent arriver qu'en petite quantité, et, dans le second, les parois ne se prêtent plus à l'extension. Si l'altération siège au pylore, et si cet orifice est très-rétréci, les aliments et les boissons, ne pouvant le franchir et s'accumulant pendant quelque temps dans l'estomac avant d'être rejetés par le vomissement, finissent par développer le viscère à un point tel, qu'on a vu celui-ci envahir tout l'abdomen et descendre jusque dans l'excavation pelvienne. Le rétrécissement des deux orifices de l'estomac, qui devient la cause de changements si remarquables dans l'ampleur du viscère, peut être porté au point de permettre à peine l'introduction d'une plume de corbeau. Cependant il arrive quelquefois que le rétrécissement, après avoir été excessif, diminue ; l'orifice peut reprendre, en effet, ses dimensions premières, et en acquérir même de plus considérables par suite du ramollissement et de la destruction du tissu accidentel. C'est effet pourtant à très-rarement lieu, parce que les malades succombent avant qu'il ait eu le temps de se produire.

**Symptômes. Marche.** — Chez la plupart des individus, le début du cancer est des plus obscurs : une diminution de l'appétit, et surtout de la lenteur, ou bien une difficulté plus ou moins grande dans les digestions, sont les premiers troubles fonctionnels qui fixent l'attention. Bientôt les malades ont des aigreurs, du pyrosis pendant le travail digestif, quelques-uns vomissent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Ils rejettent tantôt des aliments plus ou moins digérés ; le plus souvent ce sont d'abord des matières glaireuses, qui quelquefois sont rejetées après le repas, et plus souvent dans leur intervalle, surtout le matin à jeun. Dans la plupart des cas les malades ne souffrent point, mais quelques-uns pourtant ont des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre.

Les troubles digestifs ont-ils à peine quelques semaines de durée que déjà les malades remarquent qu'ils ont maigri. C'est dans ces conditions qu'on voit quelquefois une hématomèse se produire ; on cite même des cas où cette hémor-

rhagie serait survenue en quelque sorte comme symptôme primitif, sans malaise antérieur, et au milieu de toutes les apparences de la santé; ce fait est des plus rares. Une fois commencés, les accidents ne rétrogradent guère; ils peuvent rester plus ou moins longtemps stationnaires; presque toujours, ils s'aggravent lentement. Les digestions sont de plus en plus pénibles, souvent douloureuses. Les souffrances, que les malades rapportent surtout à l'épigastre, ne consistent qu'en une pesanteur chez les uns; chez d'autres, c'est une sensation de brûlure, d'érosion, ou bien ce sont des élancements qui surviennent de temps en temps, et qui redoublent lorsque l'estomac est entièrement vide, ou bien pendant le travail de la digestion. La douleur est loin d'être un phénomène constant du cancer de l'estomac; ce symptôme manque en effet entièrement dans quelques cas, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on observe les douleurs lancinantes qu'on regarde très à tort comme étant presque nécessaires dans les affections cancéreuses. Au lieu d'occuper l'épigastre, j'ai vu maintes fois la douleur siéger dans le dos au niveau des dernières vertèbres dorsales; elle avait alors le caractère tébrant, et s'irradiait quelquefois en ceinture, suivant la direction des nerfs intercostaux.

Les vomissements, qui étaient assez rares au début de la maladie, et ne consistaient le plus souvent que dans le rejet d'une petite quantité de matières filantes qui se faisait le matin à jeun, sont maintenant plus fréquents; ils ont lieu communément quelque temps après le repas et contiennent une partie des aliments, qui sont alors plus ou moins altérés. Le plus souvent l'estomac rend tous les aliments presque sans distinction; mais, dans quelques cas, il en choisit quelques-uns qu'il rejette de préférence, tandis que les autres sont digérés. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ce ne sont pas toujours les aliments les plus indigestes qui sont vomis; par une bizarrerie plus singulière encore, on voit quelquefois l'estomac rejeter les aliments pris la veille, tandis que, parmi les matières vomies, on ne trouve aucune de celles qui ont été prises longtemps après. Les vomissements alimentaires, au lieu de se répéter tous les jours, n'ont lieu quelquefois qu'à d'assez longs intervalles; dans ce cas, l'estomac se vide, par une sorte de regorgement, de matières que l'on croyait digérées depuis longtemps: c'est ainsi qu'on voit des malades vomir des aliments qu'ils avaient mangés plusieurs jours et même plus d'une semaine auparavant; malgré un séjour aussi long dans l'estomac, la plupart sont encore parfaitement reconnaissables. Ces individus commencent donc par digérer les substances que leur estomac attaque le plus facilement; aussitôt qu'elles sont arrivées dans le duodénum, on voit les aliments réfractaires être rejetés. Ainsi que Bérard l'a noté (1), ces malades ressemblent un peu à ces oiseaux de proie qui ne se débarrassent des plumes et des poils qu'ils ont avalés que lorsque leur estomac a dissous tout ce qui est attaqué par le suc gastrique; ils renouvellent enfin l'expérience curieuse de Spallanzani, qui faisait conserver à un faucon dans son estomac une bille d'ivoire pendant vingt-deux jours en lui faisant avaler de la viande au moment où l'animal allait l'expulser. Quoi qu'il en soit de l'explication, disons en terminant que les matières vomies sont non-seulement des aliments, mais qu'il y a en outre de la bile jaune ou verte, ou un fluide brun ou noirâtre, quelquefois noir comme de l'encre; ou bien c'est une matière demi-solide qui, par son aspect, rappelle tout à fait la suie, le marc de café ou le chocolat mêlé à l'eau. Cette matière n'est autre que du sang qui a été exhalé dans l'estomac, où il a été bruni, noirci par les

(1) *Leçons de physiologie*, t. II, p. 247.

acides auxquels il s'est mêlé, et par un commencement de digestion qu'il a subi.

Dans le cancer de l'estomac la soif est variable, ordinairement elle est peu marquée et même nulle; il y a de l'anorexie; la langue est nette, humide; il existe presque toujours une constipation opiniâtre qui ne cède qu'à l'usage des lavements; ceux-ci, dans les cas où une exhalaison sanguine s'est faite dans l'estomac, entraînent des matières dures, ovillées et noirâtres.

En explorant la région épigastrique, souvent on ne découvre rien d'anormal ni à la vue ni au toucher: c'est ce qui a lieu surtout lorsque le cancer occupe le cardia ou la petite courbure; mais si l'altération envahit le pyllore, la grande courbure et la face antérieure ou supérieure de l'organe, on distingue presque toujours par le toucher une rénitence douloureuse, obscure d'abord, puis de plus en plus nette, et tôt ou tard une tumeur d'un volume variable, lisse ou inégale, plus ou moins mobile, entièrement mate à la percussion, et presque toujours douloureuse à la pression. Quand l'amaigrissement est considérable, cette tumeur peut former un certain relief; et lorsque l'estomac est envahi dans une grande étendue, ou quand l'altération occupe la grande courbure et la face supérieure, on voit se dessiner de gauche à droite une tumeur volumineuse qui représente exactement la forme de l'estomac, celle d'une cornemuse. J'ai rencontré plusieurs faits de ce genre. Souvent alors il arrive que cette tumeur, placée à cheval sur l'aorte, est fortement soulevée à chaque pulsation du vaisseau; celui-ci, comprimé d'ailleurs par la tumeur et probablement rétréci par elle, fait entendre à ce niveau un bruit de souffle qui, si l'on n'y prêtait attention, pourrait donner lieu à quelque erreur de diagnostic.

Nous avons vu que le cancer de l'estomac altère dès le début la constitution; les malades, en effet, maigrissent d'autant plus promptement qu'à l'influence exercée par la diathèse cancéreuse il se joint celle qui résulte de l'imperfection des digestions, lesquelles finissent même par ne plus se faire. Les malades alors dépérissent promptement; ils succombent presque toujours sans fièvre dans le dernier degré de marasme.

La maladie a une marche qui, presque toujours, est continue; sa durée varie depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années. La plupart des malades succombent au bout de quinze à dix-huit mois. On en a vu quelquefois qui ont traîné leur pénible existence pendant trois et quatre ans, tandis que chez d'autres la maladie a suivi une marche si rapide que la mort a eu lieu au bout de six semaines, et même de vingt-cinq ou de trente jours, ainsi que Dumas en a rapporté un exemple dans sa *Doctrine des maladies chroniques*. En général, le dépérissement est plus rapide et la mort plus prompte lorsque le cancer occupe le pyllore, et le cardia surtout, que lorsqu'il envahit la grande courbure ou l'une des surfaces de l'organe; car, dans ce dernier cas, les aliments pouvant arriver dans l'estomac et en sortir, la nutrition n'est pas entièrement entravée. Il est certaines circonstances qui accélèrent la terminaison funeste: ainsi quelques malades succombent par suite d'une hématoméose; nous en avons vu d'autres périr en peu de temps, parce qu'une communication s'était établie entre l'estomac et le colon transverse. La rapidité de la mort s'explique ici par la diarrhée colliquative qui s'établit, et surtout parce que les aliments sont rendus même avant d'avoir été chymifiés. La communication de l'estomac avec l'extérieur, avec le péritoine, la plèvre et les poumons, est encore une cause qui peut accélérer la terminaison funeste. Fréquemment aussi on voit dans les derniers temps les membres inférieurs s'infiltrer et un épanchement séreux se former dans le ventre: c'est ce qu'expliquent souvent et la compression des veines et

leur engorgement par de la matière cancéreuse, ainsi que nous l'avons précédemment établi.

**Diagnostic.** — Le cancer de l'estomac n'ayant pas de signe pathognomonique, ses symptômes étant très-variables, ne se groupant pas toujours entre eux de la même manière, plusieurs pouvant même manquer complètement, tous sans exception pouvant se rencontrer dans quelques autres affections, il s'ensuit que le diagnostic est quelquefois très-incertain. Néanmoins il est deux symptômes qui, sans être absolument pathognomoniques, ont cependant une valeur très-grande : je veux parler des *vomissements noirs*, et de la *tumeur épigastrique*.

Quoiqu'on ait vu de la matière noire, semblable à de la suie délayée ou à du marc de café, être rejetée dans le cours de quelques gastrites chroniques, surtout dans la gastrite chronique ulcéreuse si bien décrite par M. Cruveilhier; quoique plus rarement encore on ait constaté ces mêmes vomissements mélaniques dans le cours de maladies étrangères à l'estomac, comme dans certaines affections du foie, de la rate ou du péritoine, il n'est pas moins constant que ces faits sont relativement rares et ne sauraient empêcher de regarder les vomissements dont je parle comme un signe à peu près certain de cancer de l'estomac, lorsque surtout ils ont été précédés pendant un temps plus ou moins long, de difficulté dans les digestions, d'anorexie et d'un amaigrissement disproportionné avec les troubles gastriques.

La tumeur épigastrique n'a pas moins de valeur; toutefois c'est à tort qu'on la regarde généralement comme un signe certain du cancer. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que nulle autre cause ne pût produire de tumeur à l'épigastre. Or il n'en est rien; car, indépendamment des hernies de la ligne blanche, on rencontre encore des tumeurs formées par le foie, par la vésicule biliaire, par le pancréas et par des matières fécales accumulées dans le côlon transverse. Cependant avec un peu d'attention on parviendra à distinguer ces différentes sortes de tumeurs. Une hernie de la ligne blanche formée par l'estomac est petite, molle, sonore à la percussion, ordinairement réductible, et l'on peut sentir l'orifice qui lui a livré passage. Il est d'autant plus important de reconnaître la nature de cette tumeur qu'elle peut s'accompagner de troubles gastriques, surtout de vomissements opiniâtres et, par suite, d'un dépérissement tel, qu'on pourrait croire facilement à l'existence d'une lésion organique.

Une tumeur du foie se distingue d'une tumeur de l'estomac par son étendue, sa direction, et parce qu'elle est ordinairement circonscrite par un rebord saillant et tranchant qui n'est autre que le rebord même du foie. On conçoit aussi de quelle utilité peut être la percussion dans ce cas, en permettant de limiter exactement le foie et d'en dessiner la forme. Il en sera de même pour reconnaître une tumeur due à l'accumulation de calculs dans la vésicule biliaire; celle-ci, inégale et mate comme celle que formerait le pylore induré, est située plus à droite; elle est peu ou point mobile, elle est indolore, et ne produit communément aucun trouble fonctionnel.

La tumeur formée par un amas de matières fécales dans le côlon transverse, inégale, dure, peut quelquefois être brisée, séparée et changée de place par la pression : d'ailleurs elle disparaît souvent du jour au lendemain, et un purgatif suffit pour en débarrasser les malades.

Il n'est pas aussi facile de distinguer une tumeur squirrheuse du pancréas, nous nous expliquerons plus tard à ce sujet.

Un anévrysme de l'aorte au niveau du tronc cœliaque ne sera pas pris pour un cancer de l'estomac, car il existe dans le premier des battements énergiques

avec mouvement d'*expansion* dans la tumeur et divers bruits morbides dans son intérieur, bruits qui sont permanents; tandis qu'il est ordinairement possible, en modifiant la position, en inclinant le tronc à droite ou à gauche, de faire cesser le souffle qui existe quelquefois au niveau des tumeurs cancéreuses de l'estomac qui compriment l'aorte. Dans ce cas, en outre, la main appliquée sur la tumeur constatera qu'il n'existe qu'un mouvement de soulèvement en masse, et non un mouvement d'expansion; et s'il est possible de soulever ou de déplacer la tumeur, on pourra diminuer ou même faire cesser toute espèce de battement, toute espèce d'impulsion.

Certaines névroses, lorsqu'elles se caractérisent surtout par les vomissements ou par la dyspepsie, peuvent simuler le cancer de l'estomac; mais nous verrons plus tard qu'en ayant égard à leur mode d'invasion, à leur marche et aux symptômes concomitants, on pourra presque toujours parvenir à déterminer la véritable nature de l'affection. (*Voyez Gastralgie et Dyspepsie.*)

La gastrite chronique, avons-nous dit, se rapproche aussi par ses symptômes du cancer stomacal, à tel point qu'il est souvent difficile de distinguer ces maladies l'une de l'autre, du moins au début. Cependant, dans la gastrite, le dépérissement est moins rapide, on n'observe pas la teinte propre à la diathèse cancéreuse; il n'y a presque jamais de vomissements noirs ni même de vomissements glaireux; jamais on ne voit les aliments être rejetés plusieurs jours après avoir été pris; les vomissements sont plus fréquents, et il y a parfois de la fièvre; de plus, quelle que soit la durée de l'affection, on ne distingue jamais de tumeur à l'épigastre. Enfin on aura égard aux antécédents du sujet : ainsi on peut établir d'une manière générale que, toutes les fois qu'un individu au delà de quarante ans dépérit et éprouve depuis plusieurs mois de la difficulté à digérer ou une inappétence complète avec renvois acides, régurgitations glaireuses, il y aura beaucoup de raisons de craindre plutôt l'existence d'un squirrhe commençant de l'estomac que d'une gastrite. Il est souvent difficile de distinguer le carcinome d'avec la gastrite ulcéreuse ou l'ulcération simple. Cependant celle-ci est remarquable par des douleurs névralgiques d'une grande acuité et qui sont presque inconnues dans le cancer. Cette cardialgie de l'ulcère simple, cette douleur vive de morsure ou de brûlure, siège souvent en un point circonscrit sur un des bords de l'appendice, et elle retentit dans le dos, dans le point du rachis correspondant; c'est aussi dans l'ulcère simple, plus que dans le cancer, qu'on observe ces hématomés abondantes et foudroyantes se renouvelant de temps en temps. Enfin, ainsi que le remarque M. Cruveilhier, la véritable pierre de touche pour le diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et le cancer sera dans la différence des effets du régime alimentaire, du régime lacté, qui échoue complètement dans le cancer, tandis qu'il produit de merveilleux effets dans l'ulcère simple.

Le cancer reconnu, il est quelquefois possible de déterminer la portion de l'estomac qu'il envahit. L'altération occupe-t-elle le pylore, c'est alors surtout qu'on distingue une tumeur épigastrique. Si, comme cela arrive presque toujours, l'orifice est rétréci, les vomissements ont lieu longtemps après le repas, et c'est alors surtout que les aliments ne sont rendus quelquefois qu'au bout de plusieurs jours. Dans ce cas, l'estomac est dilaté : aussi, par la succussion du ventre on détermine un bruit de *glouglou* produit par l'agitation et le mélange des liquides et des gaz contenus dans le viscère. On conçoit que, lorsque l'estomac renferme ainsi une grande quantité de fluide, la percussion peut fournir quelques indications utiles. Les vomissements ont-ils lieu, au contraire, aussitôt après le repas, ou bien les aliments sont-ils rejetés avant d'avoir

pénétré dans l'estomac; excitent-ils un sentiment de gêne, de pesanteur, d'étouffement à la partie supérieure de l'épigastre, on devra croire alors que le cancer occupe le cardia et que cet orifice est très-rétréci.

**Pronostic.** — Le cancer de l'estomac est une affection toujours mortelle. M. Lebert, pourtant, ne croit pas la guérison impossible; Barras a produit des faits pour prouver que la maladie était curable; mais ils sont bien loin d'être concluants, et malheureusement, dans l'état actuel de la science, rien n'établit la possibilité d'une terminaison heureuse. Il est probable que ces prétendus cas de guérison ne sont autres que des exemples d'ulcères simples qu'il est souvent si difficile de distinguer symptomatiquement du cancer de l'estomac, et dont la guérison est possible.

**Étiologie.** — Le cancer de l'estomac serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme, d'après Chardel; mais M. Lebert établit le contraire. Très-rare avant la puberté et jusqu'à trente ou trente-cinq ans, l'affection est commune de quarante à soixante, et paraît atteindre son maximum de cinquante à soixante-dix; au delà elle n'est pas fréquente, toutefois elle est moins rare qu'avant trente-cinq ans. Cette affection que Bayle disait être plus commune chez les célibataires, est souvent héréditaire; les émotions morales tristes, les chagrins prolongés, sont les causes dont l'action est le mieux démontrée. Le cancer stomacal est également fréquent dans la classe pauvre et dans la classe aisée de la société. On a accusé comme y prédisposant plus particulièrement le tempérament lymphatique, les professions qui, comme celle de tailleur et de cordonnier, forcent ceux qui les exercent à avoir toujours le tronc incliné en avant, le mauvais régime, une alimentation grossière, surtout les habitudes d'ivrognerie, et l'usage des alcooliques à jeun; mais l'action d'aucune de ces causes n'est démontrée. On ne possède aucun renseignement exact sur la fréquence relative du cancer stomacal dans les divers pays. Est-il fréquent en Autriche et rare en Lithuanie, comme le dit J. Frank? Règne-t-il endémiquement dans une vallée voisine de la forêt Noire? Est-il commun en Normandie et dans tous les pays à cidre, comme je l'ai entendu dire généralement aux confrères qui exercent dans ces localités? On ne sait encore rien de précis à cet égard. M. d'Espine a établi qu'à Genève il atteignait 1/38<sup>e</sup> de la population, et qu'il constituait les 4/9<sup>es</sup> de la totalité des affections cancéreuses, proportion qui semble être à peu près la même pour Paris.

Le cancer de l'estomac se développe presque toujours d'une manière obscure et sans l'intervention d'aucune cause appréciable; celle-ci, d'ailleurs, de quelque nature qu'elle soit, est impuissante pour faire naître la maladie, à moins que l'individu n'en porte déjà en lui le germe ou la prédisposition.

**Traitement.** — Il faut soumettre les malades à un régime sévère; on bannira tous les alcooliques, qui excitent en général des douleurs et provoquent des renvois acides. La diète lactée est avantageuse à beaucoup de malades: s'il y a des aigreurs, on devra couper le lait avec un quart ou un cinquième d'eau de Vichy naturelle. Il importe de savoir que beaucoup d'estomacs, qui semblent ne pas supporter le lait, le digèrent pourtant si l'on en varie le mode d'administration ou si l'on fait subir au liquide certains changements: ainsi les uns digèrent seulement le lait froid ou glacé; aux autres il faut du lait chaud; ceux-ci le prennent pur, tandis qu'à ceux-là on doit le mélanger à quelque boisson faiblement aromatique comme une infusion de feuilles d'orange ou de camomille. Quand on le pourra, on devra également prescrire aux malades des bouillons et des potages gras; on entretiendra la liberté du ventre par des lavements; s'il existe des douleurs très-vives, on n'hésitera pas à

administrer une petite quantité d'opium. Contre les vomissements opiniâtres, on prescrit les boissons gazeuses et la glace. On ne peut guère, comme on le voit, opposer que des palliatifs au cancer de l'estomac; les fondants, le savon amygdalin, la ciguë, le calomel, les exutoires à l'épigastre, etc., n'ont jamais guéri personne. On peut recourir à ces diverses prescriptions pour calmer le moral des malades et leur faire prendre patience; mais on ne doit pas espérer les guérir, ni par ces médicaments ni par aucun autre actuellement connu. Le dépérissement faisant des progrès d'autant plus rapides que l'estomac devient plus impuissant à digérer, on est parvenu parfois à lui rendre en partie ses fonctions digestives en administrant un gramme de pepsine au commencement des repas suivant la méthode du docteur Corvisart. On peut ainsi pallier les accidents et retarder le terme fatale; mais on comprend que ce moyen ne peut guère réussir qu'autant que le pylore est libre.

#### Du cancer des intestins.

Le cancer atteint plus rarement les intestins que l'estomac. L'altération dont nous parlons se montre d'ailleurs très-inégalement dans les différentes portions du tube intestinal. Ainsi il est parfaitement établi que le cancer est très-rare dans le jéjunum et dans l'iléon; il l'est un peu moins dans le duodénum; mais cette portion de l'intestin ne s'affecte presque jamais primitivement: le plus souvent, en effet, le cancer du duodénum n'est que l'extension de celui de la région pylorique de l'estomac. Le gros intestin est au moins quatre fois plus souvent affecté de dégénérescence cancéreuse que ne l'est l'intestin grêle; l'altération pourtant n'est pas très-commune dans les diverses portions du côlon, excepté pour l'S iliaque, qui est à elle seule aussi souvent affectée de cancer que toutes les autres portions du côlon réunies. L'altération dont nous parlons se montre encore plus fréquemment dans le cæcum, et plus encore dans le rectum, qui est, après l'estomac, la partie du tube digestif le plus souvent envahie par la dégénérescence squirrheuse. Des faits nombreux ont en outre prouvé que la maladie atteignait préférablement les deux extrémités opposées de cet intestin, et peut-être l'extrémité supérieure avant tout.

**Anatomie pathologique.** — On peut appliquer au cancer de l'intestin tout ce que nous avons dit du cancer de l'estomac. Les caractères anatomiques sont en effet absolument les mêmes dans les deux cas. La dégénérescence occupe une étendue très-variable en longueur; elle peut envahir aussi toute la circonférence ou n'en occuper qu'une partie, surtout à son début: tel est le cancer du rectum, qui se présente souvent d'abord sous forme d'une plaque bornée à un petit espace et qui offre la dureté des cartilages; ailleurs le cancer débute par des tubercules isolés dont quelques-uns sont pédiculés. Si l'altération est générale et envahit l'intestin dans une grande étendue, celui-ci se présente comme un tuyau dur, solide, dépourvu d'élasticité, et incapable de se contracter. Le calibre d'un intestin cancéreux est toujours plus ou moins diminué; il peut l'être à un point tel de permettre à peine l'introduction du stylet le plus ténu. Les parois intestinales ont alors acquis une épaisseur considérable; Ruysch a vu celle-ci avoir une fois jusqu'à 6 centimètres. Quel que soit le siège du cancer, on trouve toujours la portion d'intestin située au-dessus du mal plus ou moins dilatée en raison de l'accumulation des gaz et des matières fécales; au contraire, la portion placée au-dessous est plus ou moins rétractée. S'il existe deux cancers annulaires à peu de distance l'un de l'autre, disposition