

trones de l'hexagone, on ne remarque de trace de plaques athéromateuses. Pas d'anévrysmes miliaires.

Le tissu nerveux est un peu pâle, comme anémié. Il n'existe pas de foyers de ramollissements ou d'hémorrhagie; pas de cicatrice, pas de vestige d'une lésion quelconque.

CHAPITRE V

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Quelques-unes des maladies de l'appareil digestif ont eu, comme on le sait, le privilège de jouer un grand rôle dans la pathologie générale des anciens médecins. Il ne faut pas remonter à des temps bien éloignés, pour avoir la preuve de l'influence considérable, attribuée par divers auteurs à certaines affections de l'estomac, relativement à la genèse de presque toutes les maladies.

Le nom de Broussais évoque le souvenir d'une époque assez récente où ce hardi novateur ne craignait pas de rapporter l'immense majorité des maladies à l'irritation du canal digestif, à la gastrite et à la gastro-entérite; où la plupart des médecins, non-seulement en France, mais dans le monde entier, se laissaient subjugués par sa véhémence passion oratoire, et où, conséquence grave de la prétendue doctrine physiologique, la saignée et les applications de sangsues sur le ventre constituaient le fond du traitement des affections les plus variées. Et, plus près de nous, n'a-t-on pas vu Beau faire de la dyspepsie la source,

la condition pathogénétique du plus grand nombre des maladies, de la phthisie elle-même.

De même que les anciens systèmes exclusifs, la séduisante construction théorique élevée par Broussais n'a pas tardé à s'écrouler : il a même eu le chagrin d'assister de son vivant à ce désastre. Quant à la théorie de Beau, elle n'a jamais pu, malgré le talent et la tenacité de son auteur, s'imposer à des contemporains plus sceptiques et surtout plus instruits.

L'étude attentive du malade ; l'observation, dégagée des préoccupations théoriques trop exclusives ; la physiologie, dont les progrès ont été si importants ; l'anatomie pathologique, etc., ont permis d'établir sur des bases plus solides, l'histoire clinique des maladies du tube digestif, de celles de l'estomac en particulier. Tous les problèmes ne sont pas résolus, mais on peut dire qu'un grand nombre d'inconnues ont été dégagées.

Quelle différence, en effet, entre nos connaissances actuelles sur les dyspepsies et celles du passé. Sans remonter jusqu'à Sauvages et à Cullen, qui dissocièrent tous les symptômes de cette unité morbide, pour les décrire à part, sous des noms variés, il suffit de comparer, entre eux, les écrits de Broussais, de Barras, de Valleix, de Beau, de Chomel, de Guipon de Laon, de Durand-Fardel, de Brinton, de Fox, de Niemeyer, de Jones ; les thèses, assez récentes, de MM. Bottentuit et Bachelet ; les leçons, si pleines d'enseignements, des professeurs Lasègue et Hardy ; l'étude pathogénique et physiologique faite par M. Vulpian dans ses leçons à la Faculté de Médecine ; les travaux de M. le Dr Leven ; les articles des livres classiques actuels, etc., pour comprendre les diverses phases par lesquelles est passée la question, et mesurer le progrès accompli.

Ces réflexions s'appliquent également aux autres mala-

dies de l'estomac : embarras gastrique fébrile, ulcère simple, gastrite chronique, cancers, etc.

La plupart des observations, contenues dans ce chapitre, sont des types de ces divers états morbides, et M. Vulpian a, bien des fois, fait ressortir leur importance, devant les élèves du service. Les autres détails cliniques concernent des affections de l'œsophage, du cœcum, du gros intestin.

Le cancer de l'œsophage peut être absolument latent, ou du moins ne traduire sa présence que par des phénomènes symptomatiques peu accusés : difficulté de la déglutition, douleurs lors du passage des aliments solides ou liquides. Ce n'est que plus tard, par suite de la marche progressive de l'affection, que l'ensemble des phénomènes morbides permet de reconnaître l'existence du carcinome ; il en a été ainsi chez l'un de nos malades.

La typhlite, mot imposé par Albers pour désigner l'inflammation du cœcum qu'il confondit d'ailleurs avec la pérityphite, a donné lieu, relativement à son étymologie, à de nombreuses discussions. L'observation, analysée plus loin, montre, une fois de plus, que l'entérite commune, produite par l'ingestion de l'eau froide, peut, en se limitant au cœcum, être le point de départ de la maladie.

Enfin, la dernière observation, à peu près unique dans la science, est l'histoire d'un malade qui a présenté, pendant sa vie, tous les symptômes classiques de la cirrhose atrophique du foie et qui est mort, rapidement asphyxié, par suite de l'impossibilité d'évacuer les gaz distendant le gros intestin. A l'autopsie, on a trouvé cette partie de l'intestin démesurément dilatée, et contenant une énorme quantité de gaz et de matières fécales ; et il n'y avait pas de lésions du foie !

L'étude détaillée de tous ces cas me paraît instructive.

L'observation XLVIII est relative à un cancer de l'œsophage, dont l'existence, pendant la vie, a été assez difficile à constater. Le diagnostic de cette affection est généralement possible, surtout quand le carcinome siège au niveau des premières portions du conduit œsophagien ; mais il n'en est plus ainsi lorsque la tumeur est située profondément, dans l'épaisseur du médiastin postérieur, par exemple.

Il s'agit, dans ce cas, d'un malade âgé de 48 ans, qui, autrefois, a fait de fréquents excès alcooliques ; ce malade ne présente rien de particulier à signaler au point de vue de l'hérédité, ni rien d'important à noter dans sa vie antérieure. Sans cause connue, sans phénomènes précurseurs, au commencement d'août 1876, un matin où, selon son ordinaire, il allait déjeuner de bon appétit, les aliments qu'il voulut manger ne purent passer ; ils étaient arrêtés par *quelque chose qui lui serrait la gorge*, pour employer son langage ; il y eut seulement un peu de bouillon qui parvint à l'estomac ; et, depuis cette époque, aucun aliment solide, ou demi-liquide, comme purées, soupe, etc., ne put franchir l'œsophage ; parmi les substances liquides, le vin pur, le plus souvent, ne pouvait être ingéré, le bouillon seul était absorbé et bien supporté. Bientôt, l'affection continuant à progresser, il vomit des matières glaireuses, claires, transparentes, surtout la nuit. Jamais les vomissements n'ont renfermé la moindre trace de sang, ou de matières noires ; jamais le malade n'a souffert de l'estomac.

Dans ces conditions d'alimentation défectueuse, il maigrit, mais il ne se cachectisa pas. Plusieurs fois, on essaya de passer la sonde œsophagienne ; même avec la boule olivaire du plus petit calibre, on ne put parvenir dans l'estomac ; la sonde était toujours arrêtée à quelques centimètres au-dessus du cardia. Une particularité, déjà observée dans d'autres cas, s'est présentée chez notre malade ; le

passage, pour les aliments liquides, à demi liquides, puis solides, s'est rétabli, pour longtemps, à la suite de l'une de ces tentatives de cathétérisme œsophagien, bien que la sonde n'eût pas franchi le point où siégeait la lésion.

Pendant les quelques mois qui précédèrent la mort du malade, l'alimentation fut plus ou moins difficile : parfois, en effet, les aliments liquides (bouillon, œuf), ou même la viande crue hachée, la viande cuite, le pain passaient bien ; d'autres fois, au contraire, rien ne pouvait franchir l'œsophage ; aussi l'état général se ressentait-il de ces alternatives de bonne, ou de mauvaise alimentation relative. Le malade, en somme, ne paraissait pas trop affaibli, quand il fut pris rapidement de phénomènes très-graves d'*infection putride* : au bout de six jours, il était mort.

L'autopsie a parfaitement rendu compte, et de cette terminaison si prompte, et des particularités cliniques de l'observation. Dans le médiastin postérieur, au niveau de la scissure interlobaire du poumon droit, existait une cavité anfractueuse, pouvant contenir le poing ; son fond était grisâtre, mamelonné ; à son extrémité supérieure aboutissait l'œsophage, et de son extrémité inférieure, partait le même conduit ; cette cavité, dans tous les autres points, était absolument close ; les vaisseaux avoisinants étaient sains. Ainsi, l'œsophage, à ce niveau, avait, lentement, progressivement, été détruit par une tumeur cancéreuse, probablement par un épithélioma.

La disposition de cette poche, telle que nous l'a montrée l'autopsie, expliquait bien comment, les aliments, tantôt passaient, et tantôt, au contraire, ne pouvaient arriver à l'estomac ; on comprenait aussi, par l'examen des parties, pourquoi la sonde ne parvenait pas au delà de quelques centimètres au-dessus du pylore. Il n'était pas difficile non plus de se rendre compte des phénomènes d'*infection putride*, développés dans son intérieur, pour une

double raison. En effet, la membrane muqueuse de l'œsophage, au niveau des points atteints, avait été détruite par le cancer, et la paroi ulcérée de la poche susdite, offrait une large surface d'absorption aux matières qui s'y accumulaient, c'est-à-dire aux substances alimentaires et aux produits ichoreux fournis par le travail ulcéro-cancéreux. D'ailleurs il faut tenir grand compte du vaste sphacèle qui s'était produit à la fin de la vie dans la région sacrée.

A ce point de vue, il y a quelques analogies entre ce fait et ceux cités par M. Béhier, dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu.

Dans ce cas, comme en bien d'autres du même genre, il faut encore noter l'absence presque complète de cachexie cancéreuse.

Les observations XLIX, L, LI, LII, sont des exemples d'*embarras gastrique fébrile*; je les ai choisies entre beaucoup d'autres, parce qu'elles présentent certaines particularités, d'ailleurs bien connues, mais dont l'interprétation a varié suivant les auteurs. Dans tous ces embarras gastriques, le type fébrile a été nettement défini; il a été rémittent. Tous les soirs, vers les 4, 5, 6 heures, les malades avaient des sensations de froid, de légers frissonnements le long du dos; puis bientôt survenait une augmentation de la chaleur fébrile, et enfin, dans le courant de la nuit, des sueurs, quelquefois abondantes, terminaient le mouvement fébrile; le matin, cependant, jamais la température ne descendait au degré normal. On sait que, dans ces conditions, une fois l'appareil digestif débarrassé par un purgatif ou par un vomitif, le sulfate de quinine est indiqué; j'ai vu, en pareil cas, M. Marrotte obtenir de bons effets du chlorhydrate d'ammoniaque, administré à la dose de trois grammes. Ces formes d'embarras gastrique correspondent à l'une des variétés cliniques que les auteurs an-

ciens décrivaient sous le nom de *fièvres catarrhales*; les faits que nous citons, sont tout à fait analogues à ceux dont Stoll nous a laissé la relation. Cet auteur a beaucoup insisté sur l'élément névralgique qui accompagne si souvent ces embarras gastriques; l'observation LII est un exemple d'embarras gastrique dans lequel cet élément névralgique (névralgie intercostale) existait; il faut remarquer cependant que la malade était névropathique depuis longtemps déjà. Elle venait d'être atteinte d'une névralgie sciatique, qui persistait encore, quoique très-atténuée, au moment où a débuté l'embarras gastrique.

Les observations LIII et LIV concernent des malades atteintes, très-vraisemblablement, d'*ulcère simple* de l'estomac. Leur histoire clinique est conforme au type classique. Il convient de faire les deux remarques suivantes: 1° les deux malades étaient des femmes jeunes; 2° l'une et l'autre étaient chloro-anémiques. Depuis que l'étiologie de l'ulcère rond de l'estomac a été l'objet de recherches approfondies, on a insisté beaucoup sur ce fait que très-souvent les malades, souffrant de cette affection, étaient des femmes jeunes, et des femmes chloro-anémiques. On a cherché à mettre ce fait d'observation en accord avec la théorie pathogénique qui, d'après un bon nombre d'auteurs, rendrait le mieux compte de la production de cette lésion: je veux parler de la théorie de l'embolie et de la thrombose.

Les observations LV, LVI, sont des exemples de cancer de l'estomac propagé au foie; dans l'observation LVI, le fait a été vérifié à l'autopsie.

Je ferai remarquer, relativement au carcinomateux de l'observation LV, que le malade, âgé de 54 ans, paraît avoir eu, étant jeune, quelques éruptions qui lui auraient occasionné de vives démangeaisons; il a été très-bien portant jusqu'à l'âge de 30 ans; à cette époque, il fut atteint d'une

hydarthrose du genou gauche; puis, quelque temps après, il eut un rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui dura trois mois; il n'y a d'ailleurs rien de net, relativement à l'hérédité: quoi qu'il en soit, il n'est pas sans intérêt d'appeler l'attention sur ces antécédents, puisque quelques auteurs ont insisté beaucoup sur cette succession des accidents, et sur le rapport qui, suivant eux, existerait entre certaines formes du rhumatisme et le cancer.

L'observation LVI est un bel exemple de cancer secondaire du foie; comme l'autopsie l'a montré, les noyaux primitifs siégeaient dans la tunique musculaire et dans le tissu conjonctif sus-jacent du pylore; de là, le carcinome s'est étendu au pancréas, puis au foie. J'ai entendu bien des fois M. le professeur Vulpian, insister sur ce fait que presque jamais le *cancer du foie* n'est PRIMITIF; pour lui, il est à peu près toujours secondaire, et en cherchant bien, on trouve quelque part le cancer primitif. Toutes les fois — et cela est bien rare — que l'on ne trouve pas de cancer dans d'autres organes, on doit conserver cependant quelques doutes et n'admettre le cancer primitif du foie que sous toutes réserves. Peut-être, en effet, les recherches n'ont-elles pas été suffisamment poursuivies. A ce propos, je citerai le fait suivant dont j'ai été témoin: un jour, à la salle d'autopsie de la Pitié, on présenta à M. Vulpian, un cancer du foie, comme un exemple de cancer primitif; en effet, on avait cherché partout, et sans succès; un seul organe avait été oublié, la vessie; M. Vulpian l'ouvre; toute la muqueuse, surtout au niveau du col, était envahie et détruite par un cancer. Dans un autre cas où le diagnostic, cancer primitif du foie, avait été posé après l'autopsie, M. Vulpian trouva un cancer végétant du conduit cystique. Du reste, les caractères que présente presque toujours la disposition du cancer du foie ne peuvent pas laisser de doutes sur son origine secondaire.

Je signalerai encore, à propos du malade de l'obs. LVI, le tableau du dosage de l'urée, tableau annexé à cette observation. Je possède, relativement aux affections du foie, du poumon, etc., plusieurs de ces dosages; j'y reviendrai plus loin, en examinant si ces faits concordent avec ceux de M. Brouardel. La numération des globules sanguins a été faite également: il est facile de se rendre compte, en jetant un coup d'œil sur le tableau, de la diminution du nombre des globules rouges, et de l'augmentation relative du nombre des globules blancs. L'examen microscopique du sang a montré l'existence de globules rouges, petits, irréguliers; l'attention a été attirée sur ces faits, dans ces derniers temps. On sait que, dans la plupart des cas, les microcytes sanguins trouvés dans le sang ne préexistent pas lorsque ce liquide est encore en circulation dans les vaisseaux. Lorsqu'on en rencontre dans le sang au moment même où il vient d'être obtenu à l'aide d'une piqûre, il est rare qu'en prolongeant un peu l'examen microscopique on n'en voie pas se former de nouveaux. Les microcytes ne sont le plus souvent que des hématies qui, au sortir des vaisseaux, probablement par suite de légères modifications qu'elles-mêmes et le plasma subissent à ce moment, laissent échapper une partie de leur substance constituante. C'est là du moins ce que professe M. Vulpian. D'après lui d'ailleurs, les microcytes préexistent parfois dans le sang en circulation: dans ce cas aussi, ils proviendraient d'une modification d'hématies ordinaires accomplies, non plus hors des vaisseaux, mais dans les vaisseaux eux-mêmes. La formation de nombreux microcytes, même dans le sang tiré des vaisseaux, indique un état anormal du sang, puisque cette formation n'a lieu que dans de rares cas. La nature de cet état anormal et sa signification sont des problèmes qui attendent encore leur solution. Il est permis de supposer qu'il y a là un indice d'un trouble du fon-

tionnement des organes hématogènes les plus importants.

J'ajoute que dans le cas dont je viens de parler, il n'existait du reste dans le sang, ni bactéries, ni vibrions.

— L'observation LVII est un cas de *gastrite chronique*, avec état dyspeptique; gastrite chronique que l'on aurait pu parfaitement prendre pour un cancer de l'estomac, si on n'avait pas apporté, dans le diagnostic, la plus grande attention.

Le malade, âgé de 51 ans, ne présente rien à noter, au point de vue de l'hérédité; il fait commencer sa maladie au mois de *juillet 1873*. A cette époque de grandes chaleurs, il but beaucoup d'eau, et peut-être du vin; le soir même, il est pris de vomissements purement aqueux. Le lendemain, les vomissements se reproduisent; ils cessèrent pendant quelques jours et revinrent plus tard, avec les mêmes caractères; et ainsi plusieurs fois.

Le malade put travailler jusqu'au 25 décembre de cette année; ce jour-là, ayant encore bu plus que de coutume, il est pris de douleurs abdominales vives et de vomissements. Soigné pendant deux mois à l'hôpital, il sort guéri ou à peu près, et il reprend son travail. Au bout de quatre mois, mêmes accidents. A partir de ce moment, la maladie offrit les mêmes phases: tantôt cet homme était plus souffrant, et il entra pour un certain temps à l'hôpital; tantôt, guéri en apparence, il travaillait, et au moindre excès, les vomissements revenaient. Lorsque le malade est venu dans notre service, il était profondément cachectisé, et sa figure avait la teinte jaune paille de la cachexie carcinomateuse.

La région épigastrique était douloureuse à la pression, dans toute son étendue; vomissements alimentaires, sans rapport avec l'heure des repas; dilatation énorme de l'estomac, avec bruit de glou-glou; *l'appétit s'est parfaitement conservé*; pas de tumeur appréciable dans la région de l'estomac. Le malade est resté longtemps en traitement à l'hô-

pital; il est sorti très-amélioré; la teinte cachectique de la face avait disparu: puis il est rentré de nouveau, présentant encore les mêmes symptômes. Il y a quelques jours (10 août), il était encore dans le service. Tout l'intérêt de cette observation réside dans la difficulté du diagnostic en pareil cas; il a suffi, d'ailleurs, de prendre en considération la longue durée des accidents, quatre ans; leur marche, la conservation de l'appétit, l'absence de tumeur, pour établir, malgré l'état général, le diagnostic: *catarrhe chronique de l'estomac*.

— L'observation LVIII est un cas de dyspepsie douloureuse, et un exemple des difficultés que l'on rencontre quelquefois, en pareille circonstance, pour faire le diagnostic, entre ce genre de dyspepsie et l'ulcère simple de l'estomac: peut-être, dans l'espèce, avons-nous eu affaire à un ulcère rond. Il s'agit, en effet, d'une femme de 32 ans, chloro-anémique, qui souffrait péniblement après chacun de ses repas; elle vomissait, etc. Ce qui nous a ramenés

l'idée d'une *dyspepsie* ordinaire, c'est surtout la rapidité de la guérison. Il faut ajouter, que le diagnostic se trouvait encore compliqué par ce fait, que la malade disait uriner beaucoup, et que son urine contenait un peu d'albumine; de sorte qu'un instant, on s'est demandé s'il n'y avait pas de néphrite interstitielle, avec crises d'urémie gastro-intestinale; mais les phénomènes symptomatiques ont disparu trop vite, et d'ailleurs il n'existait pas d'autres signes de néphrite.

— L'observation LIX est un exemple type de *dyspepsie douloureuse*, avec tout son cortège symptomatique, toutes ses conséquences.

Le malade est un homme de 36 ans, amaigri, très-anémié. Il digère avec difficulté une quantité, même minime, d'aliments, surtout lorsqu'il s'agit de viande, de ragoûts. Il a des éructations acides; une sensation très-

pénible de pesanteur, de constriction à l'estomac, se produit à peine une demi-heure après le repas; cette gêne dure une heure, deux heures même, à moins que le malade ne vomisse, ce qui arrive souvent. Il est tourmenté par une *constipation opiniâtre*. Il a des vertiges, et quand il marche, il lui semble que la terre s'ouvre sous lui; il s'ennuie; il est hypochondriaque; il a des idées de suicide; tel est le malade! Il faut ajouter que, depuis deux ans, il a de la spermatorrhée.

Fils d'un père probablement tuberculeux, il avoue avoir fait des excès de coït; en outre, il a bu beaucoup, et il fume beaucoup; il y a donc toute espèce de raison pour qu'il soit devenu dyspeptique. Je ferai remarquer qu'il est atteint d'une *dyspepsie* extrêmement *douloureuse*, semblable à celles que produit l'usage combiné et immodéré du tabac et de l'alcool. D'après certains auteurs, le tabac, à lui seul, pourrait produire ces dyspepsies douloureuses: il y a eu dans le service, une jeune ouvrière de la manufacture des tabacs, qui en présentait un bel exemple. M. Hardy, dans ses cliniques, a beaucoup insisté sur ce côté de l'étiologie des dyspepsies.

— L'observation LX concerne un cas de typhlite vulgaire. Une seule particularité mérite d'être notée; c'est celle concernant la cause occasionnelle de l'affection. Il y a un mois, ayant très-soif, le malade absorba une quantité considérable d'eau; deux jours après, la nuit, il est réveillé par de violentes coliques; une diarrhée abondante s'établit. L'entéro-colite se limita et bientôt le cœcum resta seul, ou presque seul, enflammé.

— L'observation LXI est la plus remarquable de toutes celles de cette série; elle constitue, pour ainsi dire, un fait unique, et elle a, au point de vue théorique, comme au point de vue pratique, la plus grande importance; elle peut être intitulée: — SYMPTOMES SIMULANT CEUX D'UNE CIRRHOSE

ATROPHIQUE DU FOIE ET PRODUITS PAR UNE DILATATION HYPERTROPHIQUE ÉNORME DE LA MOITIÉ INFÉRIEURE DU GROS INTESTIN: *Homme opéré au moment de la naissance, pour une imperforation de l'anus.*

Le malade avait 38 ans; il entra à la Charité le 21 juin 1877. M. le Dr Revillout, après avoir entendu l'exposé de ce cas, fait par M. Vulpian, en a établi la relation clinique, dans la Gazette des Hôpitaux, relation que je vais reproduire. La pièce a été présentée par M. Duplaix, externe du service, à la Société anatomique; elle est aujourd'hui au Musée Dupuytren.

« — Le jour de son entrée à l'hôpital, le malade avait un ventre énorme, et qui présentait à la percussion deux zones distinctes: on trouvait supérieurement, et en faisant varier la position, toujours dans les parties déclives, assez régulièrement jusqu'au même niveau, une matité très-nette, correspondant à une fluctuation manifeste, et dans la zone supérieure, au contraire, une sonorité tympanique. La circulation en retour, intra-abdominale, devait être gênée, car tout l'ensemble des veines superficielles, qui rampaient sous la peau du ventre, avait pris un *développement considérable*, de manière à permettre une circulation veineuse supplémentaire des plus actives. L'œdème des membres inférieurs était peu marqué.

« La première pensée qui devait venir à l'esprit, d'après ces données, était celle d'une *cirrhose atrophique du foie*, mettant obstacle à la circulation de la veine-porte, et amenant consécutivement de l'ascite, du gonflement des veines superficielles, et dans les membres inférieurs, un peu d'œdème. Ce diagnostic, une fois porté, rien ne venait le contredire absolument.

« Le malade racontait que son ventre avait grossi peu à peu. Il s'était senti gêné dans la respiration, et facilement oppressé, quand il faisait le moindre effort, par suite du