

après, une autre pleurésie; enfin, dans la dernière année de cette altération générale de son organisme, il devient tuberculeux : je dis bien, il *devient* tuberculeux. Des examens faits dans le cours de trois années, par des médecins très compétents, ayant permis de constater alors l'intégrité de ses poumons, et une nouvelle investigation faite par M. Reverdin (qui avait antérieurement ausculté le malade et n'avait rien trouvé d'anomal dans ses poumons) et par moi au moment où je vois cet homme pour la première fois, nous permet de découvrir sur le vivant les signes de la tuberculisation pulmonaire qui devait être, comme on vient de le voir, vérifiée par l'autopsie. Maintenant, en admettant même que les cavernes du poumon gauche fussent le résultat de tubercules contemporains de la première pleurésie, comme celle-ci ne se manifesta qu'environ deux ans après les premiers troubles digestifs, il est indéniable qu'il y a au moins succession, sinon corrélation, comme je vous l'enseigne, entre le rétrécissement de l'œsophage et les accidents respiratoires.

A côté de ces faits je veux placer celui du malade qui a succombé, il y a un mois, au n° 2 de notre salle des hommes : ce malade, très intelligent, nous racontait qu'il s'était aperçu, quatre ou cinq mois avant d'entrer dans nos salles, qu'il maigrissait. Six semaines avant son admission à l'hôpital, il avait commencé à vomir, et depuis quinze jours environ il lui était devenu impossible d'ingérer aucun aliment solide. Le diagnostic était dès lors assez facile : il s'agissait évidemment d'un rétrécissement de l'œsophage. Le cathétérisme démontra qu'il siégeait assez bas. Quant à savoir si ce rétrécissement était fibreux ou cancéreux, la marche des accidents donnait à ce sujet de précieux renseignements. Et d'abord il n'y avait pas à songer à un rétrécissement cicatriciel : le malade n'avait ingéré nul liquide corrosif; d'un autre côté, avant d'éprouver aucun trouble fonctionnel, cet homme avait maigri, et ce simple fait nous permettait de conclure à l'existence d'une maladie organique, et, par conséquent, d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Voici quels étaient les signes fonctionnels : le malade avalant le bol alimentaire, préalablement trituré avec soin, le rendait immédiatement non modifié. Il n'arrivait donc pas dans l'esto-

mac ; et cela par suite d'un rétrécissement et d'un spasme provoqué par le rétrécissement (j'ai déjà appelé votre attention sur ce point¹) ; le spasme n'était pas douteux ici, puisque cet œsophage, qui laissait passer la sonde avec quelque précaution de notre part, se refusait à laisser pénétrer un potage.

Quinze jours après son entrée, le malade s'aperçut avec bonheur que les aliments passaient mieux ; je fus loin de partager sa joie. C'est qu'en effet, si les aliments passaient mieux, la chose était due à ce que le rétrécissement était devenu moindre. Maintenant, comment l'était-il devenu ? Évidemment par suite de l'érosion du bourrelet carcinomateux.

Puis, voilà que survint une toux féroce au moment de l'ingestion des aliments. Il n'y avait pas à en douter, une fistule faisait communiquer l'œsophage avec la trachée-artère ; le fait était démontré quand on examinait la façon dont s'accomplissait la déglutition : au moment du passage des aliments dans l'œsophage, l'auscultation permettait d'entendre, dans la trachée-artère, un gargouillement des plus sonores comme des plus caractéristiques ; aussitôt une toux violente éclatait, dont les quintes projetaient au loin des parcelles alimentaires.

Le pauvre homme vécut ainsi huit jours, pendant lesquels nous pûmes constater le développement d'une bronchite en quelque sorte traumatique, due à l'introduction des aliments dans les voies de l'air, et à l'irritation toute locale qui en résultait.

A l'autopsie, on trouvait tout ce qui avait été diagnostiqué pendant la vie : un cancer de l'œsophage, s'étendant du voisinage du cardia à la partie moyenne du conduit, et rétrécissant celui-ci à sa partie inférieure ; une vaste ulcération intéressant à la fois l'œsophage et la portion membraneuse de la trachée, d'où la production d'une fistule œsophago-trachéale ; une bronchite généralisée ; et, de plus, ce que j'avais soupçonné pendant la vie, sans en trouver les indices stéthoscopiques suffisants, ce que je vous avais dit qui pouvait bien exister, ce qui, enfin, me semblait devoir être la conséquence de l'entrave physique apportée à l'alimentation : je veux dire des *granulations tuberculeuses* au

(1) Voir, t. 1^{er}, leçon XIV, les Rétrécissements.

sommet de chaque poumon. Et ces granulations, grises, transparentes, étaient des types de granulations de récente origine ; de sorte qu'ici encore se voyait, à la partie supérieure des poumons, le produit et l'expression d'une déchéance générale de l'organisme, due à la fois à ce qu'il y avait une affection cancéreuse et à ce que celle-ci rétrécissait la voie des aliments.

De son côté, Béhier a également constaté la coïncidence possible du cancer de l'œsophage — celle même du cancer de l'estomac — avec la tuberculisation pulmonaire ; et il s'élève justement, à ce sujet, contre la « conception métaphysique de l'antagonisme entre deux états diathésiques. » Il réfute l'opinion qui n'admet pas la possibilité de la complication d'une diathèse par une autre, démontre par les faits cette possibilité, et ajoute (détail assez piquant) qu'un malade à propos duquel un médecin, qu'il ne nomme pas, soutenait la prétendue loi d'antagonisme entre le cancer et le tubercule, offrait précisément, comme Béhier a pu le constater, un cancer de l'estomac et des cavernes pulmonaires tuberculeuses : la vérification histologique de ces deux lésions avait été faite par M. Robin, si compétent en semblable matière (1).

Seulement, Béhier n'aborde pas la question de savoir si l'atteinte portée à la nutrition par la maladie cancéreuse n'a pas déterminé la production de la maladie tuberculeuse ; si, mieux, ce n'est pas la localisation sur un point particulier de la voie que doivent parcourir les aliments, et l'*entrave* physique qui en résulte à l'introduction de ceux-ci, qui a causé le mal tuberculeux ; et cependant il rapporte lui-même un fait intéressant de tuberculisation pulmonaire et de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage ; d'où il suit que ce n'est pas de la coexistence de deux diathèses qu'il s'agit, mais de la coexistence d'un rétrécissement (cancéreux ou non) de l'œsophage et de la tuberculisation des poumons. « J'ai, dit-il, recueilli, à l'hôpital des Enfants malades, l'observation d'un enfant de deux ans qui, trois mois avant sa mort, survenue en juin 1837, avait avalé de la potasse d'Amérique, tombée en déliquium au contact de l'air, croyant avaler

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 86. 1864.

du café au lait. Au début, des phénomènes aigus du côté du tube digestif se déclarèrent et furent accompagnés de symptômes cérébraux intenses, mais momentanés. Il survint une dysphagie graduelle, avec soif vive et dévoiement, et, trois mois après l'accident, le malade, très amaigri, succomba *par inanition*.

« L'œsophage était rétréci dans son tiers inférieur ; à ce niveau, la membrane interne, dure, réticulée, était doublée d'un tissu cellulaire hypertrophié, demi-transparent, tout à fait analogue au tissu lardacé du cancer. Quelques ulcérations existaient dans l'estomac, et quelques plaques rouges à la fin du gros intestin. Les poumons contenaient quelques granulations, et les ganglions bronchiques des tubercules (1). »

Ainsi, inanition graduelle, et, à l'autopsie, on trouve *quelques granulations* dans les poumons et des *tubercules* dans les ganglions bronchiques.

Voici maintenant un cas emprunté à la clinique de mon collègue et ami M. Gallard, d'autant plus intéressant qu'il y a simultanément cancer de l'estomac, cancer de l'œsophage et infiltration tuberculeuse des poumons.

Le malade de M. Gallard éprouve d'abord, pendant un assez long temps, une douleur à la région de l'estomac, des nausées, des vomissements et de la constipation. La diète lactée procura quelque amélioration. Puis, le lait lui-même fut vomé, et les vomissements n'avaient plus lieu, comme autrefois, un certain temps après l'ingestion, mais immédiatement à sa suite, comme par une sorte de régurgitation. La sonde œsophagienne, qu'on essaya d'introduire, s'arrêta aussitôt après avoir franchi le pharynx.

Au bout de quelques jours, la maigreur, déjà considérable, avait fait d'effroyables progrès. Tout était rejeté : bouillon, lait, vin, sans que le malade sentît jamais rien pénétrer dans son estomac. « Il était en outre fatigué par une toux opiniâtre, incessante, laquelle ne s'accompagnait d'autres signes stéthoscopiques que de rhonchus de bronchite, disséminés dans les deux poumons. »

A l'autopsie, on trouva dans l'estomac, au voisinage du pylore,

(1) Béhier, *loc. cit.*, p. 61.

une petite tumeur cancéreuse du volume d'une cerise. De plus, l'œsophage était rétréci à sa partie supérieure et un peu au-dessous de sa portion moyenne par des masses cancéreuses qui soudaient intimement la trachée-artère à l'œsophage. Les ganglions lymphatiques voisins étaient eux-mêmes tuméfiés et envahis par la matière cancéreuse. Quant aux poumons, ils étaient le siège d'une « *infiltration tuberculeuse généralisée* (1) ».

Dans ce cas, la pathogénie est pour ainsi dire prise sur le fait : la digestion est troublée d'abord du côté de l'estomac, ainsi que le prouvent la nature et le moment des vomissements, qui sont précédés de douleurs épigastriques, de nausées, et se produisent quelque temps après l'ingestion des aliments ; puis elle est entravée du côté de l'œsophage, comme le montrent la régurgitation des substances alimentaires presque aussitôt après leur ingestion, et la sensation éprouvée par le malade de leur non-pénétration dans l'estomac. Et voici que, un certain temps après cette atteinte portée à la nutrition, survient, à la suite d'une émaciation considérable, une toux opiniâtre, incessante, avec rhonchus disséminés dans les deux poumons. Le malade succombe, et l'on trouve, indépendamment du cancer de l'estomac, indépendamment du double rétrécissement cancéreux de l'œsophage, non pas des cavernes, non pas même des granulations, mais cette sorte de *poussière tuberculeuse* que Laennec avait appelée l'*infiltration grise*. Ainsi, cancer d'abord, tubercule ensuite : évidemment ceci était né de cela.

En résumé, dans quatre cas de rétrécissement de l'œsophage, cicatriciel, fibreux ou cancéreux, observés par moi, j'ai trouvé, chaque fois, des tubercules dans les poumons. Et si, ces tubercules, je ne les ai pas laissés passer inaperçus, c'est parce que, éclairé par un premier fait, je les avais cherchés dans les trois autres.

De leur côté, Béhier et M. Gallard ont observé des exemples de cancer de l'œsophage et de tuberculisation pulmonaire simultanée ; précédemment, Lebert avait signalé des cas analogues. Cet

(1) Gallard, *Leçons de clinique médicale*, p. 19. 1872.

auteur en a même été assez vivement impressionné, comme en témoigne le passage significatif suivant : « Un fait, dit-il, nous a extrêmement frappé, c'est la fréquente coïncidence des tubercules pulmonaires avec le cancer de l'œsophage (1). » En effet, voulez-vous savoir combien de fois le savant anatomo-pathologiste a rencontré la tuberculisation des poumons chez des sujets morts de cancer de l'œsophage ? *Cinq* fois sur *neuf*, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. Seulement, Lebert s'est arrêté là ; il a vu la coïncidence et n'a pas cherché à établir la corrélation causale entre le *rétrécissement* cancéreux de l'œsophage et la tuberculisation pulmonaire. Il suffirait, pour le démontrer, de rappeler que le même auteur ne parle pas de cette coïncidence dans son *Traité des maladies tuberculeuses*.

Pensez-vous maintenant que ce soit parce qu'il y avait *cancer* de l'œsophage, ou parce que, du fait du cancer, celui-ci était *rétréci*, que la tuberculisation s'est développée ? Pour résoudre cette autre face du problème, il suffit d'analyser les cas où le cancer affecte des organes dont la lésion ne porte pas une atteinte directe à la nutrition : le cancer du sein, par exemple. Or, on trouve dans le même livre de Lebert, pour 34 cas de cancer de la mamelle, 2 faits seulement de coïncidence de tubercules pulmonaires ; c'est-à-dire que la coïncidence n'existait que dans 1/17 des cas, tandis que nous venons de voir que cet auteur l'avait constatée dans plus de la moitié des cas de cancer de l'œsophage (5 fois sur 9).

Ce n'est pas tout : le cancer de l'utérus, qui impressionne déjà l'organisme plus que celui du sein (bien que, dans l'un comme dans l'autre cas, il s'agisse d'organes nécessaires seulement à la conservation de l'espèce et non pas à celle de l'individu), le cancer de l'utérus a, 8 fois sur 45 cas, c'est-à-dire dans un peu moins de 1/6 des cas, été accompagné de tubercules pulmonaires récents. Eh bien, nous allons voir à l'instant dans quelles proportions se rencontrent ces mêmes tubercules, au cas d'affection grave de l'estomac, alors que la vie se prolonge suffisamment longtemps.

(1) Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, p. 445.

Ainsi se pose et se résout négativement la fameuse question de la prétendue *loi d'antagonisme* entre le tubercule et le cancer ; bien mieux, la loi d'antagonisme des diathèses n'est pas seulement renversée par les faits ; ceux-ci démontreraient, au contraire, qu'une diathèse (si diathèse il y a), le cancer, peut, suivant sa localisation, en appeler une autre, la tuberculose. Nous verrons ultérieurement, d'ailleurs, que cette diathèse n'est pas la seule qui appelle et engendre le tubercule.

Je vous dirai, de plus, et bientôt, dans quels organes comme dans quels tissus se développent de préférence le tubercule et le cancer, et pourquoi ; c'est affaire de vitalité et de fonctionnement spéciaux. Mais, déjà, il est bien évident pour vous, par les faits que je vous cite, qu'il n'y a pas opposition fondamentale entre le tubercule et le cancer ; antagonisme de diathèse à diathèse, puisque les manifestations de l'une et de l'autre peuvent coexister chez le même individu ; et il est tout aussi évident que ce n'est pas le cancer qui a produit le tubercule, ni celui-ci celui-là ; ce qui résulte des faits et de leur saine interprétation, c'est que l'individu s'est tuberculisé non pas parce que son œsophage était *cancéreux*, mais parce qu'il était rétréci.

Voyons maintenant ce qu'il peut en être du *cancer de l'estomac* et de la tuberculisation.

Aux premiers temps de mes études médicales, en 1852, dans le service de Chomel, que dirigeait pendant les vacances son chef de clinique, M. Empis, j'eus l'occasion de faire l'autopsie d'un homme qui avait à la fois un cancer de l'estomac et des tubercules pulmonaires. Vivement frappé de cette coïncidence, chez le même individu, de deux maladies mortelles l'une et l'autre, je demandai à M. Empis, mon premier maître, si le fait était fréquent : « Sinon fréquent, me dit-il, au moins pas absolument rare. » Nous allons voir ensemble que l'assertion est fondée, qu'il y a non pas seulement coïncidence possible, mais relation causale entre le cancer de l'estomac et la tuberculisation pulmonaire, et, comme pour le rétrécissement de l'œsophage, les raisons de cette causalité.

Le malade de M. Empis était un homme de quarante ans, qui toussait depuis cinq à six mois, mais éprouvait des troubles de la digestion depuis près d'une année ; lesquels troubles consistaient en douleurs à l'épigastre et en vomissements assez fréquents — mais non pas quotidiens — de ses aliments. On constatait, dans presque toute l'étendue de l'épigastre, une tumeur qui devait siéger à la grande courbure, et qu'on reconnut être un cancer de l'estomac ; mais ce malade ne faisait pas que tousser : il crachait, et le produit de son expectoration était mucosopurulent. L'auscultation révélait l'existence de cavernules à chaque sommet et de craquements humides dans près de la moitié supérieure des poumons. Il y avait donc des tubercules dans ces organes. Le malade mourut dans le dernier degré du marasme, et l'autopsie ne fit que confirmer l'exactitude du double diagnostic. L'estomac était envahi, tout le long de sa grande courbure et dans une grande partie de ses faces antérieure et postérieure, par des masses encéphaloïdes, ramollies et ulcérées ; chose remarquable, le pilore était respecté ; ce qui expliquait et la longue durée de l'affection cancéreuse et la rareté relative des vomissements. Quant aux poumons, on y voyait des cavernules aux sommets, ainsi que des tubercules et des granulations grises disséminées du haut en bas.

Cet homme, dont on peut rapprocher le cas de celui du malade de M. Gallard (1), était entré à l'hôpital avec sa double lésion de l'estomac et des poumons, de sorte qu'on n'avait, pour déterminer l'antériorité de l'une sur l'autre, que les données fournies par le récit du malade. Mais voici un cas où la succession des accidents est nettement établie et où l'on voit l'affection de l'estomac précéder d'un assez long temps la lésion pulmonaire.

Une femme de vingt-six ans entre, le 25 août 1873, dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Agathe, n° 3, pour des accidents gastriques. On constate, à l'épigastre, au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, l'existence d'une tumeur de 5 centimètres de diamètre environ, dure, non bosselée, sans adhérence à la peau et assez douloureuse à la pression. Cette

(1) Voir, plus haut, p. 27.

tumeur est soulevée par les battements de l'aorte abdominale. Il n'est pas douteux qu'elle ne soit indépendante de la rate, et il paraît infiniment probable qu'elle siège à la grosse tubérosité de l'estomac. Les troubles fonctionnels consistent dans de véritables accès de douleur, pendant lesquels la malade vomit. Ces vomissements surviennent plusieurs heures après le repas.

La malade dit avoir reçu, neuf ans auparavant, au niveau de l'estomac, un violent coup de coude dont elle aurait beaucoup souffert. Les douleurs auraient persisté pendant quatre mois, au bout desquels elle dit avoir vomi une assez grande quantité de sang noir. Elle fut alors forcée de garder le repos pendant six semaines, après quoi elle a pu reprendre son travail. Elle vécut ainsi jusqu'au moment de la guerre, en 1870, travaillant sans se plaindre, bien que se sentant toujours débile. L'appétit était des plus médiocres, et la douleur épigastrique reparaisait de temps en temps.

Au commencement de 1870, la malade a été prise de vomissements qui ont rapidement cessé après l'administration d'un vermifuge, lequel détermina l'expulsion d'un tænia. Elle resta à Paris pendant le siège et la Commune, comme fille de service, et supporta assez bien les fatigues et le manque de nourriture. Cependant il lui arrivait, une fois par mois environ, d'avoir des vomissements; elle rendait alors ses aliments, quelquefois aussitôt après les avoir pris, d'autres fois deux ou trois heures après leur ingestion. Quant à la douleur épigastrique, elle n'avait jamais disparu.

En septembre 1871, la malade alla dans son pays, où elle fut prise de vomissements qui se répétaient deux ou trois fois chaque jour. Elle ne rendait alors, et en assez grande quantité, qu'un liquide incolore et filant; elle avait complètement perdu l'appétit, et l'odeur seule des aliments provoquait les vomissements. C'est au commencement d'octobre de cette même année 1871 qu'ont commencé les douleurs violentes qui font encore, par moments, si cruellement souffrir la malade, et dont j'ai parlé tout à l'heure. Elle resta ainsi à la campagne jusqu'au mois de janvier 1873. Dans cet intervalle de temps, on lui appliqua, au creux de l'estomac, des vésicatoires, des emplâtres révulsifs, des cautères

même, mais rien ne put arrêter les vomissements ni les douleurs. L'appétit est également resté nul, et la petite quantité d'aliments que la malade prenait était souvent rendue une ou deux heures plus tard. Le lait lui-même n'était pas supporté; une seule chose paraît avoir été tolérée par la malade, c'est la pâtisserie grossière qu'on fait dans les campagnes. Plus tard, la malade remarqua que les aliments vomis n'étaient pas toujours ceux qu'elle venait de prendre, mais souvent ceux de la veille. Parfois, elle avait de la diarrhée, mais elle n'a jamais eu de méléna. Le plus ordinairement, d'ailleurs, il y avait de la constipation. Pendant toute la durée de son séjour à la campagne, la malade *ne toussait pas*; elle est à ce sujet des plus explicites.

En janvier 1873, elle est entrée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Siredey. Cet habile médecin découvrit à la région épigastrique la présence d'une tumeur dont la malade ne s'était nullement aperçue jusque-là. Pendant les deux premiers mois de son séjour à Lariboisière, les accidents que j'ai déjà signalés persistèrent. Il se manifesta même pour la première fois, à la fin de janvier, un symptôme caractéristique, je veux dire un vomissement marc de café très abondant (un demi-litre environ), si l'on en croit la malade. Trois semaines après, il y eut un second vomissement de même nature.

M. Siredey diagnostiqua un « cancer de l'estomac » et fit faire de la révulsion au creux épigastrique; il combattit la douleur par des injections de morphine et fit prendre de la pepsine à la malade. Au début du traitement, le lait fut mal supporté. Au bout de trois mois, il y eut une amélioration notable. Les douleurs vives n'avaient pas complètement disparu, mais elles ne reparaisaient que de loin en loin; quant aux vomissements, ils avaient cessé de se produire. Pendant deux mois et demi, la malade ne vomit pas une seule fois, et l'appétit revint avec une certaine vivacité.

M. Siredey ne nota aucun symptôme thoracique.

La malade resta ainsi à l'hôpital Lariboisière jusqu'au milieu du mois d'août, c'est-à-dire plus de six mois, et elle partit en convalescence pour le Vésinet; mais elle fut obligée d'en sortir au bout de huit jours en raison de ses douleurs gastriques et