

(Obs. I.) — J'ai été pendant une vingtaine d'années le médecin d'une dame dont la mère avait succombé, sous mes yeux, à un cancer stomacal tout à fait classique. Cette dame fut atteinte, il y a six ans, d'une dyspepsie flatulente des plus rebelles avec dilatation de l'estomac et hyperchlorhydrie. Puis j'avais assisté à l'évolution d'un ulcère stomacal avec douleurs caractéristiques; l'intolérance de l'estomac était absolue, tous les aliments sans exception étaient rejetés, et l'amaigrissement avait pris des proportions inquiétantes. J'avais porté le diagnostic d'ulcère simple, mais tout le monde dans la famille, et la malade elle-même, fille de cancéreuse, ne pouvait éloigner l'idée de cancer. Sous l'influence du régime lacté et des alcalins à haute dose, cette dame guérit de son ulcère, au moins en apparence. Pendant plusieurs mois, la dyspepsie et la gastralgie disparurent, et l'intolérance de l'estomac fit place à un tel appétit, que la malade avait engraisé de huit kilos. Mais des accidents d'un autre ordre ne tardèrent pas à survenir; l'inappétence devint complète, l'amaigrissement fit de nouveaux et rapides progrès, la malade, qui avait passé l'été à la campagne, rentra à Paris, méconnaissable, cachectique, le teint jaune paille, et je constatai l'existence d'un cancer de l'estomac bientôt compliqué d'un énorme cancer du foie.

(Obs. II.) — Du Mesnil de Rochemont a publié, en 1874, l'observation d'une femme de trente-huit ans, qui succomba après une opération de gastro-entérostomie pratiquée pour un cancer de l'estomac. A l'autopsie, on trouva une infiltration cancéreuse de la paroi postérieure de l'estomac et près du pylore un ulcus simplex.

(Obs. III.) — Une femme de quarante et un ans¹, atteinte de troubles dyspeptiques depuis une dizaine d'années, fut prise de douleurs d'estomac dont l'intensité augmentait après les repas. A son entrée dans le service de M. Lépine, les douleurs continuaient à être extrêmement vives à la région épigastrique, qu'il y eut ou non ingestion d'aliments.

1. Fournier. Périgastrite antérieure suppurée. Rôle étiologique de cancer précédant un ulcère. *Lyon médical*, 17 janvier 1897.

Le ventre était augmenté de volume et la palpation, gênée du reste par les douleurs, faisait constater à l'hypocondre gauche une masse volumineuse à surface inégale. La fièvre était forte, la température atteignait 38°,5. On porta le diagnostic de périgastrite consécutive à un ulcère de l'estomac. A dater de cette époque, la situation s'aggrava, et la malade mourut. A l'autopsie, on trouva la face antérieure de l'estomac unie à la paroi abdominale par des adhérences infiltrées de pus. Le bord gauche du foie adhérait à une masse qui s'étendait de la région épigastrique à quelques centimètres au-dessous des fausses côtes. A l'ouverture de l'estomac, on trouva un vaste ulcère de 16 centimètres de long sur 10 de large. L'ulcère occupait la petite courbure et empiétait sur le pylore; ses bords étaient taillés à pic, et sa surface présentait des bourgeons cancéreux. De nombreux ganglions entouraient le pylore et envahissaient le mésentère. Le lobe gauche du foie contenait deux noyaux cancéreux ayant le volume d'une cerise et d'une noix. Il s'agissait donc ici d'un cancer de l'estomac greffé sur un ulcère simple et compliqué de périgastrite antérieure suppurée.

(Obs. IV.) — M. Letulle reçut un jour, au Laboratoire des travaux pratiques d'Anatomie pathologique, un estomac au sujet duquel on lui demandait si la lésion était un ulcère ou un cancer. Voici la description de la pièce anatomique¹. Une large ulcération, sèche, analogue à une rondelle d'orange, existe à la face antérieure de l'estomac, près du pylore encore bien perméable; elle repose sur la face inférieure du foie, qui n'est pas envahie mais simplement symphysée. Les bords presque arrondis de l'ulcère sont nets, durs, taillés à pic; le fond de l'ulcère a un aspect cicatriciel bien détergé, également destructif. Le péritoine, dans les régions non adhérentes au foie, est intact comme le foie lui-même; tous les ganglions circonvoisins sont normaux, les veines saines.

La maladie remontait à un nombre d'années incalculable.

1. Letulle. Diagnostic de cancer de l'estomac. *La Presse médicale*, 13 juillet 1896.

Pièce en mains, M. Letulle croit à un ulcère simple, calleux, très ancien, non cancéreux. Mais à l'examen histologique des coupes, cette première impression est modifiée. Tout le fond de l'ulcère est sain, nécrosé, indemne de cancer; c'est un tissu fibroïde, un ulcère qui a fait barrière suffisante et a éliminé les couches gastriques; en un mot, le fond est celui d'un ulcère simple, cicatriciel. Mais sur les bords de l'ulcération, là où persistaient quelques couches constitutives de l'estomac, couche sous-muqueuse et tissu musculaire, les lésions cancéreuses sont indiscutables. Les faisceaux musculaires sont dissociés par des traînées de cellules épithéliales polymorphes, énormes pour la plupart et richement nucléés. La sous-muqueuse, enfin, est de même façon cancérisée. Tout en dehors, sur la muqueuse épaissie commençait la même désorganisation. En somme, il s'agissait d'un cancer de l'estomac greffé sur un ulcère; l'examen macroscopique était trompeur et le microscope avait rétabli la nature des lésions, ulcératives au centre, carcinomateuses à la périphérie.

(OBS. V.) — Chez une femme de quarante ans, jusqu'alors bien portante, était survenue brusquement une abondante hématomèse suivie de méléna¹. Le régime lacté ayant été prescrit, la malade en éprouva une légère amélioration, et on pensa à un ulcère simple de l'estomac. Quelques mois plus tard, survint une nouvelle hématomèse encore plus abondante que la première. La malade fut, dès lors, en proie à une anémie profonde, elle avait des palpitations, son teint était d'une pâleur cireuse, elle éprouvait de vives douleurs au creux épigastrique avec retentissement rachidien. Naturellement, le diagnostic d'ulcère simple fut maintenu par M. Tapret. Cette fois encore, le régime lacté fut suivi d'amélioration. Deux mois plus tard, survint une nouvelle hémorragie qui entraîna la mort. L'autopsie démontra la coexistence d'un cancer et d'un ulcère, ce dernier ayant déterminé l'ulcération de l'artère pylorique.

1. Tapret. Cancer hémorragique de l'estomac avec ulcère rond. *Union médicale*, 1891, p. 241.

(OBS. VI.) — Hanot a publié l'observation suivante¹: Une femme de quarante-deux ans entre dans son service pour des douleurs stomacales extrêmement vives. Ces douleurs, accompagnées de vomissements et d'irradiations dans le dos, atteignent leur plus grande intensité, une heure ou deux après les repas. Plusieurs fois, on a constaté des hématomèses. On posa le diagnostic d'ulcère de l'estomac et la malade fut mise au régime lacté. Très améliorée par ce traitement, elle quitta l'hôpital, mais six mois plus tard, les douleurs stomacales revinrent, avec anorexie et dégoût pour la viande. La malade se remit au régime lacté, mais, en dépit du traitement, les douleurs et les vomissements reparaissant de nouveau, elle rentra dans le service de Hanot. A ce moment, elle est très amaigrie, très affaiblie, ses téguments ont une teinte cireuse; elle a du méléna, du vertige, des éblouissements, des lypothimies. Un jour, vers deux heures de l'après-midi, elle est prise d'hémorragie intestinale si considérable, qu'elle tombe en syncope. L'interne de garde, mandé au plus vite, pratique une injection d'ergotine, mais toute médication est inutile et la malade succombe.

A l'autopsie, on trouve, à la région pylorique, une vaste ulcération de 5 centimètres de diamètre. Au niveau de la petite courbure, la paroi de l'estomac a disparu et le fond de l'ulcère est constitué par le foie. Trois ou quatre artérioles béantes ont été la cause de l'hémorragie mortelle. Le tissu hépatique qui forme le fond de l'ulcère contient un gros noyau cancéreux du volume d'une amande. A la face inférieure du pancréas existe un gros ganglion du volume d'une noix, entouré de ganglions plus petits également cancéreux.

Ainsi, dit Hanot, après avoir porté, pendant la vie, le diagnostic d'ulcère de l'estomac, justifié par les symptômes que nous venons d'énumérer, l'autopsie démontre l'existence d'une généralisation cancéreuse, et il conclut « à un cancer de l'estomac à symptomatologie, il faut le dire, assez exceptionnelle ». Je causais un jour avec Hanot de cette observa-

1. Hanot. Cancer de l'estomac et ulcère simple. Mort par hémorragie foudroyante. *Archives générales de médecine*, 1884.

tion, et il convint, avec moi, qu'elle aurait dû être publiée sous la rubrique d'ulcère de l'estomac avec transformation cancéreuse.

J'ai tenu, Messieurs, à vous faire relater ces observations pour vous mieux faire saisir la valeur des arguments qui vont servir à notre discussion. Il est un point sur lequel vous êtes actuellement bien édifiés, c'est que l'ulcère de l'estomac, dans des cas relativement nombreux, surtout quand l'hérédité s'en mêle, subit la dégénérescence cancéreuse. Le problème à résoudre est donc le suivant : comment savoir si l'ulcus de l'estomac, maladie souvent curable, est en voie de transformation cancéreuse, complication toujours mortelle.

Plusieurs cas peuvent se présenter : dans un premier cas, les symptômes de l'ulcus sont si accusés, ils dominent tellement la situation, que l'association cancéreuse passe presque forcément inaperçue. Voici, par exemple, un malade atteint des signes classiques de l'ulcus, il est pris un jour de perforation stomacale, de péritonite aiguë, d'hémorragies répétées ou foudroyantes, auxquelles il succombe comme dans les cas de M. Tapret et de Hanot. Ces complications sont mises avec raison sur le compte d'un ulcère, et à l'autopsie, on constate avec l'ulcère une dégénérescence cancéreuse qui n'avait pas encore eu le temps d'imprimer son cachet à l'affection.

Par contre, vous êtes appelé auprès d'un malade qui présente des signes de cachexie cancéreuse ; tel était le cas de notre malade, celui qui fait l'objet de cette leçon. Amaigrissement, dégoût des aliments, teinte jaune paille des téguments, hypochlorhydrie, cachexie progressive, ganglions à l'aîne ou à la région claviculaire, tout vous pousse à porter le diagnostic de cancer de l'estomac. Quels sont les signes et les symptômes qui vous permettront de reconnaître que le cancer est greffé sur un ulcère ; ou même, quels signes et quels symptômes vous autoriseront à éliminer l'hypothèse du cancer pour ne conserver que le diagnostic de l'ulcère ?

C'est ici qu'il faut procéder avec méthode, et préciser nettement l'origine et la marche du mal. Le cancer et l'ul-

cère de l'estomac ne débutent pas et n'évoluent pas de même manière. Il ne suffit pas de faire un examen approfondi de votre malade ; il faut remonter dans son passé, il faut étudier avec soin l'entrée en scène et la valeur de chaque symptôme ; il faut, en un mot, je ne cesse de vous le répéter, faire une bonne sémiologie.

Règle générale, les violentes douleurs stomacales et les grandes hématémèses ne sont pas l'apanage du cancer, elles appartiennent à l'ulcère. Il est des cancers de l'estomac qui sont douloureux, c'est vrai ; mais la douleur du cancer n'atteint pas l'intensité des douleurs de l'ulcus. Tout individu qui, avec les apparences de la cachexie cancéreuse, souffre ou a souffert, à diverses périodes de sa maladie, de *très vives* douleurs gastriques et inter-scapulaires, exaspérées par l'ingestion des aliments et par la digestion, cet individu d'aspect cancéreux a peut-être greffé un cancer sur son ulcère, mais il a certainement un ulcère, il se pourrait même qu'il n'eût que l'ulcère sans cancer du tout.

Une discussion analogue est applicable aux grands vomissements de sang. Il est des cancers de l'estomac qui saignent et qui provoquent des hématémèses et du mélæna. Mais ces gastrorrhagies cancéreuses, qu'on a comparées au marc de café, à la suie délayée dans de l'eau, seraient-elles même plus abondantes, ne sont pas comparables aux grands vomissements de sang qui peuvent survenir à toutes les phases de l'ulcus. Tout individu qui, avec les apparences de la cachexie cancéreuse, présente, ou a présenté à diverses périodes de sa maladie, des hématémèses très abondantes, répétées, rouges ou noires, liquides ou en caillots, associées ou non à d'abondantes hémorragies intestinales, cet individu d'aspect cancéreux a peut-être greffé un cancer sur son ulcère ; mais il a certainement un ulcère, il se pourrait même qu'il n'eût qu'un ulcère sans cancer du tout.

Les malades de M. Tapret et de Hanot avaient les très vives douleurs stomacales et les abondantes hémorragies auxquelles je viens de faire allusion ; aussi trouva-t-on, à l'autopsie, l'ulcère sur lequel s'était greffé le cancer.

En relisant les observations que Trousseau a relatées dans

ses belles leçons, sur le diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac, il me semble que deux des malades auxquels il fait allusion, et qui furent considérés par lui comme atteints de cancer de l'estomac, avaient en réalité un ulcère sur lequel s'était greffé un cancer. Voici l'une de ces observations :

Le vice-président du tribunal d'une de nos villes les plus importantes fut pris, dans le courant de l'année 1849, de vomissements de sang et d'hémorragies intestinales considérables, qui le mirent à deux doigts de sa perte. Il se rétablit assez promptement, et put quitter la campagne où il s'était retiré, pour reprendre ses fonctions de magistrat. A partir de cette époque, les mêmes accidents se reproduisirent à peu près tous les six mois, et chaque fois les quantités de sang rendues par la bouche et par le fondement étaient considérables. Cependant les digestions s'accomplissaient avec une régularité parfaite; l'appétit était bon, et le malade était même un assez fort mangeur. Parfois il éprouvait des douleurs d'estomac extrêmement vives, atroces; il se plaignait continuellement d'une faiblesse qui l'empêchait de marcher longtemps, de monter les escaliers sans être essoufflé. Sans être naturellement gras, il avait conservé un certain embonpoint, mais ses téguments avaient une excessive pâleur et sa peau présentait une légère coloration jaune paille. Il était venu consulter à Paris, et l'on avait constaté une tumeur abdominale à la paroi antérieure de l'estomac. Sa mère était morte d'un cancer au sein, et lui, qui ne se faisait aucune illusion sur sa situation, parlait sans cesse de sa fin prochaine, tout en continuant de remplir avec la plus grande exactitude les fonctions dont il était chargé.

Au mois de septembre 1856, sept ans par conséquent après le début de ces accidents, il alla passer ses vacances dans sa terre; quelques mois auparavant il avait eu une hématomèse accompagnée, comme toutes les précédentes, de mélæna, qui persista encore pendant quelques jours. Tout à coup, sans causes occasionnelles appréciables, sans phénomènes prémonitoires, il fut pris, un dimanche, d'une énorme hémorragie

par la bouche. Cette hémorragie se répéta le mardi, le jeudi et le samedi suivants. Chaque fois, la quantité de sang rendu par le vomissement remplissait une grande cuvette, et chaque fois aussi il y avait par les garde-robes une évacuation de matières noires semblables à du goudron. Le malade, épuisé par ces pertes de sang, tomba dans un état de faiblesse profonde, et mourut le dimanche suivant, 19 octobre, dans la journée, huit jours après le début de ces effroyables accidents. Quoique, dans cette observation, le contrôle de l'examen nécroscopique ait manqué, le diagnostic ne saurait être regardé comme douteux. M. le D^r Gendrin et mon ancien chef de clinique, M. le D^r Blondeau, avaient constaté l'existence de la tumeur, qui était parfaitement appréciable à la palpation. D'après ces exemples, dit Trousseau, vous voyez que l'hémorragie stomacale et intestinale, quelque abondante, quelque répétée qu'elle soit, ne saurait être donnée, pas plus que la douleur gastrique, comme un signe positif de l'ulcère simple de l'estomac.

Je suis convaincu, Messieurs, que si Trousseau avait connu, comme nous la connaissons actuellement, la coexistence du cancer et de l'ulcère, il aurait certainement modifié ses conclusions. Son malade, dont les lésions stomacales avaient évolué pendant sept ans, période bien longue pour un cancer, avait eu les grands symptômes de l'ulcus, les douleurs de l'estomac vives et atroces, les vomissements de sang et les hémorragies intestinales considérables; puis, cet homme, fils de mère cancéreuse, avait greffé sur son ulcère un cancer qui forma tumeur à la paroi antérieure de l'estomac.

La discussion que je viens d'entreprendre au sujet des grandes douleurs et des grandes hématomèses, tributaires de l'ulcus, avec ou sans dégénérescence cancéreuse, cette même discussion est applicable aux périgastrites suppurées qui ont souvent été mises sur le compte du cancer. Feulard¹, et tout récemment M. Brechoteau², ont réuni bon

1. Feulard. Fistule ombilicale et cancer de l'estomac. *Archives générales de médecine*, 1887, p. 158.

2. Brechoteau. Phlegmon péri-ombilical et fistule gastro-cutanée dans le cancer de l'estomac. *Thèse*, Paris, 1896.

nombre d'observations concernant la périgastrite phlegmoneuse antérieure, le phlegmon péri-ombilical, les fistules ombilicales et gastro-cutanées consécutives au cancer de l'estomac. M. Fournier¹, reprenant la question après M. Bouveret, émet l'opinion que ces lésions de périgastrite suppurée, si on y regardait de plus près, sont attribuables non pas au cancer, mais à l'ulcère, ou du moins à un ulcère sur lequel s'est greffé un cancer. Voici les conclusions du travail de M. Fournier :

« Dans le cancer de l'estomac, la périgastrite antérieure suppurée, revêtant ordinairement la forme de phlegmon péri-ombilical suivi de fistule gastro-cutanée ou gastro-colique, est une complication qui s'observe presque exclusivement lorsque le cancer s'est développé sur un ulcère. Tout paraît confirmer l'opinion de M. Bouveret, que les perforations cancéreuses de l'estomac sont plus communes quand le cancer s'est greffé sur un ulcère. C'est surtout lorsque le cancer s'est développé sur un ulcère, qu'il tend à s'extérioriser et à envahir les organes voisins. »

Ces assertions me paraissent absolument justifiées; ce qui creuse, ce qui perfore l'estomac, ce n'est pas le cancer, c'est l'ulcère. Un cancer stomacal qui détruit l'organe au point de prendre le foie et le pancréas pour paroies, ou qui provoque une périgastrite phlegmoneuse, ce cancer est presque sûrement associé à un ulcère, l'*ulcère perforant*! Donc, tout individu qui, avec des troubles gastriques et des apparences de cachexie cancéreuse, présente des complications de périgastrite suppurée avec ou sans propagation à la paroi abdominale, avec ou sans fistule gastro-cutanée, cet individu d'aspect cancéreux a peut-être greffé un cancer sur son ulcère, mais il a certainement un ulcère; il se pourrait même qu'il n'eût qu'un ulcère sans cancer du tout. Vous en avez vu récemment un exemple au n° 3 de notre salle Sainte-Jeanne. Une femme absolument amaigrie, au teint cireux, ayant toutes les apparences de la cachexie cancé-

1. Fournier. Périgastrite antérieure suppurée dans le cancer de l'estomac. Rôle étiologique de l'ulcère précédant le cancer. *Lyon médical*, 17 janvier 1897.

reuse, nous arrive avec un empâtement de la région péri-ombilicale et sous-ombilicale. L'élève qui m'a présenté l'observation concluait à l'existence d'un cancer stomacal ayant déterminé de la péritonite. Me basant sur d'anciennes hématomèses abondantes et sur l'existence de la périgastrite suppurée, je vous ai dit que cette malade devait avoir un ulcère stomacal, origine de sa périgastrite, j'ai ajouté qu'elle avait peut-être greffé un cancer sur son ulcère et qu'il se pouvait enfin qu'elle n'eût pas de cancer du tout. Cette femme, trop malade pour qu'on ait pu tenter une opération, a succombé bientôt après. L'autopsie a démontré la présence d'un ulcère stomacal avec périgastrite suppurée. Il n'y avait point de cancer.

De la discussion que je viens d'entreprendre, il ressort que s'il est généralement possible d'affirmer la présence d'un ulcère stomacal, il est habituellement difficile de diagnostiquer la transformation de l'ulcère en cancer. Et cependant, ce diagnostic aurait la plus grande importance, car être ou n'être pas cancéreux, c'est le *to be or not to be*; c'est la mort ou la guérison en perspective. Mais je ne connais ni signes ni symptômes qui nous permettent, *dans les cas difficiles*, d'affirmer ou de rejeter d'une façon certaine l'hypothèse du cancer. J'ai traité ailleurs¹ cette question en détail et j'ai réuni bon nombre d'observations où le diagnostic de cancer, qui paraissait évident, fut démontré erroné par la laparotomie. L'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie, signes de quelque valeur au cas de cancer, perdent ici une partie de leur importance, car la présence de l'ulcus paraît suffire pour rehausser le taux de l'acide chlorhydrique. La présence d'une induration à la région épigastrique n'a pas, il s'en faut, toute la valeur que vous pourriez supposer, car il est des ulcères non cancéreux dont les tissus indurés donnent la sensation d'une tumeur, et d'autre part, il est des cancers de l'estomac qui échappent au palper ou ne forment pas tumeur. Et ainsi de suite pour tous les autres signes, y

1. *Manuel de pathologie interne*, 1897, t. III, p. 272.

compris l'amélioration, parfois remarquable et l'augmentation de poids que le traitement peut donner au cours de la cachexie cancéreuse, amélioration qui pourrait faire croire à tort à un ulcus non cancéreux. Enfin, ce qui complique encore le diagnostic, c'est qu'il est des malades qui, sous les apparences de la cachexie cancéreuse, n'ont en somme que la cachexie inhérente à l'ulcère.

L'étude que nous venons de faire assombrit encore le pronostic de l'ulcère de l'estomac; l'ulcère est grave par ses symptômes, douleurs et vomissements qui peuvent conduire au dépérissement du malade; il est grave par ses complications, hémorragies foudroyantes et perforation de l'estomac; il est grave par la fréquence de ses récidives et enfin par la possibilité de sa transformation en cancer.

Avant de terminer, j'ai encore à vous dire quelques mots d'anatomie pathologique. L'ulcère et le cancer de l'estomac peuvent coexister suivant des combinaisons multiples. La combinaison la plus fréquente est celle que nous avons constatée chez notre malade, la dégénérescence cancéreuse se fait pendant que l'ulcère est en pleine évolution; dans d'autres cas, c'est la cicatrice d'un ulcère guéri qui devient le point de départ de la transformation cancéreuse; d'autres fois enfin, on trouve nettement séparés dans l'estomac un cancer et un ulcère, ce qui fait supposer que c'est sur un premier ulcère que le cancer avait pris naissance. Au point de vue des variétés anatomiques, toutes les modalités du cancer ont été rencontrées, épithélioma cylindrique, épithélioma métatypique, carcinome encéphaloïde, squirrheux et colloïde. De ces différentes variétés, l'épithélioma métatypique, celui qu'avait notre malade, paraît être le plus fréquent. La phase adénomateuse ne précède pas toujours, il s'en faut, le développement épithéliomateux¹.

1. M. Hayem vient de publier à ce sujet un travail dont voici les conclusions : « Il existe une variété d'adénome ou de polyadénome stomacal, constitué exactement sur le type de glandes de Brunner. Ce polyadénome semble avoir pour point de départ les culs-de-sac glandulaires de la muqueuse, mais il ne tarde pas à perforer la *muscularis mucosæ*, pour atteindre tout son

La transformation de l'ulcère stomacal en cancer est comparable à la transformation qui se voit ailleurs sur les *cicatrices*. M. Chaintre a publié à ce sujet un intéressant travail¹ où il a réuni une quantité d'observations. Poncet : épithélioma développé sur la cicatrice d'un moignon après amputation de jambe; — Mollière et Laroyenne : épithélioma développé sur la cicatrice d'un ancien cautère de la région deltoïdienne; — Marcin : transformation cancéreuse d'une cicatrice de brûlure siégeant à la partie inférieure de la cuisse; — Poncet : épithélioma développé sur des fistules urinaires; — Jansion : épithélioma greffé sur de vieux ulcères de la jambe, etc.

Les rapports de l'épithélioma avec la leukokératose buccale ont été bien étudiés ces temps derniers : l'apparition épithéliomateuse peut survenir sur une plaque de leukokératose buccale, labiale, linguale ou sur la cicatrice de plaques de leukokératoses opérées. Si la transformation épithéliomateuse, dit M. Le Dentu², ne doit pas, dans l'état actuel de la science, et malgré son assez grande fréquence, être consi-

développement dans la couche cellulaire sous-muqueuse... Cette variété de tumeur, bien que rentrant dans la catégorie des tumeurs bénignes, ne se généralisant pas, se comporte cependant de manière à acquérir une certaine malignité. Elle présente effectivement des rapports remarquables, d'une part avec l'ulcère, d'autre part avec le cancer consécutif à l'ulcère. Dans le cas d'ulcère, le polyadénome prend un développement tel qu'il amène d'un côté la régression de la muqueuse, de l'autre l'atrophie et la discontinuité de la musculaire... La pièce concernant un cas d'ulcère transformé en cancer, était trop compliquée pour qu'on pût y reconnaître le rôle de la production adénomateuse dans la formation de l'ulcère. La seule chose qu'on puisse affirmer, c'est que l'adénome existait avant la transformation cancéreuse, puisqu'il a été possible de reconnaître en divers points de la masse en voie de dégénérescence cancéreuse, des portions nettement adénomateuses. Enfin nous dirons, comme dernière conclusion, que la gastrite parenchymateuse pure ou mixte, qui est le terrain favorable au développement de l'ulcère rond, semble être également celui de la production de cette variété si intéressante de tumeur, représentant une sorte de néoplasie intermédiaire entre les hypertrophies glandulaires simples et les tumeurs dites malignes. » *La Presse médicale*, 4 août 1897.

1. Chaintre. De l'épithélioma des cicatrices. *Gazette médicale de Paris*, 1889, p. 195.

2. Le Dentu. Des rapports de la leukokératose avec l'épithélioma. *Revue de Chirurgie*, décembre 1896.

dérée comme une phase inévitable de la maladie, on peut et on doit penser, qu'elle est déterminée par une prédisposition inhérente à la leukokératose elle-même. Cette question a été reprise au point de vue histologique par MM. Cestan et Petit¹, qui admettent la dégénérescence cancéreuse au niveau d'une fissuration, ou la transformation épithéliomateuse *in situ*, des éléments leukokératosiques.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — L'ulcus simplex de l'estomac est assez fréquemment atteint de dégénérescence cancéreuse, surtout chez les sujets héréditairement prédisposés. La transformation se fait sur l'ulcère en voie d'évolution ou sur la cicatrice d'un ulcère guéri. L'épithélioma métatypique est la variété la plus commune.

2. — Cette association morbide peut se traduire cliniquement par l'association ou par la succession des symptômes de l'ulcère et du cancer.

3. — Il est généralement assez facile de faire la part des symptômes de l'ulcère; il est beaucoup plus difficile de faire la part des symptômes du cancer.

4. — La cancérisation de l'ulcus stomacal et de sa cicatrice, n'est pas sans analogie avec la cancérisation des cicatrices vivaces ou éteintes qui peuvent exister en d'autres régions².

1. Cestan et Petit. Épithélioma et leukokératose bucco-linguale. *Société anatomique*, avril 1897. Leucoplasie vulvo-vaginale. *La Semaine gynécologique*, août et septembre 1897.

2. L'ulcère simple du *duodénum* peut, comme l'ulcère simple de l'estomac, subir la dégénérescence cancéreuse. M. Letulle vient d'en publier un exemple : Un homme de cinquante-cinq ans, qui avait été soigné dans son service pour un ulcère de l'estomac, est venu y mourir avec tous les signes d'un cancer. A l'autopsie, on a trouvé l'estomac intact; mais, à la première portion du duodénum, existait un cancer avec une ulcération entourée de végétations polypiformes et de tumeurs adénomateuses. Au microscope, c'est un épithélioma cylindrique manifestement développé sur un ulcère ancien du duodénum. *Société anatomique*, 15 octobre 1897.

QUATORZIÈME LEÇON

LITHIASIE INTESTINALE ET ENTÉRO-COLITE

SABLEUSE

MESSIEURS,

Vous avez vu récemment dans nos salles plusieurs malades atteints d'entéro-colite sableuse et de lithiasie intestinale; je mets sous vos yeux une série d'échantillons qui proviennent du sable et des graviers recueillis dans leurs garde-robes, et je profite de cette occasion pour étudier dans son ensemble cette question jusqu'ici trop négligée.

Entéro-colite sableuse, lithiasie intestinale, gravelle de l'intestin, sont les dénominations qui conviennent aux différents états que je vais vous décrire. Si je ne me trompe, c'est à l'Académie de médecine que cette affection a été étudiée pour la première fois, dans une communication faite par M. Laboulbène, le 18 novembre 1873, « sur le sable intestinal ». Les six observations que M. Laboulbène avait réunies dans son mémoire sont caractéristiques. Dans l'une de ces observations, que je résume en quelques mots, il s'agit d'une jeune femme de trente ans qui, depuis plusieurs mois, éprouvait des crises extrêmement douloureuses au ventre et à l'estomac. Pendant ces crises, qui n'étaient pas sans analogie avec des coliques hépatiques, on pouvait percevoir les