

Il est des cas où le traitement médical de l'ulcus est impuissant : hémorragies, douleurs, vomissements persistent avec ténacité (le malade n'étant pas syphilitique), il faut recourir alors au traitement *chirurgical*.

Voici comment mon ancien interne, Marion¹, résume la question : les interventions pour hémorragies sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes et des renseignements précis au point de vue du manuel opératoire. Gannat entreprit une opération chez un malade ayant des hématomésés, mais, effrayé par les adhérences péri-stomacales, il referma l'abdomen sans aller plus loin. L'autopsie démontra la présence d'un ulcère simple avec ulcération de l'artère pancréatico-duodénale.

Mikulicz est intervenu quatre fois pour des hématomésés ; la première fois, il fit une cautérisation de l'ulcère ; le malade mourut de collapsus cinquante heures après l'opération. La seconde fois, il pratiqua une suture de la région qui saignait ; le malade succomba par collapsus le soir même. Chez une femme, il curetta l'ulcère, perfora la paroi stomacale qu'il sutura, et la malade guérit. Enfin, dans le quatrième cas, il sutura l'estomac au niveau de la lésion saignante, et dans la soirée la mort survint par collapsus. Küster opéra une jeune fille atteinte d'hématomésés ; il cautérisa l'ulcère et compléta son opération par une gastro-entérostomie pour obvier au rétrécissement ultérieur du pylore qu'aurait pu produire la cicatrice de l'ulcère voisin de l'orifice ; la malade fut guérie. Roux a pratiqué la gastrectomie partielle suivie de la suture à trois plans chez un malade atteint d'hématomésés consécutives à un ulcère simple qui avait déterminé l'érosion de l'artère coronaire stomacale. La ligature double de cette artère combinée avec l'excision de la partie ulcérée sauva le malade.

Dans les cas autres que l'hémorragie, de nombreux et

1. Marion. *De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac*. Thèse de Paris, 1897.

importants succès ont été enregistrés (Doyen)¹. En face d'un ulcère qui se traduit par des hématomésés fréquentes et répétées, par des vomissements incessants avec intolérance de l'estomac ; par des symptômes de spasme ou de rétrécissement pylorique, par des signes de cachexie, en face de cas semblables rebelles à tout traitement médical, la chirurgie doit intervenir, et la gastro-entérostomie est l'opération de choix². Chaque opérateur modifie à son gré le procédé opératoire, suivant les adhérences, les dimensions, l'étendue, la profondeur, la situation de l'ulcère simple.

§ 11. PERFORATION DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC PÉRITONITE SURAIGÜE

J'ai étudié dans le précédent chapitre les conséquences de la perforation de l'ulcère, alors que des adhérences protectrices *localisent* la lésion ; je vais étudier dans ce chapitre la perforation de l'ulcère et la *péritonite suraiguë* qui en est la conséquence. Pour donner une idée de ce terrible accident, je n'ai qu'à rappeler l'observation du malade qui m'a servi de type dans l'une de mes leçons cliniques³.

Un matin, pendant que je faisais ma visite à l'Hôtel-Dieu, je vois entrer, soutenu par deux infirmiers, un jeune garçon dont le pâle visage exprimait la plus vive souffrance. Il s'avancait péniblement, plié en deux, le ventre effacé, les mains en avant comme pour protéger l'abdomen et éviter tout contact qui eût exaspéré les douleurs. On le déshabille à grand-peine, tout mouvement rappelant les douleurs abdominales, on le couche et je l'examine. Il éprouve, nous dit-il, des douleurs terribles dans le ventre. Ces douleurs ont éclaté *brusquement* le matin, à six heures, « comme si

1. Doyen. *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, 1895.

2. Comte. *Semaine médicale*, 1895, p. 597 et 405.

3. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898. Perforation de l'ulcère simple de l'estomac. Péritonite suraiguë. Cinquième leçon.

l'intestin se déchirait ». D'emblée elles ont été violentes, et c'est avec la plus grande peine que ce pauvre garçon a pu arriver à l'hôpital. Ces atroces souffrances n'ont été suivies ni de vomissements, ni de hoquet; le ventre est plat, le pouls est normal à 68, la température est à 37°,4. Au milieu de tous ces symptômes négatifs, un seul symptôme émergeait : la douleur.

Au premier abord, j'eus une fort mauvaise impression; les traits étaient légèrement grippés et le nez s'effilait. Il s'agissait de faire un diagnostic; j'ajouterai même que ce diagnostic devait être précis et rapide, dans le cas où une intervention chirurgicale immédiate eût été jugée nécessaire. S'agissait-il d'une appendicite, ou d'une péritonite consécutive à la perforation d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou bien avions-nous affaire à un étranglement interne, à une entéro-colite suraiguë, à des coliques néphrétiques, hépatiques ou saturnines? C'est par une séméiologie précise, c'est par l'étude complète et raisonnée de tel signe, de tel symptôme qu'on arrive, dans des cas semblables, à formuler un diagnostic rigoureux.

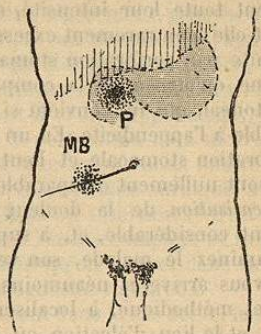
La douleur étant dans le cas actuel le symptôme dominant, c'est la douleur qui devait être tout d'abord notre guide et l'objet de notre investigation. C'est à six heures du matin que cette douleur avait éclaté, soudaine, terrible, atteignant d'emblée toute son intensité. Cette douleur était d'autant plus inattendue, que ce jeune garçon s'était couché la veille fort bien portant, n'éprouvant et n'ayant jamais éprouvé aucune douleur abdominale. Cette brusquerie et cette intensité de la douleur rappelaient de tous points ce que j'ai appelé : le *coup de poignard péritonéal*, ce grand symptôme des perforations de l'ulcus de l'estomac et du duodénum. Cette brusque entrée en scène éloignait sans plus ample informé l'idée de l'appendicite. Nous ne sommes plus à l'époque où l'on admettait, à la suite de descriptions erronées, que l'appendicite peut se démasquer tout à coup par une atroce douleur due à la perforation de l'appendice. Dussé-je revenir une fois de plus sur ce sujet, j'affirme

que dans l'appendicite (quand on se donne la peine d'y regarder de près) les choses ne se passent jamais ainsi. Pour si douloureux que soit le début de l'infection appendiculaire, les douleurs sont *graduellement croissantes*: interrogez avec soin vos malades, tâchez d'obtenir d'eux, non pas des réponses vagues, mais une réponse précise et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure, après plusieurs heures, que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité, et encore même cette intensité est-elle bien rarement excessive; tandis que, au cas de péritonite par perforation stomacale, la douleur est aussi soudaine qu'atroce et la comparaison du coup de poignard péritonéal, qui lui convient si bien, n'est vraiment pas applicable à l'appendicite. En un mot, l'entrée en scène de la perforation stomacale et l'entrée en scène de l'appendicite ne sont nullement comparables.

De plus, la *localisation* de la douleur fournit au diagnostic un appoint considérable, et, à supposer qu'au moment où vous examinez le malade, son ventre tout entier soit douloureux, vous arriverez néanmoins, par une exploration attentive et méthodique, à localiser la région où la douleur a éclaté, et le lieu d'élection où elle a acquis sa plus vive intensité. Au cas d'appendicite (alors même que les douleurs s'étendraient ailleurs), ce lieu d'élection occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite (région appendiculo-cæcale). C'est à ce niveau (point de Mac Burney) que débute la douleur de l'appendicite; c'est là que, par la palpation, vous constatez son maximum d'intensité; c'est là qu'une légère pression vous permet de sentir la défense musculaire, c'est-à-dire la contracture du muscle sous-jacent; c'est là, enfin, que, par le chatouillement de la peau, vous provoquez une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs, hyperesthésie qui se traduit par des mouvements réflexes dans la paroi du ventre et dans les régions voisines.

Or, chez notre malade, l'examen méthodique du ventre nous permettait de localiser le foyer principal douloureux

ailleurs qu'à la région appendiculaire; certes, tout le ventre était très douloureux, mais la douleur spontanée du début, la douleur provoquée par la palpation et par la pression, la défense musculaire et l'hyperesthésie, tous ces symptômes avaient leur maximum d'intensité, non pas à la région appendiculaire MB, mais à la région sous-hépatogastrique, au-dessus et un peu à droite de l'ombilic, au point P, sur une étendue de quelques centimètres.



C'est donc là que devait siéger la lésion. Or, en cette région je ne vois que trois organes susceptibles de perforation : la vésicule biliaire, le duodénum et l'estomac. Il ne s'agissait pas ici de la vésicule, notre malade n'ayant jamais eu le moindre symptôme lithiasique; aussi je formulai le diagnostic suivant : perforation d'un ulcère latent de la région pylorique de l'estomac; peut-être, ajoutai-je, l'ulcère latent perforé siège-t-il au duodénum, les signes et les symptômes de la perforation étant identiques dans ces deux cas.

Chez ce pauvre garçon, la péritonite par perforation n'avait que quatre heures d'existence et déjà le teint se plombait; sur les traits altérés se dessinait la *griffe péritonéale*, ce qui fournissait un indice important au diagnostic. Ce diagnostic de péritonite suraiguë par perforation fut

porté, bien que le malade n'eût ni fièvre, ni accélération du pouls, ni vomissements, ni hoquet, ni ballonnement du ventre, ces signes réputés classiques des péritonites aiguës. Ajoutons à cela qu'il fallait admettre ici un ulcère à évolution *latente*, le malade n'ayant éprouvé antérieurement à la perforation aucun des symptômes de l'ulcus.

Toutefois, étant donné ce diagnostic, il n'y avait pas un instant à perdre, car la perforation stomacale avec péritonite généralisée est toujours mortelle et la seule chance de salut réside dans l'opération hâtive. Une heure plus tard l'opération fut pratiquée. Une incision est faite sur la ligne médiane de l'abdomen et on pénètre dans la cavité péritonéale. La péritonite est manifeste; sur les anses intestinales sont des trainées arborescentes et par l'incision s'écoule un liquide brunâtre. On introduit une éponge montée à la partie supérieure de l'incision, vers l'estomac, et on la ramène imprégnée de liquide puriforme. On ne trouve pas le moindre débris alimentaire. Il était évident que l'éponge avait été portée au voisinage de la lésion. On soulève le bord inférieur du foie en le repoussant un peu en dehors; on met ainsi à découvert l'estomac dans sa région pylorique, et à deux centimètres environ du pylore, sur la face antérieure de l'estomac, on distingue une ouverture circulaire, taillée à l'emporte-pièce, de la dimension d'une lentille : c'était la perforation de l'ulcus simplex représentée sur cette planche. Ainsi se trouvait pleinement confirmé le diagnostic.



Jusqu'au lendemain l'état de l'opéré fut satisfaisant.

mais, dans la journée, survinrent deux vomissements et le malade fut très abattu. Le surlendemain, l'aggravation devient manifeste, le pouls est à 116; la température monte à 40 degrés; les vomissements sont porracés, les yeux sont excavés. Dès lors, la situation empire rapidement, et le malade succombe. A l'autopsie, on constate le parfait état des sutures de l'estomac faites pour remédier à la perforation de l'ulcus. La mort a été causée par la péritonite qui s'était généralisée avec fausses membranes et exsudat purulent.

Analyse des symptômes. — Lors de l'arrivée du malade dans nos salles, la péritonite, qui datait de quatre heures, présentait quelques particularités avec lesquelles on n'est pas suffisamment familiarisé. D'abord le ventre était plat, et assez dur, on n'y constatait de tympanisme dans aucune région. Généralement, le tympanisme est donné comme un des symptômes de la péritonite par perforation, mais ce tympanisme n'existe pas toujours, il s'en faut. Il est des individus atteints de perforation stomacale ou duodénale, chez lesquels la péritonite, à son début, détermine une telle contracture réflexe des muscles abdominaux que, loin d'être tympanisé, le ventre est plat, rétracté, dur, comme sanglé. Le ventre était plat et dur chez la jeune fille que je voyais avec Tisné, et qui venait d'avoir une perforation simultanée de deux ulcères symétriques de l'estomac. Le ventre était « tendu, plat, dur comme une planche » chez la jeune fille dont l'observation est consignée dans la thèse de Utudjian¹. Nous verrons à l'un des chapitres suivants que la même remarque s'applique à la péritonite suraiguë consécutive à la perforation de l'ulcus duodénal.

On est généralement trop imbu de l'idée que la péritonite par perforation est suivie de météorisme, dû à la paralysie intestinale ou au passage de gaz à travers la perforation. Il n'en est pas toujours ainsi et ce serait une grave erreur

1. *Forme perforante de l'ulcère de l'estomac.* Paris, 1889.

d'exclure la péritonite parce que le ventre est plat et dur. Toutefois, ces deux états peuvent se succéder : tel individu dont le ventre est plat et dur dans les heures qui suivent la perforation aura le ventre ballonné, plus tard ou le lendemain. Il arrive même que le tympanisme prend dans l'ensemble des symptômes une telle prépondérance que, *faute d'une bonne séméiologie*, on arrive à confondre la perforation stomacale et son tympanisme avec une occlusion intestinale. J'ai connaissance de plusieurs cas où l'on a cru opérer une occlusion et on a trouvé une péritonite par perforation stomacale ou duodénale. Cette erreur me paraît pouvoir être évitée, car un symptôme dominant est là pour redresser le diagnostic; ce symptôme, c'est la douleur. Je sais bien qu'au moment où l'on examine un malade dont le ventre s'est météorisé à la suite d'une perforation stomacale, la sensibilité est parfois éteinte et on n'en tire pas tous les renseignements désirables; toutefois qu'on veuille bien préciser le début des accidents, et on verra que la perforation s'est révélée soudainement, par des douleurs atroces, chez un individu qui, la veille encore, avait des garde-robes régulières. Ce n'est pas ainsi que procède l'occlusion intestinale, ses symptômes, y compris le tympanisme, sont plus lents à se produire, et la douleur atroce et soudaine, « le coup de poignard péritonéal », signe de perforation stomacale ou duodénale, ne marque jamais le début de l'occlusion intestinale, quelle que soit la cause de l'occlusion.

Notre malade, avons-nous dit, n'avait *ni hoquet, ni vomissements*, deux signes qui occupent une place importante dans la description générale des péritonites aiguës. Ces deux signes manquent souvent dans la péritonite consécutive à la perforation de l'ulcus stomacal et duodénal, surtout à la phase qui suit la perforation. Une théorie fantaisiste avait été jusqu'à dire que le malade ne vomit pas parce que le contenu de l'estomac passe dans le péritoine à travers la perforation.

Un autre fait assez inattendu, pour qui ne connaît pas la

question, c'est que notre malade était sans fièvre, pouls normal et température à 37°.4. Il semble surprenant, tout d'abord, qu'un homme qui est à la quatrième heure d'une péritonite suraiguë n'ait ni accélération du pouls, ni élévation, ni abaissement de la température. Or, il n'en était rien dans le cas actuel, et pareil fait a été consigné par d'autres auteurs.

Notre malade n'avait donc comme signes de sa péritonite suraiguë et de sa perforation stomacale, ni tympanisme, ni fièvre, ni vomissements, ni hoquet, on n'était guidé par aucun symptôme gastrique antérieur, et cependant le diagnostic a pu être fait avec toute la précision désirable. En parlant ainsi, je n'obéis pas, on le pense bien, au sentiment mesquin qui aurait pour but de me décerner des éloges; tout autre est mon désir; j'ai à cœur de démontrer, une fois de plus, l'importance d'une séméiologie bien conduite : il a suffi d'un seul signe minutieusement étudié, la douleur, pour nous conduire au diagnostic.

Ceci prouve également que l'ancienne description de la péritonite aiguë, telle que nous l'avaient léguée nos devanciers, doit être complètement remaniée; on ne peut plus aujourd'hui comme autrefois fondre en un seul tableau la description de la péritonite, car les mêmes symptômes sont loin d'être applicables, il s'en faut, à toutes les péritonites aiguës; ainsi, la péritonite de la fièvre typhoïde par perforation intestinale ne ressemble en rien à la péritonite par perforation de l'ulcère stomacal ou duodénal, laquelle ne ressemble nullement à la péritonite appendiculaire, laquelle est bien différente de la péritonite primitive à pneumocoques, etc. On peut dire que les études de ces dernières années ont bouleversé le chapitre des maladies médico-chirurgicales de l'abdomen.

Traitement. — Le *traitement* est ici purement chirurgical. En face d'une péritonite suraiguë consécutive à la perforation d'un ulcus stomacal, un seul traitement s'impose : c'est l'intervention chirurgicale. Mais il faut se décider et agir sans perdre de temps, car on a d'autant plus de

chances de succès que l'opération est pratiquée à une époque plus rapprochée du moment de la perforation.

Dans une communication sur les perforations de l'ulcus stomacal, Le Dentu¹ est entré dans des détails très circonstanciés et a réuni les statistiques suivantes concernant les résultats de l'opération :

Statistique de Michaux (année 1894) : sur 25 cas, 5 guérisons et 20 morts, soit 80 pour 100.

Statistique de Chapt (année 1895) : sur 27 cas, 6 guérisons et 21 morts, soit 77.77 pour 100.

Statistique de Chapt et Mauclair réunies : sur 45 cas, 15 guérisons et 30 morts, soit 66.66 pour 100.

Statistique de Houzé (année 1895) : sur 67 cas, 20 guérisons et 47 morts, soit 70.2 pour 100.

Statistique de Parisier : sur 99 cas, 53 guérisons et 66 morts, soit 66.66 pour 100.

En additionnant ces statistiques, on voit que la guérison a été obtenue dans un tiers des cas, ce qui est fort beau pour une maladie, qui, faute d'intervention chirurgicale, est fatalement mortelle. De plus, on peut poser en principe que la guérison est d'autant plus certaine que l'opération est plus précoce. C'est ainsi, dit Le Dentu, que sur les 19 guérisons de la statistique de Comte, 11 sont dues à des opérations pratiquées dans les dix premières heures qui ont suivi la perforation. Sur les 53 guérisons de la statistique de Parisier, 23 sont dues à des opérations qui ont été pratiquées dans les dix ou quinze premières heures après la perforation. Par contre, les guérisons deviennent de plus en plus rares à mesure que l'opération est faite à des époques plus éloignées de la perforation,

§ 12. TRANSFORMATION DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC EN CANCER

La transformation de l'ulcère stomacal en cancer, ou, si l'on veut, l'adjonction du cancer à l'ulcère stomacal n'est

1. Le Dentu. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 4 mai 1897.

pas chose rare, il s'en faut. Dans sa belle étude sur l'ulcère simple de l'estomac, le grand mérite de Cruveilhier avait été d'élucider une question à peine entrevue avant lui; on confondait ulcère et cancer, et on n'avait pas dégagé l'entité morbide, l'ulcère simple, *ulcus simplex*, qu'on appelle à juste titre la maladie de Cruveilhier. Mais après Cruveilhier on a peut-être été trop loin; la dichotomie entre l'ulcus et le cancer a été trop absolue, et on ne s'est pas assez souvenu que Cruveilhier lui-même avait signalé la coexistence des deux lésions sur le même estomac.

Cette coexistence du carcinome et de l'ulcère, dit Rokitsky, fait supposer que le premier s'est surajouté au second. Dittrich, de Prague, affirme nettement la terminaison de l'ulcus par cancer; il avait même, dès 1848, donné une statistique de 160 cas, dans lesquels l'ulcus stomacal était 8 fois associé à la lésion cancéreuse; tantôt ulcus et cancer étaient distincts sur le même estomac, tantôt le cancer s'était greffé sur un ulcère en évolution ou cicatrisé. Lebert pense que sur 100 cancers de l'estomac, 9 sont précédés de l'ulcus. En 1882, Hanser étudie histologiquement les lésions de la muqueuse stomacale voisine de l'ulcus; il note le développement de productions adénomateuses et la tendance de l'épithélium cylindrique à se substituer à l'épithélium glandulaire; première étape qui serait complétée plus tard par l'envahissement de la musculaire sous-muqueuse et de la tunique musculaire. Depuis la communication de Hanser, bien d'autres travaux ont été publiés: Rosenheim admet que l'ulcus est compliqué de cancer dans la proportion de 6 pour 100. Sonicksen a trouvé que, sur 156 cas de cancer de l'estomac examinés à l'Institut de Kiel, l'ulcus avait précédé le cancer dans la proportion de 14 pour 100. Pignal a réuni dans sa thèse plusieurs faits de transformation de l'ulcère en cancer, observés par Bouveret et Lépine. Mathieu en a publié trois observations¹.

1. Mathieu. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, août 1897.

J'ai consacré à cette question une leçon clinique¹, et parmi les cas que j'ai vus, il en est un qui va nous servir d'exemple. Le voici: Un homme entre dans mon service avec une maladie étiquetée cancer de l'estomac. Son état cachectique, son amaigrissement considérable, sa teinte jaune paille, tout au premier abord justifiait le diagnostic de cancer. J'interroge cet homme, et j'apprends que sa maladie a débuté quinze mois avant, par des douleurs et par des vomissements qui, depuis lors, sont toujours restés les symptômes prépondérants. Il avait eu, vers la même époque, une hématoméose et plusieurs fois du *melæna*. A l'exploration de la région stomacale, je constate, avec quelque surprise, que la plus légère palpation, la plus légère pression détermine de telles douleurs que l'examen reste forcément incomplet. Il y a non seulement douleurs profondes, mais aussi hyperesthésie cutanée des plus vives. Cet homme me renseigne alors sur la nature de ses douleurs. Dès le début de sa maladie, elles survenaient après les repas, elles persistaient pendant la digestion, et ne cessaient même pas quand l'estomac était vide. Elles étaient parfois déchirantes et avaient pour siège principal le creux épigastrique, avec irradiation rachidienne. Les vomissements étaient fréquents et tellement acides, que la bouche, les lèvres, les commissures labiales gardaient la sensation que donne le vinaigre. Il est évident qu'il s'agissait là d'hyperchlorhydrie. Quand j'examinai le malade, il souffrait cruellement, et l'estomac, qui ne me parut pas dilaté, était tellement intolérant, qu'aliments et boissons, eau et lait, étaient aussitôt rejetés.

L'intensité de ces symptômes me donna à réfléchir, et je me demandai si le diagnostic de cancer de l'estomac ne devait pas être en partie rectifié. Il n'est pas d'usage, en effet, que le cancer stomacal soit accompagné, dès son début, de douleurs aussi vives et de vomissements aussi incoercibles. Douleurs, troubles dyspeptiques et vomisse-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897. Transformation de l'ulcère stomacal en cancer. Treizième leçon.*

ments tiennent une place importante dans le cancer de l'estomac, mais je ne me rappelle pas avoir vu un seul cancer stomacal, dans lequel ces deux grands symptômes, douleurs et vomissements, aient eu pareille intensité. De tels symptômes sont surtout l'apanage de l'ulcère simple.

Je fis examiner les vomissements par Du Pasquier, chef des travaux chimiques, et, au lieu de déceler l'hyperchlorhydrie, qui avait dû exister antérieurement, à l'époque où les vomissements étaient acides comme du vinaigre, on constata un état marqué d'hypochlorhydrie. L'acide chlorhydrique était à 0,18 pour 1000, au lieu de 1,74 pour 1000, chiffre normal. Les résultats obtenus après repas d'épreuve furent sensiblement les mêmes.

Nous étions donc en présence d'un diagnostic compliqué. La violence des douleurs, la fréquence des vomissements, l'intolérance de l'estomac, l'ancienne acidité des vomissements, tout cela plaidait en faveur de l'ulcère simple. D'autre part, l'hypochlorhydrie actuelle, l'émaciation progressive du malade, sa teinte cachectique et jaune paille, et la présence de ganglions inguinaux, plaidaient en faveur du cancer. L'exploration de la région épigastrique ne pouvait en rien trancher la question; on n'y sentait aucune tumeur, aucune induration, et du reste la présence d'une induration a peu de valeur, car il est des cancers de l'estomac dont la tumeur échappe à l'exploration et il est, d'autre part, des ulcères entourés de tissus indurés qui en imposent pour un cancer.

Cependant, me rappelant des cas analogues, et tenant compte de la façon dont les symptômes étaient apparus et avaient évolué, j'émis l'opinion que le malade avait été primitivement atteint d'un *ulcère de l'estomac, sur lequel s'était greffé un cancer.*

Il fallait songer, sinon à guérir le malade, du moins à le soulager. Je prescrivis la préparation suivante que je recommande dans toutes les dyspepsies douloureuses :

Eau de chaux	100 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	3 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine	1 centigramme.

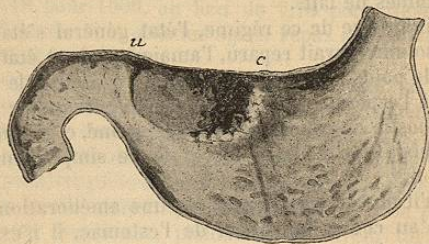
On donna toutes les heures une grande cuillerée de lait glacé additionné d'une cuillerée à café de la préparation d'eau de chaux. On mit, en outre, un sachet de glace en permanence sur la région épigastrique. Le résultat de la médication ne se fit pas attendre : dès le lendemain, les douleurs étaient moins vives et la douleur stomacale avait diminué. On augmenta alors la dose de lait, avec addition d'eau de chaux, si bien qu'au bout d'une quinzaine de jours les douleurs avaient presque disparu et le malade absorbait sans vomissements une dose journalière de 1200 à 1500 grammes de lait.

Sous l'influence de ce régime, l'état général s'était amélioré, le sommeil avait reparu, l'amaigrissement était moins marqué, le poids avait même un peu augmenté, le malade revenait à l'espérance, et on se demandait autour de moi si le diagnostic de cancer n'était pas erroné, et s'il ne fallait pas lui substituer le diagnostic d'ulcère simple sans autre désignation.

Bien qu'il ne soit pas d'usage qu'une amélioration réelle survienne au cours du cancer de l'estomac, il n'est pourtant pas rare de constater un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie et une reprise dans l'état général. Une nouvelle orientation de la médication, des lavages de l'estomac faits en temps opportun, sont capables de produire une amélioration qui ne suffit pas pour exclure l'idée de cancer primitivement émise. Je pensai donc qu'il n'y avait pas lieu de modifier le diagnostic porté chez notre malade et j'attendis les événements qui justifiaient mes prévisions. Après un mois d'amélioration relative, les douleurs reparurent au point de nécessiter de fréquentes injections de morphine, le malade refusa toute alimentation, et il succomba aux progrès de sa cachexie.

Cette manière de mourir est bien celle qu'on observe dans le cancer; l'ulcère de l'estomac, lui, tue par perforation, par péritonite, par hémorragie, par abcès péritonéaux secondaires; le cancer tue lentement, progressivement, par cachexie et probablement par sa toxine.

L'autopsie donna raison au diagnostic; il s'agissait d'un cancer greffé sur un ulcère. La lésion est représentée sur la planche ci-dessous. On y voit une vaste ulcération perpendiculaire au grand axe de l'estomac. Cette ulcération, de forme ovale, mesure 5 et 10 centimètres dans ses deux diamètres. Elle occupe la petite courbure, elle empiète de 3 centimètres sur la face antérieure et de 7 centimètres sur la face postérieure de l'estomac; à gauche, elle s'étend à 5 centimètres de l'œsophage et à droite, elle confine au pylore.

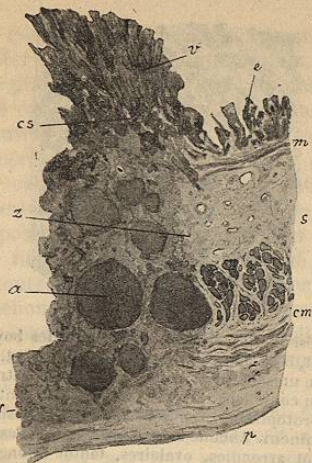


On voit sur cette figure l'ulcère stomacal dont le fond est formé par le foie. Le bord droit de l'ulcère, *u*, est induré, plat et taillé à pic. Le bord gauche de l'ulcère, *c*, est surélevé, végétant, mou, cancéreux.

L'examen histologique a été fait par mon chef de laboratoire, Caussade. Les coupes de l'ulcère ont porté sur deux points absolument différents: d'une part, sur le bord droit, celui dont les contours voisins du pylore sont plats et taillés à pic, et d'autre part, sur le bord gauche, celui dont les contours sont proéminents, végétants, cancéreux.

Les coupes du bord droit de l'ulcère reproduisent les altérations classiques de l'ulcus: c'est du tissu conjonctif et il n'y a presque pas de transition entre les parties lésées et le tissu sain; je n'y insiste pas.

Les coupes du bord gauche de l'ulcère font voir un épithélioma métatypique en pleine évolution.



Coupe histologique de la région de l'ulcère transformée en cancer. — La partie gauche de la préparation, de teinte plus foncée, représente la transformation cancéreuse; la partie droite, de teinte plus claire, représente les parties saines. — *v*, végétation faisant partie du bourrelet cancéreux. Cette végétation est constituée par la muqueuse notablement modifiée; dans ses couches superficielles, glandes et espaces glandulaires sont remplacés par d'abondantes cellules embryonnaires; dans ses couches profondes, on trouve des vestiges de glandes sous forme de culs-de-sac, et des boyaux épithéliaux. Ces culs-de-sac, *cs*, délimités et séparés par du tissu conjonctif, sont rares, espacés, flexueux et perpendiculaires à la surface de l'estomac. Les cellules qui les tapissent sont pâles, transparentes, à contours distincts, sans cellules bordantes. Les boyaux épithéliaux sont allongés, légèrement contournés, ils s'enfoncent profondément dans la muscularis mucosæ, *m*, dans la sous-muqueuse, *s*, et dans les couches musculaires sous-jacentes, *cm*, qu'on voit intactes à droite de la préparation. — En différents endroits, on ne trouve que des traces de ces couches musculaires.

Dans toute cette région (partie gauche de la préparation), la transformation cancéreuse est complète. En certains points, *a*, les boyaux épithéliaux sont tellement tassés qu'ils prennent l'aspect de disques.

f, fond fibreux de l'ulcère. — *z*, zone de transition entre les parties saines et cancéreuses. — *e*, muqueuse saine. — *m*, muscularis mucosæ saine. — *s*, sous-muqueuse saine avec artères et veines. — *cm*, couches musculaires, circulaires et longitudinales, intactes. — *p*, péritoine épaissi.