

**Diagnostic.** — Il est fort difficile d'établir le diagnostic des affections cancéreuses de l'encéphale; car les symptômes précédents, pris isolément ou même réunis, ne sauraient caractériser sûrement cette affection. Toutefois, aidés de quelques commémoratifs, ils peuvent permettre de soupçonner l'altération. Ainsi nous dirons avec M. Calmeil que, toutes les fois qu'on sera appelé auprès d'un adulte qui, sans présenter les symptômes d'une encéphalite locale aiguë, d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement récent, accuse depuis longtemps de violentes douleurs de tête, de la faiblesse dans un côté du corps; lorsqu'il éprouve des accès de convulsions épileptiformes, diverses lésions des sens et des troubles de l'intelligence, sans que, du reste, la santé générale soit généralement bouleversée, on pourra opiner pour l'existence d'une tumeur intracrânienne de nature cancéreuse. Il restera moins de doutes si le malade porte sur quelque partie du corps une plaie ou une tumeur cancéreuse, ou s'il a été opéré récemment de cette affection. Nous répétons ici ce que nous avons déjà eu occasion de dire plusieurs fois, qu'on ne saurait, d'après le siège et l'étendue de la paralysie ni des convulsions, déterminer quel est le point de l'encéphale qui est affecté de cancer; d'ailleurs une lésion très-circonscrite peut produire des troubles généraux. Quand la tumeur occasionne une paralysie ou des convulsions partielles, ses effets sont toujours croisés.

Il est presque inutile de dire qu'on n'a aucun moyen de distinguer le cancer développé primitivement dans l'encéphale, de ces tumeurs cancéreuses, fibroplastiques, etc., confondues sous le nom commun de fungus de la dure-mère.

**Pronostic.** — L'affection est essentiellement incurable.

**Étiologie.** — Sur les quarante-trois cas analysés par M. Andral, deux fois seulement la maladie a paru succéder à une cause traumatique; mais il faut admettre qu'il a dû exister préalablement alors une prédisposition spéciale sans laquelle les causes occasionnelles seraient sans influence. Il n'est pas vrai que le cancer soit quelquefois l'effet de l'inflammation: c'est à tort que M. Calmeil paraît soutenir une opinion contraire, qu'il n'appuie d'ailleurs que sur des raisonnements et non sur des faits. Le cancer cérébral peut se montrer à tous les âges de la vie; mais, d'après les relevés de M. Andral, il serait plus commun après quarante ans. On ignore l'influence exercée sur le sexe: on ne sait pas non plus quelles sont les causes spéciales qui déterminent l'action de la diathèse cancéreuse à s'exercer plutôt sur l'encéphale que sur tout autre organe.

**Traitement.** — Le traitement est uniquement palliatif. Il faut prescrire au malade un régime doux, une vie calme, l'abstinence de boissons stimulantes ou combattre la constipation; on conseille de faire une révulsion permanente à la base du crâne en appliquant à la nuque un exutoire profond (cautère, moxa ou séton), mais je ne sais vraiment pas si ce n'est pas ajouter de la sorte une souffrance sans aucune compensation. Si les douleurs sont violentes, on administrera l'opium ou l'on mettra quelques sangsues derrière les oreilles, et, si le pouls est fort, on ouvrira la veine. Les émissions sanguines sont généralement indiquées pendant les accès convulsifs, car ceux-ci dépendent souvent d'un travail congestif ou d'un ramollissement qui se forme autour de la production morbide. Toutefois les pertes de sang ne devraient être faites que lorsque le malade est encore assez fort pour pouvoir les supporter aisément.

#### Du cancer de la moelle.

La moelle est beaucoup moins souvent affectée de cancer que le cerveau. L'altération débute plus rarement par le centre nerveux que par les membranes

d'enveloppe et par le tissu cellulaire. De toutes les formes du cancer, c'est l'encéphaloïde qu'on a le plus souvent constaté.

Le début de la maladie est obscur: les malades éprouvent ordinairement une douleur au niveau de l'altération; les mouvements deviennent de plus en plus faibles dans les parties inférieures. Il y a paraplégie et tous les accidents que nous avons énumérés en parlant du ramollissement de la moelle. L'étendue de la paralysie varie d'ailleurs comme pour celui-ci suivant la hauteur à laquelle l'altération existe.

La tumeur cancéreuse, en se propageant aux os, peut se faire jour à l'extérieur et ulcérer la peau; dans ce cas seulement le diagnostic de la maladie nous semble possible. Mais lorsque l'altération reste confinée dans le canal vertébral, il nous semble à peu près impossible de la reconnaître, de la distinguer d'un ramollissement. L'existence d'un cancer antérieur ou une prédisposition héréditaire, quelques signes de cachexie pourraient bien éveiller l'attention sur ce point, mais on ne pourra jamais avoir à cet égard que des présomptions.

#### Du cancer des poumons.

**Historique.** — Le cancer du poumon a été vaguement signalé avant Bayle, qui le décrit le premier, et en fit sa sixième espèce de phthisie pulmonaire, la *phthisie cancéreuse*. Mais il n'a fait qu'ébaucher la maladie, qui n'a été convenablement étudiée que dans ces derniers temps. Elle l'a été d'abord par quelques médecins étrangers, parmi lesquels nous citerons spécialement MM. Stokes (1) et Walshe (2), mais le travail le plus complet est dû au docteur Aviolat qui, analysant la plupart des faits connus, a composé sur le cancer du poumon une excellente thèse inaugurale (3).

**Anatomie pathologique.** — L'encéphaloïde est la production cancéreuse qui se développe presque exclusivement dans les poumons. L'altération peut affecter ces organes dans une assez grande étendue: ainsi un lobe entier peut être entièrement envahi. Le plus souvent pourtant on rencontre des masses arrondies, enkystées ou non, en nombre plus ou moins considérable, situées à d'inégales profondeurs et pour la plupart au-dessous de la plèvre; leur volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une orange. Ces masses peuvent n'affecter qu'un seul poumon, mais dans la moitié des cas environ elles envahissent les deux organes à la fois. Cette proportion n'est exacte qu'autant que le cancer du poumon est primitif; il n'en est plus de même si le tissu pulmonaire n'est envahi que consécutivement à un autre cancer, soit viscéral, soit extérieur, comme c'est le cas le plus ordinaire, car alors la production morbide se reproduit presque toujours à la fois dans l'un et dans l'autre poumon.

Le poumon cancéreux est devenu plus lourd, il n'est pas rare que son volume soit moins considérable; il peut avoir contracté des adhérences. La plèvre est tantôt intacte, tantôt elle est envahie, la lésion peut même se propager à la paroi costale à laquelle le poumon adhère. Il n'est pas rare que la cavité pleurale contienne une quantité plus ou moins grande d'un liquide sanguinolent. Les ganglions sont quelquefois aussi envahis par la production mor-

(1) *A Treatise on the diagnosis and treatment of the Diseases of the Chest.*

(2) *The nature and treatment of Cancer.* London, 1846. — *Diseases of the Lungs.* London, 1854.

(3) Thèses de Paris, année 1861.

bide, et les lymphatiques du poumon même peuvent être en grande partie distendus par une matière blanchâtre. Le cancer pulmonaire coexiste le plus souvent avec quelque cancer extérieur, et il est presque toujours consécutif.

**Symptômes. Marche.** — Lorsque le cancer est disséminé sous forme de petites tumeurs, il n'est guère possible de le diagnostiquer : dans la plupart des cas, il est même entièrement latent. Lorsqu'il existe en masse, et qu'il a acquis un grand développement, les malades éprouvent une douleur à peu près constante dans la poitrine. Siégeant presque toujours au niveau de l'altération, quelquefois diffuse, générale, elle est plus ou moins vive, exacerbante, en général continue, mais parfois irrégulièrement intermittente. En même temps il existe de la dyspnée ; celle-ci est plus ou moins considérable, elle arrive parfois jusqu'à l'orthopnée. Ce symptôme existe comme le précédent dès le début. Les malades toussent aussitôt ; leur toux peut être sèche pendant toute la durée de l'affection, mais la plupart rejettent des crachats opaques, puriformes, sanguinolents, des crachats que Stokes et Hughes comparent à de la gelée de groseille ; beaucoup ont des hémoptysies abondantes.

L'exploration du thorax fournit des signes physiques très-importants. Il y a souvent au niveau de la tumeur une voussure ; quelquefois, par contre, le thorax a subi une dépression plus ou moins grande. Le frémissement thoracique est communément exagéré, à moins qu'il n'existe un épanchement, et la tumeur, si elle est placée sur le cœur ou sur les gros vaisseaux artériels, peut transmettre et renforcer en quelque sorte les battements qui se passent au-dessous d'elle. Il est presque inutile de faire observer que la percussion au niveau de l'altération doit donner une matité absolue avec perte complète d'élasticité. Par l'auscultation, on constate un affaiblissement du murmure vésiculaire ; celui-ci peut même être nul et remplacé par un souffle plus ou moins bruyant, bronchique, caverneux, amphorique, ainsi que nous l'avons noté déjà dans la pneumonie chronique ; la toux et la voix retentissent considérablement aussi dans ces points. D'autres symptômes importants surviennent aussitôt que la tumeur, par son volume, exerce une compression sur les organes voisins. C'est ainsi que le cœur peut être déplacé, dévié comme par un épanchement pleural ; plus souvent on constate les signes indiqués plus haut comme prouvant une compression des bronches et de la trachée (page 387), de la veine cave supérieure (page 340), de l'œsophage même (page 387).

Les malades atteints de cancer du poumon maigrissent, dépérissent plus ou moins rapidement, et succombent aux progrès de la cachexie, ou aux troubles respiratoires, ou bien à une maladie intercurrente. Ils luttent plus ou moins ; il est difficile d'ailleurs de préciser la durée de l'affection, qui paraît avoir oscillé entre un mois et plusieurs années.

**Diagnostic.** — On voit, par ce qui précède, qu'il n'y a aucun signe indiquant d'une manière certaine l'existence d'un cancer pulmonaire ; toutefois nous dirons, avec M. Hughes, que, s'il existe des signes de solidification étendue du poumon, surtout au sommet, sans commémoratifs de pneumonie, sans phénomènes de ramollissement de tubercules ; si l'ensemble des symptômes généraux et la marche de l'affection diffèrent de ceux de la dégénérescence tuberculeuse ; si les crachats ressemblent à de la gelée de groseille ; si les veines du bras et de la moitié correspondante du cou, de la poitrine, de l'abdomen, sont distendues, ou s'il y a un œdème de ces parties, indice d'un obstacle à la circulation veineuse, on pourra soupçonner l'existence d'un cancer des poumons : ce soupçon sera encore plus fondé si des tumeurs de même nature existent déjà dans d'autres parties du corps. Les phénomènes précédents

n'indiquent pas, il est vrai, l'existence d'un cancer, mais seulement d'une tumeur qui comprime les vaisseaux. Or, en pareil cas, on ne peut guère hésiter qu'entre un anévrysme de l'aorte et une tumeur solide. L'idée d'anévrysme sera écartée par l'absence des signes propres à cette affection. Si l'on est conduit alors par voie d'exclusion à croire à l'existence d'une tumeur solide, on devra supposer que celle-ci est cancéreuse, car cette espèce de tumeur est à peu près la seule qui prenne naissance dans la plèvre. Le cancer se distingue d'un épanchement pleurétique par la persistance de la douleur, par une dyspnée disproportionnée avec l'étendue souvent restreinte de la matité, par les signes de compression, par la nature de l'expectoration, par l'intensité du souffle tubaire, par une matité fixe, invariable, non sujette à déplacement. On ne saurait hésiter entre un cancer et une tuberculisation pulmonaire ; non-seulement en ayant égard à l'état général, mais encore en s'éclairant par les signes physiques si différents dans les deux affections. Une pneumonie chronique offrirait beaucoup plus d'analogie avec le cancer à cause du souffle rude quasi amphorique ; mais dans la pneumonie il n'y a jamais de signes de compression, les malades n'ont jamais une expectoration noir-groseille, et il existe une fièvre hectique qui manque dans l'autre.

Il n'est pas toujours aisé de distinguer un cancer du poumon d'un cancer du médiastin ou d'une de ces tumeurs solides plus rares encore que cette lésion, qui naissent dans la plèvre ou au-dessous d'elle et qui ont été étudiées par le docteur H. Gintrac (1). La douleur, la dyspnée, la toux, des signes divers de compression, la voussure du thorax plus considérable pourtant dans le cas de tumeur pleurale que dans le cancer pulmonaire, enfin la matité à la percussion, sont des signes communs aux deux lésions ; il peut même y avoir dans les deux cas un souffle bruyant et une bronchophonie des plus retentissantes, si, comme je l'ai vu, la tumeur étendue sur un des poumons, faisant en quelque sorte corps avec lui et le comprimant, ne peut permettre à l'air de dépasser les grosses bronches, et transmet en les renforçant les vibrations que la toux et la voix impriment au tissu pulmonaire. Il est rare aussi que, dans les cas dont je parle, les malades aient des hémoptysies et rejettent surtout ce sang noirâtre couleur de groseille que nous avons dit être parfois expulsé dans le cancer du poumon. Enfin, dans ces cas obscurs, il faut explorer avec soin les régions axillaires et sous-claviculaires ; l'existence en ce point d'un ou de quelques ganglions d'une dureté squirrheuse nous a mis deux fois dans le cas d'annoncer avec précision l'existence d'un cancer du médiastin ou d'un cancer intrapleural.

**Étiologie.** — On ne sait rien sur les circonstances qui provoquent la diathèse à faire explosion sur le poumon. Quoi qu'il en soit, le cancer primitif des poumons est un des plus rares : celui qui est consécutif est beaucoup plus commun ; il survient le plus souvent consécutivement à un cancer existant, plus rarement à un cancer extirpé et en apparence guéri.

**Pronostic. Traitement.** — La mort est inévitable. Le traitement ne peut, par conséquent, être que palliatif.

#### DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

L'œsophage est quelquefois affecté de dégénérescence cancéreuse ; mais cet organe est moins sujet à ce genre d'altération que ne le sont l'estomac et les

(1) Thèses de la faculté de médecine de Paris, année 1845.

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

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

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

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

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

#### Du cancer de l'estomac.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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