

Double carcinome de l'estomac : fièvre a type intermittent / par E. Devic et Chatin.

Contributors

Devic, E.
Chatin.

Publication/Creation

Lyon : Léon Delaroche, 1892.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/cuwr2gj6>

License and attribution

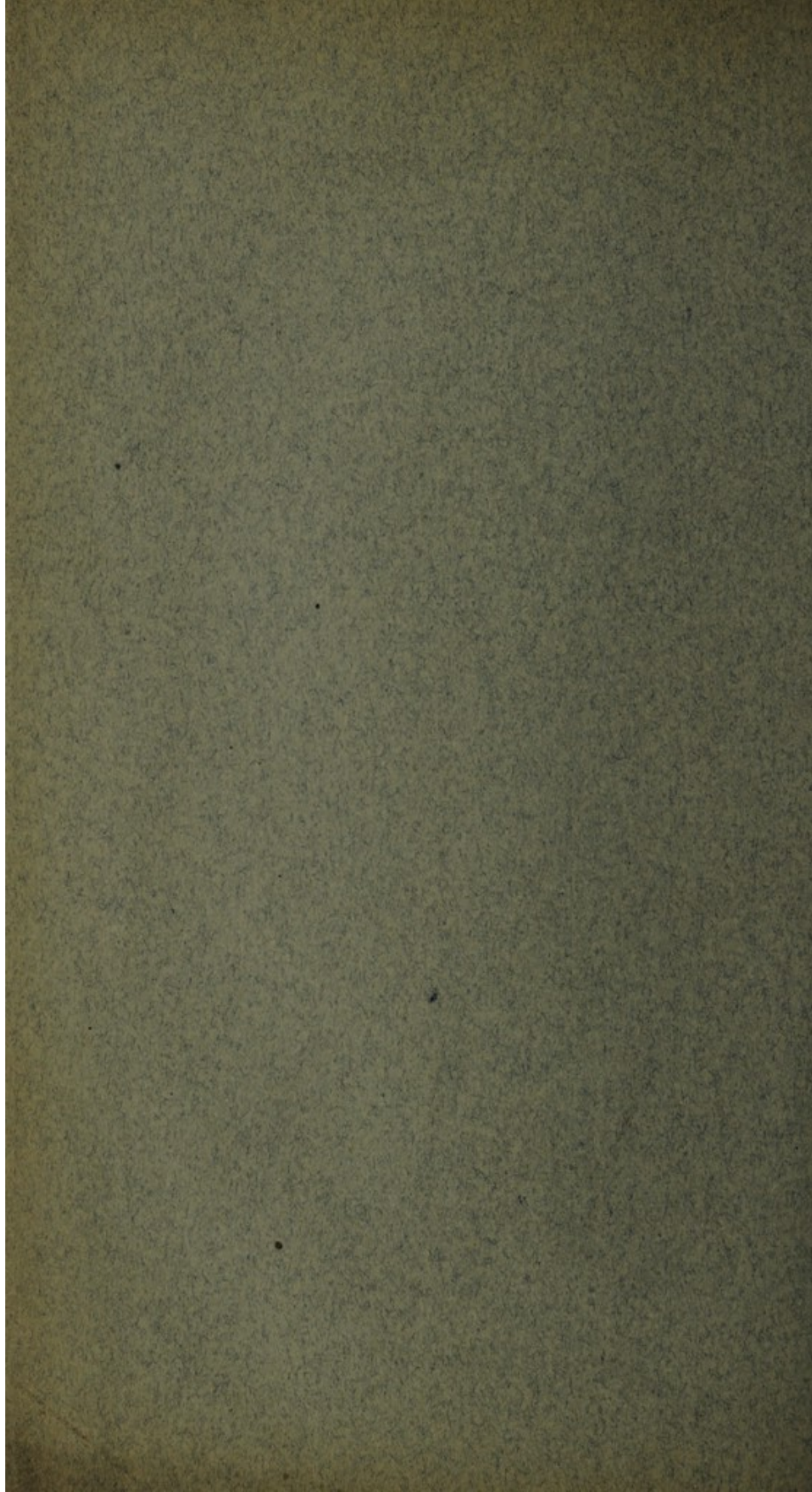
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>





6
Extrait de la *PROVINCE MÉDICALE*

DOUBLE CARCINOME DE L'ESTOMAC

FIÈVRE A TYPE INTERMITTENT

PAR

E. DEVIC

Chef de Clinique médicale

CHATIN

Interne des hôpitaux.

LYON

IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE ET C^{ie}

Place de la Charité, 10

—
1892

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DOUBLE CARCINOME DE L'ESTOMAC

FIÈVRE A TYPE INTERMITTENT

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer à la clinique de M. le professeur Bondet, à l'Hôtel-Dieu, un malade atteint de cancer absolument latent de l'estomac. Le néoplasme offrait macroscopiquement une particularité qu'on rencontre quelquefois quand il a pour siège certains viscères, mais qui est au contraire d'une extrême rareté quand il s'agit d'un cancer gastrique. D'autre part, le malade avait présenté, plusieurs jours avant d'être atteint par l'affection intercurrente (érysipèle de la face) à laquelle il a succombé, des accès fébriles quotidiens, si nets et si intenses que nous avons pensé, de prime abord, qu'il s'agissait d'impaludisme, bien que le patient nous ait déclaré, à plusieurs reprises, qu'il n'avait jamais été atteint de cette affection. La marche de la maladie et l'examen post mortem ont montré que ces accès fébriles ne pouvaient être rapportés qu'à

la tumeur dont nous n'avions pas même soupçonné l'existence pendant la vie.

Des recherches bibliographiques assez étendues nous ont montré que les cas de ce genre sont absolument exceptionnels. C'est ce qui nous a engagé à publier cette note que précède l'histoire détaillée de notre malade :

L. J..., âgé de 70 ans, cultivateur, a déjà fait il y a deux ans un séjour d'un mois à l'Hôtel-Dieu, pour une sciatique gauche, qui a du reste bien guéri. Il n'a jamais fait d'autre maladie et n'a cessé son travail qu'il y a 15 jours environ, époque à laquelle a débuté l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Cet homme habite depuis quelques années le canton de Morestel (Isère), où on observe quelques cas de fièvre intermittente, mais lui-même n'a jamais éprouvé aucun symptôme qu'on puisse rattacher à une manifestation quelconque de l'impaludisme. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Il n'a jamais toussé ni craché de sang et jusqu'à ces dernières semaines, n'a jamais éprouvé de dyspnée. Il a toujours eu un fort appétit ; jamais de diarrhée ni de vomissements.

C'est un homme de constitution robuste, bien musclé, d'un embonpoint au-dessus de la moyenne. La peau et les muqueuses sont un peu pâles, mais sans aspect cachectique, et depuis trois semaines qu'à débuté la maladie actuelle, le malade prétend n'avoir pas maigri notablement. Il ne se plaint que d'un peu de dyspnée et dit qu'il a demandé son admission à l'hôpital uniquement parce que depuis quelques semaines il s'est aperçu que ses jambes enflaient. Les membres inférieurs et le scrotum sont en effet le siège d'un œdème mou, gardant bien l'empreinte du doigt et remontant jusqu'à la partie moyenne de l'abdomen. Pas d'ascite. La face est un peu bouffie, pas d'œdème des membres supérieurs. Le cœur est gros, sa pointe bat d'une façon un peu diffuse, dans le 5^e espace ou mieux sous la 6^e côte. L'impulsion n'est pas très forte. Les contractions sont régulières, sans faux pas. On n'entend ni souffle, ni galop. Le pouls est régulier, les artères fortement athéromateuses. Dyspnée très modérée au repos augmentant pendant l'effort sans toutefois devenir excessive. L'examen du poumon démontre l'existence d'un emphysème pulmonaire bien accusé. Râles sibilants disséminés partout. A la base droite on trouve en outre des râles humides fins, assez nombreux, sans modification de la sonorité, sans souffle. Les sommets

ne présentent rien de suspect. Toux peu fréquente, pas d'expectoration. La palpation et la percussion de l'abdomen sont indolentes et ne révèlent rien à signaler. L'appétit est diminué depuis une quinzaine de jours seulement. Les repas provoquent une augmentation de la dyspnée, sans douleur épigastrique, sans ballonnement notable. Ni diarrhée, ni vomissement. Les urines qui, depuis quelques mois, étaient pâles et très abondantes, sont devenues beaucoup plus rares depuis le début de l'œdème. Elles sont cependant limpides et contiennent une petite quantité d'albumine.

En face des symptômes ci-dessus énoncés, on fait le diagnostic de : artério-sclérose, hypertrophie du cœur, néphrite interstitielle. Le lendemain matin, le malade appela notre attention sur un symptôme qui ne faisait que le confirmer. Presque chaque jour et plusieurs fois par jour, disait-il, il éprouvait dans la région précordiale une douleur sans irradiation, accompagnée d'une sensation d'angoisse. Cette douleur débutait brusquement, durait quelques minutes et cessait brusquement aussi. Elle survenait sans cause appréciable, aussi bien au repos qu'à l'occasion des mouvements, aussi souvent pendant le jour que pendant la nuit. Dans l'intervalle des accès, le malade ne ressentait dans cette région aucune sensation pénible ou douloureuse, spontanément on a la pression. Tout portait à croire qu'il s'agissait là de légers accès d'*angor pectoris* dont la fréquence toutefois nous paraissait bien insolite. — Le malade fut soumis au régime lacté et à l'usage de la digitale et de l'iodure.

Pendant les dix jours qui suivirent, les crises diminuèrent mais l'œdème et la dyspnée ne se modifièrent pas. Le malade se levait tous les jours quelques heures, se promenait malgré notre recommandation dans la salle et se plaignait constamment de n'avoir pas assez à manger. La température rectale prise régulièrement deux fois par jour, oscillait entre 38 et 38°,7. Cette fièvre, nous l'avouons, n'avait que peu attiré notre attention, et nous l'avions, sans y regarder de bien près et sans que l'examen minutieux du malade nous permit de l'affirmer, mis sur le compte d'une de ces nombreuses inflammations séreuses qu'on rencontre si fréquemment chez les albuminuriques et qui évoluent souvent d'une façon tout à fait insidieuse.

Le 14 juin, subitement le malade fut pris d'un accès de fièvre intense caractérisé par des frissons violents et répétés, suivis d'une période de chaleur de plusieurs heures de durée sans sueurs terminales. Les quatre jours suivants le phénomène se reproduisit presque exactement à la même heure. La température normale le matin atteignait le soir 40°. L'accès débutait brusquement vers 1 heure de l'après-midi par des frissons qui duraient une demi

heure environ et se terminaient entre 7 et 8 heures du soir. Les deux derniers accès se terminèrent par des sueurs très abondantes. Ces accès fébriles ne modifièrent pas notablement l'état du malade. Ils ne s'accompagnèrent ni de troubles psychiques, ni de vomissements, ni d'augmentation des phénomènes pseudo-angineux. A la fin de l'accès, le malade ne paraissait pas très abattu. Au moment où la température était le plus élevé le faciès était vultueux, le pouls à 140, toujours régulier, la respiration accélérée, rien de plus. Jamais le malade n'eût après les accès ni herpès *labialis*, ni aucune éruption, ni augmentation de volume de la rate. Ces deux derniers symptômes, l'heure à laquelle les accès débutaient, l'échec complet de la quinine administrée à forte dose dès le premier accès et à la fin de chacun d'eux, les renseignements fournis par le malade sur ses antécédents pathologiques, tout cela nous permit d'éliminer l'idée d'une fièvre paludeenne. Hàtons-nous d'ajouter que nous n'avons pas pratiqué la recherche de l'hématozoaire de Laveran dans le sang.

Ayant abandonné l'idée d'une fièvre paludeenne, nous étions amenés à rapporter ces grands accès fébriles à une suppuration interne, cachée. L'examen quotidien et minutieux des organes thoraciques et abdominaux nous donnait des résultats négatifs. Notre attention s'était particulièrement portée sur les voies urinaires. L'urine examinée chaque jour était limpide, sans dépôt d'aucune espèce, sans pus, albumineuse au même degré que précédemment. Le toucher rectal ne nous apprit rien. Le tégument cutané, les muqueuses accessibles n'étaient le siège d'aucune plaie. Aucune tuméfaction ganglionnaire. Pendant cette période où un examen approfondi du malade fut fait chaque jour dans le but de rechercher le siège de cette prétendue suppuration interne, l'abdomen fut souvent palpé et jamais le malade n'y accusa la moindre douleur, jamais la palpation ne nous révéla l'existence d'une tuméfaction quelconque. Pour ce qui concerne l'abdomen, la seule chose qui fut notée, c'est un certain degré de météorisme qui rendait l'exploration de la région plus difficile que les premiers jours.

Le cinquième jour, le 18 juin, l'accès fébrile fut moins intense que les jours précédents, la température ne s'éleva qu'à 38°,8, et il n'y eut point de sueurs terminales. Les deux jours qui suivirent les grands accès fébriles reparurent, en tout point semblables à ceux des jours précédents, sans symptômes nouveaux.

Le 21 juin, le malade se plaignit le matin d'une douleur au niveau du nez. Le soir débutait un érysipèle qui ne tarda pas à envahir toute la face. Cet érysipèle parut bénin les premiers jours, il n'y eut ni délire, ni vomissement, ni tuméfaction ganglionnaire considérable. La fièvre prit le type continu avec légère

exacerbation vespérale, mais ne fut jamais considérable. La face seule fut envahie.

Le 24 juin, l'après-midi, l'état général qui était resté bon jusque là devint subitement grave, le pouls filiforme, le malade tomba dans le collapsus et mourut à 11 heures du soir.

TEMPÉRATURES

38.7	7 juin	37.5	13 juin	37.9	19 juin
		38.0		40.0	
38.2	8 juin	37.6	14 juin	37.8	20 juin
38.7		40.2		40.3	
38.3	9 juin	37.8	15 juin	38.9	21 juin
38.5		40.0		39.5	
37.9	10 juin	37.8	16 juin	38.8	22 juin
38.6		40.3		39.4	
37.5	11 juin	37.2	17 juin	38.9	23 juin
37.9		40.5		39.2	
38.9	12 juin	37	18 juin	37.8	24 juin
38.0		38.8		38.5	

AUTOPSIE FAITE 33 HEURES APRÈS LA MORT

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate qu'il n'existe ni ascite ni péritonite d'aucune espèce. Aucune nodosité miliaire carcinomateuse sur les divers replis du péritoine.

L'estomac occupe sa place habituelle, sa direction est normale, il n'est pas notablement dilaté. L'estomac, le duodénum, la rate et le pancréas reliés entre eux par des adhérences solides sont enlevés ensemble. La simple palpation permet alors de constater à travers les parois, que l'estomac est le siège de deux tumeurs, dont l'une est située un peu à droite de la partie médiane, l'autre plus grosse paraissant occuper tout le fundus et adhérent intimement à la rate qui est elle-même fortement adhérente au diaphragme sur une assez grande étendue.

On incise l'estomac sur sa face antérieure, à quelques centimètres de la grande courbure et parallèlement à celle-ci. On constate alors que le pylore et le cardia sont intacts. Dans l'intérieur de l'estomac, faisant saillie sur la muqueuse, existent deux tumeurs.

La plus petite est située sur la face postérieure, à peu près à égale distance du cardia et du pylore, un peu plus près de la grande courbure que de la petite. Cette tumeur est constituée par une masse volumineuse, molle, de même couleur que le reste de la muqueuse gastrique et recouverte de nombreuses sugillations sanguines. Elle est ovoïde, à grand axe parallèle à la grande courbure, mesure 7 cent 1/2 de longueur et 6 de largeur. Son point le plus proéminent s'élève à 4 cent. au-dessus de

la muqueuse. La tumeur a véritablement l'aspect d'un choufleur dont la base d'implantation est très dure et mesure environ 3 cent. de longueur.

La plus grosse est séparée de la première par un espace de 5 centimètres où la muqueuse paraît absolument saine, elle n'est ni ramollie ni mamelonnée. Cette tumeur a une surface ulcérée, elle occupe tout le fundus et les portions avoisinantes des deux faces. L'aspect de cette région est celui d'une vaste ulcération recouverte de grosses végétations, blanchâtres, molles, anfractueuses, simulant tout à fait un amas de substance cérébrale ramollie. La tumeur a envahi la rate qu'il est absolument impossible de détacher de la grosse tubérosité. Ce qui reste du tissu splénique n'est plus représenté que par un croissant coiffant la grosse tubérosité, ayant à sa partie moyenne 1 centimètre d'épaisseur et à ses extrémités quelques millimètres seulement. Ce reste de rate pèse environ 25 grammes. Tout à fait sous la capsule de la rate qui n'est pas notablement épaissie, on trouve à la partie inférieure deux petits noyaux indurés déprimés, d'un blanc jaunâtre, de la grosseur d'un pois, de forme pyramidale à base dirigée vers la périphérie et qui sont des anciens infarctus.

On incise l'intestin sur toute sa hauteur et on n'y trouve ni ulcération, ni tumeur d'aucune espèce. Les ganglions mésentériques ne sont pas dégénérés, il en est de même des ganglions pelviens, inguinaux, sus et sous-claviculaires.

Le pancreas paraît macroscopiquement sain, nulle part il ne présente de noyaux de dégénérescence.

Le foie pèse 1,800 grammes. Il a tous les caractères les plus nets du foie muscade type, sans sclérose, de consistance peu ferme. Les gros conduits biliaires sont perméables, la vésicule modérément distendue par de la bile jaunâtre. Les ganglions du hile ne sont pas dégénérés et malgré le plus minutieux examen, on ne trouve dans le parenchyme hépatique aucun noyau de généralisation carcinomateuse.

Les reins pèsent chacun 180 grammes. La capsule est un peu adhérente, surtout au niveau des quelques petites cicatrices blanches, étoilées, déprimées, qu'on trouve à sa surface. A la coupe, le tissu est ferme, congestionné. La striation paraît un peu moins nette qu'à l'état normal. Aucun noyau carcinomateux, pas plus que dans les capsules surrénales.

La face antérieure de la colonne vertébrale ne paraît être le siège d'aucune altération.

La plèvre droite contient 100 cc environ de liquide citrin, clair, sans exsudat. Pas d'adhérence. Le poumon droit est atelectasié dans sa partie tout à fait inférieure et emphysémateux dans tout le reste de son étendue. La plèvre gauche est vide,

libre d'adhérence. Le poumon gauche est emphysémateux, congestionné un peu à sa base. Nulle part dans les deux poumons on ne trouve de foyer d'hépatisation, point d'infarctus, pas trace de tuberculose récente ou ancienne. Les ganglions trachéo-bronchiques ne sont pas dégénérés.

Le péricarde ne contient point de liquide. Au niveau de la base du cœur, entre les gros vaisseaux, il y a des traces de péricardite ancienne. Plusieurs taches laiteuses sur la face antérieure du ventricule droit. Le cœur débarrassé de ses caillots pèse 500 grammes. Le ventricule gauche a des parois nettement hypertrophiées, sans qu'il y ait dilatation de la cavité. A la coupe le myocarde a la teinte et la consistance normales. Rien à signaler du côté du cœur droit. Les sigmoïdes aortiques sont fortement athéromateuses, rigides, mais il n'y a ni rétrécissement de l'orifice aortique, ni insuffisance des nids de pigeon. La valvule mitrale a sa souplesse habituelle. Les coronaires sont perméables et non rétrécies à leur embouchure. La gauche à 1 cc. environ de son origine présente un dépôt athéromateux bien marqué, mais n'obturant pas complètement la lumière du vaisseau.

Les centres nerveux ne présentaient macroscopiquement aucune altération.

Nous avons cherché minutieusement s'il existait en un point quelconque une suppuration, nous n'en avons trouvé aucune trace, pas plus dans les diverses cavités que dans l'intérieur des parenchymes et de toutes les articulations. Le sujet n'étant pas réclamé, il nous a été possible de lui faire subir toutes les mutilations que nécessitait ce genre de recherche.

Les pièces ci-jointes ont été soumises à l'examen de M. le professeur Tripier, qui n'a pas hésité un seul instant à déclarer qu'il s'agissait d'un carcinome primitif de la grosse tubérosité, avec noyau secondaire de la face postérieure, véritable greffe opérée sur ce point de la muqueuse gastrique. L'examen histologique n'a fait que confirmer cette opinion.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

1° *Tumeur primitive. Rate.* — Le parenchyme splénique est envahi par des productions néoplasiques qui se disposent soit en vastes nappes homogènes, soit en traînées perdues au sein des éléments normaux. Les premières présentent une série d'alvéoles limités par des tractus conjonctifs très fins au milieu desquels nagent des débris cellulaires. Au milieu du parenchyme splénique, on remarque de véritables formations cancéreuses

figurant soit des tubes, soit des amas pleins dans lesquels la forme cylindre des cellules apparaît très nettement. La tumeur a les mêmes caractères histologiques que la tumeur secondaire.

2° *Tumeur cancéreuse secondaire.* — La muqueuse est entièrement détruite. Le tissu cellulaire sous-muqueux très épaissi est envahi jusqu'à la couche musculaire par des éléments néoplasiques. Ceux-ci consistent en cellules très nettement cylindriques, hautes, composées de deux zones, une zone supérieure claire teintée en jaune par l'acide picrique, une zone inférieure rouge foncé, dans laquelle on trouve un noyau ovale, allongé et occupant la portion périphérique de la base de la cellule. Ces cellules sont disposées en foyer ayant le plus souvent la forme de tubes pourvus d'une lumière centrale plus ou moins large. En certains points, elles sont disposées de telle façon qu'elles tapissent les parois d'une loge conjonctive assez large. En ces derniers points l'aspect carcinomateux du néoplasme est extrêmement net. Dans la couche musculaire, l'infiltration des éléments cancéreux s'est produite bien qu'à un faible degré. On voit là surtout une accumulation de cellules embryonnaires disposées entre les faisceaux. L'endo-périartérite est très marquée sur les vaisseaux de la sous-muqueuse dans les points envahis par le néoplasme. En aucun point on ne trouve de tissu cicatriciel pouvant laisser supposer que le néoplasme soit développé au niveau d'un ancien ulcère.

3° *Estomac, portion intermédiaire.* — Pas d'autres lésions visibles qu'une atrophie bien marquée de la couche glanduleuse, dont on ne trouve plus que quelques vestiges. Le tissu sous-muqueux est le siège d'une infiltration de cellules rondes embryonnaires. Pas trace de foyers néoplasiques.

4° *Cœur.* — On y distingue d'abord une pigmentation très accusée du myocarde, dessinant une série de fibres courtes dont les extrémités sont coupées suivant une ligne brisée plus ou moins rapprochée du gros noyau ovoïde de la fibre. En outre, on trouve des bandes scléreuses assez larges s'étendant entre les fibres musculaires et au niveau desquelles on voit de nombreuses cellules jeunes, c'est-à-dire qu'à côté d'une sclérose interstitielle ne semblant pas orientée par les vaisseaux on rencontre une infiltration embryonnaire récente.

5° *Reins.* — Les espaces conjonctifs sont élargis. Un certain nombre d'entre eux présentent des traces d'inflammation récente. Les glomérules ont les anses dilatées et élargies; quelques-uns d'entre eux sont un peu sclérosés, la sclérose consistant en un simple épaississement de la capsule de Bowmann. Les épithé-

liums des Tubuli ne présentent nulle part de prolifération ni de lésions inflammatoires. On en trouve un certain nombre atteints de nécrose de coagulation.

En résumé, chez un homme de 70 ans, sans antécédents pathologiques, et atteint depuis quelque temps déjà d'artério-sclérose s'est développé un cancer double de l'estomac ayant détruit complètement la rate sans toucher aucun autre organe. Ce cancer a évolué sans troubles digestifs d'aucune espèce et s'est accompagné d'accès fébriles intermittents ressemblant à ceux d'une fièvre paludéenne à type quotidien.

La latence absolue du cancer de l'estomac, qui n'eût peut-être pas duré longtemps encore si une affection intercurrente n'avait amené la mort du malade, n'est pas un fait bien rare. Nous nous y arrêtons uniquement parce que les nombreux examens que nous avons fait pour rechercher la cause des accès fébriles nous ont fourni l'occasion de palper minutieusement l'abdomen du patient et que jamais nous n'avons éveillé chez lui la moindre douleur, la moindre sensation pénible. Le siège de la tumeur secondaire, la consistance de la tumeur primitive, l'absence de masses ganglionnaires dégénérées nous expliquent pourquoi nous n'avons jamais perçu la moindre tumeur. On a fait remarquer avec raison que la latence du cancer de l'estomac tenait, dans certains cas du moins, à ce que les malades n'accusant aucun trouble gastrique, la palpation méthodique de l'abdomen avait pu être négligée. D'après ce qui précède, il n'est pas possible de faire rentrer notre observation dans cette catégorie de faits.

D'autre part, ni pendant les grands accès fébriles où la température s'éleva à 40° et au delà, ni au début de l'érysipèle le malade n'a eu de vomissements d'aucune

nature. On sait cependant combien il est fréquent dans ces cas d'observer ce symptôme et on aurait *a priori* difficilement supposé que chez un homme dont l'estomac était le siège de lésions aussi graves et aussi étendues, deux causes aussi communes de troubles gastriques n'eussent pas provoqué l'apparition de quelques vomissements.

Il nous reste à dire quelques mots des accès douloureux qu'a présentés notre malade et que nous avons pris au début pour des accès d'angine de poitrine. L'absence des signes classiques qui accompagnent habituellement les crises d'angine de poitrine, leur fréquente répétition nous avaient bien fait douter un peu de leur nature, mais d'autre part l'état du cœur et des vaisseaux, la présence de l'albumine dans l'urine cadraient trop bien avec l'idée d'une angine de poitrine pour que nous abandonnions ce diagnostic, d'autant plus que nous n'avions aucune raison de supposer notre malade atteint de carcinome. La douleur, signe subjectif important du cancer gastrique, n'a pas de caractère bien déterminé. Elle peut revêtir, on le sait, suivant les cas, un grand nombre de modalités, quant à son siège et à son intensité. Mais néanmoins il est assez rare, si l'on s'en rapporte à l'observation courante, qu'elle revête les allures que nous lui avons vu prendre chez notre malade et qu'elle en impose pour des accès d'angor pectoris. Soit à propos de l'angine de poitrine, soit à propos du cancer de l'estomac, on ne trouve rien mentionné dans les auteurs qui se rapporte au diagnostic différentiel de ces deux affections. Cela se conçoit aisément, car dans l'un et l'autre cas, la douleur est un phénomène accessoire de peu d'importance à côté des autres symptômes dont la constatation permet d'établir un diagnostic. Et il faut un cas analogue à celui-ci, c'est-à-

dire où il y ait coïncidence de lésions cardio-vasculaires et de tumeur gastrique pour qu'il puisse être question de ce diagnostic différentiel. C'est parce que notre malade présentait une série de symptômes au milieu desquels il est commun d'observer de l'angine de poitrine que nous avons été amené à faire ce diagnostic et non parce que la symptomatologie de ces accès était franchement celle qu'on rencontre d'habitude chez les malades atteints d'angine de poitrine.

L'examen méthodique des diverses fonctions de l'estomac n'a pas été fait il est vrai, le contenu gastrique n'a pas été analysé. Cet examen eût-il été fait, que nous aurions pu peut-être penser à un néoplasme sans pouvoir en affirmer l'existence. Mais la raison qui nous a fait négliger ce genre d'exploration, c'est que le malade n'accusait aucune espèce de troubles gastriques.

Arrivons maintenant à la partie la plus importante des symptômes présentés par notre malade, les grands accès fébriles.

La fièvre n'est pas assurément d'une rareté extrême dans le cancer de l'estomac ; cependant, dans la grande majorité des cas, on ne l'observe pas et elle reste un symptôme d'ordre secondaire sur lequel on a peu insisté. Sans rapporter ici l'avis de tous ceux qui ont écrit sur les maladies de l'estomac, on peut dire que la plupart des auteurs se sont contentés de signaler le fait, sans en montrer la fréquence relative et la valeur diagnostique ou pronostique, sans chercher à en donner une pathogénie. Seul, si on fait exception des contemporains, Brinton, consacre à la fièvre dans le cancer gastrique une page qui a été reproduite un peu partout. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Avant tout, il faut établir une distinction entre les cas où il existe une complication capable d'expliquer la

fièvre, et ceux où toute espèce de complication faisant défaut, la fièvre ne peut vraisemblablement tenir qu'à l'évolution de la tumeur elle-même.

L'élévation de la température peut être due par exemple, à l'inflammation d'une séreuse (péritoine, plèvre, péricarde, etc.), inflammation reconnaissant pour cause, soit des noyaux secondaires développés dans certains viscères, soit de la carcinose miliaire. Dans ces cas, la fièvre n'est, en général, pas considérable, le type en est irrégulier et surtout variable suivant chaque cas pris en particulier. Elle n'affecte jamais les allures d'une fièvre intermittente.

Une cause de fièvre, bien connue celle-là et assez commune, c'est la tuberculisation. On sait, en effet, qu'un malade atteint de carcinome peut en même temps être tuberculeux et la fièvre dans ces cas n'est que l'expression symptomatique de la tuberculose, la tumeur gastrique n'a rien à y voir.

Dans ces deux ordres de cas, la fièvre n'est assurément pas un symptôme négligeable et son étude a pour le diagnostic et le pronostic une certaine importance. Mais nous ne voulons pas y insister. D'ailleurs la plupart des auteurs classiques, quand ils parlent de la fièvre dans le cancer gastrique, ont surtout en vue la fièvre due à une complication.

Nous désirons simplement étudier avec quelques détails, la fièvre dite essentielle. C'est-à-dire nous limiter aux cas dans lesquels, après avoir observé de la fièvre pendant la vie, on n'a pu trouver à l'autopsie, pour l'expliquer, aucune cause autre que la tumeur elle-même.

Pour juger de la fréquence de cette fièvre essentielle, il faudrait avoir sous la main des statistiques portant sur un grand nombre de cas. Or ces statis-

tiques n'existent pas. Dans aucun des traités que nous avons pu consulter il n'est fait mention de cette fréquence, nulle part on ne trouve de chiffre se rapportant à ce point particulier de la symptomatologie du cancer. En outre, il existe à ce sujet des contradictions absolues entre les auteurs. Ainsi, Brinton dit : « Les symptômes fébriles accompagnent le cancer de l'estomac bien plus souvent qu'on ne le suppose généralement..... L'ulcération, l'inflammation et la péritonite en sont des causes aussi fréquentes que la maladie primitive ou l'épuisement qui en résulte. Cependant, c'est ce dernier fait qui semble déterminer ces symptômes dans la majorité des cas ». Leube, au contraire (*Ziems-sen's Handbuch*), loin de la tenir pour fréquente, doute même de l'existence de cette fièvre essentielle. La raison de ces divergences d'opinion est, croyons-nous, facile à trouver. Il est probable, ainsi qu'en témoigne les recherches de Hampeln, que la température chez ces malades est élevée de temps en temps. Mais il ne s'agit pas là d'une fièvre à grand tapage, la température s'élève simplement à 38 ou 38.5 et le malade ne s'en plaint pas. Ce n'est qu'un symptôme de faible importance. D'ailleurs le cancer de l'estomac, étant à juste titre considéré comme une affection apyrétique, on néglige de prendre régulièrement la température dès que le diagnostic est établi et quand il est encore hésitant on n'attend du thermomètre aucun renseignement utile et on ne le consulte pas.

De toute autre importance est la fièvre quand elle revêt, comme chez notre malade, le type franchement intermittent. Les troubles digestifs, quand ils existent, sont alors relégués au second plan. Les accès fébriles attirent forcément l'attention du malade et du médecin. Le malade est bien plutôt considéré comme un fébri-

citant que comme un dyspeptique. Ces accès créent un complexus symptomatique important au point de vue diagnostique et dont la pathogénie présente un certain intérêt.

De toutes les espèces de fièvre qui peuvent exister dans le cancer gastrique, cette fièvre intermittente essentielle est celle qui a été le moins étudiée. Wunderlich, dans son traité, la signale en ces termes : « Il existe parfois de la fièvre dès le début; la marche est alors très rapide. La fièvre peut, dans ces cas, avoir au début un caractère intermittent. » Il ne distingue pas la fièvre essentielle de la fièvre symptomatique. Rosenheim *Krankheiten des Verdauungsapparates*, Bd I, S. 213) en parle un peu plus longuement : « Dans le cours de la maladie, il survient parfois de vrais paroxysmes fébriles (frissons, chaleur, sueurs), comme s'il s'agissait de la malaria. Ces cas n'ont rien à faire avec les augmentations de la température qui peuvent être produites par une péritonite ou une pleurésie concomittante, attendu qu'ils ont été observés aussi dans des cas où aucune complication ne pouvait expliquer la fièvre. Il est plausible d'admettre que ces paroxysmes sont produits par la résorption de produits toxiques dus à la destruction du cancer. » Un seul mémoire original s'occupe spécialement de la fièvre intermittente dans le cancer de l'estomac. Ce mémoire est peu connu et ne se trouve, d'après nos recherches, reproduit dans aucun travail français. Il est l'œuvre du docteur Hampeln, de Riga. Il a été publié, en 1888, dans la *Zeitschrift für Klinische Medizin*, et contient trois observations personnelles qu'on peut résumer ainsi :

1^{er} cas : Homme de 57 ans, admis le 4 février 1883 à l'hôpital de Riga. Souffrait depuis deux mois, tous les trois jours, d'accès

fébriles avec frisson, chaleur et sueur. Il paraissait bien portant, cependant la coloration de son visage était malade et anémique. Fonctions digestives normales. Pendant son séjour à l'hôpital, il survint treize accès de fièvre avec frissons, chaleur et sueur. On crut à une suppuration cachée, périsplénique probablement. Ponction négative de la rate. Le patient sortit de l'hôpital et y revint le 3 juin de la même année accusant des douleurs d'estomac et des vomissements. Amaigrissement considérable et anémie. Tumeur qu'on sentait dans la région épigastrique, accès fébriles répétés. A l'autopsie : Carcinome médullaire ulcéré de la paroi postérieure de l'estomac. Foi normal. Pas de suppuration.

2^e cas : Homme de 53 ans, admis le 17 juillet 1883. Depuis six semaines il souffrait de vomissements, et, depuis deux semaines, d'accès fébriles quotidiens avec frissons, chaleur et sueurs. Bon état général. Tumeur épigastrique. Jusqu'au 1^{er} septembre, date de la mort, il eut des accès fébriles à diverses reprises. A l'autopsie : Cancer médullaire ulcéré de l'estomac, adhérences de celui-ci au foie. Noyaux secondaires dans le foie, le pancréas et les ganglions mésentériques. Pas de suppuration.

3^e cas : Femme de 40 ans entrée le 22 août 1887. Antécédents héréditaires sans importance. A toussé à plusieurs reprises et a craché un peu de sang il y a dix ans. Depuis cinq ans, souffrait de douleurs épigastriques avec diminution de l'appétit sans nausées ni vomissements. Dans ces derniers temps, ces symptômes ont diminué. Depuis six mois, elle a remarqué la présence d'une tumeur dans le ventre, au-dessus de l'ombilic et souffre du ventre et de la poitrine. Jamais d'hémorragie gastrique ou intestinale. Toux légère ayant amené deux fois seulement des vomissements. Ne tient pas le lit, mais depuis un an a beaucoup maigri, grande faiblesse. Règles normales. La malade se plaint souvent de fièvre intense survenant par accès depuis sept mois presque toutes les deux nuits, vers deux heures du matin, avec les trois stades classiques. Pendant les accès, soif vive, céphalée intense. Dans les intervalles, sensation de bien-être. Au moment de l'entrée, l'aspect de la malade est plutôt celui d'une phtisique que d'une cancéreuse. Peau élastique, un peu d'œdème périmalléolaire. Le bruit respiratoire est affaibli du côté droit. Râles secs peu abondants dans les deux fosses sus-claviculaires. Cœur normal. Pas de météorisme. La tumeur abdominale située à gauche et au-dessus de l'ombilic prend part aux forts déplacements du diaphragme. Elle est dure et est le siège de battements ; à son niveau on entend un souffle systolique. Rien aux autres viscères. Pas de bacilles dans les crachats.

Pendant les quatre mois de séjour à l'hôpital, les accès fébriles

furent le principal symptôme. Ils furent d'une intermittence irrégulière. La température atteignait 40° ou 41°, parfois même 42° et après cinq ou six heures d'abondantes sueurs tombait à 36° ou 37°. Il s'écoulait entre les accès tantôt un seul jour, tantôt plusieurs (jusqu'à 7), pendant lesquels la malade se trouvait très bien. L'appétit fut longtemps bon, la digestion régulière et normale, sans vomissement. Les râles disparurent, néanmoins la malade perdit 10 kilos de son poids. Au bout d'un mois survinrent par accès des douleurs violentes au niveau de la tumeur, si violentes que les injections de morphine ne les calmaient pas. Deux mois après, les douleurs devinrent permanentes et plus violentes. Un chirurgien appelé pensa à une suppuration. On transporta la malade dans un service de chirurgie (décembre 1887). Là les accès fébriles se répétèrent tous les jours en même temps que les accès douloureux. Une incision exploratrice fut faite, sans résultat. Huit jours après l'opération, elle mourut d'épuisement. Les dix derniers jours point de fièvre, les quatre derniers, hypothermie.

Autopsie : Péritoine normal, sans épanchement. Tumeur de la région pylorique d'aspect colloïde et détruite en grande partie ; à la petite courbure adhérait un paquet ganglionnaire de la grosseur du poing de consistance gélatineuse. Ganglions rétropéritonéaux dégénérés. Aucun noyaux métastatiques. Nulle part de suppuration. Dans le lobe supérieur du poumon gauche, près du hile, noyaux caséux péribronchiques à périphérie indurée et scléreuse. Au microscope, la tumeur fut reconnue pour un carcinome gélatineux myxomateux.

Dans les commentaires qui suivent ces trois observations, l'auteur explique, avec beaucoup de détails, comment il est arrivé à exclure l'idée d'une fièvre intermittente à forme anormale pour se rattacher à celle d'une suppuration interne. Dans le dernier cas seulement, instruit par les deux premières observations, il est arrivé à faire pendant la vie le diagnostic probable de fièvre intermittente essentielle.

Ces trois observations, réunies à celle qui a été le point de départ de notre travail, portent à quatre le nombre des cas de fièvre intermittente essentielle dans le cancer de l'estomac. Dans les différents recueils

périodiques nous n'avons pu en trouver d'autres. Ce n'est pas à dire que cette fièvre soit aussi rare que semblerait l'indiquer ce petit nombre de cas. Probablement beaucoup des cas observés n'ont pas été publiés. Pour donner une idée de leur fréquence, nous pouvons rappeler que Hampeln, en quatre années, a examiné, à ce point de vue, 86 cas de cancer gastrique, et qu'il n'a pu recueillir qu'une seule observation d'accès fébriles essentiels intermittents.

Des quatre observations, trois se rapportent à des hommes de 53 à 70 ans, une à une femme âgée de 40 ans seulement. Point au-dessous de cet âge. Dans les 20 cas de cancer de l'estomac rapportés dans la thèse de Mathieu (Th. de Lyon, 1884), et qui tous concernent de jeunes sujets, trois fois seulement la fièvre a été notée. Bien que ces trois observations ne soient pas très détaillées, il y est cependant spécifié que la fièvre n'avait rien d'essentiel, qu'elle était au contraire due à une complication. D'ailleurs, dans aucun de ces cas la fièvre n'a revêtu les allures d'une fièvre intermittente.

Les accès ont existé pendant un temps très variable dans chacun des cas. Ainsi ils ont été observés presque sans rémission pendant onze mois dans l'obs. III de Xampeln, six mois dans l'obs. I, deux mois environ dans son obs. II et quelques jours seulement chez notre malade. Il faut en conclure, contrairement à ce qu'on trouve signalé dans certains auteurs, notamment dans Brinton, que l'apparition de la fièvre n'indique pas forcément que la marche de l'affection sera rapide et que la mort surviendra au bout de peu de temps.

Les accès sont survenus tantôt tous les jours, tantôt tous les deux ou trois jours. Dans aucun cas on n'a observé deux accès quotidiens. Après s'être montré régu-

lièrement sous la forme d'accès quotidiens pendant quelques jours, les accès parfois ont cessé pendant un temps variable pour revenir soit avec le même type, soit avec un type différent. Ce fait a été surtout bien marqué dans l'obs. III de Hampeln.

Tandis que chez notre malade ils débutaient vers midi ou 1 heure, chez la malade d'Hampeln ils survenaient vers 2 heures du matin.

La durée des accès a toujours été assez longue ; chaque période durait en moyenne plusieurs heures. Certains accès ont été complets, c'est-à-dire composés des trois périodes classiques. D'autres ont été incomplets, la période des sueurs faisant défaut. Un accès complet était suivi tantôt d'un autre accès complet, tantôt d'un accès incomplet. À ce point de vue, la plus grande irrégularité s'est manifestée. Dans tous les cas, on a noté après les accès l'absence de tuméfaction de la rate et d'herpès *labialis*. La quinine n'a donné aucun résultat.

En somme, en y regardant de près, les accès ont été loin de revêtir l'aspect classique de ceux de l'infection paludéenne la plus franche. Mais on sait que les anomalies symptomatiques sont fréquentes dans la malaria, et on ne pouvait guère, en se basant uniquement sur les caractères mêmes des accès, acquérir la certitude qu'il ne s'agissait pas d'une fièvre intermittente vraie. Dans les quatre cas, ce n'est qu'après un examen minutieux et au bout de plusieurs jours, qu'aidé des renseignements fournis par le malade lui-même on a pu arriver à rejeter le diagnostic de fièvre paludéenne.

Au point de vue de la difficulté du diagnostic, les quatre observations peuvent se ranger sous deux chefs. Ou bien, comme dans les deux dernières observations d'Hampeln, il existait des signes évidents et indiscutables de néoplasie gastrique, ou bien, comme dans les

deux autres, il n'y avait que des signes de probabilité en faveur d'un cancer, ou bien même aucun symptôme attirant l'attention du côté des voies digestives. Dans le premier cas, on avait surtout à discuter la coexistence chez le malade de l'impaludisme et du cancer. Une fois l'impaludisme rejeté, il restait, avant d'admettre une fièvre essentielle à éliminer l'hypothèse d'une suppuration interne. Dans le deuxième cas, le diagnostic présentait encore certainement plus de difficultés. Il fallait d'abord, avant de songer à la fièvre intermittente essentielle, faire le diagnostic de néoplasme gastrique. On sait combien dans certains cas la chose est difficile quels que soient les procédés d'exploration qu'on puisse mettre en œuvre. Une fois ce premier diagnostic, les difficultés restaient les mêmes que dans les observations du premier groupe, c'est-à-dire celles où on sentait Σ tumeur.

L'existence de cette fièvre essentielle étant admise, le diagnostic de néoplasme gastrique étant fait, celui d'accès paludéen étant éliminé, il reste encore dans ces cas des difficultés presque insurmontables pour savoir s'il ne s'agit pas d'accès fébriles engendrés par une suppuration profonde et cachée. Une suppuration profonde peut en effet exister aussi bien chez un cancéreux comme conséquence directe ou indirecte du néoplasme gastrique que chez un autre malade. Il est juste cependant d'ajouter que dans les documents que nous avons pu consulter concernant la fièvre symptomatique, nous avons rarement trouvé signalé des accès fébriles périodiques pouvant faire croire à l'existence d'une fièvre paludéenne. Quoi qu'il en soit, dans certains cas le diagnostic exact ne pourra être fait qu'au moment de la vérification anatomique. Sur nos quatre cas, trois fois il n'a été fait qu'à ce moment.

L'autopsie dans les quatre cas que nous rapportons, a montré qu'il s'agissait : deux fois d'un cancer encéphaloïde, une fois d'un épithélioma cylindrique, une fois d'un carcinome ayant subi la dégénérescence colloïde. Dans tous les cas, la tumeur était largement ulcérée. Outre la présence de masses ganglionnaires plus ou moins volumineuses et dégénérées on a constaté dans deux cas l'absence complète de noyaux secondaires dans tous les viscères. Dans un cas le foie et le pancréas étaient envahis, dans un autre enfin, la rate seule était détruite par la tumeur.

En face de ces résultats, nous devons donc conclure que les accès intermittents peuvent se rencontrer aussi bien quand le néoplasme reste limité à l'estomac que lorsqu'il envahit les autres viscères abdominaux.

Après avoir étudié les pièces provenant de l'autopsie de notre malade, nous avons pensé un instant que la destruction de la rate par la tumeur avait peut-être joué un rôle dans la production des accidents fébriles. Le résultat des autopsies d'Hampeln prouve qu'il n'en est rien. Nous pouvons en donner une autre preuve.

En effet, dans les observations de carcinome de la rate primitif (ce qui est très rare, on n'en compte pas plus d'une dizaine de cas dans la science) ou secondaire que nous avons pu consulter, ces accidents fébriles ne sont pas relatés d'une façon formelle. Dans un cas de Scheffer (*Jahrb. f. Kinderheilk.* Bd XV-1880), rapporté dans la thèse de Mathieu, il est dit simplement que la température s'éleva de temps en temps à 38 ou 38°,5. Dans un des cas rassemblés par M. Besnier, dans son article du dictionnaire encyclopédique, le malade aurait présenté des accès fébriles intermittents. Ce cas est dû à Brown (1870—*New-York. Méd. Record*), et si nous n'y attachons pas plus d'importance, c'est que nous n'avons pu

consulter l'original et que les détails manquent absolument dans l'analyse du dictionnaire. Quant à l'observation publiée par Notta (*Arch. gén. Méd.*, 1886, p. 167), nous n'en tiendrons pas compte, bien que l'auteur dise « que le malade présentait de la fièvre à type paraissant intermittent » parce que la vérification anatomique n'a pas été faite et qu'il est possible que le diagnostic porté pendant la vie ait été erroné.

Une fois en possession de ces données, est-il possible de tenter une pathogénie de ces accidents fébriles ?

Dans les quatre cas, ainsi qu'il a été dit plus haut, il s'agissait de carcinome ulcéré, c'est-à-dire de tumeur dont les parties constituantes, solides et liquides se désagrégeaient et se répandaient dans la cavité gastrique. Ces produits devaient, qu'il y ait ou non une sténose pylorique plus ou moins prononcée, séjourner longtemps dans l'estomac, étant donnée la diminution marquée de la motricité gastrique chez les cancéreux et les phénomènes de rétention qu'on observe communément chez ces malades. On sait, d'autre part, depuis les travaux de von Jaksch et de Sénator, ceux plus récents de Klempérer et d'Adamkiewicz sur le coma des cancéreux, que ces produits de destruction des carcinomes riches en suc sont doués de propriétés toxiques bien marquées. On peut supposer, bien que la preuve expérimentale n'en ait pas été donnée, que parmi ces poisons multiples quelques-uns ont des propriétés pyrétogènes et qu'ils sont capables, quand ils sont introduits dans le torrent circulatoire, de produire des accès fébriles intermittents analogues à ceux qui ont été observés chez les malades dont nous avons rapporté l'histoire. Ce n'est évidemment là qu'une hypothèse, mais elle n'a rien d'in vraisemblable en soi.

A cette hypothèse on peut évidemment faire beaucoup

d'objections. Pourquoi par exemple, étant donnée la grande fréquence des cancers ulcérés n'a-t-on pas plus souvent l'occasion d'observer ces accès fébriles? On pourrait peut-être réfuter cette objection de la façon suivante : L'apparition de ces accès est subordonnée à l'état de la muqueuse gastrique dans les portions respectées macroscopiquement par le néoplasme. Dans ces parties très souvent, on le sait, il se produit des modifications importantes des tuniques de l'estomac, modifications compromettant d'une façon souvent absolue le pouvoir d'absorption de la muqueuse, ainsi qu'en témoignent pendant la vie l'épreuve avec l'iodure de potassium et surtout les examens histologiques. Dans les trois observations d'Hampeln il n'est pas fait mention, il est vrai, de l'état microscopique des points de la paroi non envahis, mais dans notre observation l'examen histologique de ces points a été fait et nous avons pu nous convaincre qu'à ce niveau les lésions étaient à peu près nulles. C'est-à-dire que dans les points respectés par les tumeurs la muqueuse gastrique était vraisemblablement capable d'absorber les produits toxiques versés incessamment par le néoplasme ulcéré et en présence desquels elle se trouvait constamment en contact. C'est probablement là une des conditions favorables au développement des accès fébriles mais assurément ce n'est pas la seule. Pour pousser plus loin l'étude de cette pathogénie, il faudrait avoir des matériaux plus nombreux que ceux dont nous disposons et surtout posséder des observations bien complètes et prises spécialement en vue d'élucider cette question. D'ailleurs cette question sera étudiée avec plus de détails dans une thèse qui sera soutenue dans quelques mois par le D^r Garcin, devant la Faculté de Lyon.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'estomac de

notre malade présentait encore un certain intérêt. Il y avait deux tumeurs complètement séparées l'une de l'autre par une portion assez étendue de muqueuse qui macroscopiquement n'avait subi aucune altération. Ces deux tumeurs avaient une structure histologique identique. Composées des mêmes éléments cellulaires, elles représentaient deux stades différents de l'épithélioma cylindrique. L'une, occupant tout le fundus et ayant détruit complètement la rate, était ulcérée ; l'autre, de date plus récente, ne l'était pas encore et siégeait sur la face postérieure.

L'épithélioma cylindrique de l'estomac se présente habituellement sous la forme d'une tumeur unique (dans l'estomac bien entendu), plus ou moins volumineuse, plus ou moins étendue. Nous avons cherché dans les traités spéciaux et les publications périodiques les cas de tumeurs multiples épithéliomateuses de l'estomac sans réussir à en trouver un seul exemple. M. le professeur Tripiér, à qui nous avons montré l'estomac de notre malade nous a dit n'avoir jamais observé de cas semblable. Il ne pouvait évidemment s'agir dans ce cas de propagation de cancer par continuité, car il n'y avait de traînées de lymphangite cancéreuse ni du côté de la muqueuse ni du côté du péritoine.

Cette multiplicité de tumeurs de même nature sur un même organe, si elle est absolument exceptionnelle dans l'estomac, s'observe assez souvent en d'autres régions. Ainsi Albarran, dans son récent traité l'a rencontrée dans 1/4 des cas environ des tumeurs de la vessie (21 fois sur 82). Ces tumeurs peuvent occuper des points variables de la paroi vésicale ; mais, dit Albarran, quand on examine un grand nombre de néoplasme épithéliaux de la vessie, il est impossible de n'être pas frappé de la fréquence des lésions se corres-

pendant exactement sur des points opposés de la muqueuse. Pareille disposition a été signalée par d'autres auteurs, Fenwick, Küster, etc... On peut rapprocher de ces faits ceux qui sont consignés dans l'excellente thèse de Fabre (Lyon 1892). Ceux par exemple qui se rapportent à des malades atteints de cancroïde de la lèvre supérieure et chez qui se développe un cancroïde de la lèvre inférieure en un point directement opposé et en contact pendant l'occlusion de la bouche. Ceux où deux tumeurs épithéliomateuses se sont montrées l'une après l'autre sur les parois du vagin en des points directement en contact l'un avec l'autre. Bien d'autres encore tout à fait analogues se rapportant soit aux gencives et à la langue, soit surtout enfin aux anses intestinales, région où le fait a été bien souvent observé.

Dans tous ces cas, on admet aujourd'hui qu'il y a eu une véritable inoculation au porteur de la tumeur primitive. La théorie de l'implantation directe a remplacé (voir la thèse de Fabre) celles qu'on avait édifiées autrefois pour expliquer la généralisation du cancer. L'implantation est favorisée par le traumatisme qui agit soit directement en formant une plaie, soit indirectement en amenant une lésion ulcéreuse.

Il nous paraît rationnel d'assimiler complètement notre cas à ceux que nous avons brièvement cités et d'expliquer notre double tumeur par un mécanisme identique à celui que les auteurs ont donné quand il s'est agi de tumeurs multiples d'autres organes. D'ailleurs sans vouloir forcer les analogies, on peut très bien comparer, au point de vue spécial qui nous occupe, l'estomac et la vessie. Il s'agit là en effet de deux cavités dont les parois sont tantôt éloignées, tantôt rapprochées suivant l'état de réplétion ou de vacuité de ces organes. Notre malade était porteur d'un épithélioma

du fundus, une inoculation s'est faite en un point de la face postérieure de l'estomac. Ce point, s'est trouvé à un moment donné directement ou indirectement en contact avec la grosse tubérosité. L'inoculation s'est faite très vraisemblablement en ce point parce que là existait une perte de substance quelconque, une ulcération. Nous disons ulcération et non ulcère parce que ce mot pourrait éveiller l'idée de la lésion bien connue sous le nom d'ulcère rond et au niveau de laquelle se développe parfois des tumeurs cancéreuses. Ce qui prouve que l'inoculation ne s'est pas faite au niveau d'un ancien ulcère rond, c'est que la base de la tumeur secondaire n'avait histologiquement aucun des caractères de cette lésion. La greffe s'est faite au niveau d'une de ces ulcérations sans caractères, banales, peut-être d'origine traumatique qu'on observe assez communément et qui parfois sont si superficielles et si peu étendues qu'elles méritent plutôt le nom d'érosion. Un fait cependant nous paraît étonnant, c'est ce que, étant donné la fréquence relative de ces exulcérations dans tout estomac sain ou pathologique, on n'observe pas plus souvent de tumeurs cancéreuses multiples.

