

associées à des cardialgies nerveuses, peuvent parfois en imposer pour un ulcère rond. Mais l'aspect du « sang vomi » qui d'ailleurs ne vient le plus souvent pas de l'estomac, mais de la gencive, du pharynx, etc. et qui dès lors est presque toujours d'une nuance relativement claire et assez fluide, ainsi que la présence d'autres symptômes hystériques rectifient le plus souvent le diagnostic (v. le chap. de l'hystérie).

Le diagnostic différentiel entre la *gastrorrhagie* et la *pneumorrhagie* se base en cas de doute sur les considérations suivantes : 1. sur les *antécédents du malade*, souffrant avant l'hémorrhagie de symptômes pulmonaires (toux, expectoration, etc.) ou de dérangements gastriques (douleurs, vomissements). 2. Sur la *façon dont l'hémorrhagie a lieu* ; le sang étant ramené d'une part par la toux, de l'autre par le vomissement. Ce point reste parfois douteux, parce que les deux phénomènes peuvent se produire simultanément. La violence du vomissement excite la toux, et d'autre part, du sang provenant de la poitrine et dégluti en partie, peut provoquer un vomissement. 3. Sur la *manière d'être du sang évacué*. Le sang provenant d'une *hémorrhagie pulmonaire* est d'ordinaire rutilant et spumeux, finement aéré, peu pris en caillots et de réaction alcaline. Celui qui dérive d'une *gastrorrhagie* est d'ordinaire foncé, mêlé de débris d'aliments, pris en gros caillots, et à réaction acide. 4. Sur les données fournies par l'*examen objectif*. Il va sans dire qu'après une hémorrhagie les explorations ne doivent être pratiquées qu'avec la plus grande prudence, pour ne pas en provoquer une nouvelle par les mouvements imprimés au malade. Cependant un examen délicatement fait permet parfois de découvrir les signes d'une *affection pulmonaire* ; l'habitus général du malade, un peu de matité aux sommets, de la crépitation, etc. La *gastrorrhagie* ne fournit d'ordinaire à l'examen objectif que les indices de l'anémie. 5. Sur les *phénomènes consécutifs*. S'il s'agit d'une hémorrhagie pulmonaire, les malades expectorent presque toujours les jours suivants du sang pur ou du mucus teint de sang. D'autre part, la première *garde-robe* qui suit la *gastrorrhagie*, présente presque toujours une *coloration noire* due au mélange de sang décomposé. Dans les cas douteux, une selle sanguinolente décide presque toujours en faveur de la *gastrorrhagie*.

Dans tous les cas d'ulcère stomacal où la maladie suit son cours sans provoquer d'hémorrhagie, le diagnostic ne peut être posé qu'avec une probabilité plus ou moins grande. L'existence de cardialgies et de douleurs d'estomac limitées à un endroit précis doit toujours faire songer à la possibilité d'un ulcère de l'estomac, quoique cela ne suffise pas pour mettre le diagnostic au-dessus de tout doute.

Le diagnostic différentiel entre l'ulcère de l'estomac et la cardialgie pure-

ment nerveuse, de même qu'entre l'ulcère et le carcinome, sera traité plus loin dans les chapitres concernant ces deux maladies.

Pronostic. Nous avons décrit plus haut les dangers auxquels expose tout ulcère de l'estomac, surtout l'hémorrhagie et la perforation. Il n'y a jamais moyen de prédire à quel moment ces conséquences vont se produire dans un cas donné.

Il est incontestable qu'un grand nombre d'ulcères de l'estomac guérissent parfaitement. D'un autre côté la *cicatrisation*, comme nous l'avons dit, n'est pas toujours une garantie contre la cessation des souffrances. On devra donc se prémunir contre la persistance possible de désordres gastriques, en particulier de cardialgies rebelles, et dans certaines conditions, contre le développement consécutif d'une ectasie gastrique. Enfin, sous le rapport pronostique, il faut encore tenir compte d'une éventualité assez fréquente, la formation d'un carcinome sur le fond d'une ancienne cicatrice ulcéreuse. Nous reviendrons sur ce dernier point à propos du carcinome de l'estomac.

Traitement. Dès que le diagnostic de l'ulcère est établi avec certitude ou que les symptômes morbides sont tels qu'ils autorisent tout au moins à en soupçonner l'existence, il faut insister pour que le malade se soumette à une *cure méthodique*. Car ce n'est que par un traitement persévérant et correctement suivi qu'on peut réaliser, en cas d'ulcère rond, de bons effets thérapeutiques.

Une première condition essentielle, c'est que le malade passe les 2 à 3 premières semaines au moins de sa cure, *couché au lit*. En tout cas le repos absolu du corps constitue une condition qui contribue pour une large part à la cicatrisation de l'ulcère. En outre on maintient en permanence tout le long du jour des applications de PRIESSNITZ, ou mieux encore, d'après les conseils de LEUBE, des *cataplasmes chauds* sur la région épigastrique. Ces topiques exercent manifestement une influence très favorable sur l'élément douleur. En troisième lieu, et c'est là le point capital, le malade doit se tenir strictement à toute la rigueur du régime qui lui sera prescrit. En vue de prévenir toute irritation mécanique ou chimique de la surface ulcérée, on ne lui concédera pour commencer qu'une *alimentation liquide*. Le mieux c'est de ne lui permettre les dix premiers jours de la cure autre chose que du lait, du bouillon, tout au plus un œuf et du pain blanc trempé. Une nourriture également excellente, c'est la soupe préparée avec la *solution de viande* de LEUBE-ROSENTHAL. Enfin en quatrième lieu, il faut tenir compte, comme nous l'avons dit, de la suracidité du suc gastrique qui coexiste souvent. A cet effet, on donnera tous les jours une cuillerée à soupe de *sels de Karlsbad*, dissous dans $\frac{1}{2}$ litre d'eau chaude et à prendre en 3 ou 4 fois au cours de la matinée et de l'après-midi.

Ce traitement étant exactement suivi dans toute sa sévérité, les malaises, les douleurs et les vomissements cèdent parfois au bout de peu de jours. Si dix jours environ se sont écoulés et que les malades s'en trouvent bien, on pourra avec prudence passer à des aliments un peu plus consistants, d'abord à de la cervelle de veau bouillie, à de la blanquette de veau, à du pigeon ou du poulet bouilli, à de la panade au lait, etc. Au cas où ce genre de nourriture réveillerait les douleurs, il faudrait retourner au régime primitif. Le plus souvent cependant les aliments susdits sont supportés, de sorte qu'après un nouvelle étape de 8 à 10 jours, on accordera sans inconvénient un peu de bœuf (filet, beefsteak), du jambon cru en copeaux et plus tard de la viande légèrement rôtie, du gibier, des sautés de veau, du poisson, etc. Plus les symptômes morbides ont été prononcés, plus naturellement on devra procéder avec lenteur et prudence dans la gradation des aliments. Dans certaines conditions, on se servira également avec avantage d'autres substances nutritives artificielles (peptone de viande de KOCH, et de KEMMERICH, légumineuse) de même que des diverses farines destinées aux enfants.

A la faveur du régime que nous venons de décrire, on obtiendra le plus souvent tout ce qu'on peut réaliser dans un cas donné. C'est seulement quand le résultat ne répond pas à l'attente, qu'aux ordonnances diététiques sévèrement poursuivies, on associera les remèdes dont l'efficacité a été souvent proclamée dans l'ulcère de l'estomac, mais non pas démontrée. Les plus usités sont le *sous-nitrate de bismuth* en poudres de 0,3 à 1,0 avec du sucre, et, en cas de cardialgie, additionnées de 0,01 de morphine, trois fois par jour $\frac{1}{4}$ d'heure avant les repas une poudre, et le *nitrate d'argent* en pilules de 0,01 (trois par jour) ou en solution (0,25 sur 100,0 d'eau distillée, 1 à 2 cuill. à thé).

Enfin, il y a encore *quelques symptômes* de l'ulcère rond qui appellent spécialement l'attention. Les fortes *douleurs* que la sévérité du régime ne parvient pas à calmer à lui seul, nécessitent l'emploi de la *morphine*. On aura de plus recours à des applications chaudes ou froides, à des embrocations de chloroforme, etc. GERHARDT recommande contre les douleurs d'estomac 3 à 4 gouttes de liqueur de sesquichlorure de fer dans un verre à vin d'eau.

Les *vomissements* violents et les *nausées* incessantes sont également combattus le plus efficacement par des narcotiques (surtout l'opium, puis la morphine, le chloral, le bromure de potassium). Dans les cas très rebelles on peut faire un essai avec la teinture d'iode (3 à 4 gouttes dans un mucilage de salep) ou la créosote. Dès que la *gastrorrhagie* se produit, le repos le plus absolu et la diète la plus rigoureuse sont absolument requis. Les

premiers jours les malades ne prennent pour ainsi dire rien, à part un peu de lait glacé et des morceaux de glace qu'ils tiennent en bouche pour calmer la soif qui les tourmente. Ils doivent se tenir au lit le plus tranquillement possible. On leur appliquera sur l'épigastre une vessie de glace, flasque et pas trop pesante. Si l'état nauséux et les régurgitations persistent, on prescrira de petites doses d'opium ou de morphine. Ce n'est que 4 à 5 jours après l'hémorrhagie qu'on permettra prudemment une alimentation liquide un peu plus substantielle.

En cas de *péritonite par perforation*, c'est de l'usage externe de la *glace* sur l'épigastre et de l'*opium* administré à l'intérieur à grande dose (toutes les heures ou de 2 en 2 heures 0,03 à 0,05 d'opium pur) qu'on pourra se promettre quelque résultat. Malheureusement c'est par exception que la péritonite reste limitée. Le plus souvent elle envahit tout le péritoine. Alors il n'y aurait plus à tenter que l'intervention chirurgicale. Dans tous ces cas cependant le traitement se borne à adoucir les souffrances par les narcotiques, mais ne saurait conjurer l'issue funeste.

APPENDICE.

MELÆNA DES NOUVEAU-NÉS.

Disons encore sous forme d'appendice ce qu'on entend par *melæna des nouveau-nés*. Au cours des premières semaines qui suivent la naissance, on voit dans des cas rares chez des nouveau-nés, se déclarer des hémorrhagies de l'estomac (vomissements de sang) qui sont parfois accompagnées de selles sanguinolentes de couleur foncée. Généralement ces hémorrhagies se répètent de manière qu'après quelques jours la mort arrive avec tous les signes de l'anémie. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'après des symptômes excessivement graves, la guérison finit par avoir lieu.

La cause du melæna des nouveau-nés n'est pas encore complètement éclaircie, quoique dans une partie des cas on ait rencontré de *petites ulcérations de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin*, dont la genèse est à cette heure encore entourée d'obscurités. On a incriminé des processus de stagnation, des embolies, des agents infectieux.

Le *traitement* consiste dans l'application de glace sur l'abdomen. En outre on a recommandé la liqueur de sesquichlorure de fer à la dose d'une goutte de 2 en 2 heures dans du mucilage de gruau.

CHAPITRE CINQUIÈME.
CARCINOME DE L'ESTOMAC.

(Cancer de l'estomac.)

Étiologie. L'étiologie générale du carcinome n'entrant pas dans notre cadre, nous nous bornons à mentionner les circonstances qui, de l'aveu de tous, sont de nature à accroître la prédisposition au carcinome de l'estomac.

L'âge exerce une influence marquée. Le cancer de l'estomac s'observe avec une fréquence particulière dans un *âge avancé*, entre la 40^e et la 60^e année. Cependant il se présente quelquefois aussi dans la jeunesse. Nous-même nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs cas entre la 22^e et la 25^e année.

L'influence du *sexe* sur le développement du cancer de l'estomac n'est pas établie.

L'hérédité y joue un rôle de peu d'importance, il est vrai, mais qu'on ne saurait nier complètement. L'exemple le plus célèbre de la transmission héréditaire du carcinome est fourni par la famille des Napoléon.

Les rapports qu'affecte le cancer de l'estomac avec des affections préexistantes de cet organe, présentent un grand intérêt. On ignore si les écarts de régime, l'abus de l'alcool, etc. augmentent la prédisposition au cancer. Par contre, la *relation* que plusieurs prétendent exister *entre le carcinome de l'estomac et un ulcère antérieur* nous semble être très réelle. L'observation clinique autant que l'expérience anatomo-pathologique prouve, par des exemples assez nombreux, que le cancer peut avoir pour base un ancien ulcère stomacal (le plus souvent déjà cicatrisé). L'intéressante découverte récemment faite par HAUSER de végétations épithéliales atypiques se développant sur la cicatrice de l'ulcère rond, est propre à nous faire comprendre l'affinité qui relie l'ulcère au carcinome de l'estomac.

Anatomie pathologique. L'estomac est un des sièges de prédilection du carcinome. Un tiers à peu près de tous les cas de carcinome appartiennent à l'estomac. L'endroit qu'il choisit de préférence, c'est la *région du pylore* et la *petite courbure*. Les carcinomes du cardia et du cul-de-sac de l'estomac sont moins fréquents.

Le néoplasme se présente sous forme de tumeurs circonscrites ou d'une infiltration diffuse et d'un épaissement de la paroi stomacale. Le point de départ du carcinome de l'estomac est toujours la muqueuse. De là le néoplasme se propage au tissu sous-muqueux et à la tunique musculuse. Le tissu connectif et musculaire qui entoure le cancer est quelquefois hypertrophié et considérablement épaissi.

Quant à sa *texture histologique*, le cancer de l'estomac est un *cancer à cellules cylindriques*, qui émane de l'épithélium des glandes. Quand ils sont mous et fongueux les noyaux cancéreux sont désignés sous le nom de *fungus médullaire (carcinome médullaire)*, les noyaux consistants et durs sont qualifiés de *squarreux (carcinome fibreux)*. La surface libre des premiers est très souvent macérée sur un espace assez étendu, d'où résulte l'ulcère cancéreux. Cette ulcération carcinomateuse dépend probablement pour une grande part de la digestion subie par les parties superficielles peu vascularisées de la tumeur. Il suit de là que le fond de l'ulcère cancéreux a le plus souvent un aspect net. Dans beaucoup de cas, surtout chez des personnes jeunes, on trouve dans l'estomac la variété de carcinome qu'on désigne sous le nom de *cancer gélatineux (cancer colloïde)*. Le cancer gélatineux à son tour peut se présenter sous forme de noyaux isolés ou d'infiltration cancéreuse diffuse. — Pour ce qui est des *métastases* carcinomateuses, v. plus bas.

Symptômes et marche de la maladie. La plupart des cancers de l'estomac font leur évolution en revêtant la physionomie d'une affection gastrique grave accompagnée d'un amaigrissement rapide et d'une débilitation générale. Dans un petit nombre de cas seulement, les manifestations relevant de l'estomac se mettent plus ou moins à l'arrière-plan. Ce sont les signes d'un marasme universel progressant sans relâche ou d'une anémie de plus en plus profonde qui prédominent, et la cause véritable de ces phénomènes ne se devine guère et ne se dévoile que plus tard dans toute sa réalité.

Les *symptômes gastriques* que provoque le cancer de l'estomac n'offrent rien de bien caractéristique. Ils consistent dans les troubles digestifs que nous avons énumérés à diverses reprises. Les malades ont *peu d'appétit*. Tout ce qu'ils prennent leur dérange l'estomac. Ils ont souvent, surtout après les repas, un sentiment de *pesanteur* à l'*épigastre*. Parfois cette sensation s'accroît jusqu'à constituer une *gastralgie* véritable. Beaucoup de malades souffrent de *réurgitations* incessantes. Les *vomissements* sont fréquents dans quelques cas, exceptionnels dans d'autres. La matière du vomissement ne consiste souvent qu'en mucosités et débris d'aliments. Mais quelquefois, par le sang qui s'y mêle, elle prend un aspect très caractéristique et précieux pour le diagnostic du carcinome.

Des gastrorrhagies plus considérables et à leur suite des *vomissements de sang* pur ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans le cancer de l'estomac, et en tout cas beaucoup plus rarement que dans l'ulcère simple. Par contre, la matière vomie renferme souvent et parfois constamment pendant un temps considérable, du sang décomposé. La plupart des can-