lution du cancer gastrique. Cet engorgement est plus marqué du côté gauche (Friedreich, Hanot, Charcot en ont cité des exemples).

Description. — Quelle que soit sa variété anatomique, le cancer de l'estomac se présente en général avec une marche et des caractères cliniques qui varient peu. Son début est insidieux : de la perte de l'appétit, des digestions lentes et difficiles avec pyrosis, de la pesanteur à l'épigastre, des vomissements pituiteux, muqueux ou alimentaires, tels sont les premiers symptômes que l'on observe, et que rien ne distingue bien nettement, on le voit, de ceux de la gastrite; si ce n'est toutefois que l'anorexie est souvent très prononcée, porte surtout sur les aliments azotés, particulièrement sur la viande, et cela longtemps avant l'apparition de tous les autres troubles fonctionnels. Puis l'état général s'aggrave, l'amaigrissement et la débilité font des progrès rapides, les douleurs deviennent plus vives; enfin l'apparition d'une tumeur à l'épigastre ou des vomissements noirs vient changer les présomptions en certitude et permet d'affirmer le diagnostic.

Les *vomissements* sont à peu près constants : au début, ils se produisent surtout le matin à jeun, comme les pituites des alcooliques, et se présentent sous forme de matières filantes recouvertes d'une écume grisâtre. Les vomissements alimentaires sont très variables; ils peuvent avoir lieu presque immédiatement après le repas, quelque temps après ou même à plusieurs jours de distance, sans que l'on puisse en tirer de conclusions au point de vue du diagnostic. C'est surtout lorsqu'il y a dilatation stomacale, soit par rétrécissement du pylore, soit par asthénie musculaire, que se produisent ces vomissements à longs intervalles; ils se composent en général des matières ingérées depuis le dernier vomissement, plus ou moins décomposées ou attaquées par le suc gastrique; on y rencontre fréquemment des *sarcines*. Les vomissements non alimentaires semblent dus à l'irritation spéciale que produit la tumeur cancéreuse par sa présence même; les vomissements alimentaires, à la sténose du pylore, à l'inertie ou à la destruction des fibres musculaires, au catarrhe chronique. Comme dans l'ulcère stomacal, le vomissement alimentaire peut être en quelque sorte *électif*, c'est-à-dire ne porter que sur une des substances ingérées pendant le repas, alors que les autres sont bien tolérées. Ainsi que nous l'avons noté déjà à plusieurs reprises, l'acidité du suc gastrique est notablement diminuée dans le cancer (Ewald, Debove, etc.).

Enfin le vomissement peut être *hémorragique :* l'hématémèse n'a été notée par Brinton que 42 fois sur 100 cas, ce qui tient sans doute à la rareté du vomissement dans l'épithélioma. L'hématémèse de sang pur est assez rare, mais se rencontre cependant quelquefois et peut même être le symptôme initial. Ordinairement l'ulcération cancéreuse atteignant de petits vaisseaux, le sang est épanché en petite quantité, séjourne dans l'estomac, où il est en partie digéré par le suc gastrique, et il est rendu sous forme d'une poussière noire que l'on a comparée à du marc de café ou à de la suie. Ce vomissement noir, lorsqu'il se produit, a la plus grande importance au point de vue du diagnostic, bien qu'on puisse le rencontrer aussi dans l'ulcère simple.

La *constipation* est la règle, à moins toutefois que l'ulcération n'ait détruit en partie la valvule pylorique : il y a alors de la diarrhée lientérique et les aliments sont rendus presque sans altération. Le plus souvent il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, ainsi que cela se rencontre d'ailleurs dans la plupart des dyspepsies. Dans le cas d'hémorragie, si le sang n'est pas rendu par vomissement, il passe dans les selles, qu'il colore fortement en noir (*mélæna*).

La *tumeur épigastrique* est un des signes les plus sûrs du cancer stomacal; d'après Brinton, elle se rencontre dans 80 cas sur 100. Mais cette proportion varie, on le conçoit, avec les différentes périodes où l'on est appelé à faire l'exploration du malade. Elle siège ordinairement au-dessous de l'appendice xiphoïde ou sous le muscle grand droit du côté droit : lorsqu'on la recherche, on doit donc toujours placer les muscles de l'abdomen dans un relâchement aussi complet que possible, en faisant fléchir les cuisses du malade et en le faisant respirer la bouche ouverte. Mais il faut procéder toujours avec ménagement, une exploration un peu brutale n'étant point indifférente pour le patient. La tumeur a une forme variable : parfois il est facile de la limiter à travers les parois amaigries de l'abdomen; d'autres fois, au contraire, elle est étalée (surtout dans le cancer colloïde) et ne produit qu'une espèce d'*empâtement* s'étendant plus ou moins à l'épigastre et dans les hypchondres : quant aux tumeurs du cardia et de la petite courbure, on conçoit combien il est difficile de les percevoir. La percussion donne de la matité ou de la submatité au niveau de la tumeur. A moins d'adhérences par péritonite, la tumeur est toujours un peu mobile et se déplace suivant les mouvements de l'estomac; en général elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. Mais il n'est pas rare de la sentir soulevée par des pulsations isochrones au pouls; ces pulsations sont dues aux battements de l'aorte abdominale et du tronc cœliaque transmis jusqu'à la paroi par un corps dense interposé.

A ces deux symptômes presque pathognomoniques, le vomissement noir et la tumeur, il faut ajouter la *douleur*. Celle-ci

manque rarement : elle ne présente pas le caractère intermittent, paroxystique, qu'elle a dans l'ulcère simple : en général elle est continue, le plus souvent lancinante, parfois sourde et contusive. L'ingestion des aliments, la pression à l'épigastre l'exaspèrent, et il n'est pas rare d'observer le point spinal et des irradiations dans les hypochondres.

Les symptômes généraux sont ceux que nous avons décrits sous le nom de *cachexie cancéreuse*. Ils sont précoces, le défaut de nutrition amenant un amaigrissement et un affaiblissement rapides. Les téguments sont secs, flasques, ridés et prennent la teinte jaune-paille caractéristique, le ventre se rétracte en bateau. Le pouls est faible et misérable; et, contrairement aux assertions de Rommelaere, qui faisait de la diminution de l'urée un bon signe diagnostic de cancer stomacal, les urines sont rares et souvent surchargées d'urée et d'acide urique dont la présence est imputable sans doute à l'autophagie. Enfin on voit survenir de l'anasarque cachectique ou une *phlegmatia alba dolens* par phlébite ou thrombose. Souvent aussi, dans cette période ultime, la langue se recouvre de muguet.

Cancer latent. — Il arrive parfois que le cancer ne donne lieu à aucun des symptômes que nous venons d'énumérer et ne se révèle qu'à l'autopsie. Aussi ces cas ont-ils fréquemment donné lieu à des erreurs de diagnostic; les praticiens les plus exercés, Cruveilhier, Barth, Andral et bien d'autres après eux, s'y sont trompés. C'est que non seulement le cancer peut rester ainsi à l'état *latent*, fait exceptionnel, mais peut revêtir les formes cliniques les plus variées et les moins attendues. Le docteur Chenel a rassemblé bon nombre de ces cas : ici le cancer latent simule la cirrhose du foie et produit l'ascite, là il amène l'anasarque comme le mal de Bright; d'autres fois on croit se trouver en présence d'une affection cardio-vasculaire, de la tuberculose, de la dyspepsie arthritique (Guesneau de Mussy, Bucquoy) ou d'une péritonite tuberculeuse, ou bien encore d'un anévrysme aortique, d'une dilatation du tronc cœliaque, d'une occlusion intestinale ou d'accident d'helminthiase (Bard, Mathieu). On devra toujours songer au cancer latent lorsque l'on verra survenir une cachexie lente et graduelle que rien n'explique.

Durée. Marche. — La durée moyenne du cancer de l'estomac est d'environ treize mois (Valleix, Lebert, Brinton); la marche peut être beaucoup plus rapide et amener la mort en trois ou quatre mois : par contre, on peut observer dans l'évolution du mal des périodes de rémission assez prolongées pour faire mettre en doute l'exactitude du premier diagnostic porté. Ce sont ces cas à évolution très lente et à phases d'amélioration très prolongée, qui ont servi en partie de point de départ à la communication de B. Teissier sur les *pseudo-cancers* de l'estomac. Dans un de ces cas, dont nous avons été témoin, l'évolution du cancer, à dater du jour où l'on perçut la tumeur, dépassa quinze ans; nous avons cité nous-même un fait d'une durée ayant dépassé quatre ans, et plus récemment Dujardin-Beaumetz a signalé une évolution de plus de dix années. Mais, en général, la marche du cancer est progressive et aboutit fatalement à la cachexie, à moins que certaines complications, comme une gastrorragie foudroyante ou une perforation. n'amènent brusquement la mort. Certaines autres complications, par exemple la propagation au foie, aux plèvres et aux poumons, etc., les communications anormales avec les autres portions du tube digestif, peuvent aussi précipiter sa marche et hâter le dénouement. Le pronostic est absolument fatal, les exemples de guérison que l'on a signalés devant sans aucun doute se rapporter à des ulcères simples.

Diagnostic. — Nous avons établi déjà les caractères qui séparent le cancer de l'estomac et la gastrite; il nous reste à le différencier de l'ulcère simple. Dans certains cas, ce diagnostic présente de sérieuses difficultés; Brinton, du reste, a signalé la coexistence des deux affections. Outre la cachexie spéciale, le cancer sera reconnu à l'ensemble des symptômes suivants : il se manifeste surtout dans l'âge mûr et la vieillesse, sa marche est progressive et n'offre pas habituellement de rémissions, sa durée dépasse rarement deux ans; il est caractérisé en outre par une douleur sourde et continue, des vomissements noirs et quelquefois par une tumeur à l'épigastre. Dans l'ulcère simple on constate de préférence : l'âge peu avancé des malades, des rémissions plus ou moins longues, une durée pouvant dépasser quinze ans, des hématémèses dans lesquelles le sang est plus abondant et moins modifié, des douleurs très vives, parfois gastralgiques. Enfin le traitement peut amener la guérison de l'ulcère simple, tandis qu'il reste absolument impuissant contre le cancer.

Quant aux prévisions basées sur le signe d'Ewald (degré d'acidité du suc gastrique) ou sur celui de Rommelaëre (abaissement sensible du taux de l'urée urinaire), elles sont loin d'avoir la même portée diagnostique. Car si les recherches modernes sur le chimisme stomacal sont presque toutes concordantes pour reconnaître l'existence à peu près absolue de l'hypochlorhydrie ou de l'anachlorhydrie dans le cancer gastrique, il n'en est plus de même pour l'hypoazoturie de Rommelaëre, qui est un signe très infidèle. Nous avons observé nous-même des faits très précis d'azoturie dans le cancer de l'estomac.

Il est encore d'autres signes auxquels on peut avoir recours

dans les cas d'un diagnostic difficile. C'est d'abord l'examen du sang qui révèle presque toujours, d'après Lépine et Mouisset, une diminution marquée de la valeur globulaire; ou la recherche du *ferment lab* dans le suc gastrique, recherche facile grâce aux procédés de Boas ou de Léo; la présence d'une proportion importante de ce ferment étant incompatible avec l'idée d'un catarrhe chronique grave ou d'une altération organique de l'estomac (Boas, Trzebinski).

TRAITEMENT. — Le traitement malheureusement ne peut être que symptomatique.

La douleur sera calmée par les narcotiques : ciguë, belladone, jusquiame. L'opium administré à l'intérieur ou sous forme d'injections hypodermiques de morphine rend les plus grands services. Les vomissements et les hématémèses seront combattus par la glace *intus et extra;* les préparations anti-émétiques : boissons effervescentes, potion de Rivière, champagne frappé, ou les boissons astringentes : acides minéraux, élixir de Haller, etc.; les digestions seront facilitées et l'appétit sollicité par les médicaments dits eupeptiques : alcalins, pepsine, amers, etc., suivant le cas; mais l'indication à laquelle il importe surtout de satisfaire est de nourrir le malade et de le soutenir autant que possible. L'alimentation lactée est de beaucoup la mieux supportée, et c'est à elle qu'il convient d'avoir recours dans la majorité des cas.

Les lavements nutritifs, et plus particulièrement les lavements de pancréas (Mayet) ou de sang défibriné (J. Teissier), sont appelés ici à rendre de sérieux services.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les tentatives de cure radicale faites par Péan, Billroth, Southam, et plus récemment par Anderson, Bull, Jaboulaye, etc. : tous les essais de résection du pylore, sauf quelques cas de Billroth Czerni, de Krönlein et l'observation toute récente de Pollosson, ont été mortels à courte échéance.

LEBERT. Anatomie pathologique. — Traité pratique des mal. cancér., 1851. — — Deutsches Arch. f. klin. Med., 1877, et Revue Hayem, 1879. — GRIESINGER. Arch. f. prakt. Heilk, 1854. — VIRCHOW. Traité des tumeurs. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — HEURTAUX. Art. *Cancer*, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat. — Mém. de l'Acad. de méd., 1867. — LANCEREAUX. Atl. d'anat. path., 1869. — BRINTON. Op. cit. — B. TEISSIER. Cancer de l'estomac, fistule péri-ombilicale (France méd., 1875). — A. LAVERAN. Deux observations d'épithélioma à cellules cylindriques des voies digestives (Arch. de physiol., 1876). — CHENEL. Ét. clin. sur le cancer latent de l'estomac, th. de Paris, 1877. — CULLINGSWORTH. Case of cancer in an infant six weeks old (Brit. med. Journ., t. II, 1877). — PÉAN. De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrotomie (Gaz. des hôp., mai 1879). — BILLROTH. Trois pylores réséqués, 2 morts (Berlin. klin. Wochenschr.). — PROUDON. De l'alimentation rectale, th. de Lyon, 1880. — R. TRIPIER. De la diarrhée dans le cancer de l'estomac (Lyon méd., 1881). — DEBOVE. Contrib.

à l'étude du cancer de l'estomac et de la laparotomie (Un. méd., 1882). — B. TEISSIER. Des pseudo-cancers de l'estomac (Soc. méd. Lyon, 1882). — M. MATHIEU. Cancer précoce de l'estomac, th. Lyon, 1884. — DESCHAMPS. Diagnost. et trait. du cancer de l'estomac, th. Paris, 1885. — TROISIER. Ganglions sus-clav. dans le cancer de l'estomac (Soc. méd. hôp., 1886). — FEULARD. Fistule ombil. dans le cancer de l'estomac (Arch. gén. méd., 1887). — L. DIEULAFOY. Leçon sur le cancer de l'estomac (Sem. méd., 1887). — G. SÉE. Les acides de l'estomac (Bull. Acad. de méd. et tirage à part. 1888). — RINDFLEISCH. Histologie pathologique, traduit par Gross et Schmitt, Paris, 1888, p. 406. — SKEIT. Résection du pylore, th. de Berne, 1887. — DUCHESNEAU. Cancer de l'estomac et abcès ombilical, 1888, Lyon méd. — BERTIN. Des adénopathies cervicales, de la douleur du phrénique et du pneumog. dans le cancer de l'estomac, th. Paris, 1888. — MISLOWTSER. Des perforations dans le cancer de l'estomac, th. de Berlin, 1889. — DEBOVE. Cancer de l'estomac à 19 ans (Soc. méd. des hôpitaux, 1889). — HAEBERLIN. Répartition et étiologie du cancer de l'estomac (Deut. Arch. f. klin. Méd., 1889). — TAPRET. Types cliniques du cancer de l'estomac (Un. méd., 1890). — PIERRE. Complic. non cancéreuses de l'appareil pulm. dans le cancer de l'estomac, th. Paris, 1890. — ISRAEL. Lésions histol. des parois stom. au début du cancer (Berlin. klin. Woch., 1890). — FAURE. Cancer de l'estomac et lypémanie anxieuse, Lyon méd., 1890. — SIREDEY. Cancer de l'estomac sans dyspepsie (Soc. méd. hôp., 1890). — DURAND. Cancer et rupture de l'estomac après ingestion d'une potion de Rivière (Lyon méd., 1891). — KOLLMAR. Diagn. diff. de l'ulcère et du cancer de l'estomac (Berlin. klin. Woch., 1891). — EISENLOHR. Carcin. de l'estom. consécutif à l'ulcère rond (Deuts. med. Woch., 1890). — MOUISSET. Carcinome de l'estomac (Rev. de méd., 1891). — BOUVERET. Rapport des chlorures urinaires à l'urée dans l'hypersécrétion gastrique et le cancer de l'estomac (Rev. méd., 1891). — MINTZ. De la gastrite phlegmoneuse dans le cours du cancer de l'estomac (Rev. méd. Suisse rom. 1892).

MALADIES DE L'INTESTIN.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES : ENTÉRALGIE (colique intestinale). CONSTIPATION, DIARRHÉE, ENTERORRAGIE.

Il nous a paru nécessaire, avant d'aborder l'étude spéciale des différentes affections de l'intestin, de nous arrêter au préalable sur les troubles fonctionnels généraux qui se rattachent à ces affections, afin d'en tirer, comme nous l'avons déjà fait pour les maladies de l'estomac, des indications d'ensemble sur la valeur séméiologique de ces symptômes et leur véritable portée clinique.

I. ENTÉRALGIE. — *Colique intestinale :* On donne le nom de colique à une douleur particulière siégeant dans l'abdomen, douleur exacerbante, constrictive ou déchirante, ayant de la tendance à l'irradiation et s'accompagnant toujours d'une sensation pressante d'expulsion. Ce besoin d'évacuation et le soulagement qui en résulte sont constants dans la colique qu'on a pu considérer d'une façon plus générale comme la contraction lente et pro-