

nos malades même l'ont difficilement supporté. Nous croyons en tout cas qu'il ne doit être appliqué qu'en l'absence de phénomènes aigus, en dehors de la période douloureuse. M. Bucquoy donne volontiers de l'eau de chaux aux malades atteints d'ulcus, surtout dans la forme hémorragique. Il la donne aussi bien pour neutraliser les acides que pour exercer une action topique qu'on n'obtient pas avec les autres alcalins. L'eau de chaux se prescrit ajoutée au lait dans les proportions d'une à trois cuillerées à soupe par verre de lait. La dose est de 100 à 250 grammes d'eau de chaux par jour. On peut aussi la prescrire dans une potion. Mais la première méthode est préférable, car le mélange du lait à l'eau de chaux en facilite beaucoup la digestion. C'est une excellente méthode pour lutter contre l'intolérance du lait, particulièrement fréquente chez les hyperchlorhydriques.

Dans ces dernières années, on a tenté de substituer aux alcalins le sous-nitrate de bismuth à haute dose. Les bons effets du sous-nitrate de bismuth dans l'ulcère sont indéniables. Mais son action n'est pas comparable à celle des alcalins, et il ne peut leur être substitué. Les alcalins sont des médicaments agissant d'emblée, immédiatement, mais dont l'action est éphémère et purement palliative. Le sous-nitrate de bismuth, au contraire, n'a pas d'action immédiate : il agit à longue échéance et n'amène la sédation des phénomènes que par la continuité de son action. Nous avons déjà donné des explications suffisantes sur son action et son mode d'administration.

D'autres médications ont été proposées dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. Trousseau vantait beaucoup le nitrate d'argent dont il donnait trois ou quatre pilules de 1 centigramme par jour pendant cinq jours. Boas, Rosenheim, Flemming s'en montrent aussi très partisans. Ils le donnent en solution. Boas fait prendre trois grandes cuillerées à bouche par jour d'une solution de nitrate d'argent à 30 centigrammes pour 120 grammes d'eau distillée. Rosenheim prescrit des lavages avec une solution à 50 centigrammes pour 1000 (dix ou douze lavages de suite chaque mois).

Nous avons employé avec avantage le chlorate de soude à petite dose. On donne trois fois par jour, dans une infusion tiède, à distance des repas, un paquet de 2 grammes de chlorate de soude, à dissoudre au moment de l'usage.

D'autres médicaments ont été préconisés comme cicatrisants de l'estomac. M. Landouzy recommande l'iodoforme :

Iodoforme.....	} aa 1 gramme.
Sulfate de quinine.....	

Pour cent pilules. — En prendre quatre trois fois par jour.

La médication peut être continuée plusieurs mois sans interruption.

Bourget a recommandé le perchlorure de fer.

Il est inutile de prolonger indéfiniment cette liste, car l'action de ces médicaments, dits cicatrisants, est hypothétique, et ils nous semblent plutôt nuisibles qu'utiles, en raison de leur action irritante.

Pour terminer cette vue d'ensemble du traitement de l'ulcère de l'estomac dans sa période d'activité, nous devons nous demander ce qu'il faut penser du *lavage de l'estomac*. Nous n'hésitons pas à en condamner absolument l'emploi à cette période de la maladie. Le lavage de l'estomac produit une irritation de la muqueuse et consécutivement une excitation de la sécrétion. Il a donc, même dans les cas simples et à plus forte raison lorsqu'il y a des hémorragies, des douleurs vives et des vomissements, une influence funeste sur laquelle on ne saurait trop insister.

Nous venons de donner un aperçu du traitement méthodique de l'ulcère de l'estomac en général. Il est bien évident que certaines indications particulières pourront surgir. C'est ainsi que la douleur, quelquefois très intense, surtout chez les sujets névropathiques, réclame l'emploi des médicaments nervins, l'opium, la morphine en potions ou en piqûres, la belladone et l'atropine, la cocaïne, le cannabis indica, le chloroforme, le menthol, etc. Nous avons donné les indications et les formules de ces médicaments en traitant de la gastralgie.

Les vomissements répétés sont souvent sous la dépendance de la douleur et relèvent alors du même traitement. D'ailleurs ils cèdent presque toujours au repos de l'estomac, qui est pour ainsi dire leur médication spécifique. Je ne crois pas beaucoup à l'efficacité, dans ces cas, de la glace, de la potion de Rivière, des boissons gazeuses, des potions chloroformées et mentholées.

Lasègue a conseillé la teinture d'iode à raison de quinze gouttes dans 150 grammes d'une potion sucrée à prendre par cuillerées à bouche de deux heures en deux heures. MM. Debove et Renault prescrivent l'acide cyanhydrique (cinq à quinze gouttes par jour d'une potion à 1 pour 100). Ces médicaments ne donnent que rarement de bons résultats.

Enfin quelquefois l'ulcère saigne facilement et ces hémorragies répétées épuisent les malades. Le traitement des gastrorragies, sur lequel nous nous sommes longuement étendu plus haut, s'applique surtout au traitement de l'hémorragie ulcéreuse. Nous n'y reviendrons pas.

Traitement des complications de l'ulcère. — A toutes.

les périodes de son évolution, l'ulcère de l'estomac peut se compliquer d'accidents graves à brève échéance ou à long terme, qui modifient considérablement le tableau clinique.

Le traitement de ces complications relève, à l'heure actuelle, beaucoup plus de la chirurgie que de la médecine. Nous ne pouvons cependant nous dispenser d'en faire une étude succincte, le médecin étant bien souvent consulté sur l'opportunité d'une opération chirurgicale. Nous nous attacherons à bien formuler les indications auxquelles donnent lieu ces complications, laissant naturellement dans l'ombre tout ce qui a trait à la technique.

Pendant sa période d'activité, l'ulcère peut donner lieu à deux accidents graves : l'hémorragie, la perforation.

Nous avons déjà étudié le traitement de l'hémorragie. Nous y renvoyons le lecteur.

Il nous reste à étudier la *perforation*.

Celle-ci peut se produire brusquement sans qu'aucun phénomène prémonitoire puisse la faire prévoir, sans qu'aucun travail inflammatoire préalable se soit produit.

Le contenu de l'estomac se répand dans la grande cavité péritonéale; les accidents évoluent avec rapidité, entraînant la mort en peu de temps, quelques heures à deux ou trois jours.

Le *traitement médical* est purement palliatif; il consiste à diminuer la douleur par l'application de la glace et les injections sous-cutanées de morphine et parer aux symptômes de collapsus par des injections sous-cutanées d'éther, d'huile camphrée, de sérum artificiel. Malgré ces moyens, la mort est presque fatale, si des adhérences antérieures ne localisent pas l'inflammation.

L'*opération chirurgicale* peut, au contraire, dans quelques cas, sauver les malades. D'après MM. Terrier et Hartmann, sur un total de cent soixante-neuf opérations dont les résultats ont été publiés, il y a eu quatre-vingt-neuf morts et quatre-vingts guérisons, soit une mortalité de 52,5 pour 100. Sans nul doute, ce pourcentage est un peu optimiste, car il faut compter avec les cas de mort non publiés, tandis qu'on peut considérer les cas de guérison comme toujours publiés.

Quoi qu'il en soit, on peut retenir de cette statistique que l'opération est loin d'être toujours mortelle. Mais pour qu'elle ait des chances sérieuses de réussite, il est nécessaire qu'elle ait lieu très rapidement après l'accident; après vingt-quatre heures, le pronostic est déjà extrêmement grave.

Dans bien des cas, l'ulcère, avant de perforer toute l'épaisseur des parois gastriques, provoque une inflammation péritonéale avec production de fausses membranes plus ou moins étendues qui soudent entre eux l'estomac et les organes voisins. Quand la perfo-

ration se produit, le contenu gastrique se répand dans une cavité limitée et les phénomènes morbides qui en résultent ne présentent pas la rapidité des précédents. Cependant, ici encore, l'intervention doit être précoce. La ponction ne suffit pas et la laparotomie est indispensable.

Sur vingt-trois cas de collections périgastriques traités par l'incision large suivie de drainage, M. Comte a relevé onze guérisons, proportion des plus encourageantes.

Dans certains cas, la perforation de l'ulcère, au lieu de se faire dans le péritoine, fait communiquer la cavité de l'estomac avec une anse de l'intestin grêle ou du gros intestin. Si la portion d'intestin ainsi perforée n'est pas située trop loin du pylore, cette gastro-entérostomie spontanée ne peut avoir que des avantages. Si, au contraire, la perforation siège à la terminaison de l'intestin grêle ou au niveau du gros intestin, il en résulte la suppression de la digestion intestinale et, par conséquent, l'inanition.

La production de tissu fibreux qui accompagne la *cicatrisation de l'ulcère* est souvent exubérante et aboutit à des lésions anatomiques dont nous devons maintenant envisager les conséquences pathologiques.

Il arrive souvent que le péritoine, au contact de l'ulcère, s'enflamme, s'épaissit en pseudo-membranes résistantes qui soudent l'estomac à la paroi abdominale et aux organes du voisinage (sans qu'il y existe pour cela de perforation). Le fonctionnement de l'estomac en est certainement gêné. Mais le diagnostic en est bien difficile, quoi qu'on en ait dit, et, bien souvent, il ne se fait qu'au moment de la laparotomie.

Les adhérences peuvent être localisées ou généralisées. Si elles sont localisées et présentent une certaine laxité, rien n'est plus facile que de les détruire, soit au bistouri, soit au thermocautère. Marion, dans sa thèse, a rassemblé onze cas d'adhérences avec guérison opératoire. Les résultats fonctionnels en sont encore mal élucidés. Ils semblent appréciables, sans cependant être parfaits. Lorsque les adhérences sont étendues, la simple section ne suffit pas; il faut réséquer l'ulcère en même temps que les adhérences. C'est une opération difficile et dangereuse. Cependant elle compte quelques succès. Le cas de MM. Merklen et Faure en est un bel exemple¹.

L'ulcère cicatrisé, en se rétractant, déforme l'estomac. Il en résulte divers accidents, qu'on peut ranger en deux groupes : sténoses du pylore, estomac biloculaire.

1. Soc. méd. des hôpit., 1899.

A. — Les sténoses du pylore par suite d'ulcère ont des conséquences variables, selon le degré de la stricture et selon le siège de l'ulcère; il en résulte que la symptomatologie n'est pas la même dans tous les cas et que le traitement en est différent. Voici comment, je crois, on peut envisager la question dans l'état actuel de la science.

Trois-séries de cas peuvent se présenter :

1° L'ulcère siégeant au niveau du pylore ou dans son voisinage immédiat obstrue le passage entre l'estomac et l'intestin. Les aliments ne peuvent pénétrer dans ce viscère et s'accumulent en arrière du pylore; l'estomac se dilate progressivement, donnant lieu à tous les signes fonctionnels et physiques de la stase gastrique. La marche de la maladie est rapide et progressive. La cachexie survient par inanition.

2° Si l'ulcère siége à une certaine distance du pylore, par exemple au niveau de l'antrum pylorique ou de la petite courbure, la sténose est incomplète et les phénomènes moins nets. La maladie évolue souvent sous forme de crises, séparées par des rémissions quelquefois très prononcées et très longues. Pendant les crises, dues probablement à des spasmes surajoutés du pylore, les malades présentent le tableau atténué de la stase gastrique vraie, avec douleurs, vomissements d'aliments depuis longtemps ingérés, signes physiques de stase, avec présence à jeun de résidus alimentaires faciles à extraire par la sonde; dans les périodes de rémission, les symptômes fonctionnels disparaissent; seuls, les signes physiques persistent.

L'état général, très atteint pendant les crises, redevient souvent excellent pendant les rémissions; en somme, la maladie peut durer dix, quinze ou vingt ans, sans menacer directement l'existence.

La conduite à tenir doit être dictée par les réactions individuelles de chaque malade, qui se jugent dans le cas particulier par l'intensité des crises et la fréquence de leur retour.

3° Enfin, l'ulcère cicatrisé siégeant au voisinage du pylore ne s'accompagne pas toujours de stase. Il peut n'accuser sa présence que par de la dyspepsie douloureuse, avec ou sans vomissements d'aliments datant du dernier repas, simulant en somme le tableau de l'hyperchlorhydrie simple. A jeun, le cathétérisme ne permet d'extraire aucun liquide, ou bien on obtient du suc gastrique pur, sans traces de résidus alimentaires (gastro-succorrhée simple). Cette sécrétion gastrique à jeun est pour quelques auteurs (Hayem) sous l'influence de l'ulcère sténosant. M. Debove n'est pas de cet avis et, pour notre part, nous avons cité plusieurs cas dans lesquels la gastro-succorrhée a persisté aussi abondante après la gastro-entérostomie, alors que les symptômes fonctionnels qu'elle accompagnait avaient disparu depuis des mois et même des années.

La sécrétion acide à jeun ne paraît donc pas avoir une importance capitale dans le tableau de la maladie et nous ne l'avons mentionnée qu'incidemment, pour en diminuer la valeur et montrer que la thérapeutique ne doit pas s'en préoccuper outre mesure.

Quelle est la conduite à tenir dans ces différents cas ?

Lorsque la sténose pylorique est complète, il faut conseiller l'opération chirurgicale, sans aucune hésitation. Le traitement médical consistant dans l'administration des alcalins à haute dose, du sous-nitrate de bismuth et dans les lavages de l'estomac, apportera certainement du soulagement aux douleurs et aux vomissements; mais ce n'est là qu'un traitement palliatif; les forces du malade continueront à décliner, la cachexie par inanition fera des progrès rapides. Seule, la gastro-entérostomie, en rétablissant le cours des matières alimentaires de l'estomac dans l'intestin, permettra à la nutrition de se relever. L'amélioration se fera rapidement, l'engraissement du malade et ses forces reprendront avec une étonnante rapidité; en même temps, tous les troubles subjectifs: douleurs, vomissements, régurgitations acides, éructations, disparaîtront.

En ce qui concerne les signes physiques, voici les conclusions que nous avons consignées dans un travail fait en collaboration avec M. Hartmann¹: 1° les dimensions de l'estomac mesurées après insufflation de l'organe diminuent dans tous les cas, quoique dans des proportions variables et subordonnées à la durée de la maladie; 2° la stase gastrique diminue beaucoup sans cependant disparaître complètement; elle a toutefois une tendance à s'atténuer de plus en plus; 3° l'acidité du liquide de stase diminue considérablement; celle des liquides du repas d'épreuve est aussi moins forte, surtout dans les cas d'ulcères anciens; 4° il existe toujours un retour plus ou moins considérable de bile dans l'estomac, mais ce retour est sans aucun inconvénient; 5° enfin les excréta, matières fécales et urines, très diminuées de quantité avant l'opération, reviennent à un taux normal après la gastro-entérostomie.

Lorsque la sténose pylorique est incomplète, l'indication de l'intervention sanglante n'est plus aussi absolue qu'auparavant et il faut étudier la marche de la maladie avant d'appeler le chirurgien. Un traitement médical bien compris sera d'abord institué. Il consistera dans l'institution du régime alimentaire et du traitement pharmacothérapique que nous avons conseillés dans la première partie de ce chapitre². De plus des lavages d'estomac seront pratiqués régulière-

1. *Revue de chirurgie*, février 1899.

2. COHNHEIN (*XIII^e Congrès internat. de médecine*, Paris, août 1900) a récemment préconisé l'emploi de hautes doses d'huile d'olive (100 à 150 grammes) prises avant le repas. Ce traitement amènerait la sédation des douleurs dues aux spasmes pyloriques.

ment. Ces lavages devront être faits le matin, à jeun. Nous ne conseillons pas de les pratiquer tous les jours. Deux ou trois lavages par semaine suffisent à diminuer la surcharge de l'estomac et l'irritation de la muqueuse. On se reportera d'ailleurs, pour les détails du traitement, à ce que nous avons dit au chapitre de la stase gastrique. Il est inutile d'entrer dans des détails déjà donnés. Sous l'influence de ce traitement on voit des malades atteints de sténose incomplète s'améliorer très rapidement et, s'ils continuent à suivre les mêmes prescriptions, leurs crises s'espacer jusqu'à disparaître presque complètement. D'autres, plus indociles ou rebelles à ce traitement, n'ont qu'une amélioration passagère et voient leurs crises se renouveler. Il faut alors opérer, et les résultats de la gastro-entérostomie sont aussi brillants que précédemment.

Ce que nous venons de dire peut s'appliquer aux cas de la troisième catégorie (ulcères voisins du pylore), sans stase, mais avec troubles fonctionnels très prononcés. Lorsque les phénomènes subjectifs sont modérés ou susceptibles d'amélioration par un traitement médical, il faut se garder d'exposer les malades à une opération qui, quoi qu'on en dise, peut être dangereuse. Au contraire, en cas de crises souvent répétées et difficiles à calmer, la gastro-entérostomie est encore indiquée, car elle donne des résultats aussi parfaits que dans les cas précédents¹.

Quelques auteurs ont proposé, dans les cas de la deuxième et de la troisième catégorie, des opérations autres que la gastro-entérostomie. Ce sont la divulsion digitale de Loreta et la pyloroplastie de Heinecke-Mikulicz. A tout bien considérer, ces opérations ne sont pas plus bénignes que la gastro-entérostomie, et les résultats qu'on en obtient beaucoup moins réguliers et brillants.

B. — L'ulcère, au lieu de siéger dans la région pylorique, peut être situé au niveau du corps de l'estomac. En se développant, le tissu cicatriciel amène un rétrécissement qui divise l'estomac en deux poches. Si le rétrécissement n'est pas trop étroit, la digestion stomacale se fait suffisamment. Si au contraire le passage est trop étroit, les aliments s'accumulent dans la première poche et l'on observe des phénomènes sur lesquels il serait hors de propos de nous appesantir. Le traitement chirurgical est seul capable d'amener la guérison : il consistera soit dans la gastro-anastomose, réunissant entre elles les deux poches gastriques, soit la gastroplastie (voir les traités de chirurgie).

Pour être aussi complet que possible dans cet aperçu du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, ajoutons que quelques chi-

1. Voir HARTMANN et SOUPAULT, *Presse méd.*, août 1898.

rurgiens conseillent la résection des ulcères de l'estomac, même dans les cas où ceux-ci ne provoquent aucun accident. La raison en est dans la transformation assez fréquente (9 pour 100) du tissu cicatriciel de l'ulcère en tissu cancéreux. Cette proposition est cependant contestée par quelques auteurs. Elle demande à être de nouveau étudiée et nous ne saurions présenter des conclusions fermes à ce sujet.

CANCER DE L'ESTOMAC

Le traitement médical du cancer de l'estomac se réduit vraiment à fort peu de chose. Jusqu'ici, nous n'en connaissons aucun traitement vraiment utile. Nous n'avons à notre disposition qu'une série de petits moyens purement palliatifs, destinés à soulager quelques symptômes, et encore sont-ils souvent infidèles. Le cancer de l'estomac, uniquement traité par les moyens médicaux, est d'un pronostic nécessairement et rapidement fatal.

Par contre, depuis quelques années, l'intervention chirurgicale a donné des résultats encourageants, soit en atténuant les troubles fonctionnels au point de donner aux malades l'illusion de la guérison, soit en tentant la cure radicale par l'ablation de la néoplasie.

Occupons-nous successivement du traitement médical et des indications du traitement chirurgical.

Traitement médical. — MÉDICAMENTS. — Différentes substances médicamenteuses ont été préconisées comme de véritables spécifiques du cancer. Inutile de dire que cette réputation usurpée a été pour chacune bien éphémère. Il est certain, néanmoins, que l'optimisme de leurs promoteurs reposait sur des faits évidents d'amélioration à la suite de leur emploi. Nous-même avons pu constater cette heureuse influence sur un ou plusieurs symptômes fonctionnels, sans cependant remarquer aucune régression de la cachexie carcinomateuse.

Le *condurango* a été un des premiers médicaments investi de propriétés anticancéreuses. C'est surtout Friedreich qui en a préconisé l'emploi. Il paraît surtout agir comme un stimulant de l'appétit. C'est à ce titre d'ailleurs qu'on peut en recommander l'emploi dans les autres gastropathies aussi bien que dans le cancer.

Le *condurango* peut se prescrire sous différentes formes : vin de

condurango (deux cuillerées à potage), condurango granulé (deux cuillerées à café), extrait fluide (vingt à trente gouttes avant chaque repas), poudre (50 centigrammes en cachet), tisane (formule de Friedreich) :

Écorce de condurango..... 15 grammes.
Eau..... 350 —

Faire bouillir jusqu'à réduction à 180 et passer avec expression.
Trois cuillerées à soupe par jour.

Le chlorate de soude est d'usage plus récent. C'est M. Brissaud qui l'a, le premier, recommandé en 1893 en se fondant sur les bons effets du chlorate de soude sur les cancroïdes de la peau et des muqueuses. Le chlorate de soude peut se donner à doses élevées, 8 à 10 grammes par jour, soit sous forme de paquets de 3 grammes, deux paquets par jour, à dissoudre pour l'usage dans une infusion tiède, soit en potion :

Chlorate de soude..... 8 grammes.
Eau distillée..... } aa 50 —
Sirop de fleur d'oranger..... }

A prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerées à potage toutes les deux heures.

Ce médicament doit être longtemps continué. Toutefois, il provoque souvent de l'irritation gastrique et certains malades présentent à son égard de l'intolérance.

Beaucoup de cancéreux sont très améliorés par le chlorate de soude. Il ne me semble pas que le médicament agisse sur l'élément cancer, mais sur la gastrite concomitante. En effet, les bons effets du chlorate de soude se retrouvent dans toutes sortes de gastrites non cancéreuses. C'est en somme un très bon médicament gastrique, mais nullement spécifique.

On a aussi préconisé l'aristol, dont l'emploi a été suggéré par les effets qu'il produit sur les cancroïdes externes. Nous n'avons aucune expérience de ce médicament.

Citons encore certaines substances recommandées comme médicaments prétendus spécifiques :

La *ciguë* (extrait aqueux ou extrait alcoolique, 5 à 15 centigrammes par jour en pilules; teinture alcoolique, dix à vingt gouttes); la *teinture de thuya*; le *bichromate de potasse* (1 à 2 centigrammes par jour), préconisé par Vulpian, mais très toxique et entraînant fréquemment des vomissements. Enfin, tout récemment, on a vanté l'extrait de chélidoine.

Rappelons aussi pour mémoire les tentatives de sérothérapie anticancéreuse faites par MM. Richet et Héricourt, et dont les résultats

douteux n'ont pas entraîné la conviction; et encore les essais d'Adamkiewicz à l'aide de la cancroïne (solution phéniquée de citrate d'hydrate d'oxyde de triméthylvinylammonium à 12,5 pour 100) en injection sous-cutanée. Cette substance qui, d'après l'auteur, donnerait des résultats remarquables, ne s'est pas répandue et n'a jamais été, que je sache; employée en France.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — La plupart des cancéreux ont de l'anorexie, anorexie progressive portant surtout sur la viande. Bien vite les malades arrivent à refuser l'alimentation, ce qui augmente la cachexie et précipite le dénouement fatal. Peu de médicaments sont capables de stimuler l'appétit.

Le condurango (extrait fluide de condurango, vingt gouttes avant chaque repas) paraît avoir la meilleure action. On pourra aussi essayer les autres amers, teinture de noix vomique, teinture de Baumé, de colombo, de gentiane, l'ipéca à la dose de 2 à 5 centigrammes de poudre. Les eaux gazeuses : eau de Pougues, eau de Saint-Galmier, eau de Spa, eau de Seltz, sont souvent des stimulants de l'estomac.

Mais le médecin ne devra pas trop compter sur ces moyens, et, pour nourrir ses malades, il devra s'appliquer à leur donner, sous le moindre volume possible, des aliments nourrissants. Les poudres de viande, les farines et pâtes alimentaires de toutes sortes sont très préconisées à ce point de vue. Leur état pulvérulent en rend l'administration commode et la digestion facile. Les œufs battus dans du bouillon, les jus de viande sont aussi à recommander. Le lait est toujours un aliment à conseiller. Malheureusement, il est souvent mal supporté et les malades s'en dégoûtent plus ou moins vite. L'addition d'eau de chaux en rend la digestion plus facile, tandis qu'on peut en masquer le goût, en l'aromatisant avec du café, du thé, de la fleur d'oranger, etc. On peut, à l'exemple de M. Hayem, prescrire du képhir (deux ou trois bouteilles par jour), à prendre de préférence en dehors des repas. Quelques malades prennent ce médicament-aliment avec plaisir. Mais beaucoup en ont d'emblée le dégoût, ou deviennent vite intolérants. C'est néanmoins un aliment à essayer. Enfin nous nous trouvons bien, dans la pratique, d'additionner le lait de lactose, une cuillerée à café par tasse de lait, de façon à en faire absorber 50 à 60 grammes par jour. C'est un véritable aliment assimilable et qui facilite de plus la digestion du lait. Du reste, les règles que nous venons de donner ici ne doivent pas être prises à la lettre. L'essentiel pour les malades atteints de cancer stomacal, c'est de se nourrir : les aliments les meilleurs sont ceux qu'ils digèrent le mieux, qui leur plaisent le plus.

Les autres symptômes qu'on observe dans le cancer de l'estomac

varient beaucoup de nature et d'intensité. La *douleur* est inconstante : nulle ou faible, se présentant plutôt sous forme de pesanteur dans le cancer du corps de l'estomac, elle est quelquefois intense lorsque la tumeur siège au pylore : le cancer du cardia, comme le cancer de l'œsophage, s'accuse par une dysphagie progressive, compliquée quelquefois d'une douleur assez vive au moment de la déglutition. On conçoit donc que le traitement de la douleur ne soit pas univoque. Il est rare que les nervins soient indiqués.

La pesanteur est due le plus souvent à la stase et aux fermentations qui en résultent. Les alcalins : bicarbonate de soude, craie, et surtout magnésie, donnent ici de bons résultats. Sont indiqués aussi les antifermentescibles et les absorbants, tels que : acide salicylique, 25 à 50 centigrammes par jour; salicylate de bismuth, 50 centigrammes à 1 gramme; bétol, 1 à 2 grammes; soufre sublimé, 15 à 20 centigrammes, ou :

Fluorure d'ammonium..... 1 gramme.
Eau..... 300 grammes.

Une cuillerée à soupe après le repas.

Le lavage d'estomac est encore un bon moyen à employer, mais il ne faut pas le répéter trop souvent sous peine d'augmenter la dénutrition et de fatiguer les malades. Un ou deux lavages par semaine sont, à notre avis, suffisants.

Quand la stase est due à une sténose du pylore, les moyens déjà indiqués sont palliatifs, mais souvent insuffisants. Il est nécessaire de recourir à une opération chirurgicale; nous y reviendrons dans un chapitre spécial.

La douleur dans le cancer du cardia tient souvent au contact des aliments au niveau d'une ulcération. C'est en ce cas seulement que l'on peut attendre de bons effets des médicaments analgésiques. On se trouve bien d'ordonner, un peu avant chaque prise d'aliments, une cuillerée à café de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine..... 0^{gr},05
— de cocaïne..... 0^{gr},10
Eau distillée..... 100 grammes.

Dix cuillerées à café au plus de cette solution dans les vingt-quatre heures.

Le *vomissement* est un phénomène moins inconstant que la douleur. Il a pour cause tantôt un état nauséux résultant de l'anorexie, tantôt l'ulcération du néoplasme, tantôt enfin l'obstruction pylorique. Contre l'état nauséux, le meilleur moyen consiste dans l'usage de la glace et des boissons glacées : lait, champagne, bouillon, sirops;

les boissons gazeuses ou gazéifiées donnent aussi de bons résultats.

En cas d'ulcération de la tumeur on a souvent des vomissements violents, parfois incoercibles. On conseille d'habitude l'usage de l'eau chloroformée ou de l'eau mentholée, de la poudre d'opium. On se trouve assez bien du mélange suivant :

Chlorhydrate de morphine..... 0^{gr},05
— de cocaïne..... 0^{gr},10
Teinture d'iode..... xv gouttes.
Eau distillée..... } aa 75 grammes.
Sirop simple..... }

Une cuillerée à potage toutes les deux heures.

Quand, malgré tout, l'intolérance gastrique persiste, le mieux est de laisser l'estomac au repos pendant un ou deux jours et de revenir ensuite lentement et graduellement à l'alimentation habituelle (voir traitement des vomissements).

Lorsque l'obstruction pylorique est en cause, les lavages d'estomac, dont la fréquence doit varier avec celle des vomissements, sont la seule ressource dont nous disposons en dehors de l'intervention chirurgicale.

Nous avons longuement traité la question des *gastroorragies*, si fréquentes dans le cancer. Celles-ci sont rarement abondantes : lorsqu'elles existent, elles nécessitent la cure de repos. Le plus souvent, les hématomèses sont légères, de peu d'importance, mais souvent répétées. On ne peut en attendre la fin sans condamner les malades à l'inanition. Dans ces conditions, on est autorisé à user de médicaments hémostatiques.

Le perchlorure de fer est à essayer :

Perchlorure de fer..... xxx gouttes.
Sirop de fleur d'oranger..... 20 grammes.
Eau distillée..... 130 —

Par cuillerées à soupe dans la journée.

On peut prescrire l'ergotine en potion, ou encore l'acide tannique :

Acide tannique..... 0^{gr},60
Poudre d'opium..... 0^{gr},10
Sucre en poudre..... 1 gramme.

Pour six paquets. — Un paquet toutes les quatre heures.

Le chlorure de calcium jouit aussi de propriétés coagulantes :

Chlorure de calcium..... 6 grammes.
Julep simple..... 100 —

Trois cuillerées à dessert par jour.