

permanente n'est pas sans difficultés, et il est probable qu'aucune des explications proposées n'est vraie à l'exclusion des autres, c'est-à-dire que les accès n'ont pas constamment la même origine. Quoi qu'il en soit, voici les conditions pathogéniques qui ont été invoquées : l'action irritante des aliments sur la surface de l'ulcère, théorie inapplicable aux accès qui surviennent dans l'état de vacuité; — l'hypersécrétion de suc gastrique provoquée par l'alimentation : cette opinion est passible de la même remarque; elle est sans doute vraie pour certains cas, elle ne l'est pas pour tous; — l'irritation des filets nerveux successivement atteints par les progrès de l'ulcère : cette explication est de Bamberger, et, comme il le fait remarquer lui-même, elle convient surtout aux cas dans lesquels les paroxysmes douloureux sont accompagnés d'hématémèse; — le tiraillement des adhérences qui unissent l'estomac aux organes voisins : cette opinion de Niemeyer n'est admissible que pour les périodes avancées de la maladie et pour les accès qui sont provoqués par l'alimentation; c'est alors seulement que les mouvements de l'estomac sont assez énergiques pour exercer sur les adhérences des tractions douloureuses.

Le VOMISSEMENT est l'autre symptôme caractéristique. Bien qu'il présente d'assez grandes variétés quant à sa fréquence, il offre en général certaines particularités distinctives; il accompagne les accès douloureux, auxquels il met souvent un terme; il est provoqué par les mêmes causes, et conséquemment c'est surtout après l'ingestion des aliments qu'il survient; il est d'autant plus rapide que l'ulcère est plus voisin du cardia, et l'on peut, d'après ce délai, préjuger le siège de la lésion. Toutefois, lorsqu'elle occupe la partie moyenne de l'estomac et qu'elle est éloignée des orifices de l'organe, le vomissement est moins constant; il peut manquer pendant les premières périodes de la maladie. On observe, du reste, les mêmes particularités que pour le retour des douleurs; tous les aliments ne provoquent pas également le vomissement, et au début ce sont les acides, les graisses, les substances de digestion difficile qui sont principalement rejetées. Les vomissements alimentaires ne sont pas les seuls; bon nombre de malades vomissent à jeun, et ils rejettent alors, soit des *matières muqueuses* teintées par la bile en jaune ou en vert, soit un liquide acide, filant et incolore (*vomissement pituiteux*); il n'est pas rare que, dans ce cas, les aliments soient conservés. Les matières vomies contiennent rarement des *sarcines*, à moins que l'estomac ne soit le siège d'une dilatation anormale (Bamberger). Au point de vue du diagnostic, les vomissements muqueux et pituiteux n'ont pas à beaucoup près l'importance des vomissements alimentaires; ils tiennent moins à l'ulcère lui-même qu'au catarrhe qui l'accompagne, et, de fait, ils ne présentent aucun caractère qui les distingue des vomissements du catarrhe simple; au contraire, les vomissements alimentaires avec accès cardialgiques, survenant plus ou moins régulièrement après le repas, sont quasi pathognomoniques, et le diagnos-

tic probable devient certain lorsqu'il existe en outre des *vomissements de sang*. Ce symptôme est fréquent, mais non constant (29 pour 100 d'après Müller); le sang est mêlé aux aliments et aux liquides vomis, ou bien il est rejeté seul; il est liquide, rouge clair ou rouge-brun, lorsqu'il est vomi au moment même où il est versé dans l'estomac; il est en caillots diffusants ou noirs lorsqu'il séjourne peu de temps dans l'organe; il est à l'état de poussière noirâtre semblable à de la suie ou du marc de café, lorsqu'il est resté assez longtemps dans l'estomac pour être modifié par le suc gastrique. Il y a un rapport constant entre la quantité et l'aspect du sang. On conçoit, en effet, qu'une effusion abondante provoque instantanément l'acte réflexe du vomissement, tandis que l'irritation moindre résultant d'une hémorragie faible n'épuise pas d'emblée la tolérance gastrique, et permet un séjour plus ou moins prolongé du liquide; il peut alors être digéré et transformé en détritons noirâtre; la même chose est possible lorsque l'hémorragie se fait en plusieurs fois. Dans l'ulcère, les petites hémorragies donnant lieu à l'hématémèse marc de café, sont relativement rares, elles sont dues à l'ouverture des capillaires atteints par la lésion; l'hématémèse rouge est la règle, elle résulte de l'érosion d'une branche vasculaire volumineuse; elle est subite, ou bien elle est précédée soit d'une sensation de chaleur et de plénitude à l'épigastre, soit d'un accès de gastralgie. Cette hémorragie peut être mortelle; lorsqu'il n'en est pas ainsi, les malades, après avoir vomi du sang rouge à peine modifié, finissent par rejeter du sang coagulé, en détritons, le lendemain de l'accident, et même les jours suivants; le plus souvent ils ont aussi des selles sanglantes (*melæna*). — Dans le cancer, l'hématémèse marc de café est au contraire beaucoup plus commune que le vomissement rouge.

Les autres phénomènes observés dans le cours de l'ulcère simple n'ont rien de spécial; les TROUBLES DIGESTIFS sont ceux du *catarrhe* concomitant, et comme ce dernier varie en intensité et en étendue, ils sont eux-mêmes plus ou moins prononcés; certains malades sont tourmentés par des flatulences, de la pyrosis, du pytalisme; d'autres n'éprouvent que les symptômes propres de l'ulcère, et dans l'intervalle de leurs accès de douleurs et de vomissement ils sont dans un état satisfaisant; parfois même l'appétit est conservé. — La langue, par suite, est blanche et couverte d'un enduit épais comme dans le catarrhe simple, ou bien elle est rouge, fendillée, luisante; et dans ce cas il y a toujours une soif pénible. Cet état de la langue est principalement observé chez les individus qui ont des vomissements fréquents. — En l'absence d'hémorragie gastrique et de complication intestinale, la CONSTIPATION est la règle.

Rien n'est plus variable que l'ÉTAT GÉNÉRAL de la nutrition et l'HABITUS EXTÉRIEUR des malades. L'amaigrissement et l'aspect cachectique sont certainement plus tardifs que dans le cancer, mais ce n'est là qu'une pro-

position générale qui, dans le particulier, se heurte à beaucoup d'exceptions; il est bien évident que la fréquence des vomissements, l'abondance et le retour des hémorrhagies, la répétition et l'intensité des accès douloureux, sont ici des conditions de premier ordre, et comme elles sont fort variables d'un cas à un autre, la modalité constitutionnelle ne l'est pas moins. Ce qui est positif, c'est que les patients ne prennent jamais la teinte jaune-paille du cancer; mais il n'est pas moins certain que, tard ou tôt, si la maladie dure, ils maigrissent, perdent leurs forces, deviennent pâles et anémiques, ils peuvent même présenter des œdèmes cachectiques, que leur mobilité et leur diffusion distinguent des œdèmes par thrombose, propres au cancer.

La **durée** de la maladie, je parle de la forme chronique commune, est très-variable; tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'elle embrasse plusieurs années, depuis deux jusqu'à cinq; au-dessus de ce chiffre, les cas peuvent déjà être dits exceptionnels, cependant Bamberger en a observé plusieurs qui ont duré de huit à dix ans, et il y a quelques exemples d'une prolongation plus grande encore (Bamberger, Brinton). Au surplus, la **marche** de la forme chronique n'est pas continue; elle présente des phases alternatives d'aggravation et de rémission complète, qui conduisent à admettre soit des arrêts dans le travail ulcéral, soit l'interruption du travail de réparation, soit même la rupture d'une cicatrice superficielle. Dans certains cas, la marche lente et apyrétique de la maladie est interrompue par un épisode aigu que caractérisent des douleurs abdominales plus ou moins étendues, de la fièvre et parfois des vomissements bilieux; ces phénomènes sont dus à l'inflammation du péritoine.

Les **terminaisons** sont nombreuses. La GUÉRISON peut être COMPLÈTE; non-seulement l'ulcère se cicatrise, mais il ne laisse ni adhérences ni rétrécissement qui puissent gêner les fonctions de l'estomac; le malade ainsi guéri est rendu à la plénitude de la santé. — La GUÉRISON peut être INCOMPLÈTE; l'ulcère est cicatrisé, et à ce point de vue la lésion est réparée, mais il y a des *adhérences* qui entravent les mouvements de l'estomac, ou bien une *sténose cicatricielle* de l'orifice pylorique: dans le premier cas, le patient conserve toute sa vie de la dyspepsie et des accès douloureux; dans le second cas, il a en outre des vomissements constants, une constipation opiniâtre, et, après un temps qui varie suivant le degré du rétrécissement, il succombe par inanition. Dans ces circonstances, on voit se développer une *dilatation gastrique* appréciable à la vue et à la percussion; souvent aussi on peut constater par la palpation une *tumeur limitée*, de consistance variable, ou une *tuméfaction diffuse* résultant des adhérences et de l'hypertrophie musculaire. — La MORT est produite par *épuisement*, par *hémorrhagie* (5 pour 100 des cas mortels, Brinton), par *perforation* (13,4 pour 100 des cas mortels). Dans ce dernier cas, elle est précédée de péritonite suraiguë, ou bien elle a lieu dans le collapsus,

quelques heures à peine après la douleur violente qui indique l'instant de la rupture. Lorsque la perforation fait communiquer l'estomac avec le poumon, ce qui est fort rare, le patient succombe avec les symptômes de la gangrène pulmonaire.

Il résulte de cet exposé que le **pronostic** de l'ulcère dit simple est fort grave, puisque la maladie, alors qu'elle ne tue pas, peut laisser après elle d'irréremédiables désordres.

La description qui précède est de tous points applicable à l'ULCÈRE DUODÉNAL; comme il siège le plus souvent dans la partie transversale qui fait immédiatement suite au pylore, la symptomatologie ne peut être différente. L'analyse des observations montre en effet que les vomissements et les accès douloureux ne sont pas plus retardés que dans l'ulcère stomacal pylorique; dans quelques cas, la douleur fixe, celle que révèle et exaspère la pression, a paru siéger plus à droite, mais ce signe différentiel est loin d'être constant. Lorsque, par exception, l'ulcère siège dans la portion verticale du duodénum, il peut amener de l'ictère par propagation du catarrhe aux voies biliaires; mais, en dépit de la théorie, l'étude des faits montre que ce phénomène n'est pas très-fréquent. — L'ulcère cicatrisé de la seconde portion du duodénum peut oblitérer l'embouchure du canal cholédoque, et causer ainsi un ictère persistant. Ce phénomène tardif a son intérêt au point de vue de l'étiologie de l'ictère, mais il ne peut aider au diagnostic différentiel de l'ulcère duodéal et de l'ulcère de l'estomac.

TRAITEMENT.

Les indications fondamentales sont les mêmes que dans le catarrhe chronique, mais plus encore que dans cette maladie il faut restreindre au minimum le travail fonctionnel et les mouvements de l'estomac; ces derniers sont pour l'ulcère une cause d'irritation qui en favorise les progrès. L'ALIMENTATION UNIVOQUE est d'absolue nécessité, et toute réserve faite des idiosyncrasies exceptionnelles, la *diète lactée* avec l'*eau de chaux* mérite la préférence. Ce régime suffit souvent pour calmer les douleurs; dans le cas contraire, on doit recourir aux préparations de *morphine*, qui ont une action peut-être moins rapide, mais plus durable que la belladone et la jusquiame. Lorsque le vomissement persiste, il faut augmenter graduellement la dose des narcotiques, et, en cas d'insuccès, il convient d'agir énergiquement par les RÉVULSIFS; des frictions répétées seront pratiquées avec l'huile de croton sur la région épigastrique, ou bien on y appliquera un vésicatoire dont on entretiendra la suppuration au moyen d'une pommade épispastique; en même temps on prescrit la *glace* à l'intérieur; le lait, les boissons, sont donnés glacés; enfin, si le vomissement

est rebelle, on peut administrer la *créosote* (4 ou 5 gouttes dans 200 grammes d'eau), ou la *teinture d'iode* (3 ou 4 gouttes dans quelques cuillerées d'eau sucrée). — Dans certains cas, tous ces moyens sont inefficaces, le malade continue à vomir chaque fois qu'il ingère quelque aliment; souvent alors on obtient par le *sous-nitrate de bismuth* le résultat qu'on a vainement demandé aux autres médications; le sel est donné en poudre à la dose de 2 à 3 grammes une demi-heure ou trois quarts d'heure avant le repas. L'irritation gastrique est ainsi calmée, peut-être même le bismuth recouvre l'ulcération d'une couche protectrice qui la soustrait au contact excitant des matières ingérées, et l'aliment est conservé, le vomissement n'a pas lieu. — Chez les malades qui ont des vomissements muqueux ou pituiteux acides, les *absorbants* et les *alcalins* rendent de grands services. Lorsqu'on peut allier à la diète lactée la *cure thermale*, les résultats sont à la fois plus rapides et plus certains. Niemeyer recommande particulièrement les eaux de Marienbad et de Carlsbad; il est probable que chez les individus non débilités, les eaux de Vichy (Hauterive) ne seraient pas moins efficaces. — Lorsque le traitement précédent échoue, on peut tenter la médication par le *nitrate d'argent*, selon les préceptes exposés à propos du catarrhe chronique. — La *PERFORATION*, qui est souvent subite, est parfois annoncée par l'aggravation de tous les symptômes, notamment de la douleur; il faut dans ce cas prescrire le repos au lit, l'*opium* à hautes doses, et maintenir des *applications de glace* sur l'épigastre et le ventre; on peut réussir ainsi à conjurer le péril.

CHAPITRE VI.

CANCER DE L'ESTOMAC.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le cancer de l'estomac (1) est une des manifestations les plus communes de la *diathèse cancéreuse*; il n'est dépassé en fréquence que par le cancer

(1) PLOUQUET, MORGAGNI, VAN SWIETEN, J. FRANK.

DANIEL, *Sur le squirrhé de l'estomac*. Paris, 1804. — CHARDEL, *Monographie des dégénérescences squirrhéuses de l'estomac*. Paris, 1804. — BAYLE et CATOL, in *Dict. des sc. méd.* Paris, 1812. — GERMAIN, *Sur les causes et le diagnostic du squirrhé du pyllore*. Paris, 1817. — PIEDAGNEL, *Sur les vomissements considérés dans l'état sain et dans les maladies cancéreuses de l'estomac*. Paris, 1821. — SHARPEY, *De ventriculi carcinomate*. Edinb., 1823. — SCHULLER, *De scirrho ventriculi*. Würzburg, 1824. —

de l'utérus et du sein chez la femme. Maladie de l'AGE mûr et de la vieillesse, le carcinome gastrique a son maximum de fréquence de quarante-cinq à soixante-cinq ans; de trente à quarante il est exceptionnel. Contrairement à la proposition de Chardel, il atteint les deux SEXES en proportion sensiblement égale (Lebert); en revanche, les relevés de Pruner, Rigler, Pollak et autres, démontrent qu'il est remarquablement rare dans les contrées orientales (Perse, Turquie, Égypte). D'après Lebert, la maladie est plus commune dans les hautes classes de la société que dans les classes pauvres, et, selon Bamberger, les gros mangeurs de constitution

J. BOURDON, *Sur le cancer de l'estomac* (*Revue méd.*, 1824). — DALLWIG, *Diss. pylori scirrhusi casus cum epicrisi*. Marb., 1825. — KLAPROTH, *De scirrho ventriculi*. Berolini, 1827. — RENÉ PRUS, *Recherches nouvelles sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac*. Paris, 1828. — ABERCROMBIE, *loc. cit.* — ANDRAL, *loc. cit.* — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1834. — BRESCHET et FERRUS, in *Dict. de méd.*, t. XII. — FERRUS, *Répert. gén. des sc. méd.* Paris, 1836. — HEYFELDER, *Studien im Gebiete der Heilwissens*. Stuttgart, 1838. — BARRAS, *Précis analytique sur le cancer de l'estomac et sur ses rapports avec la gastrite chronique et les gastralgies*. Paris, 1842. — HALLA, *Ueber Magenkrebs* (*Prajer Viertelj.*, 1848). — DITTRICH, *Eodem loco*, 1848. — LEBERT, *Arch. f. physiol. Heilk.*, 1849. — *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1851. — BRUCH, *Ueber Magenkrebs und Verhärtung der Magenhäute* (*Henle und Pflüger's Zeits.*, 1849). — KÖHLER, *Die Krebs und Scheinkrebskrankheiten*. Stuttgart, 1853. — ROCQUES, *Infiltration cancéreuse de la totalité des parois de l'estomac; marche latente* (*Bullet. Soc. anat.*, 1857). — VAGEDES, *De ventriculi carcinomate, adjecto casu carcinomatis ventriculi epithelialis*. Gryphiswaldæ, 1857. — MURCHISON, *On gastro-colic fistula* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, 1857). — MARX, *Sur deux cas de cancer de l'estomac* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1858). — WINDMÜLLER, *De sarcina, parasito quodam ventriculi humani*. Berolini, 1858. — FLINZER, *Fall eines Magenkrebses, Perforation und Bildung einer Magenfistel* (*Arch. f. physiol. Heilk.*, 1859).

JONES, *Tabular statement of seventy-two cases of hæmatemesis* (*The Lancet*, 1860). — CREMER, *Carcinomatis alveolaris ventriculi et peritonæi exemplum*. Gryphiæ, 1860. — VASMER, *De diagnosi differentiali carcinomatis ventriculi et ulceris chronici*. Gryphiæ, 1860. — CAPELLE, *Cancer de l'estomac; concrétion gastrique. Erreur de diagnostic* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1861). — NEUMANN, *Einige Fälle von Pylorusstenose* (*Deutsche Klinik*, 1861). — BEAU, *Du défaut d'absorption du liquide des boissons dans le cancer pylorique* (*Gaz. hôp.*, 1863). — BAMBERGER, BRINTON, *loc. cit.* — LARCHER, *Gaz. méd. Paris*, 1866. — OPPOLZER, *Wiener med. Zeits.*, 1866. — KOEHLER, *De carcinomate ventriculi*. Berolini, 1866. — OTT, *Zur Path. des Magen-Carcinoms*. Bern., 1867. — BONNET, *Thèse de Montpellier*, 1867. — READ, *Boston med. and surg. Journ.*, 1867. — WARDELL, *British med. Journal*, 1867. — LITTLE, *Malignant disease of the stomach* (*Dublin quart. Journ.*, 1867). — SIEVERE (*Frerich's Klinik*), *Ueber Magenkrebs*. Berlin, 1868. — CAYLEY, *Transact. of the path. Soc.*, 1868. — D'ANS, *Arch. de méd. belges*, 1868. — WILLIAMS, *Med. and surg. Reporter*, 1868. — DEMORBAIX, *Presse méd. belge*, 1868. — TOWNSEND, *Dublin quart. Journ.*, 1868. — GUIPON, *Obs. pour servir à l'histoire des tumeurs abdominales* (*Gaz. méd. Paris*, 1868).

WERNER, *Zur Casuistik des Magenkrebses und des perforirenden Mägengeschwürs*