

en forme de tumeur qui est observée; dans le squirrhe, dans le colloïde, il n'est pas rare qu'on ait affaire à une *infiltration générale* qui augmente la résistance et la rigidité des parois de l'estomac dans la plus grande partie de son étendue. On trouve alors dans la région épigastrique, et débordant latéralement vers les hypochondres, un empâtement résistant, qui dessine parfois à la vue la forme de l'estomac et donne à la percussion un son tympanique ou mat (selon l'état de vacuité ou de réplétion); ces modifications du bruit de percussion, les changements de volume de la nappe indurée dans les mêmes circonstances, le peu d'influence qu'ont sur elle les mouvements du diaphragme, sont autant de signes qui la distinguent de l'induration épigastrique diffuse, produite par le développement anormal du lobe gauche du foie. Dans cette forme en nappe, surtout dans la colloïde, on observe souvent au-dessous de l'épigastre des noyaux indurés superficiels qui tiennent à l'altération de l'épiploon.

Dans la majorité des cas, c'est une tumeur proprement dite qui est produite; or il suffit de se rappeler les rapports anatomiques de l'estomac pour comprendre: 1° que toutes les tumeurs ne sont pas appréciables à travers la paroi abdominale; 2° que la tumeur une fois reconnue ne peut pas toujours être rapportée avec certitude à l'estomac. Bien souvent cette seconde partie du diagnostic est insoluble par la palpation seule, ce n'est que d'après les autres symptômes qu'on peut éliminer les *tumeurs du foie*, de l'*épiploon*, du *colon*, du *pancréas*, des *ganglions* et des *gros vaisseaux artériels*.

La tumeur est aisément appréciable quand le cancer occupe la partie moyenne de l'estomac, la grande courbure ou le pylore; elle est difficilement sentie dans le cancer de la petite courbure, du cardia et de la face postérieure. En toute circonstance, l'appréciation peut être obscurcie par le *déplacement de l'organe*; alors même que le pylore reste fixé dans sa situation normale, une ectasie totale peut modifier la position de l'estomac et ses rapports. Quand le pylore est sans adhérences, le désordre topographique est au complet, et l'on hésite à bon droit à rapporter à l'estomac une tumeur que l'on trouve dans le flanc, à l'hypogastre ou sur le pubis.

Dans les cas ordinaires, la tumeur occupe le creux épigastrique proprement dit, ou bien elle est derrière l'extrémité supérieure du muscle droit du côté droit, peu éloignée des angles costaux. Les muscles étant l'obstacle le plus sérieux à la palpation de l'abdomen, il faut avoir soin de les mettre dans le relâchement complet, et pour cela il faut faire plier les genoux et les cuisses du malade, et lui recommander de respirer largement la bouche ouverte. Il faut toujours constater avec soin la position et la largeur de l'interstice des muscles droits, parce que dans les cas douteux une sensation de dureté anormale au niveau de cet interstice est bien autrement probante qu'une sensation semblable au niveau des faisceaux

musculaires. — La tumeur est ronde ou ovale, tantôt lisse et sous forme de masse dure homogène, tantôt inégale et parsemée de nodosités saillantes plus ou moins volumineuses, tantôt en gâteau et sans délimitation nette. Le degré de résistance qu'elle offre à la palpation varie presque à l'infini; elle est *immuable* dans sa situation, ou bien elle peut être *déplacée* soit par la main de l'observateur, soit par les modifications topographiques qu'éprouve l'estomac, selon qu'il est vide ou rempli; cette mobilité rend compte de ces cas dans lesquels la tumeur, nettement sentie à un moment, ne peut plus être retrouvée dans une nouvelle exploration. — Au niveau de la tumeur, le *son de percussion* est altéré; il n'est pas absolument mat, mais il n'a plus le tympanisme de l'état normal; en fait, il y a une submatité qui doit toujours être appréciée par la comparaison des points symétriques. Cette submatité, quand elle est peu prononcée et subjacente au muscle droit, n'a pas de valeur. La différence entre ce son à moitié mat et une matité complète est un des éléments qui permettent de distinguer la tumeur gastrique de la *tumeur hépatique*; on n'oubliera pas en outre que les tumeurs de l'estomac sont beaucoup moins influencées que celles du foie par les mouvements respiratoires (*diaphragme*). Mais lorsqu'il y a coïncidence d'un cancer du foie et d'une tumeur pylorique adhérente à cet organe, l'appréciation de la lésion gastrique n'est possible que d'après les symptômes fonctionnels. — Dans bon nombre de cas, le cancer gastrique présente des *soulèvements isochrones aux battements du poulx*: ce phénomène résulte de la présence d'une artère volumineuse dont la pulsation soulève la tumeur située devant elle; ces soulèvements, qui sont parfois appréciables à simple vue, ont lieu en masse, la tumeur est poussée en bloc, puis retombe; il n'y a pas le mouvement d'expansion intérieure propre aux tumeurs vasculaires. En tenant compte de ces particularités, on évitera de prendre une production cancéreuse pour une production anévrysmale, et l'erreur sera plus certainement évitée encore par la considération de l'ensemble des symptômes. — La tumeur présente à la palpation une *sensibilité* plus ou moins marquée, mais il n'y a de douleur vive que dans le cas de péritonite de voisinage ou d'extension du cancer au péritoine.

Dans la période cachectique, la physionomie de la maladie est notablement modifiée par la *coïncidence d'un cancer du foie*, complexus qui est loin d'être rare; il y a alors un *ictère persistant* et de l'*ascite*. L'épanchement péritonéal existe également lorsque le cancer envahit le péritoine ou les ganglions. — L'*ascite* sans obstacle mécanique, par cachexie, est fort rare, et elle est bien moins considérable.

La *durée* moyenne du cancer stomacal est de douze à quinze mois, et le maximum observé est, d'après Brinton, de trois ans. J'ai déjà signalé cette marche comme l'un des éléments du diagnostic avec l'ulcère simple; je rappelle en outre que la tumeur est aussi rare dans cette dernière

maladie qu'elle est commune dans le carcinome. La seule terminaison est la MORT; les cas cités comme des exemples de guérison par cicatrisation appartiennent à l'ulcère simple. — Le plus souvent la mort est produite par épuisement, ou plutôt par inanition; dans ce cas, on observe parfois, dans les derniers jours, des phénomènes de subdelirium et de coma, imputables à de l'hydrocéphalie, ou simplement à l'anémie du cerveau. La mort par hémorrhagie ou par perforation est beaucoup plus rare.

TRAITEMENT.

Ne pouvant être ni prévenu ni guéri, le cancer de l'estomac ne fournit que des INDICATIONS SYMPTOMATIQUES. — La douleur, le vomissement, l'hématémèse, la débilité, sont les principales sources de ces indications; les moyens de les remplir ne diffèrent pas de ceux qui ont été exposés dans le traitement de l'ulcère simple. — Lorsqu'un cancer rétrécissant rend la nutrition impossible, on peut, si la lésion siège au cardia, retarder efficacement l'inanition en alimentant le malade au moyen de la sonde œsophagienne; mais si la sténose est pylorique, on n'a d'autre ressource que les lavements dits nutritifs, et le bénéfice, souvent incertain, est toujours de courte durée.

CHAPITRE VII.

HÉMORRHAGIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

On donne le nom de GASTRORRHAGIE (1) à l'hémorrhagie qui a lieu à la surface de la muqueuse stomacale, avec épanchement de sang dans la

(1) Voyez la bibliographie des deux chapitres précédents; en outre :
 JACOBSON, *De morbo nigro Hippocratis*. Francof. ad Viadr., 1786. — VAN DOEVEREN, *Obs. path. anat.* Lugd. Batav., 1789. — MARCUS, *De vomitu cruento*. Francof. ad Viadr. 1790. — SCHMIDT, *De vomitu imprimis cruento*. Hemst., 1792. — ZACHIROLLI, *Della melena, ossia morbo nero d'Hippocrate*. Ticini, 1794. — WARBURG, *De hæmatemesi* Traj. ad Viadr., 1803. — THIEBALT, *Essai sur l'hématémèse*. Strasbourg, 1804. — GIRARD, *Dissert. sur l'hématémèse*. Paris, 1815. — SIMON, *Dissert. sur l'hématémèse*. Paris, 1815. — PINEL, *Dict. des sciences méd.*, XX. Paris, 1817. — BROUSSAIS, *Hist. des phlegmasies chroniques*, t. III. — CHOMEL, *Dict. de méd.*, X. Paris, 1824. — MARTIN-SOLON, *Dict. de méd. prat.*, IX, Paris, 1833. — KREYSIG, *Encyclop. Wörterb. der med. Wissens.*, Bd.

cavité de l'organe. L'HÉMATÉMÈSE est le vomissement sanglant qui suit la gastrorrhagie. Il n'y a donc pas de synonymie entre ces deux expressions, car l'hématémèse est l'effet de la gastrorrhagie, et elle n'en est pas l'effet constant; dans certaines hémorrhagies de l'estomac, le sang est expulsé en totalité par les selles, il n'y a pas de vomissement sanglant, la gastrorrhagie a lieu sans hématémèse.

L'ENTÉRRHAGIE est l'hémorrhagie qui a lieu à la surface de la muqueuse intestinale, et l'on donne le nom de MÉLÈNA aux selles noires résultant de l'évacuation par l'anus du sang qui a séjourné dans l'intestin. Le mélèna coïncide souvent avec l'hématémèse.

L'hémorrhagie **traumatique** ou **ulcéreuse** (voyez t. I) survient à la suite des contusions de l'épigastre et de l'abdomen, ou bien elle est produite par des substances caustiques ou irritantes, par des corps étrangers, enfin par des ulcérations (*ulcère simple, fièvre typhoïde, dysenterie*) ou des néoplasmes (*cancer*); l'hémorrhagie résultant de ces deux dernières causes est aussi commune que les autres variétés du groupe sont rares. — La gastro-entérrhagie **par altération morbide des vaisseaux** est également rare; elle est observée dans la *diathèse hémorrhagique* ou *hémophilie*, et dans ce cas elle résulte de la fragilité anormale ou de la stéatose des capillaires; ailleurs elle est amenée par la *dégénérescence amyloïde* des petits vaisseaux, lésion qui est elle-même la suite d'une transformation amyloïde du foie et de la rate; parfois enfin elle est la conséquence de la *rupture d'un anévrysme* ouvert dans la cavité gastro-intestinale. — L'hé-

XV. — H. JONES, *Cases of hæmatemesis with Remarks* (*Med. Times and Gaz.*, 1855). — FOURNET, *Bull. de la Soc. méd. d'émulation*, 1856. — LEES, *Lectures on diseases of the stomach* (*Dublin Hosp. Gaz.*, 1856-1857). — POPHAM, *Violent and repeated hæmatemesis; cirrhosis of the liver* (*Dublin quart. Journ.*, 1857). — WATSON, *Edinb. Med. Journ.*, 1858. — TROUSSEAU, *Clinique européenne*, 1856. — JONES, *Tabular statement of seventy-two cases of hæmatemesis* (*The Lancet*, 1860). — DE RICCI, *Dublin quart. Journ.*, 1860. — M'GREGOR, *Interesting case of persistent hæmorrhage from the bowel occurring periodically* (*Glasgow med. Journ.*, 1867). — W. JONES, *A case of fetal hæmatemesis* (*The Lancet*, 1868).

MACK, *Peculiar case of hæmatemesis* (*Glasgow med. Journ.*, 1869). — HABERSHON, *Hæmatemesis* (*Guy's Hosp. Reports*, 1870). — JOHNSON, *Brit. med. Journ.*, 1870. — VOLZ, *Tödliche Magenblutung* (*Würtemb. med. Corresp. Blatt*, 1870). — BAYER, *Tödliche Darmblutung in Folge transitorischer Hyperämie bei Erysipelas faciei* (*Arch. der Heilk.*, 1870).

PICIRILLI, *Storia di una ematemesi* (*Nuova Liguria med.*, 1871). — STEWART, *Case of hæmatemesis treated by the hypodermic injection of ergotine* (*Edinb. med. Journ.*, 1871).

RIEBEL, *Ueber Hæmatemesis und Melæna*. Berlin, 1872. — MATTISON, *A fatal case of gastrorrhagia* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1874). — LEMEHEM och AXEL KEY, *Fall af magsår med hastig utveckling och dödlig utgång* (*Hygiea*, 1873).

Voyez la bibliographie de l'ulcère de l'estomac.