

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 squirrhe de l'estomac*. Paris, 1804. — CHARDEL, *Monographie des dégénérescences squirrheuses de l'estomac*. Paris, 1804. — BAYLE et CAYOL, in *Dict. des sc. méd.* Paris, 1812. — GERMAIN, *Sur les causes et le diagnostic du squirrhe du pylore*. 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 epierisi*. 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* (*Heute 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, *Carcinomatæ alveolaris ventriculi et peritonæi exemplum*. Gryphiæ, 1860. — VASMER, *De diagnosi differentiali carcinomatæ 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*. Berl., 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 Magengeschwürs*

obèse y sont particulièrement exposés; les observateurs ne sont pas d'accord sur ce point. — La seule cause efficace du cancer stomacal est la PRÉDISPOSITION; toutes les autres conditions ne sont que des causes occasionnelles mettant en jeu et localisant la diathèse. Les plus positives de ces causes sont les chagrins prolongés, les émotions morales dépressives, les travaux intellectuels excessifs, la solitude et la vie sédentaire; l'influence des écarts de régime, des excès alcooliques, est moins certaine encore; quant à la relation affirmée par J. Frank entre le cancer et la suppression des éruptions cutanées ou des ulcères chroniques, elle est tout à fait problématique. — La prédisposition est transmise par HÉRÉDITÉ dans un sixième des cas environ (Lebert).

Le cancer gastrique est plus souvent PRIMITIF que secondaire. Dans ce dernier cas, l'estomac est atteint par les progrès d'un cancer voisin (foie,

(Würtemb. med. Corresp. Blatt, 1869). — CONCATO, *Sul cancro dello stomaco* (Rivista clin. di. Bologna, 1869). — BRISTOWE, *Colloid cancer of œsophagus, stomach, lungs and adjoining lymphatic glands* (Trans. path. Soc., 1869). — MURCHISON, *Extensive cancer of the stomach. Sloughing of a portion of the cancerous growth and copious hæmorrhage. Remarkable absence of the usual symptoms of gastric cancer* (Eodem loco, 1869). — MAURIZIO, *Caso di tumore scirroso al cardia ed al piloro complicato da calcoli nella cistifellea* (Ann. univ. di med., 1869).

WILMART, *Cancer de l'estomac ayant entraîné une mort rapide par hémorrhagie interne* (Presse med. belge, 1870). — HABERSON, *On some obscure forms of abdominal disease* (Guy's Hosp. Reports, 1871). — BRISTOWE, *Cancer of stomach, liver, lungs, lymphatics of the thorax, with involvement of the left recurrent laryngeal, and paralysis of the left side of the larynx* (Trans. of path. Soc., 1871). — PEPPER, *A case of scirrhus of the pylorus, with remarks on the electric excitation of the stomach, and the use of stomach-pump in dilatation of that organ* (Philadelphia med. Times, 1871).

L. FASCE, *Un caso di cancro dello stomaco complicato all'ulcera rotonda perforante* (Gas. clin. del Ospedale civico di Palermo, 1872). — JACOBY, *Ein Fall von Verschluss des Pylorus* (Berlin. klin. Wochen., 1872). — REICHERT, *Ueber den Magenkrebs* (Berlin, 1872). — KRATSCHEMER, *Ein Fall von Carcinom des Magens, Pankreas und beider Nebennieren* (Wien. med. Wochen., 1872). — HARRIS, *Americ. Journ. of med. Sc.*, 1872. — STORER, *Colloid disease of almost the entire stomach* (Boston med. and surg. Journ., 1872). — HAYNES, *Philad. med. Times*, 1872. — SCHEUTRAUER, *Fibrom in der Submucosa des Magens* (Petersb. med. chir. Presse, 1872). — TYSON, *Philad. med. Times*, 1873. — MALMSTEN och BLIX, *Fall of carcinoma medullare ventriculi et hepatis* (Hygiea, 1872). — MAZZOTTI, *Caso di ipertrofia totale delle fibre muscolari del stomaco con successiva degenerazione colloidea* (Rivista clinica, 1873). — JORDWIN, *Colloid cancer of the stomach and omentum* (Philad. med. and surg. Reporter, 1873). — WILKS, *The Lancet*, 1874. — FRIEDREICH, *Ein Fall von Magenkrebs* (Berlin. klin. Wochen., 1874). — EYSELEIN, *Singultus von fast vierwöchentlicher Dauer als Beginn eines Magen carcinoms* (Eodem loco, 1874). — BÉHIER, *Union méd.*, 1874. — HUARY, *Cancer de l'estomac, atrophie du cœur, hémorrhagie du foie* (Presse méd. belge, 1874). — VAN DERVEER, *Philad. med. Times*, 1874. — HUNT, *Dyspeptic symptoms dependent upon tumour* (New-York med. Record, 1874).

intestin, ganglions), ou bien il est affecté tardivement après que la diathèse s'est déjà manifestée dans quelque organe éloigné. — L'antagonisme signalé entre cette maladie d'une part, la tuberculose et les lésions valvulaires du cœur d'autre part, n'est pas absolu.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le cancer (1) présente à peu près les mêmes localisations que l'ulcère simple; il occupe le plus souvent la région pylorique, le cardia et la petite courbure; c'est dans le grand cul-de-sac et à la grande courbure qu'il est le plus rare; quand il siège en ce dernier point, il est ordinairement consécutif à un cancer de l'épiploon. Dans sa marche, la lésion progresse plutôt dans le sens vertical que dans l'horizontal: aussi, lorsqu'elle est voisine des orifices, elle prend très-souvent une disposition annulaire qui produit un rétrécissement plus ou moins considérable. Tandis que le cancer du pylore peut être exactement borné à cette région, celui du cardia intéresse d'ordinaire l'extrémité inférieure de l'œsophage.

Le cancer de l'estomac se présente sous trois formes, savoir: le cancer fibroïde ou squirrhe; — le cancer médullaire ou encéphaloïde; — le cancer aréolaire ou colloïde. — Le cancer mélanique, le cancer vilieux et le cancer à cellules cylindriques (cancroïde cylindro-épithélial de Förster) peuvent être considérés avec Rokitansky comme des sous-variétés du cancer médullaire.

Le squirrhe est le plus fréquent; vient ensuite l'encéphaloïde pur; ses dérivés et le cancer aréolaire sont assez rares. Comme ces altérations ont une grande affinité, comme leur développement respectif tient en grande partie à la nature du tissu lésé, et que leurs caractères propres résultent de la prédominance de l'élément fibroïde ou de l'élément cellulaire, il n'est

(1) LOUIS, *Recherches anat.-path.* Paris, 1826. — MÜLLER, *Ueber krankhafte Geschwülste* (Berlin, 1839). — ROKITANSKY, *Path. anat.* Wien, 1842. — BRUCH, *Diagnose der bösartigen Geschwülste* (Mainz, 1847). — DITTRICH, *Lebert*, loc. cit. — WEDL, *Path. Histologie* (Wien, 1854). — FÖRSTER, *Virchow's Archiv*, XIV. — *Handb. der path. Anatomie* (Leipzig, 1862). — VIRCHOW, *Traité des tumeurs*.

HARRIS, *Cystic degeneration of the mucous membrane of stomach* (Americ. Journ. of med. Sc., 1839). — STAPLETON, *Medullary cancer* (Med. Press and Circular, 1869). — MURCHISON, *Perforating cancerous ulceration of the stomach with abscess of the abdominal parietes opening at the umbilicus* (Trans. path. Soc., 1870). — CAYLEY, *Sarcoma of the stomach* (Eodem loco, 1870). — REECE, *Philadelphia med. and surg. Reporter*, 1871. — JOHNSON, *Brit. med. Journal*, 1871.

PILLMANN, *Ueber beginnende Carcinome* (Göttingen, 1873). — PÉRÉWERSEFF, *Recherches sur l'origine et la propagation du carcinome épithélial de l'estomac* (Journ. de l'anat. et de la physiol., 1874).

pas rare d'observer la coïncidence de deux ou même de trois formes; la combinaison la plus ordinaire est celle du squirrhe et de l'encéphaloïde, et parfois on trouve en outre du cancer aréolaire ou vilieux (Bamberger).

Abstraction faite de quelques cas dans lesquels le cancer colloïde débute par la muqueuse elle-même, le processus commence toujours par le tissu conjonctif sous-muqueux. Quand la séreuse est atteinte d'abord, c'est que la lésion résulte d'une propagation de voisinage; il est tout à fait exceptionnel que le cancer prenne naissance dans le tissu sous-séreux (Dittrich).

Le SQUIRRHE au début apparaît sous la forme de nodosités isolées, ou d'un épaissement cohérent du tissu sous-muqueux; dans les deux cas, la partie malade est résistante, dure, de couleur blanc mat, et elle présente une coupe fibro-lardacée. Quand l'induration est diffuse, elle peut être uniforme; mais quand la lésion procède par nodosités, celles-ci n'ont pas toutes une croissance également rapide, et la surface est irrégulière et parsemée de saillies appréciables au toucher et à la vue. Le produit morbide est composé d'éléments fibroïdes formant un réseau tellement serré, que les espaces interceptés par eux contiennent à peine quelques vestiges d'un liquide hyalin, avec de rares éléments cellulaires. Aux limites de l'altération on voit souvent se détacher des tractus fibreux isolés qui pénètrent en forme de cordons blanchâtres et durs dans l'épaisseur des tuniques, et font ainsi saisir sur place la marche envahissante du processus. L'extension se fait à la fois du côté de la muqueuse et du côté du péritoine. La première est plus tôt atteinte en raison de son voisinage immédiat; elle adhère d'abord aux noyaux ou à la nappe squirrheuse, puis elle est détruite, soit parce qu'elle est englobée et envahie par le néoplasme, soit parce que, privée de son apport nutritif, elle se ramollit et se nécrose; le cancer est alors à nu dans la cavité gastrique. L'évolution ultérieure varie: la surface dénudée peut donner naissance à des végétations encéphaloïdes qui font saillie dans l'estomac et se ramollissent ensuite, ou bien elle se nécrose et s'exfolie, elle subit le ramollissement ichoreux, présente des dépressions irrégulières qui gagnent en profondeur, et elle finit par former ainsi un *ulcère cancéreux* de figure irrégulière, à bords durs, calleux et saillants. — Au début, les fibres musculaires voisines de la lésion sont hypertrophiées, mais bientôt elles disparaissent, tantôt envahies par substitution, tantôt atrophiées par compression. Enfin l'altération finit par atteindre le péritoine qu'elle englobe de la même manière; parfois la séreuse, avant d'être complètement perdue dans le tissu squirrheux, en présente des dépôts isolés sous forme de plaques laiteuses plus ou moins saillantes. Dans d'autres cas, une péritonite partielle se développe au niveau de la lésion, et établit des adhérences avec les parties contiguës.

Le CANCER MÉDULLAIRE prend naissance dans le tissu sous-muqueux et

la muqueuse, et affecte la forme de nodosités végétantes avec ou sans infiltration diffuse; il se distingue par sa mollesse, sa vascularisation, son aspect cérébriforme (cancer encéphaloïde), et, au point de vue de la structure, il est caractérisé par la rareté du stroma fibreux, la prédominance colossale de l'élément cellulaire et du liquide interposé; ce dernier apparaît à la coupe, ou bien il est obtenu par le raclage d'une surface de section (suc, liquide cancéreux). La croissance de ce produit est beaucoup plus rapide que celle du squirrhe, il subit de bonne heure le ramollissement sanieux et l'ulcération. Celle-ci débute ordinairement par le centre de la masse qui se nécrose et se détache, tandis que la végétation morbide continue à la périphérie: ainsi sont formés des ulcères cratériformes à bords végétants, renversés en dehors. La grandeur de ces ulcères est variable, elle peut dépasser celle de la paume de la main; et comme la cupule en relief est fort exubérante, la lésion peut déterminer un rétrécissement notable de l'estomac; une fois ulcéré, ce cancer saigne facilement, et il est souvent le siège d'hémorragies interstitielles. — Le *cancer mélanique* ne diffère du précédent que par des dépôts abondants de pigment foncé ou noir; — le *cancer vilieux* présente des excroissances remplies de suc cancéreux, lesquelles, vues sous l'eau qui les isole, donnent à la masse une surface vilieuse; — le *cancer à cellules cylindriques* est semblable, à l'œil nu, à l'encéphaloïde (Förster); il n'en peut être distingué que par le microscope, qui démontre une forme particulière des éléments cellulaires constitutifs. Cette variété présente souvent des noyaux secondaires dans le foie et les ganglions lymphatiques.

Le CANCER ARÉOLAIRE (*alvéolaire, colloïde*) est infiltré en masses volumineuses dans la muqueuse et le tissu sous-muqueux, mais il gagne promptement le péritoine, sur lequel il forme souvent des tumeurs considérables. Peu sujet à l'ulcération, ce produit est composé d'une gangue fibroïde à réseau clair-semé, et d'une quantité innombrable de cavités folliculeuses (alvéoles) remplies d'un liquide gélatiniforme ou colloïde; on trouve dans ce liquide des éléments cellulaires, des molécules de graisse, des corpuscules colloïdes, souvent aussi des cristaux de phosphate triple et de la cholestérine (Bamberger).

Les changements ultérieurement subis par l'estomac sont fort analogues à ceux qui sont amenés par l'ulcère simple. Des adhérences anormales sont établies entre le ventricule et les organes voisins, tantôt par un exsudat fibrineux (péritonite adhésive), tantôt par l'extension du tissu cancéreux. Dans ce dernier cas, l'adhérence peut donner lieu à une communication anormale par ulcération du cancer; les plus communes de ces communications sont établies avec l'intestin, la vésicule biliaire, le foie; rarement on observe une ulcération cutanée. La portion pylorique, siège ordinaire du squirrhe, est presque toujours solidement fixée au pancréas, aux ganglions, au foie, au rein droit ou au côlon transverse, et dans ce

cas l'estomac ne subit pas de déplacement bien notable; mais quand ces liens font défaut, l'organe s'abaisse directement ou obliquement sous le poids du tissu qui l'envahit; il tombe dans la région hypogastrique, et peut alors contracter adhérence avec les anses terminales de l'intestin grêle, avec le cæcum, et même avec l'utérus et ses annexes. — Le cancer qui occupe le pylore ou son voisinage finit par amener une sténose du canal, et par suite une *dilatation* de l'estomac. Mais l'orifice pylorique peut perdre sa perméabilité par un autre mécanisme: sans rétrécissement proprement dit, il est dévié par des adhérences, et celles-ci lui impriment des courbures telles que la lumière du conduit en est plus ou moins complètement effacée. Dans les portions saines, les *tuniques sont hypertrophiées* ou *atrophées*, selon qu'il existe ou qu'il n'existe pas d'obstacles au cours des matières; parfois aussi les deux conditions coïncident; il y a hypertrophie dans la région pylorique, et atrophie dans la moitié gauche de l'organe. — Lorsque le cancer est limité à la région cardiaque, ou qu'il est répandu en nappe dans les parois de l'estomac, ce qui n'est pas rare pour la forme colloïde, l'organe est *rétréci* dans son ensemble.

Avec ces lésions fondamentales existe dans tous les cas un catarrhe intense qui est borné au voisinage de l'altération, ou étendu à toute la muqueuse; les veines qui entourent la tumeur sont souvent obturées par des caillots; les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de l'estomac sont ordinairement tuméfiés; enfin on observe, au moins aussi souvent que chez les phthisiques, les *thromboses* et les *œdèmes cachectiques*.

SYMPTOMES, MARCHE, DIAGNOSTIC.

Les symptômes subjectifs et les troubles fonctionnels n'ont en eux-mêmes rien de caractéristique, leur ensemble même n'est pas révélateur, mais ce n'est point une raison pour faire commencer la symptomatologie du cancer à la tumeur et au vomissement noir; en raison des erreurs auxquelles elle peut donner lieu, et des difficultés qu'elle offre au diagnostic, la première période de la maladie doit être étudiée de très-près. Mais il convient avant tout d'éliminer un certain nombre de cas dans lesquels la *lésion est ignorée* jusqu'à l'autopsie, par la raison qu'elle ne produit absolument aucun symptôme: c'est le cancer infiltré de la paroi, sans altération du cardia ni du pylore, qui présente parfois ce caractère latent, surtout quand il est secondaire.

Dans un autre groupe de cas déjà moins rares, la maladie ne permet qu'un *diagnostic probable et par exclusion*. Il n'y a ni dyspepsie, ni vomissements, ni tumeur; mais, chez un individu qui a dépassé l'âge adulte, on voit survenir une émaciation continue, et un état cachectique que ne peut expliquer aucune altération organique appréciable; l'expérience a appris

que dans cette situation les probabilités sont en faveur d'un cancer stomacal qui, en raison de son siège et de sa disposition topographique, reste sans effets locaux, et ne détermine que la cachexie propre à la diathèse.

Dans la majorité des cas, le cancer a des allures plus bruyantes, et il convient, au point de vue clinique, de lui reconnaître *deux périodes*, savoir une *période de dyspepsie*, une *période de tumeur* et de *cachexie*.

La *PÉRIODE INITIALE* est caractérisée par des douleurs, des troubles digestifs et des vomissements; ce sont les symptômes de toute maladie gastrique, et ce n'est qu'en tenant compte de toutes les nuances qu'on peut les imputer au cancer plutôt qu'à un autre état morbide. Ces désordres apparaissent à un âge où l'on n'a plus guère à compter avec la gastralgie pure, non plus qu'avec les dyspepsies symptomatiques de la chlorose, de l'hystérie ou de la dysménorrhée; de plus, ils sont accompagnés très-rapidement d'un changement marqué dans le moral et dans le caractère: le malade devient triste, morne, irritable; il recherche la solitude et s'affecte de son état. Quant aux symptômes en eux-mêmes, ils ont d'ordinaire les caractères que voici:

La *DOULEUR*, qui manque fort rarement, est contusive ou lancinante, elle est localisée à l'épigastre avec retentissement dorsal; elle augmente par la pression, par l'ingestion des aliments, et en cela elle est semblable à celle de l'ulcère simple. Mais elle en diffère par sa vivacité moindre, et surtout parce qu'elle ne revêt pas (ou bien rarement du moins) la forme d'accès cardialgiques; elle en diffère en outre par sa continuité; on n'observe pas les périodes de rémission propres à l'ulcère.

Les *TROUBLES DIGESTIFS* sont ceux du catarrhe chronique; l'appétit est diminué, les digestions sont lentes, pénibles; les malades ont des aigreurs, souvent de la pyrosis; mais ce qui est caractéristique, c'est la rapidité de l'amaigrissement. Déjà au bout de quelques semaines le patient s'aperçoit qu'il a maigri et perdu de ses forces, et cela, même dans les cas où les vomissements ne sont pas précoces.

Le *VOMISSEMENT* peut manquer pendant les premières phases de la maladie ou même jusqu'à la fin, mais le fait est rare. Dans certains cas plus fréquents, mais encore exceptionnels, le vomissement débute par le rejet de la matière noire caractéristique; ordinairement, enfin, il y a, durant la période dyspeptique, des vomissements non sanglants, qui, rares d'abord, augmentent ensuite de fréquence. Au début, le vomissement a lieu surtout le matin à jeun, et il n'expulse que quelques *matières glaireuses et filantes*: ce phénomène, chez un *individu âgé qui n'est pas alcoolique*, doit éveiller de sérieuses appréhensions, il est presque caractéristique. Un peu plus tard le *vomissement est alimentaire*; il est plus ou moins rapide, selon que la lésion siège au cardia ou au pylore, et la même circonstance explique l'aspect différent que présentent les aliments rejetés: tantôt ils sont à peine modifiés par la digestion gastrique et facilement reconnaissables; tantôt

ils ont subi la chymification, et les substances composantes ne peuvent plus être discernées. Dans les deux cas, les aliments sont mêlés de mucosités épaissies et d'un liquide jaunâtre ou verdâtre d'odeur acide ou amère; la présence de *sarcines* est très-ordinaire; il est fort rare, en revanche, de trouver des éléments cancéreux appréciables, parce que le tissu morbide, à mesure qu'il se ramollit, perd ses caractères distinctifs.

La fréquence du vomissement est sans nul doute subordonnée au siège de la lésion et au degré de la sténose pylorique; mais ce serait une erreur que de regarder ce rétrécissement comme la cause unique du symptôme: on l'observe dans des cancers qui ne rétrécissent pas l'orifice duodénal, et il résulte alors de la *paralysie* ou de la *destruction des fibres musculaires*; il n'y a plus de contractions pour pousser la masse chymifiée à travers le pylore, et quand la distension de l'estomac est trop grande, un mouvement antipéristaltique la ramène en partie ou en totalité vers le cardia. C'est bien encore là un vomissement de *cause mécanique*, mais il n'est point l'effet d'une sténose. Il faut compter en outre avec le *catarrhe concomitant* et l'*altération du suc gastrique*, qui produisent le vomissement par indigestion; enfin, avec l'*irritation* résultant de la formation morbide elle-même, d'où le *vomissement par irritation*, qui est le plus précoce et reste souvent isolé pendant un temps assez long. Les divers modes pathogéniques de ce symptôme en font pressentir les caractères distinctifs: le *vomissement par irritation* n'est point lié à l'alimentation, il a lieu également à jeun, quand il est alimentaire, il survient peu de temps après l'ingestion; il est total, c'est-à-dire que toutes les matières ingérées sont rejetées, mais il est d'ordinaire peu copieux, parce que l'irritation même dont l'estomac est le siège ne permet pas une réplétion notable. — Le *vomissement par indigestion* est toujours alimentaire, il a lieu à un moment quelconque de la période de trois à quatre heures qui représente la durée de la digestion gastrique; il n'est ni constant ni total, et présente les mêmes particularités que dans le catarrhe simple: ce sont les substances irritantes, de digestion difficile, qui sont rejetées, et moyennant certaines précautions de régime, le vomissement peut être conjuré pour quelque temps. — Le *vomissement mécanique par sténose* est constant, mais il n'est pas toujours total; dans bien des cas, c'est le trop-plein seulement qui est rejeté; en outre, le vomissement n'a pas nécessairement lieu après chaque repas, il peut être tardif et survenir au bout de deux, trois ou quatre repas seulement, cela dépend du degré de la dilatation gastrique. — Le *vomissement mécanique par inertie musculaire* est le plus tardif de tous; la capacité de l'estomac arrive alors à son maximum, et le rejet n'a lieu que lorsque cette vaste poche est totalement remplie. Le vomissement de cause mécanique est d'autant plus copieux qu'il est plus rare.

Le vomissement par sténose peut diminuer de fréquence ou même cesser momentanément dans le cours de la maladie, et ce phénomène coïncide

parfois avec la première hématemèse; il est dû au ramollissement et à l'élimination du tissu cancéreux, cause de l'obstacle; dans d'autres cas, la diminution du vomissement résulte des progrès de la dilatation gastrique et de l'inertie croissante des tuniques musculaires.

Le *vomissement de sang* ou *hématemèse* est un symptôme fréquent, mais non constant (42 pour 100, Brinton); l'hémorrhagie qui y donne lieu n'a pas toujours la même origine: elle est produite à une époque souvent rapprochée du début par une *forte hyperémie* qui rompt quelques capillaires; — elle résulte plus tardivement de l'*ulcération* qui ouvre les vaisseaux de la masse cancéreuse; — elle est la conséquence de l'*ouverture des branches vasculaires* qui entourent l'estomac. Dans ce dernier cas, l'hémorrhagie est très-abondante, elle peut tuer; dans les deux premiers, elle est peu considérable, et, pour les raisons exposées dans le chapitre précédent, le sang rendu est altéré, et il présente l'aspect d'une poussière noire délayée dans un liquide ou mêlée à des aliments (*saie, marc de café*). Une partie du sang est souvent rendue par les selles (*melæna*), et, dans quelques cas, il n'y a pas d'hématemèse, l'élimination se fait entièrement par l'intestin.

L'état des FONCTIONS INTESTINALES est bien variable, cependant on peut dire que la *constipation* est la règle au début de la maladie, et pendant tout le temps qui précède le ramollissement et l'ulcération; à dater de ce moment, la *diarrhée* est sinon constante, au moins très-fréquente, et elle résulte de l'irritation produite par les éléments cancéreux et les liquides de mauvaise nature qui passent dans l'intestin.

La *période cachectique* est constituée (dans les cas à symptômes complets qui nous occupent) par la cachexie spéciale du cancer et par une tumeur.

La CACHEXIE ne présente pas d'emblée l'ensemble de ses caractères; elle apparaît graduellement, se révélant d'abord par de l'emaciation et le changement de couleur de la face, qui devient jaunâtre, terreuse ou même d'une pâleur verdâtre. Bientôt cette teinte se généralise à tout le tégument externe; la peau est sèche, écailleuse; elle perd son élasticité, se couvre de rides, et la petitesse du pouls témoigne de la faiblesse de l'impulsion cardiaque. Dans quelques cas on observe, en l'absence de toute complication inflammatoire, une *fièvre hectique* qui ajoute à la consommation du patient et précipite le terme fatal. L'*urine* est alors peu abondante, très-dense, chargée d'urée et d'urates. Des *hydropisies* mécaniques (par thrombose) ou cachectiques complètent souvent ce complexe, dont la fréquence dépasse celle de tous les autres symptômes (98 fois sur 100, Brinton).

La TUMEUR, selon le même auteur, existe 80 fois sur 100. La forme anatomique du cancer n'a pas d'influence sur son apparition, elle n'en a que sur la précocité de son développement; la tumeur produite par le squirrhe est la plus tardive. Ce n'est pas toujours une saillie circonscrite

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 empatement 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 *côlon*, 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 *soulevements isochrones aux battements du pouls*: 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*, complexe 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. — CHOMÉL, *Dict. de méd.*, X. Paris, 1824. — MARTIN-SOLON, *Dict. de méd. prat.*, IX, Paris, 1833. — KREVSIG, *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 fatal hæmatemesis* (*The Lancet*, 1868).

MACE, *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).

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

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