

Diagnostic. — La gastrite muqueuse se distingue souvent difficilement du cancer, de la *dyspepsie nerveuse*. Le cancer débute au delà de l'âge moyen, entraîne : une anorexie complète et définitive, de fréquents vomissements alimentaires, des hématomés plus communes, des douleurs plus vives ; son évolution est progressive.

La *dyspepsie nerveuse* fait peu vomir, respecte l'appétit, ne provoque que des douleurs capricieuses, sans sensibilité épigastrique à la pression et n'entraîne pas la dilatation.

Gastrite hyperpeptique. — Les lésions de la gastrite hyperpeptique coïncident souvent avec le syndrome *hypersécrétion gastrique permanente* ; mais l'hypersécrétion continue n'implique pas nécessairement la gastrite hyperpeptique. On discute encore la question de savoir si la lésion est la cause ou l'effet du syndrome.

Atrophie gastrique. — L'atrophie gastrique peut faire suite à la gastrite soit muqueuse, soit hyperpeptique. En ce cas, les troubles gastriques prédominent : dégoût très marqué de la viande, plénitude épigastrique, quelquefois douleurs très violentes. Le matin, à jeun, la sonde n'extrait ni suc gastrique, ni mucus ; le liquide ramené, après repas d'épreuve, ne renferme ni HCl, ni ferments digestifs. L'état général se maintient, par suppléance des intestins, tant que subsiste la motilité gastrique. Dès qu'elle faiblit, se déclarent l'inanition et la cachexie.

L'*atrophie totale avec anémie pernicieuse progressive* est rare. Le syndrome de l'anémie pernicieuse est alors réalisé au complet. Chez un homme de 50 à 60 ans, les forces, l'appétit fléchissent peu à peu ; le dégoût pour la viande va croissant ; la digestion est un peu laborieuse ; la constipation est la règle, alternant souvent avec la diarrhée ; décoloré le teint devient pâle, cireux ; de plus en plus faible, le malade accuse des palpitations et de la dyspnée d'effort. On constate un souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou. Les urines sont très pauvres en urée ; dans le sang, le chiffre des leucocytes est plutôt abaissé ; celui des hématies considérablement réduit. La mort survient après 7 à 8 mois, 1 an ou 2, soit par suite de vomissements incoercibles, de diarrhée profuse, soit subitement dans le coma. L'atrophie gastrique des cancéreux se présente et évolue de même.

Sclérose hypertrophique sous-muqueuse. — Limitée au pylore, la sclérose hypertrophique sous-muqueuse n'a pas toujours d'expression clinique. Très marquée et étendue à une grande partie de l'estomac, elle entraîne des symptômes graves difficiles à interpréter. On observe : de l'anorexie ou de la boulimie, des digestions pénibles, des nausées, des éructations, sans véritables douleurs, des régurgitations ou même des vomissements alimentaires, muqueux ou sanglants. Dans les cas rares d'ectasie gastrique, ces vomissements alimentaires prennent une grande abondance. Les hématomés, rouges ou marc de café, sont plus réduites que dans le cancer. La constipation est habituelle. La palpation tantôt reste négative, tantôt découvre

une tumeur lisse, égale, non toujours mate, occupant soit l'épigastre, soit l'hypocondre gauche, ou étendue des fausses côtes gauches à l'ombilic. Le malade, pâle, présente bientôt de l'œdème des membres inférieurs, une ascite considérable, et finit par succomber à la cachexie en 18 mois ou 5 à 4 ans.

Le diagnostic clinique n'est généralement pas posé. On songe à un cancer gastrique, splénique ou péritonéal.

III. — ULCÈRE DE L'ESTOMAC (1)

L'ulcère de l'estomac, plus fréquent chez la femme, de 20 à 40 ans, est souvent associé : à la chlorose, à la tuberculose (consécutive), à l'alcoolisme, à l'hystérie ; ailleurs, il succède à une infection grave : puerpéralité, fièvre typhoïde, paludisme ou syphilis.

L'ulcère gastrique peut se révéler brutalement par une hématomèse ou une péritonite par perforation. Bien plus fréquemment, son existence se confirme, au cours d'une gastrite chronique hyperpeptique, par trois signes capitaux : douleur, vomissements, hématomèses.

Douleur. — La douleur siège à l'épigastre et dans le dos.

Le *point épigastrique* ou *xiphoidien* occupe d'habitude la région de l'appendice xiphoidien, mais peut siéger dans l'un des hypocondres ou se rapprocher de l'ombilic.

Le *point spinal*, un peu plus tardif, siège entre les apophyses épineuses des 8^e vertèbre dorsale et 2^e lombaire, s'élevant parfois jusqu'entre les omoplates.

De ces foyers, la douleur irradie vers les espaces intercostaux, les hypocondres et l'abdomen ; parfois aussi, on constate des signes de *névralgie phrénique*.

Bien plus souvent aiguë que sourde et contusive, la douleur donne l'impression d'une *plaie vive*, d'une *brûlure atroce*, ou encore celle d'une broche, d'une épée, qui transpercerait le tronc (*douleur en broche*).

Souvent une vive douleur naît de la pression superficielle d'un seul doigt sur un point limité de l'épigastre.

L'*ingestion des aliments* surtout exaspère les souffrances du malade, soit, et le plus souvent, sans délai, soit seulement au bout d'une demi-heure ou d'une heure au plus. Les mets grossiers, épicés ou acides, le vin, les boissons chaudes sont particulièrement nocifs ; le lait, les œufs le sont bien moins. Le vomissement met d'habitude brusquement fin à la douleur.

Certaines attitudes, soustrayant l'ulcère au contact du contenu gastrique et variant avec son siège et suivant les sujets (posture demi-couchée, décubitus dorsal, abdominal, latéral) apaisent plus ou moins la douleur.

Les écarts de régime, les émotions vives, la menstruation, occasionnent des paroxysmes hautement douloureux (accès de cardialgie) avec : pâleur, anxiété, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls ; ces crises durent de quelques heures à plusieurs jours.

(1) Voy. DEBOVE et J. RENAULT, *Ulçère de l'estomac*, 1 vol. bibl. Charcot et Debove, 1892.

Vomissement. — Il survient en pleine digestion et met fin à l'accès douloureux. Composé d'aliments plus ou moins transformés et de liquides sécrétés, il est très acide, provoquant de la brûlure à la gorge et de l'agacement des dents. Quelquefois aussi, le malade rend, le matin à jeun ou très loin des repas, un liquide très acide.

Hématémèse. — D'une haute portée diagnostique, l'hématémèse peut être le premier signe révélateur; plus habituellement, elle éclate après des mois ou des années de douleur et de dyspepsie, brusquement, tantôt sans motif, tantôt après un écart de régime; légère, abondante ou foudroyante.

La *gastrorragie abondante* se dénonce par des signes de forte hémorragie interne: pâleur, vertiges, sueur froide, défaillance ou syncope. Le malade accuse de la pesanteur puis de la chaleur gastrique, puis rend un flot de sang, soit entièrement rouge, soit brunâtre en partie. Le *melæna* accompagne presque constamment l'hématémèse; les selles forment alors une bouillie noire comme du goudron, quelquefois moulées et rappelant l'aspect du boudin noir.

Très copieuse, une gastrorragie peut entraîner la mort subite par syncope; le sujet pâlit et succombe en rendant quelques gorgées de sang pur.

La *gastrorragie parcellaire*, en plusieurs temps, se traduit par des vomissements noirs, marc de café (sang digéré) mêlés à des aliments plus ou moins reconnaissables; ou quelquefois seulement par du melæna.

La gastrorragie tantôt reste isolée, tantôt se prolonge, à l'état de suintement, tantôt se répète à intervalles plus ou moins courts.

Troubles digestifs. — Sauf pendant les paroxysmes douloureux, l'appétit subsiste, quelquefois même exagéré. La crainte de la douleur empêche seule le malade de manger. Même au cours des rémissions, les digestions restent pourtant laborieuses, accompagnées d'aigreurs, de pyrosis, de constipation.

Contre-indiqué lors des gastrorragies, le cathétérisme de l'estomac exige une grande prudence. Dans la grande majorité des faits, il permet de constater l'*hyperchlorhydrie*; dans quelques-uns, cependant (ulcère très ancien), on note l'*hypochlorhydrie* ou même l'*anachlorhydrie*. Dans un certain nombre, on retrouve l'*hypersécrétion acide continue*.

Exploration locale. — Il n'existe généralement pas de tumeur appréciable au palper, quoique certains ulcères anciens, indurés (*ulcère calleux*) donnent, à s'y méprendre, l'impression d'un néoplasme. La *périgastrite* peut aussi déterminer de l'empâtement ou des zones résistantes étalées formant des plastrons sur lesquels se perçoivent quelquefois des froissements péritonéaux. Un kyste purulent, par péritonite circonscrite, consécutive à une perforation, peut également se traduire par une tumeur, mais fluctuante. La contraction réflexe des muscles droits de l'abdomen est aussi, comme on sait, une cause d'erreur.

La percussion et la recherche du clapotage constatent soit l'absence, soit l'existence d'une *dilatation* moyenne ou considérable; cette dernière généralement en rapport avec une sténose cicatricielle du pylore.

État général. — Les signes généraux varient selon la forme et la marche de l'ulcère. Certaines rémissions laissent croire à une santé parfaite. Suivant

les cas, prédominant: soit la dyspepsie, soit les signes de sténose pylorique, soit les gastrorragies. L'aménorrhée est très fréquente chez les jeunes filles atteintes d'*ulcus*. Dans tous les cas, se remarquent les signes d'une anémie plus ou moins profonde.

Formes cliniques. — **Forme latente.** — L'ulcère, en ce cas, se trahit inopinément par une hématémèse foudroyante ou une perforation.

Forme complète. — C'est la forme chronique commune, décrite plus haut.

Formes incomplètes frustes. — Une *forme dyspeptique* offre le tableau clinique de la dyspepsie simple.

La *forme gastralgique* se manifeste par des crises gastralgiques simples ou par des crises gastriques rappelant celles du tabes.

Une *forme vomitive* se traduit par une intolérance gastrique presque absolue.

La *forme hémorragique* est caractérisée: tantôt par une seule hématémèse grave qui ne se reproduit plus quand elle n'a pas entraîné la mort; tantôt par des hématémèses répétées ne laissant pas au sang le temps de se réparer et entraînant une anémie progressive extrême.

Suivant les cas, le sang présente les caractères histologiques d'une anémie moyenne, grave ou extrême. Les hématies sont diminuées de nombre, déformées, inégales. A la suite d'hémorragies répétées, quelques globules rouges nucléés peuvent apparaître dans le sang. Le nombre des leucocytes, généralement normal, ne s'accroît qu'en cas de complication (suppuration ou transformation cancéreuse). Le teint peut être d'une extrême pâleur ou un peu jaunâtre (cire vieillie). Les bourdonnements d'oreille, les vertiges, les lipothymies, les syncopes, l'œdème des extrémités inférieures, des souffles comparables à ceux de la chlorose ressortissent à l'anémie. Une fièvre subcontinue modérée complique l'anémie extrême.

La *forme avec sténose pylorique*, qu'elle entraîne la rétraction de l'estomac et le rejet immédiat des aliments, ou la dilatation et la stase, cachectise toujours rapidement par inanition.

Complications. — **Péritonite.** — La *péritonite plastique par propagation* (péri-gastrite) ne devient une complication que si, par des adhérences, elle gêne l'évacuation de l'estomac, ou si son développement donne, au palper, l'impression d'une tumeur.

La *péritonite par perforation* est généralisée ou localisée.

Généralisée, elle tue en quelques heures ou quelques jours. Motivée ou non par la digestion, par un choc, la *perforation* se traduit par une douleur subite atroce, avec pâleur, petitesse du pouls et tendance syncopale; la péritonite généralisée se déclare, avec des signes rappelant l'étranglement interne (constipation, absence de gaz, anurie); l'absence de vomissements en caractérise essentiellement l'origine gastrique; à moins que la perforation siège près du cardia.

La *péritonite circonscrite* implique des adhérences antérieures (péri-gastrite) à la perforation. Elle entraîne la formation d'un foyer purulent, *sous-pariétal* ou *sous-phrénique*, suivant le siège de l'ulcère. L'abcès sous-phré-

nique peut être l'origine soit d'une pleurésie, soit d'un pneumothorax, ou plutôt d'un *abcès gazeux sous-diaphragmatique*. L'ouverture à l'extérieur peut être suivie de guérison (rare). Ces suppurations aboutissent plus souvent soit à l'*hecticité*, soit à la *pyohémie*, soit encore, suivant le siège de l'ouverture, à une *gangrène pulmonaire* ou à une *fistule bronchique*.

Communication de l'estomac avec un organe voisin. — Ces communications peuvent résulter d'une ulcération directe. L'*ouverture dans le duodénum* est relativement peu grave; l'*ouverture dans le côlon* entraîne la *lientérie* et l'inanition. L'ulcère peut encore s'ouvrir dans la *plèvre* (pleurésie purulente, pyo-pneumothorax), dans le *poumon* (gangrène pulmonaire), dans les *bronches* (fistule bronchique), très rarement dans le péricarde, exceptionnellement dans le cœur.

Anémie progressive et cachexie. — Les *hémorragies* répétées tendent à amener une *anémie intense* rappelant l'*anémie pernicieuse progressive*. Les *vomissements*, la sténose pylorique, l'insomnie accélèrent la cachexie qui rappelle celle du cancer.

Infections secondaires. — La *tuberculose* cause la mort dans 20 pour 100 des cas. La *septicémie* peut succéder à la suppuration d'un organe voisin (le *pancréas* parfois). La *phlegmatia alba dolens*, l'*endocardite ulcéreuse* peuvent aussi résulter d'une infection à porte d'entrée gastrique.

Cancer. — Le développement d'un cancer sur le *bord* ou sur la *cicatrice* d'un ulcère n'est pas rare. Cette transformation se trahit surtout par : la plus grande continuité des douleurs; la perte de l'appétit et des forces, rebelles au traitement, et par l'apparition d'une tumeur. L'*hyperchlorhydrie* persiste quelquefois, mais non toujours.

Évolution. — La marche est *habituellement chronique*, mais pas toujours; on peut observer une *forme foudroyante* (hématémèse ou perforation) et une *forme rapide* ou *aiguë*, terminée comme la précédente, mais après des phénomènes de gastrite aiguë, d'une durée de quelques jours ou de quelques semaines. La *forme chronique* dure en moyenne 2 à 5 ans, mais peut, grâce à de longues rémissions, se prolonger 15, 20, 55 ans.

Terminaisons. — La *guérison* est possible (moitié des cas); elle est absolue et définitive ou comporte des troubles fonctionnels consécutifs variables dus à la cicatrisation (sténose d'un orifice, ou adhérences au foie, au diaphragme, etc.).

La *mort* résulte soit de l'ulcère même (*gastrorragie*, *perforation*, *anémie* ou *cachexie*), soit d'une affection intercurrente (*tuberculose* surtout ou *cancer*).

Diagnostic. — La *forme commune* se reconnaît d'habitude facilement; à certaines périodes, on peut pourtant croire à un *cancer* ou à une *gastrite hémorragique*.

Le diagnostic avec le cancer sera fait au chapitre le concernant.
Les *gastrites ulcéreuses* n'occasionnent que des hémorragies peu importantes se traduisant par le mélange aux aliments rendus, d'une petite quantité

de sang noir. L'analyse du suc gastrique révèle plutôt l'*hypopepsie*. Certains cas de gastrite chronique non alcoolique, avec crises douloureuses de vomissements incessants mêlés à du sang noir sont cependant fort embarrassants.

Formes frustes. — La *forme dyspeptique simple* prête à confusion avec la *gastrite chronique hyperpeptique*. La *forme douloureuse* peut être difficile à distinguer des *gastrites chroniques* à forme nerveuse, des *coliques hépatiques* ou *néphrétiques*, de la *gastralgie simple*, des *crises gastriques* du tabes.

La *forme vomitive* prête à confusion avec les *vomissements toxiques*, les *vomissements nerveux* (hystérie); ces derniers, respectant longtemps l'état général, s'accompagnent des stigmates de la névrose; l'hystérie peut du reste coexister avec un ulcère.

La *forme hémorragique* peut rendre vraisemblables plusieurs hypothèses : ouverture d'un *anévrisme* dans l'estomac; *hématémèses d'origine hépatique* (cirrhose) quelquefois précoces (Debove et Courtois Suffit).

Diagnostic du siège. — Le *moment* des vomissements, précoces (cardia) ou tardifs (pylore), l'*influence de l'attitude* sur l'apaisement de la douleur, fourniraient quelques données (trompeuses) sur le siège de l'ulcère. Le *siège pylorique* surtout se reconnaît aux signes de *sténose pylorique* (voy. *Généralités*).

Diagnostic des complications. — La *péritonite plastique* se traduit par un *empatement profond* mal limité, et quelquefois par des *frottements péritonéaux*; enfin par des *douleurs* de siège variable (hypocondre droit et épaule, pour le foie) ou par de la dyspnée (adhérences phréniques).

La *péritonite par perforation*, en l'absence de prodromes, peut faire croire à un *empoisonnement criminel*, à un *étranglement interne*; elle diffère des autres péritonites, par l'absence de vomissements.

La *péritonite enkystée* est d'un diagnostic facile, si elle est superficielle, mais très difficile, si elle est profonde; on la soupçonnera sur divers indices : *décubitus dorsal* habituel, rigidité du tronc, gêne pour s'asseoir, œdème de la paroi; voussure de la partie inférieure du thorax, de l'hypocondre et de l'épigastre; matité, déplacement du cœur en haut, silence respiratoire, et, en cas d'abcès gazeux, sonorité tympanique à la percussion et signes de pneumothorax à l'auscultation. En ce dernier cas, la distinction, surtout délicate avec le *pneumothorax partiel*, repose sur : l'abaissement manifeste de la zone tympanique durant l'inspiration; l'extraction par ponction exploratrice, de pus à odeur fécaloïde.

La *communication de l'estomac avec des organes voisins* se reconnaît aux signes suivants : la *perforation du diaphragme* éveille une violente douleur dorso-lombaire, suivie de près par les signes d'un *pyo-pneumothorax*; l'*ouverture dans les bronches* se révèle par une vomique d'odeur fécaloïde; l'*ouverture dans le péricarde*, par de la cyanose et de l'anxiété précordiale; l'*ulcération du cœur* (diagnostic impossible) se traduit par une hémorragie foudroyante; l'*ouverture dans l'intestin* provoque une *lientérie* rebelle ou l'apparition de pus dans les selles.

La *transformation de l'ulcère en cancer* sera soupçonnée, à l'apparition

progressive des signes d'un cancer, chez un sujet ayant présenté longtemps les accidents propres à l'ulcère de l'estomac.

IV. — CANCER DE L'ESTOMAC

Signes étiologiques. — Quelquefois héréditaire (1/10 des cas), plus commun chez l'homme que chez la femme, et après quarante ans, le cancer gastrique représente, à lui seul, la moitié de tous les cancers. Comme les autres tumeurs malignes il répond à des causes encore obscures, parmi lesquelles on peut invoquer parfois, à titre prédisposant, les peines morales, les gastrites et l'ulcère de l'estomac.

Signes cliniques. — Habituellement insidieux, le début se manifeste par des signes dyspeptiques vagues, tels que : tension épigastrique après les repas, digestions lentes et laborieuses, renvois, pyrosis, appétit capricieux, diminué ou supprimé, dégoût pour certains aliments, la viande et le vin surtout. Après quelques semaines de cet état, on note déjà de l'amaigrissement et de la faiblesse. Dès lors, les douleurs, les vomissements ne tardent guère à apparaître et les accidents progressent sans rémission.

Phase initiale ou dyspeptique. — Cette phase est caractérisée par la prédominance des troubles fonctionnels : douleurs, vomissements, dyspepsie.

Douleur. — Elle existe 92 fois sur 100 (Brinton), tantôt *localisée* : à l'épigastre, sous les côtes gauches, dans le dos ou les lombes, le long du rachis, avec irradiations vers les hypocondres, le sternum, l'épaule, le long des espaces intercostaux; tantôt *diffuse*, d'une intensité variable, en général sourde et gravative, rarement brûlante, lancinante ou térébrante. Intermittente ou continue, elle subit des exaspérations, à l'occasion des repas ou quand l'estomac est vide, quelquefois sous l'influence de la palpation; le vomissement ne l'apaise pas.

Vomissements. — Fréquents (80 à 87 pour 100), les vomissements ne manquent guère que dans les cas où les orifices sont indemnes; le cancer du pylore les provoque presque constamment (par sténose et stase).

Ils sont pituiteux, alimentaires ou mélangés de sang.

Le vomissement *pituiteux*, composé de matières glaireuses et filantes, se produit sans effort, le matin à jeun ou dans la journée. Il est toujours suspect, chez les sujets âgés, non alcooliques.

Les vomissements alimentaires ont des caractères variables selon les cas. Quand la lésion siège au *cardia*, les aliments sitôt ingérés sont rendus, par régurgitation, à peine modifiés. Y a-t-il *sténose pylorique*? les vomissements, dus à une sorte de regorgement de l'estomac qui rejette son trop-plein, surviennent à longs intervalles, contenant souvent des aliments ingérés plusieurs jours ou plusieurs semaines avant.

A une *phase avancée*, il arrive parfois que les vomissements se font plus rares ou cessent, soit que l'ulcération ait levé l'obstacle pylorique, soit

qu'elle ait ouvert une voie collatérale en créant une *fistule gastro-côlique*. Les aliments, mêlés à des mucosités épaisses, baignent dans un liquide, jaune ou verdâtre, rarement bilieux, d'odeur butyrique, acétique ou putride. Le microscope reconnaît dans les matières vomies, outre les débris alimentaires : des sarcines, des levures, des champignons, des microbes, souvent des hématies altérées; plus rarement, surtout dans les vomissements du matin à jeun, des *débris néoplasiques*. L'analyse chimique révèle une forte acidité due souvent à l'acide lactique, non à l'HCl libre qui est en quantité minime ou nulle, ni à l'HCl combiné dont la proportion est également faible.

Les vomissements de sang, observés dans 42 pour 100 des cas, sont surtout formés de matières noires dont l'aspect *marc de café* n'offre du reste, en lui-même, rien de pathognomonique. Quoique bien plus rares que dans l'ulcère, les vomissements de sang rouge ne sont pas exceptionnels.

Troubles dyspeptiques. — L'anorexie, très fréquente (85 pour 100) et précoce, offre quelques particularités : elle est *persistante* et *élective*; certains aliments (viande, substances grasses) éveillent une répugnance invincible. Dans quelques cas rares, l'appétit peut cependant subsister; en particulier, chez les jeunes sujets⁽¹⁾, ou à la suite de l'ulcère.

La langue, quelquefois très saburrale, reste, souvent aussi, nette et humide, sauf à une phase avancée, où elle devient rouge et sèche (muguet). Le goût, souvent intact, est parfois fade et amer.

En général, la digestion est lente, pénible, habituellement accompagnée de nausées, de renvois aigres ou fétides; mais le siège du cancer, le régime, le traitement en modifient beaucoup les troubles.

L'examen de la région épigastrique est, au début, peu instructif, à moins qu'une tumeur pylorique ne détermine des signes précoces de stase et d'ectasie gastriques, tels que : ondulations péristaltiques, existence de liquide résiduel le matin à jeun contenant parfois des matières marc de café, même en l'absence de vomissements (haute valeur diagnostique).

L'analyse du suc gastrique, à la suite d'un repas d'épreuve, est aussi très concluante; démontrant : l'abaissement considérable ou le défaut absolu d'HCl libre; la diminution, rarement l'abolition de la pepsine.

Les troubles intestinaux varient; on observe d'abord la constipation, plus tard la diarrhée. La lientérie, quand elle succède à la constipation et se substitue aux vomissements indique : soit l'incontinence du pylore par ulcération de la tumeur, soit l'ouverture d'une fistule gastro-côlique. Fréquent, le mélena coïncide, ou non, avec des hématuries.

Période de cachexie et de tumeur. — Tumeur. — Les cancers de la face antérieure et de la grande courbure sont accessibles au palper; ceux du pylore le sont rarement; ceux du cardia et de la petite courbure, à moins de déplacements pathologiques extrêmes, échappent à l'exploration.

La tumeur, habituellement sentie à l'épigastre ou dans l'hypocondre gauche, parfois masquée en partie, par les fausses côtes, forme une masse arron-

(1) DEBOVE, Cancer de l'estomac chez un jeune homme de 19 ans. Société médicale des hôpitaux, 22 novembre 1889.