

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.

die ou irrégulière, semée de nodosités, et dont le volume varie de celui d'une noix à celui du poing. On ne constate quelquefois qu'une infiltration massive ou un empatement résistant. La palpation, souvent pénible, n'est presque jamais vraiment douloureuse. Le néoplasme, quoique fixe, suit les déplacements de l'estomac et change de situation suivant que l'organe est distendu ou rétracté, devenant parfois bien plus accessible après insufflation, parfois aussi soulevé par les battements de l'aorte. L'examen doit rechercher en outre les *autres localisations cancéreuses possibles* (péritoine, épiploon, foie), surtout les *adénopathies*, remarquables dans la *fosse sus-claviculaire gauche* (Troisier). Les ganglions, mobiles, très durs, gros comme une lentille, une noisette, sont indolores. Ce signe, indice de généralisation, s'observe à une phase avancée des *cancers abdominaux*.

La cachexie s'accuse par une émaciation bientôt squelettique, par un teint souvent *jaune paille*, mais d'autres fois *anéémique* ou *terreux*, par un *œdème* débutant aux membres inférieurs, mais susceptible de se généraliser. En même temps, le *pouls* est petit et le *sang* revêt les caractères propres aux anémies chroniques : abaissement progressif du chiffre des hématies qui peut tomber à 1 000 000; déformations globulaires (globules nains ou géants) quelquefois comparables à celles de l'anémie pernicieuse; ou même, apparition de quelques globules rouges à noyau. Le taux de l'hémoglobine diminue aussi peu à peu. Le *chiffre des leucocytes* est souvent *accru* (17 600), signe dont la constatation est inconstante, mais précieuse pour le diagnostic. Les *hématoblastes* sont également très nombreux.

Complications. — Perforation. — La perforation avec péritonite généralisée est très rare dans le cancer de l'estomac, en raison de la protection habituelle du péritoine par des adhérences. Par contre, l'ulcération peut aboutir à la communication entre l'estomac et l'intestin, la vésicule biliaire, la plèvre, le péricarde, les bronches ou même l'extérieur.

La lientérie ou des vomissements de matières stercorales peuvent dénoncer les *fistules gastro-intestinales*.

La *paroi abdominale* se trouve généralement *perforée au niveau de l'ombilic*, après formation d'un sac intra-péritonéal qui commence par faire saillie sous la peau. Une fois ouverte, la fistule ne donne guère issue qu'à du pus, parfois aussi à des débris alimentaires liquides. La survie n'atteint que quelques jours, rarement quelques mois.

Propagation et généralisation. — L'*invasion du foie*, tantôt reste latente, tantôt se traduit par l'hypertrophie de la glande, dure et marronnée, la douleur, l'ictère (1/3 des cas), l'ascite.

L'*invasion du péritoine* se révèle soit par des noyaux indurés disséminés, soit par une grosse tumeur bosselée dans la région ombilicale (épiploon), soit par une ascite, hémorragique ou non.

L'invasion des poumons ou de la plèvre demeure latente ou donne lieu aux signes du cancer pleuro-pulmonaire (pleurésie hémorragique).

La *peau* est quelquefois envahie, sous forme de noyaux indurés occupant la ligne blanche ou la cicatrice ombilicale.

Fièvre et infections secondaires. — On peut observer des accès fébriles à type quotidien ou tierce, simulant le paludisme (frisson, chaleur, sueur), mais survenant à des heures variables.

Les *infections secondaires* sont fréquentes, au cours du cancer gastrique (Achard), tantôt à porte d'entrée stomacale, déterminant des lésions de voisinage (péritonite) ou à distance (pyléphlébite, abcès du foie, pleurésie, péricardite, pyohémie), tantôt seulement favorisées par la cachexie (tuberculose pulmonaire).

Complications thoraciques. — La pleurésie purulente, la pneumonie, la tuberculose pulmonaire ne sont pas rares chez ces malades.

Complications vasculaires. — La *phlegmatia alba dolens* est aussi une complication due à l'infection secondaire.

Complications cérébrales. — Les cancéreux sont exposés à des attaques de coma caractérisées par une dyspnée non motivée et par une défaillance progressive qui aboutit à la perte de connaissance.

Évolution. — La marche du cancer de l'estomac est progressive, quelquefois suspendue temporairement, en certains cas, par le traitement rationnel des vomissements et des gastrorragies ou par le rétablissement de la perméabilité du pylore due à l'ulcération du néoplasme. D'autres cas subissent, sans motif, une subite aggravation, à l'occasion d'un écart de régime, d'une fatigue ou d'une hémorragie.

La durée moyenne est de 1 à 15 mois; les formes lentes peuvent durer 3 à 4 ans; certaines formes rapides tuent en 5 mois. Le cancer des orifices évolue plus vite. Ailleurs, les hémorragies, la perforation, la généralisation précoce hâtent la fin. La mort résulte soit de la consommation, soit de l'anémie due aux hémorragies, soit d'une complication.

Diagnostic. — Avec la gastrite. — A la *période dyspeptique*, l'anorexie élective (dégoût de la viande), l'apparition, après 40 ans, de renvois, de régurgitations, de douleurs souvent vives, chez un sujet à peine amaigri, peu affaibli, ayant la langue nette, le teint un peu décoloré, l'estomac petit ou un peu dilaté, peuvent faire naître de grandes hésitations. Si l'examen chimique établit l'*hyperpepsie*, l'*hyperchlorhydrie* ou un type voisin de la normale, l'idée de cancer pourra être écartée; mais si l'on constate l'*hypopepsie* et l'*absence d'HCl libre*, la difficulté est grande. Quelques nuances sont à rappeler : *début des troubles* récent dans le cancer, ancien dans une gastrite entraînant l'hypopepsie (à moins de cancer greffé sur une gastrite); *anorexie* bien plus franche dans le cancer que dans la gastrite; *douleurs* revêtant parfois dans la gastrite la forme de véritables crises gastriques, non dans le cancer; constatation possible de *liquide résiduel le matin à jeun*, dans le cancer, en l'absence de sténose pylorique, non dans la gastrite.

A la *période cachectique*, la confusion est encore possible avec les gastrites accompagnées d'*hypopepsie* intense ou d'*aepsie*. Le diagnostic reposera : sur les caractères des vomissements et des hématomèses; sur l'élévation de l'acidité organique, l'apparition d'une *phlegmatia alba dolens*, de la teinte jaune paille, etc.

Diagnostic avec l'ulcère. — L'ulcère est plus commun de vingt à quarante ans, chez la femme; le cancer, après quarante ans chez l'homme. Les douleurs sont bien plus vives dans l'ulcère, revêtant la forme d'accès cardialgiques. Le *vomissement pituiteux* le matin à jeun appartient au cancer; les vomissements alimentaires apaisant la gastralgie sont propres à l'ulcère; les *vomissements liés à une stase gastrique prolongée* compliquent plus souvent le cancer que l'ulcère, incapable de tolérer le contact prolongé des aliments. La gastrorragie copieuse suivie du rejet de sang rouge est plus particulière à l'ulcère; le vomissement marc de café plus propre au cancer; distinction toute relative du reste. L'inappétence et le dégoût des aliments sont spéciaux au cancer.

Dans l'ulcère, l'examen chimique révèle le plus souvent l'*hyperpepsie* avec ou sans *hyperchlorhydrie* et une certaine proportion d'*HCl libre*; dans le cancer, l'*hyppoepsie intense* est la règle; l'*HCl libre* manque le plus souvent (1). L'ulcère engendre l'*anémie* ou l'*inanition*, non la cachexie spéciale au cancer, avec teint jaune paille. Les *souffles anémiques* se rencontrent dans l'ulcère; non dans le cancer. La *leucocytose*, constatée dans la moitié des cas de cancer, ne l'est que dans les ulcères compliqués de *périgastrite* plastique ou suppurée.

Diagnostic du cancer avec signes de cachexie prédominants. — Il arrive que le syndrome gastrique (dyspepsie, vomissements) manque presque complètement, ne laissant subsister qu'une cachexie progressive. N'étaient l'absence de souffles anémiques et l'abondance relative des hémato blasts, on pourrait croire alors à l'anémie pernicieuse progressive. L'hypothèse d'un cancer, au siège le plus commun (l'estomac), reste alors la plus vraisemblable.

Diagnostic de la tumeur cancéreuse. — La présence d'une tumeur prête à d'autres confusions. Avant la phase cachectique, on pourrait songer à une *tumeur bénigne* (rare), à un *ulcère calleux cicatrisé* (commémoratifs, évolution).

Quand la tumeur ne se traduit, au palper, que par de l'empâtement ou de la résistance, elle peut être confondue avec : les *muscles droits* contractés; la *périgastrite plastique* (associée à l'ulcère ou trahie par des frottements péritonéaux). La *sclérose hypertrophique sous-muqueuse*, le *sarcome* sont presque inévitablement confondus avec le cancer.

La *localisation gastrique de la tumeur* est reconnue à son *immobilité* et à son *indépendance* (contrairement aux tumeurs du foie et de la rate) des *mouvements respiratoires*, n'excluant pas des déplacements étendus (en bas et à gauche), liés à la *dilatation* ou à la *dislocation* de l'estomac. Le cancer de l'estomac, pour peu qu'il adhère au foie ou à la rate, subit du reste l'influence des mouvements du diaphragme.

L'*insufflation de l'estomac* lève souvent les doutes relatifs au siège. Elle rejette les tumeurs des faces en haut et à droite, celles de la rate, soit à gauche, soit à droite, mais un peu en bas; celles du côlon ou de l'épiploon, en bas; celles du pancréas, dans la profondeur (inexplorables); de son fait, les tumeurs de la face antérieure et de la grande courbure se laissent explorer sur une

(1) Voy. DEBOVE, Soc. méd. des hôp., 24 déc. 1886.

plus large surface; celles du pylore sont portées en bas et à droite, celles de la petite courbure s'effacent. Par contre, l'*insufflation du gros intestin* refoule en haut les tumeurs de l'estomac, en bas celles du grand épiploon, poussant en avant les néoplasmes de la vésicule biliaire, en haut et à gauche, ceux de la rate, et dans la profondeur celles du rein.

Le *cancer du foie* est nettement reconnaissable à son hypertrophie lisse et mamelonnée, accompagnée d'ictère ou d'ascite.

Les *tumeurs de la vésicule* prêtent souvent à erreur. La *cholécystite calculeuse*, révélée par une tumeur dure sous le bord du foie, comporte un passé lithiasique; mais la difficulté augmente s'il y a *péri-cholécystite*, d'autant que celle-ci est une cause possible de *sténose pylorique*. Très rare, le *cancer de la vésicule* coexiste d'habitude avec un cancer des voies biliaires et de l'ictère.

Les *tumeurs du duodénum* engendrent des signes de sténose et de stase; mais la sténose est en aval de l'ampoule de Water, la bile et le suc pancréatique apparaissent dans les vomissements.

L'*accumulation des fèces dans le côlon transverse* peut simuler une tumeur gastrique que dissipent alors un ou deux purgatifs énergiques. Les néoplasmes de l'intestin ne donnent pas longtemps le change, car ils comportent des signes d'obstruction et des selles glaireuses ou sanglantes.

Rarement accessible au palper, le *cancer du pancréas* engendre : fréquemment l'ictère avec distension de la vésicule, entraînant une cachexie très rapide; quelquefois la présence de graisse dans les selles et de sucre dans les urines.

Diagnostic du siège. — Le *cancer du cardia* débute par des phénomènes de *dysphagie*, sans anorexie, ni dyspepsie, et détermine ensuite des *vomissements* suivant de très près l'ingestion des aliments. Les hématomèses y sont rares, la douleur reste modérée. Le cathétérisme de l'œsophage précise cette localisation. La dysphagie s'apaise quand la tumeur s'ulcère.

Le *cancer du pylore*, le plus commun, entraîne la *stase* et l'*ectasie gastriques* que dénoncent des *vomissements par regorgement* contenant des aliments ingérés depuis plusieurs jours. Les fermentations y sont très marquées. La sonde ramène difficilement, le matin à jeun, d'abondants débris alimentaires, mêlés quelquefois à un peu de sang noir. On peut observer des *ondulations gastriques*. L'évolution est rapide, la cachexie précoce. L'ulcération du néoplasme, une fistule gastro-colique peuvent faire disparaître la stase gastrique.

Le *cancer des faces* ne compromettant pas l'alimentation comporte souvent une survie plus longue.

Diagnostic des formes anormales. — **Forme latente.** — Le cancer de l'estomac peut se rencontrer à titre de *trouvaille d'autopsie* chez des sujets morts d'une autre affection et n'ayant accusé que des troubles digestifs vagues.

Forme avec anasarque. — Dans ces cas s'observe un *œdème très étendu*, sans lésion cardiaque ni rénale. Il faut alors interroger les fonctions gastriques et songer au cancer de l'estomac.

Forme avec ascite. — Le *cancer avec ascite* en impose souvent pour une

cirrrose (circulation collatérale), pour une *péritonite tuberculeuse à forme ascitique* (âge, auscultation); pour un *cancer du péritoine* (tumeurs constatées après ponction).

Forme simulant l'obstruction intestinale. — Une constipation opiniâtre, avec vomissements, accapare alors l'attention (cancer du pylore dans un cas de Landouzy).

Forme à métastases précoces. — Certains cancers de l'estomac, très circonscrits, déterminent de bonne heure des *localisations hépatiques, péritonéales, vertébrales, pleuro-pulmonaires* qui passent aisément pour primitives.

Formes individuelles. — Le cancer des jeunes gens (avant trente ans) présente plusieurs particularités : l'appétit subsiste souvent longtemps; les douleurs sont moins vives, moins fréquentes, les hémorragies rares; le teint n'est souvent que pâle, les forces, l'embonpoint persistent longtemps; l'œdème et l'ascite sont communs et précoces. La marche est très rapide (moyenne trois mois)⁽¹⁾.

Chez les femmes enceintes. — Dans ces conditions, le cancer passe souvent inaperçu. Les vomissements, l'œdème sont attribués à la grossesse (vomissements incoercibles); la teinte jaune paille fait défaut. Les autres signes rappellent ceux du cancer juvénile.

V. — DILATATION DE L'ESTOMAC

On dit que l'estomac est dilaté quand ses dimensions dépassent la moyenne normale, par relâchement, soit passager (atonie), soit permanent (dilatation vraie), de sa tunique musculaire.

I. Atonie gastrique. — *Atonie gastrique* se dit de la diminution simple ou de l'abolition de la tonicité et de l'élasticité gastriques. La surcharge alimentaire, les dyspepsies de diverses sortes, les gastrites chroniques, l'ulcère ou le cancer gastrique, la neurasthénie, la chlorose et la phthisie favorisent l'atonie gastrique. Elle est souvent la première étape de la dilatation.

L'expression clinique peut en rester très vague ou nulle; elle est, dans le cas contraire, très variable. Chez certains sujets, les troubles n'apparaissent qu'à propos d'écarts de régime. Chez les neurasthéniques, les signes de la *dyspepsie asthénique* sont habituels : sensation de poids, ballonnement épigastrique après les repas, éructations, pyrosis, constipation par atonie intestinale concomitante; l'hyperchlorhydrie est plus rare.

Objectivement, l'estomac clapote pendant la digestion qui se prolonge, mais non à jeun (sauf si on fait boire le malade). La sonde ne ramène pas d'aliments, le matin à jeun. Pratiquée à ce moment, la percussion constate des dimensions tantôt acérées, tantôt normales. L'examen du chimisme révèle, soit l'*hypochlorhydrie*, soit l'*hyperchlorhydrie*. On constate communément

(1) DEBOVE, *loc. cit.*, p. 565.

des *troubles névropathiques* : asthénie, apathie, tristesse, maux de tête, vertiges, sensibilité au froid, névralgies, amblyopie, diplopie, héméralopie, etc. Que ces troubles soient d'origine réflexe ou liés à l'auto-intoxication, ils sont souvent, comme l'atonie gastrique, dominés par la neurasthénie qu'entretiennent et aggravent les altérations de la digestion et de la nutrition.

L'atonie gastrique, passagère chez les névropathes et les gros mangeurs, est rebelle quand elle est liée à une affection organique.

II. Dilatation. — Elle reconnaît d'habitude pour cause la *sténose pylorique*, ou quelquefois *duodénale*, dont la véritable nature, *rétrécissement cancéreux, cicatriciel, spasmodique* (par ulcère du pylore), *adhérences péritonéales, coudure, compression* (par un rein mobile, la vésicule biliaire remplie de calculs, le cancer de la tête du pancréas), est souvent difficile à établir. Parmi les causes moins communes, on note : les maladies adyna-

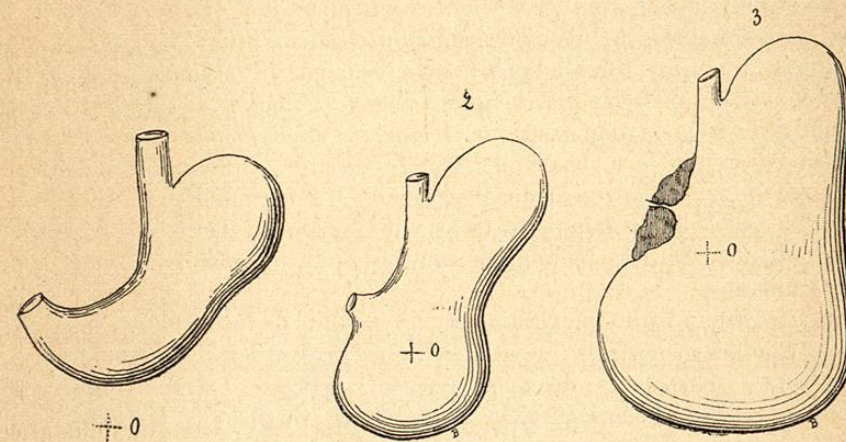


FIG. 170. — Dilatation de l'estomac (1^{er} degré).

FIG. 171. — Dilatation de l'estomac (2^e degré).

FIG. 172. — Dilatation extrême de l'estomac consécutive à une sténose néoplasique du pylore.

miques, la fièvre typhoïde; la déchéance progressive de la tunique musculaire due à une gastrite invétérée (alcoolisme, hypersécrétion permanente). Les adultes gros mangeurs et neurasthéniques, les chlorotiques, les cachectiques (tuberculose, syphilis) sont plus souvent atteints. Un traumatisme, une laparotomie, l'hystérie pourraient occasionner une dilatation aiguë (très rare).

Chez les sujets maigres, la dilatation peut se dénoncer extérieurement, par une *voussure péri et sus-ombilicale* plus ou moins marquée, suivant le contenu de l'organe.

La palpation (toujours faite à jeun) fait naître, sur une étendue variable, le *bruit de clapotage*, souvent entendu à distance. La *succussion* donne un bruit analogue. Le changement de volume de l'estomac, évalué déjà par la constatation du clapotage, plus ou moins bas, l'est encore mieux par la *percussion*. Celle de l'épigastre donne un son tympanique ou hydro-aérique;