

Outre les gastrorrhagies des périodes avancées, il y a parfois des gastrorrhagies *précoces* (hématomèse et méléna) qui surviennent en pleine santé « comme premier symptôme de la maladie qui conduira fatalement les individus au tombeau » (Trousseau). Je pense que ces gastrorrhagies précoces et abondantes sont plutôt le résultat d'un ulcère sur lequel le cancer s'est greffé; j'ai longuement discuté cette interprétation au chapitre précédent.

A une certaine période de son développement (80 fois sur 100, d'après Brinton), le cancer de l'estomac forme une *tumeur*. Suivant le siège du cancer, cette tumeur se perçoit plus ou moins aisément; facile à atteindre, quand elle occupe la face antérieure, la grande courbure de l'estomac et le pylore, elle se dérobe quand elle siège au cardia, à la face postérieure et à la petite courbure. Les tumeurs de la grande courbure siègent à gauche de la ligne médiane; la tumeur du pylore se perçoit à droite de la ligne médiane près de l'ombilic; parfois l'estomac est tellement dilaté et abaissé, que la tumeur siège au niveau ou au-dessous de l'ombilic.

Il est des cas où le cancer est infiltré dans les tuniques de l'estomac sans former tumeur (cancer en nappe); on a alors la sensation d'une induration diffuse; parfois enfin on ne peut constater ni induration ni tumeur. L'exploration de l'abdomen et la recherche de la tumeur sont souvent rendues difficiles par la contraction des muscles grands droits; leur rigidité peut masquer une tumeur sous-jacente, ou faire croire à une tumeur qui n'existe pas; il est donc essentiel de placer ces muscles dans le relâchement; pour cela, le malade doit fléchir les cuisses et respirer la bouche ouverte. La tumeur cancéreuse est peu douloureuse au toucher, elle est néanmoins plus sensible que les parties voisines. Quand elle rétrécit l'orifice pylorique, elle détermine une *dilatation de l'estomac* et consécutivement une sonorité exagérée de la région stomacale.

1. Trousseau. *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 88.

La tumeur cancéreuse peut se déplacer suivant l'état de réplétion ou de vacuité de l'estomac. Par le palper abdominal la tumeur paraît le plus souvent mobile, mais il ne faut pas se méprendre sur cette apparente mobilité des tumeurs cancéreuses stomacales: le cancer de la face postérieure adhère souvent au pancréas, le cancer de la face antérieure adhère parfois à la paroi abdominale, le cancer du pylore adhère au pancréas, à la vésicule biliaire, au duodénum, au petit épiploon, au foie, aux ganglions, si bien que sur 500 laparotomies faites pour cancer de l'estomac, 14 fois seulement le cancer du pylore a été trouvé mobile et libre d'adhérences¹. Donc, quand on explore un cancer de l'estomac, et quand on le croit mobile, ce qu'on mobilise, ce n'est pas seulement le cancer, c'est une masse qui comprend le cancer et ses adhérences. Ces notions sont importantes à connaître au point de vue de l'opération.

Dans le cancer de l'estomac, plus encore que dans les autres carcinomes abdominaux, on constate des adénopathies, non seulement dans le triangle sus-claviculaire, (Troisier en a fait une étude détaillée) mais encore dans l'aîne et dans l'aisselle. Les ganglions sont durs, indolents, mobiles. Nous y reviendrons au sujet du diagnostic.

Les *symptômes généraux*, peu accusés au début de la maladie, deviennent caractéristiques: à la pâleur des téguments succède une *teinte jaune paille*; le malade a le dégoût de la viande; ses forces décroissent progressivement, la diarrhée est fréquente², la fièvre n'est pas rare, l'amaigrissement devient extrême, la voix s'affaiblit, la peau, sèche, se plisse, et la période de *cachexie* apparaît. Pendant cette période de cachexie (*κακός*, mauvais; *ἔξις*, disposition), les facultés intellectuelles restent intactes, ou peu s'en faut, et le malade assiste à sa ruine et à son dépérissement. Alors apparaissent des *œdèmes*, des hydropisies, les pieds et les jambes s'infiltrent, et l'infiltration, sans qu'il y ait habi-

1. Guinard. *Cancer de l'estomac*. Th. de Paris, 1892.

2. Tripiér. *Lyon médical*, p. 145.

tuellement trace d'albumine dans les urines, gagne les cuisses, le scrotum et parfois les mains et la face. Ces œdèmes généralisés, cachectiques, ultimes, ne doivent pas être confondus avec d'autres œdèmes localisés et parfois précoces, dus à une thrombose veineuse (*phlegmatia alba dolens*). C'est Trousseau qui, le premier, a signalé la relation de la phlébite oblitérante et du cancer; nous en reparlerons au sujet du diagnostic.

Complications. — Certaines complications, si fréquentes dans l'ulcère, sont extrêmement rares dans le cancer. On compte les hémorragies cancéreuses mortelles, tant elles sont exceptionnelles, tandis qu'elles sont relativement fréquentes au cas d'ulcère stomacal. La perforation de l'estomac, et la péritonite suraiguë qui en est la conséquence, ne se voient pour ainsi dire pas dans le cancer, tandis qu'elles sont loin d'être rares dans l'ulcère. Le cancer, comme l'ulcère, peut déterminer des clapiers purulents et gangréneux; des adhérences s'établissent au contact d'une ulcération cancéreuse qui aboutit parfois à la perforation et une péritonite localisée en est la conséquence; le clapier péritonéal ainsi formé peut s'ouvrir dans le côlon (fistule gastro-colique), il peut gagner la région ombilicale, ainsi que j'en ai dit plus haut.

Au nombre des complications il faut citer la généralisation du cancer stomacal aux autres organes. Tantôt il s'agit d'une propagation directe; c'est par les adhérences que le cancer atteint le foie, les ganglions, la rate, le pancréas, l'intestin, la paroi abdominale, tantôt il se fait une généralisation cancéreuse, au vrai sens du mot, par voie lymphatique ou par voie sanguine (cancer péritonéal, hépatique, pleuro-pulmonaire, etc.).

Diagnostic. — Je viens de décrire la marche habituelle du cancer de l'estomac, son début insidieux avec ses troubles dyspeptiques, l'amaigrissement graduel et la perte des forces, les vomissements, les hématomésés, l'anorexie, l'apparition de la tumeur et la période cachectique; mais le cancer stomacal ne procède pas toujours avec cette régu-

larité. Dans tel cas, la lésion cancéreuse ne se révèle par aucun des signes habituels¹, elle est latente, il n'y a ni vomissements, ni hématomésé, ni tumeur; le malade a toutes les apparences de la cachexie cancéreuse, mais on reste indécis sur le siège de la lésion; ou bien il y a tumeur sans aucun symptôme de cancer². Dans tel autre cas le cancer de l'estomac n'est encore qu'à une époque peu avancée de son évolution, lorsqu'un *cancer secondaire du foie* se développe, *domine la situation* et enlève le malade, masquant par ses symptômes la lésion de l'estomac qui passe parfois inaperçue. Dans quelques circonstances, le malade présente presque tous les signes du cancer de l'estomac: l'anorexie, les hématomésés, l'état cachectique, une tumeur à la région épigastrique; on diagnostique un cancer stomacal, mais au bout de quelques mois la guérison vient donner un démenti au diagnostic. Dans le précédent chapitre consacré à la transformation de l'ulcère de l'estomac en cancer, je me suis longuement occupé de cette partie du diagnostic.

Je résume, sous forme de quelques propositions concises, les différentes erreurs qui peuvent être commises au sujet du cancer de l'estomac:

Les vomissements, les hématomésés, la tumeur stomacale, la cachexie, ces signes classiques du cancer de l'estomac, peuvent être dus à des *ulcères* de l'estomac, à large surface, à bords épais et indurés, qu'il s'agisse de l'ulcère simple³ (observation de Trousseau, de Romelaere), ou d'ulcères tuberculeux (observation de Bréchemin⁴).

Les vomissements, les hématomésés, la tumeur stomacale, la cachexie, ces signes classiques du cancer, peuvent exister dans certaines *gastrites chroniques* avec épaississe-

1. Chesnel. *Cancer latent de l'estomac*. Th. de Paris, 1877.

2. Siredey. *Soc. méd. des hôp.*, 7 novembre 1890.

3. Trousseau. *Clin. méd.*, t. III, p. 82. — Romelaere. Observations résumées dans la thèse de Deschamps; *Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac*. Paris, 1884, p. 29.

4. Bréchemin. *Bull. Soc. anat.*, 1879, p. 453.

ment des parois (sclérose sous-muqueuse hypertrophique¹) : témoin la remarquable observation rapportée par Trousseau², où la gastrite chronique fut prise pour un cancer.

Les vomissements, les hématomésés, la cachexie peuvent exister dans la *dilatation* de l'estomac, et faire croire à tort à l'existence d'un cancer (observations de Dujardin-Beaumetz).

Les vomissements, les hématomésés, la tumeur à la région épigastrique, la cachexie, peuvent exister alors que l'estomac est absolument sain. En pareil cas, la tumeur est formée par un cancer de l'épiploon, du pancréas, des ganglions mésentériques (observation personnelle³), ou par un épaississement péritonéal (observations de Leube⁴) ; l'état cachectique est dû au cancer d'une des régions susnommées, et les hématomésés proviennent de la stase sanguine stomacale provoquée elle-même par la compression des veines de l'estomac⁵.

Très grande aussi peut être l'hésitation en face de certains *phlegmons péri-ombilicaux*. Je viens de parler de ces phlegmons au sujet de l'anatomie pathologique. Dans le cas dont j'ai rapporté l'observation⁶, le phlegmon s'était dessiné à une époque où les symptômes du cancer stomacal n'étaient pas encore appréciables.

Cette énumération prouve combien il est quelquefois difficile, on pourrait dire impossible, d'établir le diagnostic du cancer de l'estomac. Reprenons un à un les signes et les

1. Hanot et Gombault. Gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse. *Arch. de phys.*, 1882, p. 412.

2. Trousseau. *Clin. méd.*, t. III, p. 67.

3. Pendant que j'étais interne de M. Potain, nous avons eu dans le service un malade qui présentait des hématomésés, une cachexie progressive et une tumeur à la région épigastrique. On porta le diagnostic de cancer de l'estomac. A l'autopsie, on trouva un cancer ganglionnaire ; cet homme avait été opéré deux ans auparavant d'un cancer du testicule gauche.

4. Leube. Observations résumées dans la thèse de Deschamps, p. 49.

5. La pathogénie de ces hématomésés est indiquée dans le travail de Josias et Dérignac. *Bull. Soc. anat.*, 1885, p. 145.

6. Dieulafoy. Diagnostic du cancer de l'estomac. *Sem. méd.*, 4 janv. 1888.

symptômes du cancer stomacal, et voyons quelle est, au point de vue du diagnostic, leur valeur respective.

Les *douleurs* épigastriques, vives et parfois terribles, transperçant le malade de part en part (point xiphoidien et point rachidien), survenant sous forme d'accès, après les repas et pendant la digestion, sont le fait de l'ulcère de l'estomac ; on peut les observer également dans les dyspepsies à hyperchlorhydrie et hypersécrétion ; ces douleurs sont plus rares dans le cancer, où elles sont, du reste, plus sourdes, plus tardives, plus diffuses.

Les *hématomésés* rouges ou noires, liquides ou en caillots, avec ou sans melæna, survenant après une période plus ou moins longue de vives douleurs gastralgiques, sont plutôt le fait de l'ulcère que du cancer. Mais, de tous les symptômes, l'hématomésé est celui sur lequel on peut le moins se fier pour faire un diagnostic. Les hématomésés du cancer sont, il est vrai, plus rares, moins abondantes, plus mélangées aux aliments, plus « marc de café », que celles de l'ulcère, mais ces signes sont inconstants, et qu'il s'agisse de cancer, de gastrite ou de dilatation, les hématomésés peuvent survenir avec des caractères analogues.

Une *tumeur* ou une *induration* siégeant à la région épigastrique, et survenant chez un malade atteint de troubles dyspeptiques, de vomissements, d'hématomésés, d'amaigrissement, de symptômes cachectiques, cette tumeur est généralement considérée comme l'appoint le plus important au diagnostic du cancer de l'estomac. Eh bien, je ne crains pas de le dire, au risque de paraître paradoxal, c'est la tumeur qui cause le plus souvent l'erreur de diagnostic. Tant que le malade atteint des autres symptômes n'avait point de tumeur, on hésitait et on espérait, on croyait à l'ulcère, mais avec la tumeur on n'hésite plus et on diagnostique le cancer. Pour être bien pénétré de la vérité de ce que j'avance, il suffira de lire et de méditer les observations suivantes :

En 1888, Kolatschewsky fit la pylorotomie chez un garçon qui présentait au pylore une tumeur dure, mobile,