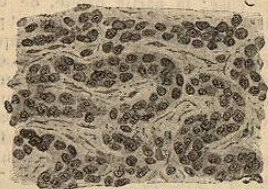


Cette figure représente les disques formés par les boyaux épithéliaux. (Agrandissement, 560; objectif, 7; oculaire, 2. Nacet.) Ces boyaux sont enroulés comme un serpent et séparés les uns des autres par une mince bordure de tissu conjonctif. Les cellules qui forment les boyaux sont irrégulières, à protoplasma granuleux avec un ou plusieurs noyaux généralement volumineux. Aucune de ces cellules n'a l'aspect cylindrique; elles sont tantôt arrondies, ovalaires, tantôt allongées, polygonales, hexagonales, aplaties, et, quelle qu'en soit la variété, leurs contours sont nets. Il s'agit donc, dans ce cas, d'un épithélioma métatypique.



Cette figure représente les boyaux carcinomateux au niveau de la zone de transition Z. Les boyaux sont ici très contournés, mais ils ne sont pas enroulés comme dans la figure précédente. Ils sont séparés par du tissu conjonctif embryonnaire très abondant, à petites cellules rondes et à cellules étoilées. Au centre des boyaux, les cellules métatypiques ont même forme et même dimension que dans la figure précédente, mais elles sont plus arrondies, moins volumineuses et plus espacées. A la périphérie des boyaux, près du tissu conjonctif interposé, quelques cellules sont aplaties, incurvées en croissants ou allongées, fusiformes, sans noyau colorable.

D'une façon générale, l'ulcère et le cancer de l'estomac peuvent coexister suivant des combinaisons multiples. La combinaison la plus fréquente est celle de notre malade, la dégénérescence cancéreuse se fait pendant que l'ulcère est en pleine évolution; dans d'autres cas, c'est la cicatrice d'un ulcère guéri qui devient le point de départ de la transformation cancéreuse; d'autres fois enfin, on trouve nettement séparés dans l'estomac un cancer et un ulcère, ce qui fait supposer que c'est sur un premier ulcère que le cancer a pris naissance. Au point de vue des variétés anatomiques, toutes les modalités du cancer ont été rencontrées, épithélioma cylindrique, épithélioma métatypique, carcinome encéphaloïde, squirrheux et colloïde. De ces différentes variétés, l'épithélioma métatypique paraît être le plus fréquent¹.

La transformation de l'ulcère stomacal en cancer est comparable à la transformation qui se voit ailleurs sur les cicatrices. Chaintre en a réuni une quantité d'observations²: Poncet : épithélioma développé sur la cicatrice d'un moignon après amputation de jambe; — Mollière et Laroynne : épithélioma développé sur la cicatrice d'un ancien cautère de la région deltoïdienne; — Marcin : transformation cancéreuse d'une cicatrice de brûlure siégeant à la partie inférieure de la cuisse; — Poncet : épithélioma développé sur des fistules urinaires; — Jansion : épithélioma greffé sur de vieux ulcères de la jambe, etc.

L'apparition épithéliomateuse peut survenir sur une plaque de leukokératose buccale, labiale, linguale ou sur la cicatrice de plaques de leukokératoses opérées. Si la transformation épithéliomateuse ne doit pas, dans l'état actuel de la science, et malgré son assez grande fréquence, être considérée comme une phase inévitable de la maladie, on peut et on doit penser qu'elle est déterminée par une

1. La phase adénomateuse ne précède pas toujours, il s'en faut, la phase épithéliomateuse. Hayem. *La Presse médicale*, 4 août 1897.

2. Chaintre. De l'épithélioma des cicatrices. *Gazette médicale de Paris*, 1889, p. 195.

prédisposition inhérente à la leukokératose elle-même (Le Dentu¹). Cestan et Petit² admettent la dégénérescence cancéreuse au niveau d'une fissuration, ou la transformation épithéliomateuse *in situ*, des éléments leukokératosiques.

Analyse des symptômes. — Il est un point actuellement élucidé, c'est que l'ulcère de l'estomac, dans des cas relativement nombreux, surtout quand l'hérédité s'en mêle, subit la dégénérescence cancéreuse. Le problème à résoudre est donc le suivant : comment savoir si l'ulcus de l'estomac, maladie souvent curable, est en voie de transformation cancéreuse, complication toujours mortelle.

Plusieurs modalités peuvent se présenter : dans un premier cas, les symptômes de l'ulcus sont si accusés, ils dominent tellement la situation, que le diagnostic est impossible et l'association cancéreuse passe presque forcément inaperçue. Voici, par exemple, un malade atteint des signes classiques de l'ulcus, il est pris un jour de perforation stomacale, de péritonite aiguë, d'hémorragies répétées ou foudroyantes, auxquelles il succombe (cas de Tapret³ et de Hanot⁴) ; à l'autopsie, on constate avec l'ulcère une dégénérescence cancéreuse qui n'avait pas encore eu le temps d'imprimer son cachet à l'affection.

Par contre, un malade présente des signes de cachexie cancéreuse : amaigrissement, dégoût des aliments, teinte jaune paille des téguments, hypochlorhydrie, cachexie progressive, ganglions à l'aîne ou à la région claviculaire, tout indique le cancer de l'estomac. Quels signes permettront de reconnaître que le cancer est greffé sur un ulcère ; ou même, quels signes autoriseront à éliminer l'hypothèse

1. Le Dentu. Des rapports de la leukokératose avec l'épithélioma. *Revue de chirurgie*, décembre 1896.

2. Cestan et Petit. Épithélioma et leukokératose bucco-linguale. *Société anatomique*, août 1897. Leucoplasie vulvo-vaginale. *La Semaine gynécologique*, août et septembre 1897.

3. Tapret. Cancer hémorragique de l'estomac avec ulcère rond. *Union médicale*, 1891, p. 241.

4. Hanot. Cancer de l'estomac et ulcère simple. Mort par hémorragie foudroyante. *Archives générales de médecine*, 1884.

du cancer pour ne conserver que le diagnostic de l'ulcère ? C'est ici qu'il faut procéder avec méthode. Le cancer et l'ulcère de l'estomac ne débutent pas et n'évoluent pas de même manière. Il ne suffit pas de faire un examen approfondi du malade ; il faut remonter dans son passé et étudier avec soin l'entrée en scène et la valeur de chaque symptôme. Règle générale, les violentes douleurs stomacales et les grandes hématomèses ne sont pas l'apanage du cancer, elles appartiennent à l'ulcère. Tout individu qui, avec les apparences de la cachexie cancéreuse, souffre ou a souffert, à diverses périodes de sa maladie, de *très vives* douleurs gastriques et interscapulaires, exaspérées par l'ingestion des aliments et par la digestion, cet individu d'aspect cancéreux a peut-être greffé un cancer sur son ulcère, mais il a certainement un ulcère, il se pourrait même qu'il n'eût que l'ulcère sans cancer du tout.

Une discussion analogue est applicable aux vomissements de sang. Il est des cancers de l'estomac qui saignent et qui provoquent des hématomèses et du melæna. Mais ces gastrorrhagies cancéreuses, seraient-elles abondantes, ne sont pas comparables aux vomissements de sang de l'ulcus. Tout individu qui, avec les apparences de la cachexie cancéreuse, présente, ou a présenté à diverses périodes de sa maladie des *hématomèses très abondantes*, répétées, rouges ou noires, liquides ou en caillots, cet individu d'aspect cancéreux a peut-être greffé un cancer sur son ulcère ; mais il a certainement un ulcère, il se pourrait même qu'il n'eût qu'un ulcère sans cancer du tout. Les malades de Tapret et de Hanot avaient eu les très vives douleurs stomacales et les abondantes hémorragies ; aussi trouva-t-on, à l'autopsie, l'ulcère sur lequel s'était greffé le cancer.

En reliant les observations que Trousseau a relatées dans ses belles leçons, sur le diagnostic du cancer et de l'ulcère de l'estomac, il me semble que deux des malades auxquels il fait allusion, et qui furent considérés par lui comme atteints de cancer de l'estomac, avaient en réalité un ulcère sur lequel s'était greffé un cancer.

Je crois que si Trousseau avait connu, comme nous la connaissons actuellement, la coexistence du cancer et de l'ulcère, il aurait peut-être modifié ses conclusions. Un de ses malades, celui dont les lésions stomacales avaient évolué pendant sept ans, période bien longue pour un cancer, avait eu les grands symptômes de l'ulcus, atroces douleurs de l'estomac et vomissements de sang considérables; puis, cet homme, fils de mère cancéreuse, avait (je le crois du moins) greffé sur son ulcère un cancer qui forma tumeur à la paroi antérieure de l'estomac.

La discussion que je viens d'entreprendre au sujet des grandes douleurs et des grandes hématoméses, tributaires de l'ulcus, avec ou sans dégénérescence cancéreuse, cette même discussion est applicable aux périgastrites suppurées qui ont souvent été mises sur le compte du cancer. Feulard¹ et Brechoteau² ont réuni bon nombre d'observations concernant la périgastrite phlegmoneuse antérieure, le phlegmon péri-ombilical, les fistules ombilicales et gastro-cutanées consécutives au cancer de l'estomac. Fournier³, reprenant la question après Bouveret, émet l'opinion que ces lésions de périgastrite suppurée, si on y regardait de plus près, sont attribuables, non pas au cancer, mais à l'ulcère, ou du moins à un ulcère sur lequel s'est greffé un cancer.

« Dans le cancer de l'estomac, la périgastrite antérieure suppurée, revêtant ordinairement la forme de phlegmon péri-ombilical suivi de fistule gastro-cutanée ou gastro-colique, est une complication qui s'observe presque exclusivement lorsque le cancer s'est développé sur un ulcère. Tout paraît confirmer l'opinion de Bouveret, que les perforations cancéreuses de l'estomac sont plus communes quand le

1. Feulard. Fistule ombilicale et cancer de l'estomac. *Archives générales de médecine*, 1887, p. 458.

2. Brechoteau. *Phlegmon péri-ombilical et fistule gastro-cutanée dans le cancer de l'estomac*. Thèse de Paris, 1896.

3. Fournier. Périgastrite antérieure suppurée dans le cancer de l'estomac. Rôle étiologique de l'ulcère précédant le cancer. *Lyon médical*, 17 janvier 1897.

cancer s'est greffé sur un ulcère. C'est surtout lorsque le cancer s'est développé sur un ulcère, qu'il tend à s'extérioriser et à envahir les organes voisins. » (Fournier.)

Ces assertions me paraissent absolument justifiées; ce qui creuse, ce qui perfore l'estomac, ce n'est pas le cancer, c'est l'ulcère. Un cancer stomacal qui détruit l'organe au point de prendre le foie et le pancréas pour parois, ou qui provoque une périgastrite phlegmoneuse, ce cancer est presque sûrement associé à un ulcère, *l'ulcère perforant!* Donc, tout individu qui, avec des troubles gastriques et des apparences de cachexie cancéreuse, présente des complications de périgastrite suppurée avec ou sans propagation à la paroi abdominale, avec ou sans fistule gastro-cutanée, cet individu d'aspect cancéreux a peut-être greffé un cancer sur son ulcère, mais il a certainement un ulcère; il se pourrait même qu'il n'eût qu'un ulcère sans cancer du tout. J'ai vérifié ce fait chez une malade dont je donne l'observation dans ma leçon clinique.

De la discussion que je viens d'entreprendre, il ressort que s'il est généralement possible de diagnostiquer l'ulcère stomacal, il est parfois difficile de diagnostiquer la transformation de l'ulcère en cancer. Et cependant, ce diagnostic aurait la plus grande importance, car être ou n'être pas cancéreux, c'est la mort ou la guérison en perspective. Mais je ne connais ni signes ni symptômes qui nous permettent, dans les cas difficiles, d'affirmer ou de rejeter d'une façon absolue l'hypothèse du cancer¹. Il y a même bon nombre d'observations où le diagnostic de cancer, qui paraissait évident, fut démontré erroné par la laparotomie. L'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie, signes de quelque valeur au cas de cancer, perdent ici une partie de leur importance, car la présence de l'ulcus paraît suffire pour rehausser le taux de l'acide chlorhydrique. La présence d'une induration à la région épigastrique n'a pas, il s'en faut, toute la valeur qu'on pourrait supposer, car il est des ulcères non

1. Letulle. Diagnostic de cancer de l'estomac. *La Presse médicale*, 15 juillet 1896.

cancéreux dont les tissus indurés donnent la sensation d'une tumeur, et d'autre part, il est des cancers de l'estomac qui échappent au palper ou ne forment pas tumeur. Et ainsi de suite pour tous les autres signes, y compris l'amélioration passagère, que le traitement peut donner au cours de la cachexie cancéreuse. Enfin, ce qui complique encore le diagnostic, c'est qu'il est des malades qui, sous les apparences de la cachexie cancéreuse, n'ont en somme que la cachexie inhérente à l'ulcère.

L'étude que nous venons de faire assombrit encore le pronostic de l'ulcère de l'estomac; l'ulcère est déjà grave par ses symptômes, douleurs et vomissements qui peuvent conduire au dépérissement du malade; il est grave par ses complications, hémorragies foudroyantes et perforation de l'estomac; il est grave par la fréquence de ses récidives et enfin par la possibilité de sa transformation en cancer.

§ 13. POLYADÉNOME GASTRIQUE

Ce qu'on appelait autrefois *polypes gastriques*, *gastrites polypeuses*, a reçu aujourd'hui la dénomination plus rigoureuse d'*adénome*. Et, comme les adénomes gastriques sont toujours multiples (on en trouve de trente à plusieurs centaines), Brissaud les a décrits sous le nom de *polyadénome gastrique*.

L'étude du polyadénome gastrique est tout anatomique, car les conditions étiologiques sont encore inconnues et les symptômes de cette affection sont nuls ou presque nuls.

A l'ouverture de l'estomac, les adénomes apparaissent surtout dans les régions pepsinogènes, dans le grand cul-de-sac, sur le bord inférieur, le long de la grande courbure. Ils ont le volume d'une lentille, d'un pois, d'une cerise. d'une noisette, et ce qui est remarquable, c'est « l'identité du volume de tous les polypes dans chaque cas. Il semble qu'il s'agisse là d'une éruption dont tous les éléments ont

le même âge et subissent en même temps la même évolution¹. » Au début, la végétation est constituée par une simple élévation de la muqueuse; plus tard, elle tend à se pédiculiser. Ces végétations sont mobiles comme la muqueuse elle-même, elles ne dépassent jamais les couches profondes.

Dans d'autres cas, l'adénome revêt la forme de *plaques*, de *mamelons*; ces mamelons linéairement disposés rappellent un peu les circonvolutions du cerveau.

L'adénome est d'origine glandulaire; on le rencontre dans la gastrite chronique, dans l'ulcère de l'estomac, dans le cancer. On peut même se demander si l'adénome et le polyadénome ne sont pas des intermédiaires entre la gastrite chronique et le cancer.

§ 14. CANCER DE L'ESTOMAC

Avis. — Afin d'éviter les répétitions, je prie le lecteur de vouloir bien compléter la lecture de ce chapitre, consacré au cancer de l'estomac, par la lecture des deux chapitres précédents consacrés à l'ulcère simple de l'estomac et à la transformation de l'ulcère en cancer. Ces trois chapitres se complètent mutuellement : l'anatomie pathologique, la séméiologie et le diagnostic y sont traités à des points de vue un peu différents.

Étiologie. — Comme fréquence, le *cancer de l'estomac* occupe le premier rang avec le cancer du sein et de l'utérus. Héritaire dans un sixième des cas, plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il apparaît surtout de cinquante à soixante-cinq ans. Le cancer de l'estomac est généralement primitif, contrairement au cancer du foie, qui est presque toujours secondaire. On a prétendu que les chagrins, l'arthritisme, l'herpétisme ne sont pas sans quel-

1. Brissaud. Étude sur le polyadénome gastrique. *Arch. de méd.*, septembre 1885.

que influence sur son développement; ces hypothèses ne me paraissent pas suffisamment justifiées. La gastrite chronique, l'ulcère de l'estomac et le cancer ont des rapports si étroits que le cancer semble dans certains cas se greffer sur les autres lésions de l'estomac; cette question a été discutée au chapitre précédent au sujet de la transformation de l'ulcère en cancer.

Anatomie pathologique. — Les variétés les plus habituelles sont l'épithéliome à cellules cylindriques, l'encéphaloïde, le squirrhe, le colloïde. Le siège de ces lésions est principalement le pylore et la petite courbure; la paroi postérieure est plus souvent envahie que la paroi antérieure. Quand on ouvre un estomac cancéreux, il ne faut pas s'attendre à trouver toujours la lésion sous forme de tumeur, elle se présente aussi sous forme d'ulcération, de plaque, d'anneau; étudions ces diverses modalités.

Les tumeurs cancéreuses forment à l'intérieur de l'estomac une saillie en dos d'âne qui s'accroît en s'étendant en surface. Ces tumeurs, uniques ou multiples, sont plus volumineuses, plus végétantes, plus molles, plus vasculaires, plus riches en suc laiteux dans l'encéphaloïde que dans le squirrhe. La muqueuse qui les recouvre est épaissie ou ulcérée. Les ulcérations cancéreuses ont des dimensions variables; elles peuvent occuper toute la petite courbure de l'estomac et entourer le pylore sous forme d'anneau. L'ulcération de l'encéphaloïde est bourgeonnante, à bords renversés et formés, ainsi que le fond de l'ulcération, par un tissu rosé, mou, et riche en suc laiteux. Dans certains cas, le fond de l'ulcère est saignant, fongueux, « ou bien, si toute la production cancéreuse est détruite profondément, la tunique musculaire apparaît dénudée, en partie détruite; il peut même y avoir une perforation¹ ». Ce sont ces cas qui ressemblent, au premier abord, à l'ulcère simple de l'estomac et qui prêtent à la confusion avant les travaux de Cruveilhier. Le cancer en plaque ou en nappe est celui

1. Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique.*

qui s'étale dans l'épaisseur des tuniques de l'estomac, sans faire une saillie notable. Le cancer qui forme anneau occupe le pylore ou le cardia; le premier a peu de tendance à se propager à l'intestin, il est souvent accompagné d'une dilatation de l'estomac, l'autre atteint presque toujours l'œsophage et a pour conséquence habituelle le rétrécissement de l'estomac. Le pylore est, de beaucoup, la région préférée du cancer; après le pylore viennent la petite courbure, le cardia, les faces antérieure et postérieure.

La perforation de l'estomac, la péritonite aiguë, les adhérences, la péritonite partielle, les fistules, l'ulcération des vaisseaux, sont des lésions beaucoup plus rares dans le cancer que dans l'ulcère simple. Le cancer se propage facilement de l'estomac aux organes voisins; et la propagation se fait par l'intermédiaire du tissu sous-séreux, par les vaisseaux sanguins ou par les voies lymphatiques. Le péritoine (péritonite cancéreuse), les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique, ceux du grand épiploon et du mésentère (adénopathie cancéreuse), le foie (dans un quart des cas, d'après Brinton), le poumon, les reins, le sternum, les vertèbres, peuvent être, à des degrés divers, envahis secondairement par le cancer.

Dans quelques cas, des adhérences s'établissent entre l'estomac cancéreux et la paroi abdominale, et un phlegmon se forme à la région ombilicale. Habituellement le foyer purulent communique, d'une part, avec la cavité stomacale, et, d'autre part, avec l'extérieur au moyen d'une fistule cutanée ombilicale. Mais, dans quelques observations, on voit que le foyer purulent communique seulement avec l'extérieur (fistule cutanée) ou avec l'estomac (fistule stomacale). C'est là une complication fort rare du cancer de l'estomac. M. Feulard, dans son mémoire¹, n'a pu en réunir que quatorze observations. Je n'insiste pas ici sur cette complication qui a été étudiée au chapitre précédent et qui paraît associée à l'ulcère, plus encore qu'au cancer.

1. Feulard. *Fistule ombilic. et cancer de l'estomac. Arch. de méd.*, août 1887.

Le cancer de l'estomac débute dans le tissu sous-muqueux et dans la couche glandulaire. Sous l'influence du processus morbide, les glandes subissent un allongement qui est dû au bourgeonnement du tissu conjonctif qui les sépare. La tunique musculuse de l'estomac est toujours hypertrophiée au voisinage de la lésion cancéreuse; cette hypertrophie peut même se généraliser; on voit sur une préparation que la tunique musculuse hypertrophiée doit son volume aux lamelles épaisses du tissu conjonctif qui cloisonnent les faisceaux musculaires. Ces altérations des glandes et du tissu musculaire ne sont pas exclusives au cancer, on les rencontre dans les gastrites chroniques.

Symptômes. — Le cancer de l'estomac débute habituellement par de *simples troubles dyspeptiques*, légers et intermittents (inappétence, éructations, flatulence), l'anorexie vraie (à privatif, ὄρεξις, appétit) étant plutôt réservée à une phase avancée. Il débute aussi quelquefois par des douleurs persistantes à la région épigastrique, de sorte que pendant cette première période, qui peut durer plusieurs mois et au delà, il est difficile de dire si l'on a affaire à une dyspepsie douloureuse ou à une affection cancéreuse à son début. Toutefois, si les troubles dyspeptiques sont tenaces et rebelles au traitement, s'ils sont accompagnés d'amaigrissement rapide et de décoloration des téguments, s'ils surviennent chez un sujet âgé, si surtout le sujet est issu de souche cancéreuse, on est autorisé, avant l'apparition de tout autre symptôme, à redouter déjà un pronostic sérieux.

Précoce ou tardive, la douleur fait rarement défaut dans le cancer stomacal, elle est *moins vive* que la douleur de l'ulcère simple; elle n'a pas, comme celle-ci, une prédilection pour les régions xiphoidienne et rachidienne: elle est plus diffuse et tend à s'irradier vers les hypochondres. Les vomissements apparaissent quelquefois dès le début de l'affection, au milieu des autres troubles dyspeptiques; tantôt ils accompagnent le cancer pendant toute son évolution, tantôt ils ne se montrent qu'à sa période ultime,

ou même ils font complètement défaut. Ces vomissements sont de toute nature: les uns sont muqueux, presque aqueux, très rarement bilieux, et surviennent le matin à jeun ou dans la journée; les autres sont alimentaires; ils suivent de près l'ingestion des aliments si le cancer siège au cardia, ils sont tardifs si le cancer siège au pylore. Les vomissements contiennent souvent des fragments d'aliments et de viande non digérés, parce que l'acide chlorhydrique est en défaut comme quantité et comme qualité: peu d'acide chlorhydrique combiné et pas d'acide chlorhydrique libre. La fermentation butyrique donne aux vomissements une odeur de beurre rance; la fermentation putride, due à la digestion insuffisante des substances albuminoïdes, donne une odeur de putréfaction.

Les vomissements de sang (hématémèse) ont une grande importance; ils sont fréquents (42 fois sur 100 d'après Brinton) et se présentent sous divers aspects. Le rejet de sang pur est plus rare ici que dans l'ulcère simple; habituellement les matières vomies sont noirâtres (*vomissement noir*), analogues à du marc de café ou à de la suie délayée dans de l'eau, ce qui tient au contact du sang avec les acides de l'estomac et avec les matières alimentaires. Il y a parfois de *petites hématémèses* qui, sans un examen attentif des matières vomies, pourraient passer inaperçues. Si le sang pénètre dans l'intestin, il est rendu avec les selles, sous forme de *melæna*; il y a même des cas, et ils sont fréquents, où l'hémorragie de l'estomac ne se traduit que par du *melæna sans hématémèse*. La gastrorrhagie est habituellement un symptôme tardif du cancer stomacal; elle est due au travail d'ulcération et de ramollissement qui envahit les vaisseaux de la masse cancéreuse; « la dégénérescence et la destruction qui se produisent se compliquent souvent de la présence d'excroissances et de fongosités qui augmentent encore la quantité de sang fournie¹ ». Plus rarement l'hémorragie a pour cause l'ulcération des gros vaisseaux de la paroi stomacale.

1. Brinton. *Trait. des maladies de l'estomac*, trad. Riant, p. 268.

Outre les gastrorrhagies des périodes avancées, il y a parfois des gastrorrhagies *précoces* (hématémèse et méléna) qui surviennent en pleine santé « comme premier symptôme de la maladie qui conduira fatalement les individus au tombeau¹ » (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 300 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; *ἔξῃς*, 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 hémorrhagies 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 je l'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 hématomésés, 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 épaisse-

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.