

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,

grosse comme une pomme et considérée comme un cancer; l'opération démontra qu'il s'agissait d'un ulcère gastro-duodénal cicatrisé et entouré de ganglions; le malade guérit. Billroth, ayant diagnostiqué un cancer du pylore, fait une pyloréctomie; Salzer, qui a rapporté le fait à la Société de médecine de Vienne en décembre 1887, démontra qu'il s'agissait en réalité d'un ulcère de l'estomac. Ortmann diagnostique chez une femme de 40 ans un cancer du pylore, il fait la pyloréctomie le 17 mai 1889, et l'opération démontre qu'il s'agissait d'un ulcère cicatrisé à bords indurés. En juin 1884, Southam opère pour un cancer un malade qui présentait une tumeur dure et mobile au voisinage de l'ombilic, avec tous les symptômes d'un cancer; le malade succombe, et on constate un rétrécissement fibreux du pylore, mais pas trace de cancer¹.

Dans une observation de Chaput, le malade avait présenté des symptômes pouvant être rapportés à un ulcère ou à un cancer de l'estomac; Brissaud, se fiant à une tumeur à la région épigastrique, pense qu'il s'agit d'un cancer et le malade est opéré; on voit alors qu'il n'y avait point de cancer, la tumeur était due à un abcès du pancréas consécutif à un ulcère stomacal perforé².

Une femme entre dans le service de Terrier pour des désordres gastriques reproduisant tout le tableau d'un cancer de l'estomac avec tumeur épigastrique; Terrier pratique la laparotomie et constate l'existence d'adhérences entre l'estomac, le foie et la paroi antérieure de l'abdomen, mais point de cancer; ces adhérences (reliquat probable d'un ulcère stomacal) furent détruites ou réséquées et la malade guérit³. A ce sujet, Terrier rappelle que Landerer a publié trois cas de laparotomie, motivés par le diagnostic de cancer de l'estomac; or, l'opération démontra que les tumeurs étaient dues, non pas au cancer, mais à des adhérences dont l'excision amena la guérison. Doyen a

1. Ces observations sont consignées dans la thèse de Guinard, p. 86.

2. *Société anatomique*, décembre 1894.

3. Terrier. *Société de chirurgie*, 16 mai 1894.

rapporté plusieurs cas où un ulcère avec ses adhérences avait été pris pour une tumeur cancéreuse. Voilà une série d'observations qui démontrent assez, je pense, que la présence d'une tumeur à l'épigastre est souvent une cause d'erreur de diagnostic.

Un *état cachectique* progressif, avec *anorexie*, amaigrissement graduel et continu, décoloration des tissus, teinte jaune paille du visage, œdème des jambes, est bien le fait du cancer de l'estomac. Mais les mêmes symptômes cachectiques peuvent exister chez des gens atteints d'ulcère, de gastrite, de dilatation de l'estomac avec ou sans contraction spasmodique du pylore, la cachexie étant provoquée chez eux par des hématuries, par les vomissements alimentaires, et par la dénutrition qui en est la conséquence.

Il y a un signe, quand il existe, qui a une valeur considérable, et qui a été indiqué par Trousseau, c'est la phlébite oblitérante. « Lorsque vous êtes indécis sur la nature d'une maladie de l'estomac, que vous hésitez entre une gastrite chronique, un ulcère simple et un carcinome, une *phlegmatia alba dolens*, survenant à la jambe ou au bras, fera cesser votre indécision, et il vous sera permis de vous prononcer définitivement sur l'existence du cancer. » Ce diagnostic, Trousseau devait plus tard en vérifier sur lui-même l'exactitude. En effet, c'est à l'apparition d'une phlegmatia de la jambe que mon vénéré maître affirma l'existence d'un cancer stomacal, auquel il succomba huit mois plus tard. Quoique la *phlegmatia* ait été signalée par Bouchard dans la dilatation stomacale, elle n'en reste pas moins un des signes les plus précieux dans les cas de diagnostic difficile entre l'ulcère et le cancer.

Rommelaere avait cru pouvoir baser le diagnostic du cancer sur la *diminution de l'urée*. Le taux de l'urée est en effet fort abaissé au cas de cancer; mais comme pareil abaissement existe dans une foule de troubles de nutrition, ce signe perd sa valeur.

L'*adénopathie sus-claviculaire* est un signe fréquent de cancer abdominal et notamment de cancer stomacal; elle

siège du côté gauche cinq fois plus souvent que du côté droit¹. Quelle que soit l'interprétation qu'on donne de cette localisation éloignée et isolée de la lésion primitive, il n'en est pas moins vrai que ce signe a une réelle importance. Peut-il du moins, dans un cas de diagnostic douteux, nous permettre d'affirmer l'existence du cancer stomacal? Non, car des observations ont été publiées qui témoignent de l'existence de l'adénopathie sus-claviculaire gauche, au cas d'ulcère stomacal².

En face des difficultés parfois si grandes du diagnostic, on a pensé que l'examen du chyme, retiré de l'estomac à une certaine période de la digestion, pourrait donner quelques renseignements utiles. A l'heure actuelle, l'analyse du chimisme gastrique est entrée dans la pratique courante bien qu'elle ne conduise pas à des conclusions absolument fermes³.

C'est surtout la recherche de l'acide chlorhydrique qui a de la valeur pour le diagnostic. Il existe normalement dans le suc gastrique⁴; on l'y trouve dans la proportion de 1,74 pour 1000; mais il n'existe pas à l'état de repos de l'estomac, il n'est sécrété qu'à un certain moment de la digestion. Les autres acides du suc gastrique, entre autres l'acide lactique, proviennent de l'alimentation. Au point de vue de la formation de ces acides, Edwald divise la digestion en trois phases : dans une première phase qui dure de 10 à 30 minutes, on constate dans l'estomac la présence de l'acide lactique; dans une deuxième phase, l'acide chlorhydrique libre existe à côté de l'acide lactique; dans une troisième phase, qui commence une demi-heure ou trois quarts d'heure après le début de la digestion, l'acide lactique a généralement disparu et l'on ne trouve plus que de l'acide chlorhydrique. C'est à cette phase, par conséquent,

1. Troisier. *Arch. gén. de méd.*, 1889. — Jaccoud. *Cours de clin. méd.*, 1888.

2. Girode. *Soc. méd. des hôp.*, 23 janvier 1895.

3. Voyez à ce sujet les deux revues critiques suivantes : Lannois. *Revue de méd.*, mai 1887. — Catrin. *Arch. de méd.*, avril et mai 1867.

4. Ch. Richet. *Suc gastrique chez l'homme et les animaux*. Th. de doct. ès sciences. Paris, 1878.

qu'il faut rechercher s'il existe ou non de l'acide chlorhydrique dans l'estomac.

L'expérience est assez délicate à faire. Il faut d'abord soumettre le malade à un *repas d'épreuve*, qui consiste à prendre, le matin à jeun, deux petits pains et une tasse de thé sans sucre ni lait. Une heure ou une heure un quart après ce repas, on retire le chyme stomacal au moyen de la poire de Frémont ou du tube de Debove¹; on peut même amorcer le siphon avec un peu d'eau, et dans le chyme retiré et filtré on recherche l'acide chlorhydrique. L'acide chlorhydrique peut être décelé par différents réactifs, par le méthyle violet, par le rouge du Congo qui vire au bleu. Lépine donne la préférence au vert brillant². Très étendu d'eau, le vert brillant perd sa teinte verdâtre pour devenir nettement bleu. Si l'on met deux ou trois gouttes d'une solution concentrée de vert brillant dans quelques centimètres cubes de chyme filtré contenant de l'acide chlorhydrique, le mélange, qui resterait bleu s'il ne contenait pas d'acide chlorhydrique, commence à devenir vert si la proportion d'acide chlorhydrique est de 0,18 à 0,19 pour 1000. Le mélange devient jaunâtre et même très jaune si la proportion d'acide chlorhydrique est de 0,19 pour 1000 à 1 pour 1000. Cette réaction est d'autant plus importante que l'acide lactique est presque sans action sur le vert brillant.

Pour avoir toute sa valeur, le repas d'épreuve doit être suivi du dosage quantitatif de l'acide chlorhydrique libre et autres éléments (acides de fermentation, chlore combiné) et du dosage des ferments : pepsine et ferment lab.

Au point de vue qui nous occupe, l'*hypersécrétion* de l'acide chlorhydrique, qui peut monter jusqu'à 4,5 et 5 pour 1000, au lieu de 1,7, chiffre normal, se rencontre dans l'ulcère simple de l'estomac, dans les crises gastriques des ataxiques, dans certaines dyspepsies dites hyperchlorhydriques; on ne l'observe jamais dans le cancer gastrique, sauf le cas de cancer greffé sur un ulcère. La *diminution* ou la *dispa-*

1. Debove. *Soc. méd. des hôp.*, 28 janvier 1887.

2. Lépine. *Soc. méd. des hôp.*, 28 janvier 1887.

rition de l'acide chlorhydrique a été constatée dans la dégénérescence amyloïde des vaisseaux de la muqueuse stomacale, dans la chlorose, dans presque tous les états cachectiques, dans la gastrite alcoolique, mais c'est surtout dans le cancer de l'estomac que la *disparition* de l'acide chlorhydrique est presque la règle. Cette disparition vient probablement de ce que le suc gastrique est modifié par le suc cancéreux (expériences de Riegel).

De cet exposé il faut conclure que l'absence de l'acide chlorhydrique n'est pas une preuve absolue du carcinome stomacal; il ne faut pas conclure davantage que la présence de l'acide chlorhydrique exclut absolument l'idée de cancer stomacal, car on a constaté l'acide, même au cas de cancer. Toutefois, en relevant les observations nombreuses où l'absence d'acide chlorhydrique a permis de redresser des erreurs et d'affirmer un diagnostic incertain, il faut convenir que la recherche de l'acide chlorhydrique est un moyen précieux dont j'ai plusieurs fois apprécié l'incontestable utilité.

Pour différencier l'anachlorhydrie du cancer de celle de la gastrite chronique, la recherche des ferments est importante. La disparition totale de la pepsine et du ferment lab devrait plutôt faire penser à une gastrite chronique, la disparition de la pepsine avec conservation du ferment lab serait en faveur du cancer¹.

L'examen du sang, la mononucléose et la diminution de la valeur globulaire² chez les cancéreux n'ont encore donné aucun résultat certain.

Par cette longue étude critique, j'ai voulu démontrer l'extrême difficulté qu'on éprouve parfois à formuler le diagnostic du cancer stomacal, et je n'en ai pas encore fini avec cette question, car je dois dire quelques mots des dyspeptiques neurasthéniques. Nous avons tous vu ces neurasthéniques à troubles dyspeptiques, à troubles gastralgiques, avec ou sans hyperchlorhydrie, avec ou sans hypochlor-

1. A. Robin et Gouraud. Le ferment lab. *Bull. de therap.*, 15 fév. 1902
2. Silhol. Thèse de Paris, 1903.

hydrie, perdant leur appétit, vomissant, maigrissant, s'affaiblissant, et finissant par être convaincus qu'ils ont un cancer de l'estomac. C'est par l'étude attentive des troubles neurasthéniques qu'on arrive à éloigner chez eux l'hypothèse du cancer.

Après avoir analysé les signes qui permettent le plus souvent de formuler ou de rejeter le diagnostic du cancer stomacal, le *diagnostic* du *siège* du cancer doit actuellement nous occuper. Le cancer du *cardia* se confond généralement avec le cancer de l'*œsophage*, car le cancer limité au cardia est exceptionnel; les aliments, arrêtés au niveau du point rétréci, sont rejetés bientôt après leur ingestion, et l'exploration faite avec la sonde œsophagienne permet de constater le siège et le degré du rétrécissement cancéreux. Le cancer du cardia et la petite courbure sont très difficilement accessibles au toucher. Le cancer du *pylore* détermine souvent un *rétrécissement* de l'orifice pylorique, et une *dilatation* consécutive de l'estomac; les vomissements alimentaires ne surviennent que longtemps après le repas; l'amaigrissement est rapide et la *cachexie précoce*; la tumeur pylorique est accessible au toucher et reste fixe dans la même région. Le cancer des *courbures* et des *faces* de l'estomac a une marche moins rapide que le cancer des *orifices*, parce qu'il *laisse libre* le passage des aliments; les vomissements sont plus rares, l'amaigrissement est tardif, et la cachexie est *lente* à apparaître. Le cancer de la *grande courbure* est remarquable par sa *mobilité*, il se déplace suivant l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac. Dans le cas de grande distension de l'estomac, la tumeur cancéreuse peut prendre dans l'abdomen les positions les plus variées.

Durée. — Traitement. — Le cancer de l'estomac a une *durée* moyenne de un an à dix-huit mois; il peut même durer plus longtemps, *s'il respecte les orifices* et s'il permet le passage des aliments. Chez les jeunes sujets, au-dessous de trente ans, la marche est habituellement rapide¹. La mort est la terminaison fatale du cancer; elle est due aux progrès

1. Mathieu. *Du cancer précoce de l'estomac*. Thèse de Paris, 1884.

de la cachexie, aux hématomésés répétées, à la généralisation du cancer (foie, péritoine, pancréas)¹. La perforation de l'estomac et la péritonite, relativement fréquente dans l'ulcère, sont des accidents exceptionnels dans le cancer.

Arrivons au *traitement*. Les troubles dyspeptiques du début doivent être combattus par les alcalins, eau de chaux, eau de Vichy, craie préparée. Le régime lacté, associé à des aliments de digestion facile, est indiqué dès cette première période. Les glaces à la vanille et au café, les glaces alimentaires contenant 60 grammes de jus de viande, sont bien tolérées. Les vomissements et les douleurs d'estomac sont calmés par de faibles doses de *morphine* et de *cocaïne associées*. On donne avant et après les aliments *une cuillerée de café* de la solution suivante :

Eau de chaux.	100 grammes.
Chlorhydrate de morphine.	2 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne.	3 —

J'ai souvent constaté les bons effets de cette médication, qui peut être renouvelée plusieurs fois dans la même journée. Si les douleurs résistent à ce moyen, on les calme avec des injections de morphine. Aux hémorragies on oppose les astringents, le perchlorure de fer, l'eau de Rabel, les boissons glacées.

Les *lavages de l'estomac*, faits avec soin et avec précaution, rendent de réels services : ils combattent la putridité et favorisent la tolérance de l'organe pour les aliments². On fait le lavage tous les matins, à jeun, au moyen d'eau tiède, additionnée, par litre, de 2 grammes de bicarbonate de soude. Quand les liquides de l'estomac subissent la fermentation putride, on fait les lavages avec une solution de chloral (5 à 10 pour 100). Si les fonctions de l'estomac se font mal, s'il y a anorexie, tendances aux vomissements, on introduit dans l'estomac des poudres de viandes délayées dans du lait ou dans du chocolat. Cette dernière opération peut se faire au moyen d'un tube plus court que celui qui

1. Jaccoud. *Leçons de clinique*, 1886.

2. Dujardin-Beaumetz. *Leçons de clinique thérapeutique*.

sert à faire le lavage¹, parce qu'il n'a pas besoin de pénétrer jusque dans l'estomac. Quand l'alimentation par l'estomac devient impossible, soit par intolérance stomacale, soit par rétrécissement de l'orifice cardiaque ou pylorique, on a recours aux lavements alimentaires; on donne tous les jours deux ou trois lavements peptonisés composés comme suit : un verre de lait, un jaune d'œuf, deux cuillerées de peptone liquide, cinq gouttes de laudanum, un gramme de bicarbonate de soude (Dujardin-Beaumetz).

Le traitement *chirurgical* du cancer de l'estomac donne des résultats assez satisfaisants. Ce traitement consiste, suivant le cas, à pratiquer la résection partielle ou totale de l'organe. La gastro-entérostomie a pour but d'aboucher une partie de la face postérieure de l'estomac, voisine du pylore, avec la première partie du jéjunum². Pour être efficace, l'intervention chirurgicale doit être hâtive³.

§ 15. SYPHILIS DE L'ESTOMAC

L'observation suivante tirée de mes leçons cliniques⁴, reproduit fidèlement la syphilis de l'estomac. Voici le cas :

En 1898 entraît dans mon service un homme atteint depuis un an et demi des symptômes classiques de l'ulcère simple de l'estomac. Il fut soigné, au début, à l'Hôtel-Dieu-Annexe. Il se plaignait alors de douleurs stomacales et rachidiennes dont l'intensité augmentait après les repas, et qui étaient fréquemment suivies de vomissements alimentaires. Le malade fut considéré comme atteint d'ulcus simple; on prescrivit le régime lacté absolu : lait, képhir, glace, potions morphinées, ventouses et pointes de feu à la région stomacale.

1. Appareil à gavage de M. Dujardin-Beaumetz.

2. Debove et Terrier. *Acad. de méd.*, 6 août 1895. — Doyen, *loco cit.*

3. Landouzy. L'intervention chirurgicale hâtive comme traitement du cancer de l'estomac. *La Presse médicale*, 15 mars 1899.

4. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898. Syphilis de l'estomac. Quatrième leçon.

Quelques semaines plus tard, le malade, ne se trouvant pas suffisamment amélioré, quittait l'hôpital. Mais toujours en proie aux mêmes souffrances, il ne tarda pas à rentrer dans un autre service. Les symptômes n'avaient pas varié; mêmes douleurs épigastriques et rachidiennes, intolérance stomacale, vomissements alimentaires. Il est de nouveau soumis au traitement de l'ulcus simplex: régime lacté, forte médication alcaline, bicarbonate de soude, révulsifs, applications fréquentes de ventouses à la région stomacale et au rachis.

Après trois mois de traitement, interrompu par un court séjour à Vincennes, le malade quitte l'hôpital sans amélioration notable. Il ne tarde pas à y rentrer car les douleurs gastriques ont encore augmenté d'intensité et les vomissements alimentaires sont très fréquents. Un soir, à onze heures, survient une *hématémèse* très abondante, les caillots sont si volumineux que le malade doit les extraire de sa bouche avec les doigts. Pendant les huit mois que cet homme est resté à l'hôpital, le traitement a été des plus variés et des mieux conduits. On a repris le régime lacté, et la médication alcaline. Ce régime ne donnant pas le résultat attendu, on a prescrit une alimentation en partie composée d'œufs et de poudres de viande. Des lavages de l'estomac ont été faits tous les jours pendant trois mois; une révulsion intense a été appliquée sous différentes formes: ventouses sèches, ventouses scarifiées, teinture d'iode, cinq vésicatoires et pointes de feu par centaines. Devant la ténacité du mal, et bien que cet homme ne présentât aucun stigmate d'hystérie, on s'est demandé s'il n'y avait pas là un élément nerveux; on a fait administrer des douches pendant plusieurs semaines, on a eu recours aux bains de tilleul prolongés, on a pratiqué des séances d'aimantation. Mais toutes ces médications sont restées sans résultat ou peu s'en faut.

Le malade quitte encore une fois l'hôpital et il rentre bientôt dans un autre service de l'Hôtel-Dieu-Annexe. Il continuait à présenter tous les symptômes de l'ulcus sim-

plex, il eut même une nouvelle *hématémèse* plus abondante que la première. Il maigrissait, dépérissait, souffrait continuellement, et n'avait plus de sommeil. Devant l'inefficacité des moyens employés jusque-là, et devant la persistance et la longue durée de l'ulcus stomacal qu'aucun traitement ne semblait pouvoir amender, l'idée de l'intervention chirurgicale gagnait du terrain et on conseilla à cet homme d'aller en chirurgie.

C'est sur ces entrefaites que le malade entre dans mon service. Je le trouve blotti dans son lit, abruti par la souffrance, l'œil terne et l'air hébété. Les symptômes ne laissent aucun doute sur le diagnostic d'ulcus simplex qui a été porté depuis un an et demi dans les différents services où cet homme a séjourné. La douleur est nettement accusée aux points xiphoidien et rachidien. Cette douleur, nous dit le malade, le traverse de part en part; elle le prive de tout repos; elle n'est jamais plus vive qu'après les repas, elle apparaît même après l'ingestion du lait, et l'estomac est tellement intolérant, que lait et aliments sont rendus une demi-heure plus tard. Je ne constate aucune dilatation de l'estomac, le creux épigastrique est très sensible à la pression, et cet homme n'éprouve quelque soulagement qu'en se couchant sur le côté droit. Au cours de l'examen, on aperçoit aux jambes quelques cicatrices donnant l'impression d'anciennes *syphilides ulcéreuses*. Le malade est interrogé dans ce sens. Il raconte, en effet, avoir eu la syphilis en juillet 1895; il fut soigné, à cette époque, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Fournier, pour des accidents syphilitiques, syphilides de la peau et des muqueuses, du scrotum et de la bouche, syphilides ulcéreuses des jambes. Il ne resta que quinze jours dans le service de Fournier et c'est dix mois après ces manifestations syphilitiques qu'apparurent les premiers symptômes de l'ulcère gastrique. Il était donc permis de supposer que les accidents gastriques, qui depuis dix-huit mois tourmentaient cet homme, étaient de nature syphilitique. Cette hypothèse, déjà émise par mon chef de clinique, M. Kahn, était d'au-

tant plus admissible que le régime lacté et autres traitements, qui d'habitude améliorent ou guérissent l'ulcus simple, étaient restés ici pendant un an et demi sans résultat. Aussi avait-on songé, en dernier lieu, à une intervention chirurgicale.

Avant de prescrire le traitement spécifique, je voulus me rendre compte de l'état du malade. Je ne lui prescrivis aucune médication, et je le soumis uniquement au régime lacté. Mais douleurs stomacales et vomissements continuaient comme par le passé, le lait était vomi liquide ou en caillots. C'est alors que je prescrivis le traitement mercuriel. On pratiqua tous les jours une injection représentant 4 milligrammes de biiodure d'hydrargyre. Pendant cinq jours, les symptômes persistèrent. Mais, dès la sixième injection, les douleurs diminuèrent, et, après une douzaine d'injections, elles disparurent ainsi que les vomissements. Le malade dormait, lui qui depuis si longtemps était privé de sommeil; sa physionomie se modifiait d'un jour à l'autre, il ne savait comment nous témoigner sa surprise, et pour nous montrer à quel point il était amélioré, il frappait sur son estomac, il se retournait dans son lit sans éveiller aucune douleur. Dès ce moment, il put absorber deux ou trois litres de lait sans le moindre vomissement, et il éprouva un bien-être qu'il n'avait pas senti depuis un an et demi.

Quelques jours plus tard, j'associé l'iodure de potassium aux injections mercurielles. Douleurs stomacales et vomissements ne reparurent plus; le malade ne pouvait se rassasier; outre ses quatre portions d'aliments, il demandait des rations supplémentaires, il engraisait au point de reprendre 4 kilos en cinq semaines. En un mot, il était guéri. Je l'ai revu depuis, il était en parfait état.

Je ne crois pas trop m'avancer en mettant ce succès thérapeutique sur le compte du traitement spécifique. Pendant un an et demi le régime lacté, lait et képhir avaient été administrés sans résultat; c'est vainement qu'on avait donné les alcalins à haute dose, pratiqué tous les jours des lavages

de l'estomac pendant trois mois, appliqué des révulsifs à profusion, administré la douche, le bain prolongé, l'aimantation; rien n'avait pu modifier l'état du malade; les douleurs violentes, l'insomnie, les vomissements, les hématomésés, l'amaigrissement, résistaient à tous les moyens employés; l'intervention chirurgicale semblait devoir être la ressource suprême, et l'on était sur le point d'y avoir recours. Eh bien, il a suffi des injections mercurielles pour changer complètement la situation; ce qu'un an et demi de traitements multiples dirigés contre le soi-disant ulcus simple n'avait pu faire, le traitement mercuriel l'a réalisé. Sous l'influence du traitement spécifique, l'amélioration a été rapide, et c'est le malade qui en était le plus étonné. En pareil cas il est probable que le processus de réparation de la lésion stomacale est comparable au processus de réparation que nous pouvons suivre de près quand il s'agit de gommées ulcérées siégeant sur une partie du corps accessible à la vue.

J'ai eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu un autre cas semblable¹. Il s'agit d'un homme qui fut pris un jour, sans raison apparente d'hématémèses abondantes. Il se coucha, il prit de l'ergotine, mais le lendemain il eut coup sur coup plusieurs autres hématomésés, qui à son estimation, réunies à celles de la veille, pouvaient être évaluées à un litre et demi de sang. Sur ces entrefaites, il entra à l'Hôtel-Dieu. Cet homme avait eu la syphilis, il avait eu un testicule syphilitique et il présentait actuellement des gommées suppurées du cou. Tous ces accidents cédèrent au traitement mercuriel, ils récidivèrent et cessèrent de nouveau, avec une concordance qui permet de leur donner à tous une même origine.

Du reste, la syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on le supposait autrefois. En voici la preuve:

Faits anatomiques. — M. Gailliard² emprunte à Murchison

1. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 décembre 1902.
2. Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac. *Archives générales de médecine*, janvier 1886.

le fait suivant : un homme ayant contracté la syphilis fut pris cinq ans plus tard de nausées, d'hématémèses abondantes et de melaena. Il succomba. A l'autopsie, on trouve un foie syphilitique, cirrhosé, ficelé. A l'estomac, on découvre un ulcère et au centre de l'ulcération est un vaisseau artériel ouvert, source des hémorrhagies.

M. Cornil a rapporté l'observation suivante¹ : une femme ayant éprouvé des douleurs stomacales avec impossibilité de digérer, succomba à des complications pulmonaires. A l'autopsie, on trouva des gommages syphilitiques de l'estomac et du foie. Le long de la petite courbure et au voisinage du pylore on apercevait, faisant relief sous la muqueuse, plusieurs tumeurs marronnées; la muqueuse était très amincie et adhérente. Les gommages étaient situées dans la couche glandulaire de la muqueuse.

Dans un travail publié en 1891, Chiari² a fait connaître un certain nombre de faits anatomo-pathologiques de syphilis stomacale. Les cas de Cruveilhier (1858) et de Lancereux (1874) ne lui paraissent pas indiscutables; par contre, il rappelle les cas de Klebs, de Weichselbaum, de Birch-Hirschfeld, de Wagner, etc.

Dans le cas de Klebs, il s'agit d'une ulcération syphilitique de l'estomac trouvée chez un homme atteint d'ulcérations syphilitiques de la peau, de la gorge et de syphilomes de la langue, du foie et de l'intestin. On voyait sur la muqueuse une perte de substance arrondie, de la dimension d'une pièce de 1 franc. Les autres couches de la paroi stomacale étaient épaissies; le fond et les bords de l'ulcère représentaient une néoplasie gommeuse.

Le cas de Weichselbaum concerne un homme de vingt-cinq ans, mort d'érysipèle de la face. Cet homme avait des lésions syphilitiques du crâne, du pharynx, du nez, du larynx et du foie. A l'estomac était une cicatrice blanche, radiée, et deux ulcères dont la base était formée par un tissu cicatriciel, évidemment d'origine gommeuse.

1. Cornil. *Leçons sur la syphilis*, Paris, 1879, p. 406

Birch-Hirschfeld a rapporté quatre cas de syphilis de l'estomac : 1° le cas d'un nouveau-né qui, avec des syphilides cutanées et des nodules gommeux dans le foie et dans les poumons, avait également une plaque gommeuse au niveau du pylore; 2° le cas d'une femme de quarante-cinq ans, souffrant de l'estomac depuis quatre ans et à l'autopsie de laquelle on trouva, dans le lobe gauche du foie, une gomme de la dimension d'une pomme, et dans la paroi antérieure de l'estomac, région pylorique, une plaque gommeuse légèrement ulcérée; 3° le cas d'un homme à l'autopsie duquel on trouva des plaques gommeuses dans le duodénum et dans l'estomac, vers le cardia; 4° le cas d'un homme à l'autopsie duquel on trouva des plaques gommeuses de l'intestin, de l'œsophage et de l'estomac.

Wagner a rapporté l'observation d'un homme de cinquante-huit ans à l'autopsie duquel on trouva des lésions syphilitiques du larynx et de l'estomac.

Chiari a examiné systématiquement l'estomac de 243 sujets syphilitiques, il s'agissait 145 fois de syphilis héréditaire et 98 fois de syphilis acquise. Il a constaté fort souvent des lésions stomacales d'aspects différents : ecchymoses, érosions hémorrhagiques, cicatrices d'ulcus, ulcus en évolution; l'ulcus a été constaté chez un homme de quarante-six ans, ancien syphilitique ayant succombé à des hématémèses; au niveau de l'ulcus existait une érosion de l'artère coronaire.

Frankel a rapporté l'observation fort intéressante d'un homme, ancien syphilitique, atteint d'ulcération gommeuse perforante de l'estomac, qui fut enlevé par péritonite aiguë, preuve que l'ulcération syphilitique peut, elle aussi, aboutir à la péritonite. A l'autopsie, on trouva des gommages stomacales et intestinales¹.

Faits cliniques. — On trouve deux belles observations de syphilis de l'estomac dans la Clinique d'Andral². Voici ces ob-

1. *Médecine moderne*, 7 janvier 1899.

2. Andral. *Clinique médicale*, Paris, 1854, t. II, p. 201.