

Qu'est-ce qui donne à la vitalité des cellules glandulaires de l'estomac cette excitation particulière? Qu'est-ce qui les amène à bourgeonner, à envahir les tissus voisins, et à se comporter à leur égard comme de véritables parasites? On l'ignore. De même qu'on voit souvent l'épithélioma pavimenteux prendre naissance au pourtour des points de la peau atteints d'une lésion irritante chronique, telle que l'eczéma ou le psoriasis, ou sur des points soumis à des irritations répétées, de même on voit l'épithélioma gastrique se produire sur le bord des ulcères chroniques, et ses rapports avec la gastrite chronique seraient certains. Pour Ménétrier, qui a bien étudié les polyadénomes gastriques, ils sont la conséquence de la gastrite chronique, et ils ont une grande tendance à se transformer en cancer; souvent ils ne seraient que la première phase, la phase bénigne d'une néoplasie destinée à se comporter plus tard tout à fait à la façon d'un cancer.

## SYMPTÔMES

Rien de variable comme la séméiologie du cancer de l'estomac; selon les circonstances, le diagnostic de cette maladie est ou très facile ou très difficile. Il est très facile lorsque se trouvent réunis dans un ensemble significatif les symptômes cardinaux; très difficile lorsqu'on se trouve en présence des formes frustes. Le cancer existe, mais on le méconnaît. D'autre part, on peut y croire alors qu'il n'existe pas; on est amené à considérer comme cancéreuses des affections de l'estomac qui ne le sont pas. Aussi, dans ces dernières années, s'est-on efforcé de trouver des points de repère, des signes pathognomoniques. Ces recherches, que nous exposerons, ont amené à mieux connaître le processus morbide; mais tous les points obscurs n'ont pas été élucidés, et, aujourd'hui encore, on peut se trouver fort embarrassé pour reconnaître le cancer de l'estomac, et en distinguer ce que l'on a appelé justement le faux cancer.

Dans les formes habituelles, moyennes en quelque sorte, voici ce qu'on observe. Une personne, homme ou femme, âgée de quarante à soixante ans, accuse une dyspepsie progressive. Le plus souvent, il y a du dégoût pour les aliments, mais cette anorexie est élective. Le dégoût est beaucoup plus marqué pour certaines substances; il est habituellement au maximum pour la viande. Il y a ou il survient des douleurs dans la région épigastrique; plus ou moins intenses, sourdes, ou lancinantes, ces douleurs présentent souvent des irradiations vers les parties voisines.

Le malade vomit d'une façon très variable, fréquemment ou rarement, en petite quantité ou abondamment. Au début, assez souvent, des vomissements pituiteux; mais, ce qui est plus caractéristique, ce sont les vomissements noirs que l'on a comparés à la suie délayée, au marc de café, etc. Il s'agit d'une hématomérose. Le sang a subi un degré plus ou moins avancé de digestion gastrique. Beaucoup plus rarement, exceptionnellement, le sang est rutilant, comme dans l'ulcère rond.

L'état général tend à devenir mauvais; l'amaigrissement et l'anémie font des progrès que rien n'arrête sérieusement. Le malade perd beaucoup de son poids et de ses forces; il se décourage. Son teint devient d'un jaune paille, assez caractéristique. Les traits sont amaigris ou bouffis. Il n'est pas rare que survienne de l'œdème des membres inférieurs, et même l'œdème douloureux de la phlegmasia alba dolens.

Que l'on passe à l'examen direct du malade et l'on constatera, le plus souvent, que le ventre est rétracté. Cependant il peut être augmenté de volume, par tympanisme, par généralisation péritonéale, ou par ascite. Au creux de l'estomac, dans le plus grand nombre des cas, on peut percevoir une tumeur plus ou moins superficielle, plus ou moins volumineuse, lobulée ou non, aplatie ou arrondie, plus ou moins facile à découvrir et à délimiter. Parfois, dans le creux sus-claviculaire, surtout du côté gauche, on trouvera un ou plusieurs ganglions indurés: c'est de l'adénopathie similaire à distance.

Assez fréquemment, il y a cancer secondaire du foie. Il peut y avoir de l'ictère, si les voies biliaires sont englobées dans une propagation néoplasique, et oblitérées. Il peut y avoir simplement une augmentation considérable du volume du foie sans trace d'ictère.

L'examen du contenu de l'estomac, la recherche des acides et du mode de la digestion présentent un grand intérêt. Le contenu de l'estomac, quand il y a dilatation, est constitué par un liquide souvent brunâtre dans lequel on rencontre des débris alimentaires accumulés quelquefois depuis plusieurs jours, et du mucus.

Si l'on recherche méthodiquement quelles sont la nature et les qualités du suc gastrique à la période de digestion, après un repas d'épreuve, on constate dans la majorité des cas l'absence d'HCl libre. Il y a peu ou pas de peptone.

Si l'on examine les urines et que l'on dose l'urée, on la trouve habituellement très diminuée; elle est très diminuée toujours dans les phases avancées du carcinome stomacal.

La cachexie continue sa marche sans arrêt durable; elle est quelquefois le seul phénomène, tout le restant fait défaut. C'est au diagnostic qu'il conviendra d'insister en détail sur ces particularités et ces difficultés cliniques. Il est bon toutefois d'être prévenu dès maintenant qu'il ne faut guère compter trouver toujours réunis et coordonnés ces éléments symptomatiques que nous allons maintenant passer en revue et analyser avec quelque détail.

**Signes fonctionnels.** — *Anorexie. Phénomènes subjectifs de dyspepsie.* — Les cancéreux de l'estomac ont eu quelquefois une digestion parfaite jusqu'au moment où chez eux ont apparu les phénomènes du cancer. La chose n'est pas très rare: c'est un point sur lequel insistait Lasègue. Il n'en est pas toujours ainsi. Parfois depuis longtemps, depuis de nombreuses années, il y avait de la pesanteur après les repas, du gonflement de l'abdomen, des renvois gazeux ou acides. L'estomac était délicat, susceptible, capricieux. Il est très difficile dans ces conditions de déterminer le moment où a débuté la néoplasie.

D'autres fois encore, il ne s'agissait plus de dyspepsie à déterminations sensitivomotrices prédominantes, comme dans les cas précédents; il y avait eu de la douleur diffuse, des pituites, des vomissements glaireux, en un mot des phénomènes de gastrite. Parfois encore c'est à l'ulcère rond que succède le carcinome.

L'anorexie est un des éléments les plus importants de la dyspepsie des cancéreux. Parfois il y a du dégoût pour toute espèce d'alimentation, une répugnance qui porte indistinctement sur tous les aliments. L'idée seule de manger est intolérable au malade. Assez souvent l'anorexie est élective; elle porte sur telle ou telle substance, le vin par exemple. On a conté l'histoire d'un malade qui avait pris le tabac en horreur. Le plus souvent, ce qu'il y a de plus marqué,

c'est le dégoût pour la viande. C'est un signe auquel on a avec raison attribué une réelle signification. Il n'est point cependant pathognomonique, puisqu'on peut le rencontrer dans bien d'autres états morbides : la tuberculose, le saturnisme, l'alcoolisme, le brightisme. Peut-être est-il dans une certaine mesure en rapport avec la suppression de l'HCl dans le suc gastrique. On sait que, par contre, les hyperchlorhydriques ont assez souvent une préférence marquée pour les aliments azotés.

Il est possible que ceux des carcinomateux de l'estomac qui conservent un suc gastrique actif, et même riche en HCl, n'aient précisément aucun dégoût pour une substance qu'ils peuvent parfaitement digérer. L'attention doit être appelée sur cette coïncidence possible. Nous avons vu dans un cas l'appétit conservé chez un malade qui avait une digestion gastrique très diminuée, presque nulle.

Quoi qu'il en soit, on peut citer un certain nombre d'observations dans lesquelles il n'y avait pas d'anorexie. Ces faits, pour être exceptionnels, n'en sont pas moins intéressants. Ils seraient plus fréquents chez les jeunes gens. En effet, Marc Mathieu, dans son étude sur le cancer précoce, a rencontré 4 cas semblables<sup>(1)</sup>. Dans l'un d'eux, le malade, un soldat, était tourmenté par une faim insatiable qui avait fait penser au ver solitaire.

*Douleur*<sup>(2)</sup>. — Elle existe 92 fois sur 100 (Brinton). Sur 42 cas analysés par Lebert, la douleur a été notable 37 fois. Le plus souvent cette douleur serait lancinante, dit Brinton. C'est un caractère beaucoup moins constant qu'on ne l'a prétendu pour Grisolle et Guéneau de Mussy.

Du reste, les caractères de la souffrance sont très variables; parfois c'est une sensation de pesanteur, d'oppression, de constriction ou de gonflement; en rapport beaucoup plus avec la dyspepsie qu'avec l'existence du néoplasme. Parfois c'est une douleur sourde ou rongeante; parfois encore lancinante. Il y a des exacerbations et des rémissions; mais ces rémissions ne sont presque jamais complètes : il persiste une sensation pénible au creux épigastrique.

L'exagération de la douleur par l'ingestion des aliments, par la pression, le retentissement dorsal se verraient lorsqu'il existe une ulcération de la muqueuse. On a vu plusieurs fois la douleur disparaître complètement à la suite d'une simple laparotomie exploratrice; il faut donc admettre que le nervosisme, l'auto-suggestion jouent parfois un certain rôle dans sa genèse.

La suppression des phénomènes douloureux après qu'on a pratiqué l'abouchement de l'estomac avec le duodénum, en tournant l'obstacle pylorique, montre bien le rôle du contact du suc gastrique dans sa production<sup>(3)</sup>.

Souvent la douleur irradie plus ou moins loin, vers l'hypochondre, le sternum, l'épaule, le thorax. On a voulu établir une relation entre le siège de la tumeur et le retentissement de la douleur à distance. Ainsi, avec un cancer de la petite courbure, on observerait une douleur dans la région interscapulaire, dans l'hypochondre droit avec le cancer du pylore, dans l'hypochondre gauche avec le cancer du grand cul-de-sac. Les altérations de la face postérieure se traduiraient par une douleur siégeant entre la région dorsale moyenne et la partie inférieure de la région lombaire.

<sup>(1)</sup> M. MATHIEU, Le cancer précoce de l'estomac; *Thèse de Lyon*, 1884.

<sup>(2)</sup> GAILLARDON, De la douleur dans le cancer de l'estomac; *Thèse de Paris*, 1879.

<sup>(3)</sup> A. GUINARD, *loc. cit.*

Parfois, quand les orifices sont pris, le malade éprouve une sensation assez bien localisée d'arrêt des matières à leur niveau; et l'on peut dire du reste que le cancer des orifices suscite la douleur beaucoup plus que le cancer des parois mêmes de l'estomac. Aussi les cas de cancer latents sont-ils plus souvent des cas de cancer de la grande circonférence, des faces, du grand cul-de-sac, que des orifices, et, en particulier, du pylore.

En somme, la douleur, phénomène fréquent, est en même temps un phénomène très variable, et infidèle : on ne peut guère avoir par lui que des présomptions diagnostiques bien fragiles.

**Vomissements, hématomèse.** — Les vomissements manquent bien rarement dans le cancer de l'estomac. Ils peuvent être alimentaires ou non, rapides ou tardifs.

En dehors des vomissements alimentaires, on constate des sortes de pituites qui surviennent le matin ou dans le courant de la journée. Contrairement à ce qu'on observe avec la pituite des alcooliques, les « eaux du cancer » sont rejetées facilement, sans efforts pénibles. Ces pituites ne sont du reste que des vomissements de salive retenue dans l'œsophage; ce phénomène se rencontre dans des états dyspeptiques très variés, en dehors du cancer<sup>(1)</sup>.

Les vomissements alimentaires surviennent rapidement ou longtemps après l'ingestion des aliments. Cela dépend surtout de la localisation du néoplasme. Avec un cancer du cardia, le rejet des aliments est presque immédiat. Ils ne sont pas modifiés par la digestion; quelquefois les matières alimentaires ont subi un certain degré de ramollissement, de macération, de fausse digestion, quand il existe simplement une poche, une dilatation œsophagienne sus-jacente au point rétréci.

Les vomissements sont tardifs et abondants lorsqu'il y a cancer et rétrécissement du pylore. Cela va avec la dilatation de l'estomac. L'ectasie est marquée autant par l'abondance très grande des matières rejetées que par les signes de percussion et de succussion. Les aliments peuvent séjourner dans l'estomac pendant plusieurs jours; ils sont alors plus ou moins facilement reconnaissables.

Quelquefois les vomissements sont très rapprochés, ils se reproduisent à chaque tentative d'ingestion de boisson.

Jaccoud<sup>(2)</sup> distingue, en dehors des vomissements de sang, le plus souvent noirs, exceptionnellement rouges, des vomissements par indigestion, par irritation ou catarrhe gastrique et des vomissements dus à un obstacle mécanique. Ceux-ci sont ceux que l'on rencontre à une phase avancée, en particulier lorsqu'il y a un degré marqué de rétrécissement pylorique, et, par conséquent, de stase sus-jacente des aliments et des liquides. Ces vomissements, conséquences de l'oblitération, amènent un véritable état d'inanition; l'échéance fatale se trouve ainsi hâtée.

D'après Brinton, la fréquence des vomissements va en croissant d'après le siège du carcinome suivant cette série : paroi postérieure, estomac tout entier, partie moyenne, petite courbure, grande courbure, cardia, pylore. La grande courbure se trouve ainsi immédiatement placée avant le cardia et le pylore : il faut en conclure que les causes mécaniques ne sont pas seules responsables du

<sup>(1)</sup> Voir p. 9.

<sup>(2)</sup> *Semaine méd.*, 1887.

vomissement et qu'il faut faire intervenir d'autres éléments, en particulier l'irritation de la muqueuse et des extrémités nerveuses.

L'hématémèse du carcinome gastrique se présente souvent sous forme de ces vomissements noirs qui appellent la comparaison avec le marc de café ou la suie délayée. C'est que l'hémorragie se fait ici à petites doses répétées, que le sang s'accumule lentement dans la cavité gastrique et que là il se trouve soumis à l'action digestive du liquide stomacal. On comprend que, par la même raison, les mélena soient rares dans ces conditions.

L'hémorragie peut cependant être abondante et brusque, comme celle de l'ulcère rond. Le sang peut être rouge, rutilant. La mort peut même résulter immédiatement de la quantité considérable de sang perdu (Hanot, Habershon). Le sang pur ne se montre que dans le sixième des cas environ (Brinton).

Les vomissements noirs ne sont pas non plus l'apanage du cancer gastrique : on les a vus dans l'ulcère rond, la gastrite ulcéreuse, la dilatation de l'estomac (Boucharde). Charcot les a signalés dans les crises tabétiques<sup>(1)</sup>. On les a rencontrés encore dans le cancer du foie, sans cancer de l'estomac (Josias et Derignac)<sup>(2)</sup>.

Les vomissements noirs ne constituent donc pas un signe pathognomonique du cancer stomacal.

**Troubles intestinaux.** — La constipation est fréquente chez les cancéreux de l'estomac ; elle s'explique facilement par la diminution de l'alimentation, l'abondance des vomissements, le régime lacté. Pour Trousseau et Brinton, la diarrhée se serait montrée surtout lorsque s'est faite l'ulcération ; pour Leube il n'y a pas de règle à cet égard. Tripier, de Lyon, a fait une étude particulière de la diarrhée dans le cancer de l'estomac<sup>(3)</sup>. Son mémoire s'appuie sur 28 observations suivies d'autopsie. La diarrhée s'est rencontrée dans plus de la moitié des cas, mais surtout dans les derniers mois de la vie. Souvent elle alterne avec la constipation. Elle serait due à ce que l'estomac verse dans l'intestin des matériaux insuffisamment élaborés, surtout lorsqu'il existe une incontinence du pylore. L'existence de la diarrhée peut être une cause d'erreur de diagnostic, elle peut faire penser à la tuberculose, à l'anémie pernicieuse, à la néphrite interstitielle avec phénomènes d'urémie intestinale.

Rarement il a pénétré assez de sang en nature dans l'intestin pour qu'il y ait des selles noires, épaisses, comparables à du goudron. La lientérie s'observe lorsqu'il s'est établi une communication anormale entre l'estomac et une anse intestinale, et surtout le côlon transverse.

**Signes physiques.** — **État de l'estomac.** — L'estomac est dilaté dans le cancer du pylore. Il peut être rétracté dans le cancer du cardia. Parfois sa grande courbure se trouve entraînée en bas par une tumeur qui descend notablement au-dessous de l'ombilic. On recherchera cette dilatation de l'estomac par les procédés habituels. On pourra, dans quelques cas, provoquer une pneumatose expérimentale de l'estomac, de façon à rendre son exploration plus facile. La chose pourrait être avantageuse si l'on hésitait entre un cancer gastrique et un cancer de l'intestin. La distension gazeuse de l'estomac peut faire apprécier plus facilement l'existence et le siège exact de la tumeur.

<sup>(1)</sup> Leçons du mardi à la Salpêtrière, p. 551, 1888-1889.

<sup>(2)</sup> Société anatom., p. 145, 1885.

<sup>(3)</sup> Lyon-médical, 1881.

**Tumeur.** — L'existence d'une tumeur épigastrique est un des meilleurs signes du cancer de l'estomac ; elle doit toujours être recherchée avec soin.

« Le siège de la tumeur dans l'abdomen varie beaucoup plus qu'on ne pourrait le croire d'après ses rapports anatomiques. On ne la rencontre, bien entendu, qu'aux régions épigastrique, ombilicale, et aux hypocondres. Elle y forme une projection plus ou moins unie : tantôt c'est une masse considérable, dure, irrégulière, présentant des nodosités qui proéminent de façon à ne pouvoir échapper à l'œil du médecin ; tantôt elle est d'un petit volume, non saillante, élastique ou molle et très difficile à constater. Les tumeurs de la grande courbure tendent à se porter vers l'ombilic ; le cancer qui occupe tout l'organe fait saillie à l'épigastre, tandis que c'est à la partie supérieure de cette région que l'on trouve la saillie formée par le cancer qui occupe la petite courbure. Dans le cancer du pylore qui est encore plus fréquent, le siège de la tumeur est encore plus variable. Le plus souvent c'est vers la ligne médiane que l'on trouve la tumeur, sinon on la rencontre plutôt dans l'hypocondre droit que dans l'hypocondre gauche, ce qui s'explique non seulement par la situation normale du pylore, mais aussi par les adhérences qui s'établissent fréquemment entre la portion malade de l'estomac et le foie. » (Brinton.)

Chez la femme, la tumeur se rencontre le plus souvent plus près de l'ombilic, chez l'homme plus près de l'épigastre. Elle est aussi plus mobile chez la femme que chez l'homme (Brinton).

La sensation donnée à la main par la tumeur est variable, suivant son volume, l'existence d'adhérences, sa situation. Tantôt il s'agit d'une saillie lobulée, peu étendue, que l'on peut facilement limiter, tantôt d'une sorte de plaque, de cuirasse superficielle plus ou moins étendue. Parfois encore, lorsqu'il s'agit d'une tumeur profondément située, la sensation perçue est peu nette. Chez des malades qui se défendent, la saillie des grands droits abdominaux rend souvent très difficile la perception nette de la résistance épigastrique. On ne saurait donc trop recommander de se placer dans les meilleures conditions de relâchement des parois abdominales lorsqu'on procédera à cette délicate recherche. La laparotomie a fait voir que la tumeur est toujours en réalité plus considérable qu'il ne semble par l'examen extérieur.

Nous verrons plus loin, à propos du diagnostic différentiel que l'on méconnaît assez souvent, l'existence d'une tumeur qui existe réellement.

**Modifications du suc gastrique.** — Au début de leur emploi, on pensa avoir dans les réactifs colorants un moyen presque pathognomonique de diagnostiquer le cancer de l'estomac, et de le séparer des autres états dyspeptiques. Dans le cancer, pensait-on, il y a disparition permanente de l'HCl libre ; au contraire, il persiste, ou sa disparition n'est que momentanée dans les autres dyspepsies ; de nombreuses discussions eurent lieu à ce sujet.

Actuellement, on sait que, si l'HCl libre fait défaut dans la majorité des cas de cancer de l'estomac, il peut cependant se rencontrer même en excès dans le suc gastrique des cancéreux de l'estomac. Par contre, l'HCl peut faire défaut d'une façon permanente en dehors du cancer gastrique.

L'HCl paraît surtout persister dans les cas de cancer succédant à l'ulcère simple.

D'après nos recherches et celles de Rosenheim, l'absence de l'HCl libre dans le cancer et la diminution marquée de l'HCl combiné est attribuable à l'atro-