

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 mélæna 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-

phie des éléments glandulaires de la muqueuse. Au contraire, la persistance de la sécrétion chlorhydrique correspond à la persistance des cellules sécrétantes qui peuvent même être augmentées de nombre, lorsque le cancer succède à l'ulcère, ainsi que l'ont vu Hayem et Lion et nous-même.

La disparition de l'HCl, de la pepsine et du ferment lab n'a rien qui soit spécial au cancer.

Dans ces derniers temps, quelques auteurs ont cru voir dans la présence de l'acide lactique dans le suc gastrique un signe caractéristique du cancer de l'estomac. Pour le rechercher, il ne faut pas se servir du repas d'épreuve d'Ewald, le pain donnant déjà par lui seul la réaction de l'acide lactique. Boas<sup>(1)</sup>, fait faire un repas d'épreuve avec de la farine d'avoine. La présence de l'acide lactique dans ces conditions serait même un signe précoce de cancer. Sa présence en quantité notable à la suite du repas d'Ewald ordinaire aurait presque la même signification. La fermentation lactique serait attribuable à un bacille long décrit par Schlesinger et Kaufmann<sup>(2)</sup>, dont la découverte aurait elle-même une valeur diagnostique.

Actuellement on doit admettre, semble-t-il, après les expériences de contrôle de Rosenheim<sup>(3)</sup>, que si l'acide lactique se rencontre plus souvent lorsqu'il y a cancer de l'estomac, son apparition est le fait beaucoup plus de la stase que du cancer. La fermentation lactique prend d'autant plus facilement naissance que l'HCl fait défaut dans le liquide de stase.

**Propagation à distance.** — Il n'est pas rare que le cancer de l'estomac se soupçonne plus encore par les signes qui résultent de sa propagation à distance que par ceux qui appartiennent directement à l'estomac malade.

Le carcinome qui siège primitivement dans l'estomac peut se propager au foie, aux ganglions lymphatiques, au péritoine, aux plèvres et aux poumons. Il peut même y avoir généralisation.

Le cancer secondaire du foie est beaucoup plus fréquent que le cancer primitif de cet organe, et souvent on en est réduit précisément, en vertu des données générales de la statistique, à soupçonner qu'un carcinome hépatique est la conséquence d'un carcinome primitif de l'estomac. Le foyer primitif peut être très minime et cliniquement masqué par l'énorme foyer secondaire qui s'est développé dans le foie.

Il en est à peu près de même de la carcinose généralisée, qui peut masquer complètement le carcinome initial de l'estomac. Nous ne voulons pas y insister, désirant surtout nous occuper de la propagation à distance aux ganglions.

L'adénopathie sus-claviculaire doit être surtout signalée. Virchow a le premier, d'après Leube, appelé l'attention sur elles. Hénoc et Friedreich l'ont également observée. Cette conséquence du cancer de l'estomac était malgré cela très peu connue. Troisier<sup>(4)</sup> en fit le sujet de communications et de travaux répétés, en se basant sur des faits personnels; depuis cette époque, la recherche de l'adénopathie et surtout de l'adénopathie cervicale est définitivement entrée dans la pratique. Jaccoud a insisté sur son importance dans plusieurs leçons cliniques.

<sup>(1)</sup> *Ztschr. f. klin. Medic.* 1894.

<sup>(2)</sup> *Wien. klin. Rundsch.* 1895.

<sup>(3)</sup> *D. medic. Wochenschr.*, 1895.

<sup>(4)</sup> TROISIER, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1886. *Arch. génér. de médecine*, 1889.

L'adénopathie à distance peut se montrer avec toute espèce de carcinome abdominal, mais elle est surtout fréquente dans le cancer de l'estomac. On doit explorer les régions axillaires et inguinales, mais il faut surtout examiner avec soin le triangle sus-claviculaire gauche. Par la simple inspection, on aperçoit quelquefois à ce niveau une tuméfaction plurilobulée lorsqu'un groupe de ganglions indurés soulève la peau. Quand les ganglions indurés sont multiples, on les trouve durs, arrondis, distincts les uns des autres, indolents. Toutefois, l'adénopathie est souvent unique, et, d'après Troisier, le ganglion caractéristique doit se chercher entre les deux chefs du sterno-mastoïdien ou en arrière du chef claviculaire de ce muscle. D'après la remarque fort juste de Nattan-Larrier, on ne le saisit parfois qu'en plongeant les doigts en arrière de l'extrémité interne de la clavicule et en faisant tousser le malade.

**État général. Cachexie.** — Les cancéreux de l'estomac ont souvent d'une façon très accentuée tous les traits de la cachexie cancéreuse : amaigrissement progressif, teint jaune paille, anémie intense. Parfois, cette cachexie n'existe que pendant une courte période, surtout s'il s'agit d'un sujet jeune qui s'alimente encore suffisamment. A partir du moment où elle se montre, elle marche habituellement alors avec une grande rapidité. D'après Brinton, elle peut manquer 2 fois sur 100. Parfois sous l'influence d'un régime meilleur, des lavages de l'estomac, l'amaigrissement et l'anémie peuvent momentanément s'arrêter; il ne faut pas se laisser tromper par ces rémissions passagères.

**Urines.** — Les modifications relevées du côté des urines sont en rapport avec le mauvais état de la nutrition et avant tout de l'alimentation.

On a cru trouver un bon signe du cancer en général, et en particulier du cancer de l'estomac, dans l'abaissement considérable de la quantité de certaines des substances d'excrétion de l'urine : l'urée et les phosphates.

Rommelaere<sup>(1)</sup> a déclaré que, toutes les fois que l'urée tombait d'une façon suivie au-dessous de 12 grammes par jour, il fallait penser au cancer, et, au contraire, en rejeter l'idée si le taux de l'urée était supérieur à ce chiffre.

Les faits opposés à cette doctrine ne tardèrent pas à abonder. On a fait voir que, dans le cancer de l'estomac, le chiffre de l'urée pouvait dépasser 12 grammes<sup>(2)</sup>. A. Robin<sup>(3)</sup> a montré que l'urée était en rapport beaucoup plutôt avec l'état de la nutrition et de l'alimentation qu'avec la présence même du néoplasme. Kirmisson a fait voir que si les cancéreux ont en général moins de 10 grammes d'urée, ils peuvent dépasser notablement ce chiffre, et que d'autre part des malades non cancéreux peuvent tomber plus bas encore.

Friederich Müller<sup>(4)</sup> a recherché comment se comportent les échanges azotés chez les cancéreux de l'estomac, et il a trouvé que l'élimination de l'azote l'emporte notablement sur l'ingestion. Le corps s'appauvrit donc d'une façon continue en albuminoïdes. Il a trouvé d'une façon constante une augmentation de l'acide phosphorique éliminé et une diminution considérable des chlorures.

En cas de coma semblable au coma diabétique, on peut trouver dans l'urine une réaction positive par le perchlorure de fer.

<sup>(1)</sup> *Journal de médecine de Bruxelles*, 1885.

<sup>(2)</sup> DESCHAMPS, *Thèse de Paris*, 1884. — RAUZIER, *Thèse de Montpellier*, 1889. — FLEINER, *Krankh. der Verdauungsorg.*, 1896.

<sup>(3)</sup> *Gazette médicale de Paris*, 1884.

<sup>(4)</sup> *Ztschr. f. Klin. Medic.*, Bd. XVI.

L'existence de l'albuminurie, de la réaction de l'indican, de la peptonurie, a été parfois signalée. La peptonurie en particulier ne serait pas très rare.

L'urobilinurie indiquerait l'existence d'un cancer secondaire du foie (Tissier).

**État du sang** <sup>(1)</sup>. — Au début, il y a peu de modification du sang; mais à mesure que la cachexie apparaît et s'accroît, apparaissent et s'accroissent des altérations semblables à celles que l'on constate dans les anémies graves. Le nombre des globules rouges peut tomber au-dessous d'un million. Les globules sont diffluent; à côté des globules nains on rencontre un certain nombre de globules géants, parfois même de globules rouges à noyau. Parfois encore on observe « des altérations des globules rouges qui simulent la présence de parasites dans le sang et pourraient être désignées sous le nom de *pseudo-parasitaires* ». On peut apercevoir en effet des espèces de bâtonnets noueux, des corpuscules petits, déformés, ou des espèces de flagella. Les bâtonnets sont mobiles pendant quelque temps, puis ils deviennent rigides et immobiles. Il s'agirait de globules nains très petits. Dans 5 cas sur 12 de cancer de l'estomac <sup>(2)</sup>, on a constaté un certain degré de leucocytose. Ce fait n'est point particulier du reste au cancer de l'estomac.

On ne constate que rarement des bruits de souffle anémique semblables à ceux que l'on perçoit dans la chlorose. Cela tient probablement, d'après Hayem, à ce que la masse du sang est diminuée dans l'anémie symptomatique des cancers, alors qu'elle ne l'est pas dans la chlorose.

Les hémato blasts restent à un taux élevé dans le cancer; contrairement à ce qu'on voit dans les anémies pernicieuses essentielles: l'hématopoièse est donc peu atteinte, et s'il y a des modifications anémiques du sang chez les cancéreux, c'est que les hématies ne trouvent pas un milieu nutritif suffisant pour y parcourir normalement les phases successives de leur développement.

Stricker a noté la diminution des chlorures et celle de l'hémoglobine. L'hémoglobine pourrait tomber à 50 et même 40 et 50 pour 100 de la normale (Haberlin, Eichhorst).

**Formes cliniques.** — Le cancer de l'estomac peut se présenter sous des aspects cliniques très différents, qui peuvent s'éloigner notablement du type habituel.

La localisation de la tumeur néoplasique amène des modifications curieuses dans les allures de la maladie.

Avec un cancer du cardia, les aliments sont rejetés rapidement; l'estomac est peu dilaté. Avec le cancer du pylore, au contraire, la dilatation de l'estomac prend des proportions considérables; les vomissements sont rares mais extrêmement abondants.

L'âge peut avoir aussi une influence marquée sur la séméiologie du carcinome gastrique.

Le cancer au-dessous de 50 ans est souvent méconnu, non seulement parce qu'on l'attend peu chez des jeunes gens, mais aussi parce qu'il a chez eux une façon d'être toute particulière. Les troubles dyspeptiques sont souvent marqués; les vomissements sont rares, peu abondants, les hématomèses exceptionnelles. La tumeur a fait défaut dans 14 des 25 cas rapportés par Marc

<sup>(1)</sup> *Du sang et de ses altérations anatomiques.* Hayem, 1889.

<sup>(2)</sup> ALEXANDRE, *Thèse de Paris*, 1887.

Mathieu dans sa thèse. Dans ces conditions, le diagnostic fut chaque fois erroné. La teinte jaune paille fait le plus souvent défaut, il n'y a qu'une simple pâleur anémique. L'œdème et l'ascite, plus fréquents, se montrent à une période voisine du début. La marche de la maladie est en général plus rapide que chez des individus plus avancés en âge. En quelques mois tout est fini.

Chez le *vieillard*, les réactions sont éteintes. La cachexie est le phénomène prédominant.

Nous n'insisterons pas sur les cas dans lesquels le cancer de l'estomac est masqué par une localisation secondaire prédominante vers le foie ou le péritoine. Dans le cas de péritonite cancéreuse consécutive, il peut y avoir un épanchement ascitique assez considérable pour masquer, avant la ponction, la carcinose péritonéale qui masque elle-même le carcinome gastrique. Nous avons eu récemment l'occasion d'observer deux cas semblables; il s'agissait dans les deux cas d'un cancer colloïde. Est-ce une simple coïncidence, ou, au contraire, l'ascite est-elle réellement plus fréquente avec cette forme de cancer?

Ce n'est que très exceptionnellement que l'on peut parler réellement d'un cancer latent; il constitue alors une véritable trouvaille d'autopsie. Le plus souvent, dans les cancers dit latents, l'attention a été attirée soit par des phénomènes de dyspepsie, soit par des phénomènes de cachexie. Ce qui manque alors, ce sont les vomissements, l'hématémèse et la tumeur; mais surtout la tumeur et l'hématémèse.

Certaines circonstances rendent le jugement plus difficile encore; ainsi dans quelques cas, il s'agissait de femmes enceintes et c'est naturellement à la grossesse que l'on avait tendance à attribuer des vomissements incoercibles, une anémie et un dépérissement marqués. Parfois encore il y a de l'anasarque.

Dans certains cas, on a observé des phénomènes attribuables en apparence à l'obstruction intestinale (Quénu, Landouzy). Parfois, il y a des phénomènes thoraciques prédominants. Dans un cas observé par nous, les premiers accidents morbides ont été constitués par des accès pseudo-asthmatiques attribuables à la présence de masses adénopathiques considérables dans le médiastin au niveau du hile des poumons. Ce sont là des faits tellement rares qu'on ne peut pas les donner comme représentant des formes cliniques du carcinome stomacal.

**Complications.** — Elles sont très variables; nous ne signalerons que les plus communes.

Il n'y a qu'un cas de cancer primitif sur 8 cas de *cancer du foie* (Hanot et Gilbert), et le plus souvent alors le cancer initial est un cancer de l'estomac et surtout un cancer du pylore. La propagation au foie peut se faire par continuité: mais plus souvent encore il y a dans le foie des embolies spécifiques qui deviennent le point de départ de véritables greffes cancéreuses.

La péritonite cancéreuse est moins fréquente.

La *perforation de l'estomac* est beaucoup plus rare dans le cancer que dans l'ulcère rond; elle s'observerait 4 fois sur 100 environ, d'après Brinton. Rarement elle provoque l'explosion d'une péritonite suraiguë, parce que le plus souvent il existe des adhérences inflammatoires. Il se forme ainsi soit des poches qui renferment à la fois du pus et des substances venues de l'estomac, soit des fistules qui font communiquer la poche stomacale avec l'intestin, le colon transverse ou l'intestin grêle. Ces communications anormales expliquent l'apparition tardive de selles lientériques ou de vomissements fécaloïdes.