

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 (Haeberlin, 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 peu 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.



Il peut y avoir *propagation à la plèvre et au poumon*, et l'on constate les symptômes du cancer du poumon, ou plutôt du cancer pleuro-pulmonaire. Il peut y avoir un épanchement pleurétique dont on peut être amené à faire la ponction. Le liquide extrait est alors assez souvent hémorragique.

Dans un cas rapporté par Jaccoud, il y avait une pleurésie purulente du côté droit. Les microbes de la suppuration avaient pénétré sans doute par la surface ulcérée du néoplasme et avaient gagné la plèvre par les voies lymphatiques. Le microscope avait du reste démontré leur présence au niveau de l'ulcération et dans la plèvre.

La *phlegmatia alba dolens* est, on le sait, une complication relativement fréquente du cancer de l'estomac. Son apparition chez des individus dyspeptiques et cachectiques doit toujours faire penser au cancer de l'estomac. C'est un point sur lequel Trousseau a tout spécialement attiré l'attention. On sait qu'il mourut lui-même d'un cancer de l'estomac et que l'apparition d'une phlegmatia alba dolens vint lui démontrer la fatale gravité d'un mal dont ses amis et ses élèves s'ingéniaient à lui déguiser la nature.

*Auto-intoxications.* — Il n'est pas très rare que les cancéreux de l'estomac succombent dans une sorte de coma qui rappelle de très près le coma diabétique. On trouve alors du reste dans leurs urines des réactions semblables à celles que l'on rencontre au cours du coma diabétique (coloration rouge, vin de Porto, par l'addition d'une solution étendue de perchlorure de fer, von Jaksch).

*Phénomènes infectieux.* — Les ulcérations du cancer de l'estomac sont quelquefois la porte d'entrée de germes infectieux capables de provoquer des accidents fébriles, des suppurations, des phlébites. Ces ulcérations sont plongées dans un milieu de stase, très riche en germes pathogènes, et on comprend facilement qu'il en soit ainsi.

La fièvre traduit habituellement au dehors la production de ces complications. Les formes fébriles et les infections secondaires du cancer de l'estomac ont frappé plusieurs auteurs. Brinton, Wunderlich, Devic et Chatin, Hampeln, Hanot (1) Hérard de Bessé, Achard les ont successivement étudiées.

Des collections purulentes peuvent se produire dans les parois mêmes de l'estomac, et, en particulier dans la celluleuse sous-muqueuse. Elles peuvent se former au dehors de l'estomac, et fuser soit vers l'ombilic, ce qui est assez fréquent relativement, soit dans la cavité thoracique. Ces collections peuvent s'ouvrir d'autre part dans l'intestin, et, en particulier, sur le côlon transverse, et amener la production de fistules gastro-intestinales ou gastro-côliques.

Feulard (2) a rassemblé 14 cas de poche purulente ouverte à l'ombilic chez des cancéreux de l'estomac. D'après Dieulafoy (3) cet accident surviendrait presque exclusivement dans des cas de cancer succédant à l'ulcère simple.

Il peut y avoir des suppurations à distance, une pleurésie purulente par exemple, des arthrites suppurées, des accidents de septicémie générale, de la pyléphlébite, des abcès du foie, etc. On conçoit que dans cet ordre de complications le champ des possibilités soit pour ainsi dire illimité.

(1) HANOT, *Arch. génér. de médecine*, p. 257, 1892. — HÉRARD DE BESSÉ, *Thèse de Paris*, 1894. — ACHARD, *Soc. méd. des hôpitaux*, juillet 1895.

(2) *Archives génér. de médecine*, août 1887.

(3) *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897.

La *tuberculose pulmonaire* survient assez souvent chez les cancéreux de l'estomac, soit que les ulcérations servent de porte d'entrée au bacille de Koch, soit que l'inanition et la cachexie favorisent l'évolution d'une tuberculose latente.

*Diagnostic.* — Quand le cancer de l'estomac se manifeste à l'extérieur par un groupe de symptômes d'une suffisante signification, le diagnostic ne présente pas de difficulté : c'est souvent l'un des plus faciles qu'ait à formuler le clinicien. Il peut être, en revanche, l'un des plus difficiles lorsqu'il s'agit de manifestations incomplètes, de formes dites latentes, de formes anormales ou encore lorsque quelque complication importante vient masquer le point de départ et parfois la nature du processus morbide. Les erreurs sont fréquentes relativement et difficiles à éviter. Aussi les efforts de beaucoup de ceux qui dans ces dernières années ont étudié les maladies de l'estomac, ont-ils cherché en particulier à trouver des données capables de permettre plus souvent, sinon toujours, la résolution de ce problème aussi difficile qu'important.

Dans les cas typiques, on observe un ensemble de symptômes caractéristiques. Tous les traits du tableau ne sont pas réunis, mais il y en a assez pour que la maladie soit assez facilement reconnue.

Lorsqu'un dyspeptique présente successivement de l'anorexie accentuée, totale ou élective, une cachexie accentuée, des vomissements, surtout des vomissements noirs, une tumeur au creux épigastrique, le diagnostic du cancer stomacal ne présente aucune difficulté. Il n'en eût pas été de même très souvent, au début de la maladie, à une époque où il n'y avait que des accidents dyspeptiques graves sans vomissement noir, sans tumeur, en un mot sans aucun des symptômes dont la présence constitue une présomption grave en faveur du cancer. Et cependant il y aurait un grand intérêt à établir le plus tôt possible le diagnostic exact, non seulement parce qu'il est toujours préférable d'établir rapidement le pronostic d'une maladie, mais encore parce qu'il est possible qu'un diagnostic précoce évite l'emploi de médications plus nuisibles qu'utiles. Le diagnostic précoce peut avoir aussi une grande importance au point de vue de l'intervention chirurgicale; parfois il ne pourrait être fait que par la laparotomie exploratrice.

Reprenons successivement les divers éléments de la séméiologie habituelle du cancer de l'estomac.

Les *phénomènes dyspeptiques* n'ont qu'une valeur très relative.

Cela est surtout vrai des phénomènes subjectifs. Tantôt les cancéreux de l'estomac ont joui jusque-là d'un estomac parfait; tantôt, au contraire, ce sont des dyspeptiques de longue date et il est absolument impossible de déterminer l'époque d'apparition du néoplasme.

Le *chimisme* peut donner des indications précieuses dès cette période. La présence d'une quantité notable d'HCl, en dehors de toute stase est tout à fait exceptionnelle avec un cancer de l'estomac au début. Dans le cancer l'hypochlorhydrie accentuée est au contraire la règle, mais on ne peut pas baser le diagnostic exclusivement sur ce signe.

L'*anorexie* a souvent quelque chose de spécial: elle est élective, et les malades ont pour la viande une horreur insurmontable. Malheureusement l'anorexie peut faire complètement défaut, ce qui est cependant exceptionnel. Le dégoût pour la viande, quelle que soit sa valeur, peut se rencontrer dans



beaucoup d'autres maladies : le mal de Bright, la tuberculose, diverses intoxications chroniques, comme l'alcoolisme, le saturnisme.

La *douleur* est chose très variable : il n'y a pas de plus mauvais signe de ce cancer, a dit avec raison Dujardin-Beaumetz. Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit ailleurs avec des détails suffisants.

Les *vomissements noirs*, l'hématémèse noire ont une valeur diagnostique un peu plus grande, mais non absolue. Les vomissements comparables au marc de café ou à la suie délayée doivent vivement faire craindre l'existence d'un cancer de l'estomac, ils n'indiquent pas sûrement sa présence. Ils signifient simplement qu'il y a eu déversement dans la cavité gastrique d'une quantité de sang insuffisante pour provoquer un vomissement immédiat; que ce sang a, avant d'être rejeté, subi l'influence digestive du suc gastrique. Les cas dans lesquels ces possibilités peuvent se réaliser sont assez nombreux : ulcère rond, gastrite ulcéreuse, etc.

D'autre part, les vomissements noirs peuvent manquer dans le cancer. Il est donc impossible d'en faire avec Grisolle un signe presque certain de cancer de l'estomac. C'est, toutefois, il faut le reconnaître, dans le cancer de cet organe qu'ils se présentent le plus souvent.

L'existence de la *tumeur épigastrique* a une incontestable valeur; mais elle aussi peut manquer, elle aussi peut se rencontrer en dehors du cancer.

Son absence dans le cancer s'explique par sa situation : on perçoit difficilement une tumeur située le long de la petite courbure. On conçoit qu'il soit à peu près impossible de percevoir une tumeur du cardia. Quant à la tumeur de la grande courbure, elle est sujette à des déplacements considérables qui sont des causes d'erreur. Il arrive qu'elle descende notablement au-dessous de la ligne ombilicale, de sorte qu'elle peut échapper à l'observation et que, si on l'a trouvée, on peut la mal interpréter et l'attribuer à l'intestin. Toutefois, dans ces conditions, il y a forcément une dilatation considérable de l'estomac.

La tumeur peut exister, être la conséquence d'une affection stomacale et ne pas dépendre du cancer. Elle peut se rencontrer dans l'ulcère rond, soit par le fait de l'épaississement et de la callosité des bords de l'ulcère, soit parce qu'il y a des fausses membranes péritonéales, soit encore parce qu'il s'est fait au voisinage de la lésion un abcès enkysté dans des productions pseudo-membraneuses.

On a pris pour des tumeurs gastriques et carcinomateuses, des tumeurs réellement cancéreuses du foie, de l'épiploon, de l'intestin ou des tumeurs non cancéreuses de nature diverse : vésicule biliaire dilatée, remplie de calculs, lobe gauche du foie déformé par la présence d'un kyste hydatique, etc.

Dans le cancer du foie, cet organe est volumineux, son bord est saillant, on le suit assez facilement dans une grande partie de son étendue, il présente souvent des bosselures plus ou moins accentuées.

La vésicule biliaire peut donner lieu à une tumeur, qu'elle se trouve remplie par des calculs, qu'elle soit elle-même carcinomateuse. Dans le cas de calculs biliaires, il s'agit d'une tumeur située sur le bord libre du foie, à droite de la partie supérieure du bord droit du grand droit de l'abdomen. Il est possible parfois de reconnaître la forme générale de la poche dilatée, et de percevoir la dureté particulière des calculs qu'elle renferme. Le cancer de la vésicule est souvent accompagné de cancer des voies biliaires qui ne va pas sans ictère.

La tumeur peut être due à un cancer du côlon transverse, bien que le cancer siège surtout au niveau des courbes du gros intestin. Les phénomènes observés

appartiennent alors beaucoup plutôt à l'intestin qu'à l'estomac : selles glai-reuses, sanglantes, phénomènes d'obstruction. On a proposé de produire successivement la dilatation gazeuse de l'estomac et de l'intestin, de façon à déterminer plus facilement sur lequel de ces deux organes siège le néoplasme.

La tumeur due à un carcinome du grand épiploon est plus volumineuse que celle qui dépend d'un cancer du pylore ou de l'estomac; elle est située plus bas, sur la ligne médiane, et elle ne va guère sans des phénomènes plus ou moins nets de carcinose péritonéale.

L'*adénopathie*, en particulier l'adénopathie cervicale, sus-scapulaire, avec des caractères que nous lui avons attribués, peut être l'indice d'un cancer de l'estomac, mais d'une façon générale, elle ne correspond qu'au cancer de l'abdomen. Elle n'a donc de signification, au point de vue du carcinome gastrique, que lorsqu'elle coïncide avec des phénomènes de dyspepsie stomacale grave.

Dans quelques cas exceptionnels, — Ewald en cite un remarquable, — on a pu, au microscope, trouver des fragments de tumeurs détachés, des groupes de cellules agglomérées de telle façon, que le microscope rendait très nette leur origine cancéreuse. Il ne faut guère compter sur ces trouvailles histologiques fort rares pour asseoir son diagnostic.

La *cachexie* appelle souvent d'emblée l'attention vers le cancer, et suscite le soupçon d'un carcinome gastrique. En jugeant ainsi, on juge d'après les probabilités statistiques; l'impression première est souvent confirmée par l'examen plus ou moins approfondi du malade et par la marche des choses; il n'y a cependant rien là d'absolu. La pâleur, la teinte jaune paille peuvent se rencontrer avec des anémies graves de divers ordres; avec les anémies progressives, pernicieuses, avec des hémorragies répétées, par exemple après des hémorragies dues à des varices internes. La cachexie due à de l'inanition peut également être poussée fort loin : il en est ainsi dans certaines gastrites destructives des glandes à pepsine, ou avec une sténose accusée du pylore ou du cardia.

Certaines affections hépatiques, la cirrhose atrophique par exemple, l'artériosclérose dans quelques cas, amènent aussi une anémie profonde, une décoloration des tissus qui rappellent plus ou moins celles de la cachexie cancéreuse. Nous ne parlons pas de l'ulcère rond, dont le diagnostic différentiel sera tout à l'heure exposé avec détails.

On attribue une importance très grande à la marche progressive, assez rapide, de la cachexie gastro-carcinomateuse. Ici encore, rien d'absolu. Des rémissions, des améliorations passagères sont possibles sous l'influence d'un régime meilleur ou plus approprié. En général cependant, avec le cancer de l'estomac, on observe une aggravation continue des phénomènes de cachexie.

**Diagnostic différentiel.** — Nous voulons maintenant entrer dans quelques détails sur le diagnostic différentiel du cancer de l'estomac et des diverses affections avec lesquelles on le confond le plus souvent. Nous citerons surtout l'ulcère rond, la dilatation simple primitive de l'estomac et la dilatation consécutive à un rétrécissement non cancéreux du pylore, diverses variétés de gastrites chroniques.

On pourrait multiplier encore les affections avec lesquelles le diagnostic différentiel pourra éventuellement être fait; nous ne nous occuperons que des possibilités cliniques le plus souvent réalisées. Il n'y a pas grand profit à s'attarder sur des faits exceptionnels.