

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.

L'*ulcère rond* est la maladie qu'on a le plus souvent l'occasion de distinguer du cancer.

L'ulcère simple est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, surtout chez les chlorotiques. On le rencontre de préférence chez des individus jeunes, de 20 à 30 ou 35 ans. Il détermine souvent des douleurs très vives : la douleur en broche, à point épigastrique et dorsal, est surtout son fait. L'hématémèse qu'il provoque souvent se produit sous la forme du rejet brusque d'une quantité considérable de sang rouge; souvent il y a, un peu après les vomissements, des selles noires, mélaniques. L'ulcère s'améliore et guérit souvent sous l'influence du traitement, en particulier du régime lacté.

Ce qui précède se rapporte à l'ulcère aigu; avec l'ulcère chronique, les difficultés sont plus grandes. La longue durée de la maladie, la tendance à la cachexie, la grande dilatation de l'estomac avec stase permanente, et quelquefois même une tumeur épigastrique, tout cela peut faire penser au cancer. L'incertitude peut persister après la laparotomie, elle peut même durer jusqu'à l'examen histologique des lésions.

Toutefois, la longue durée de la maladie, l'apparition de phénomènes appartenant beaucoup plus à l'ictère qu'au cancer, la constatation bien nette du syndrome de Reichmann⁽¹⁾, feront pencher le diagnostic en faveur de l'ulcus chronique. C'est surtout dans ces conditions que le carcinome peut succéder à l'ulcère, ce qui est loin de simplifier les choses.

Le cancer de l'estomac se rencontre avec une égale fréquence chez les hommes et chez les femmes, mais beaucoup plus souvent chez les individus qui ont dépassé la quarantaine. Il ne produit que rarement le vomissement de sang rouge, habituellement des vomissements de sang noir, granuleux, de matières comparables à la suie délayée ou au marc de café. Il s'accompagne d'une cachexie progressive avec amaigrissement, décoloration des téguments, teinte paille. Il se révèle à l'exploration par une tumeur épigastrique. S'il s'améliore, ce n'est que passagèrement; son aboutissant est la mort au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Dans l'ulcère, il y a le plus souvent hyperchlorhydrie; dans le cancer, anchlorhydrie, sauf dans les cas où le cancer succède à un ulcère simple.

Dans tout ce parallèle, il ne s'agit que d'éléments de probabilité : il n'y a pas de signe d'absolue certitude soit dans un sens, soit dans l'autre. Il n'y a pas un de ces signes, plus habituel dans l'une ou l'autre de ces deux affections, qui ne puisse se rencontrer dans l'autre. C'est donc encore au groupement des symptômes qu'il faut attribuer l'importance la plus grande.

Il y a à peine lieu de signaler les difficultés du diagnostic entre le cancer de l'estomac d'une part, et, d'autre part, la linite plastique et le sarcome. Il s'agit là de tumeurs malignes dont le pronostic n'est pas meilleur que celui du cancer vrai; en réalité il s'agit plutôt du diagnostic de la variété du cancer stomacal que d'un diagnostic différentiel à proprement parler.

La *gastrite chronique* peut être difficile à distinguer du cancer de l'estomac lorsqu'elle s'accompagne soit d'*anémie pernicieuse progressive*, soit de *grande dilatation de l'estomac avec stase permanente*.

On sait que plusieurs auteurs, depuis Fenwick, ont attribué l'anémie pernicieuse progressive aux troubles de nutrition générale résultant de l'atrophie

⁽¹⁾ Voir p. 45.

inflammatoire de la muqueuse gastrique. Nous admettons avec Martius⁽¹⁾ que l'atrophie glandulaire de l'estomac ne suffit pas pour que l'anémie pernicieuse se constitue. Lorsque les fonctions digestives de l'intestin et de ses glandes annexes sont intactes, la compensation s'établit suffisamment si la motricité de l'estomac est conservée. Il n'en est pas de même s'il y a simultanément abolition presque complète des fonctions digestives de tout le tube digestif. D'après Hayem et Lion⁽²⁾, le diagnostic différentiel dans ces conditions sera basé sur la teinte spéciale des téguments, l'absence de souffles cardio-vasculaires, l'état du sang, l'abondance relative des hématoblastes, la rétractilité du caillot.

Certains cas de *gastrite chronique* atrophique, avec hypochlorhydrie et stase permanente, ne peuvent guère être distingués du cancer du pylore, avec tumeur latente. Le jeune âge des sujets, l'amélioration notable amenée par le lavage de l'estomac et le gavage peuvent constituer des présomptions en faveur d'une dilatation de cause bénigne.

Dans les cas de *cancer secondaire du foie*, de péritonite cancéreuse, on cherchera si des phénomènes gastriques n'ont pas précédé la localisation secondaire.

On n'oubliera pas que le cancer de l'estomac peut être secondaire, et que l'existence d'une tumeur maligne ailleurs n'exclut pas l'idée d'un carcinome stomacal.

Nous ne ferons que mentionner les cas dans lesquels les allures habituelles de la maladie sont masquées par suite de quelque localisation secondaire prédominante ou de quelque circonstance particulière : ainsi le cancer gastrique des femmes enceintes, qui fait penser aux vomissements incoercibles de la grossesse; l'anasarque, observée surtout chez les sujets jeunes, ce qui est une nouvelle cause d'erreur; l'ascite, qui fait penser à la cirrhose; les phénomènes d'obstruction intestinale, d'étranglement herniaire; les phénomènes thoraciques dus à la présence de masses ganglionnaires volumineuses au pourtour des bronches.

Pronostic. — Il est absolument mauvais; la mort n'est qu'une question de temps. Quelle est la survie des malades après que le diagnostic a pu être affirmé? Au minimum 1 mois, dit Brinton, au maximum 5 ans, en moyenne 1 an. Lebert donne une moyenne de 15 à 36 mois qui nous paraît bien élevée. On a cité des cas de cancer de l'estomac d'une durée de 5 et même de 5 ans. Il est probable qu'il s'agissait alors de cancer succédant à un ulcère chronique.

Le cancer des orifices, en amenant l'inanition, entraîne la mort des malades plus rapidement que celui qui ne les atteint pas. Les formes molles, encéphaloïdes évoluent anatomiquement plus rapidement que les formes dures, squirrheuses.

Nous allons voir dans quelle mesure le traitement chirurgical peut éclaircir ce sombre pronostic.

Traitement. — Il n'y a pas de médication curative du cancer de l'estomac. Le condurango, le chlorate de soude ont été successivement donnés comme des spécifiques de la néoplasie cancéreuse de l'estomac; une certaine amélioration peut succéder à leur emploi; bien souvent elle est due au régime autant qu'à la médication; elle n'est jamais, en tout cas, de bien longue durée.

⁽¹⁾ *Achylia gastrica*, 1897.

⁽²⁾ *Loc. cit.*, p. 511.

Si le traitement médical est incapable de guérir le cancer, il peut cependant, dans bien des cas, améliorer l'état du cancéreux et atténuer ses souffrances. Lorsqu'il existe une sténose du pylore, il faut se servir de la sonde pour évacuer le résidu stomacal. Souvent, les lavages diminuent les douleurs et arrêtent ou diminuent les vomissements.

La suppression des aliments irritants, des boissons alcooliques, du vin; l'application au régime des règles générales de l'alimentation des dyspeptiques suffisent souvent pour produire une notable amélioration. Les malades se trouvent souvent bien du régime lacté absolu; mais il ne doit pas être le régime unique et définitif. Souvent, on pourra faire prendre des potages, des œufs, des purées.

On sait que les cures aux eaux alcalines réussissent fort mal aux cancéreux de l'estomac. Parfois une petite quantité d'acide chlorhydrique paraît utile en stimulant leur appétit, en diminuant leur anorexie.

Bien souvent, on sera obligé d'avoir recours aux calmants : eau chloroformée, cocaïne, morphine, extrait gras de cannabis indica, solanine. Les douleurs sont parfois si violentes qu'elles ne sont bien calmées que par les injections hypodermiques de morphine.

Traitement chirurgical. — On pratique contre le cancer deux opérations; l'une, dite radicale, consiste à enlever tout le tissu néoplasique : c'est la pylor-ectomie ou résection de l'estomac; l'autre, la gastro-entérostomie, purement palliative, est faite dans le seul but de faciliter l'évacuation de l'estomac et de supprimer par là les douleurs dues à la stase.

A l'heure actuelle, le nombre des interventions est assez considérable pour que l'on puisse apprécier la valeur de l'opération, c'est-à-dire : 1° le danger que court le malade du fait même de l'intervention; 2° les avantages qu'il retire de l'opération réalisée.

1° Mortalité par la gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac est une opération grave. Guinard (*Thèse de Paris*, 1892) rapporte 105 interventions avec une mortalité de 51 pour 100. En 1895, Trognon (*Thèse de Paris*) relève 25 gastro-entérostomies pour cancer faites en France avec 60 pour 100 de mortalité.

La gravité ne semble pas avoir diminué dans ces derniers temps : dans son volume sur la chirurgie de l'estomac (1895), Doyen rapporte les gastro-entérostomies pour cancer faites par des chirurgiens habitués à ce genre d'intervention (Billroth, Czerny, Doyen, Novaro, Carle, Lauenstin), en tout 72 cas avec 55 morts, ce qui donne une mortalité de 45 pour 100. Les statistiques données par chaque chirurgien oscillent autour de ce chiffre moyen de 40 pour 100. Roux (de Lausanne) n'a eu que 9 morts sur 54 opérations (*Revue de gynécologie*, 1897). Quelques-uns même, comme Carle, n'ont que 2 morts sur 9, tandis que Ewald (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1897) a fait opérer 26 malades avec 16 morts, soit 55 pour 100.

La pylor-ectomie donne une mortalité moyenne encore plus élevée. Haberkant (*Allgem. med. Centralzeitung*, 1895), sur 207 observations qu'il a recueillies, trouve 114 décès, soit 55 pour 100 de mortalité. Il est vrai que dans ces derniers temps le nombre des succès semble augmenter. Wölfler (*Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, 1896), a réuni 175 opérations faites par les chirurgiens allemands de 1888 à 1896, avec 51 pour 100 de mortalité. Et l'on peut citer encore comme

plus étonnante la série heureuse de Kocher (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1895), qui, associant la gastro-entérostomie à la résection du carcinome, a eu 2 morts sur 14 opérations.

2° Il s'agit maintenant de savoir *quel bénéfice* le malade retire de l'opération, après avoir couru de si graves dangers? Les éléments d'appréciation sont moins nombreux; bien des chirurgiens se contentent de mentionner la guérison opératoire, sans indiquer ce que sont devenus les malades par la suite. — Après la gastro-entérostomie, la survie est en moyenne de 6 à 7 mois : c'est le chiffre que l'on trouve dans toutes les statistiques (Mickulicz, Roux) (de Lausanne). Dans la plupart des cas ils sont également soulagés; on a peu de renseignements sur ce qu'il faut entendre par ce mot; tout ce que l'on peut dire, c'est que parfois il se produit une véritable résurrection; les malades se croient guéris, puis ils s'affaiblissent et meurent rapidement. Si ce résultat était général, ce serait un succès véritable. Mais pour ce qui est de la survie, l'opération ne semble guère prolonger la vie. En effet, Frönlein, qui a suivi 5 malades qui *avaient refusé l'intervention*, a trouvé qu'ils présentaient une survie moyenne de 209 jours (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1896).

Avec la pylor-ectomie les résultats sont meilleurs. Elle donne une survie moyenne de 1 an et demi. Quelquefois la survie est beaucoup plus considérable : sur les 175 opérations rassemblées par Wölfler, 24 malades ont eu de 2 à 4 ans de survie. Les malades ne souffrent pas non plus après l'opération et s'alimentent bien. Mais il ne faut pas oublier que la résection ne peut se faire que pour des néoplasmes peu étendus, chez des malades n'ayant pas encore de douleurs violentes, et que si les malades n'avaient pas été opérés, ils auraient eu une survie moyenne plus grande que pour les malades chez lesquels cette opération eût été impossible.

Conclusion. — Étant donné le danger de l'opération et la survie médiocre donnée par une opération aussi grave, il convient d'être modéré dans l'intervention chirurgicale. Ses deux principales indications sont la sténose pylorique précoce et l'intensité très grande des phénomènes douloureux.

Il faut reconnaître toutefois que bien souvent l'opération a été faite tardivement; les résultats seraient certainement meilleurs si l'opération était précoce. La difficulté est alors d'avoir un diagnostic ferme et de persuader le malade et son entourage.

VI. — LINITE PLASTIQUE

Il faut mettre à part, en la rapprochant du cancer, la lésion de l'estomac à laquelle Brinton a donné le nom de *linite plastique*. Sa nature n'est pas encore exactement élucidée; cependant il paraît s'agir d'une forme particulière de carcinome à cellules épithéliomateuses très rares, à stroma scléreux surabondant.

Avant Brinton, divers auteurs et particulièrement Andral, W. Fox, Cruveilhier avaient certainement vu des cas de linite plastique. Cruveilhier⁽¹⁾ avait

(1) *Anat. pathol. génér.*, t. III, p. 25.