

CHAPITRE CINQUIÈME.
CARCINOME DE L'ESTOMAC.

(Cancer de l'estomac.)

Étiologie. L'étiologie générale du carcinome n'entrant pas dans notre cadre, nous nous bornons à mentionner les circonstances qui, de l'aveu de tous, sont de nature à accroître la prédisposition au carcinome de l'estomac.

L'âge exerce une influence marquée. Le cancer de l'estomac s'observe avec une fréquence particulière dans un *âge avancé*, entre la 40^e et la 60^e année. Cependant il se présente quelquefois aussi dans la jeunesse. Nous-même nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs cas entre la 22^e et la 25^e année.

L'influence du *sexe* sur le développement du cancer de l'estomac n'est pas établie.

L'hérédité y joue un rôle de peu d'importance, il est vrai, mais qu'on ne saurait nier complètement. L'exemple le plus célèbre de la transmission héréditaire du carcinome est fourni par la famille des Napoléon.

Les rapports qu'affecte le cancer de l'estomac avec des affections préexistantes de cet organe, présentent un grand intérêt. On ignore si les écarts de régime, l'abus de l'alcool, etc. augmentent la prédisposition au cancer. Par contre, la *relation* que plusieurs prétendent exister *entre le carcinome de l'estomac et un ulcère antérieur* nous semble être très réelle. L'observation clinique autant que l'expérience anatomo-pathologique prouve, par des exemples assez nombreux, que le cancer peut avoir pour base un ancien ulcère stomacal (le plus souvent déjà cicatrisé). L'intéressante découverte récemment faite par HAUSER de végétations épithéliales atypiques se développant sur la cicatrice de l'ulcère rond, est propre à nous faire comprendre l'affinité qui relie l'ulcère au carcinome de l'estomac.

Anatomie pathologique. L'estomac est un des sièges de prédilection du carcinome. Un tiers à peu près de tous les cas de carcinome appartiennent à l'estomac. L'endroit qu'il choisit de préférence, c'est la *région du pylore* et la *petite courbure*. Les carcinomes du cardia et du cul-de-sac de l'estomac sont moins fréquents.

Le néoplasme se présente sous forme de tumeurs circonscrites ou d'une infiltration diffuse et d'un épaissement de la paroi stomacale. Le point de départ du carcinome de l'estomac est toujours la muqueuse. De là le néoplasme se propage au tissu sous-muqueux et à la tunique musculuse. Le tissu connectif et musculaire qui entoure le cancer est quelquefois hypertrophié et considérablement épaissi.

Quant à sa *texture histologique*, le cancer de l'estomac est un *cancer à cellules cylindriques*, qui émane de l'épithélium des glandes. Quand ils sont mous et fongueux les noyaux cancéreux sont désignés sous le nom de *fungus médullaire (carcinome médullaire)*, les noyaux consistants et durs sont qualifiés de *squarreux (carcinome fibreux)*. La surface libre des premiers est très souvent macérée sur un espace assez étendu, d'où résulte l'ulcère cancéreux. Cette ulcération carcinomateuse dépend probablement pour une grande part de la digestion subie par les parties superficielles peu vascularisées de la tumeur. Il suit de là que le fond de l'ulcère cancéreux a le plus souvent un aspect net. Dans beaucoup de cas, surtout chez des personnes jeunes, on trouve dans l'estomac la variété de carcinome qu'on désigne sous le nom de *cancer gélatineux (cancer colloïde)*. Le cancer gélatineux à son tour peut se présenter sous forme de noyaux isolés ou d'infiltration cancéreuse diffuse. — Pour ce qui est des *métastases* carcinomateuses, v. plus bas.

Symptômes et marche de la maladie. La plupart des cancers de l'estomac font leur évolution en revêtant la physionomie d'une affection gastrique grave accompagnée d'un amaigrissement rapide et d'une débilitation générale. Dans un petit nombre de cas seulement, les manifestations relevant de l'estomac se mettent plus ou moins à l'arrière-plan. Ce sont les signes d'un marasme universel progressant sans relâche ou d'une anémie de plus en plus profonde qui prédominent, et la cause véritable de ces phénomènes ne se devine guère et ne se dévoile que plus tard dans toute sa réalité.

Les *symptômes gastriques* que provoque le cancer de l'estomac n'offrent rien de bien caractéristique. Ils consistent dans les troubles digestifs que nous avons énumérés à diverses reprises. Les malades ont *peu d'appétit*. Tout ce qu'ils prennent leur dérange l'estomac. Ils ont souvent, surtout après les repas, un sentiment de *pesanteur* à l'*épigastre*. Parfois cette sensation s'accroît jusqu'à constituer une *gastralgie* véritable. Beaucoup de malades souffrent de *réurgitations* incessantes. Les *vomissements* sont fréquents dans quelques cas, exceptionnels dans d'autres. La matière du vomissement ne consiste souvent qu'en mucosités et débris d'aliments. Mais quelquefois, par le sang qui s'y mêle, elle prend un aspect très caractéristique et précieux pour le diagnostic du carcinome.

Des gastrorrhagies plus considérables et à leur suite des *vomissements de sang* pur ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans le cancer de l'estomac, et en tout cas beaucoup plus rarement que dans l'ulcère simple. Par contre, la matière vomie renferme souvent et parfois constamment pendant un temps considérable, du sang décomposé. La plupart des can-

cers ulcérés donnent lieu à des hémorragies modérées qui se renouvellent fréquemment. Le sang épanché dans le ventricule s'altère par l'action du suc gastrique, l'hémoglobine rouge se transforme en hématine noire, et c'est ainsi que se produit la nuance « *marc de café* » ou « *chocolat* » qui a une grande valeur pour le diagnostic du carcinome. Pour s'assurer que le vomissement renferme du sang, on institue l'analyse spectroscopique ; on peut faire aussi l'« *essai de l'hémine* ». A cet effet, dans un verre de montre, on chauffe jusqu'à ébullition une petite quantité de la matière vomie, avec un peu de vinaigre radical et quelques grains de sel de cuisine. Si alors on laisse évaporer une goutte de ce mélange sur une lame porte-objet, on voit se former rapidement des *cristaux rhomboïdaux d'hémine* d'un brun foncé, facilement reconnaissables au microscope (v. Fig. 35). Disons enfin qu'en cas d'ulcération la matière peut répandre une odeur tellement

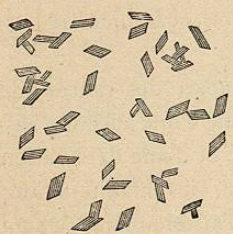


Fig. 35.
Cristaux d'hémine.

nauséabonde qu'on pourrait la prendre pour un vomissement de matière fécale.

L'examen microscopique des matières fraîchement rendues permet parfois d'y reconnaître des hématies encore parfaitement rouges. Il est rare qu'on découvre d'autres éléments caractéristiques. Ce n'est que par exception qu'on retrouve dans le vomissement des *particules cancéreuses* qui nécessairement confirment le diagnostic. Les *sarcines* se

rencontrent assez souvent dans le cancer, comme du reste dans les autres affections gastriques.

L'examen du suc gastrique est d'une importance diagnostique évidente (v. plus haut p. 569). Comme VON DEN VELDEN l'a démontré le premier, l'acide chlorhydrique libre manque dans la plupart des cas de cancer, ou tout au moins il ne se décèle pas sous l'influence des réactifs connus (violet de méthyle), tandis que l'acide lactique au contraire s'y rencontre quelquefois en abondance et longtemps encore après l'ingestion des aliments. Dès lors la force digestive du suc gastrique a considérablement baissé chez les carcinomateux, comme on peut aisément s'en convaincre en faisant avec lui un essai de digestion artificielle. Nous ignorons encore le motif de cette absence presque constante d'acide chlorhydrique dans le carcinome. Il est probable que le phénomène ne dépend pas immédiatement du carcinome comme tel, mais du catarrhe de la muqueuse restante lequel accompagne d'ordinaire le carcinome. Pareillement, quand la muqueuse, comme on l'a démontré plusieurs fois déjà, est fortement atrophiée, la production d'acide chlorhydrique s'arrête.

L'examen objectif de l'estomac, la palpation surtout, donne des résultats

plus importants. Très souvent la néoplasie est perceptible d'une manière plus ou moins nette à travers la paroi abdominale et donne la sensation d'une *tumeur dure et inégale*. La tumeur siège ordinairement à l'épigastre. Cependant, elle peut aussi, d'après l'endroit qu'elle occupe, être sentie plus vers le bas ou sur le côté. Il faut bien noter que l'estomac peut changer considérablement de place à cause de la tumeur qu'il renferme. C'est ainsi que nous avons vu un cancer pylorique avec dilatation consécutive de l'estomac, entraîner le pylore si profondément en bas que la tumeur se percevait à travers les parois abdominales à une paume de main au-dessus de la symphyse pubienne. On a observé qu'en quelques circonstances la tumeur se déplace d'après que l'estomac est plus ou moins rempli. Sa situation dépend aussi des mouvements respiratoires. Parfois, et notamment quand elle adhère au foie, elle subit à chaque inspiration un mouvement manifeste de descente, dans d'autres cas ce glissement fait entièrement défaut.

Dans un nombre moins considérable de cas on ne constate aucune apparence de tumeur à la région de l'estomac pendant toute la durée de la maladie. Alors aussi le diagnostic ne peut que bien rarement être posé avec certitude. Cette absence de tumeur se remarque surtout en cas d'*infiltration cancéreuse diffuse* de la paroi de l'estomac. Dans ces conditions il existe parfois à l'épigastre une résistance et une dureté particulières auxquelles on ne peut pourtant pas assigner une origine néoplasique. De plus, une intumescence tangible se dérobe parfois à la palpation, quand la néoplasie végète vers l'intérieur, dans le vide de l'estomac. Enfin, la tumeur peut tellement se cacher sous le foie et le rebord costal antérieur qu'elle n'est pas accessible à la main. Ce sont les cancers du cardia, de la paroi postérieure de l'estomac et de la petite courbure, qui échappent le plus souvent à la palpation.

La *percussion* au niveau du carcinome de l'estomac donne rarement un son complètement sourd ; d'ordinaire la résonance est mate-tympanique, circonstance qui peut avoir de la valeur pour différencier le cancer de l'estomac de celui du foie.

Indépendamment des symptômes qui résultent directement du néoplasme, on découvre souvent à l'examen objectif de l'estomac, d'autres phénomènes qui dépendent d'états consécutifs. C'est ainsi que dans la plupart des cas de carcinomes du pylore, on peut constater une *dilatation secondaire du ventricule*.

Outre les manifestations du côté de l'estomac, les troubles de la nutrition générale occupent le premier plan dans le tableau morbide. Parfois c'est un amaigrissement frappant qui constitue le premier symptôme dont le malade se préoccupe. Cet amaigrissement s'observe de bonne heure quand

l'anorexie et des vomissements fréquents ouvrent la marche. En outre, les malades prennent peu à peu cet aspect *sale* et *cachectique* qui caractérise la plupart des carcinomes. Parfois se développe une *anémie* extraordinaire. La peau devient d'une pâleur cireuse et toutes les conséquences de la plus profonde anémie se déroulent (anémie cérébrale, souffles cardiaques accidentels, etc.). Le *sang* présente des altérations manifestes, des microcytes et des poikilocytes, de sorte que des confusions ont lieu à diverses reprises entre le cancer de l'estomac et l'anémie pernicienne essentielle (v. plus bas). L'origine d'une anémie aussi profonde n'est pas toujours claire. Une fois nous avons découvert dans les os une infinité de *noyaux métastatiques cancéreux*, constatation intéressante, parce que, à raison des relations qui existent entre la moëlle osseuse et la formation du sang, elle rend compte de l'anémie. Quoi qu'il en soit, les profondes anémies consécutives au cancer et à d'autres affections chroniques de l'estomac (ulcère), ne doivent pas hic et nunc être mises sur la même ligne que l'amaigrissement et la cachexie par inanition. Une anémie très prononcée n'est pas du tout incompatible avec une nutrition relativement bonne.

Dans la période avancée de la maladie apparaissent souvent des *œdèmes* légers aux malléoles, aux jambes, au dos de la main, etc. Ils s'expliquent, comme la plupart des œdèmes cachectiques et anémiques, par la nutrition défectueuse des parois vasculaires, par l'hydrémie et la faiblesse concomitante du cœur.

Il est assez rare que des *symptômes* marquants se manifestent de la part des autres organes. Les *métastases cancéreuses* présentent de l'importance. Elles se développent le plus souvent dans le *foie*. Quand le foie est largement envahi par le cancer, le carcinome primitif de l'estomac s'efface parfois derrière les manifestations prédominantes du cancer hépatique. La *carcinose secondaire du péritoine* provoque communément des symptômes cliniques très prononcés (ascite, douleurs abdominales, etc.). Les autres métastases qui se forment souvent dans les *ganglions lymphatiques* mésentériques et rétropéritoniaux, dans le *poumon*, etc., donnent rarement lieu à des signes cliniques particuliers. Disons encore que chez les malades atteints de carcinome de l'estomac, il existe parfois un engorgement des ganglions du creux susclaviculaires (surtout à gauche) et que beaucoup de médecins attachent à ce signe une certaine valeur diagnostique.

La propagation par voie de contiguïté du cancer aux organes voisins se rencontre assez rarement. Rappelons ici à titre de curiosité un fait de notre observation : le néoplasme, après avoir fait adhérer la paroi antérieure de l'estomac à la paroi abdominale, envahit celle-ci, perça la peau de l'épigastre et finit par se faire jour au dehors sous forme d'une tumeur grosse

comme le poing. Les carcinomes ulcérés qui rongent toute l'épaisseur de la paroi de l'estomac peuvent donner lieu à une perforation et à la *péritonite* secondaire. Si une adhérence préalable s'est établie entre l'estomac et une anse intestinale avoisinante, la perforation fait communiquer anormalement l'estomac et l'intestin. Cette *perforation* a lieu le plus souvent dans le *colon transverse*, plus rarement dans l'*intestin grêle*.

La *constipation* est de règle dans la plupart des cancers de l'estomac. La diarrhée est l'exception. L'*urine* est le plus souvent pâle, légèrement acide et diminuée en quantité selon que l'alimentation est plus ou moins réduite et que les vomissements sont plus ou moins fréquents. Au *cœur* on peut entendre des souffles anémiques légers. Le *pouls* est ordinairement accéléré, plus rarement retardé dans les degrés extrêmes de l'inanition. La température est normale, parfois aussi un peu au-dessous de la normale. Quand il y a complication inflammatoire, de même que dans les phases ultimes de l'anémie, il peut y avoir des *mouvements fébriles*.

La *marche totale de la maladie* dure d'ordinaire d'un à deux ans. Il est rare d'observer une durée plus longue. Cela a lieu quand le carcinome a pour base un ulcère antérieur. En ce cas, les symptômes de l'ulcère se transforment petit à petit en symptômes cancéreux. Considérée à part, l'évolution du cancer de l'estomac est naturellement sujette à beaucoup d'oscillations et de variations. Tantôt on voit prédominer les symptômes généraux, la faiblesse générale et l'amaigrissement, et tantôt les manifestations qui se rapportent directement à l'estomac.

Enfin, l'*issue mortelle* de la maladie se produit sous l'image d'un affaiblissement général de plus en plus profond, plus rarement à la suite de complications. Dans quelques cas se développe, d'une manière assez soudaine, un état nerveux grave dont les symptômes rappellent ceux du coma diabétique (sommolence, dyspnée particulière avec des inspirations profondes et qui exigent de grands efforts) (v. y.), et qui se termine presque toujours par la mort. — Le cancer de l'estomac est *incurable*.

Diagnostic. Indépendamment des symptômes habituels qui dénotent la présence d'une affection de l'estomac (douleur, éructations, vomissements, etc.), c'est la découverte objective d'une *tumeur* située dans la région épigastrique qui permet de diagnostiquer le cancer avec une certitude approximative. Comme arguments accessoires on invoque dans la plupart des cas l'amaigrissement des malades, leur aspect cachectique, leur âge avancé, etc. Ainsi qu'il a été dit plus haut, parmi les symptômes se rapportant spécialement à l'estomac, c'est le vomissement de masses sanguinolentes ressemblant à du marc de café qui constitue le signe le plus caractéristique du cancer.

Il n'est pas toujours facile de discerner positivement si une tumeur perçue dans la région de l'estomac émane en réalité de cet organe. Les caractères principaux d'une tumeur carcinomateuse de l'estomac ont été décrits plus haut. On la confond le plus aisément avec le carcinome du lobe gauche du foie, du pancréas, de l'épiploon, du colon transverse, etc. Il est impossible de donner à cet égard une description générale du diagnostic différentiel, attendu que les éléments et les difficultés du diagnostic varient dans chacun de ces cas douteux. Une appréciation exacte de toutes les circonstances, l'expérience personnelle la plus vaste possible dans le domaine de la clinique et de l'anatomie pathologique, garantissent le mieux contre des erreurs auxquelles les plus habiles ne savent pas toujours se soustraire.

Il est très difficile, parfois même impossible, de décider si une tumeur nettement perceptible et dépendant certainement de l'estomac est un carcinome ou un épaissement calleux circonscrit, une hypertrophie de l'estomac consécutifs à un ulcère simple. C'est surtout quand il y a de petits noyaux d'induration au pylore avec dilatation secondaire de l'estomac qu'on est dans l'impuissance de discerner entre un carcinome et une cicatrice ulcéreuse épaissie. Les symptômes cliniques ne nous aident absolument en rien dans ces cas, puisque les signes du rétrécissement pylorique sont exactement les mêmes de part et d'autre. Il n'y a que l'âge du malade, la durée de la maladie et certains signes caractéristiques antérieurs qui mettent sur la voie d'un diagnostic de probabilité. En même temps il faut songer que, ainsi qu'il a été dit plus haut, les vieilles cicatrices d'ulcère constituent parfois le terrain sur lequel s'élève le carcinome. En ce cas le commémoratif relate parfois la préexistence des symptômes manifestes de l'ulcère (cardialgies, vomissements de sang, etc.), tandis que l'examen objectif permet de conclure dans la suite à la présence d'une végétation carcinomateuse, grâce à la découverte d'une tumeur et à l'absence constatée d'acide chlorhydrique libre. Dans des cas douteux de cette nature, comme dans tous les autres d'ailleurs, l'absence persistante d'acide chlorhydrique libre dans le contenu gastrique peut être interprétée en faveur d'un carcinome, tandis qu'inversement la découverte plusieurs fois constatée d'acide chlorhydrique est un argument décisif contre l'existence d'un carcinome de l'estomac.

Remarquons encore, comme notre expérience personnelle nous y autorise, que, sans ulcération préalable, il peut exister une *hypertrophie pylorique simple, non cancéreuse, avec rétrécissement*, qu'en clinique il est impossible de distinguer du carcinome du pylore. L'autopsie même n'est parfois pas en état de séparer à première vue le cancer de la cicatrice ulcéreuse simple ou de l'hypertrophie. Il n'y a que l'examen microscopique de la tumeur et les productions métastatiques qui rendent le diagnostic certain.

Dans les cas de carcinome de l'estomac où il n'y a pas de tumeur à sentir, le diagnostic positif rencontre toujours de grandes difficultés. En général, chaque fois que chez un vieillard on constatera de graves symptômes gastriques qu'on ne s'explique pas autrement, on songera à la possibilité d'un carcinome. Plus les caractères généraux du cancer (émaciation progressive, aspect cachectique) se manifestent, plus on a de motifs de craindre. Dans ces conditions, l'examen du contenu de l'estomac prend une grande importance : si on y trouve (v. plus haut) une quantité notable d'acide chlorhydrique, on est en possession d'un argument très probant à l'encontre du carcinome. Mais si le réactif de l'acide chlorhydrique ne dit rien, le soupçon d'un carcinome se renforce d'autant, quoiqu'il ne s'élève pas au degré de certitude, vu que dans le catarrhe atrophique grave, l'acide chlorhydrique peut également manquer tout à fait. Trouve-t-on du sang décomposé dans le contenu de l'estomac (vomissement marc de café, v. plus haut), c'est là, comme nous l'avons dit, un signe presque certain du carcinome.

La distinction entre l'*ulcère de l'estomac* et le *carcinome* peut parfois aussi n'être pas facile. En général cependant le diagnostic s'établit eu égard à la durée beaucoup plus longue de la maladie en cas d'ulcère, à l'âge relativement moins avancé de la vie auquel apparaît ce dernier, à la proportion considérable d'acide chlorhydrique que contient le contenu gastrique, aux vomissements caractéristiques, à l'hématémèse, etc.

Traitement. Le traitement doit se borner à soulager les souffrances du malade. Nous ne possédons aucun moyen d'enrayer la croissance du cancer. L'*écorce de condurango* (décoction d'écorce de condurango 15,0 : 150,0, sirop d'écorces d'oranges 10,0) recommandée il y a quelques années par FRIEDREICH contre le cancer de l'estomac, n'a pas répondu à l'espoir qu'on fondait sur elle. On peut pourtant la prescrire avec avantage, puisqu'elle paraît être un excellent stomachique.

L'unique moyen de guérison du carcinome de l'estomac, c'est son *ablation* telle qu'elle a été pratiquée par BILLROTH le premier. Les nombreuses tentatives opératoires qui ont marqué ces dernières années, ont, malgré beaucoup d'insuccès, abouti à quelques résultats parfaitement avantageux. En conséquence, on est généralement autorisé, pourvu d'ailleurs que l'intervention chirurgicale soit encore possible, à proposer au malade une *incision exploratrice*. C'est seulement après la mise à nu de la tumeur que la question de l'opérabilité pourra se décider avec certitude. — Nous n'allons pas à cet égard entrer dans plus de détails.

Le *traitement symptomatique* du cancer de l'estomac a recours aux moyens que nous avons mentionnés à plusieurs reprises dans les chapitres antérieurs. A part le *régime* à régler, il y a lieu d'administrer l'*acide chlorhydrique*,

parce que, comme nous l'avons dit, il fait précisément défaut chez les carcinomateux. Pour le reste, la médication est purement symptomatique. On combattra les *douleurs* au moyen de narcotiques et d'applications chaudes ou froides sur la région de l'estomac. On donnera contre les *vomissements* opiniâtres, de petites doses d'opium ou de morphine, du chloral, des pilules de glace, de la créosote, de la teinture d'iode, etc. S'il y a beaucoup de *renvois* acides, on prescrira du bicarbonate de soude, de la magnésie, etc. Le *lavage* méthodique de l'estomac, surtout dans le cancer du pylore avec dilatation consécutive, donne de très bons résultats, mais malheureusement ils sont passagers. Les différents remèdes stomachiques et amers sont également indispensables dans la pratique. On s'attachera surtout à maintenir, autant que possible, les forcés du malade et à calmer son moral pour adoucir sa triste fin.

CHAPITRE SIXIÈME.

DILATATION DE L'ESTOMAC.

(Gastro-ectasie, ectasie stomacale.)

Étiologie et anatomie pathologique. La dilatation de l'estomac est la plupart du temps un état *secondaire* qui succède au *rétrécissement du pylore*. Comme nous avons vu au chapitre précédent, ce sont surtout les *néoplasmes (carcinomes)* et les *cicatrices d'ulcères pyloriques* qui entraînent le rétrécissement. Il est plus rare de voir le pylore se rétrécir par suite d'une compression qui agit du dehors. Outre les tumeurs du voisinage qui aplatisent la partie pylorique de l'estomac, d'après BARTELS (dont l'opinion n'a pas encore été confirmée) le *rein mobile droit* peut rétrécir le pylore et le commencement du duodénum au point de devenir une cause de dilatation de l'estomac.

On doit se représenter la *dilatation de l'estomac qui se forme à titre de conséquence de la sténose pylorique* exactement de la même façon que la dilatation du cœur gauche à la suite du rétrécissement de l'aorte. La difficulté qu'éprouvent les aliments à passer de l'estomac dans le duodénum, oblige la tunique musculuse de l'estomac à un surcroît d'action qui force l'obstacle entièrement ou du moins à un certain degré. Cette augmentation de travail se traduit, dans la plupart des rétrécissements du pylore, par une *hypertrophie du tissu musculux* de l'estomac, surtout de l'anneau pylorique. Ce n'est que lorsque le contenu de l'estomac ne peut plus être complètement foulé à travers le pylore par le système musculaire hypertrophié, que la dilatation se forme. Les aliments ingérés restent en partie dans l'estomac

et s'y accumulent en quantités de plus en plus considérables. Leur pesanteur et la pression qu'ils exercent produisent, par une action purement mécanique, une ampliation progressive de l'estomac. Ajoutons que dans les matières demeurées stagnantes s'établissent de bonne heure des processus de décomposition. Les gaz qui se développent dans des proportions anormales contribuent beaucoup à cette dilatation mécanique. Bientôt, l'irritation chimique excessive qui en résulte et les autres agents d'inflammation qui se forment produisent un état catarrhal de la muqueuse. Celui-ci rend la paroi encore plus lâche, diminue la résorption du contenu de l'estomac et agit à son tour dans le sens de la dilatation. De sorte que, par la réunion de tous ces facteurs travaillant de concert, l'estomac finit par s'amplifier au point d'acquies des dimensions triples ou quadruples de son volume ordinaire et de pendre comme une outre relâchée au fond de la région hypogastrique.

On rencontre rarement des *dilatations de l'estomac sans rétrécissement du pylore*. En tout cas, ces ectasies n'atteignent jamais un grand volume. A un faible degré elles doivent être assez communes, mais elles sont d'un diagnostic si difficile et si incertain qu'il n'y a pas moyen de bien juger de leur fréquence. La cause de ce genre de dilatation consiste souvent en une *laxité anormale de la paroi*, surtout de la tunique musculuse. Cette laxité est parfois occasionnée par une faiblesse congénitale des muscles de l'estomac, d'où résulte qu'il se vide incomplètement et que les matières y stagnent et s'accumulent facilement. Dans d'autres cas, la relaxation anormale de la paroi gastrique tient à une maladie de l'organe. C'est ainsi qu'une dilatation de dimension moyenne peut succéder à un catarrhe de longue durée. Comme conséquence d'un affaiblissement général (maladies graves, anémie, etc.) on a également observé des dilatations qui s'expliquent par une atonie du système musculaire du ventricule. Dans toutes ces conditions, l'*insuffisance musculaire* joue le grand rôle, parce qu'elle amène aisément une accumulation de matières. Dans la gastrite chronique il est plus que probable qu'il se produit souvent de semblables parésies musculaires, telles par ex. qu'on les observe aux muscles du larynx consécutivement aux catarrhes laryngés.

Enfin il nous reste à mentionner une dernière cause qui peut engendrer la dilatation de l'estomac : c'est l'ingurgitation longtemps continuée et excessive de masses d'aliments et de boissons. On connaît depuis longtemps l'*ectasie stomacale* de grande dimension que présentent les *personnes qui par habitude l'estent leur estomac d'une façon colossale*. Cela ne se rencontre pas seulement chez les gourmets et les fins buveurs, mais aussi chez les pauvres gens qui doivent compenser la mauvaise qualité de leur alimentation