

malades ont souvent des indigestions; elles se terminent par des vomissements qui amènent un soulagement complet.

Le matin, à jeun, ils éprouvent des nausées suivies de vomissements aqueux parfois striés de sang, d'un goût amer, auxquels on donne le nom de *pituite*.

L'amaigrissement est peu prononcé, mais la face est décolorée; la langue et le pharynx sont recouverts d'un enduit muqueux, adhérent et visqueux; les malades ont une soif constante, mais *peu d'appétit*, la sécrétion salivaire est augmentée.

Toute une série de *troubles nerveux*, d'origine réflexe, se surajoutent chez certains sujets à ces troubles fonctionnels: des migraines fréquentes, de la céphalalgie, des vertiges, des accès de tachycardie ou de palpitations, des crises rappelant celles de l'angine de poitrine, enfin des *accès d'oppression* attribués par POTAIN à la dilatation du cœur droit sous l'influence d'une constriction réflexe des vaisseaux pulmonaires. C'est la muqueuse gastrique pathologiquement excitée qui serait le point de départ de tous ces réflexes.

L'*examen objectif* montre habituellement l'estomac dilaté. Le lavage pratiqué à jeun ramène un liquide muqueux et des débris alimentaires. L'exploration de la sécrétion gastrique après un repas d'épreuve montre une diminution de l'acide chlorhydrique, un excès d'acide lactique et de l'acide butyrique reconnaissable à son odeur de beurre rance. L'albumine et la fibrine sont mal digérées; par suite de l'absence de ferment *lab*, le lait n'est plus coagulé (BOUVERET). Enfin la motilité gastrique est ralentie.

**4° Évolution et pronostic.** — A son début, la gastrite chronique est susceptible de s'amender si on supprime sa cause; plus tard ses lésions deviennent irrémédiables et elle aboutit à l'atrophie. Bien avant cette terminaison, on voit survenir des troubles profonds de la nutrition (amaigrissement, diarrhée, sueurs), par suite d'altérations intestinales consécutives. Elle constitue une prédisposition importante de la tuberculose.

**5° Diagnostic.** — L'*hyperchlorhydrie* et l'*ulcère* se distin-

guent par la douleur épigastrique, ici absente ou très peu marquée, et par l'examen du suc gastrique qui montre un excès d'HCl au lieu de sa diminution.

Le *cancer* de l'estomac peut présenter à son début les mêmes symptômes fonctionnels que la gastrite chronique et les mêmes modifications du chimisme, mais l'état général est beaucoup plus touché; le teint est jaune paille, la nutrition compromise, l'anémie précoce; la constatation de l'engorgement ganglionnaire, de la tumeur gastrique ou d'une hypertrophie bosselée du foie lèveraient évidemment tous les doutes.

**6° Traitement.** — Il doit s'adresser aux causes nocives qu'il s'agit tout d'abord de supprimer (voy. à l'*Étiologie*). On doit restreindre la quantité des boissons et des aliments: il faut qu'ils soient suffisamment nutritifs sous un petit volume (œufs, lait, viandes, purées). Les amers, l'acide chlorhydrique (2 grammes par jour) sont tout indiqués; il faut y joindre le lavage lorsque l'estomac se vide mal.

## ARTICLE V

## ULCÈRE ROND

Cette maladie, encore appelée *ulcère simple* a été isolée par CRUVEILHIER en 1830; d'où le nom de *maladie de Cruveilhier* sous lequel on la désigne également.

**1° Étiologie.** — L'ulcère rond, deux ou trois fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme, se rencontre surtout de vingt à trente ans. Parmi ses causes importantes figure la chlorose, que nombre d'auteurs (LUTON) considèrent comme secondaire à l'ulcère; en tout cas, la coexistence des deux affections est souvent notée. Le traumatisme de la région épigastrique a paru jouer dans quelques cas un rôle évident; cependant, le plus souvent, la plaie gastrique se cicatrise: il faut des troubles profonds de la sécrétion pour que l'autodigestion se



produise et la transforme en ulcère rond. Les excès de table, les troubles digestifs antérieurs, l'usage des aliments trop chauds, sont aussi des causes ordinairement citées; mais celle qui domine toutes les autres est l'hyperchlorhydrie (voy. p. 444).

**2° Anatomie pathologique.** — L'ulcère rond a son siège de prédilection au niveau de la paroi postérieure de l'estomac, de la petite courbure et de la région pylorique. Il n'est pas toujours unique : il peut y avoir plusieurs ulcères. Quelquefois ils sont tous au même degré de leur évolution; d'autres fois, les uns sont cicatriciels, les autres en pleine activité.

**A. ANATOMIE MACROSCOPIQUE.** — L'ulcère est arrondi, cratéri-forme; ses bords sont comme taillés à l'emporte-pièce, le fond n'est pas plat, mais se compose d'une série de gradins concentriques, dont l'ensemble forme un cône à sommet dirigé vers l'enveloppe péritonéale de l'estomac. Ce fond répond soit aux fibres de la membrane *musculeuse*, mises à nu par l'ulcération, soit à un organe voisin (foie, rate) qui fait corps avec l'estomac. Les artérioles gastriques sont comme sectionnées par l'ulcère : tantôt elles sont fermées, et dans ce cas leur oblitération contribue à l'extension de l'ulcère par auto-digestion, à cause de la nécrobiose des tissus voisins par irrigation défectueuse; tantôt leur lumière reste béante, ce qui explique la fréquence et la gravité des *hémorragies*. L'artère coronaire, la splénique, la gastro-épiploïque sont celles qu'on a trouvées le plus souvent intéressées dans les cas d'hémorragie mortelle.

Les dimensions de l'ulcère sont variables : on les a vu faire le tour d'un des orifices de l'estomac, cardia ou pylore; dans ce cas, leur cicatrisation doit forcément entraîner le rétrécissement de ces orifices.

Au contact de l'ulcère, le péritoine réagit; il se forme des *plaques de périgastrite*, qui, à la palpation peuvent pendant la vie en imposer pour une tumeur. Des adhérences unissent l'estomac aux organes voisins, de telle sorte que lorsque ses tuniques sont perforées de part en part, c'est le tissu même de ces organes qui vient former le fond de l'ulcère qui les envahit à leur tour. Le pancréas est l'organe le plus souvent intéressé; son paren-

chyme est parfois dissocié et digéré; vient ensuite le foie, qui est attaqué dans son lobe gauche par les ulcères de la région pylorique; la rate n'est envahie qu'exceptionnellement car la grosse tubérosité n'est pas un siège habituel de l'ulcère. Enfin un ulcère de la petite courbure peut, après avoir perforé le centre phrénique, ouvrir le péricarde ou entamer le cœur lui-même.

Lorsque la séreuse péritonéale n'est pas protégée par des adhérences, l'extension en profondeur de l'ulcère aboutit à une *perforation*; il en résulte une péritonite généralisée, ou une péritonite localisée : dans ce dernier cas, on trouve une vaste cavité remplie de pus et de gaz, limitée en haut par le diaphragme, en bas par l'estomac, le foie et le colon tapissés de fausses membranes, en avant par la paroi abdominale (pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique).

Enfin, lorsque l'estomac adhère à l'intestin, il en peut résulter une communication entre les deux (fistule gastro-intestinale, fistule gastro-colique), etc.

L'ulcère n'a pas toujours cette marche envahissante et progressive; il *se cicatrise* dans un nombre de cas à peu près égal. La cicatrice est étoilée et plissée, à bords indurés au point de simuler parfois un squirrhe, doublée d'adhérences péritonéales qui l'unissent aux organes voisins. Lorsqu'elle siège au voisinage du cardia ou du pylore, elle peut en déterminer l'occlusion ou le rétrécissement, avec toutes leurs conséquences.

**B. ANATOMIE MICROSCOPIQUE.** — Au niveau de l'ulcère, la paroi stomacale est infiltrée de leucocytes ou de cellules rondes pénétrant entre les tubes glandulaires; les capillaires sont thrombosés; les artérioles présentent des lésions d'endartérite végétante, parfois oblitérante (CORNIL et RANVIER). La muqueuse stomacale présente les lésions de la gastrite hyperpeptique (HAYEM), caractérisée par l'augmentation de nombre et de volume et l'aspect granuleux des cellules bordantes ou cellules de revêtement des glandes gastriques, constatation très importante au point de vue pathogénique. Dans quelques cas, ces lésions glandulaires sont généralisées à la totalité de la muqueuse gastrique; on a égale-



ment signalé à distance, dans son épaisseur, des foyers d'infiltration interstitielle (LAVERAN).

Au niveau des cicatrices, les glandes sont hypertrophiées, enroulées sur elles-mêmes (adénome gastrique); cette lésion irritative épithéliale peut aboutir à la formation d'un cancer.

**3° Symptômes.** — L'ulcère rond peut avoir un *début* brusque et violent; rarement il s'annonce par une perforation de l'estomac, comme dans le cas d'Henriette d'Angleterre; beaucoup plus souvent il débute par une hématomèse. Mais dans la plupart des cas cet accident n'est initial qu'en apparence; depuis plus ou moins longtemps les malades accusaient des troubles gastriques divers, de la douleur augmentée ou provoquée par l'ingestion des aliments, des signes de dilatation de l'estomac, d'hyperchlorhydrie ou de maladie de Reichmann.

A la période d'état, les principaux symptômes sont la douleur, les vomissements et les hémorragies.

1° La *douleur*, comparée à celle d'une plaie à vif, est quelquefois tellement intense qu'elle s'accompagne de pâleur et de petitesse du pouls. Elle est *réveillée par l'ingestion des aliments* à cause de leur contact avec la muqueuse ulcérée. Les aliments durs, la viande, le pain, les boissons acides ou alcooliques, trop froides ou trop chaudes, la provoquent facilement et la rendent atroce. Les malades cherchent à l'atténuer par des changements d'attitude. Elle débute pendant le repas ou immédiatement après, et persiste pendant une heure ou davantage à moins qu'un vomissement, en évacuant l'estomac, ne vienne y mettre un terme. Souvent elle présente une recrudescence très marquée trois ou quatre heures après le repas, indice de l'hyperchlorhydrie à laquelle l'ulcère est fréquemment lié.

La douleur quel que soit le siège de l'ulcère, est localisée au creux épigastrique où la moindre pression l'augmente; mais il y a ordinairement un point très limité sur lequel il suffit d'appuyer le doigt pour la rendre intolérable; elle s'accompagne d'un point douloureux dorsal (*douleur en broche*). Des irradiations douloureuses se font vers les épaules, les lombes, les espaces intercostaux.

2° Les *vomissements* surviennent immédiatement après les repas; ils sont alors alimentaires, et mettent fin à la crise douloureuse. Indépendamment des repas surviennent pendant la journée des vomissements muqueux, abondants, dus à la gastrite hyperpeptique. Enfin les malades traversent parfois des périodes d'intolérance gastrique pendant lesquelles toute alimentation, même bornée à l'ingestion de liquides, devient impossible.

3° Les *hémorragies* sont variables dans leur intensité. Tantôt il s'agit d'un simple suintement sanguin, communiquant aux vomissements une teinte noirâtre, une couleur de suie ou de marc de café, qu'on retrouve aussi dans les selles (*melœna*); l'examen microscopique (présence des globules sanguins) ou chimique, est parfois nécessaire pour affirmer qu'il s'agit bien de sang. Tantôt il s'agit d'hémorragies importantes, dues aux artérioles béantes intéressées par l'ulcère: le sang séjourne alors peu de temps dans l'estomac: il est rutilant, vermeil et l'hématémèse est abondante; elle est précédée de pâleur de la face, de nausées avec sensation de chaleur ou de pesanteur à l'épigastre, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, de tendance à la syncope, de refroidissement des extrémités. Les hémorragies se produisent avec prédilection après le repas et, chez la femme, pendant les règles. L'ulcération de l'artère coronaire ou splénique provoque une hématomèse foudroyante; le malade pâlit brusquement, tombe comme une masse et meurt en rendant quelques gorgées de sang rouge.

En même temps qu'on observe ces trois grands symptômes, ou même en leur absence, les *fonctions digestives* sont généralement troublées avec les caractères qu'elles présentent chez les hyperchlorhydriques: appétit capricieux, constipation, douleurs constantes au niveau de l'estomac avec sensation de faim, régurgitations acides pendant la digestion. Le *chimisme stomacal* montre qu'il y a toujours ou presque toujours de l'hyperchlorhydrie, seule ou associée à l'hypersecretion gastrique. Pour cette recherche il faut, en général, se contenter de l'examen des matières vomies, l'introduction de la sonde pouvant provoquer une perforation.



Dans bien des cas, les symptômes locaux fonctionnels font défaut et l'évolution de l'ulcère ne se traduit que par une *anémie* intense, résultant des hémorragies répétées et pouvant prendre le masque de la chlorose, ou bien par une *cachexie* simulant le cancer, par des troubles nerveux, par des troubles utérins (dysménorrhée).

**4° Complications.** — Les plus importantes sont : la perforation, l'hémorragie foudroyante de l'estomac, l'anémie grave (anémie pernicieuse) résultant des troubles gastriques et des hémorragies répétées, les rétrécissements orificiels portant sur le cardia ou le pylore, complication tardive consécutive à la cicatrisation de l'ulcère (voy. p. 484 *Rétr. du pylore*).

La perforation peut se faire dans le péritoine ou *dans les organes voisins* : celle du gros intestin produit une fistule gastro-colique, celle du diaphragme un pneumothorax, celle du péricarde un pyopneumopéricarde ; celle du cœur une hémorragie foudroyante.

La perforation de l'estomac *dans le péritoine* provoque une péritonite généralisée ou enkystée ; elle se produit à l'occasion d'un effort, d'une secousse de toux ou d'un vomissement, quelquefois sans cause occasionnelle appréciable.

La *péritonite généralisée* s'annonce par une douleur subite, très vive, généralisée à tout l'abdomen, et rendue atroce par l'ingestion des boissons, accompagnée de hoquet, de refroidissement des extrémités, avec pouls filiforme et facies grippé. L'abdomen se météorise et la *matité hépatique disparaît* à cause de l'épanchement des gaz dans le péritoine ; souvent les *vomissements font défaut*, car l'estomac vide son contenu dans le péritoine au lieu de l'évacuer par l'œsophage. La mort survient en quelques heures, en deux ou trois jours au plus.

La *péritonite enkystée* (voy. p. 550) débute de la même façon ; seulement, au bout de quelques heures, les symptômes de péritonite généralisée s'atténuent et la douleur se limite à la région sus-ombilicale de l'abdomen, où elle est exagérée par la pression, la toux et l'inspiration profonde. Un foyer purulent se collecte au-dessous du diaphragme dans la profondeur de l'hy-

pochondre gauche : c'est l'*abcès sous-phrénique*. En raison de cette limitation, les vomissements porracés et le météorisme font défaut ; la douleur, très atténuée, est localisée, dans l'hypochondre et s'irradie vers l'épaule. De plus, l'abcès refoule la moitié correspondante du diaphragme et arrive ainsi à faire saillie dans le thorax où il simule un épanchement pleurétique. Si on ponctionne cette collection qui paraît intrapleurale, le pus s'écoule avec plus de force pendant l'inspiration que pendant l'expiration à cause de l'abaissement du diaphragme ; ce serait l'inverse s'il s'agissait d'une pleurésie (*signe de Pfuhl*).

L'abcès sous-phrénique contient le plus souvent des gaz. Aussi la confusion avec un pneumothorax est-elle fréquente. Les éléments de ce diagnostic différentiel sont exposés page 550.

**5° Évolution et pronostic.** — A l'inverse des autres ulcérations gastriques, la maladie de Cruveilhier suit une marche progressive ; mais cette progression n'est pas régulière : elle est entrecoupée de périodes de rémission ou de guérison apparente suivies d'aggravation caractérisée par le retour des douleurs, des vomissements et des hémorragies. L'ulcère rond peut cependant guérir et laisser à sa place une cicatrice. On ne peut affirmer la guérison que lorsque la pression de l'épigastre ne réveille plus aucune douleur depuis longtemps. La guérison n'est en somme définitive qu'après la disparition de tout signe d'hyperchlorhydrie ; l'ulcère peut en effet récidiver. Il peut aussi donner lieu, sur ses bords ou sur sa cicatrice, au développement d'un cancer squirreux, dont les signes se substituent insensiblement à ceux de l'ulcère à l'exception toutefois des modifications du chimisme gastrique : l'hyperchlorhydrie persiste, au point qu'on peut considérer les cancers avec hyperchlorhydrie comme des cancers greffés sur des ulcères. En même temps, la douleur reparaît, accompagné d'anorexie, d'amaigrissement, de perte des forces, de cachexie avec teint jaune pâle ; enfin la palpation fait percevoir une tumeur bosselée trop volumineuse pour être confondue avec une cicatrice d'ulcère.

La durée habituelle de l'ulcère rond est d'environ deux années ; la mort survient soit du fait d'une des complications



énoncées précédemment, soit par inanition, cachexie ou tuberculose. Le pronostic dépend beaucoup de la cause de l'ulcère, plus grave lorsqu'il est lié à l'hypersecretion gastrique; il est plus bénin chez la femme que chez l'homme.

**6° Pathogénie.** — On a considéré l'ulcère simple comme le résultat d'un infarctus par stase veineuse (ROKITANSKY), d'une thrombose, d'une embolie (VIRCHOW); SCHIFF, BROWN-SÉQUARD ont vu se produire des ulcérations gastriques après lésions des centres nerveux. PAVY accorde un grand rôle à la diminution de l'alcalinité du sang, alcalinité qui, normalement, protège la muqueuse contre l'action digestive du suc gastrique. QUINCKE par ses expériences montre que l'anémie retarde la cicatrisation des plaies gastriques. LAVERAN incrimine la gastrite interstitielle qui produirait de légères ulcérations de la barrière épithéliale protectrice. BOETCHER, LETULLE, voyant des colonies microbiennes sur les bords de certains ulcères, concluent à leur origine infectieuse, conséquence de maladies aiguës antérieures. Mais toutes les ulcérations produites par ces divers mécanismes se cicatrisent; elles n'offrent pas la progression caractéristique de l'ulcère rond. Quelle est donc la cause de cette progression? Il faut la chercher dans l'état de la sécrétion gastrique. Le chimisme nous montre l'*hyperchlorhydrie* avec ou sans *hypersecretion*; c'est cette hyperpepsie vraisemblablement liée aux altérations glandulaires énumérées plus haut (gastrite hyperpeptique) qui empêche une ulcération gastrique de se cicatriser et en fait l'ulcère.

**7° Formes cliniques et diagnostic.** — Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on a décrit à l'ulcère une forme gastralgique ou douloureuse, une forme vomitive, une forme hémorragique, une forme dyspeptique, une forme anémique, une forme cachectique, une forme latente ne se manifestant que par une hémorragie foudroyante ou une perforation.

Le diagnostic repose sur les caractères de la douleur remarquable par sa fixité et exaspérée par l'ingestion des aliments, sur l'hyperacidité, sur les hématoméses.

*a.* La *gastralgie des hyperchlorhydriques* simule la douleur de l'ulcère rond, mais elle n'est pas exaspérée par l'ingestion des aliments et on n'observe pas d'hématémèse;

*b.* Les *crises gastriques du tabes* sont intermittentes, s'accompagnent quelquefois de collapsus, et, de plus, on constate les principaux signes de la période préataxique (abolition des réflexes, troubles pupillaires, signe de Romberg);

*c.* Le *cancer*, même lorsqu'il n'est pas perceptible à la palpation, s'accompagne de troubles caractéristiques du chimisme stomacal (*hyperchlorhydrie* ou *anachlorhydrie*), à moins qu'il ne s'agisse d'un cancer greffé sur un ulcère; l'anorexie, le faciès jaune paille, la cachexie avec œdèmes, la généralisation hépatique ou ganglionnaire facilitent le diagnostic.

*d.* La *colique hépatique* se distingue par le maximum de la douleur au voisinage de l'ombilic ou sous le rebord costal droit où la pression l'augmente; on sent parfois la vésicule distendue; la douleur n'est pas exaspérée par les boissons acides; elle s'irradie vers l'épaule droite; enfin les liquides vomis ne contiennent pas un excès d'acide chlorhydrique.

*e.* L'*ulcère du duodénum* se distingue par le siège différent de la douleur au-dessus et à droite de l'ombilic, par son apparition tardive trois ou quatre heures après le repas, par la rareté des vomissements et des hématoméses contrastant avec la fréquence des mélénas.

L'existence de l'ulcère une fois admise, il n'y a pas grand intérêt à préciser son siège. Le diagnostic de l'ulcère de la région pylorique offre toutefois un intérêt pronostique à cause du rétrécissement cicatriciel qu'il est susceptible de déterminer plus tard: il se reconnaît aux *ondulations épigastriques* pendant la digestion, et aux *caractères de la douleur*, plus tardive, survenant à la fin de la digestion gastrique, localisée plus à droite, irradiée dans l'épaule droite, atténuée par le décubitus latéral gauche, augmentée par le décubitus latéral droit.

**8° Traitement.** — Il consiste dans le régime lacté et l'administration du bicarbonate de soude (10 grammes par jour, d'heure en heure pendant les périodes digestives).



Le vin, les acides, la viande doivent être sévèrement proscrits.

Parfois il est nécessaire de mettre l'estomac au repos complet pendant quelques jours, en ne soutenant le malade que par l'alimentation rectale et en calmant sa soif par des lavements.

On passera ensuite au régime lacté pendant deux ou trois semaines, puis on donnera une alimentation progressivement plus substantielle : potages au lait, œufs à peine cuits, bouillon, purées, poudre de viande, volaille ou veau finement haché, fromages frais. On fera ainsi 4 ou 5 petits repas dans la journée, toujours additionnés de bicarbonate de soude. La constipation sera combattue par la rhubarbe ou les lavements laxatifs.

Dans les formes très douloureuses, on a recours à un pansement des ulcérations gastriques connu sous le nom de méthode de FLEINER ; il consiste à faire ingérer 8 à 10 grammes de bismuth en suspension dans un verre d'eau et à immobiliser le malade dans une position telle que l'ulcère réponde à la région la plus déclive de l'estomac, de façon que le bismuth se dépose à sa surface.

Chaque complication de l'ulcère nécessite un traitement spécial : l'hémorragie sera traitée par le repos, la glace, les piqûres de morphine (0,01 à 0,02) et d'ergotine (1 gramme), les injections de sérum artificiel, la transfusion. La perforation, habituellement traitée par la morphine qui prévient la péritonite en immobilisant l'estomac et l'intestin, nécessite parfois l'intervention chirurgicale : celle-ci est tout à fait indiquée dans le cas de péritonite enkystée.

Longtemps après la guérison il faudra prévenir le retour de l'hyperchlorhydrie ou la combattre par un régime approprié : alcalins, alimentation modérée, suppression des boissons alcooliques.

#### ARTICLE VI

### ULCÉRATIONS GASTRIQUES

Indépendamment de l'ulcère rond ou maladie de Cruveilhier, auquel nous consacrons une description spéciale, et des cancers

ulcérés, l'estomac peut présenter une série d'ulcérations ou d'érosions, dont voici les principales causes :

1° *Intoxications* : ingestion d'alcalis, d'acides ou de sublimé (voy. *Gastrites aiguës*), alcoolisme.

La gastrite chronique des alcooliques aboutit assez souvent à la production de petites ulcérations ; elles peuvent même être la cause d'hémorragies considérables lorsqu'une artériole de la sous-muqueuse se trouve intéressée ;

2° *Auto-intoxications* : goutte, urémie, athrepsie, cirrhoses.

Les ulcérations stomacales des brûlés, longtemps attribuées à des embolies, sont plutôt considérées actuellement comme le résultat d'une intoxication ;

3° *Infections ou parasites* : fièvre typhoïde (ulcérations superficielles par folliculite, et profondes par artérite ou thrombose), syphilis (BALZER, DIEULAFOY), pemphigus, lymphadénie gastrique, gastrite phlegmoneuse, charbon, trichinose, tuberculose. Les ulcérations de la tuberculose rappellent assez l'ulcère rond ; elles sont parfois entourées de granulations tuberculeuses ;

4° *Causes mécaniques* : traumatismes, corps étrangers (tourneurs de porcelaine), embolie chez les cardiaques ;

Les ulcérations observées chez les cardiaques asystoliques ne reconnaissent pas l'embolie comme cause univoque ; elles peuvent résulter de l'endartérite ou de l'artério-sclérose.

Ces diverses ulcérations *n'ont pas une marche progressive* comme l'ulcère rond ; elles sont presque toujours multiples et ont pour la plupart une tendance manifeste à la cicatrisation. Leur principal symptôme est la douleur, augmentée par l'ingestion des aliments ; l'hématémèse se produit quelquefois et peut être très abondante.

Une autre variété particulière d'ulcération gastrique, dont la cause est inconnue, bien que quelques auteurs l'attribuent à l'alcoolisme, a été décrite par DIEULAFOY sous le nom d'*exulceratio simplex*. C'est une petite ulcération étalée, ayant tout au plus le diamètre d'une pièce de 1 franc, siégeant de préférence sur la face postérieure de l'estomac et vers la petite courbure ; il faut souvent des recherches minutieuses pour la découvrir. Elle intéresse la muqueuse et la sous-muqueuse, mais ne va pas



plus loin, contrairement à l'ulcère rond ; on voit parfois autour d'elle de petits abcès miliaires ou une augmentation de volume des follicules lymphatiques normaux de la muqueuse gastrique. Les vaisseaux artériels et veineux ne sont pas thrombosés, ce qui explique la production d'hémorragies formidables.

## ARTICLE VII

## CANCER DE L'ESTOMAC

En raison de sa grande fréquence et de l'importance de ses symptômes, le cancer de l'estomac sera décrit à part ; nous consacrons un article succinct à l'étude des autres tumeurs de l'estomac.

**1° Étiologie.** — Le cancer de l'estomac, le plus fréquent des cancers après celui de l'utérus, est une maladie de l'âge mûr ou de la vieillesse ; il existe cependant un *cancer précoce*, frappant de jeunes sujets.

A part l'hérédité, indiscutable dans un grand nombre de cas, on ne sait rien des conditions étiologiques ; les traumatismes de la région épigastrique, les affections chroniques de l'estomac ne sont peut-être pas étrangères à son développement. Dans un certain nombre de cas, le cancer se greffe sur un ancien ulcère rond ; sa symptomatologie présente alors quelques particularités sur lesquelles nous reviendrons. Toutefois, d'après DUPLANT (thèse de Lyon, 1898) cette transformation de l'ulcère en cancer ne serait qu'apparente, on se trouverait en présence d'un cancer à ulcération rapide d'emblée, analogue à l'*ulcus rodens* de la face et qui en impose pour un ancien ulcère.

**2° Anatomie pathologique.** — Tous les auteurs sont actuellement d'avis que le cancer de l'estomac est un néoplasme d'origine épithéliale. Les cellules sont enveloppées d'un stroma connectif, d'importance variable suivant la modalité de l'élément

épithélial et suivant la réaction du tissu conjonctif (THIERSCH, WALDEYER).

La tumeur peut être saillante, végétante ou étendue en nappe. Parfois son centre est ulcéré, formant une vaste perte de substance limitée par des bords durs qui donnent un relief irrégulier.

Elle siège au pylore dans 60 p. 100 des cas, sur la petite courbure (20 p. 100), sur le cardia (10 p. 100), sur la grande courbure (10 p. 100). On peut rencontrer, en outre, des tumeurs secondaires au voisinage de la néoplasie primitive.

**A. ASPECT MACROSCOPIQUE.** — L'aspect macroscopique de ces néoformations est variable ; à ce titre on peut diviser les cancers gastriques en trois groupes principaux : 1° l'*épithélioma cylindrique* et ses variétés donnent à la coupe un tissu rappelant celui des centres nerveux, d'aspect blanchâtre plus ou moins parcouru de travées conjonctives (*forme encéphaloïde*) ; 2° le *squarrrhe*, blanc également, mais dur, criant sous le scalpel, possédant une trame connective de grande importance, est ordinairement bien limité, de petit volume, et se généralise difficilement ; 3° le *cancer colloïde* donne de grosses masses lobulées, d'aspect gélatineux.

La *forme vilieuse*, possédant de véritables franges molles, n'est qu'une variété du premier groupe. On décrit également le *cancer hématoïde* dont l'aspect est dû au développement excessif des vaisseaux de la tumeur et qui se greffe avec la plus grande facilité sur les veines de l'estomac.

L'épithéliome gastrique se généralise fréquemment. Rapidement les ganglions sont infiltrés et, par les lymphatiques, les éléments cancéreux vont se greffer sur le péritoine, la plèvre, et même sur le poumon. On trouve alors la plèvre et le péritoine parsemés de granulations aplaties, comparables à des taches de bougie, et ces cavités séreuses sont remplies d'un liquide séro-fibrineux ou hémorragique. Le foie, grâce aux ramifications gastriques de la veine porte, se trouve chargé de gros noyaux cancéreux dont les éléments rappellent le type de la cellule néoplasique de l'estomac. Les reins, le cerveau, les os, spécialement les vertèbres dorsales, peuvent être atteints.