

cancéreux dont les tissus indurés donnent la sensation d'une tumeur, et d'autre part, il est des cancers de l'estomac qui échappent au palper ou ne forment pas tumeur. Et ainsi de suite pour tous les autres signes, y compris l'amélioration passagère, que le traitement peut donner au cours de la cachexie cancéreuse. Enfin, ce qui complique encore le diagnostic, c'est qu'il est des malades qui, sous les apparences de la cachexie cancéreuse, n'ont en somme que la cachexie inhérente à l'ulcère.

L'étude que nous venons de faire assombrit encore le pronostic de l'ulcère de l'estomac; l'ulcère est déjà grave par ses symptômes, douleurs et vomissements qui peuvent conduire au dépérissement du malade; il est grave par ses complications, hémorrhagies foudroyantes et perforation de l'estomac; il est grave par la fréquence de ses récurrences et enfin par la possibilité de sa transformation en cancer.

§ 13. POLYADÉNOME GASTRIQUE

Ce qu'on appelait autrefois *polypes gastriques*, *gastrites polypeuses*, a reçu aujourd'hui la dénomination plus rigoureuse d'*adénome*. Et, comme les adénomes gastriques sont toujours multiples (on en trouve de trente à plusieurs centaines), Brissaud les a décrits sous le nom de *polyadénome gastrique*.

L'étude du polyadénome gastrique est tout anatomique, car les conditions étiologiques sont encore inconnues et les symptômes de cette affection sont nuls ou presque nuls.

A l'ouverture de l'estomac, les adénomes apparaissent surtout dans les régions pepsinogènes, dans le grand cul-de-sac, sur le bord inférieur, le long de la grande courbure. Ils ont le volume d'une lentille, d'un pois, d'une cerise, d'une noisette, et ce qui est remarquable, c'est l'identité du volume de tous les polypes dans chaque cas. Il semble qu'il s'agisse là d'une éruption dont tous les éléments ont

le même âge et subissent en même temps la même évolution¹. » Au début, la végétation est constituée par une simple élévation de la muqueuse; plus tard, elle tend à se pédiculiser. Ces végétations sont mobiles comme la muqueuse elle-même, elles ne dépassent jamais les couches profondes.

Dans d'autres cas, l'adénome revêt la forme de *plaques*, de *mamelons*; ces mamelons linéairement disposés rappellent un peu les circonvolutions du cerveau.

L'adénome est d'origine glandulaire; on le rencontre dans la gastrite chronique, dans l'ulcère de l'estomac, dans le cancer. On peut même se demander si l'adénome et le polyadénome ne sont pas des intermédiaires entre la gastrite chronique et le cancer.

§ 14. CANCER DE L'ESTOMAC

Avis. — Afin d'éviter les répétitions, je prie le lecteur de vouloir bien compléter la lecture de ce chapitre, consacré au cancer de l'estomac, par la lecture des deux chapitres précédents consacrés à l'ulcère simple de l'estomac et à la transformation de l'ulcère en cancer. Ces trois chapitres se complètent mutuellement : l'anatomie pathologique, la séméiologie et le diagnostic y sont traités à des points de vue un peu différents.

Étiologie. — Comme fréquence, le cancer de l'estomac occupe le premier rang avec le cancer du sein et de l'utérus. Héritaire dans un sixième des cas, plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il apparaît surtout de cinquante à soixante-cinq ans. Le cancer de l'estomac est généralement primitif, contrairement au cancer du foie, qui est presque toujours secondaire. On a prétendu que les chagrins, l'arthritisme, l'herpétisme ne sont pas sans quel-

1. Brissaud. Étude sur le polyadénome gastrique. *Arch. de méd.*, septembre 1885.

que influence sur son développement; ces hypothèses ne me paraissent pas suffisamment justifiées. La gastrite chronique, l'ulcère de l'estomac et le cancer ont des rapports si étroits que le cancer semble dans certains cas se greffer sur les autres lésions de l'estomac; cette question a été discutée au chapitre précédent au sujet de la transformation de l'ulcère en cancer.

Anatomie pathologique. — Les variétés les plus habituelles sont l'épithéliome à cellules cylindriques, l'encéphaloïde, le squirrhe, le colloïde. Le siège de ces lésions est principalement le pylore et la petite courbure; la paroi postérieure est plus souvent envahie que la paroi antérieure. Quand on ouvre un estomac cancéreux, il ne faut pas s'attendre à trouver toujours la lésion sous forme de tumeur, elle se présente aussi sous forme d'ulcération, de plaque, d'anneau; étudions ces diverses modalités.

Les tumeurs cancéreuses forment à l'intérieur de l'estomac une saillie en dos d'âne qui s'accroît en s'étendant en surface. Ces tumeurs, uniques ou multiples, sont plus volumineuses, plus végétantes, plus molles, plus vasculaires, plus riches en suc laiteux dans l'encéphaloïde que dans le squirrhe. La muqueuse qui les recouvre est épaissie ou ulcérée. Les ulcérations cancéreuses ont des dimensions variables; elles peuvent occuper toute la petite courbure de l'estomac et entourer le pylore sous forme d'anneau. L'ulcération de l'encéphaloïde est bourgeonnante, à bords renversés et formés, ainsi que le fond de l'ulcération, par un tissu rosé, mou, et riche en suc laiteux. Dans certains cas, le fond de l'ulcère est saignant, fongueux, « ou bien, si toute la production cancéreuse est détruite profondément, la tunique musculaire apparaît dénudée, en partie détruite; il peut même y avoir une perforation¹ ». Ce sont ces cas qui ressemblent, au premier abord, à l'ulcère simple de l'estomac et qui prêtent à la confusion avant les travaux de Cruveilhier. Le cancer en plaque ou en nappe est celui

1. Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique.*

qui s'étale dans l'épaisseur des tuniques de l'estomac, sans faire une saillie notable. Le cancer qui forme anneau occupe le pylore ou le cardia; le premier a peu de tendance à se propager à l'intestin, il est souvent accompagné d'une dilatation de l'estomac, l'autre atteint presque toujours l'œsophage et a pour conséquence habituelle le rétrécissement de l'estomac. Le pylore est, de beaucoup, la région préférée du cancer; après le pylore viennent la petite courbure, le cardia, les faces antérieure et postérieure.

La perforation de l'estomac, la péritonite aiguë, les adhérences, la péritonite partielle, les fistules, l'ulcération des vaisseaux, sont des lésions beaucoup plus rares dans le cancer que dans l'ulcère simple. Le cancer se propage facilement de l'estomac aux organes voisins; et la propagation se fait par l'intermédiaire du tissu sous-séreux, par les vaisseaux sanguins ou par les voies lymphatiques. Le péritoine (péritonite cancéreuse), les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique, ceux du grand épiploon et du mésentère (adénopathie cancéreuse), le foie (dans un quart des cas, d'après Brinton), le poumon, les reins, le sternum, les vertèbres, peuvent être, à des degrés divers, envahis secondairement par le cancer.

Dans quelques cas, des adhérences s'établissent entre l'estomac cancéreux et la paroi abdominale, et un phlegmon se forme à la région ombilicale. Habituellement le foyer purulent communique, d'une part, avec la cavité stomacale, et, d'autre part, avec l'extérieur au moyen d'une fistule cutanée ombilicale. Mais, dans quelques observations, on voit que le foyer purulent communique seulement avec l'extérieur (fistule cutanée) ou avec l'estomac (fistule stomacale). C'est là une complication fort rare du cancer de l'estomac. M. Feulard, dans son mémoire¹, n'a pu en réunir que quatorze observations. Je n'insiste pas ici sur cette complication qui a été étudiée au chapitre précédent et qui paraît associée à l'ulcère, plus encore qu'au cancer.

1. Feulard. *Fistule ombilic. et cancer de l'estomac. Arch. de méd.*, août, 1887.

Le cancer de l'estomac débute dans le tissu sous-muqueux et dans la couche glandulaire. Sous l'influence du processus morbide, les glandes subissent un allongement qui est dû au bourgeonnement du tissu conjonctif qui les sépare. La tunique musculuse de l'estomac est toujours hypertrophiée au voisinage de la lésion cancéreuse; cette hypertrophie peut même se généraliser; on voit sur une préparation que la tunique musculuse hypertrophiée doit son volume aux lamelles épaisses du tissu conjonctif qui cloisonnent les faisceaux musculaires. Ces altérations des glandes et du tissu musculaire ne sont pas exclusives au cancer, on les rencontre dans les gastrites chroniques.

Symptômes. — Le cancer de l'estomac débute habituellement par de *simples troubles dyspeptiques*, légers et intermittents (inappétence, éructations, flatulence), l'anorexie vraie (à privatif, ὄρεξις, appétit) étant plutôt réservée à une phase avancée. Il débute aussi quelquefois par des douleurs persistantes à la région épigastrique, de sorte que pendant cette première période, qui peut durer plusieurs mois et au delà, il est difficile de dire si l'on a affaire à une dyspepsie douloureuse ou à une affection cancéreuse à son début. Toutefois, si les troubles dyspeptiques sont tenaces et rebelles au traitement, s'ils sont accompagnés d'amaigrissement rapide et de décoloration des téguments, s'ils surviennent chez un sujet âgé, si surtout le sujet est issu de souche cancéreuse, on est autorisé, avant l'apparition de tout autre symptôme, à redouter déjà un pronostic sérieux.

Précoce ou tardive, la douleur fait rarement défaut dans le cancer stomacal, elle est *moins vive* que la douleur de l'ulcère simple; elle n'a pas, comme celle-ci, une prédilection pour les régions xiphoidienne et rachidienne: elle est plus diffuse et tend à s'irradier vers les hypochondres. Les vomissements apparaissent quelquefois dès le début de l'affection, au milieu des autres troubles dyspeptiques; tantôt ils accompagnent le cancer pendant toute son évolution, tantôt ils ne se montrent qu'à sa période ultime,

ou même ils font complètement défaut. Ces vomissements sont de toute nature: les uns sont muqueux, presque aqueux, très rarement bilieux, et surviennent le matin à jeun ou dans la journée; les autres sont alimentaires; ils suivent de près l'ingestion des aliments si le cancer siège au cardia, ils sont tardifs si le cancer siège au pylore. Les vomissements contiennent souvent des fragments d'aliments et de viande non digérés, parce que l'acide chlorhydrique est en défaut comme quantité et comme qualité: peu d'acide chlorhydrique combiné et pas d'acide chlorhydrique libre. La fermentation butyrique donne aux vomissements une odeur de beurre rance; la fermentation putride, due à la digestion insuffisante des substances albuminoïdes, donne une odeur de putréfaction.

Les vomissements de sang (hématémèse) ont une grande importance; ils sont fréquents (42 fois sur 100 d'après Brinton) et se présentent sous divers aspects. Le rejet de sang pur est plus rare ici que dans l'ulcère simple; habituellement les matières vomies sont noirâtres (*vomissement noir*), analogues à du marc de café ou à de la suie délayée dans de l'eau, ce qui tient au contact du sang avec les acides de l'estomac et avec les matières alimentaires. Il y a parfois de *petites hématémèses* qui, sans un examen attentif des matières vomies, pourraient passer inaperçues. Si le sang pénètre dans l'intestin, il est rendu avec les selles, sous forme de *melæna*; il y a même des cas, et ils sont fréquents, où l'hémorragie de l'estomac ne se traduit que par du *melæna sans hématémèse*. La gastrorrhagie est habituellement un symptôme tardif du cancer stomacal; elle est due au travail d'ulcération et de ramollissement qui envahit les vaisseaux de la masse cancéreuse; « la dégénérescence et la destruction qui se produisent se compliquent souvent de la présence d'excroissances et de fongosités qui augmentent encore la quantité de sang fournie¹ ». Plus rarement l'hémorragie a pour cause l'ulcération des gros vaisseaux de la paroi stomacale.

1. Brinton. *Trait. des maladies de l'estomac*, trad. Riant, p. 268.

BIBLIOTHECA
MUSEI HIST. NAT. U. P. M. L.