

gastrique qui leur correspondent restent très souvent absolument latentes, elles sont parfaitement compensées si la motricité de l'estomac est suffisante, si les fonctions de l'intestin et de ses glandes annexes sont normales. Très souvent, les phénomènes douloureux de la dyspepsie se montrent chez des névropathes. La névropathie et la gastropathie réagissent alors l'une sur l'autre, de telle façon qu'il est difficile de démontrer exactement leur responsabilité réciproque dans la production de l'ensemble morbide.

Chez les tabétiques, les crises gastriques sont indépendantes de la lésion gastrique; elles sont d'origine centrale. Cependant leur allure clinique est quelque peu modifiée, suivant que l'état anatomique préalable de la muqueuse permet ou non à l'hypersécrétion chlorhydrique de se produire. Il en est de même, certainement, pour les névroses; leur détermination gastrique est indépendante de l'état anatomique de la muqueuse et de la modalité du chimisme, mais cette modalité est de nature à donner aux phénomènes de dyspepsie et surtout de dyspepsie douloureuse des allures particulières suivant les cas.

Le rôle de la prédisposition dans la production de la gastrite et des gastropathies douloureuses n'est pas douteux: la plupart des auteurs la reconnaissent. Certains individus résistent longtemps à l'influence des causes déterminantes de gastrite ou de névrose. Tout le monde s'accorde à reconnaître que les dyspeptiques qui souffrent sont le plus souvent entachés de névropathie; ce sont des neuro-arthritiques, des neurasthéniques, des dégénérés héréditaires ou des hystériques.

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDE DES MALADIES DE L'ESTOMAC CARACTÉRISÉES PAR DES LÉSIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Nous allons étudier maintenant les maladies de l'estomac, en prenant comme point de départ, non plus l'étude sémiologique et physiologique des viciations du processus de la digestion stomacale, mais les lésions matérielles, l'anatomie pathologique.

Nous aurons à passer successivement en revue :

- Les dislocations, malformations et déformations de l'estomac;
- Les gastrites;
- L'ulcère simple;
- Les tumeurs malignes de l'estomac.

Pour ce qui concerne la symptomatologie de ces lésions, nous aurons souvent à renvoyer aux chapitres précédents.

I. — DISLOCATIONS, MALFORMATIONS ET DÉFORMATIONS DE L'ESTOMAC

Dislocations de l'estomac. — *Situation normale de l'estomac à l'état de vacuité et de plénitude.* — Le cardia représente le point le plus fixe de l'estomac; il est situé à gauche de la ligne médiane, au niveau du flanc gauche de la onzième et quelquefois de la dixième vertèbre dorsale. Les anatomistes ne sont pas absolument d'accord sous ce rapport, ce qui peut tenir à des variations individuelles⁽¹⁾.

La grosse tubérosité présente des variations de forme et de dimensions qui dépendent de son état plus ou moins marqué de distension gazeuse, de l'élévation ou de l'abaissement du diaphragme, du volume et de la situation du lobe gauche du foie et de la rate. A l'état normal, elle remonte jusqu'au cinquième espace intercostal et même jusqu'à la cinquième côte. La distension gazeuse de l'estomac peut être telle que ces limites soient dépassées.

Les rapports de l'estomac avec la paroi antérieure de l'abdomen sont différents suivant qu'il est à l'état de vacuité ou de plénitude. De plus, il existe des variations personnelles accentuées, dépendant des dimensions de l'organe. Chez certains individus, il existe un véritable état de mégalo, et chez les autres de micro-gastrie. Cela n'a qu'une importance assez secondaire; ce qui importe seul, c'est la façon dont se vide l'estomac.

Un estomac relativement petit est dilaté s'il renferme des détritits alimentaires le matin à jeun; un estomac beaucoup plus vaste peut être considéré comme normal s'il évacue son contenu dans les limites de temps habituelles.

Les anatomistes indiquent que la partie la plus déclive de l'estomac vide se trouve dans la ligne parasternale au point où elle croise la ligne horizontale qui unit l'extrémité antérieure de la dixième côte d'un côté à l'extrémité antérieure de la dixième côte du côté opposé⁽²⁾; Luschka fixe le point le plus déclive de l'estomac à peu près au même niveau, mais sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et de la pointe de l'appendice xiphoïde⁽³⁾. Pour Meltzing, qui

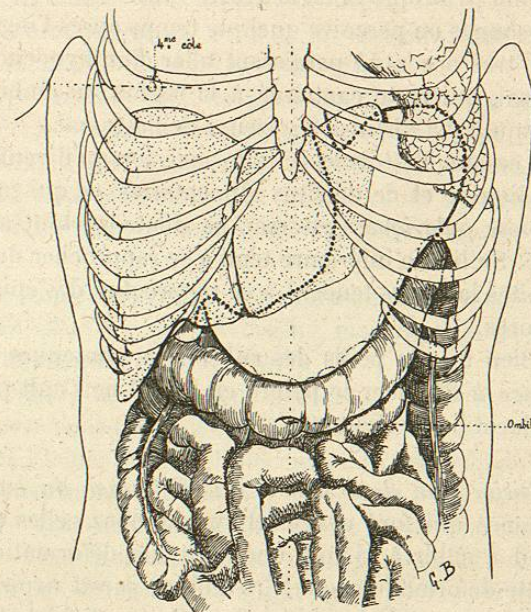


FIG. 7. — Situation normale de l'estomac.
(Dessin d'après nature.)

⁽¹⁾ JONNESCO, *Traité d'anatomie humaine* de P. Poirier, t. IV, p. 208, indique la 10^e vertèbre dorsale. — TESTUT, *Traité d'anatomie humaine*, t. III, p. 489, indique la 11^e et quelquefois la 10^e vertèbre dorsale.

⁽²⁾ TESTUT, *loc. cit.*, p. 488, schéma.

⁽³⁾ Topogr. Lage der Bauchorgane, Karlsruhe, 1875.

a étudié la situation de la grande courbure en se servant d'une sonde armée d'une lampe électrique, la limite inférieure, à l'état de vacuité, atteindrait et même dépasserait légèrement l'ombilic⁽¹⁾.

A l'état de plénitude, surtout dans la situation verticale, la grande courbure descend au-dessous de l'ombilic; pour Meltzing, elle atteindrait même la ligne horizontale qui réunit les deux crêtes iliaques: cette ligne passe à trois ou quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Le *pylore* présenterait une fixité beaucoup moins grande que le cardia. D'après les recherches de Braune⁽²⁾, il pourrait se déplacer à l'état de plénitude jusqu'à 7 centimètres en dehors de sa situation normale à l'état de vacuité. Dans ce dernier cas, il se trouve sur la ligne médiane, à la hauteur de la onzième ou de la douzième vertèbre dorsale, ou même de la première lombaire.

Le développement de l'estomac dans le sens horizontal aux dépens de la région pylorique et de la grosse tubérosité explique très bien que chez certaines personnes on perçoit quelque temps après l'ingestion des aliments un bruit de flot très accentué paraissant aller d'un hypochondre à l'autre: ce bruit transversal, qui reste cantonné à la région sus-ombilicale paraît surtout se produire lorsqu'il y a *distension gazeuse* de l'estomac.

Lorsque l'estomac se vide mal, lorsqu'il renferme une quantité considérable de liquide et de débris alimentaires, ce qui se produit surtout dans les cas de *sténose pylorique*, l'estomac se dilate surtout aux dépens de la petite tubérosité. Sa limite inférieure tend à se rapprocher du pubis en même temps que ses limites latérales tendent à se rapprocher des épines iliaques antérieures et supérieures.

Bien que le poids des substances contenues dans l'estomac puisse avoir tendance à déplacer le pylore en bas, il ne s'agit pas là à proprement parler d'une dislocation de l'estomac.

Dislocation de l'estomac due à l'usage du corset. — Au contraire, chez les femmes qui font usage, et surtout chez celles qui abusent du corset, l'estomac tend à subir à la fois une véritable déformation et une véritable dislocation. Cette déformation, que Cruveilhier paraît avoir le premier reconnue anatomiquement, a été depuis quelque temps l'objet d'une série d'études cliniques et anatomo-pathologiques. Clozier (de Beauvais), Bouveret, Chapotot, Meinert, Hayem ont surtout étudié cliniquement les conséquences de la constriction thoracique par le corset. Hertz a fait sur le cadavre une très intéressante étude des déplacements des viscères abdominaux survenus sous cette influence. Fr. Glénard a rattaché cette dislocation, à laquelle il donnait le nom de *gastroptose*, à l'étude générale des ptoses viscérales de l'abdomen. Il est juste de reconnaître, du reste, que le relâchement des moyens de fixité des viscères abdominaux, le relâchement des parois musculaires sont des causes prédisposantes qui rendent plus faciles les déplacements dus au corset; la maladie du corset a donc d'étroits rapports avec l'entéroptose de Glénard.

En vertu de la constriction exercée par le corset sur la partie inférieure du thorax, les organes ont tendance à s'allonger; ne pouvant pas se développer dans le sens transversal, ils se développent dans le sens vertical.

Après l'ingestion des aliments et des boissons, la petite tubérosité de l'es-

⁽¹⁾ Magendurchleuchtung, *Ztschr. f. klin. Medic.* 1895.

⁽²⁾ *Arch. der Heilk.*, p. 76, 1874.

tomac tend à descendre en bas sous la forme d'une poche peu développée latéralement, à droite et à gauche de l'ombilic. La dilatation ne se fait pas dans le sens transversal, comme dans la sténose pylorique, et l'estomac ne tend que fort peu à se rapprocher des épines iliaques; son point le plus déclive descend rarement plus bas qu'à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis.

Assez souvent, on constate en même temps une distension gazeuse marquée de la grosse tubérosité, de telle sorte qu'il devient évident, même par le simple examen extérieur, que l'estomac présente deux parties dilatées réunies par une partie étranglée. Cette disposition, d'après Clozier, expliquerait le glouglou respiratoire que l'on observe chez certaines femmes.

La dislocation de l'estomac a pu être étudiée sur le cadavre et sur le vivant.

Sur le cadavre, Hertz⁽¹⁾ a pu constater la réalité du déplacement de l'estomac. Son principal facteur serait la pression exercée par le foie abaissé et lui-même déformé par la pression circulaire. Dans un premier degré, le foie serait rejeté à gauche et en quelque sorte replié en V; dans un second degré, il y aurait abaissement du pylore et dilatation de la petite tubérosité.

On pourrait penser, *a priori*, que l'abaissement du pylore est de nature à atténuer les conséquences de la descente verticale de l'estomac et à rendre son évacuation plus facile. Malheureusement cet abaissement amène un tiraillement sur le ligament hépato-duodénal et un rétrécissement du calibre du duodénum à l'union de sa première avec sa seconde portion. Il en résulte la dilatation de la première partie du duodénum.

L'abaissement du pylore a été constaté par Roux (de Lausanne) au cours de deux laparotomies. Le pylore était situé non plus au-dessus, mais au-dessous du pancréas; la première partie du duodénum était dilatée⁽²⁾.

Dans ces conditions, il n'y avait plus seulement dislocation de l'estomac, mais véritable dilatation par sténose sous-pylorique.

D'autres auteurs, en particulier Fleiner et Riegel, décrivent un autre mode de déformation de l'estomac par constriction thoracique; il résulterait du rapprochement du cardia et du pylore sans abaissement du pylore; l'estomac serait replié sur lui-même à la façon d'une guirlande dont on rapproche les deux extrémités. Nous ne connaissons pas de fait anatomique en rapport avec une hypothèse qui paraît surtout basée sur l'examen clinique de certains estomacs.

La néphroptose, plus rarement l'entéroptose, la constipation spasmodique caractérisée par l'existence d'une corde colique, ascendante, transversale ou descendante, l'entérite muco-membraneuse accompagnent souvent cette dislocation partielle de l'estomac.

La conséquence de cette dislocation est que l'estomac éprouve à se vider une difficulté plus grande. Cela constitue, on le sait, une cause d'aggravation pour les divers états dyspeptiques; l'insuffisance de la motricité peut du reste être par elle seule une cause de dyspepsie, surtout chez des personnes prédisposées.

La notion de la ptose de la région prépylorique et pylorique de l'estomac est importante tant au point de vue du pronostic que du traitement.

La première indication est évidemment de supprimer la constriction par le corset. On conseillera l'usage d'une ceinture hypogastrique destinée à remonter, si possible, le cul-de-sac inférieur de l'estomac. Pour le surplus, les indications

⁽¹⁾ Abnormitäten in der Lage u. Form der Bauchorgane, Berlin, 1894.

⁽²⁾ POLTOWICZ, *Revue médic.* de la Suisse romande, p. 218, 1892.

thérapeutiques seront celles des diverses variétés de dyspepsie que nous avons antérieurement passées en revue (1).

Estomac biloculaire. — Dans quelques cas, l'estomac devient biloculaire, en vertu de la production d'un rétrécissement cicatriciel. Il est alors constitué par deux poches, l'une cardiaque et l'autre pylorique, communiquant par un canal plus ou moins resserré.

Ce rétrécissement est le plus souvent la conséquence d'un ulcère de la grande courbure. L'ulcère de la face postérieure n'était en cause que 6 fois sur 57 cas relevés par Penet (2).

L'orifice de communication est rendu plus étroit par des adhérences de l'estomac au péritoine pariétal; ces adhérences impriment souvent un certain degré de torsion autour de l'axe de l'estomac à l'une des deux portions, le plus souvent à la portion pylorique.

Le rétrécissement est situé vers la partie moyenne de l'estomac; on trouve à ce niveau un canal fibreux à parois épaisses, en général très court. La séreuse épaissie se confond avec le tissu fibreux cicatriciel. Les dimensions de l'orifice de communication sont variables; quelquefois le ventricule est à ce niveau diminué de moitié. Dans 15 cas relevés par Penet, le rétrécissement admettait à peine le passage d'un doigt ou d'un crayon.

Les *symptômes* sont à peu près ceux de la sténose du pylore, mais ils varient du reste suivant que les deux poches sont plus ou moins égales entre elles, suivant que l'orifice qui les fait communiquer est plus ou moins étroit.

Voici les signes différentiels qui peuvent permettre de distinguer la biloculation de la grande dilatation de l'estomac.

L'insufflation, en distendant l'estomac, rend quelquefois manifeste sa disposition en bissac, en sablier.

Cette disposition ne peut apparaître si l'une des poches très petite reste cachée sous le foie; si les deux poches sont intimement accolées l'une contre l'autre, descendant exactement au même niveau, et, encore, si l'orifice de communication formant soupape, l'air ne peut pénétrer de la poche cardiaque dans la poche pylorique. Dans ce dernier cas, on constate le clapotage stomacal au niveau de deux foyers, l'un fixe situé au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, l'autre amené seulement par l'insufflation à gauche de la ligne médiane, notablement plus haut, au-dessous du rebord des fausses côtes (Bouveret).

En cas d'estomac biloculaire, il peut être impossible de retirer tout le liquide introduit pour le lavage; il peut se faire encore qu'à la fin d'un lavage, alors que l'eau revenait parfaitement limpide, il survienne tout à coup un flot de suc gastrique avec des débris alimentaires, ou encore que le malade rejette par le vomissement des aliments en voie de digestion.

Les conséquences de la biloculation de l'estomac sont à peu près les mêmes que celles du rétrécissement pylorique; elles sont plus ou moins rapidement graves suivant que l'orifice de communication est plus ou moins resserré.

L'intervention chirurgicale a été faite dans un certain nombre de cas avec succès; on a dilaté le point rétréci par une opération analogue à la pyloroplastie, ou bien, on a fait communiquer les deux poches stomacales par un orifice artificiel.

(1) Thèse de Marion, Paris, 1897.

(2) Thèse de Penet, Lyon, 1896.

Sténose pylorique congénitale (1). — Chez les enfants nouveau-nés, on constate quelquefois un rétrécissement très serré du duodénum situé soit au-dessus, soit au-dessous de l'ampoule de Vater. Les accidents causés par ce rétrécissement sont très violents, analogues à ceux de l'occlusion intestinale. Ils débute rapidement après la naissance et amènent la mort au bout de quelques jours. L'intervention chirurgicale a été tentée sans aucun succès.

La nature de ce rétrécissement sous-pylorique est indéterminée encore; on a accusé la péritonite fœtale d'origine syphilitique, la compression par le canal omphalo-mésentérique persistant, par des pseudo-ligaments d'origine inflammatoire.

Landerer et Maier ont décrit une autre forme de rétrécissement pylorique chez les enfants. Il serait strictement limité au pylore et dû à une hypertrophie soit simplement des fibres circulaires, soit aussi des fibres obliques.

Chez les enfants atteints de cette malformation, les accidents dyspeptiques se montreraient un certain temps seulement après la naissance. C'est tout d'abord une tendance à vomir sous l'influence d'un repas un peu plus copieux, puis les vomissements deviennent plus fréquents. Il y a des signes de stase permanente. Les enfants s'affaiblissent, et, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, ils finissent par succomber.

Landerer et Maier ont trouvé les lésions indiquées plus haut dans 51 autopsies; l'affection ne serait pas très rare. Il est donc évident que les accidents attribués, par eux, à ce rétrécissement du pylore l'ont été par d'autres auteurs à d'autres causes: par exemple à l'athrepsie.

D'après Pfaundler, dans le rétrécissement congénital du pylore, il n'y aurait pas de lésion histologique, il s'agirait d'une simple constriction spasmodique.

Il est possible que, chez certaines personnes, le pylore soit congénitalement étroit et qu'elles soient ainsi prédisposées à des accidents dyspeptiques dus au rétrécissement de cet orifice: il y aurait lieu de faire des recherches anatomiques pour vérifier cette hypothèse.

II. — GASTRITES

Considérations préliminaires. — Il résulte des recherches faites par Hayem et ses élèves que la gastrite chez l'homme est extrêmement fréquente: il est presque impossible de rencontrer un estomac humain qui ne présente pas des lésions plus ou moins accentuées, plus ou moins disséminées d'inflammation subaiguë ou chronique. Toutefois, si la dyspepsie est très fréquente, il y a cependant un assez grand nombre de personnes qui digèrent parfaitement, sans aucune sensation de malaise; d'autre part, si la modalité anatomique de la gastrite chronique a une influence prédominante sur la composition chimique du suc gastrique, il n'y a pas de rapport constant entre cette modalité anatomique, la composition chimique du suc gastrique d'une part, et l'intensité des phénomènes dyspeptiques d'autre part. L'état de la sensibilité de l'estomac, l'état de sa motricité, sont des facteurs plus importants dans la constitution des complexus dyspeptiques, que les viciations du chimisme stomacal.

(1) FINKELSTEIN, Ueber angeborene Pylorus-stenose. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896.