

Dans un nombre de cas très restreint, la sténose cicatricielle, au lieu de siéger sur le pylore, siège vers la partie moyenne de l'estomac; ainsi se forme un estomac biloculaire qui peut s'accompagner des mêmes troubles que le rétrécissement pylorique. 10 interventions pratiquées dans ces conditions ont donné 9 résultats opératoires et fonctionnels excellents (Marion). On pratique soit la gastroplastie, soit la gastro-anastomose, c'est-à-dire l'abouchement de la poche supérieure de l'estomac dans la poche inférieure, soit la gastro-entérostomie.

Parmi les autres complications qu'amène la cicatrisation de l'ulcère, il faut citer les adhérences avec les organes voisins; lorsque les adhérences siègent au niveau de la région pylorique ou duodénale, elles peuvent gêner l'évacuation de l'estomac et nécessiter la gastro-entérostomie. Lorsqu'elles siègent sur la grande courbure ou sur la grosse tubérosité, elles s'accompagnent de signes assez vagues, et l'amélioration que l'on constate après la déchirure de ces adhérences peut parfois être due à la suggestion forte exercée sur des névropathes par une intervention chirurgicale.

Cure radicale de l'ulcère. — Tout récemment les chirurgiens ont proposé de pratiquer la cure radicale de l'ulcère. Ce qui les a conduits à cette idée, c'est la guérison rapide des ulcères en activité après la gastro-entérostomie ou la pyloroplastie ou même la résection de l'ulcère. On n'a pas, il est vrai, de démonstration anatomique de la guérison; mais la disparition de tous les symptômes douloureux et de tous les signes objectifs semble bien montrer que la guérison a été complète. Marion, dans sa thèse, rapporte 5 cas de résection et 4 cas de gastro-entérostomie; Mickulicz, d'autre part, cite 4 cas de pyloroplastie associée deux fois à la résection de l'ulcère; dans ces 15 observations, la guérison de tous les troubles provoqués par l'ulcère fut complète. Il est donc très probable que nous sommes là en face d'une méthode thérapeutique très importante.

Il conviendrait de déterminer ses indications particulières. Chez les sujets jeunes, lorsque l'ulcère ne siège pas au pylore ou dans son voisinage immédiat, il guérit le plus souvent par le seul traitement médical.

Il n'en est plus de même pour des gens plus âgés, chez lesquels l'ulcère tend souvent à passer à l'état chronique. Le siège d'un ulcus chronique au pylore est par lui-même une raison suffisante d'intervention chirurgicale, lorsqu'il y a des phénomènes de stase et des crises douloureuses intenses. Peut-être nous sera-t-il démontré que la gastro-entérostomie est une intervention utile dans l'ulcère chronique, même en dehors de ces conditions.

Que les chirurgiens abaissent leur mortalité opératoire à un taux infime et les médecins en arriveront à leur passer la main, même dans des cas où l'urgence n'est pas absolue.

IV. — TUMEURS DE L'ESTOMAC

Les tumeurs de l'estomac peuvent être distinguées, d'une façon un peu artificielle, mais utile cliniquement, en tumeurs bénignes et tumeurs malignes.

Les tumeurs bénignes sont d'une façon générale des raretés anatomo-pathologiques; le plus souvent des trouvailles d'autopsie sans histoire clinique.

Les unes prennent naissance aux dépens du tissu fibreux ou du tissu muscu-

laire, sans intervention de l'élément épithélial, ce sont: le fibrome, le myome et le fibro-myome, le lipome, le myxome; les autres comprennent dans leur structure des formations d'origine épithéliale et d'aspect glandulaire: ce sont les adénomes et les polyadénomes.

Ces dernières productions sont d'un intérêt tout particulier au point de vue de la pathologie générale, car elles servent de transition entre les lésions bénignes et les lésions malignes de la muqueuse; il semble que la transformation du polyadénome en épithélioma soit loin d'être une rareté.

Les tumeurs malignes sont beaucoup plus fréquentes; elles comprennent en effet toutes les variétés de cancer de l'estomac qui correspondent à des formes anatomiques de l'épithélioma. Elles comprennent également quelques tumeurs beaucoup plus rares formées aux dépens de la charpente conjonctive: le sarcome, le lympho-sarcome et le lymphome. Ces productions néoplasiques ont les caractères essentiels des tumeurs malignes: la tendance à l'ulcération et à l'envahissement des tissus sains.

Un kyste dermoïde a été signalé dans une observation bien des fois citée de Ruysch.

Fibromes. — Les fibromes de l'estomac sont très rares; ils peuvent faire saillie à la face péritonéale ou à la face muqueuse de l'estomac sous forme de productions tubéreuses, papillaires ou polypeuses.

Myomes et fibro-myomes. — Les myomes et les fibro-myomes se présentent sous le même aspect que les fibromes.

Cornil et Ranvier⁽¹⁾ les comparent au point de vue de leur structure et de leur développement aux myomes de l'utérus. Ils ont observé un fibro-myome polypeux gros comme le pouce, long environ de 8 centimètres, qui s'était engagé à travers le pylore jusque dans le milieu de la seconde portion du duodénum.

Lipomes. — Les lipomes peuvent être sous-muqueux ou sous-séreux; ils font une saillie plus ou moins marquée, rarement ils ont l'aspect de véritables productions polypeuses.

Myxomes. — Souvent les fibromes, les fibro-myomes ou les lipomes de l'estomac sont en partie myxomateux.

Adénomes, polyadénomes⁽²⁾. — On en décrivait deux formes: les polyadénomes tubéreux et polypeux et le polyadénome en nappe. Hayem et Lion y ajoutent l'adénome à type brunérien.

Polyadénomes tubéreux et polypeux. — Ils sont depuis longtemps connus: Morgagni, Cruveilhier, Virchow, Lancereaux en ont rapporté des exemples.

L'adénome tubéreux est constitué par de petites tumeurs arrondies, du volume d'une lentille, d'un pois, d'une noisette; il est exceptionnel qu'elles acquièrent un volume plus considérable. Elles sont sessiles ou pédiculées, de couleur grise, cendrée, brune ou rougeâtre, peu vasculaires, de consistance molle. Elles sont parfois très nombreuses; on peut n'en trouver dans l'estomac que quelques-unes seulement, mais on peut aussi en compter 20, 50 et

⁽¹⁾ Manuel d'histologie pathologique, tome II, p. 295, 2^e édition.

⁽²⁾ BRISSAUD, Arch. génér. de médecine, 1885. — P. RAYMOYD, Soc. anat., février 1887. — MÉNÉTRIÉR, Arch. de physiol., février et mars 1888.

même plus de 200. Elles arrivent dans chaque cas à un volume uniforme qu'elles ne dépassent guère. On peut les rencontrer partout; elles sont cependant plus fréquentes dans la région pylorique. Sur quelques points de la muqueuse, on trouve de simples épaissements semblables à une papule, à un pain à cacheter.

Quelquefois, l'adénome est saillant, polypeux, plus ou moins nettement pédiculé. Chaput a opéré un homme chez lequel on avait diagnostiqué un cancer gastrique; l'estomac ouvert, on trouva une tumeur pédiculée du volume de la tête d'un fœtus à terme; l'examen histologique montra qu'il avait la structure du polyadénome. Le malade guérit et reprit toutes les apparences de la bonne santé.

Le *polyadénome en nappe* se présente avec des allures bien différentes. Il a été vu par Andral; Cruveilhier, Briquet, Ménétrier et P. Raymond en ont présenté des cas à la Société anatomique. Ménétrier l'a bien étudié.

Dans le cas d'Andral, « la surface interne de l'estomac était garnie de nombreuses lames placées de champ, coupées perpendiculairement par l'axe longitudinal de l'estomac, et uniquement constituées par un développement insolite de la membrane muqueuse. — Elles pouvaient être assez exactement comparées aux lames qui, chez les ruminants, caractérisent celui de leurs estomacs qui a reçu le nom de feuillet. »

L'aspect le plus curieux est celui de saillies juxtaposées, contournées, arrondies, qui rappellent les circonvolutions cérébrales. Il peut s'agir de replis larges comme le doigt, sinueux, séparés par des sillons. Ces sillons peuvent avoir une profondeur de plusieurs centimètres. Ces espèces de circonvolutions sont formées par la réunion d'une infinité de petits mamelons, arrondis ou allongés. Quelquefois ces mamelons sont les uns isolés, les autres accolés l'un à l'autre et linéairement disposés⁽¹⁾. Il y a évidemment des faits de passage entre l'adénome tubéreux et le polyadénome en nappe.

Toutes ces productions sont d'origine glandulaire. Dans l'adénome tubéreux, les glandes s'allongent, augmentent de volume, et peut-être même bourgeonnent. A la coupe, l'aspect rappelle les canaliculi contorti de la substance corticale du rein. Les canaux à tubes contournés rencontrés par la coupe sont remplis de cellules épithéliales, d'abord cubiques, puis polyédriques et multiformes. On peut y trouver des cellules épithéliales de toute espèce. Les cellules à cils vibratiles sont les seules qu'on n'ait pas rencontrées (Brissaud).

Dans le cas de Chaput, la couche la plus externe était formée par du tissu conjonctif dense; il n'y avait à la surface ni revêtement épithélial, ni goulot glandulaire. En aucune façon les glandes ne se rapprochaient du type normal des glandes de l'estomac.

Dans les polyadénomes en plaques, les glandes sont extrêmement allongées, rectilignes dans leur plus grande partie, sinueuses dans leur partie profonde. Dans la partie droite, on trouve un revêtement de cellules cubiques; dans les culs-de-sac on rencontre des cellules plus grosses, polyédriques ou prismatiques. La charpente des soulèvements est constituée en quelque sorte par des saillies cellulo-fibreuses émanées de la membrane sous-muqueuse.

La musculaire sous-muqueuse est intacte. Elle avait été franchie par les productions adénomateuses dans un cas de Ménétrier. La limite était-

⁽¹⁾ ORTH, *Lehrbuch. d. spec. pathol. Anal.*, p. 710.

elle donc dépassée entre le simple adénome, tumeur bénigne, et l'épithélioma?

L'intérêt de l'adénome et du polyadénome, c'est qu'ils semblent être intermédiaires entre la gastrite chronique et le cancer. Cependant, il n'est pas absolument démontré encore qu'ils procèdent toujours de la gastrite.

Polyadénome à type brunérien. — Hayem⁽¹⁾ a rencontré deux fois dans l'estomac des épaissements adénomateux ayant à peu près exactement la structure des glandes de Brunner; une fois dans la marge indurée d'un ulcus chronique; une autre fois, il y avait deux épaissements semblables, l'un d'eux était le siège d'une perforation de l'estomac.

L'intérêt particulier que présentent l'adénome et le polyadénome au point de vue de la pathologie générale réside dans les rapports de ces formations d'origine glandulaire, avec les lésions bénignes d'une part et les lésions cancéreuses de l'autre. Comme nous le verrons, le cancer de l'estomac est, comme le cancer des autres organes, une néoplasie d'origine épithéliale toujours, d'origine glandulaire souvent. Lorsque l'hypertrophie adénomateuse de la muqueuse stomacale se développe en dehors de la musculaire sous-muqueuse, qu'elle respecte, elle est une tumeur bénigne; lorsque, au contraire, cette néoplasie pénètre par une brèche à travers la musculaire sous-muqueuse dans les tuniques sous-jacentes, c'est qu'elle a déjà les qualités envahissantes et destructives des tumeurs malignes. Ménétrier a publié deux faits dans lesquels on voyait le cancer succéder au polyadénome. Hauser a signalé la formation fréquente de véritables polyadénomes dans le bord épaissi des ulcères chroniques de l'estomac. Ces productions adénomateuses paraissent, elles aussi, susceptibles de devenir réellement cancéreuses. On peut donc se demander si des plaques polyadénomateuses isolées, lorsqu'elles entourent une ulcération ou une perforation, ne sont pas secondaires à un ulcus chronique: c'est ainsi que paraissent s'être développés les polyadénomes à type brunérien décrits par Hayem.

La plupart des auteurs font dériver le polyadénome de l'irritation inflammatoire qui a déterminé la production de lésions disséminées de gastrite chronique, ou la formation d'un épaissement au pourtour d'un ulcus chronique. Brissaud est presque seul à combattre cette interprétation. Ici encore, comme les mêmes causes n'amènent pas toujours les mêmes effets, on est amené à admettre une prédisposition, qui se confond peut-être avec la prédisposition au néoplasme: c'est du reste l'idée que défend Ménétrier.

D'après cet auteur, il y aurait encore une certaine relation entre l'athérome et l'apparition du polyadénome.

Sarcome. — Le sarcome est une tumeur maligne de l'estomac dont l'origine est, non pas dans le système glandulaire, comme celle du cancer, mais dans le tissu conjonctif. C'est une lésion rare; cependant, dans une étude récente, Schlesinger a pu en relever 50 cas⁽²⁾ dans la littérature.

Le sarcome se développe dans la celluleuse sous-muqueuse ou dans la tunique musculaire; il peut faire saillie soit dans la cavité stomacale, soit dans la cavité péritonéale. On y trouve les formes histologiques principales du sarcome, le sarcome à petites et à grosses cellules rondes, le sarcome à cellules fusiformes,

⁽¹⁾ *Soc. méd. des hôpitaux*, 5 avril 1895 et *Presse médicale*, 1897.

⁽²⁾ *Ztschr. f. Klin. medic.*, 1897.

l'angiosarcome, le fibro et le myosarcome. Il revêt la forme d'une tumeur ou celle d'une infiltration étendue : dans un cas d'Hayem⁽¹⁾ elle avait envahi toute l'étendue de l'estomac à l'exception d'une zone restreinte de la grosse tubérosité; dans un cas de Fleiner⁽²⁾, il y avait une large bande épaissie, suivant la petite courbure du voisinage du cardia à celui du pylore.

Le sarcome a une grande tendance à subir une sorte de fonte purulente et à s'ulcérer; ses symptômes sont à peu près ceux du cancer de l'estomac dont il est à peu près impossible de le distinguer cliniquement. Kundrat insiste sur la valeur diagnostique de la tuméfaction de la rate.

Il peut y avoir généralisation au foie; et même généralisation à la peau. D'après Kundrat, le sarcome secondaire de l'intestin n'en amènerait pas la sténose au même titre que le carcinome secondaire.

Dans des cas de sarcomes limités opérés par Billroth et par Hacker, la survie a pu être d'un an et d'un an et demi.

Lymphadénome. — Le lymphadénome primitif de l'estomac n'est pas connu; il est arrivé que, à l'autopsie d'une lymphadénie avec ou sans leucocythémie, on ait rencontré des tumeurs adénoïdes de l'estomac et de l'intestin; rien dans la marche clinique de la maladie n'avait indiqué leur présence.

V. — CANCER DE L'ESTOMAC

Fréquence. — Le cancer de l'estomac est une des plus fréquentes des diverses localisations du cancer, sinon même la plus fréquente. Le premier rang est revendiqué par certains auteurs en faveur du cancer de l'utérus.

Les statistiques montrent que, sur 100 000 habitants, 25 à 55 en moyenne succombent par an à cette maladie. Si l'on rapproche la mortalité due au cancer de l'estomac de la mortalité générale, on trouve 1 à 2 cas de cancer gastrique pour 100 morts. Ce sont là évidemment des chiffres relativement élevés.

Le cancer de l'estomac représentant presque la moitié du chiffre total des cancers, on voit quelle singulière prédisposition présente cet organe. Cette prédisposition paraît plus particulière encore si l'on songe que, dans la moitié des cas, c'est au pylore que siège la tumeur maligne. Le pylore est donc dans l'organisme le point le plus menacé par les néoformations épithéliales.

Il faut examiner certaines influences, telles que le climat, l'âge, le sexe, etc.

Climat. — Griesinger n'a pas vu de cancer de l'estomac en Égypte, Heizmann n'en a pas vu à la Vera-Cruz. D'après des relevés récents, les divers cantons de la Suisse sont loin d'être égaux devant le cancer stomacal; fréquent dans le nord (0,71 pour 1000 habitants à Zurich), il est beaucoup plus rare dans les cantons de l'ouest et surtout du sud (0,21 à Uri, 0,06 dans le canton du Valais).

On prétend que le carcinome gastrique est également très fréquent dans la Forêt-Noire. Peut-être faut-il faire intervenir, pour expliquer cette répartition, l'influence des mœurs et surtout de l'alimentation.

Le sexe n'a pas d'influence apparente.

⁽¹⁾ *Lehrb. der krankh. der Verdauungsorgane*, p. 296.

⁽²⁾ HAEBERLIN, *D. Arch. f. klin. med.*, Bd. 44, p. 460.

Hérédité. — Quel rôle joue l'hérédité, si souvent mise en cause? On manque de données précises à cet égard, et du reste une statistique de ce genre est bien difficile à dresser. D'après Hœberlin (158 cas), l'hérédité *directe* (cancer de l'estomac chez les parents, grands-parents, frères et sœurs) se retrouverait à peu près 1 fois sur 10 ou 12 cas. Il n'a trouvé que dans 5 fois sur 100 environ l'existence d'un cancer extra-stomacal chez les ascendants. Tous les chiffres analogues portent malheureusement sur un diagnostic rétrospectif et sur le dire souvent incertain des malades.

Influences morales. — On a beaucoup accusé les chagrins, les peines morales; c'est une étiologie assez souvent relevée au début des dyspepsies.

Age. — Le cancer de l'estomac est surtout une maladie de l'âge avancé. Il est rare au-dessous de 40 ans. On le trouve à peu près avec la même fréquence de cet âge à 70 ans.

Au-dessous de 50 ans, il devient très rare. Marc Mathieu⁽¹⁾, dans sa thèse, n'en a rassemblé que 27 cas. On cite, à titre de curiosité, deux cas de cancer congénital, et quelques cas entre 10 et 20 ans.

Affections gastriques antérieures. — Bon nombre de cancéreux de l'estomac ont toujours joui d'une digestion parfaite : le cancer lui-même est la cause de leurs premières souffrances gastriques. Il n'en est pas toujours ainsi, et on a relevé parfois des traumatismes antérieurs de la région stomacale et souvent des phénomènes de dyspepsie ou de gastrite.

Le rôle du traumatisme reste très incertain.

Quant aux malades atteints antérieurement de dyspepsie ou de gastrite, il est difficile de savoir exactement ce qu'ils ont eu.

La gastrite et le cancer paraissent avoir des rapports étroits, sinon obligatoires. On a relevé aussi assez fréquemment des symptômes antérieurs d'ulcère rond : on est allé jusqu'à dire que dans 8 fois sur 100 environ l'ulcère simple avait précédé le cancer⁽²⁾.

L'irritation de la muqueuse, sur les bords de l'ulcère la prolifération embryonnaire, mais surtout épithéliale, expliqueraient la survenue de l'épithélioma dans ces estomacs déjà lésés; ce serait une dégénérescence semblable à celle que l'on voit parfois sur la peau au voisinage immédiat de lésions ulcéreuses anciennes. Ce sont des points sur lesquels nous reviendrons à propos de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Les aliments grossiers mal broyés par les dents, les boissons irritantes (cidre en Normandie, vinaigre en Suisse) provoqueraient d'abord de la gastrite, et le cancer s'établirait sur ce terrain préparé. De là la fréquence du cancer de l'estomac dans certaines régions.

⁽¹⁾ Du cancer précoce de l'estomac; *Thèse de Lyon*, 1884.

⁽²⁾ ZENKER, *Soc. méd. de Nuremberg*, 1882. — HAUSER, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1882. — HUGO-FLATOW, *Inaug. Dissert. Munich*, 1887. — J. PIGNAL, *Thèse de Lyon*, 1891. — ALBERT MATHIEU, *Société médicale des Hôpitaux*, 30 juillet 1897. — DIEULAFOY, *Académie de Médecine, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, p. 249, 1898.