

coupe, très pauvre en suc cancéreux et ne donnant lieu qu'à des ulcérations limitées, tous les intermédiaires sont possibles. Souvent même, sur une même tumeur, on rencontre des points qui rappellent l'encéphaloïde et d'autres qui sont véritablement squirrheuses. De là des inégalités dans leur consistance, dans leur résistance à la coupe et dans la rapidité de leur ulcération.

La richesse du stroma en vaisseaux sanguins est plus ou moins grande. Assez souvent, le système vasculaire est plus développé à la surface des tumeurs que dans leur profondeur, dans la zone de propagation et de prolifération active que dans la zone de tassement, de nécrobiose et de ramollissement. La vascularisation de l'encéphaloïde est beaucoup plus marquée que celle du squirrhé; elle atteint son maximum dans le cancer hématode au sein duquel on rencontre souvent de petites hémorragies interstitielles.

Lésions des diverses tuniques de l'estomac. — Nous venons d'énumérer et de décrire sommairement les caractères histologiques des productions néoplasiques; nous devons maintenant signaler les lésions que peuvent présenter les diverses tuniques de l'estomac, et, en particulier, les lésions de la muqueuse. Elles peuvent en effet donner leur note dans l'ensemble clinique et servir à expliquer certaines particularités de la symptomatologie du cancer de l'estomac.

Albert Mathieu (1) et Rosenheim ont signalé la gastrite généralisée dans le cancer de l'estomac. Les lésions interstitielles sont souvent très accentuées et très étendues, les glandes sont atrophiées ou ont subi la dégénérescence muqueuse. Ces lésions destructives expliquent très bien la disparition de l'acide chlorhydrique dans la sécrétion stomacale. La clinique ayant démontré que la sécrétion chlorhydropeptique pouvait être conservée et même exagérée dans le cancer de l'estomac, il était évident *a priori* que les lésions atrophiques que nous venons de signaler n'existent pas dans la totalité des cas. En effet, les examens histologiques faits dans des cas dans lesquels il y avait une véritable hyperchlorhydrie ont montré qu'il y avait conservation et même multiplication des cellules sécrétantes. Il s'agit le plus souvent, dans ces conditions, d'un épithélioma succédant à un ulcus chronique.

Les lésions cancéreuses, par définition, ne restent pas cantonnées à la muqueuse; elles envahissent les autres tuniques de l'estomac sur une étendue plus ou moins considérable. La rupture de la *musculaire sous-muqueuse* se produit au début; les lésions polyadénomateuses la respectent, les lésions cancéreuses la traversent et c'est un des signes qui permettent de les distinguer. La *celluleuse sous-muqueuse*, très riche en espaces lymphatiques, se laisse rapidement infiltrer, la lésion épithéliomateuse se propage aussi à distance de son foyer d'origine par-dessous la muqueuse qui lui a donné naissance. La *tunique musculaire* est surtout envahie, les faisceaux musculaires sont dissociés, écartés les uns des autres, son épaisseur se trouve augmentée. Lorsqu'il existe une sténose pylorique, et que l'estomac a lutté pendant longtemps contre l'obstacle, il peut y avoir une véritable hypertrophie de la tunique musculaire. Dans la *sous-séreuse*, le système lymphatique est très développé, et parfois on y rencontre des vaisseaux lymphatiques augmentés de volume, injectés par la matière cancéreuse; parfois il y a une infiltration qui amène un épaississement marqué de la sous-séreuse, et la production de noyaux secon-

(1) ALBERT MATHIEU, État de la muqueuse de l'estomac dans le cancer de cet organe. *Arch. génér. de médecine*, p. 402-571, 1889.

dares. En même temps que ces lésions spécifiques, il se produit des lésions inflammatoires, des fausses membranes, des adhérences avec les viscères avoisinants.

Les vaisseaux, artères et veines peuvent être thrombosés au voisinage des noyaux cancéreux et envahis par des cellules isolées, ou des bourgeons néoplasiques. L'envahissement des veines, lorsqu'il n'est pas précédé de thrombose ou avant que celle-ci ne se produise, peut devenir le point de départ d'embolies épithéliomateuses, et de greffes de l'épithélioma dans un autre organe: c'est ainsi que, dans le cours de l'évolution du cancer, le foie devient souvent le siège d'un cancer secondaire à noyaux multiples, colonies emboliques venues par la veine porte.

Origine histogénique du cancer de l'estomac. — Nous n'avons pas à exposer et à discuter ici, au point de vue de la pathologie générale, la question encore si obscure et si controversée du cancer de l'estomac; nous nous contenterons de nous demander de quels éléments normaux il dérive. Le jour semble proche où tous les anatomo-pathologistes seront d'accord pour accepter la théorie de Thiersch, de Waldeyer et de Lancereaux pour admettre qu'il n'y a pas de limite entre l'épithélioma et le cancer, que le carcinome comme l'épithélioma résulte de la prolifération malade d'éléments épithéliaux plus ou moins modifiés. L'étude du cancer de l'estomac fournit à cette théorie pathogénique des arguments importants. Il semble bien, suivant la conception de Lancereaux (1), que l'épithélioma cylindrique tire son origine de l'épithélium du goulot des glandes et de la surface libre de la muqueuse, et le carcinome des cellules glandulaires de la profondeur des glandes.

L'analogie de forme entre les cellules cylindriques de l'orifice ou de l'estuaire des glandes avec les cellules caractérisant l'épithélioma cylindrique est évidente. Les cellules néoplasiques sont moins allongées, plus grenues, pourvues d'un noyau plus gros, plus fortement coloré, ce qui cadre bien avec leur vitalité envahissante. Il semble parfois qu'on saisisse leur bourgeonnement de la surface vers la profondeur de la muqueuse. En tout cas, l'épithélioma cylindrique conserve assez volontiers une disposition en boyaux allongés qui rappelle l'aspect des tubes glandulaires d'où il est issu.

L'analogie est moins frappante, mais cependant encore saisissable entre les cellules capitales, et surtout les cellules bordantes, et les cellules carcinomateuses. Lorsqu'on examine la muqueuse d'un estomac au voisinage d'un carcinome et même à distance, il arrive qu'on rencontre dans la profondeur des glandes dilatées des amas de grandes cellules à gros noyaux, quelquefois à noyaux multiples qui sont en quelque sorte les intermédiaires entre les cellules normales des glandes et les cellules carcinomateuses.

Il n'y a pas, du reste, de limite infranchissable entre l'épithélioma cylindrique et le carcinome. En effet, il arrive souvent qu'à côté du tube ayant nettement l'aspect glandulaire de l'épithélioma cylindrique, on rencontre, isolées ou réunies par petits groupes des cellules véritablement carcinomateuses. Il se trouve encore qu'avec un épithélioma cylindrique, on trouve des noyaux de carcinome, c'est-à-dire d'épithélioma atypique ou métatypique dans les ganglions correspondants.

(1) P. RAYMOND, *Revue de médecine*, 1889.

Qu'est-ce qui donne à la vitalité des cellules glandulaires de l'estomac cette excitation particulière? Qu'est-ce qui les amène à bourgeonner, à envahir les tissus voisins, et à se comporter à leur égard comme de véritables parasites? On l'ignore. De même qu'on voit souvent l'épithélioma pavimenteux prendre naissance au pourtour des points de la peau atteints d'une lésion irritante chronique, telle que l'eczéma ou le psoriasis, ou sur des points soumis à des irritations répétées, de même on voit l'épithélioma gastrique se produire sur le bord des ulcères chroniques, et ses rapports avec la gastrite chronique seraient certains. Pour Ménétrier, qui a bien étudié les polyadénomes gastriques, ils sont la conséquence de la gastrite chronique, et ils ont une grande tendance à se transformer en cancer; souvent ils ne seraient que la première phase, la phase bénigne d'une néoplasie destinée à se comporter plus tard tout à fait à la façon d'un cancer.

SYMPTÔMES

Rien de variable comme la séméiologie du cancer de l'estomac; selon les circonstances, le diagnostic de cette maladie est ou très facile ou très difficile. Il est très facile lorsque se trouvent réunis dans un ensemble significatif les symptômes cardinaux; très difficile lorsqu'on se trouve en présence des formes frustes. Le cancer existe, mais on le méconnaît. D'autre part, on peut y croire alors qu'il n'existe pas; on est amené à considérer comme cancéreuses des affections de l'estomac qui ne le sont pas. Aussi, dans ces dernières années, s'est-on efforcé de trouver des points de repère, des signes pathognomoniques. Ces recherches, que nous exposerons, ont amené à mieux connaître le processus morbide; mais tous les points obscurs n'ont pas été élucidés, et, aujourd'hui encore, on peut se trouver fort embarrassé pour reconnaître le cancer de l'estomac, et en distinguer ce que l'on a appelé justement le faux cancer.

Dans les formes habituelles, moyennes en quelque sorte, voici ce qu'on observe. Une personne, homme ou femme, âgée de quarante à soixante ans, accuse une dyspepsie progressive. Le plus souvent, il y a du dégoût pour les aliments, mais cette anorexie est élective. Le dégoût est beaucoup plus marqué pour certaines substances; il est habituellement au maximum pour la viande. Il y a ou il survient des douleurs dans la région épigastrique; plus ou moins intenses, sourdes, ou lancinantes, ces douleurs présentent souvent des irradiations vers les parties voisines.

Le malade vomit d'une façon très variable, fréquemment ou rarement, en petite quantité ou abondamment. Au début, assez souvent, des vomissements pituiteux; mais, ce qui est plus caractéristique, ce sont les vomissements noirs que l'on a comparés à la suie délayée, au marc de café, etc. Il s'agit d'une hématomérose. Le sang a subi un degré plus ou moins avancé de digestion gastrique. Beaucoup plus rarement, exceptionnellement, le sang est rutilant, comme dans l'ulcère rond.

L'état général tend à devenir mauvais; l'amaigrissement et l'anémie font des progrès que rien n'arrête sérieusement. Le malade perd beaucoup de son poids et de ses forces; il se décourage. Son teint devient d'un jaune paille, assez caractéristique. Les traits sont amaigris ou bouffis. Il n'est pas rare que survienne de l'œdème des membres inférieurs, et même l'œdème douloureux de la phlegmasia alba dolens.

Que l'on passe à l'examen direct du malade et l'on constatera, le plus souvent, que le ventre est rétracté. Cependant il peut être augmenté de volume, par tympanisme, par généralisation péritonéale, ou par ascite. Au creux de l'estomac, dans le plus grand nombre des cas, on peut percevoir une tumeur plus ou moins superficielle, plus ou moins volumineuse, lobulée ou non, aplatie ou arrondie, plus ou moins facile à découvrir et à délimiter. Parfois, dans le creux sus-claviculaire, surtout du côté gauche, on trouvera un ou plusieurs ganglions indurés: c'est de l'adénopathie similaire à distance.

Assez fréquemment, il y a cancer secondaire du foie. Il peut y avoir de l'ictère, si les voies biliaires sont englobées dans une propagation néoplasique, et oblitérées. Il peut y avoir simplement une augmentation considérable du volume du foie sans trace d'ictère.

L'examen du contenu de l'estomac, la recherche des acides et du mode de la digestion présentent un grand intérêt. Le contenu de l'estomac, quand il y a dilatation, est constitué par un liquide souvent brunâtre dans lequel on rencontre des débris alimentaires accumulés quelquefois depuis plusieurs jours, et du mucus.

Si l'on recherche méthodiquement quelles sont la nature et les qualités du suc gastrique à la période de digestion, après un repas d'épreuve, on constate dans la majorité des cas l'absence d'HCl libre. Il y a peu ou pas de peptone.

Si l'on examine les urines et que l'on dose l'urée, on la trouve habituellement très diminuée; elle est très diminuée toujours dans les phases avancées du carcinome stomacal.

La cachexie continue sa marche sans arrêt durable; elle est quelquefois le seul phénomène, tout le restant fait défaut. C'est au diagnostic qu'il conviendra d'insister en détail sur ces particularités et ces difficultés cliniques. Il est bon toutefois d'être prévenu dès maintenant qu'il ne faut guère compter trouver toujours réunis et coordonnés ces éléments symptomatiques que nous allons maintenant passer en revue et analyser avec quelque détail.

Signes fonctionnels. — *Anorexie. Phénomènes subjectifs de dyspepsie.* — Les cancéreux de l'estomac ont eu quelquefois une digestion parfaite jusqu'au moment où chez eux ont apparu les phénomènes du cancer. La chose n'est pas très rare: c'est un point sur lequel insistait Lasègue. Il n'en est pas toujours ainsi. Parfois depuis longtemps, depuis de nombreuses années, il y avait de la pesanteur après les repas, du gonflement de l'abdomen, des renvois gazeux ou acides. L'estomac était délicat, susceptible, capricieux. Il est très difficile dans ces conditions de déterminer le moment où a débuté la néoplasie.

D'autres fois encore, il ne s'agissait plus de dyspepsie à déterminations sensitivomotrices prédominantes, comme dans les cas précédents; il y avait eu de la douleur diffuse, des pituites, des vomissements glaireux, en un mot des phénomènes de gastrite. Parfois encore c'est à l'ulcère rond que succède le carcinome.

L'anorexie est un des éléments les plus importants de la dyspepsie des cancéreux. Parfois il y a du dégoût pour toute espèce d'alimentation, une répugnance qui porte indistinctement sur tous les aliments. L'idée seule de manger est intolérable au malade. Assez souvent l'anorexie est élective; elle porte sur telle ou telle substance, le vin par exemple. On a conté l'histoire d'un malade qui avait pris le tabac en horreur. Le plus souvent, ce qu'il y a de plus marqué,