

## IMPORTANCE DES FERMENTATIONS ORGANIQUES

La présence des acides de fermentations organiques au cours de la digestion stomacale paraît acquérir de jour en jour une importance plus grande en pathologie gastrique. L'hyperacidité organique est-elle forcément associée, comme le dit Mathieu, à la stagnation des aliments? Frémont a le plus souvent observé la coïncidence de l'hyperchlorhydrie et de l'hyperacidité organique sans stase alimentaire.

Le D<sup>r</sup> A. Robin n'admet pas les conclusions de Frémont. Pour A. Robin, l'hyperchlorhydrie est loin de toujours coïncider avec la présence des acides organiques. Ces deux éléments sont parfois associés, mais l'hyperacidité organique existe fréquemment seule, de même que l'hyperchlorhydrie.

L'hyperacidité organique peut être également observée sous l'influence d'une simple atonie prolongée de la musculature de l'estomac, et il peut y avoir des transitions entre l'hypochlorhydrie simple et l'hyperacidité organique sans grande dilatation (MATHIEU).

Les fermentations organiques atteignent leur plus haut degré dans les cas de rétrécissement cancéreux du pylore : Debove admet que la pré-

sence de l'acide lactique en excès (plus de 3 p. 1000), une heure après le repas d'Ewald, et la présence habituelle, en proportion notable, des acides organiques supérieurs, tels que les acides butyrique, caprique, caproïque, sont un signe probable de sténose du pylore.

## II. — DILATATION DE L'ESTOMAC

Chaque fois qu'on peut retirer de l'estomac à jeun, le matin, des résidus alimentaires, on pourra poser le diagnostic de dilatation (DEBOVE). La dilatation de l'estomac est un terme dont on a d'autant plus abusé que la plupart des cliniciens ne possèdent que des données inexactes sur l'exploration de l'estomac par la percussion. Nous avons vu récemment, dans un service des hôpitaux de Paris, porter le diagnostic de dilatation extrême de l'estomac; un de nos élèves attendait l'autopsie afin de déterminer les rapports anatomiques exacts du viscère distendu. On s'aperçut à l'amphithéâtre que le diagnostic était erroné et qu'on avait pris pour l'estomac le côlon transverse énormément distendu par suite de l'existence d'un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque. Nous pourrions multiplier ces exem-

ples. Il nous suffira de citer l'opinion de Pacanowski, admise comme exacte par Germain Sée et Mathieu : « A l'état normal la sonorité de l'estomac mesure verticalement 11 à 14 centimètres chez l'homme,

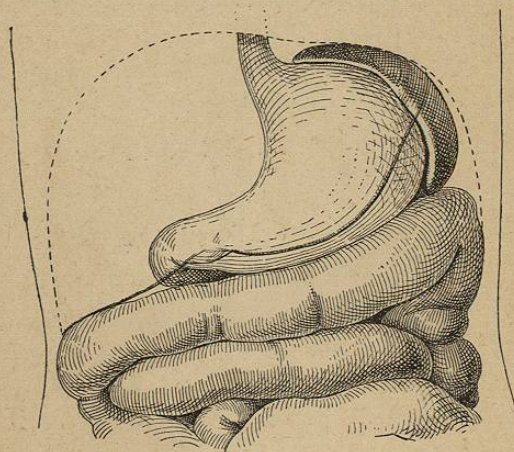


FIG. 63.

Côlon d'enfant athrepsique (nouveau-né).

et 10 chez la femme; et horizontalement, 21 centimètres chez l'homme et 18 chez la femme. »

Ces auteurs exagèrent manifestement les dimensions transversales de l'estomac, et il suffira de se reporter à nos dessins pour être convaincu qu'ils lui ont ajouté la sonorité du côlon. En effet, si l'on se reporte aux figures 63, 64, 65 et 66, qui ont été

dessinées d'après nature et où le côlon a été teinté en bleu, on se rendra compte que ce dernier présente avec l'estomac des rapports de voisinage si va-

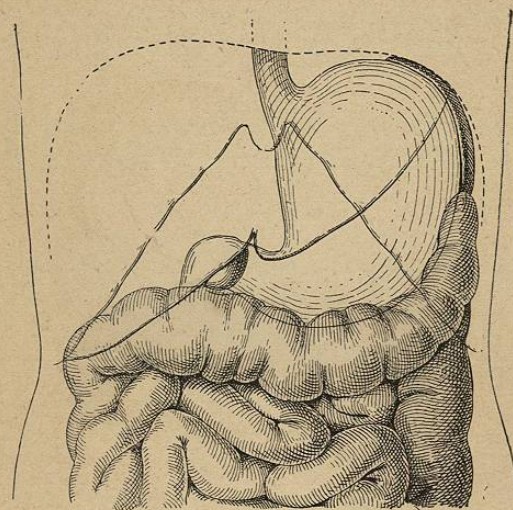


FIG. 64.

Disposition ascendante du côlon transverse de l'adulte. Son extrémité gauche atteint le bord inférieur de la rate.

riables, qu'il est presque impossible de les délimiter l'un de l'autre par la percussion. Et, en dépit des théories spéculatives de M. Glénard, nous pouvons affirmer *de visu* que le prolapsus du côlon, représenté fig. 66, est chose commune, sans que ces malades aient jamais éprouvé l'ensemble de symp-

tômes qu'a dû réunir l'inventeur de l'entéroptose pour édifier de toutes pièces une « nouvelle maladie ». Bien mieux, le duodénum lui-même est susceptible de se dilater considérablement, s'il

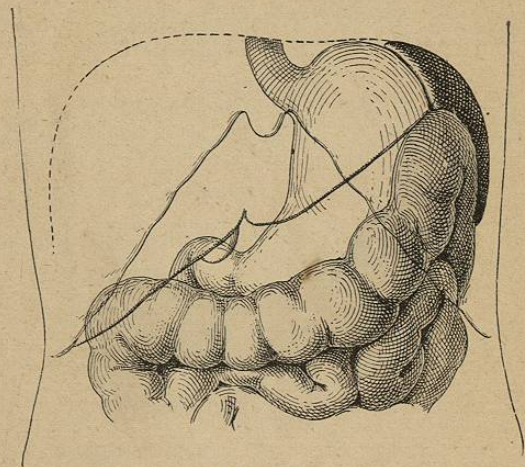


FIG. 65.

Disposition ascendante du côlon transverse de l'adulte. L'origine du côlon descendant est en rapport avec le bord antérieur de la rate.

existe un obstacle au voisinage du ligament de Treitz ou bien à l'origine du jéjunum. L'anse duodénale peut, en pareil cas, l'estomac n'étant pas sensiblement distendu, contenir un ou deux litres de liquide bilieux (fig. 67) et des gaz, de manière à donner les mêmes signes d'exploration et de clapotement que l'estomac dilaté.

Malibran a au contraire fort bien observé la forme de l'estomac dilaté. Dans les estomacs simplement

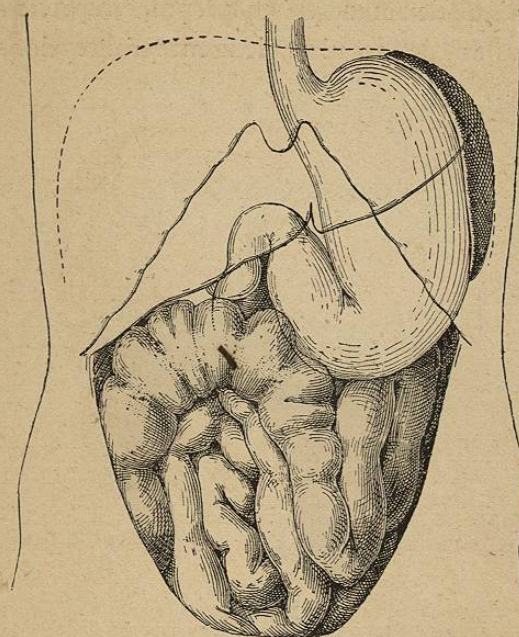


FIG. 66.

Prolapsus du côlon transverse chez l'adulte.

distendus (fig. 68), l'augmentation de capacité se fait en haut et l'estomac se moule sur la concavité du diaphragme, qu'il peut même refouler vers le thorax, déterminant ainsi un certain degré de gêne respiratoire. Dans la dilatation (fig. 69) le réservoir gas-

trique, comme nous l'avons signalé plus haut, subit les lois de la pesanteur, et l'on observe la distension mécanique de l'antra pré-pylorique, réceptacle habituel des aliments, qui ne viennent qu'exceptionnelle-

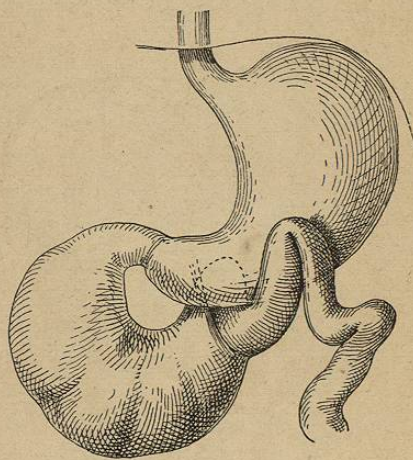


FIG. 67.

ment au contact du cul-de-sac supérieur, exclusivement occupé par les gaz.

La dilatation de l'estomac de cause mécanique a pour type celle qui résulte d'un rétrécissement du pylore. Nous y reviendrons en passant en revue les lésions du pylore et du duodénum. Cette dilatation mécanique de l'estomac n'est pas en effet une entité

morbide, mais simplement un symptôme lié à des lésions anatomiques bien déterminées.

Il en est autrement de la dilatation primitive ou protopathique de Bouchard.

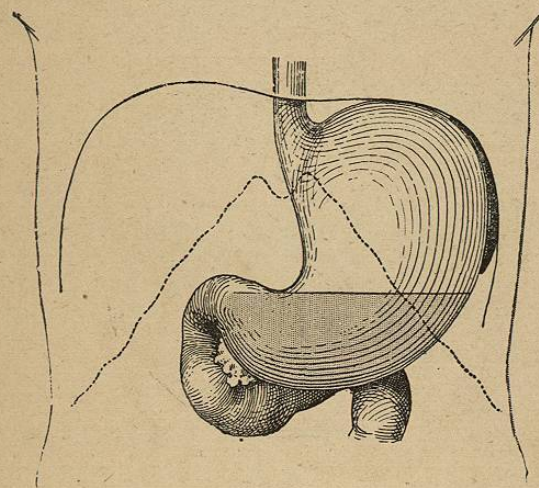


FIG. 68.

Cette dilatation essentielle de l'estomac, considérée jadis comme la plus fréquente des maladies gastriques et qui serait au contraire une des plus rares (A. ROBIN), a été attribuée à une débilité primitive de la fibre musculaire lisse. On a même constaté, chez l'homme, une coïncidence avec le relâchement du scrotum (MATHIEU).

Bouchard admet l'existence de la dilatation chaque fois que l'on peut percevoir le clapotage le matin à jeun, au-dessous du milieu d'une ligne allant de l'ombilic au rebord des fausses côtes gauches. Si l'on ne perçoit pas les limites inférieures de

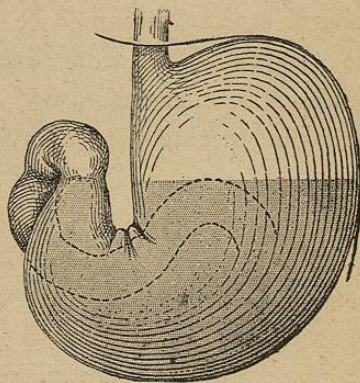


FIG. 69.

l'estomac à un premier examen, il est nécessaire de faire ingérer au patient un demi-verre d'eau, afin de mieux déterminer la situation de l'antrum du pylore. Quand il y a dilatation réelle de l'estomac, il se produit, d'après Bouchard, des fermentations anormales et corollairement une série de manifestations pathologiques, un ensemble de phénomènes morbides qu'il rapporte à l'auto-intoxication.

Cette dilatation primitive et essentielle de l'estomac est loin d'être admise par tous les cliniciens. Nous croyons que la dilatation de l'estomac n'est autre qu'une distension permanente entretenue par une contracture habituelle du pylore.

La dilatation primitive de l'estomac, telle que la conçoit Bouchard, est exceptionnelle. Elle ne saurait même se produire, étant donnée la situation anatomique du pylore chez un individu sain, tant que le sphincter ne présente pas une susceptibilité pathologique.

La distension permanente de l'estomac a pour cause la stagnation des aliments. Le mécanisme en est des plus simples : nous avons vu que le pylore ne s'entr'ouvre que lorsque les aliments sont suffisamment élaborés. Toute viciation durable du chimisme gastrique aura donc pour conséquence forcée la prolongation du séjour des aliments dans l'estomac et, par suite, la dilatation du viscère.

La dilatation simple de l'estomac sans lésions pyloriques peut être ainsi la conséquence d'une surcharge alimentaire habituelle et survenir à la longue chez les « gros mangeurs », mais on l'observe particulièrement chez les sujets affaiblis dont les muscles lisses manquent de tonicité et ne sauraient lutter avec persistance contre la contracture habituelle

du sphincter pylorique. En effet, tant que la musculature de l'estomac demeure intacte et puissante, comme on l'observe chez les diabétiques, qui, presque toujours, sont gros mangeurs, l'estomac est susceptible de se distendre pendant la digestion, pour reprendre, après l'évacuation de son contenu, des dimensions plus restreintes (FRÉMONT). Ces « grands estomacs », qu'on ne saurait confondre avec des « estomacs dilatés », fonctionnent d'habitude fort bien et sans production de symptômes dyspeptiques douloureux ou autres.

Malibran a également démontré combien il était utile de séparer, dans la dilatation de l'estomac, l'atonie simple et l'akinésie (*Union médicale*, février 1890). Certains estomacs, cliniquement dilatés, continuent à se bien vider, tant que la musculature du viscère demeure active. Ces estomacs digèrent bien, et le pylore s'entr'ouvre dès que le chyme est suffisamment élaboré. Survient-il, sous l'influence d'une viciation du chimisme stomacal ou de la présence d'un ulcère rond, une contracture pylorique habituelle, le cul-de-sac prépylorique, habituellement distendu, perd la faculté de se contracter (akinésie), et la dilatation s'établit avec ses complications habituelles : stase alimentaire, fermentations organiques, phénomènes douloureux, etc., etc.

L'ingestion à jeun le matin d'alcool ou de vin blanc, qui déterminent à la longue la destruction des glandes à pepsine, l'abus des boissons soit aux repas, soit dans leur intervalle, l'irrégularité des heures des repas, sont autant de causes de dyspepsie et mènent tôt ou tard à la dilatation de l'estomac. La contracture réflexe du pylore, excitée par la stagnation dans l'estomac d'une masse alimentaire mal digérée, détermine en effet une distension passagère, puis permanente du viscère, distension d'autant plus marquée qu'à mesure que l'antré pylorique subit les lois de la pesanteur, la direction de l'orifice gastro-duodénal se rapproche de la verticale et s'oppose de plus en plus à l'évacuation aisée des ingesta.

La tunique musculaire, habituellement distendue et forcée, perd la faculté de se contracter (akinésie de Malibran); les glandes à pepsine, épuisées par une sécrétion exagérée, s'atrophient peu à peu, et les symptômes de la gastrite chronique grave ne tardent pas à se manifester. On voit donc que les troubles chimiques dominent la situation et que la dilatation gastrique leur est secondaire.

La douleur qui accompagne la dilatation de l'estomac est due à la fois à la brûlure de la muqueuse par un suc hyperacide, à la distension des plexus

nerveux, et à la contracture réflexe des tuniques musculaires, qui sont en état constant de tonicité. La meilleure preuve clinique de la part qui revient à la contracture des tuniques musculaires dans les phénomènes douloureux de la « dyspepsie flatulente » est le soulagement immédiat qui suit la moindre éructation : L'estomac diminue quelque peu de volume; le relâchement correspondant de ses couches musculaires fait cesser momentanément leur contracture spasmodique et douloureuse. Survient-il plusieurs éructations successives et copieuses, la douleur disparaît en quelques instants.

Parmi les troubles réflexes observés chez les dilatés, on a signalé les vertiges, les étourdissements, les troubles de la vue, l'amblyopie et, plus rarement, l'hémipie et la diplopie. Ces symptômes, qui constituent dans leur ensemble le vertige gastrique, ne sont pas, d'après nos observations personnelles, des signes certains de dilatation et s'observent également dans les différentes formes de la dyspepsie.

Les douleurs de la maladie de Reichmann sont donc en grande partie sous la dépendance du spasme pylorique. Les malades provoquent le vomissement, sachant qu'ils ne souffriront plus, si l'estomac est vide. De même, nos opérés ne souffrent plus, dès que la création d'un orifice gastro-jéjunal privé de

sphincter a assuré la libre évacuation du contenu stomacal.

Nous n'insistons pas sur la dilatation symptomatique des rétrécissements cicatriciels ou néoplasiques du pylore ou du duodénum, cette forme étant admise sans conteste. Nous y reviendrons à propos du diagnostic et des indications opératoires.

### III. — ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Si le spasme du pylore joue un rôle capital dans l'étiologie du vomissement et particulièrement des vomissements incoercibles de la grossesse, des dyspepsies et de la dilatation de l'estomac, quelle ne doit pas être son influence nocive sur les affections plus graves, telles que l'ulcère et le cancer.

L'ulcère simple de l'estomac a été différencié du cancer par Cruveilhier en 1830. Les recherches anatomiques que nous avons poursuivies depuis quelques mois jettent un jour nouveau sur l'étiologie de l'ulcère de l'estomac : l'ulcère simple se rencontre 88 fois sur 100 sur la petite courbure, la face postérieure et l'extrémité pylorique, 27 fois p. 100 sur la petite courbure, 43 fois p. 100 sur la face postérieure, et 18 fois p. 100 à l'extrémité pylorique (DEBOVE).