

de l'anse duodénale, et la situation élevée de l'origine du jéjunum, qui souvent se trouve sur le même plan horizontal que le pylore et même sur un plan notablement supérieur.

Le spasme de l'anse duodénale suffit dans ces cas pour déterminer le reflux de la bile dans l'estomac, la dilatation de cet organe, des vomissements journaliers avec crises gastralgiques et les symptômes généraux les plus inquiétants.

DIAGNOSTIC

ET

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous avons étudié dans le chapitre précédent les obstacles qui peuvent s'opposer au passage du chyme dans le jéjunum :

Rétrécissement de l'estomac en bissac; contraction simple, rétrécissement spasmodique, cicatriciel ou organique du pylore; inflexions et adhérences de la première portion du duodénum; compression de la deuxième portion du duodénum par le rein flottant ou par une tumeur située dans le voisinage; spasme du duodénum, ou rétrécissement consécutif à un ulcère; cancer primitif ou secondaire du duodénum; compression du calibre de l'intestin par la corde mésentérique ou le muscle de Treitz.

Il nous reste à déterminer comment il nous sera

possible de reconnaître ces diverses affections et de préciser les indications opératoires.

A. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic des affections de l'estomac reste très souvent douteux, et bien rares sont les cas où un ensemble de symptômes pathognomoniques permet d'affirmer l'existence d'un ulcère rond ou d'une sténose pylorique. Le diagnostic des lésions du duodénum est plus obscur encore.

Cette incertitude ressort particulièrement des livres les plus récents et les symptômes habituels des diverses affections gastriques semblent avoir perdu en partie la valeur diagnostique qu'on leur accordait il y a quelques années.

Dyspepsie. — Il est aujourd'hui de notion vulgaire que la dyspepsie simple peut affecter les formes les plus diverses et que ses formes bénignes comme ses formes graves et rebelles peuvent être prémonitoires de l'ulcère rond, du rétrécissement pylorique et du cancer.

Ulcère de l'estomac. — La douleur de l'ulcère, si caractéristique d'après bien des auteurs, est également un des symptômes de l'hyperchlorhydrie sans ulcère. Nous l'avons observée tout aussi vive

dans des cas où la sécrétion gastrique était neutre ou alcaline.

L'ulcère peut également demeurer latent et ne se manifester par aucune perversion des fonctions de l'estomac. La douleur elle-même fait défaut, et c'est ainsi que succombent alors en quelques heures, à une péritonite par perforation, des personnes que l'on pouvait croire en pleine santé.

Hématémèse. — L'hématémèse n'est pas un symptôme pathognomonique, le sang fût-il rutilant. Et Debove affirme dans son dernier livre (page 64) que : « La coloration du sang vomi (sang rouge, vomissements marc de café) nous renseigne sur l'intensité de l'hématémèse et sur la durée du séjour du sang dans l'estomac; mais nous ne pouvons lui attribuer d'autre valeur, et la distinction entre les hématémèses rouges de l'ulcère et les vomissements marc de café qui caractériseraient le cancer est loin d'avoir la rigueur que lui ont attribuée certains auteurs... Enfin le vomissement de sang peut être le symptôme soit d'une stase dans le domaine de la veine porte, dépendant d'une altération du foie ou du cœur, soit d'un état particulier du sang, comme l'hémophilie, soit même de l'hystérie. »

Le vomissement de sang rutilant peut également s'observer sans cause appréciable. On l'a vu se pro-

duire chez la femme comme phénomène supplémentaire des règles.

Chez une de nos opérées, il nous a été impossible, malgré les symptômes classiques de l'ulcère (douleur térébrante, vomissements alimentaires et sanguins), de reconnaître d'autres lésions qu'une plaque congestive d'un rouge vif sur la paroi antérieure de l'antra pylorique (*Pyloropl.*, obs. n° 3).

Vomissements alimentaires. — Les vomissements qui se produisent dans la dilatation de l'estomac sans sténose pylorique vraie (spasme, contracture du pylore) cèdent d'habitude à un traitement approprié et tout particulièrement au lavage méthodique de l'estomac, qui rend au muscle gastrique sa tonicité momentanément compromise.

Les vomissements répétés ne sont toutefois qu'un signe d'intolérance gastrique. Nous avons vu des malades, atteints d'un spasme simple du pylore, rejeter les moindres gorgées de liquide ingéré. Cette intolérance de l'estomac sans lésion du pylore est bien connue au cours de la grossesse.

Contradictoirement, il arrive que les vomissements ne se produisent pas chez les sujets atteints de rétrécissement vrai. Ce phénomène peut s'observer chez des sujets jeunes, et plusieurs de nos malades dont le pylore admettait à peine le manche

d'un porte-plume (6 à 8 millim.) ne vomissaient que rarement. L'estomac possédait encore assez de puissance digestive et de contractilité musculaire pour déverser dans l'intestin grêle, à mesure de leur élaboration, les aliments liquéfiés et dissociés.

La digestion durait normalement de 8 à 10 heures, et s'accompagnait de douleurs intolérables.

Les vomissements ne sont donc un signe certain de sténose pylorique que dans les cas où ils se produisent avec persistance et à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Tout d'abord, les vomissements sont rares; l'estomac ne rejette les aliments que dès qu'il est le siège d'une surcharge véritable. Le malade rend une pleine cuvette de matières mal digérées, où l'on retrouve des traces d'aliments ingérés depuis plusieurs semaines.

Les fragments de truffe sont particulièrement faciles à reconnaître au microscope, grâce au groupement et à l'aspect des spores (v. fig. 172 et 173).

Les vomissements se produisent tous les quinze jours, puis tous les douze jours, tous les dix jours, et se rapprochent peu à peu, car le rétrécissement est progressif et ne rétrocede jamais.

La période ultime de l'affection commence dès

que le pylore est imperméable aux liquides. C'est alors, si nous pouvons nous exprimer ainsi, le début de la période aiguë.

L'amaigrissement, jusqu'à ce moment lent et progressif, s'accroît de jour en jour, le patient perd ses forces, est obligé de garder le lit et succombe en quelques jours à la soif, malgré la stagnation de plusieurs litres d'eau dans la cavité gastrique¹.

Rétrécissement du pylore. — Le diagnostic du rétrécissement vrai du pylore ne retire donc pas grand bénéfice des méthodes nouvelles. Et l'exploration de l'estomac par l'ingestion de capsules de kératine remplies de salol ou d'iodure de potassium, sur lesquelles on avait fondé les plus grandes espérances, est absolument infidèle.

La méthode est ingénieuse :

L'enveloppe est insoluble dans l'estomac, et se dissout quelques instants après avoir franchi le pylore : le moment précis du passage de l'acide salicylique ou de l'iode dans les urines doit fixer la durée du séjour des ingesta dans l'estomac. Or, pratiquement, on a constaté que ce procédé si sédui-

1. Plusieurs observations nous permettent d'affirmer cette imperméabilité absolue, chez l'homme, de la muqueuse de l'estomac aux liquides nutritifs et même à l'eau pure. Voir plus haut, p. 77 à 80 (*Physiologie*).

sant donnait chez des sujets sains les résultats les plus variables. Bien mieux : « certains cancéreux, atteints de dilatation énorme, se sont comportés comme les sujets sains d'Ewald, et quelques malades atteints de dilatation avec hyperacidité et hypersécrétion présentaient de l'acide salicylique dans l'urine au bout du temps normal, tandis qu'après amélioration par un traitement approprié on observait un retard variable. »

Dilatation de l'estomac. — La dilatation de l'estomac n'est pas un signe certain de lésion anatomique du pylore.

Le spasme seul du sphincter pylorique peut devenir à lui seul l'occasion d'une dilatation gastrique considérable.

L'ectasie gastrique est tout particulièrement l'expression de l'atonie secondaire du muscle stomacal. Nous avons observé en effet des malades atteints d'occlusion pylorique *sans dilatation de l'estomac*, qui, doué d'une irritabilité extrême, rejetait la moindre quantité de liquides absorbés.

La dilatation simple de l'estomac, que l'on a nommée à tort dilatation primitive ou protopathique, dilatation par atonie musculaire, est consécutive à une contracture habituelle du pylore, contracture réflexe d'une irritation de la muqueuse

gastrique (surcharge alimentaire, excès alcooliques, fissure du pylore, ulcère de la petite courbure, etc., etc.).

Cette dilatation de l'estomac sans lésions anatomiques du pylore ou du duodénum est susceptible de déterminer des vomissements journaliers et un dépérissement progressif, au point d'en imposer pour une affection organique.

Cancer de l'estomac. — Le cancer de l'estomac est d'un diagnostic très obscur, à son début tout au moins, car, au point de vue de l'intervention chirurgicale, nous nous soucions peu qu'on vienne nous affirmer un cancer de l'estomac chez un malade qui présente une tumeur du volume du poing.

Ces cas sont malheureusement trop fréquents où le diagnostic médical n'est fait pour ainsi dire que d'une manière rétrospective, alors que toute thérapeutique est impuissante.

Il serait plus utile pour le malade de soupçonner à temps le début d'une si grave affection et de lui proposer, alors que la guérison est encore possible, la laparotomie.

Il est en effet démontré, pour l'estomac comme pour la plupart des autres organes, que le cancer débute habituellement en un point préalablement irrité, en un *locus minoris resistentiæ* où l'inocu-

lation se fait de préférence. Une verrue de la lèvre devient le point de départ d'un cancroïde; un polype de l'utérus, imparfaitement opéré, fait place au carcinome.

La gastrite chronique, l'ulcère de l'estomac, sont des accidents prémonitoires du cancer.

C'est donc contre les affections non cancéreuses de l'estomac, affections si souvent prémonitoires du carcinome, que doivent se diriger nos efforts.

Dès que le cancer est confirmé, toute intervention est illusoire, la survie ne pouvant être que de quelques mois.

Seul, le cancer annulaire du pylore, qui présente souvent une évolution lente et ne donne lieu qu'à une infection générale tardive, est susceptible d'être largement extirpé.

Le squirrhe annulaire du pylore est souvent mobile et procident et se rencontre au palper, soit au voisinage de l'ombilic, soit même à gauche de la ligne médiane. On l'a observé dans la fosse iliaque.

Nous avons vu plus haut que le diagnostic du siège de la tumeur n'offrait aucune difficulté, le néoplasme coïncidant avec les signes rationnels de la sténose pylorique : vomissements journaliers, dilatation de l'estomac, rareté des selles et affaissement du tube intestinal.