

Il ne suffit pas de connaître les déviations quantitatives et qualitatives de la digestion stomacale; il en faut encore déterminer ce que M. Hayem appelle les **troubles évolutifs**. Sous ce nom, on doit désigner les irrégularités du processus digestif, dans les conditions pathologiques. Si l'on extrait le contenu stomacal au bout d'une heure, on constate que tous les malades ne se trouvent pas au même stade de la digestion: chez les uns, l'estomac est déjà vide; chez d'autres, il renferme du liquide que la sonde pourra encore ramener plusieurs heures après le repas d'épreuve. Enfin, au bout d'une heure, on peut constater un chimisme normal chez un individu manifestement dyspeptique; des examens, pratiqués au bout d'un laps de temps plus long, montrent au contraire des modifications importantes du chimisme, modifications qui, chez lui, ne se produisent que tardivement.

Les deux principaux troubles évolutifs sont l'*accélération* et le *ralentissement* de la digestion. Il y a accélération quand, au bout d'une demi-heure ou à peu près, le processus digestif est arrivé au même point qu'au bout d'une heure à l'état normal; cette accélération peut souvent se reconnaître à l'élévation de la valeur F.

Dans le ralentissement de la digestion, « les divers temps de la digestion traînent en longueur, tantôt depuis le début du processus jusqu'à la fin, tantôt seulement après une période qui a évolué normalement ou même d'une manière accélérée ».

Bien que chez certains hyperpeptiques, le processus digestif puisse atteindre son acmé dans un délai inférieur à la normale, l'hyperpepsie coïncide habituellement avec le ralentissement de la digestion.

« C'est dans l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion qu'on observe la plus grande prolongation du travail digestif » (M. Hayem).

L'hypoepsie très intense et l'apepsie s'accompagnent toujours d'une évolution hâtive.

Les troubles évolutifs entraînent des conséquences dont l'importance pratique est évidente: dans le cas de digestion accélérée, l'évacuation de l'estomac est précoce; au bout d'une heure, il est souvent impossible de retirer du liquide de l'estomac (apepsie).

Quand au contraire la digestion est ralentie, l'évacuation du contenu stomacal est tardive. Certains estomacs même, arrivés au paroxysme de l'excitation, continuent à sécréter à jeun.

La dilatation de l'estomac est la conséquence du ralentissement de la digestion, ce qui explique pourquoi elle est la règle dans l'hyperchlorhydrie. L'estomac ne se vide en somme que quand le travail digestif est terminé; ce travail étant très faible dans les cas d'hypoepsie, on conçoit que l'évacuation soit rapide dans l'hypoepsie; très intense et de longue durée dans l'hyperpepsie, il devra forcément retarder l'évacuation du liquide. Il y a toutefois des exceptions à cette règle; certains états hypo-peptiques prononcés et aussi certains états apeptiques peuvent s'accompagner d'un retard plus ou moins considérable de l'évacuation gastrique. Ajoutons que la prolongation de la digestion n'est pas la seule cause de la dilatation de l'estomac; celle-ci est due également à un spasme du pylore dont l'intestin est le point de départ. Le duodénum, irrité par l'arrivée d'un chyme hyperacide, se défend contre cette invasion et ne laisse pénétrer que peu à peu, au fur et à mesure qu'il peut le neutraliser, le chyme hyperacide; d'où contracture réflexe du pylore, d'origine intestinale, fait des plus intéressants, que des travaux récents ont mis en lumière et qui prouve, s'il en était besoin, que dans leur fonctionnement, les différents segments de l'appareil digestif sont solidaires et retiennent les uns sur les autres, quand l'un d'eux est primitivement atteint; nous reviendrons sur ce point quand nous étudierons la dilatation par troubles évolutifs.

Il est nécessaire de commenter avec quelques détails les phénomènes qui caractérisent le ralentissement de la digestion:

Ce ralentissement peut n'avoir qu'une durée limitée, c'est-à-dire que l'évacuation du contenu stomacal est seulement retardée; on trouve encore du liquide dans l'estomac

deux heures ou même trois heures après le repas d'épreuve. Mais, dans d'autres circonstances, le processus digestif n'a pour ainsi dire pas de limites; on trouve dans l'estomac à jeun un liquide résiduel, qui est la conséquence de l'excitation ininterrompue de la muqueuse.

Occupons-nous d'abord des digestions simplement retardées. Le ralentissement peut ne pas s'accompagner de modifications dans la forme de l'évolution digestive; les phases d'augment, d'acmé et de décroissance restent ce qu'elles sont à l'état normal, mais chacune offre une plus longue durée. Souvent, au contraire, le processus digestif est modifié dans son évolution; ainsi les deux premières phases peuvent être seules prolongées et la dernière être très courte. C'est dans l'hyperpepsie que l'on observe ces troubles évolutifs; il peut se faire que l'hyperchlorhydrie soit primitive ou bien se produise seulement à une période tardive, l'hyperpepsie étant générale dans la première. C'est l'*hyperchlorhydrie secondaire ou tardive* de M. Hayem. Il peut y avoir, dans certains cas, apparition tardive des fermentations anormales: c'est la *fermentation tardive*.

On peut également observer la prolongation de la digestion dans certaines formes d'hypoepsie, mais dans les formes intenses et dans l'apepsie, il y a toujours, ainsi que nous l'avons dit précédemment, évolution hâtive.

La seconde éventualité qui peut se présenter est celle des digestions à durée pour ainsi dire illimitée. L'estomac n'est jamais vide; le matin à jeun il contient une quantité variable de liquide que M. Hayem appelle *liquide résiduel*; ce liquide est tantôt hyperchlorurique, tantôt fermentatif.

Bien que l'existence de liquide résiduel coïncide habituellement avec l'hyperchlorhydrie, on peut aussi trouver du liquide résiduel — chlorurique — dans l'hypoepsie.

La présence de liquide dans l'estomac à jeun peut tenir à des causes bien différentes: tantôt elle est bien le résultat d'une suractivité de l'appareil glandulaire et mérite le nom d'hypersécrétion ou de gastrosucchorrée qu'on lui donne indifféremment; tantôt la présence de liquide résiduel est la conséquence d'un obstacle mécanique à l'évacuation de l'estomac et doit alors être considérée comme un signe de rétention; dans ce cas (stase) le liquide contient des débris alimentaires.

Énumérons en quelques mots les caractères des liquides résiduels.

Les uns contiennent des débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu et constituent une bouillie qui, dans un verre, donne lieu à un dépôt de détritres de pain, de viande et qui, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre, présente l'aspect d'une bouillie véritable ou d'une masse brunâtre; les autres ne contiennent pas de débris alimentaires; abandonnés dans un verre, ils laissent déposer un résidu solide composé de fines particules d'aspect blanchâtre.

Les uns et les autres de ces liquides contiennent habituellement des mucosités; le mucus peut être très abondant et le liquide est alors filant; sinon il est fluide. L'aspect avant la filtration est variable; ils sont parfois colorés par la bile (liquides duodénaux). Les liquides exhalent soit une odeur de fermentation (odeur aigrelette d'acide acétique, odeur de beurre rance, d'acide butyrique), soit une odeur de putréfaction.

Au microscope on retrouve les débris alimentaires avec leurs caractères histologiques (fibres musculaires et végétales, grains de fécule, etc.); on constate la présence d'éléments épithéliaux, de globules blancs, de globules rouges, même quand le liquide n'a pas à l'œil nu les caractères d'un liquide hématique; on rencontre aussi parfois sous le champ du microscope des cellules polymorphes, des noyaux multiples, qui ne sont autres que des cellules cancéreuses; enfin d'innombrables levures, sarcines et bâtonnets.

Au point de vue chimique, les liquides sont hyperchloruriques, hyperchlorhydriques ou surtout constitués par des acides de fermentation. Quand ils contiennent de la bile, ils donnent la réaction de Gmelin. Les liquides de coloration verdâtre, qui ne présentent