

flatulence, pyrosis, vomissements : alimentaires, muqueux, sanguins, etc.). Les douleurs tardives, survenant plusieurs heures après le repas, souvent accompagnées de vomissements, sont l'indice à peu près certain d'un obstacle à l'évacuation, c'est-à-dire de la stase. En tous cas, la douleur tardive, constante, traduit l'existence du spasme pylorique. La douleur immédiate, à caractère transfixant, disparaissant après vomissement, est un indice d'ulcère.

c. De ceux qui peuvent se manifester en dehors de l'état de digestion (vomissements du matin et de la nuit, douleurs nocturnes et matutinales, etc.). Le vomissement pituitéux du matin est la signature de la gastrite alcoolique; le vomissement abondant, acide, irritant les dents est lié à la gastrosucorrhée (avec ou sans stase).

d. De l'état des fonctions intestinales (diarrhée simple, lientérique, constipation, colite muco-membraneuse, hémorroïdes).

e. Des troubles généraux qui peuvent coexister.

1° Troubles nerveux (vertiges, bourdonnements d'oreille, troubles visuels, céphalée, névralgies, hyperesthésie, crampes, tétanie, troubles psychiques, modifications du caractère, insomnie, somnolence, affaiblissement des fonctions génitales).

2° Troubles cardiaques (tachycardie, arythmie, palpitations, etc.).

3° Troubles respiratoires (toux, dyspnée).

4° Dermopathies (acné, séborrhée, eczéma, purpura, prurigo, etc.).

On procède ensuite à l'examen du malade :

a. Examen de la langue et du pharynx (constater la nature des enduits qui recouvrent la langue, l'état des dents, rechercher la naso-pharyngite chronique, constater l'odeur de l'haleine, etc.).

b. Examen du thorax (déformations produites par le port du corset).

c. Examen de l'estomac.

1° Inspection. Ventre évasé en haut : estomac des gros mangeurs, des malades atteints de tympanite.

Ventre évasé en bas : ventre des femmes ayant eu plusieurs grossesses, des anciens obèses amaigris, des entéroptosiques.

Saillie médiane au niveau de l'ombilic; aspect habituel des malades atteints de dilatation.

Si le creux épigastrique est en même temps aplati, l'estomac est à la fois dilaté et ptosé.

Ventre aplati dans toute son étendue : aspect pendant les crises, contracture des muscles abdominaux.

Saillies anormales (tumeurs).

Ondulations de la paroi (contractions cloniques indiquant un obstacle pylorique) et contraction tonique en masse de l'estomac de Cruveilhier ou tension intermittente épigastrique de Bouveret (même signification), battements à l'épigastre (chez les dyspeptiques nerveux, dans les cas de ptose). Tumeurs visibles chez certains malades amaigris.

2° Palpation. Rechercher la sensibilité à la pression, les tumeurs et la périgastrite, etc. La douleur à la pression superficielle est souvent l'indice de la dyspepsie nerveuse pure; la douleur vive à la pression profonde est liée à l'ulcère.

Rechercher le clapotage après ingestion de liquide, le matin à jeun (ne pas confondre avec le gargouillement intestinal). Le clapotage constaté dans ces conditions est un signe de ptose ou de dilatation atonique.

5° Percussion. Rechercher les limites inférieures de l'estomac, après ingestion de liquide et surtout après insufflation.

4° Succussion. Rechercher le bruit de succussion.

5° Insufflation. Par l'introduction d'un mélange de bicarbonate de soude et d'acide tartrique (5 gr. de chaque), par l'insufflation à l'aide d'une sonde reliée à l'appareil de Richardson, ou directement par la bouche (Roux, de Lausanne).

L'insufflation permet de se rendre compte des limites de l'estomac (dilatation), de sa situation (ptose, verticalité), de l'incontinence du pylore (quand les gaz passent immédiatement dans l'intestin), de l'existence de tumeurs, de leur siège, de leur existence.

6° Auscultation. Bruit de glouglou (signe de biloculation).

7° Gastrodiaphanoscopie.

8° Examen chimique du contenu de l'estomac, après le repas d'épreuve, à jeun : 12 à 14 heures après le jeûne, l'estomac ne doit rien contenir.

Si l'estomac contient des débris alimentaires abondants et faiblement reconnaissables, cette stase est le signe certain d'une sténose pylorique organique. Si le liquide de rétention ne contient que quelques résidus alimentaires, appréciables seulement à l'examen microscopique, il peut s'agir d'une rétention de liquide post-digestif, due à l'évolution prolongée des glandes gastriques (liquide peu abondant) ou d'une rétention due à une sténose incomplète (liquide abondant); la présence de bile dans ce liquide donne une indication sur le siège de l'obstacle (sténose sous-pylorique, Hayem). Dans le cas d'ulcère, le liquide de stase est très abondant, fluide et exhale une odeur de vin fermenté; dans le cas de cancer, il est épais, pâteux, mélangé de mucus et exhale une odeur d'acide butyrique.

Après le repas d'épreuve, un liquide abondant, riche en principes chlorés, traduit la gastrite hyperpeptique (glandes volumineuses, remplies de cellules en voie de prolifération); un liquide peu abondant, d'une acidité faible ou même nulle, ne comprenant guère que du chlore minéral, indique la gastrite atrophique.

d. Examen de l'intestin (dilatation colique, corde colique, scybales, etc.), du foie (hépatoptose, augmentation de volume), des reins (néphroptose).

e. Examen de l'appareil osseux (nodosités de Bouchard), de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (varices, œdèmes, éruptions diverses : eczéma, séborrhée, purpura, acné, etc.).

f. Examen des urines (glycosurie, albuminurie, urobilinurie, peptonurie, indicanurie, acétonurie, teneur en urée, chlorures, phosphates, etc.).

g. Examen du sang (anémie, leucocytose, pigments biliaires).

L'examen terminé, reste à formuler un **diagnostic** en tenant compte de l'étiologie d'une part, et d'autre part des résultats de l'examen physique et chimique; nous avons déjà indiqué que les troubles fonctionnels ne peuvent entrer seuls en ligne de compte quand il s'agit de déterminer le type de la gastrite; on peut seulement conclure, de l'interrogatoire, à l'existence ou non d'une force nerveuse.

1° Supposons que l'analyse chimique révèle l'*hyperpepsie*; celle-ci peut exister chez un malade dont l'estomac est ou non dilaté.

La forme de gastropathie hyperpeptique la plus fréquente est celle où le suc gastrique est sécrété en excès, où l'évacuation de l'estomac se fait tardivement et où l'organe est dilaté; chez les malades atteints de cette variété de gastropathie, les troubles fonc-