

rapport de la sécrétion que sous le rapport de la motricité, tant sont nombreuses les influences qui peuvent le faire dévier passagèrement du type normal et idéal.

Quoi qu'il en soit, sans vouloir indiquer des chiffres précis, que la nature si complexe de la question ne permet pas de déterminer, nous admettons avec Leube qu'après un repas mixte, composé par exemple d'un potage, d'un morceau de viande et de pain, l'estomac se vide dans un délai de six à sept heures. Passé ce délai il est probable que l'évacuation présente un retard dû à un état pathologique, qui peut être soit le spasme, soit l'atonie.

En tous cas l'estomac, même quand l'évacuation est retardée, doit ne contenir aucun débris alimentaire reconnaissable, le matin à jeun, c'est-à-dire onze à douze heures environ après le repas du soir.

Il ne doit contenir non plus aucun liquide acide; si les résultats de l'expérimentation sont discordants, c'est-à-dire si l'on a pu retirer assez souvent d'estomacs normaux de petites quantités (5 à 15 centimètres cubes) d'un liquide légèrement acide par suite de présence d'HCl libre (Schreiber, Martius), la présence de ce liquide a été attribuée à l'excitation mécanique déterminée par la sonde stomacale employée pour l'exploration de l'estomac; par contre, Pawlow nie l'influence de l'excitation mécanique de la sonde; pour ce savant expérimentateur, l'estomac à l'état de jeûne ne contient qu'un peu de mucus nettement alcalin, de la salive déglutie, opinion partagée par Riegel.

Retenons seulement ce fait que l'estomac à jeun ne contient aucun débris alimentaire, ni de liquide acide en quantité appréciable. S'il contient des débris alimentaires, soit abondants, représentant une bouillie épaisse, soit en minime quantité et formant une émulsion reconnaissable seulement au microscope, il s'agit toujours d'un état pathologique qui est la stase.... S'il contient du liquide plus ou moins abondant et plus ou moins acide, il s'agit encore d'un état pathologique qui a été diversement interprété: hypersécrétion primitive pour les uns, sténose incomplète pylorique ou sous-pylorique pour les autres.

Ces prémisses posées, passons en revue les différents troubles fonctionnels moteurs: spasme du pylore; insuffisance motrice (atonie simple, stase) et esquisons la séméiologie de la dilatation de l'estomac.

Le spasme et l'insuffisance motrice ou atonie, bien que constituant des troubles fonctionnels d'ordre opposé, coïncident cependant ou plutôt alternent souvent l'un avec l'autre. Ainsi le spasme peut très bien survenir comme épiphénomène passager dans un estomac habituellement atone, qu'il y ait ou non un rétrécissement organique. Quant à la dilatation, bien qu'étroitement liée à l'insuffisance motrice, elle n'est nullement en rapport proportionnel avec ce trouble fonctionnel. Sous l'influence des travaux de M. le professeur Bouchard et de ses élèves, on a attribué, pendant quelques années, à la dilatation une importance considérable dans la pathologie gastrique et on l'a considérée comme une entité morbide tenant sous sa dépendance une série de désordres locaux et de manifestations à distance, ces dernières étant d'ordre toxique.

Aujourd'hui la dilatation est bien déchue du rang qu'on lui avait assigné. M. Bouchard l'avait définie: un état de l'estomac caractérisé par l'augmentation de capacité avec diminution de l'élasticité et de la rétractilité de ses parois; tout estomac qui ne se rétracte pas quand il est vide et qui clapote le matin à jeun, après l'absorption de quelques gorgées d'eau, est un estomac dilaté.

La dilatation, ainsi comprise, implique à la fois la notion d'un état anatomique de l'estomac, l'augmentation de capacité de cet organe, et celle d'un trouble fonctionnel, qui est l'insuffisance motrice ou atonie. Or ce trouble fonctionnel a une importance considérable qu'on avait méconnue jusqu'ici, alors qu'on attachait une signification trop exclusive à l'existence de la dilatation.

En réalité, il n'existe aucune corrélation entre le degré de la dilatation et la diffi-

culté pour l'estomac à évacuer son contenu: tel estomac très dilaté se vide assez facilement; chez tel autre, peu ou moyennement dilaté, l'insuffisance motrice est au contraire très marquée; il faut donc, dans la pratique, prendre surtout en considération le trouble moteur et distinguer des degrés dans l'insuffisance motrice, indépendamment du degré de la dilatation de l'estomac. Ne voit-on pas dans certains cas, par exemple dans les sténoses très serrées du pylore, une insuffisance motrice absolue, alors que l'estomac est peu dilaté? Ne constate-t-on pas la stase dans un estomac fixé par des adhérences périgastriques, par conséquent inextensible?

Une autre erreur de M. Bouchard a été de considérer la dilatation comme une entité morbide distincte et primitive. Cette conception est exacte, si l'on n'envisage que le type unique décrit par M. Bouchard, celui de la dilatation myasthénique ou atonique, dénommée encore par d'autres médecins: dyspepsie nervo-motrice, dyspepsie nerveuse; mais à côté de ce type morbide, assez bien défini, il est d'autres syndromes morbides, où la dilatation figure, qui dépendent de causes variables et nécessitent par suite des traitements différents.

**Spasmes du pylore.** — Le spasme, comme l'insuffisance motrice, a pris une grande importance en pathologie gastrique. Il est juste de rappeler cependant que le rôle du spasme n'avait pas échappé à un certain nombre d'auteurs: Kussmaul l'avait signalé en 1888; G. Sée rapportait à la crampe du pylore un certain nombre de cas de gastralgie; pour lui et pour Mathieu, il peut exister dans la « dyspepsie nervo-motrice » une alternative de spasme et d'atonie, soit simultanément sur divers segments du tube digestif, soit successivement sur le même point; nous verrons ultérieurement qu'on peut expliquer par le spasme certaines variétés de constipation, à opposer à la constipation atonique, et que d'ailleurs chez les constipés atones le spasme peut survenir sous diverses influences....

Riegel, Rossbach ont fait intervenir le spasme pour expliquer le ralentissement de l'évacuation, parfois les vomissements dans l'hyperchlorhydrie; A. Robin, Soupault, etc., ont repris cette idée et ce dernier, sous le nom de syndrome pylorique, comprend tous les cas où l'existence de douleurs tardives (survenant plusieurs heures après le repas), de vomissements, indique la participation du spasme. Les chirurgiens, enfin, ont pu constater le spasme *de visu*; ainsi M. Doyen, sur 61 opérations pour affections non cancéreuses du pylore, déclare avoir observé 46 cas de contracture spasmodique, sans sténose cicatricielle. On sait encore qu'après la gastro-entérostomie les crises douloureuses disparaissent pour ainsi dire instantanément, bien que la stase persiste, ce qui démontre bien le rôle du pylore dans la production des crises douloureuses.

Ce rôle est donc indiscutable; toutefois certains points prêtent encore à la discussion; on admet volontiers l'intervention passagère du spasme dans les crises gastriques; quelques médecins hésitent à admettre l'existence d'une contracture spasmodique permanente, pouvant durer pendant des mois entiers. Cependant aucun argument théorique ne peut être opposé à cette conception d'un spasme permanent; ne voit-on pas la fissure anale produire une contraction permanente du sphincter? n'existe-t-il pas des cas de vaginisme permanent dus à des lésions diverses des voies génitales externes? Il convient d'ajouter que le spasme du pylore est rarement essentiel, c'est-à-dire lié à des troubles purement nerveux ou sécrétoires. Il est démontré aujourd'hui que, dans la grande majorité des cas, le spasme est provoqué par une irritation réflexe ayant pour point de départ un ulcère situé au voisinage du pylore, une simple érosion (Carle et Fantino); il existe pour le spasme du pylore une cause provocatrice organique comme pour la sphinctéralgie, le vaginisme, etc.

**Insuffisance motrice; atonie simple; stase.** — L'insuffisance motrice présente plusieurs degrés; dans la pratique on ne doit en admettre que deux: