

l'insuffisance simple ou atonie, caractérisée par le ralentissement dans l'évacuation, l'estomac parvenant cependant à se vider et ne contenant aucun aliment le matin, après douze à quatorze heures de jeûne; la stase, caractérisée par la rétention permanente des aliments dans l'estomac, qui renferme, le matin, après douze à quatorze heures de jeûne, une bouillie alimentaire contenant des débris d'aliments facilement reconnaissables, ayant parfois été ingérés plusieurs jours auparavant.

L'atonie simple peut aboutir à la stase; toutefois, c'est là une éventualité exceptionnelle; la stase, en effet, reconnaît des causes spéciales, qui sont tous les obstacles organiques siégeant au pylore (ulcère, cancer, etc.), ou les compressions, les adhérences. L'histoire de la stase se confond avec celle des sténoses et sera exposée dans le chapitre qui leur est consacré.

Comment reconnaît-on l'insuffisance motrice? A l'état normal, on admet, à la suite de nombreux tubages, que l'estomac doit être vide six ou sept heures en moyenne, après l'ingestion d'un repas ordinaire. Si donc au bout de ce temps la sonde ramène des aliments, s'il se vide seulement dans un délai de neuf à dix heures par exemple, c'est que l'estomac est atteint d'atonie ou d'insuffisance motrice simple.

La constatation du bruit de clapotage huit heures après le repas constitue une présomption sérieuse en faveur de l'insuffisance motrice; toutefois, comme la recherche du clapotage peut donner lieu à de nombreuses erreurs d'interprétation, il vaut mieux demander au tubage la confirmation de l'insuffisance motrice.

Il ne suffit pas d'avoir constaté celle-ci; il faut encore la distinguer de la stase, qui se reconnaît à ce fait qu'un cathétérisme évacuateur fait le matin, le malade étant à jeun depuis le dîner de la veille, ramène une bouillie alimentaire plus ou moins abondante. Si le résultat du cathétérisme est négatif et qu'un doute persiste, il faut faire suivre le tubage d'un lavage, certains estomacs atones ne pouvant se vider par simple expression. Il est utile de faire prendre aux malades, un jour ou deux avant de pratiquer le cathétérisme, certains légumes ou fruits, tels que carottes, lentilles, raisins, pruneaux, etc., laissant une enveloppe celluleuse facilement reconnaissable et séjournant plus longtemps dans l'estomac que les substances réduites en bouillie par l'action du suc gastrique.

On retire quelquefois, non plus une bouillie alimentaire avec débris facilement reconnaissables, mais un liquide contenant des fragments très ténus et reconnaissables seulement au microscope. Ce liquide de stase « atténué » s'obtient dans les cas de sténoses sous-pyloriques incomplètes.

Quelles sont les causes de l'insuffisance motrice simple et celles de la stase?

Les causes de l'insuffisance motrice sont :

Les troubles évolutifs de la digestion (l'insuffisance motrice liée aux troubles sécrétoires);

La myasthénie primitive par faiblesse musculaire congénitale du tissu musculaire à fibres lisses (Bouchard), par faiblesse acquise sous l'influence de troubles nerveux (neurasthénie, hystérie, grands traumatismes);

Les lésions des tuniques musculaires (la gastrite chronique, cancer, ulcère);

Les adhérences périgastriques, les troubles statiques (dislocation verticale, ptose gastrique).

Les causes de la stase, nous l'avons déjà indiqué, sont tous les obstacles organiques à l'évacuation, siégeant au pylore (rétrécissement cancéreux, cicatriciel, à la suite d'ulcère ou de gastrite toxique; spasme pylorique par ulcère juxtapylorique, etc., etc. V. *Sténoses*).

Peut-il y avoir stase sans rétrécissement organique, sans spasme lié à une lésion, par simple atonie; en un mot, l'atonie peut-elle devenir telle que la myasthénie aboutisse à la stase? Cette dernière variété de stase est rare, mais son existence est incontestable;

elle se montre chez les neurasthéniques, les anémiques gravement atteints; chez les cachectiques.

Cette stase par atonie peut disparaître sous l'influence d'un régime convenable, de quelques lavages.

Dilatation. — Jusqu'à Duplay père (1855) la dilatation n'eut pas d'histoire clinique; c'était une simple trouvaille d'autopsie; on constata que la dilatation peut être due à une sténose cancéreuse ou non; ultérieurement on rapporta des cas de dilatation sans obstacle pylorique (Widman et Lieutaud, en 1845 et 1852). Dans le mémoire de Duplay père, publié dans les *Archives de Médecine* de 1855, les principaux signes de la dilatation : bruits de succussion, renseignements donnés par la percussion, sont tracés de main de maître.

Les travaux ultérieurs, ceux de Cruveilhier, de Chomel, de Kussmaul eurent surtout pour résultat de vulgariser les signes de la dilatation, — Chomel fit du clapotage un signe pathognomonique, — mais ils laissèrent dans l'ombre les questions relatives à sa pathogénie.

En 1884, M. le professeur Bouchard fit à la Société médicale des hôpitaux une communication retentissante.

Il envisagea la dilatation comme une maladie très fréquente, puisqu'il la constatait chez 50 pour 100 de la totalité des malades, et lui attribua la plupart des manifestations à distance que l'on observe chez les gastropathes; il fit de ces manifestations des symptômes d'ordre toxique, alors qu'on s'était habitué à les considérer comme des actes réflexes.

Dans l'estomac dilaté se produiraient des fermentations anormales, des poisons qui, résorbés, détermineraient des manifestations nerveuses et cutanées, des troubles généraux de la nutrition, etc.... La théorie de l'auto-intoxication avait pris naissance; elle entraîna l'adoption d'une thérapeutique conforme à cette conception pathogénique; l'antisepsie gastro-intestinale fut très en faveur pendant quelques années. Elle est aujourd'hui quelque peu discréditée et l'on ne peut que s'en féliciter, car l'abus des médicaments dits antiseptiques, du naphтол en particulier, a causé bien des méfaits et créé peut-être plus de gastropathies qu'il n'en a guéri.

La doctrine de M. Bouchard contient une part de vérité; M. Bouchard a eu le grand mérite d'attirer l'attention sur les phénomènes d'intoxication lente qui sont la conséquence d'un certain nombre de gastropathies; mais il a eu le tort de considérer les phénomènes d'intoxication comme exclusivement liés à l'existence de la dilatation; en réalité la nutrition souffre toutes les fois qu'il y a élaboration vicieuse des aliments. D'autre part, le tableau qu'il a tracé des conséquences de la dilatation a été peint sous des couleurs trop sombres; il semble qu'il s'applique surtout à la dilatation avec stase, très rare en dehors des sténoses. La critique la plus sérieuse qu'on puisse adresser à la théorie de M. Bouchard, c'est qu'elle s'occupe uniquement de la dilatation en faisant abstraction des causes qui lui ont donné naissance; méconnaissant l'importance des recherches faites sur le chimisme stomacal, M. Bouchard n'a pas entrevu le lien qui unit souvent les troubles chimiques aux troubles moteurs; aussi a-t-il été conduit à cette thérapeutique irrationnelle consistant à prescrire le régime sec comme la panacée de la dilatation, à prescrire l'antisepsie médicamenteuse qui est la pire des médications, sans se préoccuper de la gastrite initiale et des troubles sécrétoires. Cette thérapeutique a encore eu comme conséquence fâcheuse l'abus du lavage de l'estomac que la plupart des médecins, exagérant les idées du maître, employèrent dans tous les cas où ils constataient du clapotage ou même sans avoir reconnu l'existence de la dilatation.

Au professeur Hayem revient le mérite d'avoir mis en lumière la subordination des troubles moteurs aux troubles évolutifs de la digestion. Avec lui la dilatation n'est plus