

considérée uniquement comme la résultante de la distension prolongée de l'estomac par la surcharge alimentaire (dilatation des gros mangeurs), ni comme une atonie primitive des muscles, comme l'admettait M. Bouchard : elle résulte directement de la prolongation des digestions due à l'excitation exagérée de l'appareil sécréteur ; ultérieurement, il est vrai, la pathogénie devient complexe et les altérations du muscle gastrique, sa dégénérescence, la gastrite interstitielle contribuent à déposséder l'estomac de sa puissance contractile.

On doit admettre, suivant nous, trois variétés de dilatation, suivant les causes principales qu'on retrouve à leur origine :

a) La dilatation par troubles évolutifs, la plus fréquente.

b) La dilatation par affaiblissement de la paroi musculaire, par myasthénie dont l'existence ne paraît pas contestable.

c) La dilatation par obstacle mécanique, avec stase.

a) *Dilatation par troubles évolutifs.* — C'est la dilatation commune, celle que l'on trouve souvent chez des malades qui n'en soupçonnent pas l'existence, parce qu'ils souffrent peu ou point.

Son point de départ est la prolongation de la digestion due au contact d'ingesta irritants, sous l'influence de l'excitation sécrétoire et du retard à l'évacuation qui en est la conséquence. C'est dire qu'elle est la conséquence habituelle de la gastrite hyperpeptique, puisque l'hyperpepsie avec hypersécrétion entraîne habituellement la prolongation des digestions. Des travaux récents permettent de concevoir clairement pourquoi les digestions sont prolongées chez les hyperpeptiques et pourquoi cette prolongation a pour conséquence la dilatation de l'estomac. On a cru pendant longtemps que l'estomac seul réglait l'état de contraction ou de relâchement du pylore ; en réalité, l'intestin intervient dans le jeu du sphincter pylorique (expériences de Hirsch, 1892 ; de Von Mering, 1895 ; de Marbaix, 1898). Il résulte de ces diverses expériences que pendant le cours de la digestion gastrique, il se produit une sorte de lutte entre l'estomac et l'intestin, ce dernier refusant le chyme trop abondant ou trop acide, c'est-à-dire irritant pour lui. Or, dans l'hyperpepsie ces deux conditions d'irritation sont réalisées ; le liquide évacué est très abondant (hypersécrétion) et anormalement acide, d'où résistance de l'intestin contre l'introduction dans sa cavité du chyme irritant et contracture flexe du pylore, d'origine intestinale. L'estomac ne pouvant évacuer son contenu, se dilate peu à peu ; mais si la cause d'irritation cesse, l'évacuation peut se faire. On conçoit dès lors la possibilité de la guérison de la dilatation par troubles évolutifs.

Le chimisme ne demeure pas immuable ; il subit des modifications parallèles aux modifications de structure des éléments glandulaires, c'est-à-dire aux progrès de la gastrite, et peu à peu l'hyperpepsie fait place à l'hypo-pepsie, au fur et à mesure que l'atrophie glandulaire et la gastrite interstitielle se développent. On s'explique ainsi les résultats variables que donne l'analyse du suc gastrique dans les cas de dilatation.

Le signe de la dilatation par troubles évolutifs est avant tout le clapotage perçu dans les limites admises par M. Bouchard, c'est-à-dire au-dessous d'une ligne reliant l'ombilic au rebord costal du côté gauche. Le clapotage n'est pas permanent ; au bout de six à huit heures, il disparaît ; la percussion faite pendant la période de jeûne donne un son tympanique, dû à la distension de l'estomac par les gaz ; la région sus-ombilicale après le repas est tendue, tympanisée. Le cathétérisme évacuateur pratiqué le matin à jeun ne ramène pas de débris alimentaires, ce qui prouve que l'estomac s'est vidé pendant la nuit ; il permet d'extraire seulement une petite quantité d'un liquide muqueux, chlorurique.

Après le repas d'épreuve d'Ewald, on constate que la digestion n'a pas atteint sa phase d'acmé au bout d'une heure, comme à l'état normal, et l'on constate habituellement de l'hyperchlorhydrie tardive.

La dilatation a pour caractères essentiels de varier d'un jour à l'autre, tout au moins dans les formes moyennes et quand les troubles digestifs ne sont pas trop anciens. Un traitement dirigé contre les troubles sécrétoires, un régime convenable la font disparaître en quelques jours ou quelques semaines ; c'est là la meilleure preuve qu'il ne s'agit pas d'une atonie irrémédiable, mais bien, comme nous l'avons dit, d'un état transitoire lié aux troubles évolutifs.

Même dans les cas très anciens, avec stase, on peut, sous l'influence du repos, des lavages, d'un régime très sérieux, constater une rétraction progressive de l'estomac et la disparition de la stase.

b) *Dilatation myasthénique ; dilatation par troubles statiques (ptose).* — Cette forme correspond à la dilatation nervo-motrice de G. Sée et Mathieu ; ici la maladie n'est plus locale, c'est un trouble morbide lié à une altération de la santé générale. En effet, la mauvaise hygiène alimentaire n'a qu'une influence relative sur sa production : elle survient surtout sous l'influence des altérations générales de la nutrition, de l'affaiblissement, peut-être aussi des altérations de l'estomac qui succèdent aux maladies aiguës de longue durée, comme la fièvre typhoïde, par exemple, ou des maladies chroniques anémiantes ou cachectisantes, comme la chlorose, la tuberculose, la syphilis, le paludisme, etc. ; l'estomac perdrait sa tonicité et se dilaterait par suite de la myasthénie, sans l'intermédiaire des troubles sécrétoires ; de son côté, M. Bouchard admet que la dilatation peut se produire par suite d'une débilité native du tissu musculaire lisse (dilatation des neuro-arthritiques ?). Enfin l'influence nerveuse directe apparaîtrait nettement dans certains cas où l'estomac se paralyse brusquement à la suite d'un traumatisme de la paroi ou dans le cours de certaines névroses : neurasthénie, hystérie, hystéro-neurasthénie traumatique. Ces gastroplogies sont rares, mais leur existence est indéniable. Ce qu'il faut retenir, c'est la prédisposition héréditaire à l'atonie qui se retrouve dans la plupart des cas, à côté des causes occasionnelles précitées. Les malades qui en sont atteints ont en même temps des varices, des hémorroïdes, des hernies, de l'emphysème, toutes lésions témoignant d'une faiblesse générale des tissus. Ajoutons à ces diverses catégories de dilatation celle qui résulte de la dislocation verticale de l'estomac ; les aliments s'accumulent par suite de la situation nouvelle de l'estomac, dans le bas-fond sous-pylorique ; il se crée là une poche qui se laisse de plus en plus distendre et la dilatation peut devenir telle, l'obstacle à l'évacuation tellement prononcé que la stase apparaît.

On voit que l'on a fait rentrer dans cette seconde classe de dilatation des cas assez disparates. M. Hayem n'admet pas sans réserve la pathogénie invoquée. Pour lui, c'est la gastrite, avec les troubles sécrétoires qui lui sont subordonnés, qui est encore, dans ces cas, le point de départ de la dilatation ; il refuse notamment d'admettre le rôle de la neurasthénie primitive.

Nous ne pouvons que poser les termes du problème dont la solution est évidemment matière à discussion ; constatons cependant l'influence indéniable, dans la dilatation nervo-motrice, des moyens physiques : repos, hydrothérapie, massage, suralimentation même, qui relèvent l'état général et dont les résultats favorables nous paraissent de nature à confirmer le rôle important, sinon exclusif, de l'affaiblissement, de l'asthénie nerveuse dans la pathogénie des accidents.

Dans la dilatation myasthénique, la paroi épigastrique n'est plus tendue ; elle est au contraire déprimée ; par contre, il existe une voussure sous-ombilicale, ce qui tient à l'étendue de la dilatation, à l'abaissement notable de la grande courbure, démontrés par l'insufflation. Ce dernier moyen d'exploration permet encore de déceler la dislocation verticale (V. plus loin Gastropathies et entéropathies d'origine statique). Le clapotage peut être constaté sept ou huit heures encore après le repas. On ne peut en général réveiller de contractions en percutant la région épigastrique ; l'expression est souvent