

du syndrome de Reichmann. Une observation avec autopsie, publiée en 1892, par M. Mathieu, fut le point de départ des recherches de M. Hayem sur ce point. Dès 1894, M. Hayem émit l'opinion que le syndrome de Reichmann n'est pas l'effet d'une sécrétion continue; que d'ailleurs le liquide trouvé dans l'estomac à jeun est un liquide de rétention tenant en suspension des résidus de la digestion et dont la composition, loin d'être uniforme, varie avec la constitution anatomique et le fonctionnement du système glandulaire. Le plus souvent, à la vérité, le liquide est hyperchlorhydrique, mais il peut aussi présenter une acidité faible. L'hypersécrétion est le résultat de l'excitation sécrétoire produite par la rétention des débris alimentaires et la composition du liquide résiduel varie suivant la structure de la muqueuse. La théorie de M. Hayem a été développée par lui, d'abord dans une communication faite à l'Académie de médecine, le 18 mai 1897, puis dans un rapport à la même Académie (1898) à l'occasion d'un travail présenté par M. Tuffier et intitulé : *De la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore*, enfin dans diverses leçons cliniques. M. Hayem a déclaré qu'un obstacle mécanique existait au niveau ou dans le voisinage du pylore à l'autopsie de tous les malades ayant présenté tous les signes de la maladie de Reichmann. D'autre part, chez tous les malades de cette catégorie ayant subi l'opération de la gastro-entérostomie, il a pu reconnaître, au cours de l'opération, diverses causes d'obstacle au passage des aliments de l'estomac dans le duodénum (ulcère ou cancer, affections des voies biliaires ou du duodénum, etc.). Il y a lieu, suivant lui, de distinguer, au point de vue clinique, la sténose incomplète pylorique ou portant sur la partie du duodénum voisine du pylore et la sténose incomplète sous-pylorique siégeant sur un des points de l'anse duodénale, au delà de l'ampoule de Vater. Ses conclusions sont formelles :

Tout malade qui, n'étant pas en état de crise, présente d'une façon habituelle, le matin à jeun, un liquide renfermant une bouillie alimentaire, est atteint d'une sténose du pylore; il n'est pas besoin que le liquide soit abondant, ni qu'il contienne de l'HCl libre. Ce signe est pathognomonique, quels que soient les symptômes concomitants, qu'il y ait ou non des douleurs, des vomissements, des ondes péristaltiques, des ondulations pyloriques ou sous-pyloriques; l'exploration de l'estomac à jeun, seule, peut établir l'existence d'une sténose.

Quand le liquide résiduel est peu abondant, faiblement acide, ne contient pas de débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu, est mélangé de bile, il faut songer à une sténose sous-pylorique. Mêmes conclusions de la part de M. Soupault : « toutes les fois que, dans les cas de gastrosuccorrhée, l'on a pu examiner le pylore non plus à la hâte, superficiellement, mais d'une façon minutieuse, après une pylorotomie par exemple, on a toujours trouvé la lésion ».

Les conclusions si nettes de M. Hayem n'ont pas été acceptées sans réserve par tous les médecins. Certains, comme MM. Albert Robin, Debove, Linossier, Carle et Fantino, tout en admettant que la sténose est le plus souvent l'origine du syndrome de Reichmann, font jouer encore un rôle à l'hypersécrétion et au spasme dans la genèse d'un certain nombre de cas, l'hypersécrétion étant primitive, le spasme secondaire. M. Linossier fait remarquer que, d'une part, il peut exister des sténoses sans stase alimentaire, que, d'autre part, le spasme du pylore joue un rôle important dans les phénomènes de stase attribués uniquement à la sténose par M. Hayem. « Il est difficile, dit-il, d'admettre autre chose que le spasme dans les cas où la stase alimentaire survient par crises; des faits bien observés montrent qu'il peut être incriminé même pour l'explication des stases permanentes. » M. Hayem ne nie pas l'existence du spasme du pylore dans certaines gastropathies, mais il ne le croit pas capable de provoquer une rétention suffisante pour se manifester le matin à jeun, de façon permanente.

On voit qu'une certaine obscurité persiste encore sur le « syndrome de Reichmann »;

peut-être tous les cas ne sont-ils pas comparables : à côté de la sténose, cause de la rétention, de la réaction sécrétoire et de la dilatation, il est possible que l'on doive admettre des cas où l'hypersécrétion est primitive et s'accompagne secondairement du spasme; M. Hayem lui-même n'en conteste pas l'existence. « On ne doit pas cependant, dit-il, repousser systématiquement l'hypothèse de troubles dynamiques pouvant se traduire par une modification plus ou moins profonde des sécrétions de l'estomac. Il est même permis de dire que l'existence de semblables troubles est fort vraisemblable. Lorsque l'analyse d'un repas d'épreuve donne comme réaction chimique de l'hyperpepsie, cela n'indique pas autre chose qu'un certain état d'excitation de l'appareil glandulaire de l'estomac.

« Nul doute physiologiquement que cet état puisse avoir pour origine une modification des nerfs sécréteurs ou même simplement un trouble vaso-moteur.

« On peut en conclure, à coup sûr, que cet appareil est le siège d'une lésion anatomique. Un surmenage passager de l'estomac, l'action de diverses causes d'irritation, divers troubles d'origine périphérique ou centrale, semblent pouvoir produire de l'hyperchlorhydrie et même une hypersécrétion apparente par prolongation de la digestion, ou réelle. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait aller plus loin. S'il existe des affections primitives des nerfs de la sécrétion, en réalité, nous ne savons rien pour le moment. » (Hayem, *Traité de médecine et de thérapeutique*, IV<sup>e</sup> volume, p. 547, 1897.)

Rappelons brièvement les **symptômes** de la sténose. On doit distinguer les sténoses à marche lente et les sténoses à marche aiguë.

En ce qui concerne les sténoses à marche lente, on peut distinguer, suivant le degré du rétrécissement, des sténoses serrées, des sténoses moyennes, des sténoses légères (H. Hayem).

Les **sténoses serrées**, qui appartiennent presque exclusivement au cancer, ne sont pas toujours aisées à reconnaître, contrairement à ce que l'on pourrait supposer *a priori*. Si l'estomac est tolérant, ce qui correspond à une marche relativement lente de l'affection, on fait le diagnostic d'après l'ectasie qui atteint des proportions considérables; l'estomac distendu et atone descend presque jusqu'au pubis; les ondulations péristaltiques sont très marquées, mais les vomissements sont rares, quoique très abondants. Le liquide retiré le matin à jeun atteint souvent un litre et plus (sa quantité dépend en grande partie des vomissements); il renferme de nombreux débris alimentaires en voie de fermentation, exhalant une odeur infecte, du sang altéré. Il est d'une acidité très élevée (3-4 pour 100) et cette acidité est due aux acides organiques de la série grasse.

Il peut exister cependant des sténoses très serrées, non cancéreuses, où l'acidité est due presque entièrement à l'acide chlorhydrique libre ou combiné.

Les débris d'aliments retirés de l'estomac à jeun appartiennent souvent à des aliments qui ont été ingérés plusieurs jours auparavant (légumes, fruits).

Même lorsqu'on a lavé l'estomac, le soir, avec une quantité d'eau suffisante pour que le liquide ressorte clair et dépourvu de débris alimentaires, on peut encore retirer, le lendemain, du liquide résiduel contenant des débris d'aliments (qui étaient restés adhérents au mucus, lors du premier lavage).

Dans certains cas de sténose serrée, il peut se faire que l'on obtienne une quantité très faible de liquide. Cette particularité, d'après M. Hayem, serait en rapport avec l'existence d'un degré avancé d'atrophie glandulaire. L'appareil glandulaire gastrique étant presque complètement détruit ne sécrète plus de liquide résiduel.

En somme, l'existence de la *stase* avec une ectasie gastrique considérable est le meilleur signe des sténoses serrées. Ajoutons que les contractions péristaltiques de l'estomac se constatent souvent à travers la paroi abdominale.

Le diagnostic est difficile quand l'estomac est intolérant, parce qu'alors les vomisse-