

ments sont fréquents, suivent de près l'ingestion alimentaire et que les signes de rétention, l'ectasie avec stase ne se produisent pas ou disparaissent. Il faudrait pouvoir suivre les malades dès le début des troubles morbides pour affirmer qu'il y a rétention. Il est vrai que l'existence d'une tumeur pylorique lève souvent les doutes. Ce qu'il importe de retenir, c'est que la dilatation de l'estomac n'est pas un signe infaillible pour le diagnostic d'une sténose. Sans doute l'estomac est le plus souvent dilaté, mais la dilatation peut être très faible. D'autre part, le volume de l'estomac peut être inférieur à la normale, et la limite inférieure de l'organe rester toujours au-dessus de l'ombilic, même après insufflation (Hayem, Société médicale des hôpitaux, 12 novembre 1897). Les causes de la rétraction de l'estomac, en cas de sténose, sont les vomissements incessants, dus à l'intolérance, vomissements qui s'opposent à la stase; ce sont les brides péritonéales qui s'opposent à la distension de l'organe; c'est enfin la restriction de l'alimentation à laquelle les malades sont conduits en raison des douleurs que provoque la digestion. Le seul signe certain de la sténose, dans ce cas, c'est l'existence habituelle, dans l'estomac à jeun, de liquides résiduels avec débris alimentaires.

Les **sténoses moyennes** sont les plus communes. Les symptômes fonctionnels ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans les sténoses serrées. Ce sont : la douleur, plus ou moins vive suivant les cas, souvent plus vive au début, quand la tunique musculaire réagit par ses contractions contre l'obstacle; les vomissements, également plus fréquents au début, et pour la même raison, caractérisés par leur abondance, leur odeur butyrique (cancer), ou acétique (ulcère), la présence de débris d'aliments ingérés depuis longtemps (noyaux de fruits, fragments de légumes, etc.), ce sont encore la soif, la constipation, la diminution de la sécrétion urinaire, enfin la cachexie progressive.

Les signes physiques sont également les mêmes que précédemment : dilatation habituelle, mais non constante, décelée par le clapotage perçu le matin, à jeun; ondulations épigastrique de Kusmaul, contraction en masse de l'estomac, sans ondulations, pareil sous la main à l'utérus contracté (Cruveilhier); tension intermittente de l'épigastre (Bouveret); stase constatée par le tubage fait le matin 12 à 14 heures après le dernier repas. Éventuellement, la constatation d'une tumeur aide au diagnostic.

Les caractères du liquide retiré à jeun sont très variables. Le liquide n'a pas toujours les caractères d'un suc gastrique acide, actif, susceptible d'opérer une digestion *in vitro*. Ainsi qu'il a été dit, pour que le liquide résiduel présente ces caractères, il faut que la muqueuse gastrique présente encore une certaine activité sécrétoire; sinon, dans les cas où la muqueuse est profondément atrophiée, le liquide sécrété est en quantité très faible et ne présente que des traces insignifiantes d'acide. Ainsi s'expliquent les observations de sténose confirmée par l'autopsie, qui pendant la vie ne se traduisait pas par le syndrome de Reichmann.

On arrive cependant, dans ces cas, à faire le diagnostic, en retirant de l'estomac, le matin à jeun, quelques débris alimentaires; mais il importe, alors, si l'on n'a pas constaté de signes d'ectasie bien notable, et si l'on soupçonne cependant la rétention, de ne pas faire de lavage de l'estomac la veille au soir.

Les cas de **sténose légère** appartiennent en général aux sténoses sous-pyloriques. Le liquide retiré le matin à jeun ne renferme que quelques résidus alimentaires appréciables au microscope, mais il est presque toujours hyperchlorhydrique, il contient en outre de l'acide acétique.

Lorsque le liquide est régulièrement bilieux, on peut être assuré que la sténose siège sur le trajet du duodénum, au-dessous de l'ampoule de Vater.

Dans les sténoses à marche rapide, le patient éprouve les mêmes troubles fonctionnels qui ont été précédemment décrits; mais ce qui domine ce sont les phénomènes d'inani-

tion; le malade, arrivé rapidement au dernier degré de la faiblesse et de l'amaigrissement, finit par succomber dans le collapsus. L'estomac est en général peu dilaté, parce qu'il se vide par des vomissements incessants et aussi en raison de la rapidité de l'évolution. Ces sténoses sont ordinairement dues à de petits cancers annulaires, ou provoquées par une cicatrice développée sur une ulcération de gastrite toxique.

Ce que le praticien doit surtout retenir de ce qui précède, c'est que *toutes les fois que, chez un malade, après quatorze heures de jeûne absolu, même de boissons, on constate par le cathétérisme que l'estomac n'est pas vide, il y a une sténose*. Dans les dilatations simples, même les plus prononcées, dans celles où l'estomac, à jeun, descend bien au-dessous de l'ombilic, il n'y a pas de stase. Ces estomacs dilatés à l'extrême se vident lentement, mais se vident.

Le **diagnostic** de la nature de la sténose n'est pas toujours aisé. Sans doute, quand les commémoratifs permettent d'éliminer la gastrite toxique et la cholécystite calculuse, il se circonscrit à peu près toujours entre le cancer et l'ulcère, mais la distinction entre ces deux affections est parfois scabreuse.

Rien de plus commun que de voir confondre l'induration de la périgastrite avec celle d'un cancer en nappe; les commémoratifs, la notion de l'âge n'ont qu'une valeur contingente et ce qui complique la question, c'est que le cancer succède assez souvent à l'ulcère. L'analyse du liquide de rétention fournit des renseignements assez précis : dans le cas de sténose par ulcère, le liquide de la rétention est hyperchlorhydrique — du moins habituellement; il ne renferme que peu d'acides gras, ne répand pas l'odeur infecte de la bouillie retirée de l'estomac du cancéreux. Si l'on rapproche ces caractères du liquide, de la notion d'ancienneté de la maladie, des crises de douleurs et de vomissements éprouvés par le malade depuis plusieurs années, on possède alors des éléments de diagnostic.

Quand la sténose est due à un cancer, le liquide résiduel ne contient pas d'acide chlorhydrique libre, ou n'en contient qu'une très faible proportion; cependant l'acidité du liquide peut être élevée, mais elle est due presque uniquement aux acides gras (lactique, butyrique); cette proportion considérable des acides gras est caractéristique du cancer. Le contenu de l'estomac exhale une odeur repoussante de putréfaction. Lorsque l'on constate ces particularités chez un individu déjà âgé, malade depuis quelques mois seulement, présentant une teinte jaunâtre, un aspect cachectique, des œdèmes, on est conduit au diagnostic de cancer.

Les caractères du liquide n'ont cependant rien d'absolu. Lorsque le cancer est développé sur une cicatrice d'ulcère, le liquide est habituellement hyperchlorhydrique. Inversement, dans les cas d'ulcère ancien compliqué d'atrophie de la muqueuse gastrique, le type chimique peut être celui de l'apepsie, c'est-à-dire celui que l'on retrouve habituellement dans le cancer.

Il est à remarquer que le type chimique (type hypopeptique et apeptique) est le même dans les cas de cancers extra-stomacaux ayant déterminé une compression de l'estomac et entraîné la sténose pylorique ou sous-pylorique.

En dépit des renseignements fournis par l'interrogatoire et l'examen des malades, par l'analyse des sécrétions retirées de l'estomac à l'état de vacuité et après le repas d'épreuve, un doute peut parfois subsister au sujet de la nature de l'obstacle et même sur l'existence d'une sténose pylorique. Si la situation du malade s'aggrave progressivement, on est autorisé en pareil cas à faire pratiquer une laparotomie exploratrice. Cette opération, bénigne lorsqu'elle est pratiquée chez un individu résistant, peut être suivie de mort, si celui qui la subit est déjà cachectique. On ne doit donc pas attendre trop longtemps pour prendre un parti. Même après laparotomie, le diagnostic peut rester incertain; il peut être impossible de distinguer le cancer de l'ulcère; on trouve des adhérences, des brides partant de la vésicule biliaire, s'étalant à la face antérieure