

# MALADIES DE L'ESTOMAC

Par ALBERT MATHIEU

Médecin de l'Hôpital Andral.

---

Cette étude sera divisée en trois parties.

- I. — Séméiologie analytique.
- II. — Étude des grands complexus symptomatiques et des principaux types cliniques de la dyspepsie gastrique.
- III. — Étude des maladies de l'estomac caractérisées par des lésions anatomo-pathologiques.

Les mêmes phénomènes y seront quelquefois considérés sous des angles différents; ces études successives se compléteront de façon à faire mieux comprendre l'ensemble des faits et à considérer chacun d'eux sous toutes ses faces.

---

## PREMIÈRE PARTIE

### SÉMÉIOLOGIE ANALYTIQUE

I. Viciations de la motricité. — II. Vomissement. — III. Hématémèse. — IV. Viciations de la sécrétion. — V. Bactériologie gastrique. — VI. Acides de fermentation organique. — VII. Gaz de l'estomac. — VIII. Viciations de la sensibilité. — IX. Viciation de l'absorption stomacale.

---

## DEUXIÈME PARTIE

### ÉTUDE DES GRANDS COMPLEXUS SYMPTOMATIQUES ET DES PRINCIPAUX TYPES CLINIQUES DE LA DYSPESIE GASTRIQUE

I. Dyspepsie, définition, historique. — II. Division. — III. Hyperchlorhydries. — IV. Stase gastrique permanente. — V. Dyspepsie sensitivo-motrice. — VI. Gastralgie. Crises gastriques. — VII. Embarras gastrique. — VIII. Retenissement à distance de la viciation des fonctions stomacales. — IX. Étude générale sur l'étiologie et la pathogénie des états dyspeptiques.

---

## TROISIÈME PARTIE

ÉTUDES DES MALADIES DE L'ESTOMAC CARACTÉRISÉES  
PAR DES LÉSIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

I. Dislocations, malformations et déformations de l'estomac. — II. Gastrites.  
— III. Ulcère simple. — IV. Tumeurs de l'estomac. — V. Cancer de l'estomac.  
— VI. Linite plastique.

## PREMIÈRE PARTIE

## SÉMÉIOLOGIE ANALYTIQUE

Au cours des maladies de l'estomac, qu'elles résultent ou non de lésions organiques, on peut observer des troubles de la motricité, de la sécrétion, de la sensibilité et de l'absorption.

Nous allons en faire l'étude analytique et indiquer par quelle technique il convient de les rechercher. Nous commencerons par exposer ce que sont les phénomènes physiologiques correspondant à l'état normal.

## I. — VICIATIONS DE LA MOTRICITÉ

*Motricité stomacale à l'état normal.* — L'estomac est un réservoir musculaire tapissé d'une muqueuse riche en glandes. Les mouvements propres de cette poche ont pour but de mélanger intimement les aliments au suc gastrique sécrété par la muqueuse, et de les évacuer dans l'intestin à travers le pylore lorsque leur transformation physique et chimique est suffisante. Le pylore, à l'état normal, ne laisse passer les substances alimentaires que lorsqu'elles ont acquis un certain degré de liquéfaction.

On est amené à penser que les fonctions motrices de l'estomac ont une importance plus grande encore que ses fonctions sécrétoires : on a pu réséquer l'estomac dans son entier chez des chiens et même chez des hommes sans qu'il en résulte de trouble grave dans la digestion et la nutrition. D'autre part, la clinique démontre que des accidents graves résultent *toujours* de la viciation des fonctions motrices de l'estomac ; par contre, des viciations graves de la sécrétion sont facilement compensées si l'évacuation du contenu de l'estomac n'est pas sensiblement retardée.

Le retard dans l'évacuation du contenu stomacal, d'où résultent la stase, l'exagération des fermentations dans la masse alimentaire et l'excitation anormale de la sécrétion, est un phénomène d'une importance considérable dans la genèse des états dyspeptiques.

Les aliments broyés par la mastication et insalivés ne restent pas immobiles dans l'estomac. D'après les constatations faites sur l'homme par Beaumont, ils sont continuellement en mouvement du grand cul-de-sac vers le pylore et réciproquement. Brinton admet un courant périphérique allant de la grosse tubérosité au pylore et un courant central allant du pylore à la grosse tubérosité.

Le mouvement de brassage des aliments paraît déterminé par les contractions de la tunique musculaire qui amènent l'expulsion du contenu de l'estomac à travers le pylore.

Les fibres circulaires, en se contractant avec force, déterminent un étranglement marqué qui se déplace de la grosse tubérosité vers le pylore. C'est dans la région préépylorique que ce resserrement est le plus accusé. Roux et Balthazard<sup>(1)</sup> ont très bien suivi ces mouvements sur des grenouilles, sur le chien et même sur l'homme. Ils se servaient pour les expériences des rayons de Röntgen, après avoir fait ingérer des aliments mélangés d'une certaine quantité de sous-nitrate de bismuth. Ce resserrement circulaire, qui marche de gauche à droite, pousse les aliments vers le pylore ; celui-ci laisse vraisemblablement passer une gorgée de liquide chaque fois qu'une de ces ondes arrive à son niveau.

Charles Richet<sup>(2)</sup> et Rossbach<sup>(3)</sup> admettent que l'estomac se vide, sinon en bloc, tout au moins rapidement à la fin de la digestion ; jusque-là le pylore ne laisserait rien passer.

Les expériences de von Mering<sup>(4)</sup> et de Hirsch<sup>(5)</sup> sur le chien, les observations de W. Busch sur une femme atteinte d'une fistule intestinale les ont conduits à admettre que l'estomac commence à se vider peu de temps après l'ingestion des aliments, par gorgées successives.

Les recherches que nous avons faites à l'aide du procédé que nous décrivons plus loin nous ont également amené à penser que l'estomac évacue son contenu d'une façon régulière et continue pendant toute la durée de la digestion. Le liquide est assez rapidement évacué au début : il reste ainsi une bouillie plus ou moins épaisse, qui tend à devenir de plus en plus liquide par le fait du brassage mécanique, de la sécrétion gastrique et de la digestion des albuminoïdes. Elle est éliminée à travers le pylore au fur et à mesure de sa liquéfaction. Il est possible cependant que cette évacuation s'accélère à la fin de la digestion.

Il résulte également de nos observations qu'à l'état normal l'estomac règle à sa façon la quantité de liquide qu'il renferme pendant le cours de la digestion, quelle que soit la quantité de boisson ingérée.

*Considérations générales sur les viciations de la motricité stomacale.* — Les viciations de la motricité stomacale peuvent être de divers ordres : elles peuvent amener une évacuation hâtive de l'estomac, ce qui est assez rare et n'a, sans doute, d'importance que lorsque la division des aliments est insuffisante. Plus souvent il arrive que cette évacuation est retardée ; les aliments et les liquides de sécrétion s'accumulent alors dans l'estomac, et il peut en résulter des accidents graves sur lesquels nous aurons à revenir longuement dans des chapitres ultérieurs.

(1) *Soc. de biologie*, 1897 et *Archives de Physiologie*, 1898.

(2) Du suc gastrique chez l'homme et chez les animaux. Thèse de Paris, 1878

(3) ROSSBACH, *D. Arch. f. Klin. Medic.* Bd. 46, p. 226.

(4) XII<sup>es</sup> *Kongress f. innere Medicin*, 1895.

(5) *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1892, n° 47, 1893, nos 18 et 29.

Le séjour trop prolongé d'une quantité exagérée de liquide et de débris alimentaires dans l'estomac peut résulter de l'insuffisance du pouvoir moteur de la poche musculaire ou de l'imperméabilité du pylore. Cette imperméabilité, plus ou moins accusée, peut être due à une sténose par lésion organique, ce que l'autopsie permet assez souvent de constater, ou à une contracture plus ou moins prolongée. Il est beaucoup plus difficile de démontrer le spasme que la sténose organique; il est cependant un certain nombre d'arguments qui plaident vivement en faveur de la réalité de ce trouble fonctionnel. Le pylore est un sphincter et tous les sphincters paraissent susceptibles de se contracter spasmodiquement. On l'a trouvé parfaitement sain, alors qu'avant la laparotomie ou l'autopsie on avait relevé tous les signes habituels d'une dilatation stomacale par sténose pylorique.

On doit aussi attribuer un certain rôle à l'insuffisance de la motilité des tuniques musculaires de l'estomac. L'existence de ce relâchement chez des individus anémiques, épuisés par quelque maladie chronique, et chez les neurasthéniques, sa disparition lorsque l'état général s'améliore, sont les raisons théoriques d'admettre son origine atonique. Carle, de Turin, a fourni une preuve expérimentale de son existence chez l'homme en montrant que la pyloroplastie, qui fait disparaître la sténose pylorique, ne peut ne pas suffire pour guérir chez eux la dilatation de l'estomac et pour supprimer la stase. La dilatation guérit et la stase disparaît lorsque chez ses malades on pratiqua la gastro-entérostomie. Il ne suffit donc pas que le pylore soit perméable; il faut encore que l'estomac, en se contractant, supprime le bas-fond prépylorique dans lequel le liquide et les débris alimentaires tendent à s'accumuler.

Le mécanisme de l'insuffisance motrice de l'estomac peut être complexe; il est très probable que plusieurs facteurs se combinent souvent pour que se produise le simple retard de l'évacuation du contenu stomacal ou la stase véritable. L'atonie du muscle gastrique et le spasme du pylore peuvent ainsi se superposer; il peut y avoir une incoordination motrice faisant que le pylore ne s'ouvre pas au moment voulu; enfin le spasme pylorique et l'atonie du muscle peuvent aggraver les conséquences d'une sténose organique incomplète.

Nous dirons plus loin quels sont les complexus symptomatiques dans lesquels se rencontrent ces éléments sémiologiques et quelle est leur importance clinique. Nous allons exposer la technique par laquelle on peut constater leur existence.

On peut avoir recours à l'exploration *extérieure* et à l'exploration *intérieure*.

*Exploration extérieure.* — L'inspection donne des notions d'une certaine valeur sur l'état de l'abdomen. Parfois on peut percevoir une saillie correspondant à l'estomac distendu par les gaz; en cas de grande dilatation avec sténose pylorique, on peut voir des *mouvements péristaltiques* intenses se dessiner le long de la grande courbure et se déplacer de gauche à droite, de la grosse tubérosité vers le pylore. Parfois il se forme une saillie mobile qui soulève nettement la paroi abdominale; le phénomène a lieu avec toute sa netteté lorsqu'on excite l'estomac par la palpation et la percussion.

Kussmaul avait décrit ce phénomène sous le nom d'*agitation péristaltique* de l'estomac, et le considérait comme un désordre nervo-moteur. Le plus souvent il y a un rétrécissement organique incomplet du pylore, mais il n'est pas impossible *a priori* que le péristaltisme visible se rencontre avec le spasme du pylore, sans sténose organique.

Par la *percussion*, on peut délimiter l'estomac lorsqu'il est distendu par les gaz; nous y reviendrons plus loin à propos de la pneumatose stomacale.

On peut distendre artificiellement l'estomac, soit en faisant ingérer un mélange gazogène, tel que la classique potion de Rivière, ou en injectant de l'air à l'aide du tube et de la poire élastique. Cela permet de mieux délimiter l'estomac, de fixer ses rapports. Il convient de percuter tout d'abord de haut en bas, de la zone pulmonaire à l'estomac, puis, lorsqu'on s'est mis le son gastrique dans l'oreille, de bas en haut, de la zone intestinale à la zone stomacale.

L'usage du phonendoscope de Bianchi, et mieux encore la percussion auscultée que Benderski exécute en se servant d'un stéthoscope à tube de caoutchouc, semble devoir permettre d'apprécier d'une façon plus exacte encore les dimensions et la situation de l'estomac et la quantité de liquide qu'il contient.

Mais si cette technique permet d'étudier les dimensions et la situation de l'estomac, elle ne permet pas de juger s'il y a ou non retard dans l'évacuation de son contenu.

*Succussion.* — A ce point de vue, la succussion a plus de valeur. On distingue la succussion digitale et la succussion totale, hippocratique.

Par la *succussion digitale* telle que l'a employée et décrite Bouchard, on détermine la zone dans laquelle se produit le phénomène du *clapotage* stomacal résultant du conflit du liquide et des gaz. Pour donner à ce symptôme sa valeur sémiologique, il faut tenir compte de sa localisation dans le temps et dans l'espace. Il semble qu'à l'état absolument normal, on ne doive jamais percevoir de clapotage stomacal, quelle que soit la période de la digestion à laquelle se fasse l'examen. Il est difficile cependant d'attribuer une importance quelconque au clapotage perçu exclusivement au-dessus de l'ombilic, pendant les périodes de digestion.

Bouchard considère comme un signe de stase le clapotage perçu au-dessous d'une ligne allant de l'ombilic au massif cartilagineux des fausses côtes du côté gauche. C'est un signe de relâchement de l'estomac. Le relâchement est plus marqué lorsque le phénomène se perçoit au pourtour de l'ombilic, plus marqué encore lorsqu'il se produit plus bas encore et à droite de l'ombilic.

Comme l'estomac doit s'être vidé complètement de 5 à 7 heures après un repas ordinaire, l'existence du clapotage a d'autant plus d'importance qu'il se perçoit plus longtemps après que ce temps s'est écoulé.

La *succussion totale*, que l'on peut, par comparaison, appeler *succussion hippocratique*, se pratique en secouant assez vigoureusement le malade couché après l'avoir saisi par le bassin. Elle donne, mieux que la succussion digitale localisée, la notion des dimensions de l'estomac et du point auquel atteint le liquide. Lorsqu'on l'emploie, on confond moins facilement les bruits qui se passent dans l'estomac avec ceux qui se passent dans le colon transverse que lorsqu'on a recours à la succussion digitale.

Un clapotage très étendu transversalement au-dessus de l'ombilic indique un estomac de grandes dimensions. Un clapotage très net au-dessous de l'ombilic, surtout vers la droite, indique soit la dilatation très grande de l'estomac, soit la stase véritable.

Il y a *stase véritable* lorsque la présence du liquide peut être démontrée, le matin, à jeun.

Lorsque l'estomac tend à se dilater par le fait d'une évacuation insuffisante,