

quantité très minime, lorsqu'on ne trouve le matin à jeun qu'une petite quantité de liquide, lorsqu'il arrive même qu'on ne trouve le matin aucune trace de liquide pendant des périodes prolongées correspondant à une alimentation moins irritante, on peut penser qu'il n'y a pas de lésion pylorique, mais seulement hypersécrétion simple, primitive, avec retard dans l'évacuation. Existe-t-il toujours de la gastrite dans ces conditions? Hayem en l'admettant peut avoir raison. Cette gastrite est-elle curable? On l'ignore actuellement.

La clinique montre que l'hyperchlorhydrie discontinue avec paroxysmes quotidiens, pendant les périodes de digestion, peut précéder l'hypersécrétion chlorhydrique, et que l'ulcère simple, cause de stase et d'hypersécrétion continue, survient souvent dans ces conditions. On comprend qu'il soit quelquefois difficile de décider à quelle phase on se trouve de cette évolution.

Pronostic. — L'hypersécrétion chlorhydrique avec stase permanente est une maladie grave. Il est douteux qu'elle puisse guérir complètement.

La stase peut cesser ou diminuer beaucoup, soit que le spasme pylorique diminue, soit que la tuméfaction de la muqueuse au voisinage d'un ulcère chronique s'atténue. L'hyperchlorhydrie lui survit, et des irritations alimentaires ou médicamenteuses peuvent ramener la stase et l'ensemble des accidents dans toute leur gravité.

Lorsqu'il existe un ulcère, les malades sont exposés à toutes les complications de cette lésion.

Étiologie et traitement des diverses formes cliniques de l'hyperchlorhydrie.

— Malgré les dissemblances qui existent entre ces formes, leur traitement a des points communs, précisément parce qu'elles présentent toutes ce phénomène essentiel, l'hypersécrétion chlorhydrique.

Le traitement d'un phénomène morbide doit consister avant tout dans la suppression des causes pathogéniques. Quelles sont donc les causes de l'hyperchlorhydrie?

Il faut admettre une prédisposition antérieure, puisque les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets sur tous les individus. Il semble que les personnes de souche neuro-arthritique ou franchement névropathique soient plus que les autres exposées à l'hyperchlorhydrie; ils sont en tout cas beaucoup plus exposés à en souffrir. Il semble y avoir une prédisposition héréditaire à l'hyperchlorhydrie directement transmissible: elle peut consister soit dans une richesse particulière des glandes en cellules sécrétantes, soit en une excitabilité particulière de ces éléments cellulaires.

Très souvent, on peut reconnaître comme cause de l'hyperchlorhydrie des irritations répétées de la muqueuse stomacale par une mastication insuffisante des aliments, par l'abus des aliments épicés, des boissons irritantes ou des médicaments. Parmi les boissons il faut signaler les boissons alcooliques, le vin, et surtout les apéritifs de divers ordres.

La stase, en maintenant au contact de l'estomac des liquides et des détritiques alimentaires, peut, comme nous l'avons vu, provoquer ou entretenir indéfiniment l'hypersécrétion chlorhydrique.

Sans hyperesthésie de l'estomac, l'hyperchlorhydrie reste latente. Or, les névropathes sont beaucoup plus prédisposés que les autres à cette hyperesthésie. De là le rôle incontestable de la névropathie et de tout ce qui peut

l'exagérer dans l'apparition de la douleur et des paroxysmes douloureux. Lorsqu'on ne connaissait pas l'hyperchlorhydrie latente, et qu'on n'examinait que les personnes présentant des phénomènes douloureux, on a pu être trompé par cette relation entre la névropathie et les crises douloureuses et penser que l'hyperchlorhydrie dépendait directement de la névrose. De là l'importance accordée au surmenage intellectuel, aux émotions vives et aux circonstances analogues; ces causes, en admettant même qu'elles n'expliquent plus que la survenue des paroxysmes douloureux, n'en conservent pas moins une réelle valeur. Leur connaissance comporte des indications bien nettes pour l'hygiène thérapeutique.

Il faut supprimer toutes les excitations inutiles de la muqueuse, chimiques ou physiques. Donc, pas de boissons alcooliques, pas de mets épicés, pas d'aliments grossièrement divisés ou laissant des détritiques rebelles à la digestion, pas de médicaments irritants.

Doit-on prescrire de préférence une alimentation animale ou végétale? Avec une alimentation animale composée de lait, d'œufs, de viandes bien divisées, on fournit à l'estomac des substances albuminoïdes qu'un suc gastrique riche en HCl et en pepsine peut le mieux digérer. Ils ont peut-être l'inconvénient d'exciter plus la sécrétion chlorhydrique que des purées de légumes; mais ils sont cependant plus facilement tolérés par l'estomac. C'est un fait d'observation courante que les hyperchlorhydriques supportent plus difficilement les aliments d'origine végétale que les aliments d'origine animale. Quand il n'y a pas de stase, que l'hyperesthésie est fort peu marquée, un régime entièrement composé de lait, d'œufs et de purées peut convenir parfaitement; il n'en est plus de même dans les conditions opposées.

Les repas seront multipliés; on en fera au moins quatre par jour, à quatre heures d'intervalle.

Le pain convient mal à ces dyspeptiques; il ne sera donné qu'en quantité très minime ou remplacé par des biscottes ou du pain de légumine.

Lorsque la douleur et l'irritabilité de l'estomac sont intenses, il conviendra de commencer par le régime lacté absolu; plus tard, on donnera des potages au lait, des œufs à la coque peu cuits ou brouillés; plus tard encore, des poissons maigres bouillis, de la volaille jeune bouillie; plus tard encore, des viandes grillées ou rôties, chaudes ou froides. Les légumes seront donnés exclusivement sous forme de purées en commençant par la purée de pommes de terre; comme boisson, du lait ou de l'eau, indifféremment.

Il arrive qu'au début les malades supportent assez mal le lait. Ils doivent le prendre par petites gorgées, et souvent corriger l'acidité qui se développe pendant sa digestion par l'emploi des alcalins.

La stase étant une cause d'hypersécrétion chlorhydrique, il faut autant que possible la restreindre. Les principes d'alimentation qui viennent d'être exposés y contribueront; le régime souvent ne suffit pas pour obtenir ce résultat.

En cas de stase accentuée, le matin, à jeun, on pourra avoir recours à la sonde pour vider l'estomac. On ne fera pas de trop fréquents lavages; nous avons la conviction qu'ils sont une cause d'irritation de l'estomac et d'hypersécrétion. Quand il y a une certaine quantité de liquide, les malades apprennent aisément à l'évacuer par simple expression, sans introduire d'eau par la sonde ou en n'en versant qu'une très petite quantité pour amorcer le siphon. On fait un lavage tous les trois ou quatre jours seulement si la stase est assez abondante.

Quand la stase est permanente, considérable, évidemment due à une sténose organique du pylore, l'intervention chirurgicale est indiquée. Il y aura lieu, suivant les cas, de faire la pyloréctomie, la pyloroplastie ou la gastro-entéro-stomie.

Lorsqu'il n'y a pas de stase permanente, le régime est certainement de beaucoup la partie la plus importante dans le traitement de l'hyperchlorhydrie : il doit être maintenu à peu près indéfiniment, sinon dans sa sévérité première, tout au moins dans ses principes.

Peut-on agir sur l'hyperchlorhydrie elle-même ? On a quelquefois obtenu une diminution marquée de la sécrétion chlorhydrique par des lavages avec une solution de nitrate d'argent ou par l'emploi du sulfate d'atropine à doses assez élevées (1 milligramme et demi à 2 milligrammes par jour, en plusieurs prises) par périodes de quinze jours à trois semaines.

La suppression de la stase par une intervention chirurgicale amène la disparition de l'hyperchlorhydrie.

Souvent on doit avoir recours à un traitement purement palliatif, capable seulement de faire disparaître la douleur et de transformer une hyperchlorhydrie douloureuse en une hyperchlorhydrie latente, ce qui représente pour le malade un bénéfice très appréciable. Les alcalins et le sous-nitrate de bismuth à hautes doses n'ont pas d'autre avantage.

Les alcalins seront donnés au moment où la douleur commence, et même mieux, au moment où elle s'annonce, à doses suffisantes pour la faire disparaître. On pourra donner de cette façon du bicarbonate de soude mélangé à de la magnésie en cas de constipation; en cas de diarrhée, on préférera la craie préparée. On reproche au bicarbonate de soude de donner lieu à la mise en liberté d'une quantité élevée d'acide carbonique et à une excitation secondaire de la sécrétion chlorhydrique, et d'amener parfois, à doses élevées, un certain degré d'irritation de la vessie : en le maniant convenablement, nous en obtenons cependant couramment d'excellents résultats.

Les eaux alcalines, bicarbonatées simples comme celles de Vichy, bicarbonatées, chlorurées et sulfatées comme celles de Carlsbad, ne seront données que dans des cas d'hyperchlorhydrie légère, très peu douloureuse, sans stase.

Le sous-nitrate de bismuth à dose élevée (15 à 20 gr.) est un excellent calmant de la douleur. On le donne le matin, à jeun, dans un peu d'eau chaude, en une seule prise. Le malade, pour le répartir également sur la surface de la muqueuse, se tient successivement un quart d'heure sur le dos, le ventre et les côtés. Il est indiqué lorsqu'il y a des douleurs très intenses et surtout lorsqu'il y a un ulcère rond.

IV. — STASE GASTRIQUE PERMANENTE

Définition. — Il y a stase gastrique permanente lorsque l'estomac ne se vide jamais complètement dans l'intervalle de deux repas, même lorsque ces deux repas sont très éloignés, comme le repas du soir et le déjeuner du lendemain. Le matin, à jeun, on trouve dans l'estomac une quantité plus ou moins considérable de liquide et des détritux alimentaires.

La *stase permanente* indique un fait physiologique, *dilatation de l'estomac*, un fait anatomique. La première expression est bien préférable à la seconde, qui

indique mal la différence cependant essentielle qui existe entre un grand estomac qui se vide bien et un estomac moins grand qui se vide mal.

Le terme dilatation de l'estomac devrait être abandonné; il prête à la confusion, ainsi qu'en témoigne, du reste, l'historique de la question.

Historique. — Les anciens auteurs ont rapporté un assez grand nombre de cas de *dilatation de l'estomac*, mais en général à titre de fait particulier, d'observation isolée.

Ces faits paraissent d'autant plus intéressants que la capacité du réservoir stomacal avait acquis des dimensions plus considérables, plus monstrueuses. Cependant quelques tentatives de systématisation, qui n'ont point survécu, ont été faites par Lieutaud (1752), J.-J. Franck (1794), Naumann (1854) et J. Frank⁽¹⁾.

La question entre dans une phase nouvelle avec le mémoire de Duplay père⁽²⁾. Cet auteur reconnaît à la dilatation de l'estomac des causes différentes assez nombreuses : 1° l'oblitération et le rétrécissement du pylore; les adhérences anormales de l'estomac; 2° la destruction des fibres musculaires; 3° l'induration du tissu cellulaire qui avoisine le pylore; 4° l'atrophie de la couche musculaire; 5° les tumeurs hydatiques développées dans la cavité de l'estomac; 6° la paralysie de l'estomac.

En 1869, Kussmaul⁽³⁾ fait connaître la pompe stomacale dans un mémoire rempli d'observations et de remarques intéressantes. La sonde était non seulement un instrument de traitement, elle devait devenir avec Leube un instrument d'exploration et de diagnostic parfaitement approprié à la démonstration de la stase stomacale et à son étude chimique.

Dans les travaux de Kussmaul, il ne s'agissait encore que de la grande dilatation de l'estomac, dont le type le plus parfait est la dilatation par sténose pylorique. Les résultats du mouvement provoqué par les publications de Kussmaul sont exposés dans un mémoire très complet de Penzold (1875). On peut s'assurer en le lisant que les notions acquises ne sont pas notablement supérieures à celles que possédait Duplay père quarante ans plus tôt.

Le terme dilatation de l'estomac, en s'appliquant à des choses différentes et dissemblables, en servant à désigner autant des idées dogmatiques que des faits, allait, quelques années plus tard, prendre une importance considérable.

Les auteurs, sous le même nom, ont décrit des choses différentes. Dans un mémoire de G. Sée et A. Mathieu⁽⁴⁾, sous l'étiquette de dilatation atonique de l'estomac, ce qui a été surtout étudié c'est la dyspepsie nerveuse, la dyspepsie des neurasthéniques qui correspond le plus souvent au type clinique que nous décrirons plus loin à propos de la dyspepsie sensitivo-motrice.

Sous le nom de dilatation d'estomac, la même année, Bouchard⁽⁵⁾ a signalé surtout, non pas la stase permanente, mais le séjour trop prolongé des liquides dans l'estomac, et il a expliqué par l'auto-intoxication due aux fermentations et aux putréfactions stomacales un ensemble de manifestations pathologiques dans lequel figure, outre la neurasthénie, toute une série de phénomènes sans autre

⁽¹⁾ PENZOLD, *Die Magenerweiterung*, Erlangen, 1875.

⁽²⁾ Arch. génér. de médecine, 1855.

⁽³⁾ Arch. f. klin. Medic. Bd. VI, p. 455.

⁽⁴⁾ Revue de médecine, 1884.

⁽⁵⁾ BOUCHARD, Soc. méd. des hôp., 1884. Cours de pathol. génér., Thèse de LE GENDRE, 1886.