

LÉSIONS EXTRINSÈQUES DU PYLORE ET DU DUODÉNUM

Tumeurs cancéreuses ou autres du voisinage (pancréas, ganglions, vésicule biliaire)
 Calculs de la vésicule biliaire.
 Brides inflammatoires. Adhérences.
 Coudure du duodénum par abaissement du pylore.
 Traction du ligament suspenseur de l'intestin (Fr. Glénard.), c'est-à-dire du faisceau fibreux qui accompagne l'artère mésentérique supérieure dans l'abaissement du pylore

La sténose pylorique sans lésion ne peut s'expliquer que par la *contracture du pylore* dont l'existence est admise par Kussmaul, Riegel, A. Robin, Soupault, et par des chirurgiens qui, au cours d'interventions sur l'estomac, n'ont constaté aucune lésion du pylore et ont cru reconnaître une occlusion spasmodique de cet orifice (Doyen, Carle, de Turin). D'après Carle, de Turin⁽¹⁾, la gastro-entérostomie ferait cesser la stase stomacale lorsqu'il y a spasme du pylore; elle ne la ferait pas disparaître lorsque la stase est due à l'insuffisance motrice des tuniques musculaires de l'estomac.

Kussmaul admettait l'existence possible de petites ulcérations du pylore amenant la contracture douloureuse de la même façon que les fissures anales amènent la contracture de l'anus.

b) *Insuffisance de la motricité stomacale.* — La région de l'estomac dont la contraction amène l'évacuation de son contenu à travers le pylore est, comme nous l'avons dit, la petite tubérosité. Dans la dilatation de l'estomac, c'est la partie qui se laisse distendre et qui tend à descendre au-dessous de l'ombilic, à droite autant qu'à gauche. Plus cette dilatation est marquée, plus il est difficile à l'estomac de se contracter assez vigoureusement pour faire remonter le liquide au niveau de l'antra et de l'orifice pylorique, de telle sorte que la dilatation appelle la dilatation. La difficulté est la même lorsque l'estomac, sous l'influence du corset, tend à prendre la forme biloculaire; ne trouvant pas assez d'espace pour se distendre dans le sens transversal, au moment de l'ingestion des aliments et des boissons, il est obligé de se distendre dans le sens vertical, aux dépens surtout de la petite tubérosité.

Cette disposition de l'estomac, sur laquelle ont insisté Clozier (de Beauvais), Bouveret et Chapotot⁽²⁾, prédispose, on le comprend, à la stase permanente. Elle se rencontre souvent avec un degré plus ou moins accentué de ptose des viscères abdominaux.

Il peut y avoir en même temps un déplacement de haut en bas qui amène soit une coudure au voisinage du pylore (Kussmaul), soit un tiraillement et un étranglement au niveau du ligament mésentérique qui accompagne l'artère du même nom (F. Glénard, Nicaise, Danlos).

Dans la stase par insuffisance de la motricité stomacale, il n'y a aucune lésion du pylore ainsi qu'en témoigne l'autopsie; mais il peut y avoir des lésions de la musculature.

Les tuniques musculaires sont amincies; on a même signalé l'éraïllement des faisceaux des fibres lisses. On a de plus relevé des lésions véritables de la tunique musculaire.

⁽¹⁾ *Semaine médicale*, juillet 1897, p. 269.

⁽²⁾ CHAPOTOT, L'estomac et le corset, *Thèse de Lyon*, 1890.

La *dégénérescence colloïde* des fibres musculaires de l'estomac a été signalée par Kussmaul et Maier⁽¹⁾, puis par Cahn. Dans diverses intoxications, dans les anémies graves, on a invoqué la *dégénérescence graisseuse* au même titre que pour les fibres musculaires striées.

Dans certains cas, il n'y a pas amincissement des parois de l'estomac, mais, au contraire, hypertrophie. Cette hypertrophie va sans doute avec les contractions péristaltiques visibles dans certains cas de grande stase: elles indiquent presque toujours, sinon toujours, une sténose mécanique du pylore. Ewald⁽²⁾ a examiné histologiquement un assez grand nombre d'estomacs dilatés; il n'a jamais constaté ni l'hypertrophie des fibres musculaires signalée par Lebert, ni la *dégénérescence colloïde*, mais en revanche il a vu souvent la *dégénérescence graisseuse*. Il ne serait pas très rare de rencontrer une infiltration embryonnaire ou scléreuse des espaces interstitiels. Edinger a relevé la *dégénérescence amyloïde* des fibres lisses.

La gastrite est habituelle dans la dilatation de l'estomac avec stase qui a duré un certain temps; suivant les circonstances, elle peut en être considérée comme la cause ou la conséquence. Elle peut, du reste, présenter les différents types histologiques que nous décrirons ultérieurement.

La gastrite pourrait amener à la dilatation et à la stase en vertu des modifications de la sécrétion qu'elle entraîne et des perversions de la motricité qui sont la conséquence de l'hypo ou de l'hyperchlorhydrie. Hayem considère l'hypochlorhydrie due à la gastrite destructive comme une cause de ralentissement dans l'évacuation du contenu stomacal. Il paraît plus légitime encore d'invoquer avec Riegel le spasme du pylore dans l'hyperchlorhydrie.

D'autre part, la stase, en maintenant au contact de la muqueuse des produits irritants de fermentation est sans aucun doute une cause importante de gastrite.

Il y a quelques années, on admettait volontiers l'existence de la dilatation de l'estomac avec retard de l'évacuation de son contenu par simple atonie. Bouchard pensait que chez certains sujets, il existe une faiblesse congénitale du système des fibres musculaires lisses tout entier.

G. Sée et A. Mathieu ont invoqué chez les neurasthéniques et les neuroarthritiques, en vertu d'une viciation de l'innervation, l'alternative du spasme et du relâchement. La combinaison possible de l'atonie de la petite tubérosité et du spasme du pylore leur paraissait pouvoir expliquer la dilatation avec évacuation tardive et même avec stase vraie, tout au moins passagère.

Dans ces derniers temps, on a surtout accusé le spasme pylorique. En voici les raisons. Dans la grande dilatation avec stase permanente, il y a le plus souvent rétrécissement mécanique du pylore, ce qui amène à penser, par analogie, que le pylore a pu intervenir activement dans les cas où l'autopsie ou la biopsie n'ont pu faire constater aucune lésion extrinsèque ou intrinsèque de la région pylorique. Enfin les douleurs disparaissant après la gastro-entérostomie sans que la stase cesse, Hartmann et Soupault considèrent les douleurs tardives du syndrome de Reichmann comme la conséquence d'un spasme pylorique parallèle ou consécutif à l'hypersecretion chlorhydrique. P. Cohnheim défend une idée tout à fait analogue. Il pense de plus que l'atonie stomacale ne peut produire que des phénomènes atténués de dyspepsie subjective (pesanteur, malaise, gonflement, etc.), jamais de grandes douleurs semblables à celles de l'hyper-

⁽¹⁾ *Volkman's Klin. Vorträge*, n° 72, 1875.

⁽²⁾ *Klinik der Verdauungskrankh.*, II, *Krankh. des Magens*, p. 115, 1888.

chlorhydrie, et qu'elle ne peut jamais amener la stase vraie. Spasme ou atonie, l'important est, en tout cas, qu'il n'y ait pas de lésion organique du pylore.

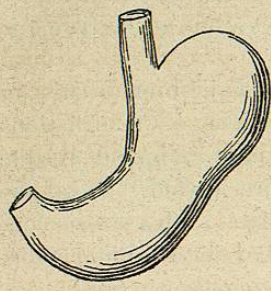


Fig. 4. — Estomac normal.

En décrivant la dyspepsie sensitivo-motrice, nous dirons que la stase vraie survient parfois d'une façon passagère, par périodes paroxystiques. Ce sont là des faits de passage entre la dyspepsie sensitivo-motrice dont le type est la forme commune de la dyspepsie des neurasthéniques et la dilatation de l'estomac avec stase permanente. La gastrite, l'amincissement ou la dégénérescence des fibres musculaires tendent à rendre persistant l'état passager de stase gastrique.

2

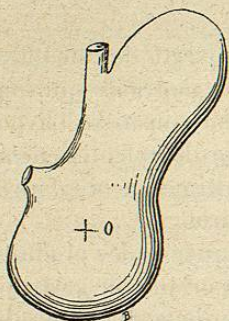


Fig. 5. — Dilatation atonique de l'estomac.

Nous reconnaissons du reste que les faits dans lesquels la stase vraie n'est que l'exagération et l'aboutissant de la dyspepsie sensitivo-motrice sont infiniment moins nombreux que ceux dans lesquels la stase et la grande dilatation reconnaissent pour cause une lésion primitive du pylore ou des parois de l'estomac.

Description clinique. — Si l'on fait abstraction des phénomènes dépendant des lésions qui en ont amené la production, la séméiologie de la stase permanente de l'estomac est d'une grande simplicité lorsque la quantité de liquide contenue dans l'estomac est abondante. L'estomac fortement dilaté s'est développé au-dessous de l'ombilic, plus à droite qu'à gauche dans la direction de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Lorsque la dilatation est considérable, la grande courbure de l'estomac peut arriver à quelques centimètres du pubis et de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite.

3

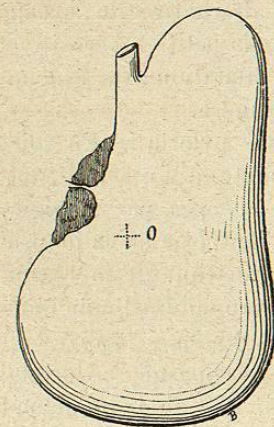


Fig. 6. — Grande dilatation de l'estomac par sténose organique du pylore.

Souvent il s'est développé dans l'estomac une notable quantité de gaz; la grosse tubérosité, qui peut être abaissée, est le siège d'une sonorité tympanique à la percussion et l'on aperçoit parfois au voisinage de l'ombilic la saillie faite par l'estomac dilaté par la stase et distendu par les gaz.

Il est facile par la succussion, surtout par la succussion hippocratique, de produire un bruit de flot étendu, qu'on peut entendre à distance. Parfois, on voit le flot à travers les parois amincies de l'abdomen, ou bien on le perçoit à la main.

Des vomissements surviennent de temps en temps, rares et abondants. Ces vomissements rares et abondants se produisant tous les deux ou trois jours suffisent pour caractériser la grande dilatation de l'estomac avec stase considérable.

Quelquefois, il survient des périodes d'irritation de l'estomac et les vomissements se rapprochent.

La conséquence du rétrécissement du pylore, c'est un état plus ou moins

marqué d'inanition. La quantité de substances alimentaires transmises par l'estomac à l'intestin est presque nulle lorsque la cause de la stase est un rétrécissement très serré de la région pylorique. Très souvent, l'estomac se vide en quelque sorte par regorgement. Il ne pénètre de liquide stomacal dans le duodénum que lorsque la stase a atteint un certain volume. L'équilibre alimentaire pourrait s'établir de cette façon si les fermentations intra-stomacales ne donnaient pas lieu à la production de produits irritants qui provoquent des vomissements.

Lorsque la sténose pylorique s'est produite lentement, que le muscle stomacal a eu le temps de s'hypertrophier pour lutter contre l'obstacle, on aperçoit soit spontanément, soit sous l'influence de la palpation ou de la percussion des ondes péristaltiques allant de la grosse tubérosité vers le pylore. Elles naissent sous l'hypocondre gauche sous forme d'une saillie arrondie, dure, qui se déplace lentement vers la région épigastrique, où elle cesse. Ces contractions péristaltiques visibles, décrites par Kussmaul, ont été considérées dans ces derniers temps comme un signe de rétrécissement organique du pylore⁽¹⁾. Elles seraient d'un pronostic favorable à la veille d'une gastro-entérostomie.

Il est certain que les contractions péristaltiques visibles se rencontrent habituellement lorsqu'il existe une stase permanente, mais nous les avons observées dans un cas où l'estomac était parfaitement vide, le matin à jeun. Elles paraissent pouvoir se produire même sans qu'il existe de lésion organique du pylore, mais cependant cela est encore douteux.

Par la sonde on peut extraire, même le matin à jeun, une quantité plus ou moins considérable de liquide. Le volume du liquide de stase est considérable s'il n'y a pas eu de vomissement depuis longtemps, s'il y a rétrécissement étroit du pylore ou dilatation considérable de l'estomac; il est moins grand en cas contraire. Jamais les vomissements ne vident complètement l'estomac, et, par le lavage pratiqué presque immédiatement après qu'ils se sont montrés, on trouve toujours une notable quantité de liquide.

Ce liquide présente des qualités différentes suivant les cas, suivant surtout qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'hypersecretion chlorhydrique. Dans le chapitre précédent, nous avons décrit la stase avec hyperchlorhydrie⁽²⁾; nous n'y reviendrons pas. Quand il n'y a qu'une minime quantité d'HCl ou que cet acide fait complètement défaut, le liquide présente une odeur fort désagréable, dans laquelle domine l'acide butyrique. La présence de débris alimentaires digérés depuis plusieurs jours, soit dans les substances vomies, soit dans le liquide extrait de l'estomac par la sonde, est un signe caractéristique de stase permanente.

Quelquefois, on trouve une trace d'acide chlorhydrique libre dans le liquide de stase, et une quantité notable de peptone, mais on n'en trouve pas dans le liquide du repas d'épreuve après lavage préalable de l'estomac. Parfois, l'hypochlorhydrie est très accentuée; ce n'est pas un signe certain de cancer, bien que l'hypochlorhydrie soit plus fréquente dans le cancer, mais un signe de destruction de l'appareil sécrétoire par la gastrite.

Le liquide de stase renferme toujours une grande quantité de micro-organismes variés, et de produits de fermentation ou de putréfaction, en particulier

⁽¹⁾ HANOT et MEUNIER, *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1894. — BÉGAIGNON, *Arch. gén. de méd.*, 1895, t. II, p. 54.

⁽²⁾ Voir p. 198.