

lorsque dans les antécédents on relèvera l'abus des boissons alcooliques, des aliments épicés, des médicaments irritants, etc., lorsque l'hypochlorhydrie sera très accusée d'une façon permanente; lorsque les phénomènes de gastrite alcoolique auront précédé; qu'on trouvera dans les matières vomies une quantité considérable de mucus: le tout, naturellement, sans aucun signe de lésion organique du pylore.

**Pronostic.** — Le pronostic de la stase permanente présente toujours une véritable gravité, qui tient moins à la stase elle-même, qu'aux causes qui lui donnent naissance. La stase est incurable lorsqu'elle résulte de lésions elles-mêmes incurables et progressives, comme la plupart des sténoses organiques du pylore.

Le pronostic est moins sombre lorsqu'il s'agit non d'une lésion du pylore lui-même, mais d'une lésion juxtapylorique, capable de guérir comme l'ulcère rond. La tuméfaction inflammatoire du voisinage peut disparaître, et, si le rétrécissement cicatriciel ne succède pas au rétrécissement passager dû au voisinage de l'ulcération, la stase cède également.

La stase sans sténose pylorique est moins grave. La dilatation par spasme du pylore ou par atonie peut guérir. L'existence d'une gastrite destructive généralisée et très intense est une circonstance qui assombrit beaucoup le pronostic de la stase sans lésion orificielle.

**Traitement.** — Nous avons indiqué déjà le traitement de l'hyperchlorhydrie avec stase permanente<sup>(1)</sup>.

Nous donnerons plus loin le traitement de la dyspepsie sensitivo-motrice avec stase intermittente: il ne nous reste qu'à indiquer ici le traitement qui convient à la stase permanente considérée d'une façon générale.

Il peut être palliatif ou curateur. Le traitement palliatif ou traitement médical consiste à diminuer la stase en restreignant les aliments et les boissons à leur volume minimum, et en se servant de la sonde pour évacuer le liquide et éviter les vomissements. De temps en temps, il conviendra de faire des lavages de façon à diminuer les fermentations.

Lorsque les vomissements seront abondants, lorsqu'il ne passera par le pylore qu'une très petite quantité de liquide, lorsque le volume des urines sera tombé notablement au-dessous d'un litre, il conviendra de donner des lavements alimentaires, d'introduire tout au moins du liquide par la voie rectale; au besoin on aura recours aux injections hypodermiques.

Dans les cas de sténose pylorique accentuée, le traitement chirurgical pourra seul être curateur. Il sera curateur de la maladie elle-même si la partie lésée peut être extirpée par la pyloréctomie; il pourra être curateur du symptôme, mais non de la maladie lorsque la gastro-entérostomie établira une communication artificielle entre l'estomac et l'intestin sans que la lésion pylorique puisse être réséquée, comme cela n'est pas rare lorsqu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Voir p. 207.

<sup>(2)</sup> Voir p. 182.

## V. — DYSPEPSIE SENSITIVO-MOTRICE

Dans les chapitres précédents, nous avons décrit les états dyspeptiques caractérisés par l'hypersecretion chlorhydrique et par la stase permanente. Il nous reste à considérer les viciations de la digestion stomacale dans lesquelles le phénomène principal est l'altération de la motilité et l'hyperesthésie de la muqueuse.

Il semblerait qu'après avoir considéré l'hyperchlorhydrie comme un *maître symptôme* qui domine certains états dyspeptiques, on devrait attribuer une importance analogue à l'*hypochlorhydrie*. En réalité, il n'en est rien et l'équivalence ne peut pas être soutenue. En effet, l'hypochlorhydrie n'a qu'une importance secondaire si la motricité évacuatrice est intacte et si les fonctions digestives de l'intestin et de ses glandes annexes sont conservées. Contrairement à l'hyperchlorhydrie, l'hypochlorhydrie ne donne pas la clef des paroxysmes douloureux, même lorsque la motricité et la sensibilité sont viciées.

L'hypochlorhydrie, *lorsqu'elle est constante*, doit être considérée comme un signe important de gastrite avec dégénérescence ou atrophie de l'appareil glandulaire stomacal.

Cette raison ne suffit pas pour lui subordonner tous les autres éléments symptomatiques lorsqu'elle se rencontre, car si la notion de la gastrite a en anatomie pathologique une importance prépondérante, il n'en est plus de même en physiologie pathologique.

En effet, les lésions de gastrite sont si banales que nul estomac d'homme civilisé n'en paraît devoir être complètement exempt. Ces lésions sont souvent latentes; elles ne se traduisent par aucun phénomène douloureux si la sensibilité stomacale n'est pas exagérée et par aucun trouble de la nutrition générale si la motricité étant intacte la suppléance de la digestion peut se faire par l'action de l'intestin et de ses glandes annexes.

On peut ajouter, en se plaçant au point de vue de la thérapeutique, que la notion de la gastrite n'apporte pas au traitement d'indication essentielle: il n'existe pas en effet de médication spécifique des diverses variétés de gastrite.

Dans la pathogénie des manifestations gastropathiques, la viciation de l'innervation stomacale paraît jouer le plus souvent un rôle plus important que la lésion inflammatoire chronique de la muqueuse.

En dehors des gastrites aiguës de l'hyperchlorhydrie de la stase permanente, et des maladies organiques de l'estomac, les troubles dyspeptiques sont fréquents chez les névropathes. Les phénomènes douloureux et les viciations de la motricité évacuatrice évoluent souvent dans le même sens que les manifestations générales de la névrose; il est donc légitime de penser que la perversion de l'innervation motrice et sensitive, sinon sécrétoire de l'estomac, peut être l'élément pathogénique principal de certains états dyspeptiques. C'est ce que G. Séé exprimait par le terme de *dyspepsie nervo-motrice*.

L'expression de *dyspepsie sensitivo-motrice* nous paraît moins dogmatique et partant préférable; elle met en relief l'altération si fréquente de la sensibilité, et elle s'applique tout aussi bien aux cas dans lesquels la gastrite joue un certain rôle qu'à ceux dans lesquels elle n'en a aucun.

On a vu plus haut que l'hyperchlorhydrie peut parfois être latente, les personnes qui en sont atteintes ne présentant aucune manifestation subjective de dyspepsie. Une variété intéressante d'hyperchlorhydrie latente est représentée par les cas dans lesquels les hyperchlorhydriques, sans avoir la douleur typique de l'hyperchlorhydrie, présentent les troubles dyspeptiques habituels de la dyspepsie sensitivo-motrice. En réalité, ces faits se rapprochent plus naturellement du groupe sensitivo-moteur que du groupe hyperchlorhydrique, ce qui montre bien que la viciation du chimisme ne doit en clinique tenir que le second rang dans la hiérarchie des symptômes.

On s'est souvent servi du terme *dyspepsie atonique* pour qualifier tout un ensemble de faits, en visant beaucoup plus l'atonie motrice que l'atonie sécrétoire. Toutefois, l'atonie n'est pas la seule hypothèse qu'on puisse faire; on peut aussi invoquer le spasme du pylore, soit primitif, soit consécutif à l'hyperacidité organique. Il vaut donc mieux ne pas employer cette appellation.

En terminant ces considérations générales, il faut faire remarquer que la viciation du processus digestif porte le plus souvent à la fois et au même titre sur l'estomac et sur l'intestin. Nous aurons à décrire des manifestations intestinales tout aussi bien que des manifestations stomacales dans la dyspepsie sensitivo-motrice. Cela s'explique facilement par la communauté d'origine de l'innervation gastrique et intestinale.

On peut admettre des formes cliniques différentes de la dyspepsie sensitivo-motrice d'après l'intensité des symptômes, et d'après la prédominance de certaines manifestations.

Nous décrirons successivement les formes cliniques suivantes :

Forme bénigne commune, forme flatulente, forme douloureuse, formes graves.

**Forme bénigne commune de la dyspepsie sensitivo-motrice.** — C'est la forme de dyspepsie que l'on rencontre communément chez les neurasthéniques. Elle est assez fréquente également chez les neuro-arthritiques, les hystériques, les chlorotiques, les anémiques, les convalescents, les artério-scléreux. Chez la plupart de ces malades, comme chez le plus grand nombre des dyspeptiques sensitivo-moteurs, du reste, on constate un état de *faiblesse irritable* que l'on retrouve aussi bien dans les viciations des fonctions gastro-intestinales que dans les manifestations cérébro-psychiques de la névrose.

Les causes occasionnelles qui provoquent soit le début de la dyspepsie, soit ses paroxysmes, sont : le surmenage intellectuel, les émotions vives ou prolongées, les grands chagrins, le souci d'une lourde responsabilité, le travail cérébral excessif, qui tendent à exagérer l'état plus ou moins latent de névrose préalable, les irritations répétées de l'estomac par les boissons alcooliques, les médicaments, les aliments grossiers ou fortement épicés dont l'action tend à provoquer la gastrite ou tout au moins à amener l'hyperesthésie de l'estomac chez des individus prédisposés.

Prenons comme type de notre description la dyspepsie commune des neurasthéniques. L'appétit est tantôt conservé, tantôt diminué. Il n'y a aucune sensation de malaise ou de douleur stomacale à jeun. Après les repas, tout va bien pendant quelque temps : les malades se sentent remontés. Au bout de 20 à 30 minutes, quelquefois plus, commencent à se produire des sensations de malaise. La tête est lourde, la face congestionnée. Le malade accuse une

sensation de léger étourdissement; le travail intellectuel lui devient difficile. Parfois il a une sensation plus ou moins accusée de vertige, parfois de la gêne de la respiration ou encore des palpitations. Tout cela se dissipe au bout de quelques heures.

En même temps que le malaise général, se montrent souvent des phénomènes plus directement localisés à l'estomac : c'est une sensation de pesanteur, de gonflement léger, parfois surviennent des renvois, quelquefois des aigreurs. Rarement il y a des sensations réellement douloureuses de brûlure ou de crampe, jamais de vomissements.

La constipation est habituelle; les hémorroïdes ne sont pas rares. On peut, sous l'influence de la constipation prolongée, voir se produire de l'entérite muco-membraneuse.

Les phénomènes neurasthéniques sont souvent assez accentués : les malades se plaignent d'insomnie, de fatigue générale, surtout le matin en se levant, de céphalée, d'incapacité pour le travail intellectuel. Ils n'ont en général pas maigri, et souvent leur aspect reste celui d'une santé parfaite. Il y a souvent un contraste frappant entre leur aspect extérieur et l'intensité de leurs plaintes, et de leur inquiétude. Quelques-uns, des femmes surtout, de peur des malaises consécutifs aux repas, réduisent leur alimentation au-dessous de ce que réclamerait la ration alimentaire : c'est pour eux une cause d'amaigrissement, d'anémie, de faiblesse et de nervosisme plus marqué.

A l'examen extérieur, rien de saillant. Quelquefois un peu de tympanisme gastrique ou de tympanisme gastro-intestinal. Parfois encore un peu de sensibilité à la pression au creux épigastrique et de préférence au *point épigastrique* (1).

Souvent on trouve par l'examen du gros intestin un boudin cæcal qui indique l'accumulation des matières dans le cæcum. Le gros intestin peut être sensible sur une partie de son étendue; on peut percevoir la corde colique ascendante ou descendante, plus rarement transverse; chez les femmes, le rein mobile se rencontre environ une fois sur trois.

L'exploration de l'estomac, extérieurement ou par la sonde, montre que l'estomac se vide normalement; il n'y a jamais de liquide le matin à jeun. L'analyse du liquide stomacal après repas d'épreuve démontre soit un chimisme normal, soit un certain degré d'hyper- ou d'hypochlorhydrie. Cela n'a du reste qu'une importance tout à fait secondaire.

La dyspepsie passe par des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Il suffit le plus souvent d'une hygiène meilleure pour la faire disparaître; nous entendons par là tout autant l'hygiène du système nerveux central que l'hygiène du tube digestif. La cessation des causes d'excitation et de surmenage du système nerveux a tout autant d'importance que la suppression de toutes les causes directes d'irritation et de surmenage de l'estomac.

**Forme flatulente.** — Ici, ce qui prédomine, ce sont les phénomènes de flatulence gastrique ou gastro-intestinale. Après les repas, soit immédiatement, soit au bout de deux ou trois heures, il survient un gonflement considérable de l'abdomen. Les malades sont obligés de desserrer leurs vêtements; ils sont souvent gênés pour respirer. Ils sont rouges, congestionnés. Ils émettent

(1) Voir p. 190.

des renvois gazeux qui les soulagent, quelquefois aussi des gaz par l'anus.

A l'examen, on constate facilement la réalité du tympanisme; il prédomine parfois au niveau de l'estomac ainsi qu'en témoigne la percussion simple ou la percussion auscultée. L'estomac semble souvent avoir refoulé le diaphragme, il remonte jusqu'au 5<sup>e</sup> et même au 4<sup>e</sup> espace intercostal. On peut aussi percevoir sa saillie au creux épigastrique, elle descend jusqu'au niveau de l'ombilic et même au-dessous. Chez les femmes qui ont fait abus du corset, on peut voir l'estomac se dessiner nettement avec sa situation verticale, la dilatation et l'abaissement de la petite courbure et de la petite tubérosité.

Les signes directs, extérieurement perceptibles du tympanisme, ne sont pas toujours aussi nets. Les plaintes du malade sont, semble-t-il, hors de proportion avec l'intensité réelle de la flatulence. Certains malades ont véritablement la *phobie des gaz*. Ils leur attribuent tous leurs malaises, bien plus, semble-t-il, par théorie que par expérience. Ils font des efforts exagérés pour les expulser.

Quelques-uns avalent de l'air qu'ils rendent ensuite avec un bruit sonore de renvoi. D'autres semblent produire un bruit pharyngé qui accompagne beaucoup plus l'expulsion de gaz venu du poumon que de gaz venu de l'estomac. Chez les hystériques, le tympanisme abdominal se produit parfois si rapidement qu'on a invoqué la sécrétion des gaz par la muqueuse; actuellement on tend à penser qu'il s'agit d'un spasme inspiratoire du diaphragme (Verhaegen).

En réalité, il n'y a que deux origines démontrées pour la flatulence gastro-intestinale : la déglutition d'une certaine quantité d'air, ou les fermentations gazogènes des substances alimentaires<sup>(1)</sup>.

Les autres phénomènes digestifs ou à distance sont du reste exactement, chez ces dyspeptiques, ceux que nous avons décrits à propos de la forme clinique précédente.

**Forme douloureuse.** — Dans la forme douloureuse de la dyspepsie sensitivo-motrice, les phénomènes sensitifs prennent une importance prédominante. Les malades, qui sont le plus souvent des femmes entachées de névrosisme, souffrent pendant la digestion, quelquefois même à jeun.

Après les repas, les sensations douloureuses peuvent être hâtives ou tardives. Parfois, presque immédiatement ou au bout de 20 à 50 minutes, survient une impression de pesanteur très pénible. Les malades ont la sensation d'avoir un corps étranger dans l'estomac. D'autres éprouvent une sensation de brûlure, accompagnée parfois d'aigreur ou même de pyrosis, parfois ils décrivent des sensations pénibles de tiraillement ou de crampes. Fréquemment encore, ils accusent une sensation très pénible mais qu'aucune expression satisfaisante ne peut définir.

Lorsque les douleurs sont tardives, qu'elles consistent surtout dans une brûlure assez intense, on peut sans doute les attribuer à l'acidité de fermentation; il y a une grande ressemblance symptomatique entre ces faits et l'hyperchlorhydrie discontinue avec paroxysmes douloureux survenant à une phase tardive du processus de la digestion stomacale.

Il est plus rare d'observer des douleurs à jeun; parfois cependant des malades, surtout des jeunes filles chlorotiques et plus ou moins nerveuses, accusent

<sup>(1)</sup> Voir p. 186.

des crampes douloureuses à jeun, surtout le matin. Il semble que chez elles la faim soit douloureuse.

Plus rarement il existe un état d'hyperesthésie marqué de la muqueuse stomacale; le contact des aliments provoque des douleurs immédiates, parfois vives, et quelquefois le rejet immédiat des aliments. Cette intolérance gastrique procède souvent par paroxysmes dont on peut quelquefois retrouver la cause occasionnelle; on l'observe surtout chez les névropathes et les hystériques. Chez ceux-ci, on constate souvent alors une perversion de la sensibilité cutanée à la région épigastrique, il peut y avoir une zone d'hyperesthésie ou d'anesthésie.

**Forme grave de la dyspepsie sensitivo-motrice.** — Cette forme est grave parce qu'elle coexiste avec des accidents accentués de dépression générale, parce que l'insuffisance de la motricité évacuatrice tend à amener un ralentissement marqué dans l'évacuation du contenu stomacal, que cette insuffisance résulte de l'atonie ou de l'incoordination de la musculature gastrique. Parfois, chez certains de ces malades, on observe des périodes espacées de stase permanente. Pendant quelque temps, on trouve du liquide dans l'estomac le matin à jeun, puis on cesse d'en trouver: ce sont là des faits de passage entre la dyspepsie sensitivo-motrice et la dilatation vraie de l'estomac avec stase permanente.

Les faits que nous rangeons sous cette étiquette sont en réalité ceux qui correspondent le mieux à ceux qui ont servi de type à Bouchard dans la description de la dilatation de l'estomac et des manifestations à distance qu'il attribue à l'auto-intoxication<sup>(1)</sup>.

Lorsque l'état morbide a atteint un degré avancé de son évolution, les malades sont maigres, affaiblis, sans force et sans courage. Leur peau présente une teinte jaunâtre ou terreuse assez particulière. Ils accusent en général des phénomènes bien nets de neurasthénie: faiblesse générale, incapacité au travail, tendance à l'hypocondrie, analyse inquiète du fonctionnement des divers appareils, insomnie, céphalée, tendance au vertige. Souvent ils ont maigri d'une notable façon. A côté des neurasthéniques, on peut voir figurer des individus épuisés par des maladies chroniques de divers ordres: des tuberculeux, des artérioscléreux, etc. Quelquefois il existe des lésions initiales de tuberculose pulmonaire. Il semble que la dyspepsie et l'atonie ne soient que la phase prémonitoire de la tuberculose, qu'elles soient la cause ou la manifestation première de cette infection. L'appétit est fréquemment diminué ou même aboli; assez souvent les malades restreignent leur alimentation de crainte des malaises qu'ils attendent pendant la digestion. Il ne faut pas croire cependant que l'intensité des phénomènes subjectifs de la dyspepsie stomacale soit en proportion avec la gravité de l'état général. Les malades peuvent accuser de la pesanteur, du gonflement, des brûlures, des renvois, des aigreurs, des vomissements pituités œsophagiens, quelquefois même, de temps en temps, des vomissements vrais; mais assez souvent les manifestations de dyspepsie consciente, douloureuse, sont assez modérées, bien qu'il puisse y avoir des faits de transition entre le type clinique que nous décrivons actuellement et ceux que nous avons précédemment décrits.

Du côté de l'intestin, on relève habituellement de la constipation, de temps en

<sup>(1)</sup> Voir p. 8.