

suffisante du reste, à une sténose sous-pylorique. L'exactitude de cette conception ne me parut pas douteuse et j'étais à même de fournir à sa confirmation trois cas suivis d'autopsie dans lesquels le syndrome de Reichmann était attribuable à l'existence d'un ulcus pylorique.

Dès 1901, se basant sur une trentaine d'interventions faites par Hartmann, Soupault déclarait, dans une communication à la Société de thérapeutique, que, si les formes graves de rétention avec hypersécrétion étaient, comme l'avait vu Hayem, dues à la sténose incomplète du pylore, les formes moyennes à crises intermittentes trahissaient *toujours* l'existence d'un ulcus pylorique ou juxta-pylorique. Soupault et Hartmann expliquaient par la contracture d'un pylore ulcéré ou tout au moins hyperesthésié par le voisinage d'un ulcus les douleurs et l'hypersécrétion, en un mot le syndrome de Reichmann. La gastro-entérostomie, en détournant le liquide stomacal de la région ulcérée et en le déversant directement dans le jéjunum faisait cesser les crises de spasme douloureux et même l'hypersécrétion réflexe.

Dans son traité, qui malheureusement ne fut publié qu'après sa mort, Soupault pouvait, pour défendre sa façon de voir, s'appuyer sur 58 constatations directes, dont 7 autopsies et 51 gastro-entérostomies. Il arrivait à cette conclusion que l'hypersécrétion du type douloureux de Reichmann, y compris les douleurs tardives calmées par l'ingestion d'aliments ou de liquides, est toujours le résultat « d'une lésion siégeant dans la région de l'estomac au niveau de l'antrum pylorique du pylore ou du duodénum ». Il ajoutait même, en exagérant une formule qui n'est vraie que pour les ulcus siégeant immédiatement en aval du pylore, sinon même à son contact immédiat : « Les lésions ulcéreuses du duodénum ont la même symptomatologie que l'ulcère de l'estomac. »

Soupault avait eu assez de décision pour livrer au chirurgien des malades chez lesquels les phénomènes de sténose pylorique