

l'influence d'une modification morbide de leur tissu? — La douleur des viscéralgies, très variable quant à son intensité, offre cependant quelque chose de caractéristique, à savoir le *mode* spécial de la sensation accusée par les malades. Il est vrai que c'est là un caractère difficile à décrire et qui ne peut être que très imparfaitement traduit par les expressions de : douleur vague et profonde, syncopale, avec sentiment d'anéantissement, etc. — Outre la douleur, on observe communément dans les viscéralgies un certain nombre d'autres phénomènes dénotant un trouble de l'innervation dans la partie hyperesthésiée : ce sont tantôt des mouvemens morbides qui accompagnent la douleur, tantôt des sécrétions anormales, etc. Déjà à l'occasion des névralgies extérieures nous avons signalé des symptômes concomitans de cette espèce, et l'on doit s'attendre à les retrouver bien plus fréquemment encore dans l'étude des névralgies viscérales : l'isolement des nerfs sensitifs, isolement presque complet pour certains nerfs cérébro-spinaux, telle est la condition qui préside tout à la fois à la circonscription exacte de l'hyperesthésie dans une région limitée et à l'existence indépendante de cet état morbide; or, une semblable disposition n'existe nulle part dans le système des nerfs sympathiques. En effet, ces nerfs, mixtes dès leur origine, c'est-à-dire à la fois sensitifs et moteurs, conservent ce caractère depuis leurs racines, à travers les ganglions et les plexus, jusqu'à leur terminaison dans les organes.

Plusieurs viscéralgies peuvent exister ensemble; d'autres fois ce sont des névralgies externes qui *coïncident* ou qui *alternent* avec elles.

La *marche* des névralgies viscérales est sujette aux mêmes variations que celle des névralgies proprement dites; elle fournit l'un des caractères qui établissent le mieux l'analogie entre ces deux groupes d'affections. L'intermittence est, en effet, ici le trait dominant, tantôt et le plus souvent irrégulière, d'autres fois périodique. — Même mobilité des phénomènes, mêmes variétés dans le *début* et la cessation des accidens, même absence d'évolution fixe, de phases déterminées soit d'augment soit de décroissement, et partant même incertitude de la *durée*; même *issue* généralement favorable, tout au moins jamais ou presque jamais la terminaison mortelle ne survient-elle par le fait seul d'une viscéralgie.

Relativement aux *causes* de ces affections, nous ne pourrions que reproduire les considérations déjà développées à l'occasion de l'étiologie des névroses en général (n° 1777). Nous y renvoyons par conséquent, en insistant seulement sur l'extrême obscurité de cette étiologie; car si l'on peut jusqu'à un certain point comprendre comment l'influence de diverses causes débilitantes ou directement excitantes engendre un mode vicieux de l'innervation générale (*état nerveux*), il est souvent fort difficile pour ne pas dire impossible de déterminer pourquoi c'est tantôt telle partie, tantôt telle autre qui devient le siège de l'hyperesthésie. La part d'action des causes directes, déjà très restreinte dans la production des névralgies externes diminue singulièrement, on le conçoit, quand il s'agit

d'organes placés pour la plupart hors de la portée des causes morbifiques locales; tout au plus peut-on invoquer ce genre d'influence pour certains faits isolés (névralgie gastro-intestinale, utérine).

Le *diagnostic* de toute viscéralgie est difficile, la situation profonde des parties privant le médecin des ressources si précieuses de l'exploration directe. Aussi n'est-ce souvent qu'après de longs tâtonnemens et par voie d'exclusion que l'on arrive à résoudre ce double problème : 1° quel est l'organe affecté? 2° l'affection consiste-t-elle tout entière ou presque entière dans la douleur même, ou bien doit-on admettre quelque lésion de texture dont cette douleur n'est que le symptôme ou l'épiphénomène? On trouvera dans l'histoire particulière des viscéralgies les détails de ce diagnostic; ici nous devons dire seulement que pour l'établir on se fonde sur deux ordres de considérations : les unes, que fournit l'exploration aussi attentive que possible de la région hyperesthésiée, ce sont celles qui conduisent principalement à déterminer le *siège* de la souffrance; les autres, puisées dans l'observation de l'hyperesthésie elle-même (marche irrégulière, coïncidence avec des névralgies externes, etc.) ou des phénomènes concomitans (apyrexie, persistance d'un état *relativement* satisfaisant de la nutrition générale), et qui servent à reconnaître la *nature* névralgique de l'affection.

Le *pronostic* des viscéralgies ressort suffisamment de ce que nous avons dit plus haut de la marche habituelle de ces états morbides.

Leur *traitement* ne diffère de celui des névralgies que par l'efficacité souvent moindre de la médication topique (1); il comporte d'ailleurs les mêmes indications et principalement celle d'agir sur l'état général de l'économie (*faiblesse irritable*) par un ensemble de moyens hygiéniques et pharmaceutiques destinés à calmer et à fortifier.

Nous allons maintenant aborder l'étude des viscéralgies en particulier, en commençant par celles des voies digestives.

#### ARTICLE XVIII.

##### VISCÉRALGIES DES VOIES DIGESTIVES.

1866. Sans nous arrêter à la description de l'hyperesthésie du pharynx et de l'œsophage, qui ne saurait être guère séparée de l'histoire du

(1) La composition des feuilles précédentes était terminée à l'époque où M. Béhier est venu communiquer à l'Académie de médecine (séance du 12 juillet 1859) les remarquables résultats obtenus à l'aide des *injections médicamenteuses sous-cutanées* (solution de sulfate d'atropine, etc.), pratiquées d'après la méthode de M. Wood (*Edimb. med. and. surg. Journal*, avril 1855). C'est là un traitement topique par excellence, qu'il faut ajouter, sous peine d'y laisser une lacune considérable, aux diverses médications que nous avons énumérées à l'occasion des névralgies externes. (V. les résultats obtenus au moyen de ces injections par M. Becquerel (*Gaz. des hôpitaux*, juillet 1859), M. Hérard (*Union médicale*, août 1859), M. Courty (*Montpellier médical*, 1859, t. III, p. 289 et 404).

spasme de ces organes (voy. ŒSOPHAGISME), nous croyons devoir exposer avec quelques détails l'histoire de la viscéralgie qui a pour siège la partie sous-diaphragmatique du tube digestif.

Les douleurs qui occupent l'extrémité inférieure du gros intestin (névralgie rectale ou recto-anale, *proctalgie* de quelques auteurs) constituent une affection particulière, à laquelle il conviendrait de consacrer un chapitre spécial. Toutefois, l'espèce la plus remarquable de cette névralgie (*proctalgie symptomatique d'une fissure à l'anus*) ayant été longuement décrite dans la partie chirurgicale de ce livre (*Elém. de pathol. chirurg.* de M. Nélaton, publiés par M. Jamain, t. V, p. 73), nous nous contentons d'y renvoyer le lecteur.

## ARTICLE XIX.

## DE LA GASTRALGIE.

1867. *Bibliographie.* — TENKA. *Historia cardialgie*. Vindob, 1785, in-8.

SCHMIDTMANN. *Summa observ. medicarum*. Berlin, 1826, in-8, vol. III, cap. IX, p. 191.

J.-P.-T. BARRAS. *Traité sur les gastralgies et les entéralgies*. Paris, 1827 (3<sup>e</sup> édition, 1829-1839), in-8.

J. JOHNSON. *An essay on morbid sensibility of the stomach and bowels* (5<sup>e</sup> édition). London, 1827.

CRUVEILHIER. *Anat. pathol. avec planches*, 10<sup>e</sup> livraison (1850). *Mém. sur l'ulcère simple de l'estomac*. (*Arch. gén. de médecine*, 1856, février.)

KRUKENBERG. *De inflammatione chronica ventriculi*. Halæ, 1845.

G. BUDD. *On the organic diseases and functional disorders of the stomach*. In-8. Londres, 1855.

E. HENOCH. *Klinik de Unterleibs-Krankheiten* (2<sup>e</sup> édition). Berlin, 1856, t. I, p. 109.

1868. *Définition* : Névrose douloureuse de l'estomac. — La douleur d'estomac n'est ni le seul signe ni le signe constant des troubles fonctionnels, dits nerveux, dont ce viscère peut être le siège; il en résulte que le nom de gastralgie, pris dans le sens étymologique, désigne un état morbide rarement isolé, un symptôme plus ou moins saillant au milieu d'autres phénomènes non douloureux liés aux mêmes conditions pathologiques de l'organe. De là des variations nombreuses dans les opinions des auteurs : les uns entendant parler des *névroses* de l'estomac, en général, quelles qu'en soient les expressions symptomatiques; les autres accordant principalement ou exclusivement leur attention aux manifestations douloureuses proprement dites.

1869. *Synonymie.* — Ces dissidences expliquent pourquoi, pour

certains pathologistes, le nom de gastralgie a pour synonymes seulement ceux de *gastrodynie*, de *névralgie cœliaque*, d'*ardeur*, de *colique*, ou de *crampe d'estomac*, de *cardialgie*, *cardiogmus*, *pyrosis*, *morsus ventriculi*, et pourquoi d'autres donnent comme synonymes, ou à peu près, des termes exprimant soit des attributs différents de la même maladie soit même le nom de la maladie considérée dans son ensemble. C'est ainsi que nous voyons quelques auteurs englober sous ce nom impropre de gastralgie et la douleur d'estomac proprement dite et les divers troubles désignés par les noms de *pica*, *malacia*, *boulimie*, *aigreur d'estomac*, *vomissement nerveux*, *dyspepsie*.

Le seul moyen d'échapper à la confusion qu'entraînent ces diverses manières d'interpréter les faits, nous paraît être de décrire d'abord la névrose *douloureuse* de l'estomac, puisqu'elle peut exister seule, et constituer l'unique phénomène pathologique appréciable; de signaler ensuite les symptômes *non douloureux* dont elle est accompagnée dans le plus grand nombre des cas.

1870. *Symptômes.* — a. La gastrodynie ou gastralgie proprement dite présente de nombreuses variétés de siège, d'intensité, de mode et de durée. Elle se fait sentir à l'épigastre, au-dessous et en arrière de l'appendice xiphoïde, s'irradie aux parties latérales, remonte le long de l'œsophage et vient retentir en arrière vers la colonne dorsale. C'est tantôt un malaise pénible, vague, une douleur obtuse; tantôt une souffrance aiguë, poignante, une sensation de déchirement, de constriction, de brûlure ou de froid; tantôt quelque sensation bizarre de formication, de reptation, etc. La douleur est-elle très vive, les malades poussent des cris, s'agitent, éprouvent de la dyspnée, se sentent près de défaillir; les traits s'affaissent, les mains et les pieds se refroidissent, le pouls devient petit, serré, intermittent; la région de l'estomac est quelquefois ballonnée, globuleuse, plus souvent rétractée avec tension des parois (Romberg). Une forte pression soulage souvent. La douleur n'est jamais absolument continue, mais revient par intervalles; elle s'exaspère lorsque l'estomac n'a pas reçu d'aliments depuis quelques heures, plus rarement elle est déterminée par l'arrivée des *ingesta* dans ce viscère; quelquefois elle se déclare seulement une demi-heure, une ou plusieurs heures après les repas. Elle s'apaise promptement chez les uns; d'autres la ressentent pendant toute la durée de la digestion et quelquefois encore longtemps après. Tantôt elle se montre seulement pendant la nuit, tantôt exclusivement le matin à l'heure du réveil, etc.

b. La douleur dont il vient d'être question est *presque constamment* escortée d'autres symptômes qui surviennent les uns pendant les accès même, les autres dans leur intervalle. Ces phénomènes *concomitans* de la gastralgie sont loin d'être constamment les mêmes, ou d'être proportionnés, quant à leur intensité, soit à la violence, soit à la durée de la douleur gastrique. Il nous suffira d'énumérer brièvement ces sym-

ptômes locaux et généraux, dont l'étude détaillée doit trouver sa place ailleurs. Ce sont : des modifications de l'appétit, le plus souvent diminué ou aboli (*anorexie* absolue ou relative), d'autres fois exagéré (*boulimie*) ; l'appétence pour des substances fades, indigestes ou très sapides ; la tolérance pour celles qui paraissent les moins digestibles (*malacia* et *pica*) ; des changemens dans les sécrétions de l'estomac, qui augmentent ou diminuent, acquièrent une acidité remarquable (*oxygastrie* de M. Piorry) ; le développement anormal de gaz, surtout après les repas (*pneumatose*, *hypochondrie locale* de quelques auteurs) ; la lenteur ou le défaut d'élaboration des alimens, le vomissement plus ou moins opiniâtre. A ces divers phénomènes dénotant une perturbation des fonctions gastriques, il faut en ajouter une foule d'autres qui ont lieu pendant la digestion stomacale ou peu de temps après : bâillemens, assoupissement, vertiges, hallucinations, palpitations, etc. ; ou qui se rattachent moins directement encore au jeu fonctionnel du viscère affecté et rentrent dans la description de l'état nerveux, de l'*hypochondrie*, de l'hystérie, de l'anémie : névralgie intercostale, constipation habituelle, hyperesthésies dans divers points du corps, craintes de maladies imaginaires, sensation d'une sorte d'*aura* remontant de l'estomac vers la gorge, battemens épigastriques, le tout accompagné d'amaigrissement et de décoloration, de leucorrhée, etc.

1871. *Marche, durée, terminaison.* — Au point de vue de la durée, plusieurs auteurs divisent la gastralgie en *aiguë* et en *chronique*, et cette distinction mérite d'être conservée ; on a vu la douleur persister seulement quelques heures, d'autres fois pendant des semaines, des mois, de longues années. La gastralgie ne présente que rarement une continuité parfaite ; le plus souvent, il y a des *accès* douloureux dans l'intervalle desquels, à la vérité, la sensibilité n'est pas tout à fait normale. Ces accès se produisent souvent à jeun, spontanément ou sous l'influence de quelque émotion ; plus rarement ils sont déterminés par la présence des alimens dans l'estomac. Les intervalles des exacerbations sont en général très irréguliers ; une périodicité véritable ne se remarque que rarement ; cependant tout le monde sait que la forme *cardialgique* est une des manifestations possibles de l'empoisonnement palustre. — Les accès violens débutent, en général, par un sentiment de constriction pénible à laquelle succède une douleur aiguë ; celle-ci, après un temps très variable, souvent après plusieurs heures, va décroissant et ne laisse après elle qu'un vague malaise. Voilà pour la marche des accès. Quant à l'évolution de la maladie dont ces accès sont la manifestation, Barras admettait trois périodes qui ne sont pas entièrement conformes à l'observation clinique : suivant cet auteur, il y a d'abord trouble de la digestion, puis la douleur se manifeste, et enfin l'*hypochondrie* arrive ; mais dans la plupart des cas, le développement de la maladie ne présente absolument rien de régulier et l'on ne saurait le ramener à un type constant ou même habituel que par un artifice dont l'utilité est fort contestable.

— La terminaison n'est pas fâcheuse, en ce sens que la mort n'est jamais la conséquence d'une gastralgie simple ; toutefois on s'est demandé, si des souffrances nerveuses vives et prolongées de l'estomac ne pourraient pas, dans certaines circonstances, aboutir à la production d'une maladie organique de ce viscère, particulièrement d'une affection cancéreuse. Ce qui ne saurait être révoqué en doute, c'est que certains sujets (en petit nombre, il faut en convenir) qui ont succombé à une affection organique de l'estomac, avaient commencé par être tourmentés de gastralgies plus ou moins violentes. N'y a-t-il là qu'une coïncidence ? ou bien, ce qui s'accorde mal avec la marche en général rapidement progressive des produits morbides, faut-il supposer que pendant la période quelquefois très longue, caractérisée par les retours irréguliers de la douleur gastralgique, la formation accidentelle existait déjà, quoique peu développée et en quelque sorte latente ? ou bien enfin doit-on admettre que l'état de dyspepsie et de cachexie dont cette douleur est accompagnée, a favorisé chez les malades le développement d'une affection diathésique dont ils portaient le germe dans leur constitution ? C'est cette dernière manière de voir qui paraît la plus rationnelle.

1872. *Complications.* — Outre les accidens de dyspepsie et de névropathie, que l'on peut envisager comme les accompagnemens presque obligés de la gastralgie ou dans lesquels on peut voir autant de complications, nous devons noter encore l'ictère produit quelquefois par la violence des douleurs gastralgiques ou peut-être par une participation des nerfs du foie à la souffrance qui siège dans ceux de l'estomac.

1873. *Étiologie.* — a. Comme causes prédisposantes, on admet l'hérédité, le tempérament nerveux, le jeune âge, le sexe féminin ; des idiosyncrasies ou susceptibilités particulières de l'estomac à l'égard de certains alimens ; la constitution médicale (Barras), une température élevée ou offrant de brusques variations, exercent une influence plus contestable ; en revanche, tous les écarts de régime, l'insuffisance ou l'excès des *ingesta*, leur nature (thé, café, alcool, alimens indigestes, venteux, acides, condimens, etc.), ont une action manifeste sur la sensibilité gastrique. La présence de lombrics ou du ténia dans les voies digestives a été signalée dans quelques cas. Nous avons déjà mentionné tout à l'heure la fièvre à forme *cardialgique*. Des causes puissantes et journellement constatées de gastralgie sont celles que l'on trouvera indiquées dans l'histoire de l'*état nerveux* : passions vives, fatigues de l'esprit, abus des plaisirs vénériens, débilitation de l'économie par des hémorrhagies, des sécrétions anormales, des flux, et par une foule de maladies très diverses n'ayant de commun que l'état d'épuisement, de *faiblesse irritable* où elles jettent l'économie et, comme conséquence, la disposition à toutes sortes de névroses et à celle de l'estomac encore plus particulièrement ; on notera sous ce rapport la fréquence et l'opiniâtreté de la gastralgie chez certains phthisiques au début. Disons enfin qu'une étroite sym-

pathie paraît exister entre l'estomac et l'utérus, à en juger par la fréquence de la gastralgie dans la grossesse, chez les femmes dysménorrhéiques et aménorrhéiques, et par l'influence que l'époque menstruelle exerce sur la production ou l'exaspération des douleurs d'estomac. Une sympathie semblable est encore admise entre l'estomac et d'autres parties de l'appareil génito-urinaire, surtout chez la femme. — Quelques médecins rangent parmi les causes de ces douleurs les diathèses rhumatismale, dartreuse, goutteuse; mais, si l'on excepte les accès gastralgiques de la goutte irrégulière, qui révèlent leur origine spéciale par leur soudaineté, leur violence, leur cessation brusque, leur alternance avec d'autres manifestations goutteuses, il faut reconnaître que la plupart des autres états diathésiques ne paraissent avoir qu'une part très indirecte dans la production de la gastralgie. On peut dire seulement que les sujets affectés de ces états présentent souvent en même temps une constitution, un tempérament et d'autres conditions favorables au développement de la gastralgie, ou, pour parler le langage de certains auteurs, que la diathèse nerveuse complique un grand nombre d'autres diathèses.

b. Nous venons d'indiquer l'étiologie de la *gastrodynie simple*, idiopathique ou sympathique. La même névrose douloureuse peut se surajouter à une lésion de l'estomac évidente et trop légère cependant pour qu'on puisse ne pas tenir compte d'une *disproportion* manifeste entre le degré d'altération des tissus et la souffrance qui l'accompagne. Tel est, par exemple, le cas de certains ulcères gastriques, consistant en une simple érosion de la membrane muqueuse et donnant lieu à des accès de gastralgie des plus cruels. Entre ces faits et ceux où les mêmes phénomènes douloureux accompagnent l'inflammation très caractérisée des tuniques de l'estomac, la présence d'ulcères profonds ou de quelque production accidentelle, il y a de nombreux intermédiaires. Or si, au point de vue de la théorie, on peut discuter sur la signification des accidents gastralgiques en pareil cas; s'il est permis de les envisager, ici comme une complication, là comme un symptôme; en clinique, il faut en convenir, de semblables distinctions n'ont qu'une bien faible valeur. Il répugne d'autant moins d'admettre des gastralgies *symptomatiques*, que les mêmes altérations, chez tel individu, exalteront à un haut degré la sensibilité gastrique, chez tel autre la respecteront complètement ou l'altéreront à peine, et cela malgré les progrès quelquefois très considérables des désordres anatomiques; de sorte que, jusqu'à un certain point, l'hyperesthésie de l'estomac *semble* avoir une existence indépendante de ces désordres, et qu'elle mérite en tout cas d'être étudiée à part.

1874. *Physiologie pathologique*. — a. La gastralgie est une hyperesthésie des nerfs de l'estomac; il paraîtrait inutile de rappeler une notion aussi élémentaire si l'on n'était allé jusqu'à admettre que la gastralgie peut provenir de l'anesthésie de ce viscère, dernier terme de la confusion

entre la douleur et les troubles gastriques auxquels elle est habituellement associée, mais dont elle ne fait pas nécessairement partie.

Maintenant, les deux ordres de nerfs, cérébro-spinaux (pneumo-gastriques) et ganglionnaires (plexus cœliaque), auxquels l'estomac doit sa sensibilité, sont-ils également intéressés dans tous les cas de gastralgie? C'est là une question insoluble par voie d'expérimentation et à laquelle il semble bien difficile aussi de trouver une réponse dans les faits pathologiques. Cependant on a prétendu distinguer l'hyperesthésie *pneumo-gastrique* de la névralgie *cœliaque*, et Romberg consacre une description particulière à chacune d'elles. Cet auteur attache surtout une grande importance, pour caractériser l'hyperesthésie ganglionnaire, à la nature de la douleur, à cette sensation à la fois vague et intense, syncopale, analogue à celle du testicule comprimé. Nous ne pouvons qu'indiquer ces distinctions, où l'analyse physiologique semble poussée jusqu'à la subtilité.

b. Il y a dans l'estomac, comme en général dans les organes splanchniques, un mélange si intime de filets sensitifs et moteurs; il se produit, en santé, des actions réflexes si rapides des uns aux autres, et à l'état morbide les phénomènes douloureux et convulsifs sont souvent tellement confondus, qu'il paraît fort difficile de séparer l'étude de la gastralgie de celle du spasme de l'estomac; de là le nom de *crampe d'estomac* donné comme synonyme de gastralgie. Pourtant, il est digne de remarque que de ces deux éléments, douleur et spasme, l'un n'implique pas forcément l'autre et qu'ils sont loin d'être réciproquement proportionnels. Prenons pour exemple l'une des formes les plus importantes du spasme stomacal: qui ne sait qu'il y a des gastralgies violentes sans *vomissement*, comme il existe des vomissements nerveux incoercibles, sans douleur bien intense! Et non-seulement les symptômes douloureux et convulsifs s'ajoutent ou s'isolent capricieusement (c'est-à-dire d'après des lois que nous ignorons), mais il en est encore de même très souvent pour d'autres phénomènes qui, à l'égal de la souffrance et des contractions morbides, dépendent de l'état de l'innervation: c'est ainsi que les sensations de la faim et de la satiété, que les sécrétions muqueuses et acides, que le dégagement de gaz dans l'estomac, sont diversement modifiés dans les mêmes cas et sous les mêmes influences où se manifestent la gastrodynie, la crampe d'estomac ou le vomissement. On donne communément le nom de dyspepsie à cet assemblage confus de phénomènes sensitifs, moteurs et sécrétoires de l'estomac, auxquels bien souvent s'ajoutent des modifications des fonctions hépatique, pancréatique, intestinale, etc. Quant à la place qui convient à la gastralgie proprement dite dans ce groupe de symptômes, elle a été et elle est encore l'objet d'opinions contradictoires, qui ne sauraient subsister bien longtemps en présence des faits. La gastralgie est l'une des expressions d'un trouble de l'innervation gastrique; rien de

plus. Elle peut exister seule. Elle se mêle plus souvent à d'autres signes de la même modification fonctionnelle (dyspepsie). Mais elle n'en est pas la cause, comme le donnent à entendre certains auteurs, puisqu'il y a des dyspepsies sans douleur notable; elle n'en est pas davantage la conséquence forcée, puisqu'il existe des gastralgies sans phénomènes dyspeptiques dans l'intervalle des douleurs (par exemple la gastralgie goutteuse). Et même lorsque la douleur et la dyspepsie se trouvent réunies, ce qui est fréquent, on ne trouve aucune corrélation *nécessaire* entre la gastralgie et les autres phénomènes parallèles et équivalens de la dyspepsie, tels que le vomissement ou l'inertie de l'estomac, la sécrétion exagérée ou insuffisante des sucs digestifs, etc.

1875. *Diagnostic*. — Le phénomène : douleur épigastrique, appartenant à un grand nombre de maladies différentes par leur nature et leur gravité, il est fort important dans la pratique de distinguer les cas où cette douleur est due à une affection de l'estomac, de ceux où elle est étrangère à cet organe, et, lorsque son siège est déterminé, d'en rechercher la véritable cause.

a. On pourrait prendre pour une gastralgie, une douleur localisée dans le muscle droit de l'abdomen (par exemple le rhumatisme musculaire ou fibreux, ou l'hyperesthésie musculaire étudiée par M. Briquet chez les hystériques et désignée par cet auteur sous le nom d'*épigastralgie*). Le siège superficiel de la douleur, son retour sous l'influence d'une pression légère, de la contraction du muscle, l'absence de trouble dans les fonctions de l'estomac, et (dans les cas d'hyperesthésie hystérique) la facilité avec laquelle la faradisation fait disparaître les symptômes, permettront de résoudre cette difficulté. Mais il ne faut pas oublier que l'endolorissement des muscles abdominaux coïncide souvent avec une gastralgie véritable. — Les mêmes considérations s'appliquent à la névralgie intercostale dont le point antérieur ou épigastrique peut en imposer pour une douleur plus profonde, mais dont la coïncidence avec le point vertébral et le point thoracique latéral dissipera tous les doutes. Rappelons encore ici qu'une névralgie intercostale accompagne souvent la gastralgie.

b. Quand le siège de la douleur dans l'estomac se trouve établi, soit par l'absence des signes qui dénotent une souffrance plus superficielle, soit plus directement, par les relations que l'on constate entre les phénomènes sensitifs et les divers actes de la digestion stomacale, c'est alors que se présente un autre ordre de questions : Faut-il attribuer la douleur à une simple névrose ou à quelque altération matérielle, telle que l'inflammation aiguë ou chronique, l'ulcère simple, le cancer de l'estomac ?

Le diagnostic de la gastralgie et de la *gastrite* se fonde sur la rareté, aujourd'hui bien reconnue, de l'inflammation stomacale; sur la nature des causes qui ont fait naître la maladie; sur la présence de la fièvre en

cas de phlegmasie et son absence dans la névrose; sur l'existence des phénomènes nerveux concomitans, bien plutôt que sur la considération des symptômes locaux eux-mêmes. Cependant ceux-ci ne manquent pas non plus de valeur. Ainsi la douleur de la gastrite est continue, elle augmente par la pression et par l'ingestion des alimens; dans la gastralgie elle est remittente, la pression la soulage quelquefois, et les alimens la calment le plus souvent. En outre la langue est rouge, sèche, couverte d'enduits, l'appétit est nul, la soif vive dans les cas d'inflammation; tandis que dans la névrose la langue est naturelle, l'appétit quelquefois exagéré, presque toujours capricieux, la soif modérée ou même diminuée. C'est encore à la névrose qu'appartiennent le gonflement de la région épigastrique, l'éruclation fréquente, le bâillement, la constipation habituelle, etc.

L'*ulcère simple* de l'estomac s'accompagne quelquefois d'une perversion considérable de la sensibilité gastrique, au point que l'on doit admettre l'existence simultanée de cette lésion et d'une véritable gastralgie; et dans bien des cas, si l'on ne considérait que les phénomènes douloureux en eux-mêmes, sans avoir égard aux autres perturbations fonctionnelles qui les accompagnent ou qui les remplacent pendant l'intervalle des accès, le diagnostic deviendrait tout à fait impossible. Il demeure encore très difficile quelquefois, même pour le médecin qui tient compte de tous les détails de l'état général et local. Cependant, lorsque dans les intervalles des accès la douleur est nulle ou supportable, qu'elle n'est pas exaspérée par la pression, qu'elle est soulagée par l'ingestion des alimens, que ceux-ci ne sont pas rejetés par le vomissement; si l'épigastre est souple et mou; si l'on observe de la boulimie, du pica, des symptômes nerveux de diverses espèces (palpitations, migraines, vertiges, bourdonnemens d'oreille, signes d'hystérie); si l'on constate une évidente relation des symptômes gastriques avec quelque maladie utérine, ou quelque dérangement des menstrues, etc.; toutes ces circonstances rendront extrêmement invraisemblable, *mais n'autoriseront pas à nier d'une manière absolue*, l'existence d'un ulcère stomacal. Les caractères distinctifs tirés du jeune âge, du sexe féminin, de la chlorose coïncidente, ont beaucoup moins de valeur qu'on ne le pense communément, car c'est justement dans ces conditions réputées propres à la névrose que l'ulcère a été souvent rencontré. Les rémissions durant plusieurs mois ou plusieurs années, l'état relativement satisfaisant des fonctions nutritives, n'exclue pas non plus l'existence possible d'un ulcère gastrique. Quelquefois les symptômes ne se caractérisent bien nettement que lorsqu'il survient des vomissemens ou des selles de sang pur ou altéré (*melæna*), ces phénomènes étant complètement étrangers à la simple névrose de l'estomac.

Quant au diagnostic du *cancer* et de la gastralgie, il s'établit en comparant l'intensité, la marche, les retours de la douleur dans les deux

cas; en opposant les vomissemens tardifs du cancer à ceux de la gastralgie qui ont généralement lieu peu de temps après les repas; en constatant, d'une part, la multiplicité des symptômes névropathiques qui accompagnent la gastralgie sans altérer très notablement la nutrition, et de l'autre, l'état de cachexie profonde avec coloration spéciale des tégumens qui signale les progrès du produit accidentel. Celui-ci, de plus, ne manque guère de former plus ou moins promptement une tumeur appréciable au toucher et de donner lieu à des vomissemens ou tout au moins à des selles hématiques.

1876. *Pronostic.* — La gastralgie tend naturellement à la guérison quand elle a la forme aiguë et qu'elle a été produite par quelque cause accidentelle; mais la gastralgie chronique, liée à la dyspepsie, à la chlorose, aux névropathies générales, est, comme les autres symptômes de ces états morbides, remarquable par son opiniâtreté, ses fréquentes récidives, sa résistance aux moyens thérapeutiques. C'est seulement dans ces cas complexes que l'on a vu quelquefois des gastralgiques mourir. Lorsqu'on dit que cette affection, par l'affaiblissement qui résulte du défaut d'alimentation ou de nutrition, prédispose les individus à contracter des affections graves ou favorise chez eux le développement de diverses diathèses, on entend également parler non de la gastrodynie proprement dite, mais du groupe symptomatique dont elle est un des élémens.

1877. *Traitement.* — La gastralgie aiguë idiopathique ne réclame d'autres moyens de traitement que ceux dont l'action consiste à calmer la douleur (repos de l'organe souffrant, topiques calmans, bains, antispasmodiques divers); mais il n'en est pas de même de la forme chronique de cette douleur: ici l'appréciation de l'état morbide antérieur et actuel et surtout de la condition générale de l'économie doivent principalement fixer l'attention. La gastralgie dans ces circonstances se trouve reléguée au second plan, et les moyens à mettre en usage se confondent entièrement avec le traitement des diverses variétés de dyspepsie, de la chlorose, de l'hypochondrie, de l'hystérie, etc.; nous n'avons pas à énumérer les agens usités contre ces maladies. Il est cependant un point sur lequel nous croyons devoir insister: c'est qu'on ne saurait sans inconvéniens faire abstraction de la sensibilité malade de l'estomac, quand on se trouve en présence de ces faits complexes de gastralgie dont nous venons de parler. Née de l'exagération inévitable que les médecins mettaient il y a peu d'années encore à bien établir l'innocuité du traitement reconstituant et stimulant, là où l'école physiologique en proclamait l'usage pernicieux, incendiaire, l'audace de la médication tonique menace aujourd'hui de tourner en routine. Des alimens substantiels, principalement les viandes grillées et rôties, les amers, les préparations ferrugineuses sont uniformément prescrits à tous les gastralgiques; et trop souvent cette médication, toute rationnelle en apparence, échoue, faute d'une condition essentielle et qui est subordonnée en grande partie à la

sensibilité gastrique: la tolérance. Combattre la douleur est souvent le vrai moyen de faire digérer, et faire digérer, assimiler, n'est-ce pas l'indication capitale dans une foule de névropathies qui se rattachent à un état de débilité générale? Pour atteindre ce but, on emploiera donc au commencement avec un avantage marqué les moyens directs propres à éteindre l'hyperesthésie de l'estomac: régime doux, au besoin préparations opiacées à l'intérieur, vésicatoires simples ou pansés avec la morphine, etc.; sauf aussitôt après à mettre en œuvre la médication reconstituante. C'est alors qu'on pourra combattre par des moyens hygiéniques et pharmaceutiques appropriés les divers troubles fonctionnels (acidité des sécrétions, défaut de contractilité, etc.), dont l'estomac est le siège, ainsi que les nombreux phénomènes sympathiques et secondaires.

## ARTICLE XX.

## DE L'ENTÉRALGIE.

1878. A. VATER. *De passionibus colicis et iliakis.* Viteb. 1726.

SCHLEIERMACHER. *De doloribus intestinorum qui vulgo vocantur colici.* Giessen, 1736.

DAHLBAUSEN. *De doloribus intestinorum vulgo colicis dictis.* Ludg. Batav., 1750.

SIEMERLING. *Dissertatio inaug. de colica.* Gotting. 1778.

DE BRUYN. *Diss. de dolore colico vero et spurio.* Duisb. 1791.

MARKOWSKI. *Sur la colique.* Paris, 1805, in-8.

BARTHEZ. *Mémoire sur le traitement méthodique des fluxions et sur les coliques iliaques qui sont essentiellement nerveuses.* Montp., 1816, in-8.

Consulter la bibliographie de l'article précédent et de l'article de Requin sur *Empoisonnement par le plomb.* T. III de cet ouvrage, p. 65, n° 1239.

1879. Confondue par un grand nombre d'auteurs, sous le nom de *gastro-entéralgie*, avec la maladie dont l'histoire précède, l'hyperesthésie des nerfs sensitifs de l'intestin grêle et du gros intestin, présente en effet avec la névralgie de l'estomac des coïncidences très fréquentes et une analogie des plus complètes.

Ses symptômes ont été décrits par Romberg avec une remarquable exactitude, sous le titre de *névralgie mésentérique*: douleur s'irradiant de l'ombilic au reste de l'abdomen, revenant par accès et s'apaisant par intervalles; déchirante, contusive, pressive, plus souvent tormineuse, précédée et accompagnée d'une sensation toute particulière de malaise, d'anéantissement; le malade s'agite, cherche à se soulager en changeant de position, en comprimant l'abdomen; la température des mains, des pieds, des fesses est abaissée; la figure est contractée, les sourcils se fron-

cent, les lèvres pincées trahissent la douleur. Petitesse et dureté du pouls; tension des parois abdominales qui sont ballonnées ou retractées; souvent nausées, vomissement, ischurie et strangurie; quelquefois ténésme rectal. La constipation accompagne ordinairement cet état, plus rarement les évacuations sont naturelles ou augmentées. Un accès de ce genre dure depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures, avec des répits passagers. Il cesse tout à coup et un sentiment d'extrême bien-être y succède.

Le retour des accès a lieu souvent sous l'influence de causes inappréciables, d'autres fois ce sont des émotions morales, la fatigue, qui les occasionnent. L'ingestion des alimens ne les provoque pas immédiatement, mais dans le cours de la digestion, et lorsque les matières commencent à pénétrer dans l'intestin, l'exacerbation a lieu et la souffrance devient parfois atroce.

La marche, la durée, la terminaison ne diffèrent pas notablement de ce qu'elles sont dans la gastralgie. — Parmi les complications, en outre de celles indiquées à propos de cette dernière maladie, nous mentionnerons seulement l'*iléus nerveux* dont l'analogie symptomatique avec un obstacle matériel au cours des matières a été certainement admise sur des témoignages insuffisants: tout se borne le plus souvent à une constriction douloureuse ressentie par le malade dans un point du ventre, avec rétention plus ou moins persistante des matières et des flatuosités, plus des nausées et des vomissemens alimentaires ou muqueux. — Les causes sont toutes celles de la gastralgie.

1880. Nous ne dirions rien de la *physiologie pathologique*, qui se confond également avec celle de la gastralgie, si une erreur échappée à l'un des maîtres de la science contemporaine ne nous paraissait pas mériter ici une courte réfutation. D'après cet auteur, la seule partie sensible de l'intestin serait le côlon et le rectum animés en partie par les nerfs qui proviennent du plexus sacré; l'intestin grêle ne recevant que des filets émanés des ganglions sympathiques serait, au contraire, dénué de toute sensibilité (*Traité de nosographie médicale* de M. le professeur Bouillaud, t. III, p. 544, 566); de là, par une conséquence naturelle, la localisation de toute douleur intestinale dans la portion située au delà de la valvule iléo-cæcale. Cette opinion, non-seulement repose sur une idée inexacte des attributions du nerf trisplanchnique en général, mais encore, à ne considérer que le fait particulier de la sensibilité des intestins, elle est en contradiction avec l'anatomie, la physiologie et la pathologie de ces organes. Ainsi, rien de moins réel que les prétendus nerfs sacrés ascendants qui iraient se prolongeant jusqu'au côlon; rien de plus arbitraire que cette distinction entre le gros intestin (la portion terminale exceptée) et l'intestin grêle, au point de vue de leur sensibilité normale; l'un et l'autre en possèdent une également obtuse, mais également évidente; enfin, dans l'ordre pathologique, quoi de mieux prouvé que

l'existence de l'*entérodynie* dans des régions du ventre non occupées par le gros intestin? On pourrait, pour surcroît de preuve, citer les douleurs de l'entérite de l'intestin grêle non étendue au côlon; les invaginations et les étranglemens du même intestin grêle si souvent accompagnées de vives souffrances (voy. à ce sujet l'excellent travail de M. le docteur Besnier: *Des étranglemens internes de l'intestin*, in-8, Paris, 1860, p. 189, 251).

1881. Le diagnostic peut présenter quelques difficultés. Si une entérite ne peut guère être confondue avec une entéralgie, il n'en est pas de même des maladies douloureuses occupant les parois abdominales. Cependant le *rhumatisme* de ces parois se reconnaîtra à la continuité de la douleur, à son siège superficiel, à l'absence des tortillemens propres à la colique, aux exaspérations provoquées par certains mouvemens ou par certaines attitudes nécessitant la contraction ou l'allongement des muscles affectés. — La *myosalgie* hystérique des parois abdominales se distingue de l'entéralgie par des caractères analogues; de plus elle offre cela de particulier qu'on la réveille par le grattement superficiel du muscle endolori, et qu'elle peut être instantanément éteinte par la faradisation (Briquet). — Dans la névralgie *lombo-abdominale* la douleur est quelquefois excessive; elle revient par accès; les points qu'elle occupe sont situés à l'hypogastre, aux flancs: voilà de nombreuses causes d'erreur. On reconnaîtra cependant les deux affections aux signes suivans: dans l'entéralgie la pression n'est pas douloureuse ou l'est à peine; dans la névralgie lombo-abdominale, au contraire, outre les points hypogastrique, inguinal, etc., on trouvera les points lombaire et iliaque où la pression occasionne de vives douleurs. — La colique *hépatique* et la colique *néphrétique* ont un siège différent de l'entéralgie et s'accompagnent d'ailleurs de plusieurs symptômes tout à fait caractéristiques.

Une partie du diagnostic plus importante encore est la détermination de la cause qui a donné lieu à l'entéralgie: c'est seulement par examen approfondi des antécédens et de l'état actuel qu'on pourra y arriver; car l'entéralgie peut être idiopathique; elle peut se rattacher à une maladie locale (de l'utérus et de l'ovaire par exemple); elle peut être liée à l'hystérie, à l'état nerveux, à l'intoxication par le plomb. Remarquons, au sujet de cette dernière affection, combien on est quelquefois embarrassé pour reconnaître l'entéralgie saturnine. Pour le prouver ne suffit-il pas de rappeler les doutes qui ont subsisté si longtemps sur la nature de la maladie appelée *colique nerveuse*, *colique sèche*, *végétale*, *des pays chauds*, etc.? Aujourd'hui l'origine saturnine de cette affection paraît être définitivement établie, grâce aux patientes investigations de M. Lefevre. (*Recherches sur les causes de la colique sèche*. Paris, 1859, in-8.)

1882. Le pronostic de l'entéralgie n'est autre que celui de la gastralgie,