

tolérés; on est quelquefois obligé, en présence de vomissements incessants, de recourir à l'alimentation rectale qui d'ailleurs ne prolonge pas longtemps les jours du malade.

L'intervention chirurgicale est surtout indiquée dans le cancer du pylore: à la *pylorectomie*, on préfère également la *gastro-entéroanastomose* (voy. p. 484. *Rétr. du pylore*). Dans un cas d'infiltration néoplasique diffuse, SCHLATTER (de Zürich) a récemment pratiqué l'ablation totale de l'estomac avec une longue survie. RICARD a eu un succès analogue.

ARTICLE VIII

TUMEURS DE L'ESTOMAC

Le cancer épithélial que nous venons de décrire est la néoplasie rencontrée le plus fréquemment dans l'estomac, mais elle n'est pas la seule. Tous les tissus de cet organe peuvent donner des tumeurs soit bénignes, soit malignes.

1° Tumeurs bénignes. — Elles n'ont pour ainsi dire pas d'histoire clinique et constituent des trouvailles d'autopsie. — Le *lipome* se rencontre sous la séreuse péritonéale ou sous la muqueuse gastrique, il est ou sessile, ou interstitiel ou le plus souvent pédiculé. — Les *fibromes* et *fibromyomes* forment de petites tumeurs dures, composées de fibres musculaires lisses et d'une trame conjonctive, incluses dans les parois de l'estomac ou pédiculées.

Les *polyadénomes*, plus fréquents, présentent un grand intérêt à cause de leurs rapports, avec le cancer et l'ulcère, et non de leur étude clinique, car à l'état de tumeurs bénignes ils ne donnent pas lieu à des troubles fonctionnels. Décrits par MORGAGNI, CRUVEILHIER, étudiés ensuite par MÈNÉTRIER et BRISAUD, ils ont été l'objet d'un travail récent de HAYEM. Ce sont des tumeurs bénignes qui peuvent se présenter soit sous la forme *polypeuse*, soit sous l'aspect de *nappes néoplasiques*. Le polype muqueux de

l'estomac en est une forme: les glandes à pepsine par leur prolifération donnent naissance à des tubes glandulaires nouveaux dont les masses constituent la tumeur. Le *polype* est formé de la couche externe de la muqueuse, légèrement épaissie, dans laquelle se trouve enfermé un tissu composé de glandes dont la portion tubulée profonde devient sinueuse. Les tubes sont nettement limités par une membrane, les cellules ordonnées comme celles d'une glande normale présentent le type prismatique. Elles peuvent contenir des boules de mucus et même parfois être nettement caliciformes. Les adénomes en nappe infiltrent une partie plus ou moins considérable de la muqueuse. Les tubes gardent leur limitation exacte, mais leur longueur s'accroît et leur trajet devient flexueux.

HAYEM¹ a vu en outre des tumeurs adénomateuses dans lesquelles les cellules et la disposition des tubes rappellent celles des glandes de Brünner (adénome à type brunnerien).

Ces tumeurs peuvent, en s'ulcérant, donner le type clinique de l'ulcère de l'estomac; leur dégénérescence épithéliomateuse est un des processus histogéniques du cancer. Si après s'être ulcérées, elles deviennent tumeurs malignes, on peut croire à la transformation d'un ulcère en cancer (HAYEM).

2° Tumeurs malignes. — Elles comprennent des tumeurs primitives et des tumeurs secondaires. Hâtons-nous de dire que ces dernières sont excessivement rares, et qu'elles affectent le type de la néoplasie originelle.

Les tumeurs primitives sont:

1° Le *sarcome*, considéré en tant que tumeur maligne du tissu conjonctif. On en cite cinq ou six cas authentiques;

2° Les *lymphadénomes*, qui sont des néoplasies étrangères à la muqueuse, coïncidant avec des tumeurs analogues de la rate, de l'intestin, des os, etc. Ils peuvent se présenter en noyaux isolés ou bien infiltrent les tuniques de l'estomac. Au microscope on y rencontre des cellules rondes analogues aux globules blancs,

¹ HAYEM, *Les polyadénomes gastriques*, Presse médicale, 4 août 1897.

avec un très gros noyau, enveloppées d'un réticulum réfringent caractéristique des tissus lymphoïdes ;

3° Le *cancer* que nous avons décrit dans l'article précédent.

ARTICLE IX

RÉTRÉCISSEMENT DU PYLORE

Le rétrécissement du pylore mérite une description spéciale à cause de l'importance de ses symptômes et des indications thérapeutiques qu'il comporte.

1° Étiologie. — La sténose du pylore est exceptionnellement *congénitale*. — Parmi les sténoses acquises, la plus commune est la *sténose cancéreuse* : tantôt il s'agit de l'obstruction en masse de l'orifice par une tumeur volumineuse ou végétante, tantôt le pylore est progressivement rétréci par la rétraction d'un squirrhe annulaire, tantôt enfin le néoplasme provoque une réaction péritonéale et la formation d'adhérences fibreuses qui brident le pylore et finissent par déterminer sa compression, son occlusion. La *sténose cicatricielle* compte aussi parmi les plus fréquentes : généralement il s'agit d'un ulcère¹ qui par sa cicatrisation fronce et rétracte la muqueuse voisine, ou qui provoque la formation d'adhérences péritonéales. Plus rarement la cicatrice est celle d'une gastrite caustique consécutive à l'ingestion de soude, de potasse ou d'acide sulfurique ; la position déclive de la région pylorique, surtout chez la femme, explique comment les liquides déglutis peuvent s'y porter et y séjourner avec prédilection en épargnant relativement le reste de l'estomac.

Les *sténoses par compression* sont réalisées soit par des tumeurs des organes voisins : foie, pancréas, ganglions lymphatiques, etc. soit par des brides péritonéales formées principalement au con-

¹ Un ulcère en pleine activité peut aussi produire la sténose du pylore par sa tuméfaction ou par le spasme qu'il provoque.

tact de la vésicule biliaire enflammée, atteinte de cholécystite calculeuse (voy. p. 638).

Enfin dans des cas exceptionnels la sténose est produite par un corps étranger, par une tumeur bénigne pédiculée, ou par l'hypertrophie du pylore : cette dernière lésion, dont la cause est inconnue, consiste dans l'hyperplasie des éléments conjonctifs et musculaires du pylore qui fait alors saillie dans le duodénum avec un aspect analogue à celui du col utérin.

2° Symptômes. — Nous les diviserons en symptômes fonctionnels et signes physiques.

A. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — La *douleur*, d'abord intermittente, se produit quelques heures après le repas : plus tard elle devient continue avec paroxysmes se produisant au même moment. Elle est due à la contraction des tuniques stomacales au-devant de l'obstacle, aussi n'est-il pas rare de la voir s'atténuer à mesure que la maladie est plus ancienne et triomphe de la tonicité gastrique, tandis qu'elle atteint son maximum chez les jeunes sujets et dans les sténoses à marche rapide.

Les *vomissements* font habituellement suite aux accès douloureux qu'ils terminent : ils évacuent ce qui n'a pu franchir le pylore.

Plus tard, à mesure que sa contractilité diminue, l'estomac devient plus tolérant et les vomissements plus rares ; mais par contre ils sont plus copieux et cependant l'estomac se vide mal. On voit alors survenir tous les deux ou trois jours un *grand vomissement* d'odeur beurre rance, dans lequel on retrouve des débris d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Ce grand vomissement est caractéristique du rétrécissement pylorique. Il ne contient pas de bile.

La soif, la faim, l'amaigrissement rapide et la perte des forces sont le résultat de l'inanition. La constipation est habituelle. Par suite des vomissements la sécrétion urinaire est très diminuée ; le taux des chlorures et de l'urée est très abaissé : celle-ci tombe à 7 ou 8 grammes par jour.

B. SIGNES PHYSIQUES. — Les deux principaux sont l'exagération du péristaltisme stomacal et la dilatation gastrique.

On voit se produire sous la peau de la région épigastrique des *ondes péristaltiques* se propageant de gauche à droite, c'est-à-dire de la grosse tubérosité vers le pylore ; elles montrent la contraction des tuniques de l'estomac qui essaient de triompher de l'obstacle pylorique. On voit aussi des ondes antipéristaltiques c'est-à-dire en sens inverse.

Cette tonicité exagérée se traduit également par une *voussure du creux épigastrique* plus bombé que normalement : la grande courbure dessine ainsi son relief sous la paroi abdominale. Il suffit de percuter modérément cet estomac tendu pour y provoquer l'apparition des mouvements péristaltiques.

La *dilatation de l'estomac* est d'autant plus prononcée que l'affection est plus ancienne et a fini par triompher de la contractilité gastrique. Elle se révèle facilement par la sonorité très étendue, par le bruit de clapotage perçu le matin à jeun et par ses signes habituels (voy. p. 489) : c'est dans les rétrécissements du pylore qu'on trouve les dilatations gastriques les plus considérables.

La *palpation du pylore* ne donne de résultat que s'il s'agit d'une tumeur ; une cicatrice, une bride fibreuse ne se révéleront à la palpation profonde que par de la douleur à la pression ou une vague résistance ou même seront complètement imperceptibles. La tumeur étant une fois reconnue, il faut encore rechercher si elle est plus ou moins mobile, c'est-à-dire libre d'adhérences, ce qui a une grande importance au point de vue du traitement chirurgical.

3° Évolution et pronostic. — Le rétrécissement du pylore a une marche essentiellement variable suivant sa cause. Le rétrécissement cancéreux et celui qui succède à la cicatrisation des gastrites caustiques amènent la mort en quelques mois au milieu des symptômes de l'inanition et de la cachexie ; les symptômes d'obstruction dans la sténose cancéreuse cessent parfois brusquement par suite de la formation d'une fistule gastro-colique, mais la cachexie n'en continue pas moins ses progrès.

Au contraire, les rétrécissements consécutifs à la rétraction d'une bride péritonéale ou d'une cicatrice fibreuse évoluent beaucoup plus lentement et finissent par s'accompagner d'une énorme dilatation gastrique.

4° Diagnostic. — Les principaux signes du rétrécissement du pylore sont les douleurs, les vomissements, la *dilatation gastrique*, l'exagération du *péristaltisme*, et par-dessus tout la constatation d'une *tumeur* dans la région pylorique.

Seul le dernier de ces signes est caractéristique, mais il manque dans un très grand nombre de cas. En son absence, on peut être exposé à confondre la sténose avec la maladie de Reichmann, le vomissement nerveux ou une dilatation.

Il peut être confondu avec le *spasme du pylore* qui ne s'observe que chez les hystériques ou à titre de complication de l'ulcère simple ou de l'hypersécrétion.

Enfin le rétrécissement du pylore une fois admis, il s'agit encore de déterminer quelle en est la nature : est-il dû à un cancer, à un ulcère, à une gastrique caustique, à la lithiase ?

Dans ces deux derniers cas l'étude des anamnétiques est suffisamment claire ; pour décider s'il s'agit d'un cancer ou d'un ulcère, les caractères suivants sont en faveur du cancer : malade plus âgé, début récent de l'affection, cachexie plus prononcée, absence d'acide chlorhydrique dans les vomissements ou le liquide retiré par la sonde.

En cas d'incertitude, et l'état général du malade s'aggravant, on est autorisé à recourir à la laparotomie exploratrice qui peut n'être d'ailleurs que le début d'une intervention rationnelle.

5° Traitement. — Le traitement *médical* ne peut être que palliatif : lavages fréquents de l'estomac pour combattre la fermentation des liquides de rétention et prévenir les vomissements, piqûres de morphine contre la douleur, compression de la région hypogastrique au moyen de la sangle de Glénard.

Le traitement *chirurgical* consiste surtout dans les trois opérations suivantes :

1° La *pylorectomie*, ou résection du pylore, qui s'adresse seule-

ment aux néoplasmes *dépourvus d'adhérences* et aux rétrécissements cicatriciels ;

2° La *gastro-entérostomie*, ou abouchement de l'estomac avec une anse d'intestin grêle de façon que le chyme n'ait plus à passer par le pylore : elle est indiquée dans les rétrécissements cicatriciels ou cancéreux, avec adhérences étendues ; dans le cas de cancer elle ne constitue qu'une opération palliative qui n'empêche pas l'évolution ultérieure de la tumeur et de la cachexie, mais qui fait cesser les vomissements, l'inanition et les pénibles symptômes de rétention ;

3° La *pyloroplastie* ou opération de HEINEKE-MIKULICZ indiquée seulement dans les rétrécissements cicatriciels : elle consiste à pratiquer sur le pylore une incision longitudinale dont on suture les bords de telle façon qu'elle forme une ligne transversale. Le pylore se trouve ainsi reconstitué et élargi.

ARTICLE X

DILATATION DE L'ESTOMAC

La dilatation de l'estomac nous est surtout bien connue depuis les travaux de BOUCHARD.

1° **Étiologie.** — La dilatation de l'estomac relève de deux séries de causes :

a. *Obstacle au passage du chyme* de l'estomac dans le duodénum : il est réalisé par le spasme, le cancer, l'hypertrophie ou le rétrécissement cicatriciel du pylore, la coudure ou l'étranglement du duodénum.

b. *Affaiblissement de la motricité gastrique*, qu'il relève d'altérations organiques des fibres musculaires lisses, sous l'influence de la gastrite chronique ou d'une gastrite aiguë antérieure (fièvre typhoïde) ou qu'il relève d'une innervation défectueuse (neuras-thénie). Ces causes sont d'ailleurs susceptibles de se combiner.

2° **Anatomie pathologique.** — L'autopsie montre en général

de la dégénérescence des fibres musculaires ; quand à la muqueuse elle présente souvent, mais non toujours, les lésions décrites à propos de la gastrite chronique (voy. p. 459).

3° **Symptômes.** — Les symptômes de la dilatation de l'estomac se distinguent en physiques et fonctionnels.

A. **SIGNES PHYSIQUES.** — A la simple *inspection* on note déjà du ballonnement abdominal et épigastrique et souvent des mouvements péristaltiques.

La *percussion* fait constater une augmentation de la sonorité, qui remonte dans l'hypocondre gauche et descend dans la direction du pubis ; il est quelquefois très difficile de la distinguer du tympanisme intestinal, et cette limite inférieure est très délicate à préciser.

La *succussion* pratiquée en secouant le malade saisi à bras le corps, ou en donnant avec la main de petits coups sur la région de l'estomac, produit le *bruit de clapotage*. Ce clapotage gastrique n'a de valeur que constaté à jeun : il indique surtout la rétention.

La *distension* de l'estomac soit par insufflation au moyen d'une sonde, soit en faisant successivement ingérer au malade un paquet d'acide tartrique et un paquet de bicarbonate de soude, de façon à produire un dégagement gazeux, permet bien d'apprécier la dilatation et de préciser sa limite inférieure.

La *gastrodiaphanie*, exceptionnellement employée, peut donner aussi de bons renseignements.

Le *cathétérisme* pratiqué à jeun ramène du liquide et des débris alimentaires qui indiquent qu'il y a rétention.

Enfin l'épreuve de l'huile ou du salol indique le ralentissement de la motilité gastrique.

B. **SYMPTÔMES FONCTIONNELS.** — Les principaux sont les troubles de la digestion, les vomissements et la diminution des urines ; mais la symptomatologie varie suivant divers types cliniques.

Les *dilatations de cause mécanique*, dues à un rétrécissement organique du pylore, sont les plus considérables ; c'est dans de pareils cas qu'on voit l'estomac descendre jusqu'au pubis. Les

vomissements sont peu fréquents; ils ne se répètent que tous les trois ou quatre jours, mais ils sont très abondants atteignant plusieurs litres et contenant des débris d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Ces dilatations s'accompagnent de symptômes d'inanition et de cachexie intense. L'autopsie montre des altérations profondes des tuniques stomacales : désintégration granuleuse de fibres musculaires, dégénérescence des plexus d'Auerbach et de Meissner (JURGENS).

Les dilatations de cause nerveuse revêtent soit la forme douloureuse, soit la forme flatulente, soit la forme latente (BOUCHARD); dans ce dernier cas, des troubles multiples concourent plutôt à égarer le diagnostic qu'à appeler l'attention du côté de l'estomac; ce sont surtout des troubles nerveux (étourdissements, céphalalgie, vertiges, migraines, crampes, tétanie, paralysies transitoires, etc.), de la tachycardie, des intermittences cardiaques ou de la dyspnée nerveuse suivant le mécanisme invoqué par POTAIN, de l'albuminurie, des nodosités aux deuxième phalanges des doigts (*nodosités de BOUCHARD*, etc.). Le rachitisme et la tuberculose seraient souvent le résultat de la dilatation gastrique qui jouerait aussi un grand rôle dans la genèse des maladies mentales. — L'interprétation de ces phénomènes n'est pas univoque : pour BOUCHARD la dilatation de l'estomac est le fait primitif et tous ces troubles nerveux en sont la conséquence; pour CHARCOT c'est la neurasthénie qui est le fait primitif et la dilatation gastrique ne fait qu'en résulter; cette interprétation ne peut évidemment s'appliquer qu'aux dilatations de cause nerveuse.

4° Diagnostic. — Par l'exploration méthodique de l'estomac (voy. p. 439) on reconnaît s'il est dilaté : on reconnaît aussi s'il existe un obstacle dans la région du pylore.

On peut confondre avec l'estomac dilaté (BOUVERET) :

- 1° L'estomac naturellement grand; *il se vide en temps voulu*;
- 2° L'estomac atone; il ne contient pas à jeun de résidus alimentaires et ne donne pas de bruit de clapotage (voy. *Dyspepsie atonique*);
- 3° L'estomac disloqué verticalement;

4° L'entéroptose ou maladie de GLENARD qui s'accompagne de beaucoup des symptômes généraux et fonctionnels de la dilatation gastrique, habituelle d'ailleurs en pareils cas. L'abdomen est flaccide, déformé : sa région sous-ombilicale est saillante, sa région sus-ombilicale aplatie. La sonorité intestinale est diminuée. La palpation de l'abdomen fait sentir, comme une corde roulant sous la main, l'intestin rétracté (corde colique transverse répondant au colon, cordon sigmoïdal répondant à l'S iliaque, boudin cæcal). L'épigastre est soulevé par des battements artériels. Le foie et le rein droit sont abaissés. Enfin l'estomac participe à cette *ptose* générale des viscères : sa petite courbure descend jusqu'à l'ombilic et on obtient facilement le bruit de clapotage gastrique : il est atone ou dilaté en même temps qu'abaissé. La constipation est habituelle, la marche et la station debout s'accompagnent de tiraillements pénibles. Tous ces troubles sont supprimés ou très améliorés par la sangle hypogastrique de GLENARD qui comprime et soutient les organes abdominaux.

5° Pronostic. — Le pronostic est commandé par la cause de la dilatation et par l'ancienneté de l'affection.

6° Traitement. — En cas de rétention il faut évacuer par des lavages le contenu de l'estomac pour éviter des fermentations toxiques; le naphтол et les autres antiseptiques gastro-intestinaux rempliront le même but. Les courants continus, les préparations de noix vomique sont indiqués pour exciter la contractilité gastrique. Il faut enfin diminuer la quantité des boissons et des aliments, lutter contre la constipation et traiter directement les troubles nerveux lorsqu'ils sont primitifs.

ARTICLE XI

DYSPEPSIES

La dyspepsie est au sens étymologique ($\delta\upsilon$, mal; $\pi\acute{\epsilon}\psi\iota\varsigma$, digestion) une digestion défectueuse, un trouble de la digestion; mais

peu à peu on en est venu à désigner sous ce terme tous les troubles gastriques que n'explique pas une lésion anatomique grossière. Son domaine se restreint de plus en plus, car les recherches histologiques de HAYEM ont montré qu'il y avait des lésions anatomiques dans la plupart des cas où on ne croyait qu'à un trouble fonctionnel, qu'on ne se trouvait pas en présence d'une dyspepsie, mais d'une variété de gastrite chronique.

D'autre part, l'étude du chimisme stomacal a jeté une grande lumière sur les dyspepsies; on a ainsi vu que l'excès ou le défaut de principes actifs de la sécrétion gastrique (acide chlorhydrique et pepsine) était un facteur essentiel. Toutefois la dyspepsie ne se résume pas dans les troubles de la sécrétion gastrique; il y a aussi à envisager des troubles moteurs et des troubles sensitifs. Ces trois catégories de troubles peuvent exister isolément ou se combiner, multipliant ainsi les formes de dyspepsies.

Je vais les étudier successivement suivant leurs caractères et suivant leurs causes.

§ 1. — DYSPEPSIES ÉTUDIÉES SUIVANT LEURS CARACTÈRES (PRINCIPALES FORMES DE DYSPEPSIES)

On peut décrire un certain nombre de formes suivant que ce sont des troubles sécrétoires, moteurs ou sensitifs qui prédominent; mais il ne faut pas oublier qu'ils peuvent se combiner.

La *dyspepsie avec hyperchlorhydrie* se caractérise par un accès gastralgique survenant trois heures environ après les principaux repas; il est accompagné de régurgitations acides ou *pyrosis* qui agacent les dents et qui produisent une sensation de brûlure le long de l'œsophage et du pharynx. L'ingestion de liquides qui diluent le suc gastrique, ou d'alcalins qui le neutralisent, soulage les douleurs et met fin à l'accès. — La digestion se fait rapidement. L'appétit est conservé ou même exagéré. L'examen du chimisme stomacal montre que le liquide recueilli après un repas d'épreuves est plus acide que normalement; la pepsine est augmentée de même que l'acide chlorhydrique libre et combiné.

Une autre forme de dyspepsie avec hyperchlorhydrie est celle désignée sous le nom de *maladie de Reichmann*; elle rappelle beaucoup la précédente par sa symptomatologie, toutefois la crise gastralgique survient avec prédilection quelques heures après le repas du soir: elle est donc nocturne et, de plus, excessivement violente. Elle se termine par des vomissements copieux, *très acides*, et se prolonge fort avant dans la nuit si ces vomissements ne surviennent pas. Ces caractères sont donc, à un degré d'intensité plus considérable, ceux de l'hyperchlorhydrie simple; mais de plus l'état général s'altère, les forces déclinent, les malades maigrissent, l'estomac se dilate, il se vide mal, il sécrète un suc gastrique acide dans l'intervalle des digestions: il y a donc hyperchlorhydrie avec rétention et hypersécrétion continue.

La *dyspepsie avec hypochlorhydrie* n'est généralement pas douloureuse. Elle est caractérisée par l'anorexie, par la lenteur des digestions, par une sensation de pesanteur au creux épigastrique; il y a parfois des régurgitations acides, mais elles n'agacent pas les dents, elles sont dues aux acides lactique et butyrique résultant des fermentations que n'entrave plus comme à l'état normal la présence de l'acide chlorhydrique; pour la même raison, les vomissements exhalent souvent une odeur de beurre rance et les éructations sont plus ou moins fétides. L'estomac est distendu par les gaz. Le chimisme stomacal, après un repas d'épreuve, et les digestions artificielles montrent une diminution de l'acide chlorhydrique et du pouvoir digestif du suc gastrique.

La *dyspepsie avec atonie* se rapproche beaucoup de la précédente quant à ses symptômes: appétit incertain, tension et plénitude au niveau de la région épigastrique pendant les digestions, lenteur de celles-ci, éructations gazeuses, régurgitations, indigestion et vomissements à l'occasion du moindre excès ou seulement d'un repas un peu copieux, absence de douleurs. L'estomac se vide bien dans l'intervalle des repas; il n'y a pas de rétention gastrique.

La *dyspepsie avec dilatation* se distingue précisément de la précédente en ce que l'estomac se vide mal; à jeun il renferme

encore des résidus alimentaires et des liquides et on perçoit facilement le bruit de clapotage. — La dilatation coexiste fréquemment avec des troubles de la sécrétion gastrique : hypochlorhydrie, hyperchlorhydrie, hypersécrétion qui lui donnent une symptomatologie très variée : les signes physiques seuls sont invariables.

La *dyspepsie flatulente* est caractérisée, outre les autres symptômes de digestion difficile, par un abondant développement de gaz ; l'estomac et l'intestin se laissent distendre par la pneumatose. Ce ballonnement, très pénible, cesse après de nombreuses éructations.

La *dyspepsie douloureuse* n'est pas forcément liée à l'excès d'acide chlorhydrique, bien que l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion s'accompagnent d'accès gastralgique pendant la digestion. On l'observe aussi chez beaucoup de névropathes, notamment chez les hystériques¹. Elle est caractérisée par des crampes ou par des douleurs vives, parfois avec traits tirés et facies angoissé. Une de ses formes particulières est l'*hyperesthésie de la muqueuse* gastrique, fréquente dans les affections nerveuses et chez les chlorotiques, consistant en une douleur qui succède immédiatement à l'ingestion des aliments.

§ 2. — DYSPEPSIES ÉTUDIÉES SUIVANT LEURS CAUSES

Les types que je viens de décrire suivant la prédominance de tel ou tel symptôme sont susceptibles de rester isolés, mais il arrive fréquemment qu'ils se combinent et qu'on reconnait la mise en jeu d'un élément sécrétoire, sensitif et moteur. Ainsi :

La *dyspepsie des cardiaques* est caractérisée par l'atonie de la tunique musculaire et par la diminution ou même la disparition de l'acide chlorhydrique ; ses symptômes sont ceux du catarrhe gastrique, avec palpitation et oppression considérable pendant la digestion.

¹ Il ne faut pas oublier qu'elle peut être aussi symptomatique d'une ulcération gastrique, d'un cancer ou d'un ulcère.

La *dyspepsie des urinaires et des brightiques* s'accuse avant tout par l'anorexie, par la sécheresse de la bouche, par l'état saburral ou la rougeur de la langue, par l'hypopepsie. Les vomissements ne sont pas rares ; dans l'urémie ils contiennent de l'urée et du carbonate d'ammoniaque.

La *dyspepsie des alcooliques* répond aux symptômes de la gastrique chronique ou catarrhe de l'estomac (s'y reporter).

La *dyspepsie des gouteux* précède souvent les accès, mais peut aussi exister dans leur intervalle ; on la voit s'accompagner de congestion du foie, de poussées eczémateuses, d'hémorroïdes. Pendant les digestions le ventre est ballonné ; il se produit des bouffées congestives à la face, avec tendance au sommeil, lourdeur de tête, vertiges et inaptitude au travail.

La *dyspepsie des cirrhotiques* s'accuse surtout par l'anorexie, par des symptômes d'hypopepsie et d'atonie.

La *dyspepsie des tuberculeux* est excessivement fréquente. Elle est longuement décrite à l'article *phtisie*.

La *dyspepsie des chlorotiques* se distingue par l'irrégularité et les perversions de l'appétit. L'état de la sécrétion gastrique est très variable : tantôt elle est normale, tantôt diminuée, tantôt exagérée, toutefois l'hyperpepsie domine (HAYEM). La gastralgie et l'hyperesthésie de la muqueuse sont très fréquentes.

La *dyspepsie nerveuse* est encore plus variée dans ses modalités. La forme la plus fréquente, surtout chez les neurasthéniques, consiste dans une faiblesse *irritable* de l'appareil gastrique. L'appétit est incertain, irrégulier ; une demi-heure après le repas survient un malaise vague avec congestion de la face, somnolence, légers vertiges. La digestion se fait lentement, avec quelques renvois aigres. La constipation est habituelle. Ce sont en somme des symptômes d'atonie gastro-intestinale. La dyspepsie flatulente s'observe aussi assez fréquemment. La *dyspepsie douloureuse* est plus rare, mais beaucoup plus grave : la gastralgie, l'hyperesthésie gastrique, l'hyperchlorhydrie, sont ses principales manifestations ; enfin elle se montre quelquefois sous la forme de *crises douloureuses* où l'élément moteur et l'élément sécrétoire

ont leur place à côté de l'élément nerveux; c'est la gastroxynsis de ROSSBACH, gastroxie de LÉPINE, que je décris à l'article *crises gastriques*.

§ 3. — SYMPTÔMES COMMUNS AUX DIVERSES DYSPESIES

La plupart des dyspepsies, du moins à un certain degré, retiennent sur la totalité de l'organisme : elles sont une *cause d'inanition*, car elles nuisent à l'absorption et à la digestion gastriques; elles sont une *cause d'intoxication*; enfin la souffrance de l'estomac est une *cause de troubles réflexes* portant sur les divers organes. Aussi les dyspepsies s'accompagnent-elles de vertiges, d'irritabilité vague, de migraine, de diplopie, de tachycardie, de fausse angine de poitrine, de palpitations, de dilatation du cœur droit (POTAIN), de toux quinteuse, d'accès d'asthme. La tétanie ne s'observe pas uniquement dans l'hypersecretion, mais vient compliquer d'autres dyspepsies. Le coma (BOUCHARD, SENATOR, JACKSCH) traduit une profonde intoxication de l'organisme.

La nutrition est troublée, ainsi qu'en témoignent l'amaigrissement fréquent et les modifications des urines dans les dyspepsies graves : leur quantité est diminuée, leurs chlorures également en cas d'hyperpepsie. Le chiffre de l'urée s'abaisse s'il y a des vomissements fréquents; des peptones, l'acétone, l'acide diacétique font quelquefois leur apparition dans l'urine.

Enfin le paragraphe précédent a énuméré quelques-unes des parentés morbides des dyspepsies.

§ 4. — TRAITEMENT

Il doit s'adresser : 1° aux éléments prédominants de chaque dyspepsie; 2° à la cause de chacune d'elles.

Le traitement et le régime applicables aux troubles de la sécrétion sont exposés ailleurs en détail (voy. p. 451).

L'anorexie et l'atonie sont justiciables des amers (colombo,

gentiane) et de la strychnine; la gastralgie, de l'opium, de la morphine, de la cocaïne, de l'eau chloroformée (voy. p. 492).

ARTICLE XII

DE LA GASTRALGIE

La gastralgie ou douleur de l'estomac est un des plus importants symptômes des affections gastriques; mais peut aussi exister indépendamment d'elles.

1° Description. — La gastralgie n'est généralement pas continue: elle procède par accès ou paroxysmes. Elle consiste dans une douleur quelquefois précédée de nausées ou de salivation, occupant l'*épigastre* et accessoirement l'hypocondre gauche, s'irradiant dans le dos, derrière le sternum, vers l'abdomen ou la base de la poitrine. Elle est très variable comme caractère et comme intensité: lorsqu'elle est très vive les malades fléchissent le tronc et les cuisses, leurs traits expriment l'angoisse, le pouls se ralentit, il y a tendance à la syncope.

Après une durée variant de quelques minutes à quelques heures, l'accès cesse tantôt brusquement, tantôt progressivement. Il n'est pas rare qu'il se termine par un vomissement. Certaines gastralgies sont provoquées par l'ingestion des aliments; d'autres sont calmées par la même cause. Ce sont là autant d'éléments de diagnostic sur lesquels nous reviendrons. Un accès gastralgique intense laisse après lui une vive courbature, un besoin d'assoupissement; il est souvent suivi de l'émission d'urines claires et abondantes (urines nerveuses).

2° Étiologie. — Quant à ses causes, la gastralgie peut être nerveuse, réflexe, dyscrasique, alimentaire ou symptomatique d'une affection de l'estomac.

a. *Gastralgie nerveuse.* — Dans cette catégorie rentrent les tabes, les myélites, la compression du sympathique abdominal, l'hystérie, la neurasthénie. J'y rattache les crises gastriques

dites essentielles (gastroxie de LÉPINE, vomissement périodique de LEYDEN) (voy. *Crises gastriques*, p. 502).

b. *Gastralgie réflexe*. — Le *rein mobile* est sa principale cause: des lésions des organes génitaux (salpingite, ovarite, varicocele) et l'helminthiase intestinale peuvent aussi la provoquer.

c. *Gastralgie dyscrasique*. — C'est celle qui dérive des altérations du sang, des intoxications ou des maladies de la nutrition dans leur acception la plus large: gastralgie des anémiques, des chlorotiques, gastralgie tabagique, gastralgie des goutteux, etc.

d. *Gastralgie alimentaire*. — L'abus de la glace, de l'alcool, du thé, des épices, de certains médicaments tels que le mercure, l'iodure de potassium, le fer, les balsamiques, la quinine sont ses principales causes.

e. *Gastralgie symptomatique d'une affection de l'estomac*. — A peu près toutes les affections de l'estomac sont susceptibles de s'accompagner de gastralgie; mais de préférence l'hyperchlorhydrie, l'hypersecretion, l'ulcère, les ulcérations gastriques et certaines formes de cancer.

3° Diagnostic. — Il faut éviter de confondre la gastralgie avec la plupart des douleurs viscérales; il faut ensuite remonter à sa cause.

a. *Diagnostic différentiel*. — La gastralgie peut être confondue :

1° Avec la *colique hépatique*; dans ce cas cependant la douleur est localisée plus à droite et s'irradie souvent vers l'épaule droite: elle est provoquée par une pression localisée au bord inférieur du foie; en dehors du muscle grand droit de l'abdomen; on peut même percevoir en ce point une masse arrondie qui est la vésicule distendue. La fièvre est loin d'être exceptionnelle. L'ictère, de même que la présence de calculs dans les selles, lèverait tous les doutes, mais il est inconstant, il manque tant que le canal cystique est seul intéressé.

2° Avec la *névralgie intercostale* qui se reconnaît à ses points douloureux (voy. p. 272).

3° Avec l'*hypéresthésie de la muqueuse gastrique* (BOUVERET): celle-ci consiste dans les douleurs provoquées par l'ingestion

des aliments et manquant toujours à jeun, caractère qui ne s'observe guère dans la gastralgie si ce n'est dans celle de l'ulcère.

b. *Diagnostic causal*. — La *gastralgie nerveuse* se reconnaît aux stigmates du tabes (voy. *Crises gastriques*) de l'hystérie ou de la neurasthénie.

La *gastralgie réflexe* ne peut guère être diagnostiquée que par l'examen attentif des organes génito-urinaires.

Les *gastralgies toxiques* ou alimentaires ne sont reconnues que par l'interrogatoire du malade. Parmi les *gastralgies dyscrasiques* une des plus intéressantes est la gastralgie goutteuse; assez souvent chronique elle se présente parfois sous forme d'accès formidables qui ont reçu le nom de *goutte remontée*. Ils sont caractérisés par une violente douleur épigastrique avec *angoisse*, nausées, pyrosis, ballonnement, vomissements et s'accompagnent d'un état général grave: collapsus, pouls filiforme, algidité. Ils reconnaissent pour cause l'irritation de la muqueuse gastrique par l'acide urique en excès. Comme ils coïncident avec un accès de goutte ou lui *succèdent*, il est en général facile de les diagnostiquer.

La *gastralgie symptomatique* des affections de l'estomac est la plus commune et ses caractères sont variables avec chacune d'elles. La *gastralgie de l'ulcère* est caractérisée par son intensité et sa ténacité, par sa localisation, par ses points douloureux épigastrique et dorsal, par son réveil sous l'influence des aliments, surtout des aliments acides: les hématémèses ne permettent plus de doute. La *gastralgie de l'hyperchlorhydrie* survient trois ou quatre heures après chaque repas; elle s'accompagne de régurgitations acides et se termine quelquefois par un vomissement acide; elle est calmée par les alcalins et par l'ingestion des aliments, surtout des aliments riches en albuminoïdes; elle ne persiste pas à jeun et la pression ne la réveille pas, le chimisme stomacal montre de l'hyperacidité du suc gastrique pendant la digestion. La gastralgie de la *maladie de Reichmann* se présente principalement sous la forme d'un grand accès nocturne survenant quatre ou cinq heures après le repas du soir et terminé par un abondant vomissement acide. Le chimisme stomacal montre qu'il y a de l'hyperchlorhydrie, et de l'hyper-

création en dehors des périodes digestives. La gastralgie du *rétrécissement du pylore* ne manque presque jamais; elle survient quelques heures après les repas, au moment où le chyme essaie de franchir l'obstacle; la dilatation de l'estomac souvent considérable, les contractions péristaltiques de l'estomac visibles à travers la peau, les vomissements abondants facilitent le diagnostic. La gastralgie du *cancer* existe même lorsqu'il n'occupe pas le pylore: elle est presque continue, mais avec exacerbations; il est plus rare qu'elle revienne sous forme de paroxysmes, durant plusieurs jours, et accompagnés d'intolérance gastrique. L'anorexie, la cachexie, l'anachlorhydrie, la tumeur sont les principaux éléments du diagnostic; on les complétera par la recherche de tous les signes du cancer.

4° Traitement. — Le traitement *symptomatique* comprend de nombreux moyens: chlorhydrate de morphine (0^{sr},01) en injection sous-cutanée, chlorhydrate de cocaïne (6 à 8 cuillerées d'une solution à 1/1000), eau chloroformée, sulfate d'atropine (1/4 de milligramme à 1 milligramme par jour en solution), applications chaudes sur la région épigastrique. — Le traitement *causal* est fort compliqué: celui de la gastrique toxique, alimentaire ou réflexe n'a pas besoin d'être exposé. La gastralgie des anémiques est justiciable du fer, bien qu'il provoque lui-même des douleurs gastriques; on peut d'ailleurs le donner en injections (1 cent. cube de solution de citrate de fer à 5 p. 100). Contre la gastralgie nerveuse, bromure de potassium, antipyrine (2-4 grammes), pyramidon (0^{sr},25-0^{sr},50). La gastralgie symptomatique des affections de l'estomac relève du traitement propre à chacune d'elles.

ARTICLE XIII

CRISES GASTRIQUES

On désigne sous ce nom des *paroxysmes douloureux* remarquables par leur début inopiné, leur cessation brusque, et l'intégrité des fonctions digestives dans leur intervalle.

Nous étudierons successivement les crises gastriques du tabes, celles des maladies organiques du système nerveux, et enfin celles des maladies inorganiques.

1° Crises gastriques du tabes. — La crise gastrique du tabes débute *brusquement* par une douleur ardente au creux épigastrique, et par des vomissements d'abord bilieux puis acides. Au début, cette acidité est excessive, mais la proportion d'acide chlorhydrique ne tarde pas à diminuer dans la plupart des cas (VON NORDEN) et le liquide aqueux rendu en abondance contient une forte proportion de mucus. Il y a une véritable intolérance gastrique, ne permettant l'ingestion ni d'aliments, ni de boissons. La pression de la région épigastrique est très douloureuse, les muscles abdominaux sont contracturés. La répétition considérable des vomissements s'accompagne d'une dépression considérable pouvant aller jusqu'au collapsus et à la lipothymie. Les urines sont rares. La mort subite a été observée dans quelques cas exceptionnels. — Au bout de plusieurs heures, généralement au bout de deux ou trois jours, les douleurs et les vomissements cessent *tout d'un coup*; tous les symptômes disparaissent ne laissant après eux qu'une sensation de brisement et d'extrême fatigue; l'appétit est intact et les malades qui rejetaient toute boisson peuvent immédiatement s'alimenter.

La symptomatologie de la crise gastrique n'est pas invariable chez tous les tabétiques; les douleurs peuvent être moins vives, se bornant à de simples crampes; les vomissements peuvent être remplacés par un abondant dégagement de gaz (*forme flatulente* de FOURNIER), être mêlés de stries de sang provenant d'ecchymoses de la muqueuse gastrique comparables à celles qu'on voit sur les téguments après de violentes douleurs fulgurantes, ou constituer de véritables hématomésés résultat d'une gastrite ulcéreuse. Parfois enfin les fonctions gastriques présentent, depuis un temps plus ou moins long, des troubles auxquels l'abus de l'iodure de potassium n'est pas toujours étranger.

La crise gastrique est un accident précoce du tabes survenant le plus souvent au cours de la période préataxique, et quelquefois même devant tous les autres symptômes; sa valeur

diagnostique est donc considérable : l'erreur la plus fréquemment commise est celle qui consiste à méconnaître le tabes. La douleur est parfois tellement intense qu'on pourrait croire à une perforation de l'estomac ; mais chacun sait que dans ce dernier cas les vomissements font souvent défaut puisque l'estomac se vide dans le péritoine.

RAYMOND a fait remarquer que les crises gastriques et ataxiques s'accompagnent généralement de tachycardie, alors que les crises douloureuses abdominales chez des individus non tabétiques provoquent plutôt, comme chacun sait, du ralentissement du pouls.

La crise reconnaît pour cause des lésions du grand sympathique, vues pour la première fois par LANGLEY. Récemment J.-CH. ROUX¹ a noté, dans le sympathique abdominal des tabétiques ayant présenté des crises gastriques, la disparition des petites fibres à myéline, les grosses fibres à myéline et les fibres de Remak restant intactes.

2° Crises gastriques non tabétiques. — Les crises gastriques peuvent encore se produire à titre exceptionnel dans les maladies de la moelle autres que le tabes (HAYEM), dans la compression du sympathique abdominal par la capsule surrénale droite ou un anévrysme aortique, dans l'hémorragie cérébrale.

Le vomissement périodique de LEYDEN présente les mêmes symptômes que la crise gastrique tabétique ; son existence était contestée par CHARCOT qui le considérait comme le signe avant-coureur d'un tabes dont il fallait attendre les manifestations ultérieures.

La gastroxie de LÉPINE (gastroxynsis de ROSSBACH) est caractérisée par des douleurs gastriques et des vomissements très acides, accompagnés d'une violente migraine. Cet accident provoqué par le surmenage cérébral, disparaît au bout de vingt-quatre heures au plus.

L'hystérie présente quelquefois des crises gastriques simulantes

¹ JEAN-CHARLES ROUX, *Lésions du sympathique dans leurs rapports avec les crises viscérales du tabes*. Thèse de Paris, 1900.

à s'y méprendre celles du tabes (GILLES DE LA TOURETTE) ; mais cela est assez exceptionnel. Le plus souvent la crise gastrique a une physionomie bien spéciale. Elle débute avec l'ingestion des aliments au moment où ceux-ci franchissent le cardia et comme s'ils comprimaient alors une zone hystérogène de la muqueuse. Certains symptômes accessoires, tels qu'un hoquet durant pendant plusieurs heures, des convulsions cloniques ou en arc de cercle, facilitent le diagnostic.

On a enfin décrit des crises réflexes provoquées notamment par un rein flottant.

3° Diagnostic. Crises gastriques des dyspeptiques. — Les dyspepsies chroniques traversent parfois des périodes d'exacerbation assez intenses pour mériter le nom de crises. Ainsi au cours du cancer de l'estomac, du rétrécissement du pylore, on voit se produire une intolérance gastrique absolue durant plusieurs jours. — L'ulcère rond s'accompagne d'une violente crise gastralgique provoquée par l'ingestion des aliments. — L'hyperchlorhydrie est caractérisée par une crise douloureuse survenant trois ou quatre heures après chaque repas. — La maladie de Reichmann a pour principal symptôme une crise nocturne que termine un vomissement acide.

4° Traitement. — Contre les crises gastriques du tabes employer l'antipyrine (2 à 4 grammes), l'acétanilide (2 cachets de 0^{gr},50) ou le pyramidon (par cachets de 0^{gr},25). La gastroxie cède aux alcalins ou à l'ingestion d'un verre d'eau tiède. Les crises gastriques des dyspepsies et des affections organiques de l'estomac sont en général justiciables des alcalins. On a enfin à appliquer le traitement de la gastralgie (s'y reporter).

ARTICLE XIV

HÉMATÉMÈSE

L'hématémèse ou vomissement de sang ($\alpha\iota\mu\alpha$, sang ; $\epsilon\mu\epsilon\iota\nu$, vomir) doit être étudiée ici, car elle est presque toujours consé-

cutive à une gastrorragie, c'est-à-dire à une hémorragie de l'estomac. Toutefois, dans des cas plus rares, l'hématémèse peut résulter de la rupture de varices œsophagiennes, ou d'une épistaxis dont le sang a été d'abord dégluti.

1° Description. — L'hématémèse est précédée de pâleur, de tintements d'oreille, de défaillance, de nausées, de chaleur ou de pesanteur au creux épigastrique; tous ces symptômes résultent de l'irruption du sang dans la cavité stomacale. Quelques minutes après, le plus souvent, quelquefois beaucoup plus tard surviennent les vomissements. Tantôt le sang est rutilant, lorsqu'il n'a presque pas séjourné dans l'estomac, tantôt il est noir, marc de café, ce qui indique un séjour prolongé, tantôt il se réduit à une fine poussière noire. Le microscope montre alors des hématies déformées¹.

Une hématémèse abondante, par ulcération d'un gros vaisseau, peut entraîner la mort immédiate (hématémèse foudroyante). Presque toujours l'hématémèse laisse après elle de la pâleur, et une anémie intense qui demandera des semaines pour se réparer.

Enfin il peut arriver que le sang versé dans l'estomac ne soit pas rejeté par vomissement et passe dans l'intestin où l'examen des selles pourra le faire reconnaître : l'hématémèse est alors remplacée par un *melena*.

2° Étiologie. — Les causes de l'hématémèse peuvent se ranger sous trois chefs : lésions de l'estomac, troubles circulatoires, maladies hémorragiques. C'est ce que résume le tableau ci-dessous :

1° Lésions de l'estomac	<ul style="list-style-type: none"> ulcère. cancer. ulcérations gastriques. lésions traumatiques. anévrismes miliaires (rare).
-----------------------------------	--

¹ En cas de doute il faut agiter dans un tube à essai une petite quantité du liquide vomi, avec 1 centimètre cube de teinture de gaïac fraîche et un centimètre cube du mélange suivant : eau distillée 1 gramme, acide acétique 2 grammes, essence de térébenthine 100 grammes, alcool 100 grammes. Il se développe, si le liquide contient du sang, une belle coloration bleue.

2° Troubles circulatoires	<ul style="list-style-type: none"> passifs ou par stase actifs ou par vasodilatation. 	<ul style="list-style-type: none"> dans le domaine de la veine porte : cirrhoses. dans le domaine de la circulation générale : cardiopathies. hématémèse supplémentaire (suppression du flux menstruel ou hémorroïdal). hystérie. tabes. variole hémorragique. typhus. ictère grave. fièvre jaune. purpuras infectieux.
3° Maladies hémorragiques.		

3° Diagnostic. — Il faut décider s'il s'agit bien d'une hématémèse et en déterminer la cause.

a. *Diagnostic différentiel.* — L'hématémèse ne peut guère être confondue qu'avec l'hémoptysie. Celle-ci est précédée d'une sensation de chaleur à la poitrine, d'oppression, de chatouillement laryngé, de toux; elle est suivie pendant plusieurs heures ou plusieurs jours du rejet de crachats sanglants; la fièvre est habituelle. Le sang est rutilant, spumeux, aéré, il a été rendu en toussant. La nausée, les tintements d'oreille, la tendance à la syncope qui précèdent l'hématémèse, font ici défaut. Les selles ne sont pas noirâtres pendant les jours qui suivent. L'accident est survenu chez un tousseur ou chez un sujet en bonne santé apparente, et non chez un malade souffrant de l'estomac depuis plus ou moins longtemps.

Pour éviter de confondre l'hématémèse avec une hémorragie provenant du nez, de la gorge ou de la bouche, il suffit d'examiner ces cavités, précaution d'autant moins inutile que, dans certains cas, le sang venant de ces cavités a pu être dégluti (ceci rentre dans le diagnostic causal de l'hématémèse dont de tels faits ne constituent qu'une variété).

b. *Diagnostic causal.* — Pour l'hématémèse des maladies hémorragiques, pas de difficulté; le diagnostic de l'affection causale, d'ailleurs très bruyante, s'impose.

L'hématémèse du tabes vient compliquer une crise gastrique

(voy. p. 481); elle constitue comme celle de l'hystérie un accident fort rare. Il faut rechercher les stigmates de ces affections. L'hématémèse supplémentaire se diagnostiquera par l'interrogatoire.

L'hématémèse des cirrhoses peut être quelquefois difficilement rapportée à sa cause, lorsqu'elle constitue un accident très précoce, un symptôme avant-coureur, précédant l'ascite; mais, même dans ces cas, le foie est petit (ou gros s'il s'agit d'une cirrhose hypertrophique), la rate volumineuse, l'estomac n'est pas douloureux, il y a souvent des antécédents alcooliques.

En présence d'une hématémèse il faut immédiatement songer à l'ulcère, au cancer ou aux ulcérations gastriques. L'hématémèse du cancer est moins fréquente, moins abondante, le sang a souvent une coloration marc de café; elle laisse après elle une anémie qui se sépare lentement, difficilement, et qui devient de plus en plus intense si l'accident se reproduit. L'hématémèse de l'ulcère est plus abondante, souvent rutilante; elle se répète habituellement plusieurs fois, mais l'anémie consécutive se répare en quelques semaines; il faut se baser surtout, pour ce diagnostic différentiel, sur les autres signes des deux affections, sur l'âge des malades, etc. L'hématémèse de l'exulcération simple de DIEULAFOY n'est précédée d'aucun symptôme d'affection gastrique.

4^e Traitement. — A l'intérieur, fragments de glace, boissons glacées, potion avec quelques gouttes de perchlorure de fer; injections sous-cutanées d'ergotine (1 gramme), de morphine (1 centigramme associé à 1/2 milligramme d'atropine); vessie de glace au creux épigastrique; ventouses sèches; lavements chauds; l'injection sous-cutanée de sérum gélatiné à 2 p. 100 m'a donné un succès dans un cas désespéré. Injection sous-cutanée de 5 à 600 grammes de sérum artificiel s'il y a tendance au collapsus consécutivement à l'hématémèse.

CHAPITRE V

MALADIES DE L'INTESTIN ET DU PANCRÉAS

Ce chapitre comprend les entérites aiguës et chroniques, l'entérite tuberculeuse, l'ulcère du duodénum, l'appendicite, les parasites intestinaux, les perforations intestinales, les pancréatites et le cancer du pancréas.

ARTICLE PREMIER

ENTÉRITES AIGUES

Nous les étudierons séparément chez l'adulte et chez l'enfant.

§ 1. — ENTÉRITES AIGUES DE L'ADULTE

Chez l'adulte l'entérite aiguë peut être *symptomatique*; c'est le cas pour l'entérite de la fièvre typhoïde, du choléra, du charbon, qui ne représente qu'un des éléments de la maladie. D'autres fois, l'entérite aiguë se présente bien comme une affection *primitive*. Le refroidissement, l'ingestion immodérée de fruits et surtout de fruits verts, l'usage d'eaux contaminées ou de viandes avariées, l'indigestion sont ses principales causes. Elle reconnaît en somme une origine infectieuse ou toxique.

Les coliques, la diarrhée, le ballonnement du ventre, la langue saburrale sont les symptômes habituellement observés. Fréquemment il s'y joint des douleurs gastriques, des vomissements et de l'adynamie qui indique l'intoxication de l'organisme. Entre ces formes bénignes et l'entérite cholériforme caractérisée