

la nuit, les rêves pénibles, le cauchemar, quelquefois avec une sensation de strangulation; l'affaiblissement de la voix, la diminution des forces musculaires, avec irradiations douloureuses qui peuvent simuler des rhumatismes ou des névralgies. Ailleurs, les palpitations, l'irrégularité des battements du cœur, des défaillances même, des accès fébriles survenant surtout la nuit sous type quotidien, très-rarement sous type tierce, une sorte d'impuissance accidentelle, sont les seules souffrances que les malades accusent et qui pourraient, en absorbant l'attention du médecin, lui faire perdre de vue le véritable point de départ du mal, savoir, le trouble latent, mais reconnaissable, des fonctions digestives.

Nous ne reviendrons pas ici sur ces faits, parce que nous y avons suffisamment insisté dans les articles consacrés aux troubles sympathiques ou généraux qui accompagnent les dyspepsies. Il nous a paru suffisant, en même temps que nécessaire, de les rappeler, de les rapprocher les uns des autres, en traitant du diagnostic auquel ils appartiennent, autant au moins qu'à la symptomatologie et à la marche de ces affections.

ARTICLE 1^{er}.

DU DIAGNOSTIC DE LA DYSPEPSIE ACCIDENTELLE, OU INDIGESTION.

Bien que ce chapitre doive être presque uniquement consacré à la dyspepsie habituelle, nous

ra ppellerons cependant ici que la dyspepsie accidentelle, l'indigestion, n'est pas toujours d'un diagnostic facile, lors même que les aliments, ingérés en trop grande abondance dans l'estomac, n'ont pas été, en outre, arrosés par une quantité proportionnelle de vin. L'indigestion, avec et même sans ivresse, peut offrir l'apparence d'une forte congestion cérébrale, et même d'un état apoplectique, qui porterait le médecin à l'emploi des saignées générales, tout au moins inutiles dans la plupart de ces cas. Les questions adressées aux personnes qui entourent les malades mettent au moins sur la voie, et l'ingestion préalable d'une certaine quantité d'eau chaude dans l'estomac, provoquant le vomissement de ce qu'il renferme, peut lever toute espèce de doute. Après le vomissement, les symptômes plus ou moins effrayants que présentait le malade, se dissipent rapidement, et il ne reste plus que la fatigue et le malaise qui sont les conséquences ordinaires d'une forte indigestion.

Les vomissements d'aliments, qui ont lieu quelquefois au début d'une maladie aiguë, dont l'invasion a été soudaine, pourraient donner à croire, comme on l'a vu dans la première partie, qu'il n'y a là qu'une simple indigestion, et que le lendemain le malade sera revenu à la santé. Cette erreur, bien qu'elle soit sans conséquence, pourrait être imputée à faute au médecin, et, le plus communément, il lui est possi-

ble de l'éviter. Les renseignements qu'il obtient du malade lui-même et des assistants lui font connaître que le repas de la veille n'a pas été plus copieux que d'ordinaire, et qu'aucune circonstance postérieure à ce repas n'a pu le troubler. S'il apprend, en outre, que le vomissement des aliments a été précédé de ce frisson intense qui marque l'invasion de beaucoup de maladies aiguës, de phlegmasies en particulier ; que la fièvre était allumée depuis plusieurs heures quand le vomissement est survenu ; qu'à l'encontre de ce qui a lieu dans le cas précédent, le malaise, qui avait précédé le vomissement, n'a pas cédé, ni diminué, qu'il a même augmenté : il devient évident qu'il doit être rattaché à une maladie qui débute, et qu'il n'est pas le fait d'une simple indigestion. Quelle sera cette maladie qui débute ? Il n'est pas toujours possible de le déterminer immédiatement ; et ce n'est pas, du reste, à ce moment, le point important. Toutefois, s'il règne une affection épidémique, éruptive, phlegmasique, paludéenne, puerpérale, c'est de ce côté que les présomptions se dirigent. Dans les cas où il n'existait, ni chez le malade, ni autour de lui, de motifs de craindre telle maladie plutôt que telle autre, il m'est souvent arrivé, quand le froid du début était intense et long, d'annoncer comme très-probable, surtout chez les vieillards, l'apparition prochaine des signes d'une pneumonie ; et je ne saurais dire combien de fois l'événement a

justifié ce diagnostic en apparence si hasardé. Le vomissement, n'ayant été suivi d'aucune amélioration, n'était qu'un phénomène accidentel ; le frisson violent était le signe principal. Or, chez les vieillards, le frisson violent est un signe d'une immense valeur dans le diagnostic d'une pneumonie qui débute.

ARTICLE II.

DIAGNOSTIC DES DYSPEPSIES HABITUELLES.

Nous avons exposé précédemment (pages 69 à 85) les circonstances dans lesquelles les symptômes de la dyspepsie essentielle peuvent être voilés, et ils le sont surtout par la prédominance des symptômes généraux : c'est le premier point du diagnostic. Le second a pour but de déterminer si la dyspepsie ne serait pas symptomatique d'une maladie donnant lieu à des troubles digestifs analogues. Nous allons exposer les principales de ces maladies, et indiquer les signes propres à les reconnaître. Quelques formes spéciales des dyspepsies exigeront aussi, sous le rapport du diagnostic, des articles particuliers.

ARTICLE III.

MALADIES QUI POURRAIENT SE CONFONDRE AVEC LA DYSPEPSIE.

Parmi les maladies qui offrent des ressemblances avec les dyspepsies, nous citerons l'embarras gastrique et intestinal, la gastrite et l'entérite chroni-

ques, les affections organiques de l'estomac et des intestins, du foie, du pancréas, des épiploons, dans leurs premières périodes surtout, certaines hernies épiploïques latentes, et le relâchement extrême des parois abdominales, chez les sujets qui ont beaucoup maigri, chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Il n'est pas rare d'observer, dans certaines lésions aiguës et organiques du cerveau, dans les affections chroniques des poumons, dans les simples bronchites, dans la coqueluche, dans l'albuminurie, dans les affections des reins et de la vessie, dans celles de la matrice, des troubles sympathiques ou secondaires des voies digestives. Mais dans ces derniers groupes de maladies, le diagnostic n'offre de l'incertitude que par exception : aussi ne ferons-nous ici que les indiquer, et nous garderons-nous d'énumérer les signes qui les distinguent. Il en est autrement pour la première série de maladies que nous avons indiquées, et qui présentent, dans leurs symptômes, assez de ressemblance avec la dyspepsie, pour que le diagnostic rencontre souvent des difficultés réelles.

§ 1^{er}. — Embarras gastrique et intestinal.

Les affections désignées sous les noms d'embarras gastrique et intestinal sont peu connues dans les conditions matérielles qui les constituent; mais elles sont bien connues du praticien, qui sait qu'au

moyen d'un vomitif ou d'un purgatif, il débarrassera promptement le malade qui en offre les signes. Ces affections sont caractérisées par des troubles digestifs assez tranchés pour qu'on ne les confonde pas avec la dyspepsie. L'invasion prompte de l'embarras gastrique et intestinal, l'amertume et la fétidité de la bouche et des matières vomies ou évacuées par bas, l'enduit épais dont la langue est couverte, les nausées, les vomissements, ne permettent guère de confondre ces indispositions passagères avec la dyspepsie, dont la durée est généralement de quelque longueur. La guérison ordinairement prompte au moyen d'un vomitif ou d'un purgatif, selon que les symptômes portent sur l'estomac ou les intestins, ne laissent pas de doute sur la nature du mal.

§ 2. — Gastrite et entérite.

L'inflammation de l'estomac, cette trop célèbre gastrite, dont Broussais avait fait le piveau de sa médecine, est une maladie presque effacée des cadres nosologiques actuels, et surtout des relevés quotidiens et annuels des maladies observées dans la plupart des villes. Il faut reconnaître, en effet, que si l'estomac ressent facilement de la fatigue, si son action régulière se déränge fréquemment par un mauvais régime, il est assez rare que les causes qui agissent sur lui y déterminent une inflammation propre-

ment dite, à moins que ces causes ne soient elles-mêmes du nombre de celles qui produisent une inflammation sur toutes les parties vivantes avec lesquelles elles seraient mises en contact comme des boissons brûlantes, des agents chimiques, des acides ou des alcalis concentrés, des sels corrosifs, ou des végétaux âcres. Encore ces agents détermineraient-ils une inflammation artificielle, comme la moutarde ou les cantharides appliquées à la peau, et ne produiraient-ils pas une phlegmasie proprement dite, comme l'érysipèle ou la pneumonie, qu'on appelle par ce motif phlegmasies *spontanées*. Non assurément que celles-ci se développent sans cause, mais parce qu'elles sont le résultat de causes internes que nous ne pouvons saisir, de modifications intimes de l'organisme qui nous échappent. L'estomac n'est pas entièrement à l'abri de ces phlegmasies proprement dites, mais il n'en est que très-rarement atteint; tandis que les intestins, surtout dans certains points de leur étendue, y sont très-sujets. L'inflammation de l'estomac, sous forme aiguë, est caractérisée par une invasion prompte, par une douleur vive dans l'épigastre, que la pression extérieure augmente, par un sentiment de chaleur, par une soif intense, par des vomissements souvent répétés, et sans soulagement, des liquides portés ou exhalés dans l'estomac et dans la partie voisine des intestins, et enfin par un mouvement fébrile plus ou moins prononcé.

Dans la *gastrite chronique*, les mêmes phénomènes se retrouvent sans ou avec peu de fièvre, peu de chaleur, moins de soif, avec une sensibilité encore prononcée à la pression, une augmentation notable des douleurs par l'ingestion des aliments les plus légers et les plus doux, et par une aggravation considérable des symptômes, si les aliments ingérés ont quelque principe excitant. Souvent aussi, sous l'influence d'une de ces causes, et quelquefois sans cause appréciable, la gastrite chronique reprend la forme aiguë, chaleur, soif vive, vomissements, fièvre plus ou moins intense, et cette transformation est d'un grand secours dans le diagnostic, comme a pu l'être dès le principe le développement d'une gastrite aiguë, passant à la forme de gastrite chronique. Les phlegmasies intestinales se distinguent à des signes analogues et souvent par des évacuations caractéristiques.

§ 3. — Maladies organiques de l'estomac.

Mais c'est surtout dans les maladies organiques de l'estomac, dans leurs premières périodes, que le diagnostic présente fréquemment de sérieuses difficultés. Ces difficultés sont telles quelquefois, que le médecin qui tient à ne pas hasarder son jugement se voit dans la nécessité de le suspendre jusqu'à ce que de nouveaux signes lui permettent de l'établir définitivement. Il n'en est

pas cependant toujours ainsi. Dans quelques cas une hémorrhagie stomacale, un melæna, survenant avant tout dérangement notable des fonctions digestives, après l'âge de trente à quarante ans, peut révéler de prime abord l'existence d'une lésion organique. Chez d'autres également, une sorte de dépérissement graduel, une diminution lente de l'embonpoint et des forces, un changement dans la coloration du visage, précèdent de plusieurs semaines, de plusieurs mois même les troubles digestifs, ou sont accompagnés d'une inappétence croissante, qui va jusqu'au *dégoût*. Or, ces divers signes, le dernier surtout, qu'on n'observe pas, du moins d'une manière permanente, dans la dyspepsie, deviennent ici d'une grande valeur. Enfin, en même temps que les premiers troubles digestifs apparaissent, il n'est pas très-rare de reconnaître, par la palpation attentive et méthodique du ventre, dans quelque point de la région épigastrique, une rénitence qui, ajoutée aux autres signes, ne laisse plus de doute sur l'existence d'une maladie organique. Cette rénitence, dont la présence est d'un si grand poids dans le diagnostic, n'est quelquefois appréciable que dans des conditions particulières. Occupe-t-elle un point de l'estomac, supérieur au rebord des côtes? elle peut n'être perceptible que dans la position assise, par l'abaissement des viscères abdominaux. Occupe-t-elle la face antérieure de l'estomac ou la grande courbure?

elle n'est accessible que par intervalles, quand l'estomac est distendu par une certaine quantité d'aliments, de boissons ou de gaz. C'est au contraire dans l'état de vacuité qu'une tumeur peut être plus facilement perçue, lorsqu'elle occupe la face postérieure de ce viscère. Enfin, en l'absence de toute tumeur proprement dite, l'extrême distension de l'estomac remplissant toute la région sus-ombilicale, avec sa forme ovoïde, révèle l'existence d'un obstacle au pylore; tandis que la dépression excessive de l'épigastre doit faire soupçonner un obstacle au cardia. Ces deux signes acquièrent plus de valeur si, avec la dépression épigastrique, il y a dysphagie ou régurgitation fréquente de mucus et d'aliments à peine altérés, sans vomissements proprement dits; si, avec la distension de l'estomac, il y a des vomissements rares, mais copieux, dans lesquels on reconnaît des traces d'aliments ingérés depuis plusieurs jours. Une hémorrhagie survient-elle, dans ces deux conditions si différentes du cancer stomacal, le sang sera rejeté, dans un cas, en totalité par les voies inférieures, à raison du rétrécissement du cardia; il sera rejeté en totalité ou principalement par en-haut, dans le cancer pylorique, à raison de l'occlusion de cet orifice.

Un point important encore à signaler dans le diagnostic du cancer du pylore, c'est le déplacement considérable de cet orifice, dans l'énorme et gra-

duelle distension de l'estomac, la tumeur pylorique pouvant descendre jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; après avoir successivement parcouru tous les points intermédiaires. Un autre point encore curieux est celui où l'ulcération de la tumeur pylorique agrandit cette ouverture; les vomissements cessent alors plus ou moins complètement et sont remplacés par le dévoiement.

Dans tous ces cas, le diagnostic devient facile et l'erreur presque impossible. Mais il en est d'autres dans lesquels nulle tumeur n'est ni perçue, ni perceptible: quand elle occupe, par exemple, la petite courbure ou la partie voisine des faces antérieure et postérieure de l'estomac, qui, comme la petite courbure, se cachent sous le point le plus élevé du diaphragme. Il en est à peu près de même encore dans les cas d'épaississement squirreux de la totalité des tuniques stomacales, entre les deux orifices restés libres. L'épaisseur de ces tuniques est très-difficile à apprécier par la palpation au travers des parois du ventre, et en outre, dans ce cas, comme dans ceux de tumeurs développées sur la petite courbure ou dans son voisinage, il y a le plus souvent absence de vomissements. C'est donc seulement à l'aide de signes indirects que le diagnostic peut s'établir, et beaucoup de ces signes ont une grande analogie avec ceux de la simple dyspepsie. Toutefois le *dégoût* pour les aliments, le peu

d'aggravation des souffrances après leur ingestion, l'altération du teint qui prend l'aspect cancéreux et un dépérissement marqué permettent, dans le plus grand nombre des cas, de distinguer de la dyspepsie les troubles digestifs qui dépendent de ces formes du cancer stomacal. Je dois rappeler enfin que l'âge des individus est dans quelques cas une condition décisive pour le diagnostic: le cancer stomacal n'est pas une maladie de l'enfance, ni de la jeunesse; la dyspepsie qui se montre à ces époques de la vie ne saurait appartenir à ces affections.

§ 4. — Tumeurs développées dans l'épiploon.

Des tumeurs développées dans l'épiploon, un engorgement quelconque du foie, du pancréas, de la rate, d'un rein, pourraient aussi donner lieu à des troubles digestifs, dont l'exploration du ventre montrera le point de départ. Resterait seulement à déterminer, d'après le volume, le siège, la forme et la consistance de ces tumeurs, leur nature anatomique et la part qu'elles auraient aux troubles digestifs qui, à la rigueur, pourraient en être indépendants.

§ 5. — Contraction des muscles abdominaux.

S'il est des cas assez nombreux de lésion organique de l'estomac, dans lesquels l'absence de toute rénitence appréciable à la palpation pourrait faire

croire à une simple dyspepsie, il est aussi des cas assez fréquents de dyspepsie, avec sensibilité de l'épigastre à la pression de la main, dans lesquels la contraction d'une portion d'un des muscles droits abdominaux, de leur intersection supérieure en particulier, donne sous la main une sensation presque toute semblable à celle qui résulterait d'une tumeur placée derrière ces muscles. Mais d'abord la forme spéciale, *quadrilatérale*, l'étendue et le siège de cette rénitence, qui sont exactement ceux de cette intersection elle-même, doivent éveiller l'attention et le doute du médecin, et dès lors, en répétant plusieurs fois cette exploration, soit dans la même visite, soit mieux à quelques jours d'intervalle ; en mettant beaucoup de mesure dans la palpation qu'on exerce, à des degrés divers, avec une certaine persévérance, on parvient à saisir un moment où, soit par lassitude, soit par absence de douleur, le muscle cesse de se contracter, et avec la contraction la tumeur disparaît également, ce qui ne laisse plus d'incertitude sur la valeur séméiotique de cette rénitence. C'est surtout sous une main peu accoutumée à ces explorations, sous une pression trop forte ou saccadée, exercée avec l'extrémité des doigts, perpendiculairement et dans un seul point, que les muscles se contractent ; tandis que, sous une pression douce et graduée, exercée uniformément, sans secousse, par la main tout entière, les muscles cessent de se

contracter, et permettent au médecin de constater, au travers des parois abdominales relâchées, la souplesse et la dépressibilité naturelles des viscères qu'elles recouvrent. Je dois ajouter que la contraction des muscles modifie à un certain degré les résultats de la percussion elle-même, et que, pratiquée sur la portion ainsi contractée du muscle droit, elle pourrait, en donnant un son plus obscur, concourir avec la palpation à faire admettre à tort l'existence d'une tumeur placée derrière ce muscle. L'appréhension naturelle des malades, au moment où le médecin porte la main sur une partie de leur corps où existe quelque souffrance, les conduit à protéger cette partie en contractant les muscles qui la recouvrent. En vain leur recommande-t-on de les relâcher, l'instinct les entraîne à faire autrement, surtout lorsqu'une première exploration peu mesurée a déterminé une augmentation notable des douleurs. Lorsqu'on aborde un malade qui est dans ces conditions, il faut redoubler de précautions, faire que la position du corps soit parfaitement horizontale, que la flexion complète des cuisses sur le bassin ajoute au relâchement des muscles, chercher à porter ailleurs l'attention du patient et n'augmenter qu'insensiblement la pression que la main entière exerce sur la région épigastrique, la continuer assez longtemps pour que l'appréhension se calme et que la contraction cesse.

§ 6. — Lésions organiques des intestins.

Les lésions organiques des intestins, le cancer avec ou sans rétrécissement, les ulcérations tuberculeuses ou autres, donnent lieu à des troubles intestinaux bien plus graves que ceux qui appartiennent à la simple dyspepsie intestinale, mais qui, dans les premiers degrés de ces maladies, alors qu'ils sont moins intenses et que le mal dont ils sont l'effet est moins bien dessiné, pourraient laisser quelques doutes dans le diagnostic. Nous nous en référons à ce qui a été dit à ce même sujet, en parlant des maladies organiques de l'estomac dans leur première période.

§ 7. — Relâchement extrême des parois abdominales.

Par suite du relâchement extrême des parois abdominales qui succède à des grossesses nombreuses et rapprochées, les viscères abdominaux manquent quelquefois de soutien, les digestions peuvent s'en ressentir. On y remédie ordinairement par l'emploi d'une ceinture élastique, disposée pour envelopper tout le ventre, et exercer une pression douce et uniforme, qui supplée à l'action des muscles affaiblis et aux érailllements qui existent souvent alors entre leurs masses charnues, plus spécialement sur la ligne blanche.

§ 8. — Petites hernies épiploïques.

Mais une autre cause, plus importante à signaler, parce qu'elle est souvent méconnue, c'est l'existence de petites hernies épiploïques, soit au pli de l'aîne, soit surtout dans les régions ombilicale et épigastrique. Là, en effet, se forment quelquefois, à l'insu des malades, sur la ligne médiane ou près d'elle, au travers d'un écartement des fibres musculaires ou aponévrotiques, de petites hernies épiploïques, désignées autrefois improprement sous le nom de hernies de l'estomac, qui donnent lieu à des troubles divers de ce viscère, et en particulier à des vomissements dont la cause échappe facilement au médecin qui ne la soupçonnerait pas. Je ne saurais dire combien de fois il m'est arrivé, comme à Pipelet (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*), de trouver dans une hernie de ce genre la cause de troubles sérieux et opiniâtres des fonctions digestives, et en particulier de vomissements répétés qui, après avoir résisté à tous les remèdes stomachiques et anti-vomitifs, cédaient comme par enchantement à la réduction de la petite tumeur et à l'emploi d'un bandage propre à en prévenir la réapparition. Ces tumeurs, du reste, sont le plus ordinairement très-petites, elles ne font aucune saillie apparente à la vue dans le point qu'elles occupent, elles n'ont guère que le volume d'une noisette, ou même d'un

pois, celui que présentent chez certains sujets quelques globules graisseux ; leur forme est ordinairement arrondie. On les distingue par la palpation faite avec le soin et le temps nécessaires, à une certaine fermeté qu'elles offrent sous le doigt, à leur réduction plus ou moins facile par le taxis, à la petite cavité qu'on trouve à la place qu'elles occupaient et dans laquelle le doigt pénètre, à la sensation d'un petit anneau membraneux, qui en est le col, dans lequel il se trouve serré, et enfin à la réapparition de la tumeur, soit par le simple retrait du doigt, soit par un effort que fait le malade pour se redresser, tousser ou se moucher (1).

§ 9. — Chlorose.

La chlorose, chez les femmes, donne lieu à des

(1) Le bandage à ressort d'acier avec pelote surmontée d'un mamelon central est souvent employé sans succès pour maintenir ces petites hernies. Dans les vacillations latérales de la pelote, le mamelon central change perpétuellement de place, et en abandonnant la petite cavité herniaire, laisse échapper l'épiploon. Pour remédier à cet inconvénient qui annihile l'action du bandage, j'ai l'habitude de mettre dans la dépression herniaire une demi-sphère en cire ou en ivoire, dont le côté convexe remplit cette dépression ; j'applique sur le côté plan de la *demi-sphère* un morceau de sparadrap de diachylon gommé de 6 centimètres de diamètre, qui la maintient immobile dans l'ouverture herniaire et j'exerce la pression convenable par un disque fixé à un ressort d'acier et assez large (8 centimètres) pour ne pas cesser, dans ses oscillations, de couvrir et de comprimer convenablement l'hémisphère de cire ou d'ivoire qui bouche l'ouverture de la hernie.

troubles digestifs qui nous paraissent appartenir à la chlorose elle-même dont elles ne sont qu'un symptôme. Il n'en sera question ici que sous le rapport du diagnostic.

Rien n'est plus commun chez les femmes chlorotiques, que de voir apparaître des troubles très-marqués et souvent bizarres des digestions ; ce n'est même que par exception que ces malades continuent à vivre des aliments ordinaires, qu'elles digèrent bien, et qu'elles ne se plaignent pas de douleurs stomacales plus ou moins vives. A ces symptômes analogues à ceux de la dyspepsie commune ou névralgique, se joignent fréquemment chez elles des appétits bizarres, le goût des fruits verts, du vinaigre, des assaisonnements relevés ou même de certaines substances qui ne se mangent pas.

Cet ensemble de symptômes ne saurait être confondu avec ceux de la dyspepsie proprement dite : ils appartiennent évidemment à la chlorose, contre laquelle la thérapeutique doit être dirigée. La dyspepsie n'est ici qu'un symptôme ; elle ne demande pas un traitement particulier et cède avec la maladie dont elle est l'effet.

La leucorrhée, dans le même sexe, donne assez souvent lieu à des douleurs sourdes, à des langueurs et à des tiraillements d'estomac, à une grande inégalité d'appétit, qui offrent une certaine analogie avec les symptômes de la dyspepsie ; mais il y a

cette différence notable, que l'ingestion des aliments dans les cas de simple leucorrhée, n'est pas ordinairement suivie d'augmentation des souffrances : quand cette augmentation existe, il y a à la fois chez la malade dyspepsie et leucorrhée, et la thérapeutique doit être dirigée en conséquence.

La leucorrhée chronique est d'ailleurs fréquemment liée à cette rougeur vasculaire qui entoure souvent l'orifice utérin et réclame un traitement spécial.

ARTICLE IV.

DIAGNOSTIC DES DYSPEPSIES DE FORMES SPÉCIALES.

Il nous reste à signaler certaines maladies qui ont une ressemblance particulière avec telle ou telle *forme particulière de dyspepsie*, avec la dyspepsie flatulente, la dyspepsie névralgique, la dyspepsie des liquides, la dyspepsie acide, et à indiquer les signes qui les distinguent.

§ 1^{er}. — Diagnostic de la dyspepsie flatulente.

La dyspepsie flatulente, lorsqu'elle occupe l'estomac et qu'elle existe à un degré considérable, a pour principal effet de refouler le diaphragme, de comprimer le cœur et les poumons, et de simuler une affection de ces viscères. Mais comme, d'une part, l'exploration de ces viscères n'y montre aucun signe caractéristique de quelque lésion que ce soit,

que l'émission des gaz est presque toujours suivie de la diminution ou cessation immédiate de la dyspnée, des palpitations, etc., et que d'autres signes encore de dyspepsie viennent confirmer le diagnostic, l'hésitation est rarement possible.

Dans le cas où les gaz occupent principalement les intestins, leur distension devient quelquefois telle, qu'on pourrait croire à quelque obstacle matériel à la progression des gaz, à une sorte d'occlusion de quelque point du conduit intestinal. Mais d'abord, dans la dyspepsie, la distension de l'intestin n'est jamais portée jusqu'à la tympanite, comme dans le rétrécissement intestinal; en second lieu, quand cette dernière affection existe, elle ne tarde guère à amener des symptômes si graves, qu'ils font un contraste complet avec la bénignité relative de la simple flatulence intestinale, qui n'entraîne ni les vomissements, ni la suppression des évacuations alvines qui seraient ou deviendraient la conséquence de l'étranglement et même du simple rétrécissement de l'intestin.

§ 2. — Diagnostic de la dyspepsie gastralgique ou entéralgique.

Les douleurs aiguës qui accompagnent la dyspepsie gastralgique ou entéralgique ressemblent quelquefois, par leur intensité, surtout après l'ingestion des aliments, à ces douleurs atroces qu'on