

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

observe par accès chez les personnes atteintes d'*affections cancéreuses* développées dans la cavité abdominale, étreignant ou envahissant les principaux nerfs rachidiens. Mais indépendamment d'une différence dans l'intensité et la durée moindres de ces crises chez les dyspeptiques, il ne reste, après qu'elles ont cessé, indépendamment des troubles digestifs eux-mêmes, d'autres traces du mal que la fatigue qui en est la conséquence et la crainte de son retour. Dans le cas contraire, la maladie persiste avec tous ses éléments, ses tumeurs souvent multiples, le dépérissement, la couleur cancéreuse du teint, les retours de crises, dont l'ingestion des aliments n'est pas habituellement l'occasion. La gastralgie stomacale peut offrir enfin, par l'acuité et le développement soudain de ces *crises*, quelque ressemblance avec les *coliques hépatiques et néphrétiques*; mais ces dernières, indépendamment de beaucoup d'autres signes qui leur sont propres, ne laissant dans leurs intervalles aucun trouble permanent des digestions, ne peuvent donner lieu qu'à une incertitude passagère qui se dissipe bientôt.

§ 3. — Diagnostic de la dyspepsie de cause rhumatismale ou goutteuse.

Dans le cours des affections rhumatismales et goutteuses, que l'on considère ces affections comme des formes différentes d'une même maladie, et telle

est notre manière de voir, ou comme deux maladies tout à fait distinctes l'une de l'autre, il n'est pas rare de voir apparaître des douleurs soudaines, quelquefois extrêmement vives, soit dans l'estomac, soit dans les intestins, au moment même où les douleurs abandonnent les muscles ou les articulations, qui sont comme le siège normal du rhumatisme et de la goutte. Ces douleurs peuvent offrir, par leur intensité, une grande ressemblance avec celles qui caractérisent les formes névralgiques des dyspepsies stomacale et intestinale : même violence dans les douleurs, même siège apparent, même altération dans les traits, même appréhension, dans les cas les plus graves, d'un péril actuel pour la vie, à raison de la pâleur et du refroidissement des téguments, de l'affaiblissement du pouls, des défaillances. Mais, dans le plus grand nombre des cas, les conditions dans lesquelles ces douleurs surviennent sont différentes, aussi bien que les accidents qui les accompagnent ou les suivent. Les douleurs dyspeptiques se montrent un temps déterminé après l'ingestion des aliments, et ce n'est que par degrés qu'elles ont acquis cette grande intensité. Elles sont souvent suivies de vomissements, quand elles occupent l'estomac, de selles altérées d'une manière quelconque, quand elles ont leur siège dans les intestins. Les douleurs rhumatismales du canal digestif surviennent, au contraire, d'une manière

brusque; elles offrent dès leur première apparition une violence extraordinaire : elles se montrent dans le cours d'une affection rhumatismale, le plus souvent très-aiguë elle-même, à l'instant où les douleurs abandonnent les membres; elles ne donnent généralement lieu ni à des vomissements, ni surtout à des selles morbides : leur durée est ordinairement courte; la réapparition des douleurs extérieures coïncide fréquemment avec leur cessation. Elles ont peu de tendance à se reproduire; elles surviennent souvent chez des individus dont les fonctions digestives n'offraient habituellement aucun trouble sérieux, ni même léger.

Le diagnostic ne présente pas la même facilité dans quelques cas de *rhumatisme chronique* du canal digestif. Il faut toutefois reconnaître que chez beaucoup de rhumatisants et de goutteux, le principe de cette maladie ne se porte sur les organes digestifs que secondairement, et qu'il semble y être appelé par l'état habituel de souffrance qu'un mauvais régime ou l'abus des purgatifs ou l'absence d'exercice y entretiennent. Mais dans quelques cas aussi, sans appel de ce genre, sans aucune affection préexistante de l'estomac ou des intestins, sans trouble notable des fonctions digestives, des douleurs le plus souvent sourdes, quelquefois aiguës, surviennent graduellement, ou tout à coup, dans les viscères abdominaux, sous forme de coliques,

de crampes, de tortillements, occupent successivement plusieurs points du ventre. Ici encore elles paraissent, par leur mobilité même, par leur intermittence, par leur acuité, par la manière dont elles alternent avec les douleurs rhumatismales ou arthritiques des organes de la locomotion, révéler leur identité avec ces dernières, et par conséquent la cause spéciale à laquelle elles appartiennent.

J'ai observé, dans une des salles de la Clinique de l'Hôtel-Dieu, un malade chez lequel il survint, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, des douleurs vives de l'abdomen, accompagnées de selles dysentériques, et aussi de vomissements dans lesquels on reconnut plusieurs jours de suite des mucosités sanguinolentes par petites masses, en tout semblables à des crachats de pneumonie aiguë, bien qu'il n'y eût chez ce malade aucun signe, aucun soupçon d'inflammation thoracique. C'était évidemment, non une dyspepsie, mais une phlegmasie de toute la muqueuse digestive, avec une sécrétion visqueuse, transparente et sanguinolente de l'estomac, que je n'ai observée dans aucun autre cas. Ici l'affection rhumatismale s'est portée sur l'estomac et les intestins avec un caractère inflammatoire aigu. Dans les cas plus nombreux de rhumatisme chronique ou de goutte atonique, avec métastase vers les voies digestives, l'affection se montre sans fièvre, sans phénomènes inflammatoires, et sous forme

de douleurs d'intensité diverse, intermittentes et mobiles, comme les maladies rhumatismales, auxquelles elle appartient par sa cause. Les affections *herpéliques*, qui pénètrent si souvent dans les membranes muqueuses, surtout à leur point de communication avec la peau, peuvent aussi se porter sur les parties profondes de ces membranes, dans les voies digestives en particulier, et y produire des troubles variés, des désordres digestifs dont la cause est obscure et ne se révèle guère, comme dans les rhumatismes viscéraux, que par le rapprochement des phénomènes dont la peau a été le siège, et de ceux qui apparaissent dans l'estomac et les intestins.

§ 4. — Diagnostic de la dyspepsie des liquides.

La dyspepsie des liquides a ceci de particulier que le clapotement stomacal est commun à cette maladie et à certaines formes du cancer de l'estomac, au cancer du pylore surtout; mais à côté de ce point d'analogie, se présenteront des différences si nombreuses et si grandes, qu'il sera presque impossible de s'y tromper. Ce serait seulement dans les cas exceptionnels où l'intensité et la durée de la dyspepsie auraient déterminé, comme nous en avons indiqué un exemple, un dépérissement considérable, que le doute pourrait avoir lieu. Mais en tenant compte à la fois de la distension de l'estomac par les

aliments et les boissons qu'il contient, de l'adiminution soudaine de son volume, après un vomissement copieux, de la perception d'une tumeur dans un des points que peut occuper le pylore, de la nature et de l'abondance des matières vomies, de l'altération spéciale du teint, on doit reconnaître que l'erreur est à peu près impossible, et que s'il y a quelquefois lieu à l'hésitation, ce ne peut être qu'à cette époque peu avancée de la maladie, où les maladies organiques ne se montrent encore que par des signes insuffisants.

§ 5. — Diagnostic de la dyspepsie acide.

La dyspepsie que nous avons, par abréviation, appelée acide, n'est pas en général d'un diagnostic difficile. Le plus souvent les malades accusent d'eux-mêmes ce goût acide qu'ils ont dans la bouche, qui persiste ou même augmente après les repas, et qui se produit d'une façon plus incommode encore après l'ingestion des choses acides ou sucrées. Toutefois quelques-uns ne parlent pas de ce phénomène, auquel ils n'attachent pas d'importance; certains sujets n'en ont même pas la perception, et ce n'est qu'en le recherchant lui-même que le médecin le constate, soit en s'assurant de l'odeur de l'haleine, soit en mettant dans la bouche du malade un papier bleu de tournesol, qui, par le contact de cette salive acide, devient immédiatement rouge.

Le point important ici, sous le rapport du diagnostic, est de ne pas confondre avec la simple dyspepsie acide, qui généralement ne présente pas de gravité, une maladie dont le premier symptôme est l'acidité de la salive et de l'haleine, et dont l'issue est presque constamment funeste. A cet effet, nous donnerons ici une description détaillée de cette affection à laquelle nous croyons devoir consacrer un article à part.

Quant à la dyspepsie alcaline, elle n'a pas été suffisamment étudiée pour y revenir ici. Nous renvoyons à ce qui a été dit précédemment.

ARTICLE V.

DESCRIPTION D'UNE MALADIE QUI SEMBLE ÊTRE LA FORME LA PLUS GRAVE DE LA DYSPEPSIE ACIDE, PAR SA FRÉQUENCE ET SON EXTRÊME GRAVITÉ.

Cette maladie que nous avons signalée depuis longtemps dans nos cours de clinique, sans lui donner un nom particulier, a appelé notre attention en 1832, dans le cours et sur tout vers la fin de la première épidémie cholérique qui exerça de si grands et si soudains ravages sur la population parisienne. Le nombre des personnes que j'ai vues atteintes de la maladie qui fait le sujet de cet article, dans l'espace de moins d'une année, s'est élevé à dix-huit, et sur ce nombre seize ont succombé. Elle débutait en

général avec quelque lenteur, à la manière d'un embarras des premières voies, par la diminution, puis la perte de l'appétit, et quelquefois par le dégoût des boissons, une accélération médiocre, d'abord passagère du pouls, des nausées, et une acidité de plus en plus prononcée de la salive et de l'haleine. L'épigastre était à peine douloureux, même à la pression. Une faiblesse croissante obligeait, en quelques jours, à garder le lit, avec un grand malaise dans lequel les troubles digestifs tenaient toujours la première place; l'inappétence devenait complète; la langue se couvrait d'un enduit blanc; aux nausées succédaient les vomiturations et les vomissements de mucosités acides, puis de bile jaunâtre. L'acidité de l'haleine devenait de plus en plus prononcée; l'air de la chambre du malade en était comme imprégné; dans quelques cas même, cette odeur pénétrait dans une partie de l'appartement. Aux vomissements de matières jaunes succédaient les vomissements, quelquefois très-répétés, de bile verte. La faiblesse, la fréquence du pouls, l'altération des traits, la maigreur faisaient des progrès journaliers et rapides; le ventre était plat, indolent, moins sonore le plus souvent que dans l'état normal. La constipation était l'état le plus habituel; les selles n'avaient lieu qu'au moyen de lavements et de purgatifs: ces derniers étaient fréquemment rejetés par le vomissement.

Après quelques semaines d'accroissement dans les symptômes, les vomissements se modéraient ; mais la fréquence du pouls devenait plus grande, sans que la chaleur s'élevât beaucoup, ni constamment.

A cette période, des accidents cérébraux commençaient à se montrer : c'étaient la céphalalgie, l'agitation dans le sommeil, un délire d'abord passager, puis habituel, l'obscurcissement de la vue, des hallucinations singulières, le malade croyant apercevoir dans sa chambre, autour de son lit, des objets, des personnes, des animaux qui n'y étaient pas. Enfin un assoupissement de plus en plus fort, une sorte de coma précédait et annonçait inévitablement la mort prochaine des malades, après une lutte de trente à quarante jours.

En présence de symptômes aussi graves et d'une terminaison presque constamment funeste, je dus me demander à quelle lésion se rattachait cette terrible maladie. Malheureusement la plupart de ces faits se passaient hors des hôpitaux, et ce n'est que par exception que j'ai pu faire l'ouverture du corps de quelques-unes des personnes qui ont succombé. La membrane muqueuse de l'estomac, sur laquelle mes soupçons avaient naturellement porté, ne s'est montrée qu'une seule fois amincie et ramollie à un degré notable. Dans un cas, le seul viscère altéré était le foie, augmenté dans son volume, présentant une couleur *jaune-clair*, comme celle que les doc-

teurs Louis et Trousseau avaient constatée chez les sujets morts de fièvre jaune à Gibraltar et sans altération sensible de consistance. Deux fois j'ai trouvé une collection notable de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau ; j'ai dû me demander si cette dernière lésion ne survenait pas seulement, avec les désordres fonctionnels de ce viscère, le délire, l'assoupissement, les hallucinations, le coma, dans la dernière période de la maladie. Enfin, dans un cas, j'ai constaté une lésion remarquable du cerveau, qui était parsemé de petites tumeurs, ayant le volume, la forme et surtout la transparence du cristallin. Ces faits insuffisants par leur nombre, et trop différents les uns des autres, ne sauraient, quant à présent, éclairer la nature anatomique de la maladie en question.

Depuis l'épidémie cholérique de 1832, cette affection s'est présentée de temps à autre à mon observation, d'une manière sporadique. Rarement une année s'est écoulée sans que j'en aie rencontré plusieurs cas. Je l'ai observée en particulier dans le cours de la grossesse, et là elle s'est montrée avec plus de gravité encore, s'il est possible, que dans les autres conditions. Si j'en excepte une femme admise à l'Hôtel-Dieu, dans mes salles de clinique, et chez laquelle l'avortement spontané a été suivi du rétablissement de la santé, toutes les autres femmes chez lesquelles la même maladie s'est développée,

dans le cours de la gestation, ont succombé. Dans tous les faits dont le professeur Paul Dubois a été témoin, la terminaison a été également fâcheuse. En présence de tels résultats, il a été conduit, et je le comprends mieux que personne, à se demander si en provoquant l'avortement, on ne parviendrait pas à sauver la mère, ne fût-ce même que dans quelques cas rares. Il a eu le courage de le tenter, mais malheureusement sans succès. On se rappelle les discussions fort vives qui eurent lieu sur ce point à l'Académie de médecine, et l'incertitude dans laquelle chacun est resté relativement à la détermination à prendre dans d'aussi graves conjonctures : d'une part, la mort de la mère et de l'enfant est presque certaine, si l'on se borne aux moyens ordinaires ; et, d'autre part, aucun exemple de succès n'a jusqu'ici confirmé l'espoir de sauver la mère en sacrifiant l'enfant. Le cas de guérison après l'avortement spontané que j'ai observé dans mes salles de clinique, semble porter à induire, mais ne démontre pas, que l'avortement provoqué pourrait avoir le même résultat.

L'inflammation purulente qu'on a quelquefois constatée entre les membranes de l'œuf chez les femmes qui ont succombé, dans le cours de la grossesse, avec des vomissements opiniâtres, semblerait aussi militer en faveur de cette ressource dernière dans cette funeste maladie.

Est-il nécessaire de dire, après ce qui précède, combien en est grave le pronostic ? Un dixième au plus des malades qui se sont offerts à notre observation a survécu. Chez un certain nombre, une rémission passagère vers la fin de la première période a fait espérer une diminution définitive des accidents. Mais la recrudescence du mal venait bientôt détruire cette illusion : l'altération des traits, la grande faiblesse, la précipitation des pulsations artérielles, portées jusqu'à 130 et 150 par minute, la répétition plus fréquente des vomissements, la couleur verte des matières vomies, le délire d'abord passager, les hallucinations, la somnolence, le coma, révélaient l'accroissement du mal, et bientôt ne laissaient plus aucun doute sur la terminaison prochaine et fâcheuse de la maladie, malgré la suspension et la cessation même des vomissements, dans les huit à dix derniers jours de la vie.

Quelque impuissants qu'aient été, dans le plus grand nombre des cas, les moyens de traitement que j'ai mis en usage, je dois cependant les exposer.

La douleur et la chaleur dont la région épigastrique était *quelquefois* le siège au début, la sensibilité à la pression de la main, l'accélération notable du pouls, et les autres désordres gastriques, m'ont conduit à appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées au creux de l'estomac. A une époque plus avancée, j'y ai mis des vésicatoires et je les ai sou-

vent multipliés à raison de la persistance des vomissements. Les médicaments désignés sous le nom d'antivomitifs, tels que la potion de Rivière, le colombo, le sous-nitrate de bismuth, les boissons glacées, la glace râpée, avec ou sans addition de quelque une de ces poudres, les préparations narcotiques, sous forme pulvérulente ou en pilules, ont été mis en usage. Dans le but de remplacer par une action inverse le mouvement antipéristaltique du conduit digestif, divers purgatifs, le calomel, le jalap, la scammonée et leurs résines, la gomme-gutte, ont été administrés *fracta dosi*, plusieurs fois en vingt-quatre heures. Mais soit que l'effet purgatif fût ou non obtenu, les vomissements n'en persistaient pas moins. Dans quelques cas où les vomissements se reproduisaient avec une sorte de périodicité et de régularité accidentelles, le sulfate de quinine a été essayé par la bouche et en lavements. En désespoir de cause, les vomitifs eux-mêmes ont été tentés dans quelques cas, comme pouvant exercer une action perturbatrice sur la marche si fatalement croissante de ce mal, mais sans meilleur succès.

De tous les moyens mis en usage, ceux qui semblaient le plus clairement indiqués, à raison du phénomène prédominant de la maladie, l'acidité de la bouche et des matières vomies, les alcalins sont ceux sur lesquels j'ai le plus insisté, sous toutes les formes, ceux aussi auxquels j'ai cru pouvoir attri-

buer une bonne part dans le petit nombre de guérisons que j'ai observées.

Interdire absolument aux malades les substances *acides* était la première condition : elle était facile à obtenir, car les malades éprouvent d'eux-mêmes un éloignement instinctif pour les choses aigres. Cet éloignement s'étend aux substances acidifiables, et particulièrement au sucre, qui, selon leur expression, devient *vinaigre* dans leur estomac, dans leur bouche même.

J'ai dû varier les substances alcalines : les eaux de Vichy, de Bussang, d'Ems, et parmi les sources de Vichy, celle des Célestins, moins désagréable au goût, sont celles que j'ai administrées de préférence. L'eau magnésienne saturée qui réunit à l'alcalinité une action purgative, m'a paru spécialement indiquée, et je dois dire que dans un cas que j'ai observé à la Charité avec mon excellent ami le docteur Louis, la maladie a eu une terminaison heureuse, sous l'influence, à peu près unique, de cette eau associée à une petite proportion de lait. Mais la saveur de cette eau est désagréable pour la plupart des malades, qui la vomissent ou craignent de la vomir et la refusent.

L'alimentation dans le cours de cette maladie offre des difficultés. Les choses sucrées ne sauraient convenir, et le sucre fait partie essentielle ou accessoire de beaucoup de ces aliments légers qu'on ac-

corde aux malades. En conséquence, c'est surtout aux bouillons animaux peu sapides et peu chargés qu'on est conduit à recourir ici, tels que les bouillons de poulet, de veau, et en particulier le bouillon de grenouilles, comme aussi aux laits divers et surtout au lait d'ânesse, qui est plus léger et celui qu'on se procure dans les villes plus sûrement exempt de toute altération. J'ai quelquefois essayé d'aider à l'action de l'estomac, en ajoutant à chaque tasse de lait une cuillerée à café de rhum, de kirsch ou d'eau-de-vie, mais sans un succès définitif. Seulement à raison des conditions particulières de l'estomac, de l'acidité très-grande des matières qu'il sécrète, le lait doit être combiné avec les substances alcalines, qui en préviennent ou en retardent la coagulation et en rendent la digestion possible. — L'eau de chaux en petite proportion; les eaux minérales alcalines déjà indiquées, sont celles qu'on associe communément au lait, et ce mélange constitue à la fois un moyen d'alimentation plus agréable et un remède contre l'acidité morbide des sécrétions stomacales.

Dans cette affection, comme dans toutes celles où l'alimentation par la bouche est insuffisante, on cherche à y suppléer, autant que possible, par des lavements nourrissants, de petit volume, préparés avec les bouillons animaux de bœuf, de jarret de veau, dans lesquels on dissout des jaunes d'œufs

ou quelque fécule; on y ajoute, s'ils ne sont pas conservés, une petite dose d'opium, qui prévient ou du moins retarde leur expulsion.

Un autre point qui n'est pas sans importance, dans cette funeste maladie, c'est d'étudier la quantité de boisson qu'on peut donner à la fois. Le plus sage est de commencer par de très-petites doses, des cuillerées à café ou à dessert par exemple, et d'augmenter graduellement. (Voyez *dyspepsie grave*, chap. IX, § 2.) Toutefois, il ne faut pas l'oublier, il est quelques sujets qui supportent mieux une petite tasse de liquide, qu'une cuillerée à dessert ou même à café: c'est une exception, dont il faut sans doute tenir compte, mais qui est loin de constituer la règle.

Un moyen encore auquel j'ai plusieurs fois eu recours, mais dans des cas intermédiaires en quelque sorte entre la maladie dont il est ici question et la dyspepsie avec vomissements opiniâtres, c'est l'affusion d'eau froide. Je me demande même si dans la funeste maladie qui fait le sujet de cet article, je n'aurais pas dû le tenter plus fréquemment que je ne l'ai fait, et à une période moins avancée. L'insuffisance des autres moyens me paraît justifier pleinement cette pensée. Tout ce qui a rapport aux affusions froides, trouvera mieux sa place dans le traitement de la dyspepsie avec vomissements opiniâtres dans lequel elles ont eu souvent des succès surprenants.

On aura quelque droit de s'étonner qu'à propos du diagnostic d'une des formes de la dyspepsie, j'aie présenté ici la description presque complète d'une maladie qui n'appartient pas à mon sujet. Mais cette maladie n'ayant été décrite nulle part, n'ayant pas même de nom sous lequel on l'ait désignée, il m'était difficile de la distinguer de la dyspepsie acide sans en donner une description quelconque. J'ai donné à cette description plus d'étendue peut-être que ne le comportent les limites de ce livre; c'est une sorte de hors-d'œuvre qu'on n'y cherchera pas. Mais la mesure, ici, comme en beaucoup d'autres choses, était difficile; et la distinction entre cette redoutable maladie et la dyspepsie acide, ne pouvait être établie complètement, que par une exposition détaillée de celle de ces deux affections, dont la description n'a pas été l'objet d'un traité spécial, et ne se trouve pas même, que je sache, dans les traités généraux de médecine.

CHAPITRE SEPTIÈME.

PRONOSTIC.

La dyspepsie compromet rarement l'existence des individus qui en sont atteints. Dans les formes même les plus graves, dans les dyspepsies les plus longues, dans celles qui durent autant que la vie, ce n'est que par exception que les malades succombent à un trouble essentiel des fonctions digestives. Aussi quand la maladie amène soit rapidement, soit après beaucoup de temps, une altération profonde dans les traits, dans l'embonpoint, dans les forces, le médecin doit-il se demander de nouveau, et rechercher journellement, s'il ne se trouverait pas en présence d'une dyspepsie symptomatique, et par conséquent d'une de ces lésions si nombreuses et si diverses, qui peuvent rester longtemps inaperçues et ne se révéler qu'à une époque plus ou moins éloignée de leur début. Il n'est pas rare en effet de découvrir alors une de ces maladies dont il a été question précédemment, et dont la dyspepsie n'aurait été que l'expression latente. Mais dans d'autres cas qui sont loin, il est vrai, d'être communs, bien qu'ils se soient présentés assez de fois pour ne lais-