

rencier de l'ulcère simple. Dans certains cas, ce diagnostic présente de sérieuses difficultés; Brinton, du reste, a signalé la coexistence des deux affections. Outre la cachexie spéciale, le cancer sera reconnu à l'ensemble des symptômes suivants: il se manifeste surtout dans l'âge mûr et la vieillesse, sa marche est progressive et n'offre pas habituellement de rémissions, sa durée dépasse rarement deux ans; il est caractérisé en outre par une douleur sourde et continue, des vomissements noirs et quelquefois par une tumeur à l'épigastre. Dans l'ulcère simple on constate de préférence: l'âge peu avancé des malades, des rémissions plus ou moins longues, une durée pouvant dépasser quinze ans, des hématomés dans lesquelles le sang est plus abondant et moins modifié, des douleurs très vives, parfois gastralgiques. Enfin le traitement peut amener la guérison de l'ulcère simple, tandis qu'il reste absolument impuissant contre le cancer.

Les prévisions basées sur le signe d'Ewald (degré d'acidité du suc gastrique) ou sur celui de Rommlaëre (abaissement sensible du taux de l'urée urinaire) n'auraient pas la valeur diagnostique qu'on avait pensé d'abord pouvoir fonder sur elles (Dujardin-Beaumetz) (1).

Il n'est pas rare, comme nous l'avons dit, que le cancer de l'estomac échappe à l'observation ou soit pris pour une maladie du cœur, un anévrysme de l'aorte abdominale ou du tronc cœliaque, une tumeur du foie, etc.

TRAITEMENT. — Le traitement malheureusement ne peut être que symptomatique.

La douleur sera calmée par les narcotiques: ciguë, belladone, jusquiame. L'opium administré à l'intérieur ou sous forme d'injections hypodermiques de morphine rend les plus grands services.

(1) Dans des publications toutes récentes, Dieulafoy et G. Sée sont revenus sur le signe d'Ewald et lui ont attribué une valeur diagnostique de premier ordre. Pour déceler la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, ces cliniciens distingués se servent soit de la phloroglucine vanillée (G. Sée), soit du *vert brillant* (Dieulafoy, Lépine). G. Sée conseille de recueillir le suc gastrique le matin une heure après avoir administré au malade un œuf dur et un verre d'eau et à l'aide de l'aspirateur de Potain. En présence du vert brillant, l'acide chlorhydrique donne une belle coloration. Quand on opère avec de la phloroglucine vanillée, on fait évaporer quelques gouttes de liquide gastrique, et autant de gouttes de phloroglucine dans une cupule de porcelaine, à la lampe à esprit-de-vin, ou mieux à l'étuve, car l'opération doit être lente: la présence de l'acide chlorhydrique se décèle par le dépôt de petits cristaux rougeâtres faisant vernis sur la capsule (G. Sée).

Les vomissements et les hématomés seront combattus par la glace *intus et extra*; les préparations anti-émétiques: boissons effervescentes, potion de Rivière, champagne frappé, ou les boissons astringentes: acides minéraux, élixir de Haller, etc.; les digestions seront facilitées et l'appétit sollicité par les médicaments dits eupeptiques: alcalins, pepsine, amers, etc., suivant le cas; mais l'indication à laquelle il importe surtout de satisfaire est de nourrir le malade et de le soutenir autant que possible. L'alimentation lactée est de beaucoup la mieux supportée, et c'est à elle qu'il convient d'avoir recours dans la majorité des cas.

Les lavements nutritifs, et plus particulièrement les lavements de sang défibriné, sont appelés ici à rendre de sérieux services.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les tentatives de cure radicale faites par Péan, Billroth, Southam: tous les essais de résection du pylore, sauf un seul cas de Billroth où il y eut survie pendant trois mois, ont été mortels à courte échéance.

LEBERT. Anatomie pathologique. — Traité pratique des mal. cancér., 1851. — Deutsches Arch. f. klin. Med., 1877, et Revue Hayem, 1879. — GRIESINGER. Arch. f. prakt. Heilk., 1854. — VIRCHOW. Traité des tumeurs. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — CORNIL. Art. Cancer de HEURTAUX, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat. — Mém. de l'Acad. de méd., 1867. — LANCEREAUX. Atl. d'anat. path., 1869. — BRINTON. Op. cit. — B. TEISSIER. Cancer de l'estomac, fistule péri-ombilicale (France méd., 1875). — A. LAVERAN. Deux observations d'épithélioma à cellules cylindriques des voies digestives (Arch. de physiol., 1876). — CHENEL. Ét. clin. sur le cancer latent de l'estomac, th. de Paris, 1877. — CULLINGSWORTH. Case of cancer in an infant six weeks old (Brit. med. Journ., t. II, 1877). — PÉAN. De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrotomie (Gaz. des hôp., mai 1879). — BILLROTH. Trois pylores réséqués, 2 morts (Berlin. klin. Wochenscr.). — PROUDON. De l'alimentation rectale, th. de Lyon, 1880. — R. TRIPIER. De la diarrhée dans le cancer de l'estomac (Lyon méd., 1881). — DEBOVE. Contrib. à l'étude du cancer de l'estomac et de la laparotomie (Un. méd., 1882). — B. TEISSIER. Des pseudo-cancers de l'estomac (Soc. méd., Lyon, 1882). — DUJARDIN-BEAUMETZ. Sur le diagn. du cancer de l'estomac (Gaz. hebdom., 1884). — BARD. Note sur le cancer précoce de l'estomac (Lyon méd., 1884). — M. MATHIEU. Cancer précoce de l'estomac, th., Lyon, 1884. — DESCHAMPS. Diagnost. et trait. du cancer de l'estomac, th., Paris, 1885. — TROISIER. Ganglions sus-clav. dans le cancer de l'estomac (Soc. méd. hôp., 1886). — FEULARD. Fistule ombil. dans le cancer de l'estomac (Arch. gén. méd., 1887). — L. DIEULAFOY. Leçon sur le cancer de l'estomac (Sem. méd., 1887). — G. SÉE. Les acides de l'estomac (Bull. Acad. de méd. et tirage à part, 1888). — RINDFLEISCH. Histologie pathologique, traduit par Gross et Schmitt, Paris 1888, p. 406.

DYSPEPSIE

On désigne sous le nom de *dyspepsie* un état pathologique permanent des fonctions digestives, caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion, sans lésions anatomiques appréciables. La dyspepsie ne doit donc pas être considérée comme une entité

morbide, une maladie particulière ; ce n'est qu'un symptôme, une collection de phénomènes morbides, la plupart fonctionnels, de provenances très diverses (Gubler, G. Sée, Raymond, Damaschino), et pouvant se rattacher aussi bien à une affection stomacale primitive qu'à une altération d'un organe éloigné, ou à un trouble de l'état général. Aussi la dyspepsie est-elle tantôt *essentielle* (1), tantôt *symptomatique*.

HISTORIQUE. — Il est peu de sujets qui aient, autant que la dyspepsie, exercé la sagacité des cliniciens, suscité plus de travaux et qui cependant restent entourés de plus d'obscurités. Il serait trop long de rapporter ici les théories nombreuses qui ont été émises sur la nature de la dyspepsie et les classifications qu'on en a proposées, depuis Hippocrate jusqu'à celles que G. Sée, Dujardin-Beaumez, Allemand, Leven, Brochin, viennent de donner dans des ouvrages récents. On sait que les médecins grecs considéraient la digestion comme une véritable *coction* ; aussi la dyspepsie n'était-elle pour eux qu'un retard ou une absence de cette cuisson, un simple état de *crudité* des aliments. Cette manière d'envisager la dyspepsie comme un trouble fonctionnel fut celle de Celse, d'Arétée de Cappadoce, de Galien qui créa un certain nombre de degrés et de divisions dans la maladie (*bradypepsie*, *apepsie*). Plus tard, les nosologistes, Sauvages, Bosquillon, le traducteur de Cullen, etc., établirent une foule d'espèces et de variétés, de petites entités morbides indépendantes, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme. Cependant Cullen (1797) était déjà revenu à l'idée d'un trouble fonctionnel de l'estomac, auquel Broussais allait bientôt donner une importance capitale en remplaçant non seulement la dyspepsie, mais la plupart des maladies, par l'irritation du tube digestif.

La réaction contre les exagérations de la théorie du professeur du Val-de-Grâce ne se fit pas attendre, et, dès 1827, Barras n'hésitait pas à faire de la dyspepsie une simple névrose, opinion admise

(1) La *dyspepsie-maladie* existe en effet en tant que syndrome clinique primitif. On ne saurait nier l'existence de la dyspepsie-névrose ; ce qui le démontre bien, ce sont les troubles dyspeptiques éprouvés par le soldat atteint de nostalgie, par l'homme d'affaires tourmenté par de lourdes préoccupations, troubles gastriques qu'aucune médication n'améliore et qui cèdent brusquement soit par le retour au pays, soit par une spéculation plus heureuse (B. Teissier, Leçons cliniq. de l'Hôtel-Dieu de Lyon). Ces vues sont conformes d'ailleurs à celles qui ont été exposées dans ces derniers temps par Leube, Leyden, Ewald, dans d'importantes communications sur la dyspepsie nerveuse ou neurasthénique.

pleinement par Dalmas et par Andral lui-même, plus près de nous aussi par Pidoux et le professeur Lasègue. Les idées de Broussais ne furent cependant jamais abandonnées d'une façon absolue : Chomel, Nonat, Beau, Durand-Fardel, Trousseau, Handfield-Jones, Rokitansky, Niemeyer, Willième, Bottentuit, Brinton, Luton, etc., soutinrent des manières de voir à peu près identiques et parfois même exagèrent cette tendance, dont l'expression la plus significative se trouve dans le récent travail de Leven, à considérer la dyspepsie comme un véritable trouble fonctionnel du ventricule.

On voit, par ce simple et rapide exposé, de combien de difficultés est entourée cette question de la dyspepsie. Le terme lui-même disparaîtra peut-être un jour du vocabulaire médical, comme déjà tant d'autres maladies que l'on désignait d'après leurs principaux symptômes (Lasègue), et cela vraisemblablement lorsque nous connaîtrons mieux la pathogénie de ce symptôme morbide (G. Sée). Il n'en est pas moins vrai que si, dans la grande majorité des cas, la dyspepsie est symptomatique, elle existe aussi pour *son propre compte* ; elle a autant de droit pour avoir une existence indépendante, que l'accès d'asthme purement nerveux et isolé du catarrhe bronchique (B. Teissier).

Déjà G. Sée a tenté un essai de classification de la dyspepsie d'après ses variétés pathogéniques. Il divise les dyspepsies en cinq grands groupes : 1° dyspepsies glandulaires ; 2° dyspepsies muqueuses ; 3° dyspepsies nervo-vasculaires ; 4° dyspepsies *ab ingestis* ; 5° dyspepsies par mécanismes complexes et variés. Au point de vue symptomatique, nous croyons qu'on suivra avec avantage la classification de Gubler, qui a proposé les catégories suivantes : 1° dyspepsie douloureuse et spasmodique ; 2° dyspepsie atonique ; 3° dyspepsie catarrhale ; 4° dyspepsie inflammatoire. Dujardin-Beaumez, se plaçant au point de vue clinique et thérapeutique, après avoir séparé tout d'abord les dyspepsies buccale et intestinale, divise la dyspepsie proprement dite ou stomacale suivant les modifications éprouvées par les tuniques, les glandes, les vaisseaux et les nerfs qui entrent dans la constitution anatomique de l'estomac. On a ainsi une dyspepsie par atonie de la tunique musculaire (dyspepsie atonique et flatulente) ou par accroissement d'énergie musculaire (vomissement) ; par altération des sécrétions glandulaires (dyspepsies putride, acide, pituiteuse) ; par troubles d'origine nerveuse (dyspepsie gastralgique, dysorexie, anorexie, boulimie, etc.). Suivant la marche, l'âge des sujets, l'étiologie, on pourrait enfin distinguer des dyspepsies

accidentelles, habituelles, des vieillards, des enfants ; des dyspepsies hépatique, utérine, dyscrasique, etc.

ÉTILOGIE. — Raymond range les causes de la dyspepsie sous trois chefs : *causes prédisposantes*, *causes mixtes*, c'est-à-dire à la fois prédisposantes et déterminantes, *causes déterminantes*.

La première des *causes prédisposantes* est l'âge. Fréquente chez l'enfant en bas âge et apparaissant sous l'influence de l'allaitement artificiel ou par suite de l'usage d'un lait de mauvaise qualité, d'un sevrage prématuré, la dyspepsie est presque inconnue pendant l'adolescence ; elle redevient fréquente chez les adultes et chez les vieillards : chez ces derniers, la dyspepsie est vraisemblablement due à la dégénérescence sénile et athéromateuse des artères. Le sexe féminin prédispose à la dyspepsie à cause des habitudes sédentaires et de l'impressionnabilité nerveuse de la femme, mais la proportion est rétablie par la plus grande fréquence de l'alcoolisme chez l'homme. L'hérédité enfin a parfois une influence évidente.

Les causes mixtes sont très nombreuses. La dyspepsie se rencontre fréquemment chez les gens à habitudes sédentaires (employés de bureau, tailleurs, cordonniers) ; chez ceux qui dorment pendant le travail de la digestion ou qui, au contraire, se donnent trop d'exercice, fait ayant pour résultat de diminuer l'acidité du suc gastrique par exagération de la sueur (Gallard). Les changements de saisons et de température, les habitations malsaines, etc., jouent encore le rôle de causes prédisposantes. Il en est de même du travail intellectuel exagéré, de l'habitude de travailler immédiatement après les repas ou de lire en mangeant, des émotions morales vives ou dépressives, etc.

Vient ensuite une longue série de causes ayant toutes comme caractère commun un affaiblissement général de l'organisme (Raymond) : insomnie, veilles prolongées, hémorragies, bains tièdes répétés, leucorrhée, onanisme, etc.

La dyspepsie s'observe fréquemment dans les maladies du foie, de l'intestin (*dyspepsie iléo-cæcale* de Bachelet, entéroptose de F. Glénard), de l'utérus (dyspepsie qualifiée de *sympathique* par nombre d'auteurs), des voies génito-urinaires (A. Mercier, Guyon) ; dans la convalescence des fièvres graves (dothiéntérie) ; dans les affections générales modifiant profondément la crase sanguine (*dyspepsie dyscrasique* de Vulpian), les anémies (G. Sée), la chlorose, etc. ; dans les diathèses, la goutte, le rhumatisme, la syphilis (Trousseau, Fournier), la tuberculose où elle se montre fréquemment comme symptôme initial, alors que les lésions anatomiques sont

encore à leur minimum. Dans un dernier groupe, nous placerons les névroses, plus particulièrement, l'hystérie, la neurasthénie, et les affections du système cérébro-spinal.

Signalons enfin les contusions de l'épigastre, la compression de l'estomac par les corsets ou les ceintures, par une tumeur, par l'appendice xiphoïde dévié (chez les gibbeux, par exemple).

Les causes *déterminantes* ou *directes* dépendent surtout des excès de table ou au contraire de l'insuffisance des aliments, d'une alimentation lourde ou exclusive, des irrégularités des repas, de l'abus des boissons (*dyspepsie des liquides* de Chomel), ou des substances excitantes ou médicamenteuses, d'un défaut de mastication ou d'une insuffisance de l'insalivation.

DESCRIPTION. — La symptomatologie de la dyspepsie est très variable, ce qui a permis de créer de nombreuses variétés.

L'appétit est presque toujours modifié : assez souvent il est diminué, d'autres fois il est augmenté et le malade, à intervalles plus ou moins rapprochés, éprouve un impérieux besoin d'ingérer quelque aliment. Les perversions les plus diverses, les exagérations les plus bizarres et les plus inattendues s'observent assez fréquemment, surtout chez les femmes enceintes, les chlorotiques, etc. (boulimie, pica, malacia). La soif est généralement augmentée, et l'on voit des malades absorber des litres d'eau froide, de tisanes amères, astringentes, etc.

Les aliments en arrivant dans l'estomac donnent lieu à des phénomènes variables. Quelquefois ce n'est qu'un sentiment de gêne, de tension, de lourdeur à la région épigastrique ; le malade est somnolent, sa face est vultueuse, il a du hoquet, des bâillements, des pandiculations. Dans d'autres cas la dyspepsie revêt la forme *douloureuse* ; la douleur est sourde et continue, lancinante et irrégulière, parfois assez vive pour déterminer la syncope (*dyspepsie syncopale* de Guipon).

Il n'est pas rare d'observer, dans le cours du repas, une distension très marquée de l'estomac, forçant le malade à desserrer ses vêtements et se traduisant par un ballonnement abdominal limité à l'épigastre, par des éructations plus ou moins nombreuses, par un bruit de fluctuation stomacale rappelant la succussion hippocratique. Cette production rapide du gaz a été attribuée à tort à la déglutition d'une certaine quantité d'air ; elle est due bien plutôt à la décomposition des ingesta ou à une production exagérée de gaz sous l'influence du système nerveux, les tuniques de l'estomac étant relâchées. Les malades ont fréquemment des renvois muqueux, pituiteux (*gastrorrhée*), ou bien

des régurgitations remarquables par leur âcreté et leur acidité (dyspepsie *acide*), déterminant derrière le sternum une sensation de brûlure ou *pyrosis*. Enfin il se produit souvent à la fin des repas un état nauséux suivi ordinairement de vomissements dans lesquels le dyspeptique rend, plus ou moins digérées déjà, plus ou moins mélangées à du sang ou à des micro-organismes, toutes les substances alimentaires qu'il a ingérées. On observe quelquefois une espèce de *rumination* (*mérycisme*).

Les fonctions intestinales sont généralement troublées : on observe parfois de la diarrhée et même de la lientérie, les aliments traversant trop rapidement la portion absorbante du tube digestif; mais le plus souvent la dyspepsie s'accompagne de *constipation*. D'après G. Sée, il faudrait considérer cette constipation non comme un symptôme, mais comme une cause de dyspepsie. Dans la grande majorité des cas la constipation et la diarrhée s'observent alternativement. Sous l'influence de ces divers troubles morbides, certaines parties du tube intestinal subissent une véritable inertie fonctionnelle qui entraîne un retrait du conduit et un rétrécissement notable de son calibre; rétrécissement appréciable à la palpation abdominale qui permet de reconnaître l'existence d'un cordon fibreux et mobile que Glénard, suivant son siège, a décoré du nom de *corde colique*, *cordon iliaque*, *boudin cacal*, etc.

Souvent aussi le tube intestinal est le siège dans tout son parcours de douleurs très pénibles et qui s'exaspèrent par la pression; ces douleurs seraient sous la dépendance de l'excitation des plexus nerveux (plexus solaire ou cœliaque) (Leube, Ewald). Les malades accusent fréquemment des palpitations ou des intermittences du pouls (1), de l'essoufflement, de la dyspnée, de la toux. Mais de ces troubles fonctionnels éloignés ce sont de beaucoup les phénomènes nerveux qui sont les plus importants : céphalalgie, insomnie, troubles nerveux, névralgies intercostales (Beau), anesthésie (Beau, Trousseau), amblyopie et dyschromatopsie (Chomel, Landolt, Grand-Clément), bourdonnements d'oreilles, troubles de calorification (refroidissement des extrémités avec bouffées de chaleur à la face). Le vertige (*vertigo a stomacho læso seu per consensum ventriculi*, Trousseau) s'observe fréquemment et varie beaucoup de caractère, bien que la forme *giratoire* soit l'une des plus fréquentes. Il se produit souvent au moindre mouvement, mais surtout par suite du redressement

(1) Voy. plus haut, *Dilatation cardiaque*, et plus loin, *Maladies du foie et du péritoine*, pour la pathogénie de ces troubles circulatoires.

brusque de la tête pour regarder en avant et en haut (Trousseau); l'action de se lever, de marcher ou de s'asseoir suffit parfois pour le provoquer. On peut l'observer aussi dans la période digestive (un mets qui répugne à l'estomac, une émotion un peu vive suffisent pour le déterminer). D'après G. Sée, le vertige stomacal dépendrait uniquement de l'anémie; pour Luton, il y aurait toujours une impression partie de l'intestin et dépendant de l'inégale tension des gaz en deux points voisins; Jaccoud admet une perturbation du système nerveux central par action réflexe des pneumogastriques. Les troubles de l'intelligence (obtusité et paresse intellectuelles, mélancolie hypochondriaque) sont assez fréquents.

L'état général est variable. Parfois le malade conserve un embonpoint normal (goutteux); le plus souvent le dyspeptique maigrit et, si son état persiste, finit par se cachectiser; les forces diminuent, la peau se décolore et devient rugueuse par défaut de perspiration, les extrémités ont de la tendance à se refroidir, il se produit des éruptions cutanées (Hardy) et le malade peut succomber. Ces phénomènes sont certainement sous la dépendance de l'anémie globulaire. D'après Beau et Morache, le sang des dyspeptiques serait fort pauvre en fibrine; d'après G. Sée, la déperdition la plus notable qu'il éprouve porte sur le chiffre de l'albumine.

La marche, la durée, la terminaison de la dyspepsie sont des plus variables. Des rémissions trompeuses suivies d'exacerbations peuvent pendant des années se succéder chez le même dyspeptique; le pronostic dépend essentiellement de la nature de la cause productrice.

DIAGNOSTIC. — La douleur gastralgique est un symptôme si commun chez les dyspeptiques, que Luton n'admet pas la description séparée de la gastralgie et de la dyspepsie : la confusion ne doit pas être faite cependant et sera facilement évitée par la connaissance de la marche des accès douloureux. Avec la gastrite chronique la confusion est plus facile, et cela se comprend aisément : car la limite entre le simple trouble dynamique et les troubles avec lésions anatomiques est forcément indécise dans bien des cas (Raymond). Il est plus facile de distinguer la dyspepsie essentielle de l'ulcère rond et du cancer stomacal, bien que ceux-ci s'accompagnent fréquemment de troubles dyspeptiques dont il faut alors reconnaître la nature (1).

(1) On ne négligera pas, dans les cas embarrassants, de recourir à l'ex-

On se rappellera que dans bon nombre de cas la dyspepsie est secondaire, et l'on devra s'attacher à déterminer exactement l'ensemble des conditions au milieu desquelles elle a pris naissance. De ce diagnostic étiologique dépendra le succès de la médication à instituer.

TRAITEMENT. — Le traitement de la dyspepsie doit varier suivant les formes de la maladie. Aux dyspepsies douloureuses le médecin opposera les narcotiques et les antispasmodiques; aux formes catarrhales, les évacuants, les hypercriniques; aux formes irritatives, les émissions sanguines et les révulsifs; aux formes neurasthéniques, les stimulants diffusibles, les agents modérateurs de l'excitabilité réflexe et les toniques; aux dyspepsies d'ordre mécanique enfin, des appareils propres à rétablir la statique normale des viscères abdominaux.

Le régime qui convient aux dyspeptiques est très variable: comme le faisait remarquer Trousseau, le plus utile est celui que le malade supporte le mieux. On apportera la plus scrupuleuse attention aux règles hygiéniques aux points de vue de la *quantité* et de la *qualité* des aliments. Le régime lacté, la viande crue, les salaisons, les viandes fumées, sont en général très bien supportés. En règle générale on prescrira une *alimentation mixte*: un régime trop azoté engendrerait de la dyspepsie putride par insuffisance de l'acide lactique; une surcharge de féculents entraînerait la dyspepsie flatulente. Les heures des repas seront soigneusement réglées, chez les enfants notamment; des tétées très rapprochées sont une cause fréquente de dyspepsie par surcharge de l'estomac. L'*exercice musculaire* après les repas est indiqué, mais, comme nous l'avons vu, ne doit jamais être exagéré.

La médication proprement dite varie avec chaque forme de la maladie. Dans la dyspepsie névrosique, c'est surtout à l'*opium* qu'il faut avoir recours: on l'emploie soit avant les repas, soit après l'ingestion des aliments. A ce moment on peut aussi donner les anesthésiques (éther, chloroforme), les spiritueux aromatiques, ou faire appliquer des compresses chaudes sur l'épigastre. Dans les dyspepsies atoniques on emploiera les apéritifs, les amers, qui activent les fonctions gastriques et produisent la contraction des tuniques: le colombo, le quassia, la noix

ploration thermométrique locale, M. Peter ayant montré que dans le cancer de l'estomac la température locale peut dépasser la normale de 0°,7 à 1°,5 (Société clinique de Paris, 1879).

vomique, la centaurée, la gentiane, l'extrait d'absinthe, etc. En même temps on prescrira les *eupeptiques* (Gubler), les alcalins qui exagèrent les sécrétions acides de l'estomac (Cl. Bernard) et agissent en même temps sur l'économie (Trousseau), les acides (acides chlorhydrique et lactique) qui suppléent au manque d'acidité du suc gastrique et qui réussissent souvent fort bien chez les tuberculeux; la diastase, la pepsine et la pancréatine.

La dyspepsie atonique s'accompagne fréquemment de météorisme et de pyrosis. Dans le premier cas, on aura recours aux absorbants, au charbon, à la craie préparée, au bismuth, à la magnésie calcinée, que l'on associera à l'opium s'il existe en même temps des troubles névrosiques, à la rhubarbe dans le cas de constipation habituelle; si l'atonie des tuniques s'accompagne de dilatation stomacale, ce qui est assez fréquent, on dirigera la thérapeutique plus spécialement dans ce sens (médication absorbante et antiseptique, bicarbonate de soude, magnésie, iodoforme, etc.); on pourra même, si ces préparations avaient échoué, faire des lavages soit avec de l'eau pure, soit avec de l'eau minérale, suivant la méthode de Küssmaul; si la dyspepsie s'accompagne de catarrhe et de saburres, les évacuants, vomitifs et purgatifs, sont nettement indiqués. L'électrisation des parois abdominales a été recommandée en pareil cas (Semmla), et son application plusieurs fois suivie de succès.

Certains symptômes méritent une attention spéciale. La *boulimie* réclame l'emploi de l'opium et de la belladone; la *diarrhée chronique*, qu'on observe parfois, est passible de la même médication, à laquelle on ajoutera le sous-nitrate de bismuth, le ratanhia, etc. La *constipation* sera traitée par la rhubarbe et l'aloès, à l'exclusion des purgatifs salins. La moutarde blanche, la graine de lin, le soufre, le charbon, combattent la constipation en livrant à l'intestin une masse de matières inertes sur laquelle peut s'exercer la contraction intestinale (Luton). C'est dans le même but qu'on ordonnera un régime alimentaire donnant lieu à un abondant résidu (pain de son, légumes verts).

L'immobilisation des anses intestinales par une ceinture bien adaptée (Gueneau de Mussy, F. Glénard), en supprimant les douleurs de la période digestive ou en redressant les viscères qui opèrent une traction sur l'estomac, est suivie souvent des meilleurs résultats.

Mais on n'oubliera jamais d'instituer un traitement général dirigé contre les maladies constitutionnelles sous l'influence desquelles la dyspepsie s'est produite.

Enfin le traitement par les eaux minérales donne souvent les meilleurs résultats. La dyspepsie douloureuse, surtout lorsqu'elle dépend d'un état diathésique, demande l'emploi des eaux alcalines ou carbonatées calcaires : Vals, Vichy, Pougues, Saint-Alban, Alet. La dyspepsie atonique sera fréquemment très améliorée par une cure reconstituante avec les eaux martiales gazeuses ou bicarbonatées de Spa, de Saint-Christophe, Bussang. La dyspepsie rhumatismale est avantageusement traitée à Plombières, Luxeuil, Aix-les-Bains, etc.

L'hydrothérapie (Beni-Barde) et les bains de mer (Trousseau, Sidour) rendent également de grands services.

B. TEISSIER. De l'influence des découvertes chimiques et physiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des maladies des organes digestifs (Gaz. méd. de Lyon, 1856). — CHOMEL. Des dyspepsies. Paris, 1857. — MORACHE. Essai sur l'anémie globulaire et ses rapports avec la dyspepsie, th. de Paris, 1859. — NONAT. Traité des dyspepsies, 1862. — GUIVON. Traité de la dyspepsie. Paris, 1864. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — G. SÉE. Leçons de pathologie expérimentale : Du sang et des anémies, 1867. — W. FOX. Diseases of the Stomach in Russell Reynolds's System of Medicine, t. II, 1868. — BOTTENTUIT. Des gastrites chroniques, th. de Paris, 1869. — BRINTON. The Diseases of the Stomach. London, 1864, trad. franç. de Riand, 1870. — LASÈQUE. Introduction au traité de Brinton. — LUTON. Art. *Dyspepsie*, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., 1872. — GUBLER. Cours de la Faculté de médecine de Paris, 1874, et Commentaires du Codex. — VULPIAN. Leçons sur le suc gastrique, 1874. — GALLARD. Clinique médicale de la Pitié, 1877. — RAYMOND. Des dyspepsies, th. pour l'agrég., 1878. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clin. thérap., 2^e fasc. Paris, 1879. — LEVEN. Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1879. — DAMASCHINO. Maladies des voies digestives. Paris, 1880. — BARIÉ. Accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépat. (Rev. méd., 1883). — J. TEISSIER. Influence de la dyspepsie sur les intermittences cardiaques (Soc. méd. Lyon, 1883). — ALLEMAND. Étude clinique sur la dyspepsie gastrique, th., Montpellier, 1883. — LEUBE. Dyspepsie nerveuse (Congrès méd. intern. Berlin, 1884). — HUCHARD. Régime sec dans les maladies de l'estomac et principalement dans la dyspepsie des liquides (Bullet. de théor., 1884). — STILLER. Die nevioren Magans. Krankheiten. Stuttgart, 1884. — LEVEN. Estomac et cerveau. Paris, 1884. — BROCHIN. Art. *Dict. encyc.*, 1885. — F. GLÉNARD. Entéroptose et neurasthénie (Lyon méd., 1885). — LEYDEN. Dyspepsie nerveuse (Berlin kl. Woch., 1886). — EWALD. Die Neurasthenia dyspep. cod. loc., 1886. — MULLER. Essai sur la dyspepsie card., th., Paris, 1886. — HERVÉ DE LAVAURE. Dyspepsie neurasth. Paris, th., 1886. — BOUCHARD. Leçons sur les auto-intoxic. Paris, 1887. — GRAND-CLÉMENT. Troubles visuels dyspeptiques (Société franç. d'ophthal., 1887).

DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC

Les médecins des premiers âges avaient parfaitement connaissance de la dilatation de l'estomac, et les anatomistes des seizième et dix-septième siècles nous en ont transmis de nombreuses et bien curieuses observations; on peut même dire que, dans la pre-

mière moitié de notre siècle, J. Frank, Duplay, Canstatt, Cruveilhier, etc., en ont fait une description méthodique portant aussi bien sur les causes qui pouvaient lui donner naissance que sur les altérations qui en étaient la suite. Quoi qu'il en soit, et pour des motifs difficiles à saisir, la dilatation de l'estomac fut presque complètement oubliée pendant près de trente ans, et il ne fallut rien moins que le grand mémoire de Küssmaul sur l'usage de la pompe stomacale, pour réveiller l'attention des observateurs et susciter la production de travaux importants qui ont remis cette intéressante affection en pleine lumière. Parmi eux, il faut signaler surtout les recherches de Ch. Bouchard, puis celles de Luton, Hilton-Fage, Leven, Sée, Dujardin-Beaumetz, les importantes monographies de Penzoldt et de H. Thiébaud (de Nancy), et enfin les mémoires récents de Ozer, Audhouy, G. Sée et Mathieu, Comby, Giraudeau, Chantemesse et Lenoir, etc., qui font aujourd'hui de la dilatation de l'estomac un des symptômes morbides les mieux étudiés.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Les causes de la dilatation stomacale ne sont point toujours d'une interprétation aisée; et si l'on éprouve peu d'embarras à admettre l'*ectasie stomacale secondaire* ou mécanique, celle, en d'autres termes, qui se produit par le fait d'un obstacle s'opposant au cours des matières à travers l'orifice pylorique, les hésitations commencent lorsqu'il s'agit de faire le départ des *ectasies primitives*, d'établir leurs rapports avec les dyspepsies, de saisir leur mécanisme. L'avenir apportera sans doute des éclaircissements et des modifications à nos classifications d'aujourd'hui; toutefois, il semble qu'en l'état de nos connaissances, et après une étude rigoureuse des faits recueillis, on puisse diviser en trois grandes catégories les conditions étiologiques de cette maladie. En effet, il y a : 1^o les dilatations mécaniques proprement dites, ou par obstruction pylorique; 2^o les dilatations par altération des parois du ventricule qui ne peuvent plus résister à la distension; 3^o enfin, les dilatations par parésie primitive ou purement fonctionnelle de l'élément contractile.

Dans la première catégorie, nous rangeons les dilatations consécutives au rétrécissement de l'orifice pylorique : rétrécissement cancéreux, fibreux (Cruveilhier), cicatriciel (Dujardin-Beaumetz), par compression ou par corps étrangers (noyaux de cerise, hydrides (Jodon), rein flottant, cholécystite calculeuse, rétrécissement spasmodique du sphincter pylorique, conséquence possible d'ulcérations superficielles de la muqueuse, ainsi que Küssmaul en a rapporté des exemples). La dilatation des gros mangeurs, ou par