

surcharge de l'estomac, rentre aussi dans cette catégorie de faits, ainsi que l'ectasie par adhérence périphérique du viscère (Mauchart) et la dilatation de l'estomac suite d'entéroptose du gros intestin (F. Glénard) (1).

Les dilatations par *altération primitive* des parois stomacales comprennent surtout les cas d'ectasie survenus dans le cours d'une dyspepsie ou d'un catarrhe muqueux de l'estomac (Oppolzer, Hirsch, Leven); que ce catarrhe soit primitif, comme chez les alcooliques (Leven), ou qu'il soit consécutif à une affection cardiaque (cas de Bernheim). Cette catégorie de faits englobe la plupart des observations décrites autrefois par Chomel sous le nom de *dyspepsie des liquides*. A elle aussi se rapportent les dilatations qui succèdent à la gastro-entérite des nouveau-nés, suite d'alimentation vicieuse (Comby, Moncorvo, Blache), les dilatations si fréquentes à la suite de la fièvre typhoïde (Mentoya, Legendre), et celles qui résultent d'une inflammation traumatique propagée de la séreuse péritonéale à la tunique musculaire sous-jacente (faits aigus de Gros et de Kœberlé).

Peut-être même faut-il attribuer à une cause identique (altération primitive de la tunique musculaire de l'estomac) les dilatations stomacales si souvent observées (Louis, Bernheim), au début ou dans le cours de la tuberculose pulmonaire. Pour ce qui est de l'influence de la goutte et du rhumatisme, bien qu'elle ne puisse être révoquée en doute, son mécanisme n'est point encore saisissable.

Quant à la troisième catégorie de faits, elle comprend l'ectasie primitive du ventricule gastrique, la *dilatation diathèse* de Ch. Bouchard, comme aussi la dilatation d'ordre neurasthénique ou par affaiblissement général du système nerveux. Sous cette influence, l'appareil neuro-musculaire de l'estomac frappé d'atonie est incapable de lutter contre les causes de distension; et, arrive une affection aiguë, même transitoire, une série d'émotions ou de fatigues, la cavité ventriculaire, dans l'impossibilité de revenir

(1) L'excellente description donnée par F. Glénard des divers ligaments suspenseurs servant de point d'attache au gros intestin, rend très facilement compréhensible le mécanisme par lequel un traumatisme entraînera une chute, un déplacement de l'angle droit du côlon mal fixé et à sa suite l'abaissement du côlon transverse. Celui-ci, lié étroitement à l'estomac par un ligament très court (ligament pylori-colique), entraînera fatalement en s'abaissant la paroi gastrique à laquelle il est attaché, d'où dilatation stomacale consécutive, et plus tard développement du cortège symptomatique propre à la dilatation et parfois de tous les accidents nerveux qui l'accompagnent.

sur elle-même, se laissera dilater, et l'ectasie gastrique, avec toutes ses conséquences anatomiques et symptomatiques, se trouvera ainsi constituée.

C'est ainsi que les choses se passent le plus souvent chez certains rhumatisants nerveux, chez les hystériques neurasthéniques et la plupart des hypochondriaques.

A côté de ces dilatations dites primitives, il faut mentionner encore les dilatations d'ordre probablement réflexe qui sont susceptibles de se développer à la suite d'une altération d'un organe voisin (foie, intestin, etc.), et qui, par leur point de départ, comme par leur mécanisme, peuvent être à juste titre considérées comme le pendant des dilatations cardiaques d'ordre gastro-hépatique.

La dilatation de l'estomac est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 4 à 5 (Hirsch), et, de l'avis de tous les auteurs, plus commune surtout de trente à quarante ans. Toutefois, les dernières recherches de Comby, Blache, Moncorvo, etc., ont prouvé qu'elle était loin d'être rare chez les enfants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques qui accompagnent et caractérisent la dilatation de l'estomac varient avec les causes qui lui ont donné naissance; mais, si l'on fait abstraction de ces altérations connexes, pour considérer seulement les altérations appartenant en propre à l'ectasie ventriculaire, il ressort des rares faits bien étudiés, et dont on a pu faire l'autopsie, que les altérations spéciales à la maladie portent : 1° sur la tunique musculaire; 2° sur la membrane muqueuse.

Les lésions de la couche musculaire sont représentées quelquefois par un amincissement considérable de la couche contractile (forme atrophique de Cruveilhier et de Naumann), plus souvent par un épaissement marqué de cette couche. D'après H. Thiébaud, cet épaissement tient à une *hypertrophie quantitative* des fibres musculaires, dont l'intégrité intrinsèque a d'ailleurs été plusieurs fois constatée. Ces différences résulteraient uniquement, d'après Mitterbacher, de la brusquerie ou de la lenteur avec laquelle la dilatation se serait produite. L'hypertrophie est parfois assez marquée au niveau du sphincter pylorique pour être nettement perçue par la palpation à travers les parois abdominales.

La muqueuse, de son côté, a subi un certain nombre de modifications importantes; l'épithélium est généralement détruit; il peut avoir disparu sur toute la surface du viscère. Quant aux



glandes, lorsqu'elles n'ont pas été détruites, elles sont le siège d'une augmentation de volume et d'une altération particulière des cellules à pepsine, dont le noyau s'offre très apparent à la vue, au milieu d'une masse protoplasmique à bords irréguliers et en voie de fragmentation (molécularisation cellulaire de Mathias-Duval). Le tissu cellulaire sous-muqueux est hyperplasié et les vaisseaux qui le sillonnent, loin d'être sclérosés, comme on l'avait soutenu d'abord, sont généralement dilatés.

Quant à la dilatation elle-même, elle porte habituellement sur la grande courbure dont la situation varie dans la cavité abdominale, suivant le degré de l'ectasie : les faits ne sont pas rares où elle a été vue descendre jusqu'au niveau du pubis. Dans la majorité des cas, elle s'étend jusqu'au-dessous de l'ombilic et mesure en moyenne de 60 à 80 centimètres de longueur. Fait important, depuis longtemps du reste observé par Lieutaud, un des premiers effets de la dilatation stomacale est de rapprocher et de ramener sur le même plan horizontal les deux orifices de la cavité gastrique.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — La dilatation stomacale se traduit par un certain nombre de signes physiques dont la réunion est caractéristique. Parmi les plus importants on compte : le gonflement de la région épigastrique avec sonorité tympanique de la zone préstomacale, et perception par la succussion du malade d'un bruit de *glou-glou*, ou mieux encore d'un bruit de *clapotement* (1) par la palpation brève, par l'ébranlement rapide de la région de l'épigastre. L'auscultation permet aussi de reconnaître pendant l'ingestion des liquides, l'existence d'un bruit de chute qui ne se perçoit pas à l'état normal.

Quant aux *troubles fonctionnels*, ils se déduisent aisément des perturbations mécaniques apportées dans l'acte de la digestion par la dilatation ventriculaire. Le séjour prolongé des aliments

(1) Le bruit de glou-glou obtenu par la succussion est le fait du brassement des liquides contenus dans l'estomac avec les gaz qui y sont renfermés. C'est donc un bruit hydroaérique. Sa valeur n'est point absolue. Plus sérieuse sans contredit est la perception du clapotement qui est simplement la mise en vibration de la couche supérieure d'une nappe liquide. Mais pour que ce bruit de clapotement ait une importance révélatrice réelle, il faut qu'il se perçoive au-dessous d'une ligne horizontale passant par le cartilage d'union de la neuvième et de la dixième côte, et qu'il s'entende en dehors de la période digestive (Bouchard). Pour Baradal (th. de Paris, 84), il est normal quand il ne s'entend que deux heures après l'ingestion d'un liquide et six heures après l'ingestion d'un repas ordinaire.

entraîne une pesanteur épigastrique avec dégagement de gaz putrescibles dont la présence va déterminer d'abord une série de phénomènes dyspeptiques qui se traduisent par de la gastralgie, de la gêne dans l'épigastre, des renvois avec éructation, et finalement des vomissements. Ces vomissements, qui contiennent des peptones, des liquides très acides, mais pas de pepsine, rendent compte en partie du dépérissement marqué qui accompagne en général la dilatation de l'estomac. Ils présentent ceci de particulier qu'ils contiennent souvent des substances ingérées plusieurs jours auparavant, à l'exclusion des mets introduits au dernier repas. Louradour-Ponteil explique ce fait, en apparence paradoxal, par les différences de densité qui entraînent au fond du ventricule les aliments récemment absorbés. Dans quelques cas plus rares, les vomissements sont colorés par le sang, parfois même ils sont complètement sanguins.

La constipation est la règle, mais elle est interrompue parfois par des débâcles diarrhéiques.

Comme dans la dyspepsie invétérée, la dilatation stomacale peut engendrer des troubles nerveux profonds : troubles de la sensibilité générale, hypochondrie, nervosisme, migraine, aphasie transitoire, vertiges, hallucinations systématiques, troubles vasomoteurs d'ordres variés, etc.; Küssmaul a même cité des crampes musculaires et des crises épileptiformes. Ces accidents nerveux liés à la dilatation de l'estomac, ont été dans ces derniers temps l'objet d'études toutes particulières. Dujardin-Beaumetz, Laprévotte, Bouchard ont signalé des exemples de tétanie généralisée et Chantemesse et Lenoir des cas très intéressants de névralgie bilatérale et rebelle. Ce qui prouve bien l'influence pathogénique de la dilatation de l'estomac sur ces troubles nerveux divers, c'est leur amélioration sous l'influence d'un traitement rationnel uniquement dirigé contre la dilatation, et leur recrudescence avec la cessation du traitement (Bouchard). Les accidents tétaniformes peuvent avoir même assez d'intensité et de persistance pour entraîner la mort (5 cas de Laprévotte).

A côté de cela, et comme traduisant la détérioration générale de l'organisme, on a constaté des troubles des différents organes ou appareils, troubles très vraisemblablement imputables, d'une part à l'élimination des produits d'élaboration défectueuse de la matière organique, de l'autre aux altérations des éléments anatomiques viciés dans leur nutrition. C'est ainsi que l'on observe 1° du côté des reins, de l'albuminurie tantôt passagère, tantôt permanente, de la peptonurie, de la glycosurie, d'abondants sédi-



ments uratiques, et la réaction vineuse des urines en présence du perchlorure de fer; 2° du côté du foie, l'hypéremie avec ou sans déplacement du rein (Bartels) (1); 3° du côté de la peau, les sueurs fétides, le pityriasis versicolor, l'urticaire, l'acné, etc.; 4° du côté des voies respiratoires les bronchites sibilantes avec dyspnée paroxystique (15 pour 100, Bouchard) et les accès de rhino-bronchite spasmodique; 5° du côté de la circulation enfin, les phlébites spontanées et le purpura. Bouchard a signalé aussi, du côté des articulations des doigts, des déformations qui seraient spéciales à la dilatation de l'estomac et qui consisteraient en de petites saillies latérales dues à l'épaississement de l'extrémité supérieure de la deuxième phalange (comptodactylie). Ces différentes déterminations symptomatiques sont souvent assez prononcées pour dominer toute la scène morbide et justifier dans les dilatations de l'estomac la distinction de divers types cliniques : forme névrosique, forme dyspeptique, forme asthmatique, forme rénale, forme consomptive, forme rhumatismale, etc. Bouchard a réservé le nom de forme *latente* ou *larvée* aux cas où l'attention du médecin n'est attirée par aucun symptôme prépondérant ou bien à ceux dans lesquels la maladie se cache derrière les allures d'une affection organique variée.

Leube, Penzoldt, Ziemssen, ont conseillé de recourir à l'usage de la sonde pour déterminer non seulement l'existence, mais le degré de la dilatation. Pour Ziemssen, la dilatation physiologique ne cesse que lorsque la sonde peut pénétrer à 70 centimètres. Ce genre d'exploration n'est point tout à fait inoffensif; des accidents en ont été la conséquence; on peut ajouter qu'il est loin d'être indispensable.

H. Thiébaud a construit un appareil très simple qui supplée avantageusement la sonde exploratrice; il n'a pas ses inconvénients et peut donner la mesure exacte du degré de la dilatation.

La dilatation en elle-même est donc d'un diagnostic facile; moins aisé assurément est d'en déterminer le point de départ. Aussi, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un fait de ce genre, il sera de toute nécessité de passer successivement en revue toutes les causes susceptibles d'engendrer l'ectasie; on ne s'arrêtera au diagnostic de dilatation primitive qu'après élimi-

(1) Les recherches de Schiff, H. Roger et Bouchard semblent bien prouver que le foie a pour mission d'arrêter et d'éliminer ensuite les substances provenant des fermentations gastro-intestinales.

nation méthodique de toutes les causes pathogéniques communes. D'après Küssmaul et Lancereaux, la dilatation primitive, d'origine parétiquie, se distingue par l'absence de contractions spontanées de l'organe, sous l'influence de l'excitation mécanique.

Aiguë dans la minorité des faits : traumatisme, contusions violentes (Miller, Humby, Erdman, Andral), la dilatation est habituellement chronique, sa marche est longue, sa durée indéterminée. Mal soignée ou abandonnée à elle-même, elle peut conduire à la cachexie gastrique et à la mort.

TRAITEMENT. — Le traitement de la dilatation stomacale est tout à la fois médical et chirurgical, ce dernier devant être réservé pour les cas extrêmes.

Le traitement médical est diététique et pharmaceutique. Le genre d'alimentation recommandé au malade peut, en effet, être d'un puissant secours pour la guérison. Ici l'indication est formelle : restreindre autant que possible l'usage des boissons et des aliments aqueux (potages, fruits crus, etc.), conseiller les aliments légers, viandes grillées, poissons, volailles, œufs frais, jambon fumé, etc.; proscrire les matières grasses et sucrées, ainsi que les aliments féculents dont la digestion entraîne un développement gazeux exagéré. On ordonnera avec avantage les purées de viande ou de légumes, aliments en quelque sorte hygrométriques, avides d'eau et susceptibles d'entraîner par leur passage dans l'estomac les matériaux liquides accumulés dans le cul-de-sac dilaté. L'usage du tabac sera restreint autant que possible, et les douches froides, locales ou générales, recommandées avec profit.

On prescrira en même temps à l'intérieur, des amers, quelques alcalins, et spécialement les médicaments propres à réveiller la contractilité musculaire : noix vomique, gouttes amères de Beaumé, etc. On fera surtout une large part à l'antisepsie intestinale qu'on réalisera à l'aide des substances particulièrement recommandées pour cet usage : charbon de Belloe, iodoforme (0,10 à 0,20 centigrammes associés au bicarbonate de soude ou à d'autres poudres absorbantes), etc. Dans les formes douloureuses l'emploi de l'eau chloroformée rend souvent des services.

L'inefficacité de ces remèdes une fois bien constatée, on sera autorisé à recourir au lavage de l'estomac, médication bien tolérée lorsqu'elle est faite avec modération et prudence, et qui produit parfois de rapides et excellents résultats. En purgeant l'estomac des détritiques qui l'encombrent, en débarrassant la



muqueuse des sécrétions alcalines qui empêchent les sucs digestifs d'arriver au contact des aliments, cette méthode permet de nourrir facilement le malade, soulage ses douleurs, tarit ses vomissements et rend la nutrition véritablement effective.

Le lavage doit être fait d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau légèrement alcalinisée. Jusqu'à présent le tube-siphon de Fauché est l'appareil le plus pratique que nous ayons à notre disposition.

J. FRANK. Prax. med. univ. precepta, 1830. — DUPLAY. Arch. gén. de méd., 1833. — NEUMANN. Handbuch der med. Klinik., 1834. — CANSTATT. Schmid's Encyklop., 1844. — CRUVEILHIER. Trait. d'anat. path., 1852. — OPPOLZER. Erweiterung des magens mit Erbrechen von Sarcina, 1863. — KUSSMAUL. Traitement de la dilat. de l'estomac, in Arch. gén. de médecine, 1870. — LUTON. Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1871. — HILTON FAGE. On acute Dilatation of the Stomach (Guy's Hospital Rep., 1873). — PENZOLDT. Die Magen Erweiterung, eine klin. studie. Erlangen, 1875. — LE POIL. Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac, th., Paris, 1877. — ZIEMSEN. Handbuch der speciellen Pathologie, 1878. — RAYMOND. Des dyspepsies, th. conc., 1878. — LEVEN. Traité des maladies de l'estomac, 1879. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Clin. thérap., 1879. — LAFAGE. Traitement de la dilatation par le lavage, th. de Paris, 1881. — FAUCHÉ. Du lavage de l'estomac, th. de Paris, 1881. — G. SÉE. Des dyspepsies gastro-intestinales. Paris, 1881. — LÉCHAUDEL. Dilatation spontanée de l'estomac, th., Paris, 1881. — OSER. Causes de la dilat. de l'estomac (Wien. clin., 1881). — THIÉBAUT. De la dilatation de l'estomac, th. de la Faculté de Nancy. Paris, 1882. — AUDHOUY. Bruit de flot dans la dilat. de l'estomac (Gaz. hôp., 1883). — DUJARDIN-BEAUMETZ. Un cas de dilat. de l'estomac avec tétanie généralisée (Un. méd., 1884). — LAPRÉVOTTE. Accidents tétan. dans la dilat. de l'est., th., Paris, 1884. — BOUCHARD. Auto-intoxications et rôle pathog. de la dilat. de l'estomac (Gaz. heb., 1884). — G. SÉE et A. MATHIEU. Dilat. aton. de l'estom. (Rev. méd., 1884). — MONTOYA. Dilat. de l'estomac conséc. à la fièvre, th., Paris, 1884. — ARGAEZ. Essai sur la dilat. adyn. de l'estomac, forme douloureuse, th., Paris, 1884. — BARADAL. Étude sur le bruit de clapotement stomacal, th., Paris, 1884. — COMBY. Dilat. de l'estom. chez les enfants (Arch. méd., 1884). — GRAUDEAU. Dilat. de l'est. rev. crit. (Arch. méd., 1885). — CHANTEMESSE et LENOIR. Névralgie bilat. et dilat. de l'estomac (Arch. gén. méd., 1885). — MONCORVO. Dilat. de l'estom. chez l'enfant (Rev. mal. de l'enfance, 1885). — BLACHE. Dilat. chez l'enfant (R. mal. enf., 1885). — DREYFUS-BRISAC. Accid. tétanif. de la dil. (Gaz. heb., 1885). — LEGENDRE. Dilat. de l'estomac dans la fièvre typh., th., Paris, 1886. — TRASTOUR. Du rôle pathog. de la dilatation gastro-colique (Sem. méd., 1886). — MALIBRAN. Contrib. à l'étude des ectasies gastriques, th., Paris, 1886. — BOUCHARD. Auto-intoxication, Paris, 1887.

#### GASTRALGIE

Synonymie : *Gastrodymie, cardialgie, crampe d'estomac.*

La *gastralgie* est la névrose douloureuse de l'estomac (Axenfeld).

DESCRIPTION. — La *gastralgie* varie d'intensité, de siège, de durée avec chaque malade chez lequel on la rencontre. Annoncée quelquefois par des symptômes prodromiques : ptyalisme,

nausées, vomissements pituiteux, elle débute en général très brusquement. Il est rare qu'elle se réduise à une sensation de malaise vague et pénible ; le plus souvent, c'est une souffrance aiguë lancinante ou déchirante, constrictive ou angoissante ; parfois la douleur ressemble à une morsure, à une brûlure, à une crampe. Le malade éprouve des sensations bizarres de froid glacial, de formication, de reptation, et toutes ces sensations douloureuses ou anormales peuvent se remplacer d'une attaque à l'autre, ou se succéder pendant la durée du même accès (Barras). En même temps l'épigastre se tend et se ballonne, ou, ce qui est plus fréquent, se rétracte comme si la paroi abdominale allait s'accrocher à la colonne vertébrale. L'agitation et l'anxiété du malade sont considérables, ses extrémités se refroidissent et il ne cesse de se plaindre et de gémir. La douleur est parfois si forte, qu'elle amène des défaillances, du délire, des convulsions (Schmidtmann), la syncope (Guipon). Bien que le pouls puisse rester normal, on observe plus souvent la petitesse, la concentration, des intermittences. La langue reste nette.

La douleur *gastralgique* siège au niveau de l'appendice xiphoïde, s'irradie dans les hypochondres ou dans l'abdomen (*entéralgie*), remonte le long de l'œsophage. Il n'est pas rare de constater son maximum le long de la colonne dorsale (Grisolle). La pression à l'épigastre, si elle a lieu sur une petite surface, avec le doigt par exemple, exaspère la douleur ; elle la calme au contraire si elle est exercée avec la paume de la main. L'ingestion des aliments apaise également la douleur par pression *intérieure* (Romberg) ; dans quelques cas pourtant elle la réveille.

L'accès *cardialgique* varie, comme durée, de quelques minutes à plusieurs heures ; il cesse brusquement ou bien se dissipe lentement après quelques bâillements et quelques renvois d'un gaz inodore, laissant les malades plus ou moins abattus et courbaturés. Dans l'intervalle des accès la santé paraît généralement parfaite.

A ces symptômes constants de la névralgie, il faut en ajouter d'autres qui accompagnent l'accès ou qui persistent en dehors de lui : l'anorexie, la polydipsie, la pneumatose stomacale, les vomissements, la boulimie et les perversions du goût les plus bizarres (*malacia* et *pica*), l'intolérance pour les aliments de digestion en apparence facile, et la tolérance des mets réputés indigestes. Piorry a signalé aussi, sous le nom d'*oxygastric*, l'acidité anormale du suc gastrique et la fermentation acide des ingesta. Du côté du système nerveux, on observe parfois du ver-



tige (*vertigo a stomacho læso* de Trousseau), des hallucinations, de la dyspnée, des palpitations, des battements épigastriques, des névralgies intercostales ou autres.

Enfin, comme complications, il faut signaler la dyspepsie, l'ictère (Axenfeld), avec ou sans augmentation du volume du foie (Duco, Baumel), un état névropathique spécial se traduisant surtout par l'*hypochondrie*.

La gastralgie a une durée très variable : elle peut persister des années. Elle présente alors des rémissions plus ou moins complètes et prolongées. Lorsqu'elle est sous la dépendance de la malaria, elle peut affecter un type intermittent régulier.

ÉTILOGIE. — La gastralgie est parfois héréditaire : c'est une maladie de la jeunesse atteignant de préférence les individus à tempérament nerveux, et surtout les femmes ; elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes.

Toutes les causes qui sont susceptibles d'irriter la muqueuse gastrique peuvent donner naissance à la névralgie : écarts de régime, défaut et insuffisance d'alimentation, excès de table, usage abusif de boissons stimulantes (alcool, café, thé) ; il en est de même de certains médicaments dont l'usage est trop prolongé (balsamiques, bicarbonate de soude, sulfate de quinine), de la présence des entozoaires, lombrics ou ténias. L'influence des saisons, des climats, des changements de température est loin d'être nettement démontrée.

Certaines gastralgies reconnaissent pour causes les passions vives, les émotions dépressives, les fatigues d'esprit et les veilles prolongées. D'autres sont imputables à cette *faiblesse irritable* que l'on voit survenir dans l'hystérie, la neurasthénie, la chlorose, l'anémie, la tuberculose, la lactation prolongée, l'onanisme, etc. Nous avons signalé certaines formes comme dépendant de la malaria : d'autres sont en rapport avec le saturnisme, le mercurialisme, la diathèse arthritique, et plus particulièrement cette forme spéciale de rhumatisme qui, se développant chez les individus nerveux, a le singulier privilège de mettre en jeu toutes les susceptibilités nerveuses (Leclère, Huchard).

Les affections des organes génitaux chez la femme, grossesse, métrites, troubles de la menstruation, sont des causes très fréquentes de gastralgie.

Nous devons signaler enfin les gastralgies *symptomatiques* d'une lésion stomacale (en particulier l'ulcère simple), des tumeurs qui intéressent le pneumogastrique et le sympathique dans une portion quelconque de leur trajet, ou de lésions de

l'axe cérébro-rachidien (crises gastriques de l'ataxie locomotrice) ; et enfin celles qui témoignent d'une irritation sourde entretenue au niveau de la naissance de l'aorte (Potain), soit par une altération d'orifice (insuffisance aortique), soit par une dilatation anévrysmale.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Comme pour la plupart des névroses, la raison physiologique de la gastralgie présente encore beaucoup d'obscurités. Les lésions des nerfs de l'estomac, bien que probables, n'ont pas encore été démontrées. Romberg a fait une étude approfondie des différences symptomatiques qui se produisent suivant que l'irritation hyperesthésique atteint le vague ou le sympathique. Au premier cas appartiennent ces troubles réflexes que nous avons signalés plus haut : palpitations, dyspnée, boulimie, tendance syncopale, etc. ; au second, les congestions de la face et du cerveau, les paralysies vaso-motrices d'un côté du corps, le vertige stomacal. Malheureusement ces accidents divers coexistent souvent ou se succèdent chez le même malade, rendant ainsi ces distinctions un peu subtiles.

Le professeur Jaccoud a observé la gastralgie par *réduction d'un varicocèle* occasionnant une augmentation de pression dans les veines abdominales et la compression du *plexus solaire*.

L'enchevêtrement des fibres sensitives et motrices rend parfaitement compte des *crampes musculaires* qui se produisent pendant l'accès et peuvent même le constituer uniquement. Les fibres motrices ou les fibres sensitives peuvent être atteintes isolément, comme le prouvent bien les vomissements incoercibles qui ne s'accompagnent pas de douleurs et les crises douloureuses sans vomissements (Axenfeld).

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — On devra d'abord s'appliquer à chercher si la gastralgie est *symptomatique* ou *idiopathique*.

La *colique hépatique* peut simuler la gastralgie ; le fait est même fréquent chez la femme (Trousseau), surtout lors des premières manifestations de la lithiase biliaire ; dans la colique hépatique, toutefois, la douleur, tout en présentant le point épigastrique, s'étend dans l'hypochondre droit et tend à s'irradier dans l'épaule, elle est de plus facilement réveillée par la pression et s'accompagne fréquemment d'ictère.

Le *rhumatisme musculaire* du grand droit et l'*hyperesthésie musculaire* que Briquet a signalée chez les hystériques se distinguent par leur siège superficiel, la douleur que réveille la palpation ou la contraction du muscle, l'absence de troubles gastriques.



Le diagnostic avec la *gastrite* est plus difficile : il sera basé sur l'anorexie, l'état saburral des voies digestives, la fièvre, les caractères de la douleur. L'*ulcère simple* ne pourra quelquefois être distingué de la gastralgie qu'après l'apparition des hématomés : une étude attentive de tous les symptômes autres que la douleur permettra en général d'éviter l'erreur. Quant au *cancer*, il est rare qu'il affecte la forme cardialgique.

En présence d'une gastralgie rebelle, il faudra toujours penser aux crises gastriques symptomatiques d'une détermination spinale (ataxie locomotrice principalement) : l'absence de réflexes patellaires, des troubles oculaires, d'autres altérations enfin de la sensibilité, mettront en ce cas sur la voie du diagnostic.

Le pronostic est favorable en ce sens que la gastralgie en elle-même ne cause jamais la mort ; il ne faut pas cependant perdre de vue l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur la nutrition et sur les fonctions psychiques.

**TRAITEMENT.** — L'examen étiologique est de la plus haute importance dans le traitement de la gastralgie ; il n'est pas rare en effet de la voir disparaître par la suppression des causes qui la produisent (écarts de régime, entozoaires, affections utérines, etc.), ou par la modification qu'une médication rationnelle ne manque pas d'imprimer à certains états diathésiques (arthritisme, diabète, chlorose, anémie, intoxication palustre, etc.).

En dehors de ces indications, le traitement est purement *symptomatique*. Les crises cardialgiques seront calmées par les narcotiques : l'opium et surtout les injections sous-cutanées de morphine ont souvent l'effet le plus rapide ; la belladone, la jusquiame, la ciguë apaisent également la douleur, mais moins rapidement. Les boules d'eau chaude à la région épigastrique suffisent parfois pour calmer les crampes les plus douloureuses, la chaleur agissant sur les muscles de la vie végétative comme l'électricité sur ceux de la vie de relation (Gubler). Dans les cas les plus rebelles, on aura recours aux inhalations d'éther et de chloroforme.

En général, on retirera les plus grands avantages de l'emploi des antispasmodiques : bromure de potassium, musc, valériane, médicaments *cyaniques* (cyanure de potassium et de zinc, acide cyanhydrique médicinal).

AXENFELD. Névroses. — WILLIEME. Des dyspepsies. Bruxelles, 1868. — GUENEAU DE MUSSY. Leçons de clin. médicale, 1874. — PETER. Colique hépatique pseudo-gastralg. (Journ. de méd. et de chirurg. prat., 1875). — RAYMOND. Des dyspepsies, th. d'agrégation, 1878. — G. SÉE. Dyspepsies gastro-int., Paris, 1881. — GRISOLLE,

TROUSSEAU. Clinique médicale. — JACCOUD. Op. cit. — HUCHARD. Notes additionnelles au traité d'Axenfeld, 1883. — DUÇO, th. Montpellier, 1884. — BAUMEL. Maladies de l'appareil digestif, 1888.

## MALADIES DE L'INTESTIN

## ENTÉRITE

L'*entérite* est l'inflammation catarrhale de la muqueuse intestinale. Elle est *aiguë* ou *chronique*. Elle peut coïncider avec le catarrhe de l'estomac (*gastro-entérite*), s'étendre à la fois à l'intestin grêle et au gros intestin (entéro-colite), ou enfin se localiser dans une portion de l'intestin (duodénite, typhlite, rectite, etc.).

**ÉTIOLOGIE.** — L'entérite est une maladie de tous les âges, mais elle est fréquente surtout chez les enfants. Chez ceux-ci elle reconnaît pour causes principales : la dentition (Trousseau), l'alimentation par un lait de mauvaise qualité ou non en rapport avec leurs facultés digestives, le sevrage ; chez l'adulte, sa cause la plus commune est également une alimentation excessive ou de mauvaise qualité : aliments gras ou altérés, fruits verts, viandes fumées, poissons gâtés, etc. Les purgatifs, les drastiques surtout, peuvent avoir une action identique ; il en est de même des balsamiques et de certains narcotiques, colchique, ciguë, aconit, qui déterminent des gastro-entérites parfois très intenses. L'indigestion est souvent son point de départ.

Les affections locales de l'intestin, les polypes, le traumatisme et les corps étrangers, les vers intestinaux, les occlusions par torsion, invagination, matières fécales durcies, etc., peuvent donner naissance à une entérite limitée ou étendue. Les désordres des organes voisins peuvent agir de la même façon (rectite dans le cancer de l'utérus, etc.).

Les émotions morales vives, la joie, la peur, l'impression du froid, donnent lieu, par trouble de l'innervation vaso-motrice, à des diarrhées dans lesquelles une part revient toujours pourtant à l'inflammation. Les fièvres éruptives, les brûlures, l'érysipèle, toutes les affections cutanées qui intéressent une large portion du tégument externe provoquent quelquefois des entérites (1).

(1) On sait qu'en supprimant chez un animal les fonctions cutanées au moyen du *vernissage*, on amène la production d'une diarrhée albumineuse (expériences de Fourcault et de Balbiani).