

tiques, des spirales dites de *Curschmann*; ce sont des filaments contournés en spirale, que l'on doit considérer comme reproduisant le moule des plus fines ramifications bronchiques. On pourrait encore admettre que le spasme est d'origine réflexe : *Leyden* a découvert, dans les crachats, certains cristaux octaédriques, très pointus, qui irriteraient la muqueuse et provoqueraient l'apparition du spasme. Différentes observations laissent planer certains doutes sur la justesse de cette opinion. D'un autre côté, on a pu démontrer à l'évidence (*Voltolini, Hack, Sommerbrodt*) que les accès d'asthme sont souvent sous la dépendance de certains états pathologiques de la muqueuse nasale (excroissances polypeuses, catarrhe chronique, etc.) : on aurait donc affaire à une névrose réflexe. Il se peut que la dilatation réflexe des vaisseaux de la muqueuse bronchique, ainsi que *Störk* et *Weber*, et plus tard *Sommerbrodt*, l'ont affirmé, joue aussi un rôle, à côté du spasme des muscles bronchiaux.

Un sentiment d'angoisse et de suffocation caractérise les accès de la maladie, qui peuvent être précédés, pendant plusieurs jours, d'un malaise particulier s'accompagnant souvent d'abattement intellectuel, de troubles digestifs, de diarrhée, etc. L'accès lui-même éclate subitement, d'ordinaire pendant la nuit; la respiration est entreprise au plus haut point, l'inspiration et l'expiration surtout, deviennent pénibles, bruyantes, sifflantes. L'accès dure de quelques heures à quelques jours : chez le même malade, on peut observer une extrême variabilité dans le caractère des attaques. A la fin de l'accès, l'auscultation révèle l'existence de râles humides et, dans l'expectoration, on trouve les spirales et cristaux précités. Dans l'intervalle des attaques, le patient jouit d'ordinaire d'une santé excellente.

**L'étiologie** de l'affection est assez obscure. Il est certain que l'hérédité joue un rôle, en ce sens que les sujets, issus de névropathes, contractent plus facilement cet asthme nerveux; mais nous ne connaissons qu'imparfaitement la nature des causes déterminantes de la maladie.

Nous avons souvent remarqué que les personnes hystériques souffraient d'un asthme dont l'origine nerveuse nous était prouvée par l'examen des organes thoraciques. Pendant des jours entiers, ces malades se plaignaient d'accès de suffocation, l'expiration était laborieuse et bruyante, sans que l'auscultation et la percussion permissent de découvrir la moindre anomalie. Nous reviendrons plus tard sur cet asthme hystérique.

L'inhalation de certaines poussières peut, parfois, provoquer des accès d'asthme, surtout dans les cas où l'agent nuisible a exercé son influence pendant un laps de

temps considérable : ainsi, dans certaines professions, comme celle de meunier, de boulanger, etc. On connaît l'exemple classique des droguistes et des pharmaciens, atteints d'accès d'asthme chaque fois qu'ils ont pulvérisé des racines d'*ipécacuanha*. On a également incriminé la poussière farineuse de certaines céréales, de l'avoine par exemple; les ouvriers occupés à battre le blé en grange, sont souvent asthmatiques (v. *Hirt, Krankheiten der Arbeiter*, 1871. Bd I, p. 12).

On ne peut non plus révoquer en doute l'influence de certains poisons : à ce titre, nous citerons en premier lieu l'asthme de plomb, asthme saturnin : c'est une affection excessivement remarquable, se développant parfois quelques minutes après le début du travail, très pénible et d'un caractère essentiellement aigu : elle semble cependant n'avoir jamais eu de terminaison mortelle (v. *Hirt, loco cit.* Bd III, p. 40). Les exemples en sont rares, même parmi les ouvriers employés à la fabrication du plomb : sur cent maladies dues à l'intoxication saturnine, on observe tout au plus deux cas d'asthme. La pathogénie en est obscure, on ignore si le poison agit sur les organes nerveux centraux, ou sur les terminaisons périphériques du vague.

**Traitement.** Nous ne possédons aucun moyen curatif certain de l'asthme bronchique : l'iodure de potassium, que l'on a tant recommandé (2 à 5 gr. par jour), reste fréquemment sans effet; les différents nervins en usage, l'arsenic, la quinine, le brome, ne rendent pas de grands services. L'électricité ne nous a pas paru plus efficace. On pourra obtenir une diminution de l'intensité et de la fréquence des attaques, par des cures d'eau froide dirigées avec intelligence et méthode. Contre l'accès lui-même, je puis recommander au premier rang la pyridine, proposée par *Sée*; cette substance, obtenue par distillation sèche de matières organiques, est incolore et jouit de la propriété de s'évaporer rapidement à l'air. Pour s'en servir, il suffit de laisser se volatiliser, trois ou quatre fois par jour, une demi-cuillerée à thé de cette substance, sur une assiette plate. L'odeur en est répugnante, mais elle agit très efficacement : au fur et à mesure qu'elle se volatilise, le malade respire plus librement, l'oppression diminue et les contractions cardiaques deviennent plus régulières. Les effets ne sont pas définitifs, mais il m'a été donné de constater maintes fois que les inhalations de pyridine, continuées régulièrement pendant des semaines, non seulement coupaient les attaques, mais les rendaient aussi beaucoup moins fréquentes. Naturellement, ce médicament peut échouer; pas plus qu'aucun autre, il n'est infaillible.

Les résultats que j'ai obtenus avec les fumigations de papier nitré, remises en honneur par *Kochs*, n'ont jamais été que passagers; on peut en dire autant des cigarettes de stramoine, du nitrite d'amyle et des vapeurs de térébenthine. La teinture de lobélie leur est bien supérieure et agit parfois d'une façon surprenante (tinct. lobeliæ 5.0, aq. laur. cer. 15, toutes les 2 heures, 15 à 20 gouttes). Je ne possède aucune expérience personnelle bien étendue sur l'extrait de québracho, recommandé par *Penzoldt*. *Walker* donne l'hyoscyamine, combinée à de très petites doses de strychnine, plusieurs fois dans la journée (*Lancet*, 20 août. 1887, p. 368).

#### Bibliographie.

- Biermer, Ueber Bronchialasthma. Volkmann'sche Sammlung klin. Vorträge. 1870.  
 Mahaux, Pathogénie de l'accès d'asthme. Journ. de Brux. Bd. LXXIII, pag. 205. 1881.  
 Riegel und Edinger, Deutsche Zeitschr. f. klin. Med. 1882.  
 Hack, Ueber eine operative Radicalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber, sowie zahlreicher verwandter Erscheinungen. 1883.  
 Schech, Die sogen. Reflexneurosen und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Nase und des Rachens. Bayer, ärztl. Intelligenzbl. Bd. XXXI, pag. 30. 1884.  
 Schäffer, Aus der Praxis: Nasenleiden und Reflexneurosen. Deutsch. med. Wochenschr., pag. 23—24. 1884.  
 Sommerbrodt, Mittheilungen von Heilungen patholog. Zustände, welche durch Reflexvorgänge von der Nase her bemerkt wurden. Berl. klin. Wochenschr., pag. 10, 11. 1884.  
 Sommerbrodt, Ueber Nasenreflexneurosen. Ibid. Nr. 44. 1885.  
 Sée, Germain, Bull. de Thérapeut. 30 Juin 1885, Vol. CVIII, pag. 529. (Il recommande la pyridine).  
 Biermer, Berliner klin. Wochenschr. 41. 1886.  
 Kochs, Beitrag zur Kenntniss der Verbrennungsproducte des Salpeterpapiers und der Ursachen des Asthma bronchiale. Centralbl. f. klin. Med. Bd. VII, pag. 40. 1886.  
 Grocco, Pietro, Sulla patologia dei nervi cardiaci. Rivist. clin. di Bologna, pag. 12. 1886.  
 Dusseaud, De l'asthme d'origine nasale. Thèse de Paris. 1887.  
 Calmettes, Les névroses réflexes d'origine nasale. Progr. méd. Nr. 28, pag. 20. 1887.  
 Fraser, On dyspnoea especially on the dyspnoea of Asthma and Bronchitis and the effects of the Nitrites upon it. Lancet. 9. Juli 1887, pag. 51.  
 Brügelmann, Ueber Asthma. Deutsche Medicinal-Zeitung. 29 ff. 1888.  
 Sée, Germain, Les maladies simples des poumons. Paris 1886.

#### B. Affections cardiaques déterminées par des lésions du vague.

Les rameaux cardiaques supérieurs et inférieurs, provenant des portions cervicale et thoracique du vague, s'unissent aux filets cardiaques du sympathique et forment les plexus cardiaques superficiel et profond. On n'est pas encore fixé sur la nature de ces branches afférentes: on doit, en tout cas, y distinguer des nerfs modérateurs ou d'inhibition, dont l'excitation

produit un ralentissement des battements du cœur, et des n. accélérateurs, qui, dans les mêmes circonstances, amèneront une augmentation du nombre de contractions cardiaques.

C'est également le vague qui pourvoit à la sensibilité du cœur.

L'angine de poitrine (sténocardie, névralgie du cœur, douleur nerveuse du cœur) est une des névroses du cœur que l'on peut le plus vraisemblablement attribuer à des troubles d'innervation du vague. Depuis plus de 100 ans déjà, on la connaît symptomatiquement (*Heberden*, 1772); aujourd'hui nous sommes encore loin d'avoir pénétré sa nature intime. Elle se caractérise essentiellement par des accès douloureux, siégeant dans la région mammaire gauche; la douleur est térébrante, cuisante, elle s'irradie vers le bras gauche et s'étend même jusqu'à l'extrémité des doigts; elle s'accompagne d'un sentiment d'anéantissement intolérable. L'accès, qui peut durer plusieurs minutes, et parfois plusieurs heures, débute brusquement, sans prodromes, surprend le patient au milieu de ses occupations ou pendant son sommeil. L'intensité de la douleur n'est pas toujours la même; tantôt, elle est supportable; chez d'autres, au contraire, elle atteint un degré d'acuité extrême. La respiration reste souvent régulière et tranquille, il ne se montre pas de dyspnée, mais l'angoisse est telle que le front du patient se couvre d'une sueur froide. S'il n'existe aucune lésion organique du cœur, l'état du patient, entre les accès, ne laisse rien à désirer.

Le **pronostic** est entièrement subordonné à l'existence ou non de complications: si le patient est porteur d'une affection du myocarde due à des troubles de la circulation intracardiaque, à l'athéromasie des artères coronaires, par ex., la mort pourra survenir au milieu d'une attaque. Ce danger n'est pas à redouter si le cœur est intact, et l'affection une simple névrose fonctionnelle du vague.

Pour le **traitement** de l'angine de poitrine, on a proposé à peu près les mêmes moyens que pour l'asthme bronchique: on a aussi obtenu à peu près les mêmes résultats. Si l'on doit absolument prescrire une médication interne, il faudra s'adresser tout d'abord à la digitale; on essayera ensuite le strophanthus, puis l'arsenic, que l'on associera avantageusement à la strychnine. Symptomatiquement, on ne connaît rien de mieux que les inhalations prudentes de nitrite d'amyle, 5 à 10 gouttes. Le chloroforme, associé aux injections sous cutanées de morphine, a l'avantage de soulager immédiatement le malade et de le débarrasser du sentiment d'angoisse qui l'accable. Il est exceptionnel de rencontrer ces collapsus graves signalés par *Bamberger*.

**L'étiologie** ne nous est pas mieux connue que la nature de l'affection. Il faut naturellement distinguer soigneusement les cas où l'angine n'est qu'un symptôme d'une affection fondamentale (états pathologiques des vaisseaux cardiaques, cœur gras, lésions valvulaires), de ceux, infiniment plus rares, où elle est complètement indépendante de toute complication cardiaque appréciable. Un âge assez avancé de la vie, le sexe masculin, semblent particulièrement prédisposés (*Gauthier*); nous avons cependant vu des cas de sténocardie bien caractérisée chez des enfants de 13 à 15 ans. On doit aussi tenir compte de certaines altérations psychiques, comme on en trouve dans l'hystérie, et de l'influence de substances toxiques, telles que le tabac.

La douleur jouant ici le rôle principal et la sensibilité du cœur lui venant du vague, on peut considérer, à juste titre, l'affection comme une névrose du nerf de la X<sup>e</sup> paire. Le sympathique y prend cependant une certaine part; on est même disposé à placer le siège principal de l'affection dans le plexus cardiaque du sympathique. *Lancereaux*, le promoteur de cette opinion, constata, à plusieurs reprises, une injection de ce plexus; toutefois le vague interviendrait également. On peut citer, à l'appui de la participation de ce nerf, le cas publié par *Leroux*, où l'autopsie permit de démontrer l'adhérence du vague avec un ganglion bronchique: les attaques de sténocardie avaient persisté jusqu'à la mort. Dans un assez grand nombre des observations relatées ici, on n'a constaté l'existence d'aucune lésion anatomique.

#### Bibliographie.

- Lustig, Zur Lehre von den vasomotor. Neurosen (Angina pectoris). Inaug.-Diss. Breslau 1875.  
 Balfour, Edinb. med. Journ. March. 1881. Bd. XXVI, pag. 769.  
 Mackenzie, John Roland, A contribution of the Pathology and treatment of the respiratory Vasomotor Neuroses. New-York med Journ. 26. Febr. 1887.  
 Huchard, The weekly med Rev. St. Louis. 7. 1887. (Préconise le traitement méthodique à l'iode: pendant 1 — 1 1/2 an, 1 à 3 grm. d'iode de sodium par jour).  
 Le Clerc, L'angine de poitrine hystérique. O. Doin, Paris, 1887.  
 v. Basch, Die cardiale Dyspnoe und das cardiale Asthma. klin. Zeit- und Streitfragen. I, 3. 4. 1887.

Nous trouvons, en second lieu, les palpitations nerveuses ou hyperkinésie du cœur: on doit entendre par là l'accélération et le renforcement des battements du cœur, se montrant par accès: le malade les perçoit distinctement, et son entourage peut également en constater l'existence. Dans les cas purs, il n'existe ni douleur, ni dyspnée.

Les palpitations nerveuses constituent, plus souvent que la sténocardie, une affection indépendante, isolée. L'accès arrive d'ordinaire subitement, surtout la nuit, quand le patient est couché sur le côté gauche; il s'accompagne d'un sentiment d'angoisse très vive et le nombre des battements du cœur peut dépasser 200 par minute. Le ton systolique est frappé parfois d'une façon particulière (cliquetis métallique); le premier ton est extraordinairement faible, les carotides battent avec force, le pouls radial devient dur et plein. *Dehio* (v. bibl.), qui a recherché le tracé du pouls au sphygmographe de *Dudgeon*, a constaté des courbes très élevées à descente abrupte, presque verticale; la première élévation d'élasticité était déplacée vers le bas, au pied de la courbe, il existait également un abaissement de l'élévation du dichrotisme. Cet auteur rapporte ces phénomènes à l'augmentation et au raccourcissement de la durée des contractions ventriculaires. Outre les palpitations, le malade ressent du vertige, des bourdonnements d'oreille et offre une certaine tendance aux syncopes. L'accès qui, d'habitude, ne dure que quelques minutes, disparaît aussi subitement qu'il s'est montré, et le patient se sent bientôt complètement remis. La fréquence des attaques est très variable: une ou deux fois, et même plus, en 24 heures; elles peuvent aussi être beaucoup plus espacées, survenir une fois par semaine ou par mois.

Il est certain que l'on se trouve en présence d'une névrose du vague; son siège peut être central ou périphérique, mais, le plus souvent, il est impossible de le déterminer. Dans un grand nombre de cas, il s'agit d'une affection centrale intéressant le noyau bulbaire; on peut aussi rattacher la diminution momentanée du tonus vasculaire à une parésie passagère du centre vaso-moteur (*Dehio*).

Il est particulièrement important de se renseigner sur les autres symptômes morbides qui pourraient accompagner l'affection qui nous occupe. Il suffit très souvent de les faire disparaître, pour voir cesser subitement les palpitations nerveuses: parmi eux il convient de citer tout d'abord l'anémie des jeunes personnes, *cardiognmus juvenilis*, la constipation habituelle, plus rarement le rhumatisme, et enfin, la malaria: l'augmentation de la masse du sang, la régularisation des selles, l'accélération de l'excrétion des acides urinaires, le traitement de la malaria par la quinine, pourront améliorer sensiblement ces palpitations de nature symptomatique. Mais si on ne dispose d'aucun point d'appui pour l'établissement d'une thérapeutique raisonnée, on se trouve réduit à l'effet douteux des nervins et des narcotiques. Chez les hystériques, on a pu

retirer quelque service de certaines pratiques manuelles, telles que la pression sur le ventre, la compression rapide du cou. L'application d'une vessie de glace à la région précordiale, peut parfois se montrer efficace. Le traitement moral a aussi sa valeur, il consiste surtout à persuader au patient qu'il est guérissable, que les accès ne présentent aucun danger vital. Chez les enfants surtout, on peut obtenir beaucoup par ce moyen.

En l'absence de maladie générale donnant lieu aux palpitations, l'étiologie de l'hyperkinésie du cœur est tout-à-fait obscure. Nous ignorons absolument comment il peut se produire ainsi une parésie passagère du vague chez des sujets parfaitement sains, sans tare névropathique et sans aucun symptôme de neurasthénie. On pourrait, dans certains cas suspects, incriminer des excès de masturbation.

#### Bibliographie.

- Preisendorfer, Ueber reflectorische Vagusneurose. Deutsches Arch. f. kl. Med. XXVII, 3, 4, pag. 387. 1880.  
 Langer, L., Ueber Vaguslähmung, Wiener med. Wochenschr. XXXI, 30, 31. 1881.  
 Pick, Prager med. Wochenschr. Nr. 44. 1884.  
 Fothergill, Les névroses goutteuses du cœur. Edinb. Med. Journ. XXX, pag. 393. Nov. 1884.  
 Semmola, Mar., De l'ataxie paralytique du cœur, d'origine bulbaire. l'Encéphale. VI, 6, pag. 413. 1886.  
 Dehio, Ueber nervösen Herzklopfen. Petersb. med. Wochenschr. 2 u. 9. Aug. 1886.  
 Mackenzie, Nol., A contribution to the Pathology and Treatment of the respiratory Vaso-motor Neuroses. New-York Med. Journ. 26 Febr. 1887.

On est parfois appelé à constater, assez rarement chez des personnes bien portantes, plus souvent chez des cardiopathes, l'existence d'une accélération passagère des battements du cœur, (tachycardie), durant quelques minutes, puis faisant place au rythme habituel des contractions. L'accès s'accompagne d'un sentiment d'angoisse particulier : il est parfois précédé de troubles vaso-moteurs, rougeurs irrégulières se montrant sur la peau, à certains endroits. Le nombre des pulsations peut s'élever à 150 et au-delà. On parvient, dans certains cas, à couper l'accès en comprimant le vague au cou, en faisant prendre un verre d'eau froide au patient, ou par toute autre excitation des extrémités périphériques du nerf. Contre l'accès, on ne connaît d'ailleurs aucun remède efficace.

*Nothnagel* (*Wien. med. Blätter*, 1, 2, 3. 1887) indique la façon suivante de distinguer si, dans un cas donné, on se trouve en présence d'une excitation des nerfs accélérateurs du cœur ou d'une paralysie paroxystique du vague : une excessive accé-

lération du pouls avec impulsion cardiaque faible, la coexistence d'autres troubles dans le domaine du vague, parlent pour la paralysie de ce nerf. Si l'impulsion cardiaque est énergique, les artères périphériques pleines et tendues, et s'il existe en même temps d'autres symptômes plus généraux d'une excitation des voies vaso-motrices, on devra admettre que le trouble porte sur les nerfs accélérateurs. *Traube* pense qu'il se produit, dans certains cas, une anémie passagère de la moelle allongée, ayant pour conséquence la parésie du système nerveux dépresseur. Le cas publié par *Dehio* (v. bibl.) semble appartenir à cette catégorie.

L'action de la nicotine sur le vague est intéressante et digne de recherches plus étendues. Les symptômes de l'intoxication nicotinique chronique, tels qu'on les observe chez les fumeurs et, plus rarement, chez les ouvriers manipulant le tabac, ne peuvent pas toujours nous donner là-dessus beaucoup de renseignements. Ainsi, mise directement en contact avec les nerfs, la nicotine en produit rapidement la paralysie, tandis que la paralysie du vague ne se montre pas toujours au cours de l'intoxication. En règle générale, l'activité du cœur est augmentée, mais le contraire peut aussi se présenter : on doit alors conclure à une excitation du vague, telle qu'on l'observe à la suite de l'ingestion d'eau glacée, où le pouls peut tomber jusqu'à 20 et 30 pulsations en-dessous de la normale. C'est à cause de l'état réellement pitoyable de la ventilation des fabriques de tabac, que l'on peut, malgré la rareté de l'intoxication, y trouver néanmoins l'occasion de faire des études sur les effets de la nicotine.

Il est rare qu'une névrose du vague entraîne en même temps des troubles passagers du côté des appareils respiratoire et circulatoire. *Tuczek* en rapporte un exemple (*Deutsches Arch. f. klin. Medic.*, 1887. XXI, 1); *Kredel* (*ibid.* 1882. XXX, p. 547) en a publié deux autres. Du côté de l'appareil respiratoire, on observa de l'emphysème pulmonaire avec dyspnée et manifestations catarrhales, en même temps que de la tachycardie paroxystique (asthme cardiaque d'après *Kredel*). On avait admis une paralysie des filets du vague régulateurs du cœur, en même temps qu'une excitation des branches pulmonaires du même nerf, excitation ayant pour conséquence un spasme musculaire des bronches : la pression qu'exerçait un ganglion lymphatique rapidement tuméfié, sur le tronc du vague, aurait été la cause de tout le mal. Les attaques avaient une durée de 12 à 36 heures et atteignaient des individus souffrant en partie d'affections cardiaques.

## Bibliographie.

- Langer, Ueber Vaguslähmung. Wien. med. Wochenschr. XXXI, 30, 31. 1881.  
 Pröbsting, Ueber Tachycardie. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. XXXI, Heft 3 u. 4.  
 Déjérine, Sur l'existence d'une névrite du pneumogastrique au cours de la paralysie alcoolique. Soc. de Biol. de Paris. 16 Juill. 1887.  
 Dehio, Tachycardie nach der Punction eines Hydrops-Ascites. Petersb. med. Wochenschr. 2, 14. Mai 1887.  
 Farvarges, Ueber die chronische Tabakvergiftung und ihren Einfluss auf das Herz und den Magen. Wien. med. Wochenschr. Nr. 11 — 14. 1887.  
 Spengler, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. 1887.  
 Bristowe, Brain, XXXVIII, pag. 164. 1887.

## C. Affections des organes digestifs consécutives aux lésions du vague.

Les plexus gastriques, fournis par la portion abdominale du vague, se trouvent situés, l'un à la face antérieure de la petite courbure de l'estomac, l'autre, à la face postérieure. L'antérieur est formé par le vague gauche, le postérieur, par le vague droit, dont le volume est un peu supérieur. Les branches sortant du plexus en question, se joignent à des filaments du sympathique qui accompagnent les ramifications des artères coronaires. Une partie des fibres sorties du vague droit (postérieures) atteignent le plexus cœliaque; la préparation permet de les poursuivre jusqu'à la rate, le foie, les reins et l'intestin grêle.

Le vague innerve la musculature de l'œsophage et de l'estomac, ses filaments sensibles déterminent une série d'actes réflexes, la déglutition, le hoquet, le vomissement.

En parlant de la migraine, nous avons fait mention d'une affection des organes digestifs déterminée par une lésion du vague, la gastroxynsis. Au chapitre du tabes, nous aurons à nous occuper des crises gastriques (*Charcot*), autre affection procédant par accès que l'on doit considérer comme ayant son siège au noyau du nerf de la X<sup>e</sup> paire. Mais nous avons encore à examiner ici d'autres symptômes importants, à savoir, la cardialgie, la dyspepsie nerveuse et l'œsophagisme. Les deux premiers constituent souvent des affections indépendantes, le dernier n'est le plus souvent qu'une simple manifestation d'autres névroses, surtout de l'hystérie.

La cardialgie (gastralgie, gastrodynie) est une maladie des filets sensibles; elle se montre d'ordinaire par accès. *Romberg*, qui croyait devoir en distinguer deux formes, pensait qu'il s'agissait d'une hyperesthésie soit des filaments gastriques du vague (« gastrodynie névralgique »), soit du plexus solaire (« névralgie cœliaque »). Dans la pratique, on rencontre des cas que l'on ne peut absolument pas ranger dans l'une ou l'autre de ces deux catégories, de même qu'on en trouve, et de plus nombreux encore, se rapportant aussi bien à la première qu'à la seconde.

La gastrodynie se caractérise par des accès d'une douleur violente, constrictive, débutant dans l'estomac et s'irradiant dans le dos; les traits du patient s'altèrent, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit et intermittent, il éprouve un sentiment d'anxiété indéfinissable. Le **diagnostic** gagnera en certitude, lorsqu'un examen des plus minutieux aura permis de constater l'absence de toute lésion anatomique de l'estomac, catarrhe aigu ou chronique, tumeur ou ulcère. On devra aussi pouvoir écarter l'éventualité de la cholélithiase, et s'assurer si le malade n'a pas souffert, pendant un certain temps, d'une névralgie quelconque. En tout cas, le diagnostic ne sera posé que très prudemment, et seulement après qu'on se sera livré, à plusieurs reprises, à un examen minutieux, effectué partie avant, partie après le repas. Il arrive souvent que la douleur, qui s'était montrée à jeun, disparaît après l'ingestion de la nourriture; beaucoup de patients vous diront également qu'une pression constante et uniforme, exercée au niveau de l'estomac, atténue le mal: ces deux circonstances se rencontrent rarement dans les affections anatomiques de l'organe.

Le **traitement** devra, autant que possible, satisfaire tout d'abord à l'indication causale: travail corporel ou intellectuel trop considérable, excès *in venere*, masturbation, affections utérines. Comme moyens thérapeutiques, outre l'application de vésicatoires à l'épigastre, on peut recommander l'arsenic, continué pendant des semaines. On se verra souvent obligé de recourir à la morphine pendant l'attaque elle-même. La diététique sera l'objet d'attentions spéciales, il faudra cependant éviter de trop la restreindre: on conseillera au malade de prendre le plus souvent possible, 4 ou 5 fois par jour, une nourriture substantielle et facile à digérer.

## Bibliographie.

- Sawyer, J., Clinical lecture on the treatment of Gastralgie. Lancet, 13. Aug. 1887.

La dyspepsie nerveuse est une forme très fréquente de névrose de l'estomac; elle s'observe surtout chez la femme. La perte de l'appétit, une sensation douloureuse dans la région épigastrique, des vomissements, et, plus souvent encore, des éructations, tels sont ses **symptômes** caractéristiques. D'ordinaire les malades se plaignent encore d'autres troubles nerveux, céphalalgie sourde, vertiges, palpitations, lassitude légère. Il n'est pas rare de rencontrer, chez eux, la sensation de la boule, des faims impérieuses se montrant de loin en loin; la constipation est de règle. Il se produit, dans certains cas, des vomissements périodiques, 20 à 30 en 24 heures, accompagnés d'un