

Andral (1) signale encore une autre cause de douleur dans la fièvre typhoïde : « La douleur paraissait due à un épanchement de sang dans les faisceaux musculaires des parois abdominales, et spécialement dans les muscles droits. En pareil cas, la douleur est parfois très-vive, la moindre pression lui donne une grande intensité, et elle pourrait faire croire à l'existence d'une péritonite. » Barth (2) a aussi fixé son attention sur ce fait singulier, et il est arrivé aux mêmes résultats que ceux que nous venons de rappeler. (Voy. *Douleur siégeant dans les parois abdominales*, p. 620.)

En résumé, la douleur abdominale n'est pas un symptôme de fièvre typhoïde ; son absence est la règle, et sa présence indique une complication de colite, de péritonite, d'hémorrhagie des parois abdominales. C'est à Broussais et surtout à M. Bouillaud qu'on doit d'avoir développé cette remarque si importante.

On sait quelles vives douleurs accompagnent la péritonite provoquée par la perforation intestinale.

Les auteurs qui ont écrit sur le **typhus** ont à peine parlé de la douleur abdominale ; d'autres ne s'en sont occupés que pour dire qu'elle manque. M. Dalmas (3) donne l'absence de la douleur dans l'hypochondre droit comme un *caractère différentiel* entre le typhus et la fièvre typhoïde. D'après ce que nous venons de dire, ce caractère doit avoir peu de valeur ; mais il résulte au moins de cette remarque que la douleur abdominale manque aussi dans le typhus.

Dans la **fièvre jaune**, les malades ont à l'épigastre une sensation plus incommode que douloureuse.

**Colite, Dysentérie.** — C'est dans l'inflammation du gros intestin qu'on observe particulièrement le genre de douleur appelé *colique* ; elle consiste dans des douleurs exacerbantes, accompagnées d'un sentiment de pincement, de tortillement, de borborygmes, de déplacement de gaz et de liquides dans l'abdomen, et d'un besoin plus ou moins

(1) Andral, *Clinique*, 4<sup>e</sup> édit., t. 1, page 534.

(2) Barth, *Union médicale*, 23 octobre 1847.

(3) Dalmas, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes.

pressant d'évacuation. Ces douleurs sont quelquefois générales ; elles suivent aussi fort habituellement le trajet du côlon et peuvent être égales partout, ou plus prononcées dans un point, dans le côlon transverse, dans l'S iliaque, etc. Elles se terminent ordinairement dans le bassin et cessent, après une évacuation plus ou moins copieuse, pour revenir à une époque plus ou moins rapprochée ; dans les premiers moments de la colite simple, les évacuations sont abondantes ; plus tard, elles le sont moins et l'expulsion est accompagnée de ténésme, de chaleur, de brûlure à l'anus, etc. Les douleurs reviennent presque aussitôt après l'ingestion des aliments, des boissons ; quand l'affection est simple, il n'y a pas de fièvre ; l'appétit est conservé, la digestion stomacale est peu troublée.

La douleur de la *dysentérie aiguë, bénigne* ou *sporadique* est plus sourde ; elle commence par une sorte de commotion dans l'abdomen et donne lieu rapidement à un besoin d'évacuation ; l'expulsion est accompagnée de douleurs et de brûlure ; des efforts, quelquefois considérables, sont faits pour évacuer une très-petite quantité de matières, et presque aussitôt après il se manifeste du ténésme, des épreintes et un nouveau besoin. Les matières rendues sont en très-petite quantité, quelquefois moins d'une cuillerée de matières muqueuses, glaireuses, semblables à du blanc d'œuf, à du frai de grenouille, avec plus ou moins de sang pur. Il y a aussi du ténésme vésical, quelquefois procidence du rectum, surtout chez les enfants ; de la leucorrhée, chez les femmes. Dépression des forces, qui ne s'explique ni par l'intensité des douleurs ni par la quantité des matières rendues.

La *forme grave* ou *épidémique* donne lieu à des douleurs quelquefois atroces, à des évacuations très-fréquentes, mais toujours peu abondantes. Les matières sont muqueuses, sanglantes, brunâtres, d'une horrible fétidité ; elles entraînent des fragments de fausses membranes, des débris muqueux ; il existe souvent une douleur fixe dans un point déterminé de l'abdomen ; cet endroit correspond aux ulcérations principales de l'intestin ; dans les Indes orientales, cette douleur se trouve communément dans la région cœcale, tandis qu'en Algérie c'est dans la fosse iliaque gauche qu'elle se fait le plus ordinairement sentir, d'après Cambay (Grisolle) ; aussi, en Afrique, les lésions sont-elles plus

profondes dans le rectum et dans l'S iliaque que partout ailleurs.

Dans la *dysentérie chronique*, elles sont plus modérées, mais se révèlent aussi par la pression et s'accompagnent d'une diarrhée séreuse ou muqueuse. Quand l'affection est guérie, la diarrhée se reproduit, ainsi que les douleurs, avec une grande facilité et sous l'influence des causes les plus légères, comme le refroidissement, un simple écart de régime. Beaucoup de personnes qui ont eu, en Algérie, des dysentéries graves et qui sont guéries depuis longtemps, ne peuvent cependant éprouver le plus léger refroidissement soit aux jambes, soit à l'abdomen, sans éprouver un retour des douleurs et de la diarrhée.

C'est dans la **péritonite** surtout qu'on trouve le type de la douleur abdominale; elle est excessivement vive, continue, avec exacerbations plus ou moins fréquentes; elle est très-superficielle, à ce point que les malades poussent des cris à la plus simple pression, ou même quand ils voient approcher les mains; ils ne peuvent supporter aucun poids, pas même celui des couvertures ou des cataplasmes; ils se couchent volontiers sur le côté et pliés en deux; il y a des vomissements fréquents, rappelés par l'ingestion des boissons; de la tympanite; ordinairement de la constipation. Les traits sont fortement altérés, le pouls petit, misérable, insensible quelquefois.

Il y a cependant quelques modifications dans cette douleur, selon les variétés de la péritonite.

Elle n'est jamais plus prononcée, plus aiguë, plus violente que dans la péritonite suraiguë, *traumatique*, ou par *perforation*.

Dans la *péritonite puerpérale*, elle manque souvent, surtout au début.

Dans la *péritonite subaiguë* et dans les formes *chroniques simple et tuberculeuse*, elle manque si ordinairement, qu'on méconnaît souvent ces deux affections. La tympanite et la diarrhée, qui existent presque toujours alors, sont quelquefois les seuls symptômes de quelque valeur qui puissent faire soupçonner, sinon reconnaître la maladie. Les ascites abandonnées à elles-mêmes, ou pour lesquelles on a pratiqué une ou plusieurs ponctions, la cirrhose, donnent fréquemment lieu à une péritonite subaiguë qui reste sou-

vent latente, par suite de l'absence de douleurs; mais on peut cependant soupçonner cette complication, en voyant s'établir des vomissements et de la diarrhée et le malade tomber dans la prostration, perdre ses forces, avoir une fièvre continue, avec sécheresse de la peau et exacerbation le soir; on peut faire les mêmes remarques chez les tuberculeux.

La péritonite peut être locale, dans les cas de perforation typhoïde, d'ictère avec hépatite, de pleurésie diaphragmatique, de kystes du foie, des ovaires, de métrite; l'augmentation subite de la douleur, sa localisation dans les points occupés par l'organe malade, le caractère superficiel qu'elle présente, l'impossibilité qu'il y a pour les malades à endurer la pression, quelques vomissements, l'altération des traits, les modifications dans le pouls, la prostration rapide des forces, annonceront cette grave complication.

La douleur est encore un symptôme important des hémorragies péritonéales, désignées sous le nom d'**hématocèles rétro-utérines**. (Voy. à l'art. *Tumeurs*.)

**Colique de plomb.** — L'entéralgie saturnine est ordinairement facile à diagnostiquer, cette affection se développant, le plus ordinairement, chez des individus qui sont, par leur profession, exposés à manier du plomb ou des préparations de plomb, qui savent être exposés aux accidents de cette nature, et qui sont les premiers à prévenir le médecin que leur maladie est de nature saturnine; mais il arrive aussi très-souvent que des individus ont été soumis, à leur insu, à l'action de préparations plombiques et qu'ils ne peuvent donner aucun renseignement sur l'origine des douleurs qu'ils éprouvent. Cette intoxication est souvent produite par l'usage de vin sophistiqué avec le plomb, de cidre qui a séjourné dans des vases de ce métal, par des pilules d'acétate de plomb administrées contre les sueurs nocturnes; par l'usage de bandelettes de diachylon, employées contre les ulcères des jambes. Une femme observée dans le service de M. Bouillaud avait une colique déterminée par l'application d'un fard à base de plomb.

Un fabricant de chaussons, que j'ai vu à l'Hôtel-Dieu en 1846, avait de vives coliques dont il ignorait la nature: en le pressant de questions, j'appris qu'il blanchissait avec

une poudre blanche la semelle des chaussures qu'il fabriqua; c'était du blanc de céruse. Plusieurs personnes ont été empoisonnées pour avoir mangé du pain cuit dans un four chauffé au moyen de bois peint avec des couleurs à base de plomb. Mon frère a donné des soins à une dame qui s'occupait de peinture et qui, employant la couleur appelée blanc d'argent, dans laquelle il entre de la céruse, avait contracté une colique de plomb. Nous pourrions multiplier ces exemples; nous avons tenu à en citer quelques-uns, pour montrer dans combien de circonstances il peut arriver que la cause de la colique échappe; et pour montrer, en conséquence, combien il est possible de se tromper, si l'on ne connaît au juste les caractères de cette douleur.

La colique de plomb débute d'une manière lente et graduelle; il y a d'abord des douleurs passagères et une légère constipation; quand elle est confirmée, la douleur devient excessivement vive; elle se manifeste par accès; elle est ordinairement générale, quelquefois concentrée à la région ombilicale; la pression la soulage, mais la pression exercée sur une large surface; les malades se couchent volontiers sur l'abdomen et en travers de leur lit, pour comprimer l'intestin; cependant il arrive souvent que la palpation, même étendue, l'exaspère notablement, et que les malades ne peuvent pas endurer même le poids d'un cataplasme. L'abdomen est presque toujours rétracté, plat et dur comme une planche, quelquefois déprimé; névralgie des testicules, augmentée par la pression, dans les trois quarts des cas (Grisolle).

Des vomissements ou plutôt des vomituritions surviennent; il y a une constipation opiniâtre; de temps à autre, des matières sèches, ovillées, sont rendues en petite quantité et avec beaucoup d'efforts. Il y a des rémissions plus ou moins longues, mais suivies du retour des douleurs. On observe quelquefois une teinte jaune de la peau, presque toujours un liséré gris ou bleuâtre au bord libre des gencives, quelquefois des taches ardoisées ou noirâtres sur la face muqueuse des joues en contact avec les dents. La matité hépatique diminue, le foie est rétracté (Potain). Tous ces accidents, même à un haut degré d'intensité, sont apyrétiques; ils durent quelquefois fort longtemps sans beaucoup altérer la santé des malades. Le doute sur la nature

des douleurs ne peut subsister un instant si l'on voit survenir de l'arthralgie, de l'amaurose, des symptômes épileptiques, [de l'anesthésie de la face dorsale des avant-bras et de la face externe des mollets (Gubler)], de la paralysie des extenseurs communs des doigts, avec intégrité des radiaux et des extenseurs propres. Souvent l'administration de bains sulfureux, en colorant en noir la surface de la peau, les ongles, aide puissamment au diagnostic. Les purgatifs, en amenant la guérison, confirment aussi cette manière de voir.

La colique saturnine donne quelquefois lieu à des douleurs qui augmentent considérablement par la pression et qui s'accompagnent de fièvre; dans ces cas, les purgatifs, loin de réussir, aggravent le mal: il est probable qu'il y a alors complication d'inflammation intestinale. Nous avons vu, dans un cas, dans le service d'Andräl, cette colique donner lieu à tous les phénomènes de la péritonite et la guérison survenir facilement sous l'influence des antiphlogistiques. On n'oubliera pas ces cas, où la maladie se cache sous les apparences d'une autre affection.

Nous devons mentionner l'opinion émise par M. Briquet (1) sur le siège de la colique de plomb. Selon cet auteur, les douleurs auraient leur point de départ dans les muscles de la paroi abdominale, et non dans l'intestin; et elles guériraient très-facilement par l'électrisation faradique. Nous n'insistons pas sur ce point, parce qu'il n'a aucun intérêt au point de vue du diagnostic. Tout porte à croire cependant que la colique de plomb tient à une stricture spasmodique de l'intestin déterminant à la fois la douleur et la constipation; le succès de la médication opiacée contre l'un et l'autre de ces symptômes milite en faveur de cette hypothèse.

**Colique du Poitou, végétale, du Devonshire, de Madrid, des Antilles.** — Citois a décrit, en 1636, une épidémie de colique qu'il observa dans le Poitou, et qui était caractérisée par des coliques violentes, accompagnées de vomissement, de hoquet, de diarrhée, etc.; suivies de paralysie des extenseurs des mains, d'amaurose, quelquefois d'épi-

(1) Briquet, *Archives générales de médecine*, 5<sup>e</sup> série, t. XI, 1858, p. 129 et suiv.

lepsié; cette affection se manifestait particulièrement chez les personnes qui faisaient usage de vin blanc. Huxham a décrit une colique du Devonshire semblable à la précédente par les symptômes, et causée, dit-il, par l'abondance incroyable de pommes et l'usage abusif du cidre. Bonté, Lepecq de la Cloture, ont observé une affection semblable en Normandie; on en vit une pareille à Madrid. Dans les Antilles, à la Guyane, au Sénégal, on a observé des épidémies du même genre, suivies d'accidents de la même nature, et qu'on a attribués à l'influence de certains vents; seulement cette variété diffère de la précédente par la constipation: aussi l'appelle-t-on *colique sèche des Antilles*. Nous avouons que nous ne sommes pas disposés à considérer ces affections comme distinctes de la colique de plomb, malgré l'opinion contraire de M. le professeur Fossagrives (1). Nous ne comprenons pas, en effet, qu'une maladie qui serait différente, par son origine, de la colique de plomb, puisse offrir avec celle-ci une aussi grande ressemblance de symptômes, et soit, comme elle, suivie de paralysie des extenseurs des mains, d'amaurose, d'épilepsie. On répondra qu'il y a un symptôme qui établit une grande différence, la diarrhée; mais, d'abord, elle n'existe pas toujours, et, ensuite, nous savons qu'elle se voit quelquefois dans des cas de colique de plomb compliqués d'entérite. Tout le monde a vu des faits de ce genre; et, dans les cas qui nous occupent, ne voit-on pas qu'il y avait précisément une condition capable de produire la diarrhée? Nous voulons parler de l'usage immodéré de fruits et de boissons récentes et à peine fermentées (cidre, etc.). D'un autre côté, si l'on nous objectait qu'on n'a jamais saisi de cause saturnine, nous répondrions que cela ne peut nullement prouver que cette cause n'a pas existé. Enfin, des médecins contemporains ont déjà attaqué, comme nous, la nature indépendante des coliques dites végétales, et en ont fait, comme nous le faisons en ce moment, des coliques de plomb. C'est surtout Lefèvre (de Brest) qui a dirigé les at-

(1) Fossagrives, *Archives de médecine*, 1832; *Gazette hebdomadaire*, 1837, et *Traité d'hygiène navale*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1877. On consultera avec intérêt les articles de Le Roy de Méricourt in Val-leix, *Guide du médecin praticien*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, 1866, t. IV, p. 84, t. V, p. 1010; et le livre de Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1868.

taques les plus vives contre la non-identité (1) des maladies. Il n'y a donc pas de diagnostic à établir pour des maladies qui probablement n'existent pas. Nous renvoyons, pour compléter ce sujet, à ce que nous avons dit de la paralysie dans la colique sèche.

On a aussi parlé de **coliques de zinc** et de **cuivre**, qui nous semblent problématiques comme les précédentes. Les coliques observées dans les ateliers où l'on travaille ces métaux ne peuvent-elles pas tenir à ce que les alliages contenaient du plomb? Et, quelquefois aussi, la colique a pu n'être autre chose qu'un empoisonnement par un de ces sels de cuivre ou de zinc qui se forment si facilement, soit à l'air, soit par le contact des acides. Nous croyons enfin, par un exemple que nous avons eu sous les yeux, qu'on a souvent pris pour coliques de cuivre de simples fièvres typhoïdes.

Lorsqu'il se fait une **perforation** de l'intestin, les malades éprouvent ordinairement une douleur vive et ont la sensation de l'épanchement d'un liquide plus ou moins chaud dans l'abdomen. Beaucoup sont pris, à ce moment, de sueurs froides et de syncopes. On observe ces accidents dans les perforations spontanées, dans celles qui succèdent à la fièvre typhoïde, à des ulcérations, à des cancers de l'intestin ou de l'estomac, dans les maladies du cæcum et de son appendice; on a assuré, mais sans preuves suffisantes, que les vers, et particulièrement les lombrics, peuvent perforer l'intestin. Un fait plus certain, c'est que les contusions de l'abdomen sont fréquemment l'origine des perforations; nous en avons vu deux exemples: l'un chez un homme qui avait reçu un coup de pied de cheval; l'autre chez une femme enceinte de cinq mois, qui avait éprouvé une contusion par le choc d'un panier.

Les circonstances que nous venons de mentionner, jointes à la nature de la douleur, à son mode d'invasion, sont presque caractéristiques. Ainsi, par exemple, un individu est convalescent de fièvre typhoïde, il est même voisin de la guérison; il éprouve tout à coup, sans cause connue, ou à

(1) A. Lefèvre (de Brest), *Recherches sur les causes de la colique sèche*, etc. Paris, 1859.

la suite d'un excès d'aliments, une douleur vive dans un des côtés du ventre et une sensation de chaleur douce; il tombe en syncope; puis des douleurs permanentes s'établissent, des vomissements surviennent: il n'y a point de doute qu'une perforation a eu lieu. On portera le même jugement si des accidents de cette nature se montrent chez une personne qui a un phlegmon de la fosse iliaque, par suite d'une maladie du cæcum; ou bien, s'il y a eu contusion de l'abdomen, etc.

[[L'*ulcère rond* ou *perforant de l'estomac* s'accompagne quelquefois d'une perforation subite de toutes les parois avant la formation d'adhérences protectrices, de la pénétration des matières alimentaires dans le péritoine et de péritonite mortelle. Il est même des cas où cette péritonite suraiguë est le premier et unique symptôme de l'ulcère (Niemeyer); la perte de substance de l'estomac s'est effectuée d'une manière sourde et presque à l'insu du malade. Cependant, si l'on interroge attentivement le sujet, il accuse presque toujours quelques troubles légers de la digestion et de la sensibilité à la pression épigastrique précédant de quelques jours ou de quelques semaines la catastrophe finale.]]

La présence de *calculs* dans les voies urinaires, ou dans les canaux biliaires, donne lieu à des accès de douleur qu'on nomme *colique néphrétique* et *colique hépatique*.

La *colique néphrétique* ne se remarque guère que chez les goutteux; elle se manifeste par accès dans l'intervalle desquels la santé est assez bonne, sauf quelques accidents légers du côté de la sécrétion urinaire. L'accès débute très-brusquement, soit spontanément, soit surtout à la suite d'un exercice violent, d'une course, du mouvement du cheval ou de la voiture, soit seulement par le simple changement de position du corps. Les malades ressentent, dans un côté de la région lombaire, une douleur aiguë qu'ils comparent à un déchirement, à un tiraillement, à un pincement. Cette douleur s'irradie dans une grande étendue de l'abdomen, et particulièrement le long du trajet de l'uretère, dans l'hypogastre, et quelquefois jusqu'à l'extrémité de la verge. Ce dernier caractère est cependant plus commun dans les calculs vésicaux. La pression sur les lombes ou sur la paroi abdominale diminue ou apaise la

douleur; aussi, la plupart des malades se couchent sur le ventre, pour obtenir quelque soulagement. La rétraction du ventre, des vomissements bilieux, quelquefois très-répétés; la rétraction des testicules, quelquefois la suppression de la sécrétion urinaire, sont des phénomènes qui accompagnent presque constamment ceux que nous venons de décrire. Au milieu de ces accidents quelquefois fort graves, apyrexie complète; rémissions et exacerbations souvent nombreuses; la durée des accidents dépasse rarement douze ou vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, les malades sont, en général, avertis de la fin de l'accès par le rétablissement du cours de l'urine ou par les changements que présente ce liquide. Pendant le cours de l'accès, l'urine est peu abondante et incolore; l'accès passé, elle redevient plus ou moins abondante, rouge, colorée comme par du sang, et elle dépose un sédiment épais d'acide urique. Quelquefois on rencontre, dans les urines, le gravier ou des graviers qui ont été la cause de la colique néphrétique; mais le plus souvent, on ne les voit pas, parce qu'ils sont restés au sein de l'organe malade. La cessation de la douleur a lieu par le mécanisme suivant: la présence d'un calcul volumineux dans une partie étroite des voies urinaires forme un obstacle complet à l'écoulement de l'urine, et en détermine l'accumulation; mais le corps étranger, par suite de l'irritation qu'il cause, détermine autour de lui une sécrétion de mucosités; celles-ci permettent au calcul de s'éloigner des parois du canal de l'uretère; l'urine s'interpose, le soulève et le fait monter vers le bassin, pendant qu'elle-même, libre de tout obstacle, reprend son cours ordinaire et fait cesser tous les accidents. Il est bien entendu que, dans le cas de pyélite, l'urine présente, même pendant l'accès douloureux, une proportion plus ou moins forte de sang ou de pus.

Des accidents analogues signalent la présence des *calculs biliaires* dans les canaux excréteurs du foie: les malades sont pris aussi d'une douleur vive qu'ils rapportent à la région hépatique ou épigastrique et qui irradie souvent vers l'épaule droite, de vomissements, de rétraction de l'abdomen. Au bout de quelques heures ou de quelques jours et après la disparition des accidents, on trouve, dans les matières excrétées, des calculs biliaires plus ou moins

gros ou de la *gravelle* biliaire. Quelquefois cependant on ne rencontre pas ces corps étrangers, qui sont remontés dans une partie plus large des voies biliaires, par un mécanisme semblable à celui que nous avons signalé plus haut pour les calculs urinaux. Dans la plupart des cas, un ictère léger et fugace suit les attaques de colique hépatique. Chez quelques malades, cet ictère persiste dans l'intervalle des accès et prend les caractères de l'ictère le plus intense ou ictère noir.

## II. — DE LA DYSPEPSIE.

On désigne sous le nom de dyspepsie la lenteur et la difficulté de la digestion.

La dyspepsie est une maladie ou un symptôme : une maladie, quand elle est l'expression d'un trouble fonctionnel, d'une névrose de l'estomac, comme cela a lieu dans l'indigestion ; un symptôme, quand elle reconnaît pour cause une maladie antérieure du tube digestif ou de toute autre partie.

Par suite du *consensus* de tous les organes, et surtout en raison des sympathies qui unissent le tube digestif au reste de l'organisme, il est rare que la dyspepsie ne se montre pas, à titre de phénomène sympathique, dans toutes les affections qui troublent l'ensemble de l'économie ; en effet, elle apparaît aussi bien dans le plus léger accès de fièvre que dans la maladie la plus grave. Et souvent, sans avoir aucun rapport avec l'affection qui va éclater, elle en signale l'apparition ; puis, ensuite, les progrès, la décroissance. Elle n'est pas toujours dans un rapport parfait avec le mal local, qui en est la cause ; ainsi elle peut décroître quand ce mal s'aggrave, et réciproquement. Néanmoins, le véritable médecin devra en tenir le plus grand compte ; en effet, l'augmentation ou la diminution de la dyspepsie donne la mesure exacte de la participation de l'économie au mal local.

On doit distinguer deux espèces de dyspepsies : la *dyspepsie accidentelle* et la *dyspepsie habituelle* (1). M. Nonat (2)

(1) Chomel, *Des dyspepsies*. Paris, 1837.

(2) Nonat, *Traité des dyspepsies*. Paris, 1862, pages 19 et 106.

signale à l'attention des médecins la dyspepsie *sympathique*, dont une variété *peu connue* accompagne fréquemment les maladies de l'utérus et de ses annexes.

*Caractères.* La *dyspepsie accidentelle* n'est rien autre chose que l'*indigestion*. Les malades éprouvent de la pesanteur et de la tension à l'épigastre, du malaise, des vertiges, l'obscurcissement de la vue, des frissons, de l'horripilation, des sueurs froides, un sentiment d'anxiété précordiale, des pincements d'estomac et enfin des vomissements ; ceux-ci sont ordinairement précédés d'une sécrétion abondante de salive. L'expulsion des aliments et d'un peu de matière bilieuse termine la série des accidents ; il ne reste qu'un peu de courbature ; mais quelquefois il survient un accès de fièvre.

L'indigestion, au lieu d'être *stomacale*, peut être *intestinale*. Alors se manifestent : des douleurs abdominales, des coliques, des borborygmes ; des liquides et des gaz parcourent avec bruit l'intestin ; enfin, déjections alvines abondantes, formées d'aliments à peine digérés, de gaz, de liquides bilieux et muqueux. Brisement, affaiblissement des membres, sensibilité au froid, quelquefois fièvre ; souvent l'appétit est conservé ; aussi, quelques malades, continuant à prendre des aliments, entretiennent cet état, qui prend alors le nom de *lientérie*.

Quelquefois l'indigestion est précédée de divers troubles nerveux assez alarmants, tels que : anxiété, palpitations, irrégularité du pouls, défaillances, vertiges, demi-délire, mouvements désordonnés et presque convulsifs, engourdissement, affaiblissement partiel des membres pouvant simuler l'hémiplégie.

L'indigestion est ordinairement un accident passager, mais qui peut se reproduire ou devenir permanent par une mauvaise hygiène, par des excès, ou enfin par la répétition ou la persistance de toutes les causes que l'on connaît et que nous ne croyons pas devoir énumérer.

La *dyspepsie habituelle* ou *chronique* peut aussi avoir son siège dans l'estomac ou dans l'intestin. Elle se révèle par des troubles permanents des voies digestives, qui n'ont avec l'indigestion que des rapports éloignés. Ses caractères principaux sont les suivants : inappétence, répugnance pour les aliments en général, ou seulement pour quelques-uns, appétence pour d'autres et pour certaines boissons ; douleur