

2° Dans la *gastrite*, maladie très-rare à l'état aigu, plus fréquente qu'on n'a voulu le croire depuis un certain nombre d'années, la douleur occupe la région épigastrique; elle est plus ou moins vive et permanente, avec vomissements, perte d'appétit, rougeur de la langue et fièvre médiocrement intense au début. C'est un sentiment de chaleur et de brûlure insupportables.

Dans l'*entérite aiguë*, la douleur est sourde, rarement très-vive, et elle apparaît surtout dans les cas où le cæcum, le gros intestin et le péritoine prennent part à la maladie. C'est ce qu'on voit dans l'entérite tuberculeuse et dans l'entérite typhoïde, etc.

Dans l'*entérite chronique* et dans l'indigestion intestinale, il y a pesanteur, gêne, chaleur dans l'abdomen; mais il n'y a généralement pas de douleur bien vive.

Dans la *colite aiguë* et dans la *dysenterie*, la douleur abdominale est très-prononcée; elle existe sous forme de colique. Quelquefois très-vive, et s'exaspérant spontanément ou à la moindre pression, elle s'accompagne de pincement, de borborygmes et de besoins d'évacuation. Elle existe le plus souvent sur le trajet du côlon; mais quelquefois elle est générale. Elle cesse après une évacuation pour se reproduire un peu plus tard. Il s'y joint souvent du *ténésme* et des épreintes, lorsque le besoin d'évacuer est très-fréquent et que les malades ne rendent qu'une petite quantité de matières.

Dans la *colite chronique*, la douleur est sourde et occupe le côlon de façon à simuler la gastralgie.

Dans la *péritonite*, la douleur abdominale est générale, très-aiguë, sans intermittences, superficielle, exaspérée par la moindre pression, par l'application de la main ou par le poids d'une couverture. Très-forte dans la péritonite traumatique ou par perforation (péritonite toujours suraiguë), elle est beaucoup moins intense et fait quelquefois défaut dans la péritonite puerpérale, comme dans la péritonite chronique simple et dans la péritonite tuberculeuse.

Dans la *colique de plomb*, les douleurs sont très-vives, apyrétiques et reviennent par accès; tantôt générales, et tantôt localisées à la région de l'ombilic, une forte pression exercée sur le ventre calme ces douleurs, et les malades cherchent eux-mêmes à faire cette compression en se plaçant en travers de leur lit, couchés sur le ventre. Cependant ce soulagement de la douleur produit par une forte pression n'est pas un phénomène constant, car on voit encore quelquefois, assez souvent même, des malades qui ne peuvent supporter sur le ventre le poids d'un cataplasme.

Dans la *colique néphrétique*, la douleur revient par accès très-aigus. Elle siège à la région lombaire, sur le trajet de l'uretère, dans l'hypogastre et même jusqu'à l'extrémité de la verge. La douleur, ordinairement sans fièvre et accompagnée de vomissements, diminue par la pression sur les lombes et sur la paroi abdominale.

Dans la *colique hépatique*, la douleur est apyrétique et revient également par accès intermittents; elle occupe la région hépatique, et s'accompagne souvent d'ictère, de vomissements et de rétraction de l'abdomen.

Dans les névralgies des parois de l'abdomen observées dans la *chlorose* et l'*hystérie*, la douleur abdominale occupe différents points de l'épaisseur des parois,

et, comme l'a établi le docteur Alph. Bezançon (1), ces douleurs se distinguent en ce que la pression sur un point circonscrit de la peau leur donne une excessive acuité. Ces douleurs ont un siège fixe; elles sont quelquefois continues, mais elles se présentent plutôt sous forme d'élançements sur le trajet des nerfs. C'est ainsi que cela se passe dans la névralgie ilio-lombaire, dans la névralgie ilio-scrotale, dans la névralgie ilio-vulvaire. Dans ces névralgies, il y a toujours un ou plusieurs points douloureux, en arrière, au niveau des trous de conjugaison des vertèbres, en avant, au niveau de la crête iliaque et du pubis.

SECTION XVIII

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LES TACHES ROSÉES LENTICULAIRES.

On désigne encore généralement ces taches sous les noms de *taches typhoïdes*, *pétéchies*, *papules typhoïdes*. Elles constituent en effet une éruption à peu près constante dans la fièvre typhoïde, par conséquent un signe presque pathognomonique dans cette maladie. Au dire de divers auteurs, ce ne serait pas la seule maladie dans laquelle on rencontrerait ces taches: ainsi elles ont été signalées dans l'entérite des enfants, par Rilliet et Barthez; dans la pneumonie; dans la forme typhoïde des fièvres puerpérales, par Voillemier (2); dans la morve, par Becquerel, etc.

Dans ces dernières maladies, les taches rosées lenticulaires sont accidentelles; dans la fièvre typhoïde, au contraire, elles sont si constantes, qu'elles constituent pour cette fièvre un signe diagnostique d'une grande importance. Il n'y a que dans la fièvre typhoïde du premier âge qu'elles fassent défaut. Elles se montrent du septième au dixième jour, au commencement du second septénaire, et elles durent de six à huit jours. Leur siège le plus habituel est la paroi abdominale antérieure; puis, par ordre de fréquence, on les retrouve sur la partie supérieure et antérieure des cuisses, au sacrum, sur la région lombaire, sur la poitrine; elles sont fort rares et ne se montrent que très-exceptionnellement sur le cou et sur les membres supérieurs. Quelquefois, mais ce fait n'est pas commun, elles apparaissent au milieu du premier septénaire de la maladie.

On a remarqué que ces taches, très-fréquentes dans diverses épidémies de fièvre typhoïde, manquaient dans d'autres épidémies. C'est un fait qu'on ne saurait expliquer, qui tient sans doute au génie particulier de chaque épidémie.

Les taches rosées lenticulaires ont habituellement de 2 à 4 millimètres de diamètre; elles sont arrondies, papuleuses, plates, sans saillie de la peau, disparaissant sous la pression du doigt, pour se reproduire aussitôt après. Elles sont en petit nombre, de trois à vingt environ. D'autres fois on en trouve davantage; quelquefois même cette éruption est comme confluyente, au point de simuler une varioloïde.

On ne pourrait guère confondre ces taches qu'avec les piqûres de puces, les pétéchies, ou avec l'acné.

(1) Bezançon, *Considérations sur l'hystérie*, thèse. Paris, 1849.(2) Voillemier, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1861.

Voici des signes distinctifs qu'il faut avoir présents à l'esprit.

Les piqûres de puces offrent des papules roses et larges, assez semblables à celles de l'urticaire, moins saillantes cependant. Ces papules s'effacent et laissent après elles un point noir qui ne disparaît point à la pression. Ce point noir est une ecchymose. Dans l'acné, on observe au sommet de la tache une petite suppuration qui, une fois terminée, laisse une cicatrice déprimée. De plus, l'acné se montre de préférence dans les points où les taches lenticulaires sont le moins fréquentes.

Quant aux pétéchiés, elles sont constituées par une extravasation sanguine, ne disparaissant pas sous la pression du doigt. D'un autre côté, elles ne sont pas communes dans la fièvre typhoïde, et quand elles s'y manifestent, ce n'est qu'à une période déjà éloignée du début de la maladie.

SECTION XIX

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LES SUDAMINA.

Les sudamina forment une éruption caractérisée par de petites vésicules régulières, hémisphériques, transparentes, faciles à déchirer, incolores, très-petites, depuis un grain de millet jusqu'à une tête d'épingle, renfermant un liquide séreux et acide. Ces vésicules sont formées aux dépens de l'épiderme soulevé. Elles se développent promptement, en quelques heures. Elles sont souvent assez nombreuses pour que le toucher puisse les constater assez aisément; la peau est alors chagrinée. Mais, quand les vésicules sont extrêmement petites et plus rares, on ne peut les découvrir de cette façon; c'est en regardant la peau obliquement qu'on peut constater leur présence. Du reste, on ne les trouve jamais isolées; elles sont ordinairement confluentes, au point de voir plusieurs vésicules juxtaposées, formant une ou plusieurs larges vésicules, comme dans l'herpès. Cette éruption est très-éphémère, mais elle se reproduit très-vite; aussi dure-t-elle ainsi plusieurs jours par la reproduction successive de nouvelles vésicules. Celles-ci, très-minces, avons-nous dit, se déchirent et laissent après elles une légère desquamation, car elles ne suppurent presque jamais.

On les trouve souvent sur plusieurs points à la fois, mais particulièrement sur l'abdomen, sur le thorax, sur les épaules, sur la partie supérieure des cuisses, aux aisselles et aux parties latérales et inférieures du cou.

Quelquefois les sudamina se développent sur des points où la peau est rouge, érythémateuse. D'autres fois les vésicules ont une apparence blanchâtre, à cause du liquide latescent qu'elles renferment. Cette demi-opacité du liquide des vésicules dépend d'une légère quantité de pus qui s'y trouve mêlé. On sait aujourd'hui d'une manière précise que les sudamina se lient à la présence de sueurs abondantes et prolongées; aussi n'ont-ils proprement rien de spécial, comme autrefois on a voulu le voir dans la fièvre typhoïde. Les sudamina se rencontrent dans la scarlatine miliaire, dans la variole, dans la suette, dans la pneumonie, dans la fièvre puerpérale, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la phthisie pulmonaire, dans la morve, dans la résorption purulente, etc.

Du reste, que cette éruption soit dans toutes les circonstances liée aux sueurs,

ou qu'elle soit indépendante de celles-ci, question encore controversée, ce qu'il nous importe davantage de constater, c'est qu'en définitive elle ne saurait constituer un bon signe diagnostique, même dans la fièvre typhoïde, car elle s'y montre à une période déjà éloignée du début, du douzième au vingtième jour. De plus, elle se développe à peu près indistinctement dans la forme grave et dans la forme légère de la maladie.

SECTION XX

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LES PÉTÉCHIES
ET PAR LES TACHES BLEUES.

Les pétéchiés ne sont autre chose que de petites hémorragies qui se font dans l'épaisseur de la peau, sous forme de points miliaires arrondis, d'une teinte variant du rouge au violet. Ces taches, qui sont au niveau de la peau, ne font aucune saillie à la surface, et ne s'effacent pas sous la pression du doigt. Elles ont des dimensions variables: ici très-petites et semblables à des piqûres de puces; ailleurs larges; rares chez les uns, confluentes chez les autres.

Elles résultent d'une profonde altération du sang, soit la diminution absolue du chiffre de la fibrine, soit la dissolution et la diminution de la plasticité de cet élément du sang.

Il faut ranger parmi les pétéchiés cette éruption de *taches bleuâtres* ou *taches ombrées*, superficielles, épidermiques, minutieusement décrites par Piedagnel; seulement elles diffèrent des pétéchiés proprement dites par leur forme: en effet, elles sont ovalaires allongées, larges comme une lentille; mais elles s'en rapprochent par leur nature anatomique. Comme les pétéchiés, ce sont des points ecchymotiques à peine appréciables. Ces deux formes d'éruption hémorragique se montrent sur l'abdomen, à la base du thorax, sur tout le tronc, sur les membres, mais jamais à la face.

Ces taches ombrées, infiniment plus rares que les pétéchiés, ne sauraient être confondues avec aucune autre espèce d'éruption. Quant aux pétéchiés, on ne pourrait les confondre qu'avec les taches rosées lenticulaires et avec les taches de purpura; mais les taches rosées sont superficielles, d'un rose tendre, et disparaissent sous la pression du doigt, tandis que la pétéchie ne bouge pas.

Quant à différencier l'éruption pétéchiiale du purpura, cela est plus difficile, souvent impossible: c'est une même lésion anatomique, produite par des causes différentes.

Les pétéchiés se montrent principalement dans les maladies graves, et en particulier dans quelques cas de fièvre typhoïde, dans le typhus, dans la peste, dans la fièvre jaune. On ne les observe dans la fièvre typhoïde que dans les formes les plus graves, adynamiques, et presque toujours à une époque éloignée du début. Cette éruption peut même survenir en pleine convalescence; elle constitue alors un signe pronostique assez grave. Dans ces circonstances, en effet, l'état de dissolution du sang est si considérable, que le travail d'assimilation est insuffisant à le contre-balancer, bien plus à en triompher. Souvent alors il y a des hémor-

rhagies par d'autres voies : ainsi des épistaxis, des hémorrhagies intestinales, des apoplexies pulmonaires, des infiltrations sanguines dans les tuniques de l'intestin, de la vessie, etc.

Là où les pétéchies sont confluentes, on voit çà et là de véritables ecchymoses, résultant de leur juxtaposition, et Littre dit même avoir vu des eschares se former sur ces points.

Il est rare de voir, dans la fièvre typhoïde, les taches pétéchiales mêlées aux taches rosées lenticulaires ; car l'époque de leur développement n'est pas la même. Cependant, dans les cas graves, là où la dissolution du sang se fait très-rapidement, on peut observer des pétéchies à l'époque où se montrent habituellement les taches rosées lenticulaires. Quand on voit ainsi des pétéchies survenir, soit à la fin du premier septénaire, soit dans les premiers jours du second, on doit craindre le développement d'une forme adynamique très-prononcée de la maladie. La mort est ici la terminaison habituelle.

Il est plus commun de rencontrer concurremment des sudamina et des pétéchies.

Dans le typhus, l'éruption pétéchiale constitue l'un des premiers caractères de la maladie ; elle se montre du deuxième au cinquième jour, rarement plus tard (cependant on l'a attendue jusqu'au quatorzième), et elle disparaît vers le vingtième jour.

En général, dans le typhus, les pétéchies sont nombreuses, et couvrent une grande partie de la surface du corps. Il est à peu près aussi rare de les voir manquer complètement que de les trouver isolées. Cependant elles ne constituent pas un signe absolument constant de cette maladie.

Dans la peste, les pétéchies se forment à une époque avancée de la maladie, lorsqu'elle est déjà parfaitement reconnaissable à d'autres signes. Elles se montrent fréquemment sur les muqueuses, aux paupières, aux gencives, à la langue, dans l'intestin, à la surface interne de la vessie, des grosses bronches, etc.

Il en est de même dans la fièvre jaune, où les pétéchies en très-grand nombre se répandent sur toute la surface du corps, même au visage. Ces pétéchies sont tantôt pâles et tantôt d'un rouge violet. Elles se développent ordinairement pendant la deuxième période de la maladie.

SECTION XXI

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA RÉTRACTION DU VENTRE.

La rétraction du ventre n'a pas une grande importance diagnostique ; c'est un phénomène accessoire qui, sans être caractéristique d'aucune maladie, se rencontre assez fréquemment pour qu'il soit utile de l'étudier.

On l'observe surtout :

1° Dans la *colique de plomb*, quand les douleurs sont très-vives. Le ventre, aplati et ferme, est refoulé sur la colonne vertébrale, caractère assez constant pour être pris en considération dans le diagnostic.

2° Dans la *méningite aiguë*, à la troisième période. Quelquefois les muscles du

ventre sont si contractés, si roides sous la main, qu'on ne peut explorer les organes contenus dans l'abdomen. Ailleurs, au contraire, la paroi est souple, aplatie et molle sans élasticité, laissant voir les circonvolutions de l'intestin placées au-dessous. On a voulu trouver dans la rétraction des parois du ventre un signe différentiel entre la méningite et la fièvre typhoïde. Mais c'est une erreur, car, s'il est certain qu'on ne trouve pas cette rétraction dans la fièvre typhoïde, elle n'est pas assez constante dans la méningite pour servir de base à un diagnostic précis, et Pringle cite des cas où elle ne s'est pas montrée.

3° Dans la *colique néphrétique* et dans la *colique hépatique*, il y a rétraction du ventre par contraction des muscles, au moment des accès.

4° Dans l'*amaigrissement* porté à un haut degré, il y a une grande diminution du volume du ventre ; les parois abdominales sont appliquées contre la colonne vertébrale, et l'on sent de chaque côté un paquet formé par les intestins. Cela se voit surtout dans le cancer de l'estomac, si la lésion siège au pylore et si la maladie dure depuis longtemps. L'intestin se rétrécit peu à peu, et, sous les parois rétractées du ventre, on trouve la masse intestinale, surmontée, vers la partie supérieure de l'abdomen, d'une partie sonore formée par l'estomac rempli de gaz.

SECTION XXII

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA TEMPÉRATURE DU VENTRE.

Il ne s'agit point ici de la température du ventre dans les maladies avec forte fièvre devant durer un certain nombre de jours, comme cela a lieu dans les fièvres continues, dans les phlegmasies, dans les fièvres éruptives. La température de la peau est plus élevée partout, sur le ventre comme ailleurs. Aussi n'y a-t-il dans ces cas aucun signe à chercher dans la température de l'abdomen, qui n'offre rien de particulier. Toutefois, au début de quelques maladies du ventre, et pendant leur cours, la température s'élève de plusieurs degrés au niveau du point affecté, alors que la peau des parties voisines est d'une température notablement inférieure.

On peut dire presque à coup sûr que l'élévation de la température du ventre est en rapport direct avec un état phlegmasique bien déterminé, subaigu ou chronique, du péritoine ou de l'intestin. Les maladies douloureuses dans lesquelles la peau du ventre demeure à la température ordinaire ne sont pas des inflammations ; ce sont des névroses, des névralgies. Ainsi la chaleur de la peau de l'abdomen n'est point augmentée par les douleurs gastriques et intestinales des femmes hystériques, dans la colique de plomb, si douloureuse qu'elle soit, dans les coliques hépatiques, néphrétiques ; elle est au contraire notablement augmentée dans les phlegmasies suivantes : l'*entérite*, la *dysenterie aiguë ou chronique*, la *péritonite chronique*, la *fièvre typhoïde*, les *phlegmons de la fosse iliaque*, la *métrite*, la *méto-péritonite*, etc.

Cette élévation de la température de l'abdomen appréciée au thermomètre constitue, pour ces maladies, un fort bon signe diagnostique. Du reste, cette chaleur anormale n'est pas seulement perçue par le médecin ; le malade se rend par-

faitement compte de la différence qui existe entre la température du ventre dans les maladies que je viens de citer, et la température des parties voisines.

SECTION XXIII

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA DYSPÉPSIE.

On donne le nom de *dyspepsie* à une forme de la *gastralgie*. C'est la difficulté et la lenteur des digestions; mais ce dernier phénomène est plus spécialement désigné par le mot de *bradypepsie*. Ce symptôme se rencontre comme phénomène sympathique ou direct dans un grand nombre des maladies aiguës ou chroniques des viscères, dans les maladies organiques ou nerveuses de l'estomac, dans les maladies et dans les névroses. Il est très-fréquent, et sa présence se rattache à un nombre de maladies si considérable, qu'on a souvent les plus grandes difficultés pour l'assigner à sa véritable cause.

C'est quelquefois une maladie nerveuse essentielle ou idiopathique, quand elle existe seule, comme cela se rencontre assez souvent, et qu'on ne peut raisonnablement pas la rapporter à une maladie antérieure ou primitive.

A ce titre, la dyspepsie a été l'objet d'un nombre considérable de recherches cliniques: quelques médecins, comme Barras, n'ont voulu y voir qu'une maladie nerveuse; tandis que d'autres, au contraire, à l'exemple de Cullen, l'envisagent à la fois comme maladie primitive et comme symptôme d'un état morbide antérieur. C'est ainsi qu'il faut l'envisager. On doit admettre trois variétés de dyspepsie: 1° la dyspepsie *idiopathique*, 2° la dyspepsie *sympathique*, et 3° la dyspepsie *symptomatique*.

La dyspepsie *idiopathique* ou *essentielle* se rencontre comme trouble primitif de la digestion, indépendamment de toute maladie appréciable de l'estomac ou des viscères, chez un assez grand nombre de personnes. L'appétit est perdu, et ce qu'on mange n'a pas de goût; les aliments pèsent à l'estomac, déterminent un malaise de quelques heures, quelquefois accompagné de pneumatose gastro-intestinale et de céphalgie (*dyspepsie flatulente*); ils provoquent souvent des aigreurs (*dyspepsie acide*), des douleurs épigastriques, ou gastralgie, de la constipation ou des alternatives de constipation et de diarrhée; les sujets maigrissent, deviennent jaunes, perdent leur vivacité, leur force musculaire et leur aptitude au travail. Cet état dure plus ou moins longtemps, disparaît par moments, pour revenir un peu plus tard jusqu'à sa guérison définitive ou jusqu'à ce que les troubles de la nutrition aient été assez considérables pour entraîner des maladies secondaires du foie, des poumons ou du cerveau. En effet, sous l'influence de la chloro-anémie produite par la dyspepsie essentielle, on observe secondairement des palpitations, des névralgies et des désordres chlorotiques de l'intelligence et du système nerveux; le nervosisme; la tuberculisation pulmonaire chez ceux qui y sont prédisposés; les maladies du foie ou de la vésicule biliaire par suite de l'inactivité de ces organes; certaines maladies de l'estomac et de l'intestin, etc.

Non-seulement, comme on le voit, la dyspepsie est un trouble de la digestion, mais c'est encore un trouble des fonctions de tous les autres appareils organiques.

La nutrition modifiée entraîne avec elle l'altération chlorotique du sang, l'imperfection de l'hématose, les troubles de la sécrétion biliaire, le dérangement des fonctions nerveuses et de la pensée, l'amaigrissement général, etc. A ce dernier phénomène se rattache naturellement un caractère de la dyspepsie étudié par Beau, et qui mérite d'être pris en considération: c'est le *sillon transversal des ongles*. Sa présence indique les degrés de la dyspepsie. En effet, les ongles perdent leur épaisseur sous l'influence de cet état morbide, et ils la reprennent lorsqu'une amélioration se produit. De cette différence d'épaisseur au moment de la sortie des ongles résultent à leur surface, principalement sur le pouce, des sillons dans le sens transversal qui indiquent le commencement et la fin de l'état dyspepsique.

La dyspepsie essentielle ou idiopathique reconnaît pour causes: les impressions morales, telles que les chagrins violents, la jalousie continuelle, l'ambition déçue; l'excitation cérébrale déterminée par les travaux de composition littéraire et scientifique, par les revers de fortune, etc.; les sécrétions trop abondantes, telles que la polyurie, le pyalisme, la galactorrhée, les flueurs blanches, les pertes séminales ou les abus vénériens, les écarts ou les intempérances de régime; l'atonie de l'estomac et la diminution ou l'altération du suc gastrique, etc.

La *dyspepsie sympathique* est caractérisée par les mêmes phénomènes que la précédente.

Elle dépend de certaines modifications physiologiques ou morbides subies par des organes autres que l'estomac. On l'observe au début de la grossesse, à la suite des maladies chroniques des poumons, du cerveau et du foie, de l'utérus, dans les hernies, dans les névroses, telles que l'hystérie, dans l'hypochondrie, dans la chlorose et certaines maladies du sang, etc. Quant à ce qu'on a cru devoir appeler dyspepsie sympathique des maladies aiguës, il est inutile d'en parler, car les phénomènes de dégoût et d'inappétence observés dans l'état fébrile ne sont pas de la dyspepsie et caractérisent l'*anorexie*.

La *dyspepsie symptomatique* est le résultat des maladies aiguës ou chroniques de l'estomac, et particulièrement de la gastro-entérite chronique, de l'ulcère chronique de l'estomac, du cancer cardiaque ou pylorique, des hernies de l'estomac, de la gastralgie et de toutes les maladies ayant leur siège dans les voies digestives.

D'une manière absolue et par elle-même, la dyspepsie n'a pas une grande importance pour la détermination d'un diagnostic précis. Ce n'est jamais un signe pathognomonique, et elle n'a de signification que par ses rapports avec les autres phénomènes morbides observés chez les malades.

SECTION XXIV

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA GASTRALGIE.

A la dyspepsie se rattache la gastralgie, et réciproquement. En effet, tous les gastralgiques sont plus ou moins dyspeptiques et souffrent de la région de l'estomac par difficulté de digestion.

La douleur d'estomac existe quelquefois chez les enfants, plus souvent à l'âge de la puberté et chez l'adulte. Elle se montre plus rarement chez les vieillards. C'est un état morbide plus commun chez la femme que chez l'homme, car il est intimement lié à l'intégrité des fonctions utérines.

Il y a une gastralgie *idiopathique*, *sympathique* et *symptomatique*.

La gastralgie qui se montre dans l'inanition, après une forte contrariété, après une suppression de règles, ou après des règles trop abondantes, dans la chlorose des jeunes filles, est inhérente au trouble des fonctions gastriques, et sa cause est inconnue. C'est la *gastralgie idiopathique*.

Celle qui se montre dans le cours de la métrite aiguë et chronique, dans les déplacements de matrice, dans les ulcérations du col utérin, dans la leucorrhée, dans les maladies du rein, dans les maladies de l'appareil biliaire, dans l'hypochondrie et dans quelques affections cérébrales, est *sympathique*. Elle résulte des liens que le nerf grand sympathique des organes malades présente avec l'estomac.

La gastralgie qui résulte de l'inflammation aiguë ou chronique de l'estomac, de l'alcoolisme aigu, de l'alimentation trop copieuse ou indigeste, des phlegmasies de l'intestin, des cancers et des tumeurs de l'estomac, est *symptomatique*; mais celle-ci n'est pas, à vraiment parler, ce qu'on appelle gastralgie. Ce nom est plus spécialement réservé aux douleurs nerveuses de l'estomac.

Quoi qu'il en soit, la gastralgie n'est, comme la dyspepsie, qu'un symptôme.

Elle est caractérisée par des douleurs plus ou moins vives de la région épigastrique, avec une dyspepsie plus ou moins forte. Tantôt obscures, profondes, à peine appréciables et tantôt très-aiguës, ces douleurs ont quelquefois le caractère de crampes, de pincement, de grignotement, de contraction ou d'élanement, selon les malades. C'est très-variable. Elles sont souvent accompagnées d'un besoin irrésistible de manger quelque chose, et ce besoin est si pressant, qu'il semble qu'une syncope serait la conséquence du refus d'y obéir. Elles sont parfois accompagnées de gonflement, d'éruclations, de brûlure œsophagienne, et elles se calment ou s'accroissent par le repas. Avec elles on observe souvent d'autres névralgies, et notamment des névralgies temporales ou intercostales.

Avec la gastralgie existe habituellement de la constipation, mais il y a quelquefois de la diarrhée au bout de vingt-quatre heures, et la face, pâle ou jaunâtre, exprime par la teinte bistre des paupières inférieures un état de souffrance réel.

Il ne faut pas confondre la gastralgie et la *colonalgie*, qui occupe la même région, et qui résulte de l'entérite chronique et du catarrhe chronique des intestins, car celle-ci est un signe de colite et s'accompagne d'obstruction stercorale du cæcum appréciable à la main. — La gastralgie idiopathique et sympathique s'observe, surtout dans la jeunesse, chez les sujets faibles ou chlorotiques, chez les hypochondriaques, et avec les apparences de la santé. C'est à ce point qu'on peut dire qu'une douleur d'estomac qui ne produit pas d'amaigrissement ni de fièvre est une affection nerveuse, c'est-à-dire une véritable gastralgie. Après quarante ans, la gastralgie simple étant rare, il faut se méfier et craindre l'apparition d'une maladie organique de l'estomac.

Quand la gastralgie s'accompagne de crises assez vives et qu'elle est compliquée d'hypérémie du foie et d'une teinte jaunâtre du visage, il faudra songer à une

affection du foie, et surtout à une gravelle biliaire, dont je parlerai un peu plus loin, à l'occasion des signes fournis par la douleur du foie.

Si la gastralgie produit un peu de fièvre, de l'amaigrissement, de la boulimie, des alternatives de constipation ou de diarrhée, enfin même de la diarrhée, il est certain qu'elle est symptomatique d'une gastro-entérite chronique. Ce n'est pas une véritable gastralgie.

Comme on le voit, les douleurs de la région de l'estomac n'ont pas une signification séméiologique absolue. Elles ne valent quelque chose en diagnostic que par leur association avec les autres symptômes, et, comme les maladies qui leur donnent naissance sont très-nombreuses, il en résulte que leur nature est souvent très-difficile à reconnaître.

LIVRE SEPTIÈME

DES SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LES DÉSORDRES DE L'APPAREIL BILIAIRE.

Le foie, qui est l'organe de la sécrétion biliaire, lorsqu'il est directement ou secondairement malade, donne lieu à des troubles fonctionnels qui se caractérisent par une *diminution* ou par une *augmentation de volume* de la glande, par des *tumeurs* de l'hypochondre, par de la *douleur* et par de l'*ictère*, phénomènes qui ont tous une grande importance séméiologique.

SECTION PREMIÈRE

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR L'AUGMENTATION DE VOLUME ET L'HYPERTROPHIE DU FOIE.

Quand le foie augmente momentanément de volume, il n'a que de l'hypérémie : c'est le cas de certaines fièvres intermittentes; de certaines maladies du cœur qui, en gênant la circulation, produisent l'hypérémie mécanique de cette glande; de la dysenterie, dont les altérations favorisent par la veine porte l'introduction de matières irritantes, susceptibles de produire un premier degré d'hépatite; de l'alcoolisme aigu, qui produit une résorption d'alcool capable d'irriter le foie.

Au contraire, quand le foie offre une augmentation permanente de son volume, c'est qu'il y a hypertrophie et altération de sa substance propre. Cela se voit dans la cachexie palustre, dans l'hépatite chronique de ceux qui ont pendant longtemps vécu dans les pays chauds, et dans certaines maladies organiques, cancéreuses ou parasitaires; qui, autour d'elles, produisent l'hypérémie chronique, dans cer-