miroir de l'estomac dont elle refléterait l'état. Une langue saburrale traduisait à leurs yeux l'état gastrique ou catarrhal de l'estomac. M. G. Sée a fait observer que rien n'était moins justifié que ce lien imaginé entre les conditions pathologiques des deux organes. La saburre est un enduit blanchâtre, formé par l'épithélium qui, au lieu d'être entraîné par la salive, persiste à la surface et s'y accumule, soit que la sécrétion salivaire ne se produise plus en quantité suffisante pour l'entraîner et qu'une altération de la muqueuse ait modifié les conditions de la desquamation normale. Cet épithélium dégénère sur place, se mélange de leucocytes et de globules muqueux, et retient quelques substances étrangères (imprégnation alimentaire, vibrions). Le revêtement saburral détermine une perversion du goût : en lui-même il devient l'origine de sensations d'amertume ou de sécheresse, et, d'autre part, il constitue une barrière qui empêche les aliments d'impressionner les papilles gustatives : la mobilité de l'organe est entravée et gênée à un degré souvent très-marqué. L'administration d'un éméto-cathartique a pour résultat de débarrasser les premières voies digestives, mais ne démontre pas que leur état soit la conséquence de l'altération primitive de la muqueuse gastrique.

La *rougeur de la langue* a été considérée comme le signe d'une gastrite ; l'organe offre l'aspect d'un pointillé rouge sur un fond blanchâtre. La condition pathogéniqne est inverse de la précédente : la desquamation très-rapide et complète laisse à nu les papilles.

L'*enduit jaunâtre* dénotait, croyait-on, un état bilieux ; c'était, suivant Stoll, un complexus dont les éléments rappellent ceux de l'embarras gastrique, avec injection subictérique des téguments et des urines chargées. M. G. Sée a fait observer que la couleur jaune de l'enduit n'est due en aucune façon à l'imprégnation biliaire, et que l'explication de Stoll n'a pas de base sérieuse.

La langue sèche et fuligineuse lorsqu'on l'observe, n'ap-

partient pas à la dyspepsie, mais à l'adynamie générale. Cette coloration noire est due aux extravasations sanguines, suite de déchirures profondes ; d'autres fois à l'action d'aliments ou de médicaments, ou de poussières que que la salive n'enlève plus (Sée).

En somme, les symptômes dyspeptiques fournis par la langue, trahissent une modification fonctionnelle des premières voies digestives ; cette altération peut exister seule ou concorder avec certaines modifications fonctionnelles des autres parties du tube digestif sans être la conséquence de celles-ci : les unes et les autres peuvent reconnaître une cause commune, par exemple une altération fonctionnelle de l'appareil nerveux de la digestion.

6° *Caractères des excrétions* { A. Vomissement. B. Selles. C. Urines. D. État de la peau.

A. *Vomissement.* — Le vomissement est un symptôme fréquent dans certaines dyspepsies. Il est le résultat d'une action mécanique commandée par le système nerveux il peut résulter d'un acte réflexe ayant pour point de départ une excitation périphérique quelconque ou une excitation anormale de la muqueuse digestive. Le vomissement dans la dyspepsie muqueuse est formé de mucus, de salive, mêlés à des débris alimentaires. Il est quelquefois bilieux, on le trouve fréquemment acide et l'acidité est due, non à l'acide de l'estomac, mais aux acides lactique, butyrique, acétique, lactique, produits par des fermentations anormales. Dans les dyspepsies anciennes, les vomissements contiennent des sarcines (Voir Symptologie).

B. *Selles.* — La *constipation* est le fait habituel chez les dyspeptiques : la diarrhée, au contraire, est très-rare.

M. G. Sée admet que neuf fois sur dix, la constipation est le fait primitif, par conséquent la cause plutôt que l'effet de la dyspepsie, et il conseille de porter de ce côté-là l'effort du traitement. Quant au mécanisme, par lequel le symptôme constipation entraîne les autres, le savant

médecin de l'Hôtel-Dieu admet que la paresse des tuniques musculaires de l'intestin, le plus souvent du gros intestin, envahit successivement par une marche ascendante les portions supérieures du tube digestif et même l'estomac. Les parois se distendent, leurs contractions deviennent insuffisantes et l'atonie mécanique généralisée du canal digestif a ses conséquences habituelles. D'autre part, l'origine de la constipation peut elle-même être cherchée dans les causes qui entravent le fonctionnement mécanique du gros intestin. La vie sédentaire, la station assise habituelle, ont pour résultat le séjour prolongé des matières fécales dans la dernière portion du gros intestin; de là une sensibilité émoussée, des réflexes insuffisamment énergiques, une atonie musculaire. Un régime vicieux, composé de substances qui donnent peu de déchets, tels que la viande, les œufs, le lait, favorisant peu la défécation, peut avoir le même résultat ; tandis que les aliments dits rafraîchissants, c'est-à-dire qui passent presque tout entiers dans les garde-robes, fournissent au gros intestin l'occasion d'exercer sa contractilité (G. Sée).

La *diarrhée*, rare chez les dyspeptiques, y présente deux formes principales. Elle survient brusquement après le repas, à un très-court intervalle, et donne lieu à des selles où l'on peut reconnaître la nature des aliments mal digérés. Cette *diarrhée lientérique* traduit une élaboration chimique insuffisante de l'aliment : elle suppose une perversion du rôle mécanique de l'estomac qui, au lieu de conserver l'aliment (ainsi que cela a lieu d'ordinaire) jusqu'à ce qu'il ait subi une désagrégation suffisante pour rendre possible l'action des sucs, pancréatique et intestinal, le projette prématurément dans l'intestin : cette préparation insuffisante a pour conséquence une irritation plus vive de la muqueuse intestinale et une exagération des contractions péristaltiques, d'où une évacuation rapide, lientérique. Cette diarrhée a donc pour origine une perversion dans la fonction mécanique de l'estomac.

D'autres fois, les dyspeptiques sont sujets à une diarrhée bilieuse. Les selles sont plus ou moins liquides et colorées en jaune. L'estomac ne saurait être incriminé dans ce cas : le trouble est le fait de l'intestin dont les contractions péristaltiques sont exagérées et la sécrétion augmentée. Il est difficile de décider laquelle de ces deux causes a le pas sur l'autre. Il se pourrait que la fonction mécanique seule fût modifiée, et les contractions accélérées par la surabondance de l'irritant biliaire: il est possible, d'autre part, qu'il y ait une exagération sécrétoire dont l'action bien connue des purgatifs salins fournirait le type (A. Moreau).

C. *Urines.* — Les urines des dyspeptiques sont ordinairement troubles et laissent déposer un sédiment rougeâtre assez abondant sur les parois du vase et sur le fond, composé d'oxalates, phosphates, urates et acide urique. Les combustions organiques sont insuffisantes ou le véhicule n'est pas en quantité suffisante pour les dissoudre.

D. *État de la peau.* — Les fonctions de la peau s'accomplissent mal chez les dyspeptiques; il y a diminution des secrétions, éruptions diverses, eczéma.

Les médecins diathésistes ont considéré dans ce cas la dyspepsie comme le résultat d'une éruption interne, parallèle à l'éruption externe et reconnaissant la même cause, un vice du sang. Au lieu d'un parallélisme, les herpétistes admettent une substitution, une métastase. M. G. Sée conteste le rapport établi entre deux ordres d'affection de la peau et de la muqueuse. Les unes et les autres pourraient être les manifestations indépendantes d'un état troublé de la circulation périphérique.

7° *Troubles de la circulation.* — La circulation est troublée chez les dyspeptiques dans l'appareil central, et à la périphérie.

Dans l'appareil central on note des palpitations. Elles peuvent être quelquefois d'origine nerveuse, il est alors difficile de leur trouver aucun lien avec la dyspepsie. Mais,

comme le fait observer le docteur Sée, elles peuvent être le plus souvent d'origine mécanique, liées à la tympanite qui, accroissant le volume de l'intestin et de l'estomac, refoule le diaphragme et trouble le fonctionnement cardiaque. Les battements se propagent alors au creux épigastrique.

Quant aux troubles locaux, ils se remarquent surtout dans la circulation de la face et de l'encéphale; de là les congestions du visage fréquentes chez les femmes dyspeptiques après les repas, l'agitation et les éblouissements. Ces phénomènes sont dus à des réflexes vaso-moteurs paralytiques, ayant leur origine dans l'intestin.

8° *Troubles de la nutrition générale.* — La dyspepsie prolongée entraîne des troubles de nutrition qui se traduisent par l'amaigrissement, la pâleur, l'affaiblissement général du malade.

A un degré extrême, elle amène l'état cachectique appelé autrefois phthisie gastrique. Celui-ci est du à l'inanition résultant de l'anorexie, de l'insuffisance digestive et du rejet par vomissement des matériaux réparateurs du repas, ou même d'un trouble de l'absorption.

9° *Troubles nerveux dyspeptiques.* — Les troubles nerveux sont l'un des éléments les plus importants du syndrome dyspepsie.

Ce n'est pas le lieu de les décrire ici; il suffira de les énumérer.

Dans la sphère de la sensibilité : des analgésies localisées particulièrement à la face dorsale des mains, à la face interne des bras, des névralgies dentaires et intercostales, des accès de céphalalgie fréquents s'observent chez les dyspeptiques anciens, chroniques.

Dans la sphère de la motilité : de la fatigue, de la faiblesse. Dans la sphère des fonctions psychiques : l'inaptitude intellectuelle, la torpeur, une tendance à l'hypocondrie, de l'insomnie et des cauchemars.

De ces effets les uns appartiennent à l'anémie consécutive, à la dyspepsie prolongée, d'autres à des troubles circulatoires du cerveau commandés par des réflexes intestinaux.

Le vertige *a stomacho læso*, qui, d'après le professeur Sée, est l'exclusif apanage des dyspepsies avec anémie intense, est dû à l'ischémie cérébrale. Cette anémie, Trousseau la considérait comme de nature réflexe, ayant son point de départ dans une excitation de l'estomac. Mais comme il survient chez le malade à jeun, comme il est favorisé par le passage du décubitus horizontal à la position debout, et enrayé par le changement inverse, G. Sée le rapporte à une anémie générale exagérée dans le cerveau par les circonstances où on l'observe[1].

II. PATHOGÉNIE DES SYNDROMES.

Nous avons déterminé les conditions générales nécessaires au parfait accomplissement de la fonction digestive en examinant successivement chacun des actes qui la constituent. L'intégrité de cette fonction exige l'intégrité anatomique et fonctionnelle de chacun des organes, estomac, intestin, glandes annexes, dans chacune de ses parties, tunique séreuse, couche musculeuse, membrane muqueuse, et, à propos de cette dernière, de tous les éléments constituans, glandes, vaisseaux, nerfs. Ce sont là les conditions en quelque sorte intrinsèques, c'est-à-dire relatives aux organes eux-mêmes. Or, il est nécessaire, pour le fonctionnement régulier, que des conditions extrinsèques convenables soient réalisées, c'est-à-dire que les organes dont l'activité retentit sur le tube digestif, restent compris quant à leur fonctionnement, entre les limites de l'oscillation physiologique : en d'autres termes que l'appareil circulatoire et le sang qu'il charrie, et l'appareil nerveux conservent avec le canal digestif leurs relations anatomiques

1 Il faut cependant faire remarquer que certains vertiges dyspeptiques disparaissent immédiatement après l'action d'un vomitif.