duits par le retentissement, sur le système nerveux, de l'état dyspeptique sont, quelquefois, très-accusés. Plus fréquents chez la femme que chez l'homme, on les observe à leur maximum, chez les individus impressionnables, à caractère mobile, nerveux, pour employer le langage du monde.

L'un des phénomènes les plus fréquents, est la *dyspnée*. Elle s'observe sans le ballonnement du ventre. Il se produit un sentiment d'oppression plus ou moins pénible qui peut aller jusqu'à la sensation de suffocation. En même temps existe de l'anxiété épigastrique, un sentiment de constriction, de strangulation, avec ou sans spasme glottique; Beau a décrit ce phénomène sous le nom d'*aura gastro-glottique*. Et, chose remarquable, pendant que se produit ce sentiment de suffocation, d'oppression, la respiration est lente, profonde, l'auscultation et la percussion démontrent l'intégrité absolue de l'appareil respiratoire.

La sensation de suffocation, lorsqu'elle se produit, est généralement à son maximum, quelques heures après le repas. Comme phénomène contemporain, on observe une toux quinteuse, sèche, férine, précédée de picotement du côté du larynx. Puis la voix s'affaiblit, devient rauque. Il peut même y avoir aphonie absolue.

Tous ces phénomènes ont été précédés et sont souvent suivis de bâillements, parfois continuels, de hoquets, généralement très-fatigants. Ce dernier phénomène est bien plus rare que les précédents.

Pendant l'évolution de ces divers symptômes, le malade peut encore éprouver une sensation d'anxiété très-pénible, paraissant avoir la région cardiaque pour siége. Cette sensation est parfois accompagnée d'irradiations douloureuses. Beau était allé jusqu'à faire dépendre de ce phénomème certaines variétés d'angine de poitrine. — Un degré de plus, et le malade a des lypothymies, des défaillances, parfois même des syncopes. Celles-ci sont plus fréquentes lorsque le malade est à jeun, surtout s'il a un appétit exagéré.

Les battements du cœur pendant toute cette période se précipitent, deviennent rapides. On observe quelquefois de véritables intermittences, des faux-pas. La digestion terminée tout rentre dans l'ordre.

Quelques malades sont pris de somnolence, d'envie de dormir, pour ainsi dire invincible. Ils font tout pour lutter contre le sommeil, sans pouvoir y parvenir. D'autres, sans aller jusqu'au sommeil, restent plongés dans un état semi-comateux, avec omnibulation intellectuelle plus ou moins prononcée. C'est chez ces malades que l'on voit la face rouge, congestionnée, l'air égaré, le facies fatigué, sans vie, sans mouvement. Ce tableau comprend les nuances les plus accentuées, mais il y a tous les degrés intermédiaires.

Il est des dyspeptiques qui passent leur journée assis, presque toujours somnolents. Le soir arrive : le malade se couche persuadé qu'il va continuer facilement le sommeil si bien commencé pendant la journée; mais ce n'est qu'une illusion; au bout d'un instant, d'une heure, le malheureux dyspeptique se réveille agité par des rêves, troublé par des cauchemars pénibles, fatigants. Ces cauchemars sont presque toujours dans le même sens : il semble au malade qu'un poids l'étreint au niveau de l'épigastre, et il repasse dans sa mémoire, par ce fait même, toutes les souffrances qu'il endure. La nuit presque sans sommeil ajoute ainsi une fatigue nouvelle à celles qui déjà dérivent des souffrances de la journée.

Ce sont ces dyspeptiques, à retentissements névropathiques très-accusés, chez qui la sensibilité est profondément troublée. Certains souffrent de partout, comme ils le disent. Ils ont des douleurs au niveau des articulations, des points névralgiques sur les parties saillantes de leur corps, principalement le long de l'épine dorsale. Quelques-uns, assez nombreux d'après Beau, accusent une véritable névralgie intercostale. Celle-ci, d'habitude siége à gauche, et son maximum d'intensité coïncide avec la période

moyenne de la digestion. Beau fait en outre remarquer que, chez ces malades, il y a fréquemment des anesthésies sur divers parties du corps. Trousseau a confirmé la réalité des faits avancés par Beau. Pour lui : « Ces anesthésies partielles occupent tantôt un point, tantôt un autre point de la peau, les mains, les bras, et surtout la face interne des avant-bras, le tronc, le visage. Cette paralysie de la sensibilité est telle, que l'on peut exercer les pincements les plus vigoureux, piquer et même traverser le tégument dans toute son épaisseur avec une aiguille, sans que le malade s'en aperçoive. »

Dans le même ordre de phénomènes, il faut ranger les troubles qui, chez quelques dyspeptiques, se produisent du côté de la vue.

Les études modernes d'ophthalmologie ont montré qu'il existe une affection oculaire très-connue et très-bien définie dans ces symptômes, l'amblyopie que l'on a appelée toxique, la rapportant ainsi à l'abus du tabac et de l'alcool. Nous ferons deux remarques : 1° les gens qui font abus du tabac et de l'alcool deviennent fréquemment dyspeptiques; 2° certains dyspeptiques ont des troubles de la vision sans jamais avoir fait abus d'alcool ou de tabac, et, dans ces cas, il n'est pas douteux que la lésion fonctionnelle de l'œil doive être rapportée à l'état dyspeptique. Tel est du moins l'avis d'hommes autorisés (Landolt, etc). On constate une diminution considérable de l'acuité visuelle, portant habituellement sur les deux yeux. Dischromatopsie, dans ce sens que les malades voient très-difficilement le rouge et le vert. Ces couleurs peuvent même cesser d'être distinguées dans le degré élevé de la maladie. Quelquefois, il existe un scotome, central comme situation, c'est-à-dire que le rouge n'est pas perçu par la macula, mais seulement par le reste de la rétine.

La dyschromatopsie se manifeste encore par ce phénomène, qui ne manque presque jamais, que les malades confondent les pièces d'argent et les pièces d'or. De plus

ils voient relativement mieux le soir, dans le demi-jour, que lors d'un éclairage très-vif.

A l'ophthalmoscope, on constate : milieux dioptriques, transparents; papille optique rouge, grisâtre dans sa moitié interne, pâle dans sa moitié externe. Cette dernière, et peu à peu la papille presque tout entière, peuvent s'atrophier et devenir blanches.

Les médecins qui se sont occupés de cette question ont remarqué que ces troubles oculaires que nous venons de mentionner, se rencontrent surtout chez ceux qui sont devenus dyspeptiques par usage de mauvais tabac, de mauvais vin, etc. Le fait est fréquent en Suisse (Landolt).

Le trouble de la vision, chez le dyspeptique, peut quelquefois ne consister qu'en un scotome scintillant (Dianoux).

C'est probablement à une lésion de l'ordre de celle indiquée plus haut, qu'il faut rapporter le trouble de la vue du jeune dyspeptique dont Chomel a rapporté l'histoire. Toutes les fois que ce malade mangeait trop, il avait une diminution de l'acuité visuelle, telle qu'il ne pouvait pas lire ; la vue redevenait normale lorsque la digestion était terminée.

Parallèlement aux troubles de la vue, il faut noter les bourdonnements d'oreille et la céphalalgie. Celle-ci est extrêmement variable dans son intensité, depuis la simple pesanteur de tête, la simple lourdeur, jusqu'à l'accès migrainiforme le plus accentué.

Essentiellement variable quant à son caractère, son intensité, son siége, elle varie également beaucoup dans ses moments d'apparition.

Le plus souvent la douleur est sourde, d'autrefois très-vive. Dans ces cas, les dyspeptiques se plaignent d'avoir la tête enserrée comme dans un étau. Elle est frontale, orbitaire, généralisée aux deux côtés de la tête, ou bien elle siége d'un seul côté; parfois elle est occipitale (Willième); d'autrefois elle envahit toute la tête.

On la note, le matin, après une nuit sans sommeil, surtout si le malade, comme le fait est fréquent, a eu des cauchemars. L'ingestion des aliments le soulage au commencement du repas, mais bientôt elle reparaît avec une grande intensité. La douleur cérébelleuse est très-fréquente et simule parfois une maladie cérébrale (Charcot).

Les opinions de Child, relativement aux causes du siége de la céphalalgie dyspeptique, n'ont été confirmées par aucun auteur; aussi nous ne les rappellerons pas.

Il peut encore, chez certains malades, se produire une sorte de sensation de tournoiement, pendant laquelle le corps est comme entraîné dans une chute plus ou moins rapide, par rapport aux objets qui l'entourent. Ce phénomène était connu des anciens médecins. Ils le décrivaient sous le nom de *vertigo per consensum ventriculi*. Trousseau l'a étudié avec beaucoup de détails; peut-être, cependant, en a-t-il exagéré l'importance. Quoiqu'il en soit, la description si vive et si imagée qu'il en a donnée, doit être reproduite :

« Ce sont, dit-il, des étourdissements, un sentiment de vide, de vague dans la tête, ou bien il semble au malade que ses tempes sont violemment étreintes par un cercle de fer. Tantôt il éprouve une sensation de froid glacial.

» Les uns vous racontent qu'ils ont un brouillard devant les yeux, que les objets qu'ils regardent sont colorés de diverses nuances, bientôt confondues; d'autres ont comme une grande roue noire qui se meut devant eux avec une excessive rapidité. Mais la forme que vous rencontrerez le plus souvent est celle qui a reçu l'épithète de gyrosa: quand l'individu est debout, tout tourne autour de lui; il est obligé de fermer les yeux et de se tenir dans la plus grande immobilité, car il sent ses jambes vaciller, fléchir sous lui; il va tomber, il tombe même quelquefois.

» S'il est couché, il croit voir son lit tourner suivant un axe qui le traverserait de la tête au pied, ou c'est lui-même qui se voit entraîner dans ce mouvement de rotation.

» Ces phénomènes vertigineux sont habituellement accompagnée de mal de cœur que les individus comparent au mal de mer. C'est la nausée dans la véritable acception du mot grec.

» La moindre circonstance peut devenir l'occasion du développement de ces vertiges. Un mur treillagé, une file de barreaux, une tenture rayée dans un appartement les font naître.

» Il suffit même d'un mouvement un peu brusque; il suffit que le malade lève la tête pour qu'ils surviennent. Une particularité intéressante à noter, c'est que rien de semblable n'arrive en général quand le malade baisse la tête, contrairement à ce qui a lieu quand le vertige dépend d'un état congestif de l'encéphale. »

M. Sée, dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu, fait remarquer que ces phénomènes doivent souvent être mis sur le compte de l'anémie consécutive à la dyspepsie.

En opposition avec le type décrit par Trousseau, il faut citer ces malades qui commencent par le vertige, et terminent par les troubles dyspeptiques.

Le vertige s'observe surtout chez les dyspeptiques à eun.

Il peut résulter du passage de l'immobilité au mouvement, ou inversement. Il se produit encore souvent après les exercices violents, quelque intense qu'il soit. Jamais, pendant sa durée, le malade ne perd conscience de ses actes, même s'il tombe par terre, brusquement, comme foudroyé.

Chez certains malades, on a noté des sensations assez bizarres : il ne sent plus sa tête; il n'a plus conscience des efforts qu'il fait pour la mouvoir. Quelquefois cette sensation s'étend au corps entier.

Ces phénomènes rentrent dans la catégorie de ceux décrits par Krishaber sous le nom de névropathie-cérébro-cardiaque.

Quelques malades, presque aussitôt le repas terminé,

chancellent en se levant de table, sont lourds, paresseux. Ils ont les mouvements pénibles, mal coordonnés; la langue épaisse, pâteuse; souvent même la mémoire fait défaut. Il y a une sorte de stupeur de toute l'économie, liée évidemment au travail de la digestion. Cet état simule l'ivresse, et en est cependant très-éloigné comme nature, car il se rencontre tout aussi bien chez ceux qui n'ont bu que de l'eau en mangeant, que chez ceux qui ont pris des liqueurs alcooliques.

Louyer-Villermay (*Traité des vapeurs et des maladies nerveuses*, 1832), avait signalé ce phénomène chez les hypocondriaques.

On sait que chez les personnes en santé qui digèrent bien, il se produit quelquefois, après un repas un peu plus abondant que de coutume,—surtout si immédiatement après elles se sont exposées au froid, — une sorte de mouvement congestif vers la face, vers le tronc. La peau rougit, est plus chaude; le cœur précipite ses battements. Au bout de quelques instants, d'une heure au plus, l'état normal est revenu. Certains dyspeptiques, presque de suite après l'ingestion des aliments, ont un ou plusieurs frissons légers, et un sentiment de chaleur incommode envahit tout l'organisme. La face est rouge, congestionnée et, pendant que sur la surface du tronc, la température s'est élevée, les mains, les pieds deviennent froids, exsangues; quelquefois on observe le phénomène du doigt mort. Cet état fébrile dure une demi-heure, une heure. Généralement il se termine par la production d'une sueur plus ou moins abondante, avec sécrétion d'une urine rouge, chargée de sels.

Puis, lentement, tous ces phénomènes disparaissent; le pouls se ralentit, devient petit, la face pâlit ou bien se recouvre de petites plaques rouges dues à des congestions locales par troubles vaso-moteurs, et un sentiment de froid local, avec brisement des membres, se répand par tout le corps.

La fièvre qui survient après le repas du soir peut être assez accentuée et assez régulière dans son apparition pour simuler de véritables accès intermittents. Chomel a beaucoup insisté sur cette fièvre des dyspeptiques. Malheureusement nous manquons, à cet égard, de résultats précis, car l'exploration thermométrique fait défaut.

Le retentissement sur tout l'appareil nerveux du trouble de la fonction digestive, porte également sur la motilité.

Nous l'avons vu, pendant le travail de la digestion, les malades sont sous le coup d'un accablement plus ou moins grand. Il y a une paresse générale de l'appareil musculaire. Ces malades viennent-ils, dans le but de secouer leur torpeur, à marcher, pour ainsi dire de force, presque aussitôt ils sont essoufflés, haletants; leur énergie est à bout.

Le matin, au réveil, après une nuit d'insomnie, la faiblesse musculaire est quelquefois très-accusée. Il y a pour ainsi dire inaptitude complète de la part du malade à tout travail physique et intellectuel. Il ne sait à quoi rattacher cette perte de force qui, d'après quelques auteurs, peut simuler une véritable paraplégie. (Willième, en rapportant ces faits, les met en doute ainsi que celui annoncé par Trousseau. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un dyspeptique avec paralysie incomplète du palais et de la langue). Il en cherche sans cesse la raison, et bientôt s'en exagère l'importance. C'est alors que, tourmenté, préoccupé, le malade devient tout à fait triste, taciturne; il fuit la société, s'enfermant sans cesse avec ses pensées. Il est sur la pente de l'hypocondrie. Et alors, se faisant bientôt des illusions sur son état, s'en exagérant sans cesse l'importance, il croit être la proie de maladies terribles, incurables! C'est dans ces conditions que quelques-uns terminent par le suicide une existence qui leur est devenue à charge. D'autres, avant d'en arriver là, sont devenus de véritables déments.

Il importe, à propos de ces phénomènes nerveux si bizarres, si singuliers qui, parfois, naissent sous l'influence

de l'état dyspeptique, de rapporter ici, avec quelques détails, le résumé d'une note de Marcé, sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments.

« Parmi les formes si nombreuses et si variées de dyspepsies, dit-il, il en est qui doivent attirer spécialement l'attention des médecins aliénistes en raison de l'état mental particulier qu'elles déterminent.

» On voit, en effet, certaines jeunes filles qui, au moment de la puberté et après un développement physique précoce, sont prises d'une inappétence portée jusqu'à ses dernières limites. Quelle que soit la durée de leur abstinence, elles éprouvent pour les aliments un dégoût dont les instances les plus pressantes ne peuvent triompher; chez d'autres, l'appétit ne fait pas défaut, mais les digestions sont douloureuses, s'accompagnent de productions gazeuses, d'abattement, de malaises. Or, ces deux variétés de dyspepsies, d'ailleurs très-communes, lorsqu'elles surviennent chez de jeunes sujets prédisposés par leurs antécédents héréditaires à l'aliénation mentale et rendus plus impressionnables encore par cette pertubation nerveuse profonde qui accompagne l'établissement des fonctions menstruelles, peuvent déterminer, par un enchaînement d'idées faciles à suivre, un véritable délire partiel. Vivement impressionnées, soit par l'absence d'appétit, soit par la douleur que les digestions déterminent, ces malades arrivent à cette conviction délirante qu'elles ne doivent pas manger, qu'elles ne peuvent pas manger; en un mot, la névrose gastrique se transforme en névrose cérébrale. »

On conçoit toutes les conséquences de ce nouvel état morbide. Il entraîne le marasme et, au bout d'un temps plus ou moins long, la mort.

Chomel a bien mis en relief ces modifications imprimées à l'intelligence par l'état dyspeptique.

« Les individus qui digèrent mal, dit-il, offrent souvent dans le cours de la journée, sous le rapport de leur bien-

être ou de leur humeur, des alternatives qui frappent les personnes qui vivent avec eux. Certains changements de l'habitude extérieure, telle qu'une expression de fatigue et de malaise, une sorte d'éloignement pour le mouvement, d'indifférence à la conversation, qui se montrent après chaque repas, révèlent une difficulté des digestions dont le malade n'a pas toujours conscience.

La fonction digestive exerce, dans les conditions de santé, une influence bien connue sur les sécrétions. Aussi voit-on, lors du trouble permanent de cette fonction, comme chez les dyspeptiques, les sécrétions être plus ou moins profondément modifiées.

La plupart des malades ont la peau sèche, un peu écailleuse. Pendant la période digestive, fréquemment celle-ci se couvre de sueurs parfois abondantes, au visage, au dos, à la poitrine, dans les oreilles.

La sécrétion urinaire est quelquefois profondément modifiée. Beau, Chomel, M. Sée, ont insisté sur ces modifications.

Après les crises douloureuses violentes, les urines sont généralement abondantes, claires, inodores, en un mot, elles ont le caractère des urines nerveuses.

Chez d'autres dyspeptiques, et c'est là le fait habituel ainsi que Chomel l'a noté, les urines rendues quelque temps après le repas, sont rares, foncées en couleur, sédimenteuses. Chez les dyspeptiques avec diarrhée, elles sont peu abondantes M. le Dr Gallois, dans un travail très-étendu et très-bien fait sur l'oxalurie, examinant tous les points relatifs à cet état morbide, considéré comme une sorte d'entité par un certain nombre d'auteurs (Goldeis, Bird, Proust, Begbie, Maclagean, etc.), arrive aux conclusions suivantes, après avoir analysé toutes les observations fournies par ces auteurs :

« Les observations que je viens de rapporter prouvent que l'oxalurie accompagne assez souvent la dyspepsie, ou, autrement, que la dyspepsie est une condition morbide