cachexie progressive due à la dyspepsie. Nous avons vu, avec M. le professeur Vulpian, une malade qui pendant trois ans a eu un état dyspeptique permanent. Le médecin de la ville qui la soignait, d'ailleurs très-instruit, l'avait considérée comme atteinte d'une dyspepsie vraie ; elle était atteinte d'une ataxie fruste, avec douleurs gastralgiques et troubles dyspeptiques extrêmement accentués. Vers la fin de sa vie, elle avait de véritables indigestions cholériformes avec tendance à la syncope. Il importe, avec M. Lasègue, de faire remarquer que dans un certain nombre de cas, l'intestin est pour ainsi dire indifférent. Il y a une constipation moyenne, et pas d'indigestion par le bas, tandis que celle-ci existe par le haut (Lasègue).

« C'est alors, dit-il, un très-mauvais signe, quand l'intestin ne sonne pas avec l'estomac. »

M. le professeur Lasègue, dans une de ses leçons cliniques, disait encore : « D'autres affections spinales innommées — M. Lasègue fait allusion, dans ce cas, à la difficulté du diagnostic — retentissent souvent sur l'estomac, et bien des fois, on en méconnaît l'existence précisément parce que les troubles dyspeptiques existent seuls. J'ai observé un malade qui se plaignait uniquement d'une douleur épigastrique. Celle-ci, constante avec des exacerbations, ne s'irradiait point en ceinture. Pendant deux mois, le malade eut un certain nombre de crises, de vomissements : ces crises duraient de deux à cinq jours. Elles étaient toujours accompagnées de sensations pénibles pendant le travail de la digestion, de légères coliques, de ballonnement du ventre, de constipation, d'une sorte d'abattement général, etc., et très-vite d'amaigrissement. Puis l'appétit revenait, et la santé était de nouveau bonne, en apparence tout au moins. Cela dura ainsi sept ans : à cette époque, il se déclara une paraplégie et le malade, incurable, fut envoyé à Bicêtre.

» Un autre malade présentait, entre ses crises de vomissements, de la contracture du membre supérieur

droit, de la fatigue dans le membre inférieur du côté opposé, et une douleur névralgiforme à la nuque. Il eut bientôt des troubles dyspeptiques extrêmement accentués.

» Un troisième malade, chez qui l'on a cru, pendant longtemps, à l'existence d'une dyspepsie vraie, avait des crises avec des vomissements incessants et rétraction des parois du ventre, comme chez un saturnin. Tous ces phénomènes duraient six semaines ; puis le malade revenait à la santé, jusqu'au retour d'une nouvelle crise. Il n'existait pas d'autres symptômes, et tout cet orage était dû à un ensellement de la colonne vertébrale. »

Il faut noter que dans la plupart de ces cas d'affections médullaires, la dyspepsie symptomatique ou réflexe a pour caractère essentiel d'être périodique, régulière ou irrégulière, paraissant subitement et disparaissant de même.

Les quelques exemples que nous venons de citer suffisent pour montrer l'importance de l'étude des troubles dyspeptiques chez les cérébraux et chez les médullaires.

III.

Dyspepsies par affections générales de l'économie (fièvres et phlegmasies, affections nerveuses, dyscrasies sanguines, états constitutionnels et diathèses).

A. — *Fièvres et phlegmasies.*

L'observation de tous les jours enseigne que la dyspepsie est le fait habituel dans le cours des fièvres et des phlegmasies. Il n'est pas, en effet, de maladies aiguës, d'inflammations d'un organe quelconque, accompagnée de fièvre, qui n'ait un retentissement immédiat du côté de l'estomac, retentissement traduit par la dyspepsie. Les maladies inflammatoires des bronches, des poumons, des plèvres, etc., sont, à cet égard, des exemples bien connus.

Il suffit d'ailleurs qu'il y ait fièvre, même sans accompagnement d'inflammation d'organe, pour que l'état dyspeptique se produise : il en est ainsi dans le cours de la

fièvre intermittente. Pendant l'accès, les malades éprouvent de l'anorexie, des vomissements, des douleurs gastralgiques, de la constipation, etc ; aussitôt l'accès passé, ils mangent avec appétit.

Ces dyspepsies, intimement liées au mouvement fébrile, sont généralement transitoires comme celui-ci ; aussi ne faisons-nous que les signaler. Nous avons apprécié ailleurs l'influence sur le fonctionnement de l'intestin, de certaines affections fébriles à déterminations intestinales : fièvre typhoïde, choléra.

B. — *Affections nerveuses* . . . { Anervie. Hystérie.

Un certain nombre d'affections nerveuses générales, celles surtout qui, comme le fait remarquer M. Gubler, sont caractérisées par de l'affaiblissement (anervie) de tout le système organique, s'accompagnent parfois de dyspepsie : la fonction digestive est languissante et en souffrance, comme les autres fonctions (Gubler).

Il en est ainsi dans le cours des névroses.

Aucune d'elles n'est instructive à cet égard, autant que l'hystérie, cette maladie protéiforme, si bizarre dans ses diverses expressions cliniques.

Que de fois, comme seule manifestation de la névrose, n'observe-t-on pas des dépravations de l'appétit des plus bizarres s'accompagnant d'un dégoût insurmontable pour les substances alimentaires. La moindre ingestion des aliments est suivie de nausées, de vomissements, de douleurs épigastriques, etc.; en un mot de toute la série des accidents dyspeptiques pouvant aller jusqu'au dépérissement absolu, jusqu'à la cachexie la plus excessive, et quelquefois jusqu'à la mort.

Il est des formes de gastralgie hystérique dans lesquelles les vomissements constituent le symptôme prédominant. Ceux-ci peuvent être constants. Ainsi l'aliment introduit dans l'estomac, la première impression de contact étant perçue, il se produit une douleur des plus vives : les malades croient avoir pris une substance corrosive, et elles ont des vomissements incessants jusqu'à ce que la substance ingérée soit toute entière rejetée. Ces malades ne digèrent rien ou bien si quelques parcelles alimentaires passent de l'estomac dans l'intestin, toute une série de troubles digestifs se produisent. Parmi eux, au premier plan, il faut mettre la flatulence. Il semble vraiment que chez ces femmes, il existe des hyperesthésies de l'intestin provoquant ces productions exagérées de gaz. Toute cette série de faits a été bien mise en évidence par M. Bouchard, dans les leçons qu'il a consacrées à ce sujet.

A côté et en regard de ces malades qui maigrissent sous l'influence de ces troubles dyspeptiques, il faut placer celles chez lesquelles, malgré la modification fonctionnelle de la digestion, on n'observe aucun changement dans la santé générale.

La dyspepsie douloureuse peut être la première marque de l'hystérie (Briquet), et exister seule pendant assez longtemps.

C. — *Dyscrasies sanguines*. . { 1° Anémies. 2° Empoisonnements autochtones. 3° Empoisonnements venant du dehors.

1° *Anémies*. — Nous avons vu, dans le chapitre consacré à la pathogénie des dyspepsies, qu'il fallait tenir un grand compte de la composition du sang dont les modifications pathologiques sont des causes non douteuses de dyspepsie. C'est surtout dans la chlorose, l'anémie, les cachexies, que ces troubles de la fonction digestive se montrent avec la plus grande fréquence.

Or, comme précisément la dyspepsie vraie est elle-même le point de départ d'accidents anémiques, cachectiques, plus ou moins accentués, plus ou moins graves, et, comme d'autre part, les troubles dyspeptiques peuvent être le phénomène le plus saillant, le plus tangible, de ces

états morbides, on conçoit tout l'intérêt qui s'attache à cette étude, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Quelques exemples cliniques suffiront pour mettre ces faits en évidence. L'un des plus remarquables nous est fourni par l'étude des troubles digestifs de la *chlorose*.

Cette étude a, de tout temps, appelé l'attention des médecins.

On peut observer chez les chlorotiques toute une série de troubles digestifs existant pour ainsi dire en permanence, troubles parfois extrêmement rebelles et qui peuvent donner le change sur la nature de l'affection.

C'est ainsi que l'on voit fréquemment ces malades avoir une perte de l'appétit presque complète, avec une répugnance très prononcée et souvent invincible pour certains mets tels que la viande. Chez d'autres, on note une perversion du goût qui leur fait rechercher les aliments d'une sapidité excessive, viandes fortement épicées, salades, etc. D'autres désirent, quelquefois même mangent des matières non comestibles, charbon, cendres, plâtre, etc. Certaines ont une véritable boulimie.

Chez la plupart des malades de cette catégorie, le travail de la digestion est accompagné d'eructations abondantes de gaz insipides ou odorants, de pyrosis, de vomissements alimentaires plus ou moins fréquents, plus on moins complets, de borborygmes bruyants, de constipation, etc. En même temps existe de l'oppression gastrique, quelquefois une véritable gastralgie. A ce propos M. le professeur Sée fait remarquer « que l'on voit des chlorotiques ingérer des quantités considérables d'aliments et les diégrer avec une grande facilité. Certaines de ces malades sont gastralgiques et ont des vomissements, etc. ; mais lorsqu'on arrive à calmer la douleur, la présence des aliments dans l'estomac est tolérée et la digestion se fait parfaitement. » (Clinique de l'Hôtel-Dieu).

Tous les troubles dyspeptiques des chlorotiques ont

joué en raison de leur importance, un rôle parfois prédominant dans l'histoire des théories de la chlorose. Ainsi Sauvage faisait du pica le critérium absolu de cette maladie.

M. Sée, dans son remarquable *Traité des anémies*, a montré que quelle que soit la cause de ces affections, elles s'accompagnaient parfois de troubles dyspeptiques permanents. Bien avant l'apparition de cette espèce donnée comme nouvelle par Biermer, décrite sous le nom d'anémie pernicieuse progressive, il a insisté sur l'importance que ces troubles digestifs pouvaient avoir au point de vue de la gravité de la maladie. M. le professeur Lépine, dans un article critique des plus remarquables, a parfaitement mis tous ces faits en évidence.

Parmi les maladies sur la nature desquelles on n'est pas encore parfaitement d'accord, névroses, lésions des capsules surrénales, cachexies, etc., qui s'accompagnent de troubles dyspeptiques permanents, il faut citer la *maladie bronzée* et le goître *exophthalmique*.

Dans la maladie d'Addison, il est extrêmement fréquent, on peut même dire habituel, de voir la *dyspepsie* essentiellement caractérisée par des troubles gastriques, des vomissements se montrer avant tous les autres symptômes et exister seuls bien longtemps, ou coïncider simplement avec un affaiblissement graduel, un malaise profond.

Quelquefois les troubles gastro-intestinaux sont assez vivement accentués pour faire naître le soupçon d'un empoisonnement (Addison) ou d'une attaque de choléra (Isermeyer). C'est dans ces cas que l'on voit des vomissements, des crampes d'estomac, une diarrhée très-abondante, et consécutivement des troubles dyspeptiques permanents.

Les autres symptômes caractéristiques de la maladie n'apparaissent que plus tard, de sorte que, longtemps, les troubles dyspeptiques peuvent en imposer.

Pendant la deuxième période de la maladie, l'appétit

est languissant; souvent il existe une répulsion prononcée pour certains aliments, pour la viande en particulier. Puis apparaissent des troubles intestinaux, de la constipation; bientôt il se manifeste une anémie profonde.

Plus tard, à la troisième période, ces phénomènes s'accentuent encore, et si l'on ne fait pas attention à la mélanodermie, on ne voit que les troubles dyspeptiques, les phénomènes les plus saillants de la maladie, il est vrai, mais qui n'ont de valeur que mis dans la série pathologique.

Les réflexions que nous venons de présenter s'appliquent également à la maladie de Graves. On sait combien il est fréquent d'observer des troubles digestifs, au début et dans le cours de cette affection. Ainsi l'appétit est diminué, ou au contraire exagéré, et le plus souvent alors dépravé. Les nausées, les vomissement sont habituels; les digestions pénibles accompagnées de flux intestinaux, etc.

Les exemples que nous venons de citer sont suffisants pour montrer l'importance qui s'attache à la considération de ces états dyspeptiques liés aux maladies cachectiques. Nous n'ajouterons que quelques mots.

Les grandes diathèses, tuberculose, cancer, peuvent pendant longtemps être essentiellement caractérisées par une cachexie profonde, et celle-ci offre parfois comme signes prédominants, parmi les symptômes qui la caractérisent, de véritables troubles digestifs permanents qui peuvent exister absolument seuls.

Le problème est donc le même que dans les cas précédents. Nous rappellerons que c'est dans des faits de ce genre que M. Fenwick a signalé des altérations des glandes gastriques, altérations qui, jointes à celle du sang, expliquent suffisamment la dyspepsie.

Toutes les maladies générales, avec cachexie profonde, sont justiciables des mêmes considérations cliniques : ainsi la pellagre, la cachexie de misère, etc.

2°. *Empoisonnements autochtones* (urémie; uricémie; superalbuminose; septicémie lente, etc.) — Les troubles dyspeptiques constituent un groupe de symptômes importants dans l'étude des affections rénales, dans les différentes formes de la maladie de Bright, et dans l'urémie qui en est souvent la terminaison, d'autant plus que parfois ils masquent l'affection dont ils dépendent, ou plutôt ils en sont la seule expression. Ce sont surtout ces cas que nous aurons en vue dans cette étude.

Dans la forme aiguë de la néphrite parenchymateuse, la dyspepsie n'est pas fréquente, et alors qu'elle existe, elle ne présente qu'une importance secondaire. Elle est caractérisée principalement par des vomissements d'abord alimentaires, puis glaireux; mais ces vomissements n'ont aucun caractère particulier, ils apparaissent ici de même qu'au début de beaucoup d'affections aiguës; nous les mentionnons seulement sans y insister.

Lorsque la maladie a passé à l'état sub-aigu ou lorsque cet état est primitif, les accidents gastro-intestinaux deviennent plus fréquents; ils acquièrent une importance réelle, et démontrent l'influence de la maladie rénale sur l'organisme tout entier. Ce sont, ou bien des accidents du début de la maladie, ou bien ils appartiennent à la phase confirmée, et durent un temps parfois assez long. La douleur stomacale est rarement très-violente, beaucoup moins intense que dans la dyspepsie gastralgique ou entéralgique; les malades se plaignent rarement de ces crampes douloureuses qui parfois leur arrachent des cris; on observe plutôt de la lenteur des digestions, des nausées et des vomituritions glaireuses qui ont lieu le matin à jeun; d'autres fois ce sont des vomissements dont la fréquence augmente avec les progrès de la maladie. Ces vomissements, très-fréquents et très-importants, se montrent souvent d'une façon inopinée sans que rien puisse les faire prévoir, et à une époque où l'appétit est encore conservé. On croit d'abord à une indigestion simple, et on n'y prend

pas garde; bientôt ce vomissement se répète; il n'est plus seulement alimentaire, il devient liquide, amer, âcre. Il se produit et se répète alors même que la digestion des aliments se fait bien; souvent il a lieu au réveil et s'accompagne de nausées fréquentes.

On ne saurait trop insister sur ce symptôme, le vomissement, car chacun sait combien il est fréquent dans les affections albumineuses chroniques, où M. Rayer l'a observé dans 1/6 des cas.

Dans la néphrite interstitielle, les accidents dyspeptiques paraissent moins fréquents et beaucoup plus légers. Nous parlons actuellement de la maladie confirmée, et non pas de ses phases ultimes, alors qu'elle est près de se terminer par urémie. Dans les cas où ces troubles existent, ils consistent en une dyspepsie habituelle avec vomissements persistants qui se produisent en dehors de toute alimentation.

Lorsque l'intoxication urémique est confirmée, les troubles digestifs deviennent sinon la règle, du moins constituent une des manières d'être de la maladie.

La plupart des auteurs s'accordent à faire jouer aux vomissements un rôle important dans l'apparition de l'urémie; seulement les rapports qu'ils affectent avec cet état morbide ont été interprétés de différentes manières; les uns, avec Vogel, disent que la suppression des vomissements amène l'urémie; d'autres au contraire, avec M. Monod, pensent que c'est l'apparition des vomissements qui est une menace d'urémie. Ces deux opinions, en apparence diamétralement opposées, peuvent cependant se concilier si on veut bien se rappeler qu'il ne faut pas rapporter indistinctement à l'intoxication urémique tous les vomissements qui se produisent dans la maladie de Bright. Il en est évidemment qui sont dûs à d'autres influences, et auxquels il serait irrationnel de vouloir attribuer une influence dans la pathogénie de l'urémie. Il en est d'autres qui sont réellement urémiques, et qui se reconnaissent facilement

des précédents; la nature des matières vomies doit être fidèlement recherchée. Presque toujours, dit Frerichs, cette matière est alcaline et l'on y rencontre par l'analyse une substance spéciale, le carbonate d'ammoniaque. Quelquefois les matières sont acides; mais il suffit d'y ajouter de la potasse pour que l'ammoniaque se dégage. Ces vomissements ont, on le comprend, des rapports intimes avec les différentes manifestations de l'urémie, puisqu'ils en sont un des premiers symptômes; donc, leur apparition doit faire craindre de voir les autres accidents urémiques se montrer; et, d'un autre côté, il peut se faire que la suppression de ces vomissements entraîne, par la rétention de l'urée dans le sang, l'apparition d'autres manifestations urémiques.

Dans la forme aiguë de l'urémie comateuse, on voit souvent apparaître le vomissement; ce phénomène est un prodrome aussi important que la céphalalgie ou les troubles de la vue. Il se rencontre très-souvent, mais pas dans tous les cas; il est d'abord alimentaire, puis plus tard liquide, amer et même bilieux; il se répète parfois avec une opiniâtreté singulière; il s'accompagne de constipation ou de diarrhée.

Quant aux malades atteints d'éclampsie urémique, on a prétendu qu'ils vomissaient peu ou moins fréquemment que d'autres affectés de diarrhée; ce fait demande de nouvelles recherches, car tout le monde sait combien la céphalalgie, l'amblyopie et les vomissements sont fréquents dans l'urémie puerpérale ou scarlatineuse.

Dans certains cas, les manifestations urémiques paraissent avoir pour siége principal l'appareil digestif; les troubles dyspeptiques occupent le premier rang, et doivent attirer toute l'attention du médecin; cette variété d'urémie a été décrite sous le nom d'urémie gastro-intestinale. Les observations et les expériences de Bernard et de Bareswill ont mis hors de doute l'existence de cette forme (Arch. de méd. 1847). Ces physiologistes démontrèrent