

moins d'adhérences par péritonite la tumeur est toujours un peu mobile et se déplace suivant les mouvements de l'estomac, mais elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. Il n'est pas rare de la sentir soulevée par des pulsations isochrones avec le pouls qui sont dues aux battements de l'aorte abdominale et du tronc cœliaque.

A ces deux symptômes presque pathognomoniques, le vomissement noir et la tumeur, il faut ajouter la *douleur*. Celle-ci manque rarement : elle ne présente pas le caractère intermittent, paroxysmique qu'elle a dans l'ulcère simple : en général elle est continue, le plus souvent lancinante, parfois sourde et contusive. L'ingestion des aliments, la pression à l'épigastre l'exaspèrent, et il n'est pas rare d'observer le point spinal et des irradiations dans les hypochondres.

Les symptômes généraux sont ceux que nous avons décrits sous le nom de *cachexie cancéreuse*. Ils sont précoces, le défaut de nutrition amenant un amaigrissement et un affaiblissement rapides. Les téguments sont secs, flasques, ridés et prennent la teinte jaune paille caractéristique, le ventre se rétracte en bateau. Le pouls est faible et misérable, les urines sont rares et surchargées d'urée et d'acide urique dus à l'autophagie. Enfin on voit survenir de l'anasarque cachectique ou une *phlegmatia alba dolens* par phlébite ou thrombose. Souvent aussi dans cette période ultime la langue se recouvre de muguet.

*Cancer latent*. — Il arrive parfois que le cancer ne donne lieu à aucun des symptômes que nous venons d'énumérer et ne se révèle qu'à l'autopsie. Aussi ces cas ont-ils fréquemment donné lieu à des erreurs de diagnostic ; les praticiens les plus exercés, Cruveilhier, Barth, Andral et bien d'autres après eux, s'y sont trompés. C'est que non-seulement le cancer peut rester ainsi à l'état *latent*, mais peut revêtir les formes les plus variées et les moins attendues. Le Dr Chenel a rassemblé bon nombre de ces cas : ici le cancer latent simule la cirrhose du foie et produit l'ascite, là il amène l'anasarque comme le mal de Bright ; d'autres fois on croit se trouver en présence d'une affection cardio-vasculaire, de la tuberculose, de la dyspepsie arthritique (Gueneau de Mussy). On devra toujours songer au cancer latent lorsque l'on verra survenir une cachexie lente et graduelle que rien n'explique.

**DURÉE. MARCHE.** — La durée moyenne du cancer de l'estomac est d'environ treize mois (Valleix, Lebert, Brinton) ; la marche

peut être beaucoup plus rapide et amener la mort en trois ou quatre mois. Le cancer n'offre jamais de périodes de rémission ; sa marche est progressive et aboutit fatalement à la cachexie, à moins que certaines complications, comme une gastrohémorragie foudroyante ou une perforation, n'amènent brusquement la mort. Certaines autres complications, par exemple la propagation au foie, aux plèvres et aux poumons, etc., les communications anormales avec les autres portions du tube digestif, peuvent aussi précipiter sa marche et hâter le dénouement. Le pronostic est absolument fatal, les exemples de guérison que l'on a signalés devant être sans aucun doute rapportés à des ulcères simples.

**DIAGNOSTIC.** — Nous avons établi déjà les caractères qui séparent le cancer de l'estomac et la gastrite ; il nous reste à le différencier de l'ulcère simple. Dans certains cas ce diagnostic présente de sérieuses difficultés ; Brinton, du reste, a signalé la coexistence des deux affections. Outre la cachexie spéciale, le cancer sera reconnu à l'ensemble des symptômes suivants : il se manifeste surtout dans l'âge mûr et la vieillesse, sa marche est progressive et n'offre pas de rémissions, sa durée dépasse rarement deux ans ; il est caractérisé en outre par une tumeur à l'épigastre, une douleur sourde et continue, des vomissements noirs. Dans l'ulcère simple on observe généralement : l'âge peu avancé des malades, des rémissions plus ou moins longues, une durée pouvant dépasser quinze ans, des hématomés dans lesquelles, le sang est plus abondant et moins modifié, des douleurs très-vives, parfois gastralgiques. Enfin le traitement peut amener la guérison de l'ulcère simple, tandis qu'il reste absolument impuissant contre le cancer.

Il n'est pas rare, comme nous l'avons dit, que le cancer de l'estomac échappe à l'observation ou soit pris pour une maladie du cœur, un anévrysme de l'aorte abdominale ou du tronc cœliaque, une tumeur du foie, etc.

**TRAITEMENT.** — Le traitement est purement symptomatique.

La douleur sera calmée par les narcotiques : ciguë, belladone, jusquiame. L'opium administré à l'intérieur ou sous forme d'injections hypodermiques de morphine rend les plus grands services. Les vomissements et les hématomés seront combattus par la glace *intus et extra*. Les révulsifs donnent peu de résultats. Enfin nous devons signaler ici l'ablation d'un cancer du pylore par la gastrotomie que Péan a pratiquée récemment : le résultat a été fatal.

L'indication qui reste à remplir est de nourrir le malade et de le

soutenir autant que possible. L'alimentation lactée est de beaucoup la mieux supportée, et c'est à elle qu'il convient d'avoir recours dans la majorité des cas.

CHARDEL. Monog. des dégén. squir. de l'estomac, 1804. — LOUIS, Rech. anat. path., 1826. — MARC D'ESPINE. Ann. d'hygiène, 1840. — Essai sur la statistique mortuaire comparée, 1858. — TH. WILLIAMSON. Case of scirrhous stomach, etc. (Edinb. Month. Journ. of med. sc., 1841). — LEBERT, *op. cit.* — Traité pratique des mal. cancér., 1851. — Deuts. Arch. f. klin. med., 1877, et Revue Hayem, 1879. — GRIESINGER, Arch. f. prakt. Heilk., 1854. — J. FRANCK. Path. interne, tr. Bayle, 1857. — FÖRSTER. Virchow's Arch., XIV. — VIRCHOW. Traité des tumeurs. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — CORNIL. Art. Cancer in Nouv. dict. de méd. et de ch. pr. — Mém. de l'Acad. de méd., 1867. — LANCEREAUX. At. d'anat. path., 1869. — BRINTON, *op. cit.* — WYSS. Blätter f. Gesundheitspflege, Zurich, 1872-74. — A. LAVERRAN. Deux observations d'épithélioma à cellules cylindriques des voies digestives (Arch. de Physiol., 1876). — CHENEL, Ét. clin. sur le cancer latent de l'estomac, th. de Paris, 1877. — CULLINGWORTH. Case of cancer in an infant six weeks old (Brit. med. Journ., t. II, 1877). — PÉAN. De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrotomie (Gaz. des hôp., mai 1879).

## DYSPEPSIE.

On désigne sous le nom de *dyspepsie* un état pathologique permanent des fonctions digestives, caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion, sans lésions anatomiques appréciables. La dyspepsie ne doit donc pas être considérée comme une entité morbide, une maladie particulière; ce n'est qu'un symptôme, une collection de phénomènes morbides, la plupart fonctionnels, de provenances très-diverses (Gubler, G. Sée, Raymond, Damaschino).

HISTORIQUE. Il est peu de sujets qui aient, autant que la dyspepsie, exercé la sagacité des cliniciens et suscité plus de travaux et qui cependant restent entourés de plus d'obscurités. Il serait trop long de rapporter ici les théories nombreuses qui ont été émises sur la nature de la dyspepsie et les classifications qu'on en a proposées depuis Hippocrate jusqu'à celles que Dujardin-Beaumetz et Leven viennent de donner dans des ouvrages tout récents. On sait que les médecins grecs considéraient la digestion comme une véritable *coc-tion*; aussi la dyspepsie n'était-elle pour eux qu'un retard ou une absence de cette cuisson, un simple état de *crudité* des aliments. Cette manière d'envisager la dyspepsie comme un trouble fonctionnel fut celle de Celse, d'Arétée de Cappadoce, de Galien qui créa un certain nombre de degrés et de divisions dans la maladie (*brady-pepsis*, *apepsie*). Plus tard les nosologistes, Sauvages, Bosquillon, le traducteur de Cullen, etc., établirent une foule d'espèces et de variétés, de petites entités morbides indépendantes, suivant

la prédominance de tel ou tel symptôme. Cependant Cullen (1797) était déjà revenu à l'idée d'un trouble fonctionnel de l'estomac auquel Broussais allait bientôt donner une importance capitale en remplaçant non-seulement la dyspepsie, mais la plupart des maladies, par l'irritation du tube digestif.

La réaction contre les exagérations de la théorie du professeur du Val-de-Grâce ne se fit pas attendre et, dès 1827, Barras n'hésitait pas à faire de la dyspepsie une simple névrose, opinion admise pleinement par Dalmas et par Andral lui-même et dont ne semblent pas trop éloignés actuellement Pidoux et le professeur Lasègue. Les idées de Broussais ne furent cependant jamais abandonnées d'une façon absolue: Chomel, Nonat, Beau, Durand-Fardel, Trousseau, Handfield-Jones, Rokitsansky, Niemeyer, Willème, Bontentuit, Brinton, Luton, etc., soutinrent des manières de voir à peu près identiques et parfois même exagérèrent cette tendance, dont l'expression la plus significative se trouve dans le récent travail de Leven, à considérer la dyspepsie comme un véritable trouble fonctionnel du ventricule.

On voit par ce simple et rapide exposé de combien de difficultés est entourée cette question de la dyspepsie. Le terme lui-même disparaîtra un jour du vocabulaire médical, comme déjà tant d'autres maladies que l'on désignait d'après leurs principaux symptômes (Lasègue), et cela vraisemblablement lorsque nous connaîtrons mieux la pathogénie de ce symptôme morbide (G. Sée). Déjà G. Sée a tenté un essai de classification de la dyspepsie d'après ses variétés pathogéniques. Il divise les dyspepsies en cinq grands groupes: 1° dyspepsies glandulaires; 2° dyspepsies muqueuses; 3° dyspepsies nervo-vasculaires; 4° dyspepsies ab ingestis; 5° dyspepsies par mécanismes complexes et variés. Au point de vue symptomatique, nous croyons qu'on suivra avec avantage la classification de Gubler, qui a proposé les catégories suivantes: 1° dyspepsie douloureuse et spasmodique; 2° dyspepsie atonique; 3° dyspepsie catarrhale; 4° dyspepsie inflammatoire. Dujardin-Beaumetz, se plaçant au point de vue clinique et thérapeutique, après avoir séparé tout d'abord les dyspepsies buccale et intestinale, divise la dyspepsie proprement dite ou stomacale suivant les modifications éprouvées par les tuniques, les glandes, les vaisseaux et les nerfs qui entrent dans la constitution anatomique de l'estomac. On a ainsi une dyspepsie par atonie de la tunique musculaire (dyspepsie atonique et flatulente) ou par accroissement d'énergie musculaire (vomissement); par alté-

ration des sécrétions glandulaires (dyspepsies putride, acide, pituiteuse); par troubles d'origine nerveuse (dyspepsie gastralgique, dysorexie, anorexie, boulimie, etc.). Suivant la marche, l'âge des sujets, l'étiologie, on pourrait distinguer les dyspepsies accidentelles, habituelles, des vieillards, des enfants, dyspepsies hépatique, utérine, dyscrasique, etc.

ETIOLOGIE. — Raymond range les causes de la dyspepsie sous trois chefs : *causes prédisposantes*, *causes mixtes*, c'est-à-dire à la fois prédisposantes et déterminantes, *causes déterminantes*.

La première des *causes prédisposantes* est l'âge. Fréquente chez l'enfant en bas âge et apparaissant sous l'influence de l'allaitement artificiel ou par suite de l'usage d'un lait de mauvaise qualité, d'un sevrage prématuré, la dyspepsie est presque inconnue pendant l'adolescence; elle redevient fréquente chez les adultes et chez les vieillards : chez ces derniers, la dyspepsie est vraisemblablement due à la dégénérescence sénile et athéromateuse des artères. Le *sexe* féminin prédispose à la dyspepsie à cause des habitudes sédentaires et de l'impressionnabilité nerveuse de la femme mais la proportion est rétablie par la plus grande fréquence de l'alcoolisme chez l'homme. L'hérédité enfin a parfois une influence évidente.

Les causes mixtes sont très-nombreuses. La dyspepsie se rencontre fréquemment chez les gens à habitudes sédentaires (employés de bureau, tailleurs, cordonniers); chez ceux qui dorment pendant le travail de la digestion ou qui au contraire se donnent trop d'exercice, fait ayant pour résultat de diminuer l'acidité du suc gastrique par exagération de la sueur (Gallard). Les changements de saisons et de température, les habitations malsaines, etc., jouent encore le rôle de causes prédisposantes. Il en est de même du travail intellectuel exagéré, de l'habitude de travailler immédiatement après les repas ou de lire en mangeant, des émotions morales vives ou dépressives, etc.

Vient ensuite une longue série de causes ayant toutes comme caractère commun un affaiblissement général de l'organisme (Raymond) : insomnie, veilles prolongées, hémorrhagies, bains tièdes répétés, leucorrhée, onanisme, etc.

La dyspepsie s'observe fréquemment dans les maladies du foie, de l'intestin (*dyspepsie ilio-cœcale* de Bachelet), de l'utérus (dyspepsie qualifiée de *sympathique* par nombre d'auteurs), des voies génito-urinaires (A. Mercier, Guyon); dans la convalescence des fièvres graves (dothiéntérie); dans les affections générales modi-

fiant profondément la crase sanguine (*dyspepsies dyscrasiques* de Vulpian), les anémies (G. Sée), la chlorose, etc.; dans les diathèses, la goutte, la syphilis (Trousseau, Fournier), la tuberculose où elle se montre fréquemment comme symptôme initial, alors que les lésions anatomiques sont encore à leur minimum. Dans un dernier groupe, nous placerons les névroses, l'hystérie en particulier, et les affections du système cérébro-spinal.

Signalons enfin les contusions de l'épigastre, la compression de l'estomac par les corsets ou les ceintures, par une tumeur, par l'appendice xiphoïde dévié (chez les gibbeux, par exemple).

Les causes *déterminantes* ou *directes* dépendent surtout des excès de table ou au contraire de l'insuffisance des aliments, d'une alimentation lourde ou exclusive, des irrégularités des repas, de l'abus des boissons (*dyspepsie des liquides* de Chomel) ou des substances excitantes ou médicamenteuses, d'un défaut de mastication ou d'une insuffisance de l'insalivation.

DESCRIPTION. — La symptomatologie de la dyspepsie est très-variable, ce qui a permis de créer de nombreuses variétés.

L'*appétit* est presque toujours modifié : assez souvent il est diminué, d'autres fois il est augmenté et le malade à intervalles plus ou moins rapprochés éprouve un impérieux besoin d'ingérer quelque aliment. Les perversions les plus diverses, les exagérations les plus bizarres et les plus inattendues s'observent assez fréquemment, surtout chez les femmes enceintes, les chlorotiques, etc. (boulimie, pica, malacia). La *soif* est généralement augmentée, et l'on voit des malades absorber des litres d'eau froide, de tisanes amères, astringentes, etc.

Les aliments en arrivant dans l'estomac donnent lieu à des phénomènes variables. Quelquefois ce n'est qu'un sentiment de gêne, de tension, de lourdeur à la région épigastrique; le malade est somnolent, sa face est vultueuse, il a du hoquet, des bâillements, des pandiculations. Dans d'autres cas la dyspepsie revêt la forme *douloureuse*; la douleur est sourde et continue, lancinante et irrégulière, parfois assez vive pour déterminer la syncope (*dyspepsie syncopale* de Guipon).

Il n'est pas rare d'observer, dans le cours du repas, une distension très-marquée de l'estomac, forçant le malade à desserrer ses vêtements et se traduisant par un ballonnement abdominal limité à l'épigastre, par des éructations plus ou moins nombreuses, par un bruit de fluctuation stomacale rappelant la succussion hippocra-

tique. Cette production rapide du gaz a été attribuée à tort à la déglutition d'une certaine quantité d'air; elle est due bien plutôt à la décomposition des ingesta ou à une production exagérée de gaz sous l'influence du système nerveux, les tuniques de l'estomac étant relâchées. Les malades ont fréquemment des renvois muqueux, pituiteux (*gastrorrhée*) ou bien des régurgitations remarquables par leur âcreté et leur acidité (dyspepsie *acide*), déterminant derrière le sternum une sensation de brûlure ou *pyrosis*. Enfin il se produit souvent à la fin des repas un état nauséux suivi ordinairement de vomissements dans lesquels le dyspeptique rend, plus ou moins digérées déjà, plus ou moins mélangées à du sang ou à des micro-organismes, toutes les substances alimentaires qu'il a ingérées. On observe quelquefois une espèce de *ruminatio* (*mérycisme*).

Les fonctions intestinales sont généralement troublées : on observe parfois de la diarrhée et même de la lientérie, les aliments traversant trop rapidement la portion absorbante du tube digestif; mais le plus souvent la dyspepsie s'accompagne de *constipation*. D'après G. Sée, il faudrait considérer cette constipation non comme un symptôme, mais comme une cause de dyspepsie.

Les malades accusent fréquemment des palpitations, de l'essoufflement, de la dyspnée, de la toux. Mais de ces troubles fonctionnels éloignés ce sont de beaucoup les phénomènes nerveux qui sont les plus importants : céphalalgie, insomnie, troubles nerveux, névralgies intercostales (Beau), anesthésie (Beau, Trousseau), amblyopie et dyschromatopsie (Chomel, Landolt), bourdonnements d'oreilles, etc. Le vertige (*vertigo a stomacho læso seu per consensum ventriculi*, Trousseau) s'observe fréquemment et varie beaucoup de caractère, bien que la forme *gyratoire* soit l'une des plus fréquentes. Il se produit souvent au moindre mouvement; l'action de se lever, de marcher ou de s'asseoir suffit pour le provoquer. D'après G. Sée, le vertige stomacal dépendrait uniquement de l'anémie, pour Luton il y aurait toujours une impression partie de l'intestin et dépendant de l'inégale tension des gaz en deux points voisins; Jaccoud admet une perturbation du système nerveux central par action réflexe des pneumogastriques. Les troubles de l'intelligence (obtusion et paresse intellectuelles, mélancolie hypochondriaque) sont assez fréquents.

L'état général est variable. Parfois le malade conserve un embonpoint normal (goutteux); le plus souvent le dyspeptique maigrit et, si son état persiste, finit par se cachectiser; les forces

diminuent, la peau se décolore, et devient rugueuse par défaut de perspiration, les extrémités ont de la tendance à se refroidir, il se produit des éruptions cutanées (Hardy) et le malade peut succomber. Ces phénomènes sont certainement sous la dépendance de l'anémie globulaire. D'après Beau et Morache, le sang des dyspeptiques serait fort pauvre en fibrine; d'après G. Sée la déperdition la plus notable qu'il éprouve porte sur le chiffre de l'albumine.

La marche, la durée, la terminaison de la dyspepsie sont des plus variables. Des rémissions trompeuses suivies d'exacerbations peuvent pendant des années se succéder chez le même dyspeptique; le pronostic dépend essentiellement de la nature de la cause productrice.

DIAGNOSTIC. — La douleur gastralgique est un symptôme si commun chez les dyspeptiques que Luton n'admet pas la description séparée de la gastralgie et de la dyspepsie : la confusion ne doit pas être faite cependant et sera facilement évitée par la connaissance de la marche des accès douloureux. Avec la gastrite chronique la confusion est plus facile, et cela se comprend aisément : car la limite entre le simple trouble dynamique et les troubles avec lésions anatomiques est forcément indécise dans bien des cas (Raymond). Il est plus facile de distinguer la dyspepsie essentielle de l'ulcère rond et du cancer stomacal, bien que ceux-ci s'accompagnent fréquemment de troubles dyspeptiques dont il faut alors reconnaître la nature.

TRAITEMENT. — Le traitement de la dyspepsie doit varier suivant les formes de la maladie. Aux dyspepsies douloureuses le médecin opposera les narcotiques et les antispasmodiques; aux formes atoniques les stimulants, les astringents et les amers; aux formes catarrhales les évacuants, les hypercriniques; aux formes irritatives, les émissions sanguines et les révulsifs, etc.

Le régime qui convient aux dyspeptiques est très-variable : comme le faisait remarquer Trousseau, le plus utile est celui que le malade supporte le mieux. On apportera la plus scrupuleuse attention aux règles hygiéniques au point de vue de la *quantité* et de la *qualité* des aliments. Le régime lacté, la viande crue, les salaisons, les viandes fumées, sont en général très-bien supportés; on ordonnera les féculents et même les graisses à l'exclusion des substances azotées dont la digestion se fait plus spécialement dans l'estomac. Les heures des repas seront soigneusement réglées, chez les enfants notamment; des tétées très-rapprochées sont une cause

fréquente de dyspepsie par surcharge de l'estomac. L'exercice musculaire après les repas est indiqué; mais, comme nous l'avons vu, ne doit jamais être exagéré.

La médication proprement dite varie avec chaque forme de la maladie. Dans la dyspepsie névrosique, c'est surtout à l'opium qu'il faut avoir recours : on l'emploie soit avant les repas, soit après l'ingestion des aliments. A ce moment on peut aussi donner les anesthésiques (éther, chloroforme), les spiritueux aromatiques, ou faire appliquer des compresses chaudes sur l'épigastre. Dans les dyspepsies atoniques on emploiera les apéritifs, les amers qui activent les fonctions gastriques et produisent la contraction des tuniques, le colombo, le quassia, la noix vomique, la petite centaurée, la gentiane, l'extrait d'absinthe, etc. En même temps on prescrira les eupeptiques (Gubler), les alcalins qui exagèrent les sécrétions acides de l'estomac (Cl. Bernard) et agissent en même temps sur l'économie (Trousseau), les acides (acides chlorhydrique et lactique) qui suppléent au manque d'acidité du suc gastrique et qui réussissent souvent fort bien chez les tuberculeux; la diastase, la pepsine et la pancréatine.

La dyspepsie atonique s'accompagne fréquemment de météorisme et de pyrosis. Dans le premier cas on aura recours aux absorbants, au charbon, à la craie préparée, au bismuth, à la magnésie calcinée, que l'on associera à l'opium s'il existe en même temps des troubles névrosiques, à la rhubarbe dans le cas de constipation habituelle; si l'atonie des tuniques s'accompagne de dilatation stomacale, ce qui est assez fréquent, on fera des lavages soit avec de l'eau pure, soit avec de l'eau minérale suivant la méthode de Küssmaul, si la dyspepsie s'accompagne de catarrhe et de saburres, les évacuants, vomitifs et purgatifs, sont nettement indiqués.

Certains symptômes méritent une attention spéciale. La *boulimie* réclame l'emploi de l'opium et de la belladone; la *diarrhée chronique* qu'on observe parfois est passible de la même médication, à laquelle on ajoutera le sous-nitrate de bismuth, la ratanhia, etc. La *constipation* sera traitée par la rhubarbe et l'aloès à l'exclusion des purgatifs salins. La moutarde blanche, la graine de lin, le soufre, le charbon, combattent la constipation en livrant à l'intestin une masse de matières inertes sur laquelle peut s'exercer la contraction intestinale (Luton). C'est dans le même but qu'on ordonnera un régime alimentaire donnant lieu à un abondant résidu (pain de son, légumes verts).

On traitera en même temps les maladies générales sous l'influence desquelles la dyspepsie s'est produite.

Enfin le traitement par les eaux minérales donne souvent les meilleurs résultats. La dyspepsie douloureuse, surtout lorsqu'elle dépend d'un état diathésique, demande l'emploi des eaux alcalines ou carbonatées calcaires : Vals, Vichy, Saint-Alban, Alet. La dyspepsie atonique sera fréquemment très-améliorée par une cure reconstituante avec les eaux martiales gazeuses ou bicarbonatées de Spa, du Boulou, de Saint-Nectaire. La dyspepsie rhumatismale est avantageusement traitée à Plombières, Luxeuil, Aix-les-Bains, etc.

L'hydrothérapie (Beni-Barde) et les bains de mer (Trousseau, Sidour) rendent également de grands services.

B. TEISSIER. De l'influence des découvertes chimiques et physiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des maladies des organes digestifs (Gaz. méd. de Lyon, 1856). — CHOMEL. Des Dyspepsies. Paris, 1857. — MORACHE. Essai sur l'anémie globulaire et ses rapports avec la dyspepsie. Thèse de Paris, 1859. — NONAT. Traité des dyspepsies, 1862. — GUIPON. Traité de la dyspepsie. Paris, 1864. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — G. SÉE. Leçons de pathologie expérimentale : du sang et des anémies, 1867. — Leçons de clinique de l'Hôtel-Dieu. — W. FOX. Diseases of the stomach in Russell Reynolds' system of medicine, t. II, 1868. — WILLIÈME. Des dyspepsies dites essentielles, leur nature et leurs transformations. Paris, 1868. — BOTTENTUIT. Des gastrites chroniques. Th. de Paris, 1869. — BRINTON. The diseases of the stomach. London, 1864, trad. franç. de Riant, 1870. — LASÈGUE. Introduction au traité de Brinton. — LUTON. Art. Dyspepsie in Nouv. Dict. de méd. et de ch. pr., 1872. — GUBLER. Cours de la Faculté de médecine de Paris, 1874, et Commentaires du Codex. — VULPIAN. Leçons sur le suc gastrique, 1874. — GALLARD. Clinique médicale de la Pitié, 1877. — RAYMOND. Des dyspepsies. Th. pour l'agrég., 1878. — GUYON. Revue mensuelle de méd. et de chir., 1878. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clin. thérap., 2<sup>e</sup> fasc., Paris, 1879. — LEVEN. Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1879. — DAMASCHINO. Maladies des voies digestives. Paris, 1880.

## GASTRALGIE.

Synonymie : *Gastrodynie, Cardialgie, crampe d'estomac.*

La *gastralgie* est la névrose douloureuse de l'estomac.

DESCRIPTION. — La gastralgie varie d'intensité, de siège, de durée. Annoncé quelquefois par des symptômes prodromiques : pyalisme, nausées, vomissements pituiteux, elle débute en général très-brusquement. Il est rare qu'elle se réduise à une sensation de malaise vague et pénible; le plus souvent, c'est une souffrance aiguë lancinante ou déchirante, constrictive ou angoissante; parfois la douleur ressemble à une morsure, à une brûlure, à une crampe. Le malade éprouve des sensations bizarres de froid glacial, de formication, de reptation, et toutes ces sensations douloureuses ou anormales peuvent se rempla-

cer d'une attaque à l'autre ou se succéder pendant la durée du même accès (Barras). En même temps l'épigastre se tend et se ballonne ou, ce qui est plus fréquent, se rétracte comme si la paroi abdominale allait s'accoler à la colonne vertébrale. L'agitation et l'anxiété du malade sont considérables, ses extrémités se refroidissent et il ne cesse de se plaindre et de gémir. La douleur est parfois si forte qu'elle amène des défaillances, du délire, des convulsions (Schmidtman). Bien que le pouls puisse rester normal, on observe plus souvent la petitesse, la concentration, des intermittences. La langue reste nette.

La douleur gastralgique siège au niveau de l'appendice xiphoïde, s'irradie dans les hypochondres ou dans l'abdomen (*entéralgie*), remonte le long de l'œsophage. Il n'est pas rare de constater son maximum le long de la colonne dorsale (Grisolle). La pression à l'épigastre, si elle a lieu sur une petite surface, avec le doigt, par exemple, exaspère la douleur; elle la calme au contraire si elle est exercée avec la paume de la main. L'ingestion des aliments apaise également la douleur par pression *intérieure* (Romberg).

L'accès cardialgique varie comme durée de quelques minutes à plusieurs heures; il cesse brusquement ou bien se dissipe lentement après quelques bâillements et quelques renvois d'un gaz inodore, laissant les malades plus ou moins abattus et courbaturés.

A ces symptômes constants de la névralgie, il faut en ajouter d'autres qui accompagnent l'accès ou qui persistent en dehors de lui : l'anorexie, la polydipsie, la pneumatose stomacale, les vomissements, la boulimie et les perversions du goût les plus bizarres (*malacia et pica*). Piorry a signalé aussi, sous le nom d'*oxygastrie*, l'acidité anormale du suc gastrique et la fermentation acide des ingesta. Du côté du système nerveux, on observe parfois du vertige (*vertigo a stomacho læso* de Trousseau), des hallucinations, de la dyspnée, des palpitations, des battements épigastriques, des névralgies intercostales ou autres.

Enfin, comme complications, il faut signaler la dyspepsie, l'ictère (Axenfeld), dus sans doute à la névralgie concomitante des nerfs du foie, un état névropathique spécial se traduisant surtout par l'*hypochondrie*.

La gastralgie a une durée très-variable : elle peut persister des années. Elle présente alors des rémissions plus ou moins complètes et prolongées. Lorsqu'elle est sous la dépendance de la malaria, il peut affecter un type intermittent régulier.

**ÉTIOLOGIE.** — La gastralgie est parfois héréditaire : c'est une maladie de la jeunesse atteignant de préférence les individus à tempérament nerveux et surtout les femmes; elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes.

Toutes les causes qui sont susceptibles d'irriter la muqueuse gastrique peuvent donner naissance à la névralgie : écarts de régime, défaut et insuffisance d'alimentation, excès de table, usage abusif de boissons stimulantes (alcool, café, thé) : il en est de même de certains médicaments dont l'usage est trop prolongé (balsamiques, bicarbonate de soude, sulfate de quinine), de la présence des entozoaires, lombrics ou ténias. L'influence des saisons, des climats, des changements de température est loin d'être nettement démontrée.

Certaines gastralgies reconnaissent pour causes les passions vives, les émotions dépressives, les fatigues d'esprit et les veilles prolongées. D'autres sont imputables à cette *faiblesse irritable* que l'on voit survenir dans l'hystérie, la chlorose, l'anémie, la tuberculose, la lactation prolongée, l'onanisme, etc. Nous avons signalé certaines formes comme dépendant de la malaria : d'autres sont en rapport avec le saturnisme, le mercurialisme, la diathèse arthritique.

Les affections des organes génitaux chez la femme, grossesse, métrites, troubles de la menstruation, sont des causes très fréquentes de gastralgie.

Nous devons signaler aussi les gastralgies *symptomatiques* d'une lésion stomacale (en particulier l'ulcère simple), des tumeurs qui intéressent le pneumogastrique et le sympathique dans une portion quelconque de leur trajet ou de lésions de l'axe cérébro-rachidien (myélites, ataxie, etc.).

**PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.** — Comme celle de toutes les névroses, elle présente encore beaucoup d'obscurités. Les lésions des nerfs de l'estomac, bien que probables, n'ont pas encore été démontrées. Romberg a fait une étude approfondie des différences symptomatiques qui se produisent suivant que l'irritation hyperesthésique atteint le vague ou le sympathique. Au premier cas appartiennent ces réflexes que nous avons signalés dans la description de la maladie : palpitations, dyspnée, boulimie, etc.; au second, les congestions de la face et du cerveau, les paralysies vaso-motrices d'un côté du corps, le vertige stomacal.

M. le professeur Jaccoud a observé la gastralgie par *réduction*

d'un varicocèle occasionnant une augmentation de pression dans les veines abdominales et la compression du *plexus solaire*.

L'enchevêtrement des fibres sensitives et motrices rend parfaitement compte des *crampes musculaires* qui se produisent pendant l'accès et peuvent même le constituer uniquement. Les fibres motrices ou les fibres sensitives peuvent être atteintes isolément, comme le prouvent bien les vomissements incoercibles qui ne s'accompagnent pas de douleurs et les crises douloureuses sans vomissements (Axenfeld).

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — On devra d'abord s'appliquer à chercher si la gastralgie est *symptomatique* ou *idiopathique*.

La *colique hépatique* peut simuler la gastralgie, mais la douleur siège dans l'hypochondre droit et est réveillée par la pression; l'ictère est fréquent.

Le *rhumatisme musculaire* du grand droit et l'*hyperesthésie musculaire* que Briquet a signalée chez les hystériques se distinguent par leur siège superficiel, la douleur que réveille la palpation ou la contraction du muscle, l'absence de troubles gastriques.

Le diagnostic avec la *gastrite* est plus difficile : il sera basé sur l'anorexie, l'état saburral des voies digestives, la fièvre, les caractères de la douleur. L'*ulcère simple* ne pourra quelquefois être distingué de la gastralgie qu'après l'apparition des hématomèses : une étude attentive de tous les symptômes autres que la douleur permettra en général d'éviter l'erreur. Quant au *cancer*, il est rare qu'il affecte la forme cardialgique.

Le pronostic est favorable en ce sens que la gastralgie en elle-même ne cause jamais la mort; il ne faut pas cependant perdre de vue l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur la nutrition et sur les fonctions psychiques.

TRAITEMENT. — L'examen étiologique est de la plus haute importance dans le traitement de la gastralgie; il n'est pas rare en effet de la voir disparaître par la suppression des causes qui la produisent (écarts de régime, entozoaires, affections utérines, etc.), ou par la modification qu'une médication rationnelle ne manque pas d'imprimer à certains états diathésiques (arthritisme, chlorose, anémie, intoxication palustre, etc.).

En dehors de ces indications, le traitement est purement *symptomatique*. Les crises cardialgiques seront calmées par les narcotiques : l'opium et surtout les injections sous-cutanées de morphine ont souvent l'effet le plus rapide; la belladone, la jusquiame, la ciguë

apaisent également la douleur, mais moins rapidement. Les boules d'eau chaude à la région épigastrique suffisent parfois pour calmer les crampes les plus douloureuses, la chaleur agissant sur les muscles de la vie végétative comme l'électricité sur ceux de la vie de relation (Gubler). Dans les cas les plus rebelles on aura recours aux inhalations d'éther et de chloroforme.

En général, on retirera les plus grands avantages de l'emploi des antispasmodiques : bromure de potassium, musc, valériane, médicaments *cyaniques* (cyanure de potassium et de zinc, acide cyanhydrique médicinal).

SCHMIDTMANN. Summa observ. med., Berlin, 1826. — BARRAS. Traité des gastralgies et des entéralgies, 1827. — ROMBERG. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1850. — AXENFELD. Névroses in Pathologie de Requin, t. IV, 1863. — GUBLER. Cours de la Faculté de médecine, 1874. — GRISOLLE, TROUSSEAU. Clinique médicale. JACCOUD, *op. cit.* — RAYMOND. Des dyspepsies, th. d'agrégation, 1878.

## MALADIES DE L'INTESTIN.

## ENTÉRITE.

L'*entérite* est l'inflammation catarrhale de la muqueuse intestinale. Elle est *aiguë* ou *chronique*. Elle peut coïncider avec le catarrhe de l'estomac (*gastro-entérite*), s'étendre à la fois à l'intestin grêle et au gros intestin (entéro-colite), ou enfin se localiser dans une portion de l'intestin (duodénite, typhlite, rectite, etc.).

ÉTIOLOGIE. — L'entérite est une maladie de tous les âges, elle est fréquente surtout chez les enfants. Chez ceux-ci elle reconnaît pour causes principales : la dentition (Trousseau), l'alimentation par un lait de mauvaise qualité ou non en rapport avec leurs facultés digestives, le sevrage; chez l'adulte sa cause la plus commune est également une alimentation excessive ou de mauvaise qualité : aliments gras ou altérés, fruits verts, viandes fumées, poissons gâtés, etc. Les purgatifs, les drastiques surtout, peuvent avoir une action identique; il en est de même des balsamiques et de certains narcotiques, colchique, ciguë, aconit, qui déterminent des gastro-entérites parfois très-intenses. L'indigestion est souvent son point de départ.

Les affections locales de l'intestin, les polypes, le traumatisme et les corps étrangers, les vers intestinaux, les occlusions par torsion, invagination, matières fécales durcies, etc., peuvent donner naissance à une entérite limitée ou étendue. Les désordres des organes voisins peuvent agir de la même façon (rectite dans le cancer de l'utérus, etc.).