

veuille fortifier la constitution entière, soit qu'on prétende s'adresser uniquement à la vessie. C'est ainsi qu'on a donné avec succès les préparations ferrugineuses, le quinquina, les amers, les bains sulfureux et iodés, les bains aromatiques préconisés par Lallemand, les bains de mer vantés par Underwood, les bains froids ordinaires recommandés par Beaudelocque et Guersant. Dupuytren conseillait aussi le bain froid, mais il le voulait par immersion, comme pour la chorée. On a encore cherché à ranimer la tonicité de la vessie par des ventouses sèches appliquées au périnée (Canin), par des vésicatoires et même par des moxas mis derrière les bourses ou sur la région sacrée (Mongeret, Dickson), par l'électricité galvanique (Webster, Mauduyt), ou bien en introduisant cinq ou six fois, et à trois ou quatre jours d'intervalle, une sonde dans l'urèthre (Goulard, Lair, Baudelocque). On a encore conseillé l'usage des cantharides en frictions, ainsi qu'à l'intérieur; quelques-uns ont vanté l'ergot de seigle, le nitre (1 à 2 grammes), et l'acide benzoïque (1 à 20 centigrammes). Mais l'effet de ces substances reste encore à préciser; il n'en est pas de même de la noix vomique, employée d'abord par M. Mauricet, et que Mondière a signalée, d'après sa propre expérience, comme étant l'agent le plus efficace. Ce médecin associait ordinairement ce médicament à l'oxyde noir de fer (extrait de noix vomique, 40 centigrammes; oxyde de fer, 4 grammes; faire 24 pilules, et en prendre trois par jour). Il est inutile de dire qu'on pourrait remplacer la noix vomique par la strychnine, mais en commençant par quelques milligrammes.

Un médicament dont l'action physiologique est bien différente du précédent, la belladone, a été beaucoup recommandé depuis quelques années. Les enfants prennent de 1 à 3 centigrammes de poudre de feuilles ou racine de belladone, en ayant soin, lorsque la maladie a cédé, de revenir de temps en temps à l'usage du médicament, afin de prévenir une récurrence. Comment agit la belladone? Il est rationnel de supposer qu'elle combat l'excitation ou le spasme de la vessie, qui semble, en effet, être parfois la cause de l'incontinence.

Traitement palliatif. — Lorsque l'incontinence persiste nonobstant les moyens rationnels ou empiriques employés contre elle, il faut que l'art intervienne pour rendre l'infirmité le moins incommode possible. Des moyens proposés en pareil cas ont pour but, les uns de recevoir l'urine à mesure qu'elle s'écoule, les autres de s'opposer à sa sortie. Le premier but est rempli à l'aide de vases allongés et aplatis, de cuir, de caoutchouc, de gutta-percha, que les malades portent constamment, et qu'on parvient facilement à dissimuler. L'application d'un appareil est difficile chez la femme; cependant on a pu quelquefois confectionner un urinal qui s'adaptait exactement contre l'orifice de l'urèthre. Lorsque cette ressource manque, on place à l'entrée du vagin quelques éponges que l'on renouvelle fréquemment.

On a proposé une foule d'instruments pour s'opposer à l'issue de l'urine. Ce sont des compresseurs de diverses formes, mais qui sont pour la plupart difficilement supportés. C'est donc une faible ressource, à laquelle d'ailleurs on ne doit recourir qu'avec une excessive prudence.

DIXIÈME CLASSE DE MALADIES

MALADIES SPÉCIALES A CERTAINS ORGANES OU A CERTAINS TISSUS

J'ai réuni dans cette dixième classe des maladies fort différentes, n'ayant entre elles aucun lien et que je n'ai pu ranger dans les classes précédentes. J'ai dû en agir ainsi afin de ne pas faire des rapprochements monstrueux et pour ne pas trancher d'inspiration des questions de nature qui sont encore insolubles. Cette classe de maladies devra être de moins en moins nombreuse et disparaître même un jour par les progrès de la science.

DES MALADIES SPÉCIALES AUX ORGANES DIGESTIFS

DE LA PREMIÈRE DENTITION ET DES ACCIDENTS QUI LA COMPLIQUENT

C'est du cinquième au douzième mois de la vie extra-utérine que les dents font effort pour sortir de leurs alvéoles. Le prurit des gencives est le premier phénomène indicateur de ce travail naturel. L'enfant, souvent inquiet et grognon, se calme lorsqu'on frictionne doucement le bord libre des gencives; ordinairement il presse lui-même fortement le doigt, et porte habituellement à sa bouche ses mains ou les corps étrangers qu'il peut saisir. Souvent la température de la bouche paraît augmentée; les joues sont plus colorées; une salive abondante, inodore, aqueuse, s'échappe presque continuellement et baigne le menton; le ventre est plus relâché que d'habitude. Le désir de têter est plus fréquent; les gencives, déjà plus rouges et comme carrées, sont circonscrites dans leur partie externe et supérieure par un rebord blanchâtre; quelquefois leur sommet présente quelques taches blanches qui ne sont que le reflet de la dent à travers la muqueuse amincie. Ce travail peut ne durer que quelques jours ou se prolonger pendant plusieurs semaines, ou même plusieurs mois. Enfin, les dents apparaissent; mais elles ne sortent pas toutes en même temps. Presque toujours ce sont les deux incisives médianes de la mâchoire inférieure qui se montrent les premières entre le sixième et le huitième mois; puis, à quelques semaines de là, les deux incisives correspondantes de la mâchoire supérieure percent à leur tour. Après un nouveau repos, aussi long que le premier, sortent les incisives externes des deux mâchoires; en général, celles d'en haut sortent avant les inférieures. Vers la fin de la première année, la première paire de petites molaires surgit, et le commencement de la seconde année est marqué par l'éruption des canines. Entre cette année et la troisième, la seconde paire de dents molaires fait sa sortie. Là se termine la première dentition, fournissant vingt dents, quelquefois moins, jamais plus; on les nomme *premières dents*, *dents de lait*, *dents temporaires*.

Tel est le tableau fidèle des phénomènes de la première dentition. Nous l'avons emprunté presque textuellement à J. Frank, qui reconnaît cependant que la na-

ture s'écarte souvent, par des combinaisons variées, de l'ordre d'éruption que nous venons d'indiquer, sans qu'il en résulte aucun inconvénient pour la santé. D'après un travail plein d'intérêt, dû à M. le professeur Trousseau, et qui est fondé sur l'analyse de 65 observations, l'évolution dentaire ne se ferait pas précisément suivant l'ordre tracé plus haut : ainsi, d'après cet auteur, on verrait 2 incisives médianes inférieures, de huit à dix mois ; 4 incisives supérieures, de huit à quinze mois ; 4 premières molaires et 2 incisives latérales, de douze à vingt mois ; 4 canines, de dix-huit à vingt-cinq mois ; 4 deuxièmes molaires, de vingt-quatre à trente mois. Mais, nous le répétons, ces variations n'ont pas grande importance. Pour terminer, nous dirons que vers l'âge de cinq ans apparaissent 4 grosses molaires, qui établissent une sorte de transition entre la première et la seconde dentition, et qui sont persistantes comme les dents de cette dernière.

La dentition est un phénomène physiologique qui, presque toujours, s'accomplit sans orage ; cependant, dans quelques cas, elle suscite divers accidents qui ont été distingués par les auteurs en locaux et en sympathiques.

1° *Accidents locaux*. — Les accidents locaux sont plus nombreux. Les principaux sont : 1° la tuméfaction de la gencive, qui est tendue, sèche, d'un rouge violacé, et très-douloureuse à la pression ; 2° des aphthes qui ne présentent rien de particulier ; 3° chez les enfants pauvres, la dentition laborieuse est devenue quelquefois déterminante de la gangrène de la bouche ; 4° enfin, on a vu, et Billard surtout en cite quelques exemples, une hémorrhagie légère se faire dans les alvéoles ou à la surface des gencives ; mais c'est là un cas excessivement rare.

2° *Accidents sympathiques*. — Ce sont les plus nombreux et les plus importants à connaître. L'accident le plus commun du travail de la dentition est un appareil fébrile continu ou erratique, qui n'offre d'ailleurs rien de spécial à noter : cependant, lorsqu'il est intense, il s'accompagne d'agitation ou d'un état de somnolence qui fait redouter quelque complication sérieuse.

Les troubles des organes digestifs sont extrêmement fréquents ; quelques enfants vomissent ; presque tous ont de la diarrhée. Celle-ci peut être légère ou avoir une gravité telle que les enfants peuvent mourir avec des symptômes cholériques. La diarrhée (celle du moins qui est modérée) a été regardée presque de tout temps comme une circonstance favorable, et il est peu de médecins qui, aujourd'hui encore, aient une opinion différente. Cependant M. Trousseau a conclu de ses récentes recherches que la diarrhée était toujours, dans les cas dont nous parlons, une circonstance défavorable, et qu'il fallait par conséquent se hâter de la supprimer, attendu que, lorsqu'elle se prolongeait, elle était suivie d'ulcérations intestinales. En outre, M. Trousseau a vu les convulsions éclater plus souvent chez les enfants atteints de diarrhée que chez les autres ; et, contrairement à ce qu'on a dit, il a toujours reconnu un grand avantage à la supprimer. Ce même auteur regarde cette diarrhée comme étant le plus souvent le résultat d'une indigestion.

Les troubles cérébraux sont les accidents les plus graves qui puissent survenir dans le cours de la dentition ; ils consistent en mouvements convulsifs, tels que nous les avons décrits en traitant de l'éclampsie. On a dit aussi qu'il se déclarait souvent des symptômes de congestion ; mais ce fait est plus rare qu'on ne le croit. On a encore accusé la dentition de produire l'hydrocéphale et la méningite tuberculeuse ; mais nous avons cité plus haut (page 511) les recherches de M. Piet, qui contredisent formellement cette opinion.

Pendant le travail de la première dentition, surtout s'il se fait paisiblement,

on remarque encore fréquemment diverses éruptions à la peau : on les nomme vulgairement des *feux de dents*. Ce sont des plaques rouges, érythémateuses, papuleuses, qui se montrent spécialement aux fesses, aux cuisses, aux parties génitales, quelquefois sur les joues, très-rarement sur d'autres parties du corps. Quelques enfants sont en outre pris d'ophtalmie, plus rarement de bronchite ou d'une petite toux convulsive, que Hunter compare à celle de la coqueluche. Cependant ces derniers accidents ne sont pas communs ; d'ailleurs on n'a pas encore suffisamment prouvé le rapport qui pouvait exister entre eux et la dentition, à laquelle beaucoup de personnes attribuent gratuitement presque toutes les maladies de la première enfance.

Il est impossible de tracer la marche que suivent les accidents variés que nous venons d'énumérer, car ils n'ont pas un cours bien déterminé ; cependant la plupart, du moins les plus graves, comme les convulsions, la diarrhée et la fièvre, se déclarent au plus fort de la maladie, et ne persistent guère que pendant quelques jours, mais ils sont sujets à récidiver. Il y a, en effet, beaucoup d'enfants chez lesquels l'éruption de chaque dent est marquée par la manifestation des mêmes symptômes ; quelquefois pourtant la sortie des premières dents est orageuse, tandis que celle des suivantes s'opère sans porter aucun trouble notable dans l'économie.

Nul doute que les accidents graves dont nous avons parlé, comme les convulsions et la diarrhée, n'emportent un grand nombre d'enfants ; mais on a exagéré lorsqu'on a fixé à la moitié (Berdmore) ou à un tiers (Plenck) le nombre d'enfants qui mouraient victimes d'une dentition difficile. La science, d'ailleurs, attend sur ce sujet des observations plus précises que celles qui ont été recueillies jusqu'à ce jour.

Traitement. — Pour favoriser la sortie des dents et pour prévenir l'explosion des accidents dont nous venons de parler, il faut placer les enfants dans de bonnes conditions hygiéniques ; on les préservera du froid et de l'humidité, et surtout on ne devra jamais les sevrer avant la sortie des premières dents qui sont les incisives. Cependant quelques auteurs ne veulent pas seulement que les enfants soient exclusivement nourris au sein pendant l'éruption des premières dents, mais encore ils s'opposent, avec Duvàl, à ce qu'on les sevre avant que toutes leurs dents de lait soient sorties. M. Trousseau ne consent lui-même au sevrage que lorsque les huit incisives et les quatre premières molaires sont percées, ce qui, comme on le voit, peut forcer à prolonger l'allaitement jusqu'à dix-huit ou vingt mois. Ce terme nous avait paru d'abord trop long ; mais l'expérience nous a prouvé depuis qu'il est prudent d'en agir ainsi. Il faut, en effet, avoir à sa disposition le lait de la nourrice pour pouvoir lutter contre les diarrhées que la dentition provoque et qui s'aggravent si souvent par toute autre alimentation.

Pour favoriser la sortie des dents, les uns ont conseillé, les autres ont blâmé l'usage des hochets faits avec des corps durs. Ceux qui les ont adoptés les emploient, les uns au début, les autres à la fin, lorsque la gencive est distendue et refoulée par la dent. Il est donc difficile de se former une opinion bien exacte ; cependant il nous a paru qu'au début, et quelquefois même pendant tout le cours de la dentition, les hochets durs étaient préférables ; les enfants les recherchent, et il est facile de voir qu'ils les pressent entre leurs mâchoires avec plaisir. Mais lorsque leurs gencives sont gonflées, douloureuses, lorsque la moindre pression exercée sur elles réveille des souffrances vives, il serait irrationnel d'introduire dans la bouche un corps dur quelconque ; on doit alors se borner à humecter les parties malades avec un mucilage de gomme,

avec du miel et du beurre frais. C'est à ces moyens et aux cataplasmes chauds, promenés sur les extrémités, qu'il faut se borner toutes les fois qu'il n'existe aucun phénomène sympathique grave; dans le cas contraire, on devrait en outre inciser ou même exciser la gencive, pour faire cesser l'étranglement. Cette opération, que quelques personnes ont eu le tort de blâmer, a amené quelquefois une véritable résurrection chez des enfants en proie à des convulsions violentes.

Les symptômes prédominants exigeront un traitement spécial : ainsi on cherchera à modérer la fièvre par l'usage des bains, en diminuant un peu l'alimentation, en faisant boire à l'enfant une boisson douce. Ces moyens conviennent aussi pour combattre les éruptions cutanées. Pour modérer la diarrhée, on donnera moins souvent à teter à l'enfant, on lui prescrira quelques préparations opiacées, ainsi que le sous-nitrate de bismuth. Enfin, contre les convulsions, on emploiera la série des moyens que nous avons précédemment fait connaître à l'article *Éclampsie*.

DE L'INDIGESTION

Avec Mérat, nous définirons l'*indigestion* un trouble subit et passager de la digestion.

Anatomie pathologique. — Le cadavre des sujets morts d'indigestion se putréfie ordinairement très-vite : les intestins sont distendus par des gaz; l'estomac, rouge ou violacé uniformément ou par places, contient une certaine quantité d'aliments; mais l'état anatomique de la muqueuse n'a pas encore été convenablement apprécié. Quelquefois encore on a constaté une stase sanguine dans le foie, dans les poumons et le cerveau; enfin on a vu parfois les bronches remplies de détritres d'aliments : ceux-ci ont pu y pénétrer pendant la vie dans l'acte du vomissement, mais leur présence est le plus communément un effet cadavérique et s'explique par un dégagement considérable de gaz dans les voies digestives qui entraînent les aliments dans l'œsophage, le pharynx, et peuvent les pousser dans le larynx entr'ouvert supérieurement jusque dans les anfractuosités des fosses nasales.

Symptômes. Marche. — L'indigestion se déclare communément peu d'heures après le repas. Les individus ressentent d'abord un sentiment de plénitude; ils sont dans l'anxiété, ils ont des éructations acides; ils rendent fréquemment par la bouche des gaz exhalant une odeur d'hydrogène sulfuré; quelques-uns ont du hoquet; ils se plaignent de céphalalgie, de malaise, d'oppression; enfin ils finissent souvent par vomir des aliments diversement altérés : cette évacuation spontanée, qui se fait ordinairement facilement, sans efforts, chez les enfants, est suivie d'un soulagement. Beaucoup ont, en outre, des coliques, des borborygmes; le ventre se météorise légèrement; des gaz fétides sont rendus par l'anus; enfin les malades sont pris d'envies impérieuses d'aller à la selle, et expulsent une grande quantité de matières muqueuses, bilieuses, mêlées à des résidus alimentaires encore imparfaitement digérés. Dans ces cas, l'indigestion est dite *complète*, c'est-à-dire que l'estomac et les intestins ont alors été atteints simultanément ou successivement; ici tous les aliments ont été expulsés. Quelquefois l'indigestion est incomplète, les troubles sont alors limités à l'estomac ou bien à l'intestin seulement; dans l'un et l'autre cas, les matières alimentaires peuvent n'être expulsées qu'en partie, ou bien les accidents vers le tube digestif se bornent à un peu de pesanteur épigastrique, à quelques nausées,

à quelques renvois acides ou gazeux; puis peu à peu les symptômes se calment, et les aliments conservés finissent par être digérés.

Cependant l'indigestion n'est pas toujours aussi simple. Chez quelques malades on voit apparaître des symptômes purement sympathiques, et qui souvent, par leur nombre et leur gravité, peuvent détourner l'attention de la cause qui les produit. Ainsi quelques malades ont des palpitations, un pouls irrégulier, ils sont pris de lipothymies, de syncope même; d'autres ont une céphalalgie vive, quelques-uns tombent dans un état de torpeur, de somnolence, de coma, qui donne l'idée d'une congestion apoplectique; chez les enfants, il n'est pas rare ainsi que nous l'avons dit, de voir se déclarer des accès d'éclampsie. C'est en raison de ces complications que l'indigestion peut quelquefois se terminer par a mort. Nous avons vu aussi que les malades pouvaient périr suffoqués, lorsque, pendant l'acte de vomissement, les matières pénétraient dans les voies aériennes, ainsi qu'il en existe plusieurs exemples dans les annales de la science. Dans la presque totalité des cas, l'indigestion a une durée courte; les fonctions digestives reviennent presque tout de suite à leur état physiologique. Quelques malades pourtant conservent pendant plusieurs jours de l'inappétence, une bouche empâtée, de la soif, et plus rarement un peu de diarrhée.

Diagnostic. — Par ses symptômes comme par sa marche, on voit combien l'indigestion diffère de la gastrite, de l'entérite ou d'un étranglement interne; elle pourrait plus facilement simuler un empoisonnement par une substance irritante ou caustique. Mais la violence des douleurs, la nature des vomissements, la saveur éprouvée par les malades, souvent aussi les vestiges que le poison a laissés sur les lèvres, dans la bouche et dans la gorge, enfin, dans les cas douteux, l'analyse des déjections et des matières vomies, éclaireront le médecin sur la cause des accidents. Nous ne reviendrons pas ici sur le diagnostic différentiel de l'indigestion d'avec le choléra européen, duquel nous avons appris à la distinguer dans le premier volume. Lorsque l'indigestion, ainsi que cela se remarque souvent chez les jeunes enfants, ne se révèle que par des troubles sympathiques, que par un accès d'éclampsie, par exemple, il peut être difficile d'arriver à la connaissance de la maladie. Cependant le médecin instruit ne manquera pas, en pareils cas, de s'informer auprès des parents de la santé habituelle de l'enfant, de ses habitudes, de son régime, des aliments qu'il a pris le jour même ainsi que la veille, il palpera l'épigastre pour savoir s'il est douloureux; il essayera, par la percussion, de limiter l'estomac et de déterminer s'il est distendu par les aliments. Dans ce cas, on trouvera de la matité à la partie supérieure du ventre, et l'on pourra la faire varier plus ou moins de place en inclinant alternativement le malade sur l'un et sur l'autre côté.

Pronostic. — En général, l'indigestion n'offre aucune gravité; cependant nous avons vu que, chez les enfants comme chez les adultes, elle pouvait devenir funeste en excitant le développement d'accidents cérébraux. Toutes choses égales d'ailleurs, l'indigestion est plus fâcheuse chez les individus atteints de quelque lésion des voies digestives, et généralement chez toutes les personnes encore malades ou à peine convalescentes. Chez les premières, l'affection est toujours exaspérée; chez les secondes, il a y souvent rechute, ou bien l'indigestion devient la cause déterminante d'accidents nouveaux.

Étiologie. — L'indigestion peut être excitée par une foule de causes : c'est un accident fréquent chez les grands mangeurs, chez les individus qui surchargent l'estomac d'une grande quantité d'aliments, et surtout d'aliments peu digestibles, ou qui ingèrent des substances pour lesquelles l'estomac ou l'intestin

a une répugnance invincible; ces antipathies idiosyncrasiques sont communes et portent sur les aliments les plus variés. On observe souvent encore une indigestion chez ceux qui mangent sans besoin et à contre-cœur, chez ceux qui mangent gloutonnement, qui avalent sans mâcher, et par conséquent aussi chez ceux qui, privés de dents, avalent les aliments qui n'ont pas subi une trituration et une insalivation convenables. L'indigestion peut être produite lorsque, peu après le repas et au moment où la digestion s'opère, les individus mangent de nouveau ou ingèrent une boisson froide; lorsqu'ils impriment à leur corps certains mouvements, comme dans le jeu de l'escarpolette; lorsqu'ils ont une émotion morale vive, lorsqu'ils éprouvent une douleur violente, ou lorsque débute subitement une maladie aiguë. L'indigestion est commune encore chez ceux qui, tout de suite après avoir mangé, se livrent à un travail intellectuel ou manuel trop longtemps soutenu, à un violent exercice, ou bien s'ils se plongent dans un bain, s'ils subissent une perte de sang un peu considérable. Il est presque inutile de faire observer que les liquides, comme les boissons, provoquent les indigestions; les enfants qui têtent, les ivrognes, ceux qui, dans les chaleurs de l'été, ingurgitent de grandes quantités de liquide, fournissent de fréquents exemples de l'espèce d'indigestion dont je parle en ce moment.

Traitement. — Lorsque l'indigestion commence, lorsqu'il n'y a encore que de la gêne à l'épigastre, des renvois et un dégagement de gaz, on parvient quelquefois à conjurer les accidents en faisant prendre au malade une tasse d'une infusion aromatique, comme tilleul, feuille d'oranger, thé, camomille, café, ou bien une petite quantité de liqueur spiritueuse. Lorsque l'indigestion est complète, on favorisera les vomissements en faisant boire quelques verrées d'eau tiède ou en titillant la lueite. Si l'anxiété était grande, et si malgré les nausées, les vomissements ne s'effectuaient pas, on devrait les provoquer par l'administration d'un décigramme d'émétique ou d'un gramme d'ipécacuanha. Si des coliques surviennent, si la diarrhée s'établit, on soumettra le malade à l'usage des délayants; on lui conseillera quelques lavements émoullients, des cataplasmes sur le ventre et l'abstinence, jusqu'à ce que les accidents aient cessé; s'ils se prolongent, on administrera quelques petites doses d'opium par la bouche ou en lavement. On n'est pas tout à fait d'accord sur ce qu'il convient de faire lorsque l'indigestion s'accompagne de congestion cérébrale: les uns, en effet, veulent qu'on saigne, d'autres donnent l'émétique d'emblée. C'est à cette pratique que nous donnons la préférence, et nous en avons dit les raisons dans le volume précédent, en traitant de l'apoplexie cérébrale. Le rejet des matières contenues dans l'estomac fait en effet cesser ordinairement les symptômes cérébraux: cependant, si ceux-ci persistaient après que l'indication évacuante n'existe plus, on devrait chercher à désemplir les vaisseaux crâniens par la saignée et par les révulsifs. Ce n'est donc que dans des cas exceptionnels que les émissions sanguines conviennent; vouloir en généraliser l'emploi comme l'a fait autrefois M. Chauffard, c'est s'exposer à des accidents fâcheux. On a dit que, dans ces cas de congestion, on parvenait quelquefois difficilement à faire vomir les malades. S'il en était ainsi, et si la gravité de l'état général faisait craindre une terminaison promptement funeste, on devrait recourir à l'emploi de la pompe gastrique, moyen répandu en Angleterre, mais à peu près inusité chez nous.

La prophylaxie de l'indigestion découle naturellement de la connaissance des causes que j'ai énumérées précédemment.

DE L'EMBARRAS GASTRIQUE

Ne sachant pas encore quel est l'état qui caractérise anatomiquement l'embarras gastrique, nous ne pouvons définir cette maladie que par l'énumération de ses principaux symptômes. Nous dirons donc que l'embarras gastrique est une affection ordinairement apyrétique, caractérisée par l'enduit blanc ou jaunâtre de la langue, par l'amertume de la bouche, par l'inappétence, par des envies de vomir, par une céphalalgie sus-orbitaire, et par un état de malaise et d'accablement considérable.

Historique. — L'embarras gastrique est une affection extrêmement commune dans tous les climats. Il a été assez bien caractérisé dans ses principaux symptômes par Hippocrate, qui avait de plus parfaitement indiqué le traitement qui lui convient. Mais Rufus d'Ephèse peut être considéré comme ayant, parmi les anciens, tracé le tableau le plus exact de la maladie, qui, sous le nom d'état *saburral*, d'*embarras muqueux*, de *turgescence de la bile*, etc., a été, jusqu'au règne de la doctrine physiologique, une affection parfaitement définie, et surtout convenablement traitée. Broussais, renversant pour un instant ce que l'autorité des siècles avait si bien établi, voulut faire de l'embarras gastrique une forme de phlegmasie de l'estomac, et lui opposa les antiphlogistiques; mais son innovation malheureuse n'a pas eu longtemps faveur: aujourd'hui tous les médecins instruits l'ont définitivement abandonnée et sont revenus à peu près aux anciennes idées; on ne lira pas sans intérêt un travail excellent sur cette maladie, dû à Martin-Solon, et inséré dans la *Gazette médicale* de 1836.

Symptômes. — L'embarras gastrique débute tantôt lentement et tantôt assez rapidement. Les individus qui en sont affectés éprouvent de l'inappétence, et même du dégoût pour les aliments, surtout pour les substances animales et les matières grasses. La soif est variable; il n'y a de désir que pour les boissons acidulées; les malades ont de temps en temps des renvois amers ou acides; ils ont de fréquentes envies de vomir, et des vomissements qui presque toujours les soulagent; ils se plaignent d'une saveur amère, et trouvent ce goût à tous les aliments, ainsi qu'aux boissons qu'ils prennent. Leur haleine est fétide, et leur bouche exhale une odeur nauséabonde toute spéciale et caractéristique. La langue est large, humide, recouverte, surtout à sa base, d'un enduit épais, jaunâtre, qui tapisse également les dents, et souvent aussi, mais plus faiblement, les gencives et la muqueuse buccale. Chez beaucoup d'individus, l'arrière-gorge est le siège d'une sensation incommode, qui excite à des efforts continuels de crachotement et d'expuition. Beaucoup ont de la pesanteur à l'épigastre, et même une véritable douleur que la pression exaspère; d'autres accusent surtout un état de gêne, d'oppression, de constriction sternale. Il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée. Celle-ci s'accompagne, en général, de quelques coliques. L'urine est rare rouge limoneuse, et souvent, en y projetant quelques gouttes d'acide nitrique, on détermine une coloration verdâtre produite par la précipitation de la matière colorante de la bile, ainsi que Martin-Solon l'a établi. La figure des malades présente communément alors une suffusion jaunâtre, qui est surtout marquée au pourtour des lèvres et des ailes du nez, ainsi qu'aux conjonctives; les individus sont, en un mot, très-légèrement icteriques; le teint, dans son ensemble, est d'une lividité particulière; la tête est lourde, pesante; presque tous les malades accusent une céphalalgie sus-orbitaire. Le pouls est mou, sans fréquence; il n'y a nulle chaleur à la