

ment aux néoplasmes *dépourvus d'adhérences* et aux rétrécissements cicatriciels ;

2° La *gastro-entérostomie*, ou abouchement de l'estomac avec une anse d'intestin grêle de façon que le chyme n'ait plus à passer par le pylore : elle est indiquée dans les rétrécissements cicatriciels ou cancéreux, avec adhérences étendues ; dans le cas de cancer elle ne constitue qu'une opération palliative qui n'empêche pas l'évolution ultérieure de la tumeur et de la cachexie, mais qui fait cesser les vomissements, l'inanition et les pénibles symptômes de rétention ;

3° La *pyloroplastie* ou opération de HEINEKE-MIKULICZ indiquée seulement dans les rétrécissements cicatriciels : elle consiste à pratiquer sur le pylore une incision longitudinale dont on suture les bords de telle façon qu'elle forme une ligne transversale. Le pylore se trouve ainsi reconstitué et élargi.

ARTICLE X

DILATATION DE L'ESTOMAC

La dilatation de l'estomac nous est surtout bien connue depuis les travaux de BOUCHARD.

1° **Étiologie.** — La dilatation de l'estomac relève de deux séries de causes :

a. *Obstacle au passage du chyme* de l'estomac dans le duodénum : il est réalisé par le spasme, le cancer, l'hypertrophie ou le rétrécissement cicatriciel du pylore, la coudure ou l'étranglement du duodénum.

b. *Affaiblissement de la motricité gastrique*, qu'il relève d'altérations organiques des fibres musculaires lisses, sous l'influence de la gastrite chronique ou d'une gastrite aiguë antérieure (fièvre typhoïde) ou qu'il relève d'une innervation défectueuse (neuralgie). Ces causes sont d'ailleurs susceptibles de se combiner.

2° **Anatomie pathologique.** — L'autopsie montre en général

de la dégénérescence des fibres musculaires ; quand à la muqueuse elle présente souvent, mais non toujours, les lésions décrites à propos de la gastrite chronique (voy. p. 459).

3° **Symptômes.** — Les symptômes de la dilatation de l'estomac se distinguent en physiques et fonctionnels.

A. **SIGNES PHYSIQUES.** — A la simple *inspection* on note déjà du ballonnement abdominal et épigastrique et souvent des mouvements péristaltiques.

La *percussion* fait constater une augmentation de la sonorité, qui remonte dans l'hypocondre gauche et descend dans la direction du pubis ; il est quelquefois très difficile de la distinguer du tympanisme intestinal, et cette limite inférieure est très délicate à préciser.

La *succussion* pratiquée en secouant le malade saisi à bras le corps, ou en donnant avec la main de petits coups sur la région de l'estomac, produit le *bruit de clapotage*. Ce clapotage gastrique n'a de valeur que constaté à jeun : il indique surtout la rétention.

La *distension* de l'estomac soit par insufflation au moyen d'une sonde, soit en faisant successivement ingérer au malade un paquet d'acide tartrique et un paquet de bicarbonate de soude, de façon à produire un dégagement gazeux, permet bien d'apprécier la dilatation et de préciser sa limite inférieure.

La *gastrodiaphanie*, exceptionnellement employée, peut donner aussi de bons renseignements.

Le *cathétérisme* pratiqué à jeun ramène du liquide et des débris alimentaires qui indiquent qu'il y a rétention.

Enfin l'épreuve de l'huile ou du salol indique le ralentissement de la motilité gastrique.

B. **SYMPTÔMES FONCTIONNELS.** — Les principaux sont les troubles de la digestion, les vomissements et la diminution des urines ; mais la symptomatologie varie suivant divers types cliniques.

Les *dilatations de cause mécanique*, dues à un rétrécissement organique du pylore, sont les plus considérables ; c'est dans de pareils cas qu'on voit l'estomac descendre jusqu'au pubis. Les

vomissements sont peu fréquents; ils ne se répètent que tous les trois ou quatre jours, mais ils sont très abondants atteignant plusieurs litres et contenant des débris d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Ces dilatations s'accompagnent de symptômes d'inanition et de cachexie intense. L'autopsie montre des altérations profondes des tuniques stomacales : désintégration granuleuse de fibres musculaires, dégénérescence des plexus d'Auerbach et de Meissner (JÜRGENS).

Les dilatations de cause nerveuse revêtent soit la forme douloureuse, soit la forme flatulente, soit la forme latente (BOUCHARD); dans ce dernier cas, des troubles multiples concourent plutôt à égarer le diagnostic qu'à appeler l'attention du côté de l'estomac; ce sont surtout des troubles nerveux (étourdissements, céphalalgie, vertiges, migraines, crampes, tétanie, paralysies transitoires, etc.), de la tachycardie, des intermittences cardiaques ou de la dyspnée nerveuse suivant le mécanisme invoqué par POTAIN, de l'albuminurie, des nodosités aux deuxièmes phalanges des doigts (*nodosités de BOUCHARD*, etc.). Le rachitisme et la tuberculose seraient souvent le résultat de la dilatation gastrique qui jouerait aussi un grand rôle dans la genèse des maladies mentales. — L'interprétation de ces phénomènes n'est pas univoque : pour BOUCHARD la dilatation de l'estomac est le fait primitif et tous ces troubles nerveux en sont la conséquence; pour CHARCOT c'est la neurasthénie qui est le fait primitif et la dilatation gastrique ne fait qu'en résulter; cette interprétation ne peut évidemment s'appliquer qu'aux dilatations de cause nerveuse.

4° Diagnostic. — Par l'exploration méthodique de l'estomac (voy. p. 439) on reconnaît s'il est dilaté : on reconnaît aussi s'il existe un obstacle dans la région du pylore.

On peut confondre avec l'estomac dilaté (BOUVERET) :

1° L'estomac naturellement grand; *il se vide en temps voulu*;

2° L'estomac atone; il ne contient pas à jeun de résidus alimentaires et ne donne pas de bruit de clapotage (voy. *Dyspepsie atonique*);

3° L'estomac disloqué verticalement;

4° L'entéroptose ou maladie de GLÉNARD qui s'accompagne de beaucoup des symptômes généraux et fonctionnels de la dilatation gastrique, habituelle d'ailleurs en pareils cas. L'abdomen est flaccide, déformé : sa région sous-ombilicale est saillante, sa région sus-ombilicale aplatie. La sonorité intestinale est diminuée. La palpation de l'abdomen fait sentir, comme une corde roulant sous la main, l'intestin rétracté (corde colique transverse répondant au colon, cordon sigmoïdal répondant à l'S iliaque, boudin cæcal). L'épigastre est soulevé par des battements artériels. Le foie et le rein droit sont abaissés. Enfin l'estomac participe à cette *ptose* générale des viscères : sa petite courbure descend jusqu'à l'ombilic et on obtient facilement le bruit de clapotage gastrique : il est atone ou dilaté en même temps qu'abaissé. La constipation est habituelle, la marche et la station debout s'accompagnent de tiraillements pénibles. Tous ces troubles sont supprimés ou très améliorés par la sangle hypogastrique de GLÉNARD qui comprime et soutient les organes abdominaux.

5° Pronostic. — Le pronostic est commandé par la cause de la dilatation et par l'ancienneté de l'affection.

6° Traitement. — En cas de rétention il faut évacuer par des lavages le contenu de l'estomac pour éviter des fermentations toxiques; le naphтол et les autres antiseptiques gastro-intestinaux rempliront le même but. Les courants continus, les préparations de noix vomique sont indiqués pour exciter la contractilité gastrique. Il faut enfin diminuer la quantité des boissons et des aliments, lutter contre la constipation et traiter directement les troubles nerveux lorsqu'ils sont primitifs.

ARTICLE XI

DYSPEPSIES

La dyspepsie est au sens étymologique ($\delta\upsilon$, mal; $\pi\acute{\epsilon}\psi\iota\varsigma$, digestion) une digestion défectueuse, un trouble de la digestion; mais

peu à peu on en est venu à désigner sous ce terme tous les troubles gastriques que n'explique pas une lésion anatomique grossière. Son domaine se restreint de plus en plus, car les recherches histologiques de HAYEM ont montré qu'il y avait des lésions anatomiques dans la plupart des cas où on ne croyait qu'à un trouble fonctionnel, qu'on ne se trouvait pas en présence d'une dyspepsie, mais d'une variété de gastrite chronique.

D'autre part, l'étude du chimisme stomacal a jeté une grande lumière sur les dyspepsies; on a ainsi vu que l'excès ou le défaut de principes actifs de la sécrétion gastrique (acide chlorhydrique et pepsine) était un facteur essentiel. Toutefois la dyspepsie ne se résume pas dans les troubles de la sécrétion gastrique; il y a aussi à envisager des troubles moteurs et des troubles sensitifs. Ces trois catégories de troubles peuvent exister isolément ou se combiner, multipliant ainsi les formes de dyspepsies.

Je vais les étudier successivement suivant leurs caractères et suivant leurs causes.

§ 1. — DYSPEPSIES ÉTUDIÉES SUIVANT LEURS CARACTÈRES (PRINCIPALES FORMES DE DYSPEPSIES)

On peut décrire un certain nombre de formes suivant que ce sont des troubles sécrétoires, moteurs ou sensitifs qui prédominent; mais il ne faut pas oublier qu'ils peuvent se combiner.

La *dyspepsie avec hyperchlorhydrie* se caractérise par un accès gastralgique survenant trois heures environ après les principaux repas; il est accompagné de régurgitations acides ou *pyrosis* qui agacent les dents et qui produisent une sensation de brûlure le long de l'œsophage et du pharynx. L'ingestion de liquides qui diluent le suc gastrique, ou d'alcalins qui le neutralisent, soulage les douleurs et met fin à l'accès. — La digestion se fait rapidement. L'appétit est conservé ou même exagéré. L'examen du chimisme stomacal montre que le liquide recueilli après un repas d'épreuves est plus acide que normalement; la pepsine est augmentée de même que l'acide chlorhydrique libre et combiné.

Une autre forme de dyspepsie avec hyperchlorhydrie est celle désignée sous le nom de *maladie de Reichmann*; elle rappelle beaucoup la précédente par sa symptomatologie, toutefois la crise gastralgique survient avec prédilection quelques heures après le repas du soir: elle est donc nocturne et, de plus, excessivement violente. Elle se termine par des vomissements copieux, *très acides*, et se prolonge fort avant dans la nuit si ces vomissements ne surviennent pas. Ces caractères sont donc, à un degré d'intensité plus considérable, ceux de l'hyperchlorhydrie simple; mais de plus l'état général s'altère, les forces déclinent, les malades maigrissent, l'estomac se dilate, il se vide mal, il sécrète un suc gastrique acide dans l'intervalle des digestions: il y a donc hyperchlorhydrie avec rétention et hypersécrétion continue.

La *dyspepsie avec hypochlorhydrie* n'est généralement pas douloureuse. Elle est caractérisée par l'anorexie, par la lenteur des digestions, par une sensation de pesanteur au creux épigastrique; il y a parfois des régurgitations acides, mais elles n'agacent pas les dents, elles sont dues aux acides lactique et butyrique résultant des fermentations que n'entrave plus comme à l'état normal la présence de l'acide chlorhydrique; pour la même raison, les vomissements exhalent souvent une odeur de beurre rance et les éructations sont plus ou moins fétides. L'estomac est distendu par les gaz. Le chimisme stomacal, après un repas d'épreuve, et les digestions artificielles montrent une diminution de l'acide chlorhydrique et du pouvoir digestif du suc gastrique.

La *dyspepsie avec atonie* se rapproche beaucoup de la précédente quant à ses symptômes: appétit incertain, tension et plénitude au niveau de la région épigastrique pendant les digestions, lenteur de celles-ci, éructations gazeuses, régurgitations, indigestion et vomissements à l'occasion du moindre excès ou seulement d'un repas un peu copieux, absence de douleurs. L'estomac se vide bien dans l'intervalle des repas; il n'y a pas de rétention gastrique.

La *dyspepsie avec dilatation* se distingue précisément de la précédente en ce que l'estomac se vide mal; à jeun il renferme

encore des résidus alimentaires et des liquides et on perçoit facilement le bruit de clapotage. — La dilatation coexiste fréquemment avec des troubles de la sécrétion gastrique : hypochlorhydrie, hyperchlorhydrie, hypersécrétion qui lui donnent une symptomatologie très variée : les signes physiques seuls sont invariables.

La *dyspepsie flatulente* est caractérisée, outre les autres symptômes de digestion difficile, par un abondant développement de gaz ; l'estomac et l'intestin se laissent distendre par la pneumatose. Ce ballonnement, très pénible, cesse après de nombreuses éructations.

La *dyspepsie douloureuse* n'est pas forcément liée à l'excès d'acide chlorhydrique, bien que l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion s'accompagnent d'accès gastralgique pendant la digestion. On l'observe aussi chez beaucoup de névropathes, notamment chez les hystériques¹. Elle est caractérisée par des crampes ou par des douleurs vives, parfois avec traits tirés et facies angoissé. Une de ses formes particulières est l'*hyperesthésie de la muqueuse* gastrique, fréquente dans les affections nerveuses et chez les chlorotiques, consistant en une douleur qui succède immédiatement à l'ingestion des aliments.

§ 2. — DYSPEPSIES ÉTUDIÉES SUIVANT LEURS CAUSES

Les types que je viens de décrire suivant la prédominance de tel ou tel symptôme sont susceptibles de rester isolés, mais il arrive fréquemment qu'ils se combinent et qu'on reconnaît la mise en jeu d'un élément sécrétoire, sensitif et moteur. Ainsi :

La *dyspepsie des cardiaques* est caractérisée par l'atonie de la tunique musculaire et par la diminution ou même la disparition de l'acide chlorhydrique ; ses symptômes sont ceux du catarrhe gastrique, avec palpitation et oppression considérable pendant la digestion.

¹ Il ne faut pas oublier qu'elle peut être aussi symptomatique d'une ulcération gastrique, d'un cancer ou d'un ulcère.

La *dyspepsie des urinaires et des brightiques* s'accuse avant tout par l'anorexie, par la sécheresse de la bouche, par l'état saburral ou la rougeur de la langue, par l'hypo-pepsie. Les vomissements ne sont pas rares ; dans l'urémie ils contiennent de l'urée et du carbonate d'ammoniaque.

La *dyspepsie des alcooliques* répond aux symptômes de la gastrique chronique ou catarrhe de l'estomac (s'y reporter).

La *dyspepsie des gouteux* précède souvent les accès, mais peut aussi exister dans leur intervalle ; on la voit s'accompagner de congestion du foie, de poussées eczémateuses, d'hémorroïdes. Pendant les digestions le ventre est ballonné ; il se produit des bouffées congestives à la face, avec tendance au sommeil, lourdeur de tête, vertiges et inaptitude au travail.

La *dyspepsie des cirrhotiques* s'accuse surtout par l'anorexie, par des symptômes d'hypo-pepsie et d'atonie.

La *dyspepsie des tuberculeux* est excessivement fréquente. Elle est longuement décrite à l'article *phthisie*.

La *dyspepsie des chlorotiques* se distingue par l'irrégularité et les perversions de l'appétit. L'état de la sécrétion gastrique est très variable : tantôt elle est normale, tantôt diminuée, tantôt exagérée, toutefois l'hyper-pepsie domine (HAYEM). La gastralgie et l'hyperesthésie de la muqueuse sont très fréquentes.

La *dyspepsie nerveuse* est encore plus variée dans ses modalités. La forme la plus fréquente, surtout chez les neurasthéniques, consiste dans une faiblesse *irritable* de l'appareil gastrique. L'appétit est incertain, irrégulier ; une demi-heure après le repas survient un malaise vague avec congestion de la face, somnolence, légers vertiges. La digestion se fait lentement, avec quelques renvois aigres. La constipation est habituelle. Ce sont en somme des symptômes d'atonie gastro-intestinale. La dyspepsie flatulente s'observe aussi assez fréquemment. La *dyspepsie douloureuse* est plus rare, mais beaucoup plus grave : la gastralgie, l'hyperesthésie gastrique, l'hyperchlorhydrie, sont ses principales manifestations ; enfin elle se montre quelquefois sous la forme de *crises* douloureuses où l'élément moteur et l'élément sécrétoire

ont leur place à côté de l'élément nerveux; c'est la gastroxynsis de ROSSBACH, gastroxie de LÉPINE, que je décris à l'article *crises gastriques*.

§ 3. — SYMPTÔMES COMMUNS AUX DIVERSES DYSPEPSIES

La plupart des dyspepsies, du moins à un certain degré, retentissent sur la totalité de l'organisme : elles sont une *cause d'inanition*, car elles nuisent à l'absorption et à la digestion gastriques; elles sont une *cause d'intoxication*; enfin la souffrance de l'estomac est une *cause de troubles réflexes* portant sur les divers organes. Aussi les dyspepsies s'accompagnent-elles de vertiges, d'irritabilité vague, de migraine, de dipopie, de tachycardie, de fausse angine de poitrine, de palpitations, de dilatation du cœur droit (POTAIN), de toux quinteuse, d'accès d'asthme. La tétanie ne s'observe pas uniquement dans l'hypersecretion, mais vient compliquer d'autres dyspepsies. Le coma (BOURCHARD, SENATOR, JACKSCH) traduit une profonde intoxication de l'organisme.

La nutrition est troublée, ainsi qu'en témoignent l'amaigrissement fréquent et les modifications des urines dans les dyspepsies graves : leur quantité est diminuée, leurs chlorures également en cas d'hyperpepsie. Le chiffre de l'urée s'abaisse s'il y a des vomissements fréquents; des peptones, l'acétone, l'acide diacétique font quelquefois leur apparition dans l'urine.

Enfin le paragraphe précédent a énuméré quelques-unes des parentés morbides des dyspepsies.

§ 4. — TRAITEMENT

Il doit s'adresser : 1° aux éléments prédominants de chaque dyspepsie; 2° à la cause de chacune d'elles.

Le traitement et le régime applicables aux troubles de la sécrétion sont exposés ailleurs en détail (voy. p. 451).

L'anorexie et l'atonie sont justiciables des amers (colombo,

gentiane) et de la strychnine; la gastralgie, de l'opium, de la morphine, de la cocaïne, de l'eau chloroformée (voy. p. 492).

ARTICLE XII

DE LA GASTRALGIE

La gastralgie ou douleur de l'estomac est un des plus importants symptômes des affections gastriques; mais peut aussi exister indépendamment d'elles.

1° Description. — La gastralgie n'est généralement pas continue: elle procède par accès ou paroxysmes. Elle consiste dans une douleur quelquefois précédée de nausées ou de salivation, occupant l'*épigastre* et accessoirement l'hypocondre gauche, s'irradiant dans le dos, derrière le sternum, vers l'abdomen ou la base de la poitrine. Elle est très variable comme caractère et comme intensité : lorsqu'elle est très vive les malades fléchissent le tronc et les cuisses, leurs traits expriment l'angoisse, le pouls se ralentit, il y a tendance à la syncope.

Après une durée variant de quelques minutes à quelques heures, l'accès cesse tantôt brusquement, tantôt progressivement. Il n'est pas rare qu'il se termine par un vomissement. Certaines gastralgies sont provoquées par l'ingestion des aliments; d'autres sont calmées par la même cause. Ce sont là autant d'éléments de diagnostic sur lesquels nous reviendrons. Un accès gastralgique intense laisse après lui une vive courbature, un besoin d'assoupissement; il est souvent suivi de l'émission d'urines claires et abondantes (urines nerveuses).

2° Étiologie. — Quant à ses causes, la gastralgie peut être nerveuse, réflexe, dyscrasique, alimentaire ou symptomatique d'une affection de l'estomac.

a. *Gastralgie nerveuse.* — Dans cette catégorie rentrent le tabes, les myélites, la compression du sympathique abdominal, l'hystérie, la neurasthénie. J'y rattache les crises gastriques

dites essentielles (gastroxie de LÉPINE, vomissement périodique de LEYDEN) (voy. *Crises gastriques*, p. 502).

b. *Gastralgie réflexe*. — Le rein mobile est sa principale cause: des lésions des organes génitaux (salpingite, ovarite, varicocele) et l'helminthiase intestinale peuvent aussi la provoquer.

c. *Gastralgie dyscrasique*. — C'est celle qui dérive des altérations du sang, des intoxications ou des maladies de la nutrition dans leur acception la plus large: gastralgie des anémiques, des chlorotiques, gastralgie tabagique, gastralgie des goutteux, etc.

d. *Gastralgie alimentaire*. — L'abus de la glace, de l'alcool, du thé, des épices, de certains médicaments tels que le mercure, l'iode de potassium, le fer, les balsamiques, la quinine sont ses principales causes.

e. *Gastralgie symptomatique d'une affection de l'estomac*. — A peu près toutes les affections de l'estomac sont susceptibles de s'accompagner de gastralgie; mais de préférence l'hyperchlorhydrie, l'hypersecretion, l'ulcère, les ulcérations gastriques et certaines formes de cancer.

3° Diagnostic. — Il faut éviter de confondre la gastralgie avec la plupart des douleurs viscérales; il faut ensuite remonter à sa cause.

a. *Diagnostic différentiel*. — La gastralgie peut être confondue:

1° Avec la *colique hépatique*; dans ce cas cependant la douleur est localisée plus à droite et s'irradie souvent vers l'épaule droite: elle est provoquée par une pression localisée au bord inférieur du foie; en dehors du muscle grand droit de l'abdomen; on peut même percevoir en ce point une masse arrondie qui est la vésicule distendue. La fièvre est loin d'être exceptionnelle. L'ictère, de même que la présence de calculs dans les selles, lèverait tous les doutes, mais il est inconstant, il manque tant que le canal cystique est seul intéressé.

2° Avec la *névralgie intercostale* qui se reconnaît à ses points douloureux (voy. p. 272).

3° Avec l'*hyperesthésie de la muqueuse gastrique* (BOUVERET): celle-ci consiste dans les douleurs provoquées par l'ingestion

des aliments et manquant toujours à jeun, caractère qui ne s'observe guère dans la gastralgie si ce n'est dans celle de l'ulcère.

b. *Diagnostic causal*. — La *gastralgie nerveuse* se reconnaît aux stigmates du tabes (voy. *Crises gastriques*) de l'hystérie ou de la neurasthénie.

La *gastralgie réflexe* ne peut guère être diagnostiquée que par l'examen attentif des organes génito-urinaires.

Les *gastralgies toxiques* ou alimentaires ne sont reconnues que par l'interrogatoire du malade. Parmi les *gastralgies dyscrasiques* une des plus intéressantes est la gastralgie goutteuse; assez souvent chronique elle se présente parfois sous forme d'accès formidables qui ont reçu le nom de *goutte remontée*. Ils sont caractérisés par une violente douleur épigastrique avec angoisse, nausées, pyrosis, ballonnement, vomissements et s'accompagnent d'un état général grave: collapsus, pouls filiforme, algidité. Ils reconnaissent pour cause l'irritation de la muqueuse gastrique par l'acide urique en excès. Comme ils coïncident avec un accès de goutte ou lui *succèdent*, il est en général facile de les diagnostiquer.

La *gastralgie symptomatique* des affections de l'estomac est la plus commune et ses caractères sont variables avec chacune d'elles. La *gastralgie de l'ulcère* est caractérisée par son intensité et sa ténacité, par sa localisation, par ses points douloureux épigastrique et dorsal, par son réveil sous l'influence des aliments, surtout des aliments acides: les hématémèses ne permettent plus de doute. La *gastralgie de l'hyperchlorhydrie* survient trois ou quatre heures après chaque repas; elle s'accompagne de régurgitations acides et se termine quelquefois par un vomissement acide; elle est calmée par les alcalins et par l'ingestion des aliments, surtout des aliments riches en albuminoïdes; elle ne persiste pas à jeun et la pression ne la réveille pas, le chimisme stomacal montre de l'hyperacidité du suc gastrique pendant la digestion. La gastralgie de la *maladie de Reichmann* se présente principalement sous la forme d'un grand accès nocturne survenant quatre ou cinq heures après le repas du soir et terminé par un abondant vomissement acide. Le chimisme stomacal montre qu'il y a de l'hyperchlorhydrie, et de l'hyperse-

crétion en dehors des périodes digestives. La gastralgie du *rétrécissement du pylore* ne manque presque jamais; elle survient quelques heures après les repas, au moment où le chyme essaie de franchir l'obstacle; la dilatation de l'estomac souvent considérable, les contractions péristaltiques de l'estomac visibles à travers la peau, les vomissements abondants facilitent le diagnostic. La gastralgie du *cancer* existe même lorsqu'il n'occupe pas le pylore: elle est presque continue, mais avec exacerbations; il est plus rare qu'elle revienne sous forme de paroxysmes, durant plusieurs jours, et accompagnés d'intolérance gastrique. L'anorexie, la cachexie, l'anachlorhydrie, la tumeur sont les principaux éléments du diagnostic; on les complétera par la recherche de tous les signes du cancer.

4° Traitement. — Le traitement *symptomatique* comprend de nombreux moyens: chlorhydrate de morphine (0^{sr},01) en injection sous-cutanée, chlorhydrate de cocaïne (6 à 8 cuillerées d'une solution à 1/1000), eau chloroformée, sulfate d'atropine (1/4 de milligramme à 1 milligramme par jour en solution), applications chaudes sur la région épigastrique. — Le traitement *causal* est fort compliqué: celui de la gastrique toxique, alimentaire ou réflexe n'a pas besoin d'être exposé. La gastralgie des anémiques est justiciable du fer, bien qu'il provoque lui-même des douleurs gastriques; on peut d'ailleurs le donner en injections (1 cent. cube de solution de citrate de fer à 5 p. 100). Contre la gastralgie nerveuse, bromure de potassium, antipyrine (2-4 grammes), pyramidon 0^{sr}25-0^{sr},50). La gastralgie symptomatique des affections de l'estomac relève du traitement propre à chacune d'elles.

ARTICLE XIII

CRISES GASTRIQUES

On désigne sous ce nom des *paroxysmes douloureux* remarquables par leur début inopiné, leur cessation brusque, et l'intégrité des fonctions digestives dans leur intervalle.

Nous étudierons successivement les crises gastriques du *tabes*, celles des maladies organiques du système nerveux, et enfin celles des maladies inorganiques.

1° Crises gastriques du tabes. — La crise gastrique du *tabes* débute *brusquement* par une douleur ardente au creux épigastrique, et par des vomissements d'abord bilieux puis acides. Au début, cette acidité est excessive, mais la proportion d'acide chlorhydrique ne tarde pas à diminuer dans la plupart des cas (VOX NORDEN) et le liquide aqueux rendu en abondance contient une forte proportion de mucus. Il y a une véritable intolérance gastrique, ne permettant l'ingestion ni d'aliments, ni de boissons. La pression de la région épigastrique est très douloureuse, les muscles abdominaux sont contracturés. La répétition constante des vomissements s'accompagne d'une dépression considérable pouvant aller jusqu'au collapsus et à la lipothymie. Les urines sont rares. La mort subite a été observée dans quelques cas exceptionnels. — Au bout de plusieurs heures, généralement au bout de deux ou trois jours, les douleurs et les vomissements cessent *tout d'un coup*; tous les symptômes disparaissent ne laissant après eux qu'une sensation de brisement et d'extrême fatigue; l'appétit est intact et les malades qui rejetaient toute boisson peuvent immédiatement s'alimenter.

La symptomatologie de la crise gastrique n'est pas invariable chez tous les tabétiques; les douleurs peuvent être moins vives, se bornant à de simples crampes; les vomissements peuvent être remplacés par un abondant dégagement de gaz (*forme flatulente* de FOURNIER), être mêlés de stries de sang provenant d'ecchymoses de la muqueuse gastrique comparables à celles qu'on voit sur les téguments après de violentes douleurs fulgurantes, ou constituer de véritables hématoméses résultat d'une gastrite ulcéreuse. Parfois enfin les fonctions gastriques présentent, depuis un temps plus ou moins long, des troubles auxquels l'abus de l'iodure de potassium n'est pas toujours étranger.

La crise gastrique est un accident précoce du *tabes* survenant le plus souvent au cours de la période préataxique, et quelquefois même devançant tous les autres symptômes; sa valeur

diagnostique est donc considérable : l'erreur la plus fréquemment commise est celle qui consiste à méconnaître le tabes. La douleur est parfois tellement intense qu'on pourrait croire à une perforation de l'estomac; mais chacun sait que dans ce dernier cas les vomissements font souvent défaut puisque l'estomac se vide dans le péritoine.

RAYMOND a fait remarquer que les crises gastriques et ataxiques s'accompagnent généralement de tachycardie, alors que les crises douloureuses abdominales chez des individus non tabétiques provoquent plutôt, comme chacun sait, du ralentissement du pouls.

La crise reconnaît pour cause des lésions du grand sympathique, vues pour la première fois par LANGLEY. Récemment J.-CH. ROUX¹ a noté, dans le sympathique abdominal des tabétiques ayant présenté des crises gastriques, la disparition des petites fibres à myéline, les grosses fibres à myéline et les fibres de Remak restant intactes.

2° Crises gastriques non tabétiques. — Les crises gastriques peuvent encore se produire à titre exceptionnel dans les maladies de la moelle autres que le tabes (HAYEM), dans la compression du sympathique abdominal par la capsule surrénale droite ou un anévrysme aortique, dans l'hémorragie cérébrale.

Le *vomissement périodique* de LEYDEN présente les mêmes symptômes que la crise gastrique tabétique; son existence était contestée par CHARCOT qui le considérait comme le signe avant-coureur d'un tabes dont il fallait attendre les manifestations ultérieures.

La *gastroxie* de LÉPINE (gastroxynsis de ROSSBACH) est caractérisée par des douleurs gastriques et des vomissements très acides, accompagnés d'une violente migraine. Cet accident provoqué par le surmenage cérébral, disparaît au bout de vingt-quatre heures au plus.

L'*hystérie* présente quelquefois des crises gastriques simulant

¹ JEAN-CHARLES ROUX, *Lésions du sympathique dans leurs rapports avec les crises viscérales du tabes*. Thèse de Paris, 1900.

à s'y méprendre celles du tabes (GILLES DE LA TOURETTE); mais cela est assez exceptionnel. Le plus souvent la crise gastrique a une physionomie bien spéciale. Elle débute avec l'ingestion des aliments au moment où ceux-ci franchissent le cardia et comme s'ils comprimaient alors une zone hystérogène de la muqueuse. Certains symptômes accessoires, tels qu'un hoquet durant pendant plusieurs heures, des convulsions cloniques ou en arc de cercle, facilitent le diagnostic.

On a enfin décrit des *crises réflexes* provoquées notamment par un rein flottant.

3° Diagnostic. Crises gastriques des dyspeptiques. — Les dyspepsies chroniques traversent parfois des périodes d'exacerbation assez intenses pour mériter le nom de crises. Ainsi au cours du cancer de l'estomac, du rétrécissement du pylore, on voit se produire une intolérance gastrique absolue durant plusieurs jours. — L'ulcère rond s'accompagne d'une violente crise gastralgique provoquée par l'ingestion des aliments. — L'hyperchlorhydrie est caractérisée par une crise douloureuse survenant trois ou quatre heures après chaque repas. — La maladie de Reichmann a pour principal symptôme une crise nocturne que termine un vomissement acide.

4° Traitement. — Contre les crises gastriques du tabes employer l'antipyrine (2 à 4 grammes), l'acétanilide (2 cachets de 0^{gr},50) ou le pyramidon (par cachets de 0^{gr},25). La gastroxie cède aux alcalins ou à l'ingestion d'un verre d'eau tiède. Les crises gastriques des dyspepsies et des affections organiques de l'estomac sont en général justiciables des alcalins. On a enfin à appliquer le traitement de la gastralgie (s'y reporter).

ARTICLE XIV

HÉMATÉMÈSE

L'hématémèse ou vomissement de sang (αἷμα, sang; ἐμῆν, vomir) doit être étudiée ici, car elle est presque toujours consé-