

*cirrrose* (circulation collatérale), pour une *péritonite tuberculeuse à forme ascitique* (âge, auscultation); pour un *cancer du péritoine* (tumeurs constatées après ponction).

**Forme simulant l'obstruction intestinale.** — Une constipation opiniâtre, avec vomissements, accapare alors l'attention (cancer du pylore dans un cas de Landouzy).

**Forme à métastases précoces.** — Certains cancers de l'estomac, très circonscrits, déterminent de bonne heure des *localisations hépatiques, péritonéales, vertébrales, pleuro-pulmonaires* qui passent aisément pour primitives.

**Formes individuelles.** — Le cancer des jeunes gens (avant trente ans) présente plusieurs particularités : l'appétit subsiste souvent longtemps; les douleurs sont moins vives, moins fréquentes, les hémorragies rares; le teint n'est souvent que pâle, les forces, l'embonpoint persistent longtemps; l'œdème et l'ascite sont communs et précoces. La marche est très rapide (moyenne trois mois)<sup>(1)</sup>.

**Chez les femmes enceintes.** — Dans ces conditions, le cancer passe souvent inaperçu. Les vomissements, l'œdème sont attribués à la grossesse (vomissements incoercibles); la teinte jaune paille fait défaut. Les autres signes rappellent ceux du cancer juvénile.

## V. — DILATATION DE L'ESTOMAC

On dit que l'estomac est dilaté quand ses dimensions dépassent la moyenne normale, par relâchement, soit passager (atonie), soit permanent (dilatation vraie), de sa tunique musculaire.

**I. Atonie gastrique.** — *Atonie gastrique* se dit de la diminution simple ou de l'abolition de la tonicité et de l'élasticité gastriques. La surcharge alimentaire, les dyspepsies de diverses sortes, les gastrites chroniques, l'ulcère ou le cancer gastrique, la neurasthénie, la chlorose et la phthisie favorisent l'atonie gastrique. Elle est souvent la première étape de la dilatation.

L'expression clinique peut en rester très vague ou nulle; elle est, dans le cas contraire, très variable. Chez certains sujets, les troubles n'apparaissent qu'à propos d'écarts de régime. Chez les neurasthéniques, les signes de la *dyspepsie asthénique* sont habituels : sensation de poids, ballonnement épigastrique après les repas, éructations, pyrosis, constipation par atonie intestinale concomitante; l'hyperchlorhydrie est plus rare.

Objectivement, l'estomac clapote pendant la digestion qui se prolonge, mais non à jeun (sauf si on fait boire le malade). La sonde ne ramène pas d'aliments, le matin à jeun. Pratiquée à ce moment, la percussion constate des dimensions tantôt acérées, tantôt normales. L'examen du chimisme révèle, soit l'*hypochlorhydrie*, soit l'*hyperchlorhydrie*. On constate communément

(1) DEBOVE, *loc. cit.*, p. 565.

des *troubles névropathiques* : asthénie, apathie, tristesse, maux de tête, vertiges, sensibilité au froid, névralgies, amblyopie, diplopie, héméralopie, etc. Que ces troubles soient d'origine réflexe ou liés à l'auto-intoxication, ils sont souvent, comme l'atonie gastrique, dominés par la neurasthénie qu'entretiennent et aggravent les altérations de la digestion et de la nutrition.

L'atonie gastrique, passagère chez les névropathes et les gros mangeurs, est rebelle quand elle est liée à une affection organique.

**II. Dilatation.** — Elle reconnaît d'habitude pour cause la *sténose pylorique*, ou quelquefois *duodénale*, dont la véritable nature, *rétrécissement cancéreux, cicatriciel, spasmodique* (par ulcère du pylore), *adhérences péritonéales, coudure, compression* (par un rein mobile, la vésicule biliaire remplie de calculs, le cancer de la tête du pancréas), est souvent difficile à établir. Parmi les causes moins communes, on note : les maladies adyna-

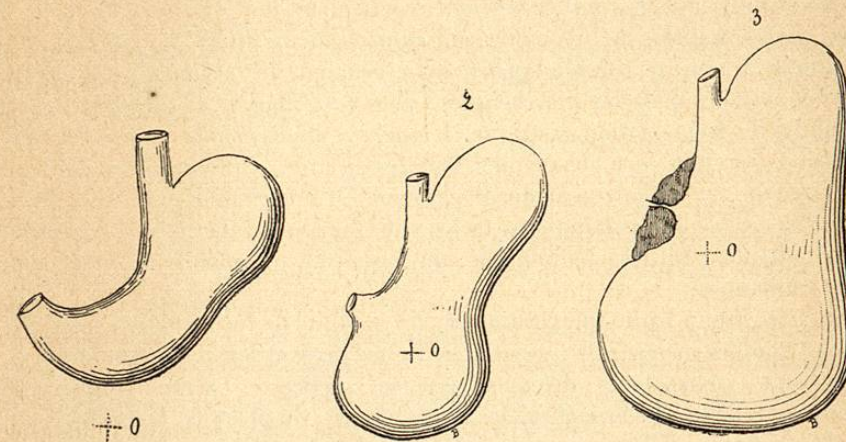


FIG. 170. — Dilatation de l'estomac (1<sup>er</sup> degré).

FIG. 171. — Dilatation de l'estomac (2<sup>e</sup> degré).

FIG. 172. — Dilatation extrême de l'estomac consécutive à une sténose néoplasique du pylore.

miques, la fièvre typhoïde; la déchéance progressive de la tunique musculaire due à une gastrite invétérée (alcoolisme, hypersécrétion permanente). Les adultes gros mangeurs et neurasthéniques, les chlorotiques, les cachectiques (tuberculose, syphilis) sont plus souvent atteints. Un traumatisme, une laparotomie, l'hystérie pourraient occasionner une dilatation aiguë (très rare).

Chez les sujets maigres, la dilatation peut se dénoncer extérieurement, par une *voussure péri et sus-ombilicale* plus ou moins marquée, suivant le contenu de l'organe.

La palpation (toujours faite à jeun) fait naître, sur une étendue variable, le *bruit de clapotage*, souvent entendu à distance. La *succussion* donne un bruit analogue. Le changement de volume de l'estomac, évalué déjà par la constatation du clapotage, plus ou moins bas, l'est encore mieux par la *percussion*. Celle de l'épigastre donne un son tympanique ou hydro-aérique;

plus bas existe une matité d'étendue variable, modifiée par les changements d'attitude du malade. La percussion devient plus concluante encore, après insufflation de l'estomac vidé (voy. *Généralités*).

Le matin à jeun, la sonde extrait une quantité variable de bouillie alimentaire que l'on analysera chimiquement. On examinera de même les liquides d'un repas d'épreuve administré après lavage complet de la cavité stomacale.

La dilatation étant un syndrome commun à divers états pathologiques, présente des signes fonctionnels variables suivant sa cause. Quelques-uns sont pourtant plus constants : sensation de plénitude de *tension abdominale* après les repas, *éructations* fétides, *pyrosis*, *réurgitations* (à saveur d'œufs pourris, d'acide butyrique); *vomissements* (presque constants, s'il y a obstacle pylorique). Survenant d'abord tous les jours, ou même plusieurs fois par jour, ces vomissements ne reparaisent bientôt plus que tous les 2 à 3 jours, de préférence la nuit<sup>(1)</sup>, toujours copieux, mais n'arrivant pas à vider l'estomac. Ils s'espacent encore plus à une phase avancée. Riches en mucus, d'odeur acétique ou butyrique, les *matières vomies* contiennent toutes sortes d'aliments et sont parfois teintées de bile ou de sang plus ou moins altéré. La *constipation* constante traduit le trouble apporté à l'évacuation de l'estomac; elle alterne parfois avec des débâcles diarrhéiques, dues à l'irritation de l'intestin par les produits de fermentation gastrique. L'*entérite muco-membraneuse* est commune. Les *urines*, peu abondantes, pauvres en urée, contiennent quelquefois de l'acétone. Le refoulement du diaphragme est une cause d'oppression et de troubles cardiaques (palpitations, tachycardie, arythmie). Les *ptoses viscérales* concomitantes : abaissement du foie, du rein droit, du côlon transverse, etc., sont communes.

On a attribué à l'auto-intoxication par les produits de fermentation gastrique divers troubles inconstants : congestion du foie (gros et sensible), albuminurie, peptonurie, dermatoses diverses (eczéma, urticaire, aéné, couperose); catarrhes rebelles des bronches, des fosses nasales, du pharynx. Le *rachitisme*, l'*ostéo-malacie*, l'élargissement de l'articulation phalango-phalanginiennne (nodosité de Bouchard) ont même été imputés à la dilatation.

**Évolution.** — La marche varie beaucoup avec les causes. La stase des névropathes, des gros mangeurs est curable; la dilatation liée à une sténose du pylore ou à une déchéance de la tunique musculaire est définitive. Rapidement, en ce cas, l'amaigrissement, l'anémie et la faiblesse progressent; la peau devient sèche et rugueuse, et la mort résulte plus ou moins vite soit de la cachexie par inanition, soit d'une maladie intercurrente ou d'une complication (tétanie, coma).

**Complications.** — La *tétanie* (voy. ce chapitre) consiste en accès de crampes très douloureuses localisées surtout aux extrémités. Ces crises, susceptibles d'être réveillées par la compression des gros troncs vasculaires ou nerveux (signe de Trousseau), durent de quelques minutes à plusieurs heures. Une forme spéciale simule les attaques épileptiformes. A la tétanie s'associent

(1) Voy. DEBOVE et RÉMOND, *Traité des maladies de l'estomac*, p. 554.

divers troubles nerveux : dyspnée, petitesse et irrégularités du pouls, myosis, embarras de la parole, délire, coma, hoquet, etc.

Le *coma dyspeptique*, attribué à l'acide  $\beta$  oxybutyrique (Litten), commence par l'accélération du pouls et de la respiration avec algidité: il s'accompagne de secousses convulsives et aboutit à la mort.

**Diagnostic.** — La stase gastrique à jeun est le seul signe positif de dilatation vraie. Ceci élimine les estomacs élargis ou abaissés et la *dislocation de l'estomac* (par abus du corset), qui, sans déplacer le cardia, refoule en bas et à gauche le pylore et la petite tubérosité. Le *diagnostic de la cause* est le point délicat.

**1° Dilatation par sténose :** Au début, les fibres musculaires, hypertrophiées, luttent contre l'obstacle, par des *contractions douloureuses*, survenant 4 à 5 heures après le repas et se traduisant, à la vue, par des *ondulations épigastriques* plus ou moins intenses. Les contractions anti-péristaltiques déterminent des *vomissements* (plusieurs fois par jour). Plus tard, le malade ne vomit plus que tous les 2 ou 3 jours, puis à des intervalles de plus en plus longs; il rend des débris d'aliments ingérés depuis plusieurs jours, mais jamais de bile; la constipation est opiniâtre. On constate la grande dilatation, souvent, mais non toujours.

*Quelle est la cause de la sténose?* — La plus commune est le *cancer*; en ce cas, le sujet, déjà âgé, ne souffre que depuis un an ou deux, d'une dyspepsie progressive, avec amaigrissement, souvent vomissements marc de café et melæna; on constate : une *tumeur pylorique*, quelquefois des ganglions sus-claviculaires, et, l'absence d'*HCl* libre dans le suc gastrique (après repas d'épreuve dans un estomac vidé et lavé).

Il peut s'agir d'un *ulcère cicatrisé*, alors la maladie, accompagnée de vives douleurs, de grandes hématemèses, a été longue, coupée de rémissions et d'exacerbations; on ne constate pas de tumeur; les liquides gastriques contiennent souvent une certaine proportion d'*HCl* libre.

Les autres causes de sténose, moins évidentes, se déduisent parfois des *commémoratifs* (ingestion de corrosifs, péritonite antérieure).

Les *compressions du duodénum*, autres causes de dilatation, sont difficiles à reconnaître. Le rein mobile, la vésicule calculeuse, les tumeurs de la tête du pancréas sont accessibles à la palpation. Une coudure du duodénum peut résulter de la dislocation de l'estomac. Quand l'obstruction est en aval de l'ampoule de Water, le liquide gastrique contient beaucoup de bile et de suc pancréatique.

**2° Dilatation sans sténose pylorique.** — Quand elle est considérable, l'ectasie dépend presque toujours d'une *hypersécrétion permanente*; en ce cas, le cathétérisme ramène un liquide dont la forte acidité est due à l'*HCl* et aux acides de fermentation; dans les cas invétérés l'*HCl*, il est vrai, peut manquer temporairement ou définitivement, mais le *chlore total reste élevé* (Soupault), alors qu'il est toujours abaissé dans le cancer.

La *dilatation par neurasthénie*, accompagnée des stigmates de cette névrose, est curable.

La *dilatation par surcharge alimentaire et gastrite chronique* sera reconnue par exclusion, grâce aux commémoratifs (excès de table, de boisson, alcoolisme). En pareil cas, le suc gastrique contient beaucoup de mucus. On s'assurera que la gastrite chronique n'est pas secondaire (tuberculose).

## VI. — DYSPEPSIES

**Signes étiologiques.** — Dyspepsie se dit de la difficulté habituelle des digestions, plus spécialement quand elle semble purement fonctionnelle.

Plusieurs conditions prédisposent à la dyspepsie : convalescences des fièvres graves, maladies générales chroniques, hérédité goutteuse ou neuro-arthritique, neurasthénie, hystérie, aliénation mentale, tabes, paralysie générale. Les causes déterminantes en sont nombreuses : écarts de régime habituels, mastication insuffisante; excès alcooliques, tabagiques; abus des médicaments; chagrin; surmenage physique, intellectuel ou moral. Il est des dyspepsies secondaires : à la grossesse, aux affections utérines, aux ptoses viscérales (dyspepsies dites *sympathiques*); aux affections du cœur, du foie, des intestins; aux intoxications (plomb, arsenic, morphine). D'autres succèdent à certaines infections (fièvre typhoïde, grippe); mais de toutes les causes, celles qui compromettent l'équilibre nerveux sont peut-être les plus communes <sup>(1)</sup>.

Les dyspepsies répondent à plusieurs types cliniques, quoique certains cas échappent encore à toute classification.

**1° Dyspepsie athénique.** — Cette forme est surtout propre aux neurasthéniques apathiques et abattus (myasthénie). L'appétit est irrégulier, capricieux; la soif est modérée; les malaises débutent un quart d'heure, une demi-heure, une heure au plus, après le repas. La douleur se borne souvent à de la pesanteur épigastrique, mais peut revêtir la forme gastralgique, en particulier chez les chlorotiques et les hystériques. Il s'y joint souvent des *éructations* inodores, du *pyrosis*. L'épigastre est ballonné, le clapotage s'obtient aisément (atonie gastrique); ces troubles, passagers, cessent quelquefois après vomissements (rares) spontanés, ou, plus souvent, provoqués par le malade. L'exploration constate une motricité gastrique normale.

Dans les formes légères, le chimisme peut rester normal; plus souvent l'*HCl libre* est diminué; dans les formes intenses il fait même défaut, et l'*HCl combiné* est plus ou moins réduit. Ces modifications ne sont du reste pas proportionnées aux troubles fonctionnels. En outre, se remarquent des *troubles nerveux variables* tels que : malaise, bouffées de chaleur, palpitations, étouffements, somnolence invincible, vertiges, souvent même hyperesthésie abdominale au palper. Se produisent aussi parfois : des crises d'oppression de quelques minutes à plusieurs heures; des accès de tachycardie, d'angine de poitrine, d'arythmie; des signes de *dilatation du cœur droit* (bruit de galop droit, accentuation du 2° ton pulmonaire) passagère, puis permanente (*insuf-*

(1) DEBOVE et RÉMOND, *Traité des maladies de l'estomac*, p. 166.

*fisance tricuspidale*). Ces accidents, dus pour les uns à l'auto-intoxication; pour d'autres à la dénutrition ou à une excitation réflexe d'origine gastrique, tiennent plus au nervosisme général qu'à l'état de l'estomac.

Dans ces cas, un facies normal, les forces, l'embonpoint subsistent longtemps.

En général, ces malades sont rapidement améliorés par un traitement convenable. Il est pourtant des *cas sévères* caractérisés par : l'anorexie, une haleine fétide, des malaises digestifs plus longs et plus pénibles, des vomissements plus fréquents; une légère stase alimentaire à jeun, une réduction sensible de la sécrétion chlorhydro-peptique, avec hyperacidité organique prolongée. Hâtée par la diarrhée, la lientérie, la cachexie rappelle, dans ces cas, celle du cancer (teint terreux; peau sèche, rugueuse). Alors, tantôt la guérison, quoique longue et difficile, est encore possible; tantôt l'atonie est définitive (destruction probable de la tunique musculaire par une gastrite chronique).

**2° Dyspepsie hypersthénique ou hyperchlorhydrie.** — Cette dyspepsie semble liée à une excitabilité particulière du système nerveux.

A jeun, la douleur est nulle ou insignifiante; l'*appétit* est conservé, souvent exagéré, la *soif* est vive; le début de la digestion est normal; les troubles n'apparaissent qu'au bout de trois à quatre heures (suivant le volume du repas). A un simple malaise, succèdent des *douleurs*, lancinantes, térébrantes, assez souvent *en broche* (points xiphoidien et rachidien); accompagnées de pyrosis, de régurgitations acides, d'éructations, mais sans ballonnement. Les vomissements, spontanés ou provoqués par le malade, apaisent aussitôt la souffrance. L'accès se répétant tantôt après chaque repas, tantôt après les repas copieux seuls, dure de quelques minutes à plusieurs heures. Une forme légère ne détermine que quelques coliques épigastriques.

Dans les cas récents, l'estomac n'est pas dilaté, la motilité est normale, un peu exagérée parfois, comme le montre l'absence de tympanisme gastrique, de clapotage, de résidu à jeun. Avec le temps, l'hyperchlorhydrie tend à se compliquer d'atonie motrice.

L'examen, après repas d'épreuve, montre une acidité exagérée (2 à 3 pour 1000 et plus), due entièrement à l'*HCl libre* et combiné. Les troubles douloureux ne sont pas toujours proportionnels à l'acidité, mais plutôt liés à l'hyperesthésie gastrique et à la tendance spasmodique de la tunique musculaire.

Les malades sont des névropathes impressionnables et susceptibles, mais les signes neurasthéniques vrais sont bien plus rares que dans la dyspepsie athénique. L'état général est peu atteint, le facies est coloré, l'amaigrissement presque nul, il y a des crises et des rémissions, la guérison est assez facile, mais les rechutes sont fréquentes.

**3° Hypersécrétion continue ou gastro-succorée, maladie de Reichmann.** — Dans ces cas, la sécrétion du suc gastrique est incessante, même à jeun. Généralement consécutive à l'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion

peut en être regardée comme une complication, mais elle pourrait, pour certains auteurs, apparaître d'emblée. Dans une première *forme intermittente*, l'accès, caractérisé par des vomissements et de la douleur, a un début brusque. Les *vomissements* répétés sont d'abord alimentaires, puis formés d'un liquide incolore ou verdâtre contenant de l'*HCl* et de la pepsine, en quantité variable, parfois considérable. Brûlante, gravative, la *douleur*, d'habitude très intense, entraîne parfois une intolérance gastrique absolue. Le facies est pâle, défait, le pouls fort et fréquent, le ventre rétracté, la constipation absolue, les urines sont rares et sédimenteuses. La guérison de la crise est tantôt brusque, tantôt progressive.

En se rapprochant, les crises tendent à réaliser, par transition insensible, l'*hypersécrétion permanente*. Les cas d'*hypersécrétion légère*, révélée seulement par le cathétérisme, ressemblent fort à l'hyperchlorhydrie. Dans les *cas sévères*, les douleurs, continues, bien plus intenses, se répètent par crises prolongées, 2 à 5 heures après le repas. Spontanés ou provoqués, les vomissements soulagent toujours. Leur volume dépasse celui des ingesta; ils sont très acides et agacent les dents. Des selles diarrhéiques les remplacent quelquefois (chyme trop acide). L'accès nocturne est habituellement le plus constant et le plus intense.

Dans les cas légers, la *dilatation* est modérée ou nulle; mais l'*atonie* est précoce, comme en témoignent : le ballonnement épigastrique, le clapotage et un retard sensible dans l'évacuation des aliments. La sonde extrait, à jeun, 50 à 150 centimètres cubes d'un suc gastrique blanc grisâtre contenant de l'*HCl* et de la pepsine (acidité 1 à 2,50).

Après repas d'épreuve, le liquide est très abondant, très acide (acidité totale 5 pour 1000); l'hyperchlorhydrie est habituelle, mais non constante.

L'état général s'altère plus que dans l'hyperchlorhydrie, car les rémissions sont rares et brèves. L'affection s'aggrave sans que les signes fonctionnels s'accroissent, mais l'examen physique constate une *dilatation* parfois considérable. La petite courbure est abaissée, et le pylore entraîné en bas; on constate de la stase alimentaire à jeun; l'estomac contient alors 200 à 500 centimètres cubes d'un *liquide* d'odeur acétique, gris sale ou teinté de bile que le repos sépare en 3 *couches* : une supérieure mousseuse, une moyenne fluide, et une inférieure, sorte de purée alimentaire, contenant des débris de pain, de légumes, des grains d'amidon, mais *jamais de viande*. L'acidité varie de 2,50 à 4,50; l'*HCl libre*, en forte proportion, est mêlé à beaucoup d'acides organiques. La réaction des peptones est évidente. En résumé, il s'agit d'une *bouillie alimentaire* en décomposition, mêlée à du suc gastrique sécrété en excès. En effet, après un lavage complet pratiqué la veille au soir, on trouve le matin 60 à 400 grammes de suc gastrique presque pur.

Dans de semblables conditions, en l'absence d'intervention chirurgicale (gastro-entérostomie), la digestion gastrique devient très imparfaite, l'élimination dans l'intestin très minime; de là, dénutrition, asthénie, anémie et amaigrissement finissant par réaliser l'*aspect des cancéreux*. Du reste, l'atrophie de la tunique musculaire rend la dilatation définitive, et, les lésions de *gastrite parenchymateuse hyperpeptique* (Hayem) favorisent le développe-

ment de l'ulcère de l'estomac, très commun en pareil cas et rarement curable<sup>(1)</sup>.

La durée est pourtant fort longue; la mort résulte soit des progrès de la cachexie, soit, plus souvent, d'une maladie intercurrente ou d'une *complication* : hémorragie foudroyante, péritonite, tétanie ou coma dyspeptique.

**Dyspepsies atypiques.** — Chez certains malades, la chronologie des troubles dyspeptiques est tout à fait capricieuse, l'état du chimisme est des plus variables, suivant les périodes de la digestion, et défie toute classification. Chez d'autres, un seul symptôme : douleur, éructations ou vomissements, prédomine (voy. *Névroses de l'estomac*).

**Diagnostic.** — Beaucoup d'états gastriques simulent plus ou moins les dyspepsies. Pour Hayem, il n'est pas de dyspepsie sans gastrite. Cette loi prête à discussion.

**Diagnostic avec les gastrites.** — La *gastrite légère* tantôt reste latente, tantôt se traduit par un syndrome dyspeptique variable suivant le terrain (*D. asthénique* ou *hypersthénique*).

Une *gastrite plus marquée* entraîne une hypersécrétion de mucus constatable par le cathétérisme.

La *gastrite avec érosions ou exulcérations* se trahit par de la sensibilité épigastrique à la pression, surtout au niveau de la grande courbure, par des douleurs succédant immédiatement à l'ingestion des aliments, par de l'intolérance gastrique et de légères hématoméses.

La *gastrite atrophique* implique toujours l'atonie musculaire, la dilatation, la stase à jeun avec diminution extrême de l'*HCl*, de la pepsine et du ferment lab. La distinction, alors aisée, avec l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion, l'est moins avec la dyspepsie nerveuse grave (marche, commémoratifs, signes de neurasthénie).

L'*ulcère à forme douloureuse* ne peut être distingué de l'hypersécrétion simple que si surviennent des hématoméses ou du méléna. L'*ulcère à forme asthénique* se différencie de la dyspepsie asthénique par l'*hyperchlorhydrie* constatée dans les liquides vomis ou retirés par la sonde.

Le *cancer* peut simuler toutes les formes de dyspepsie. Quand une tumeur est perceptible, on doit s'assurer qu'elle occupe l'estomac. En l'absence de tumeur, le dégoût de la viande, les vomissements marc de café, l'hypochlorhydrie ou l'anachlorhydrie ont une signification réelle mais non absolue. L'âge (2<sup>e</sup> moitié de la vie), la marche rapide, progressive, l'amaigrissement, l'anémie sont encore plus typiques.

Les *sténoses pyloriques* avec ou sans dilatation peuvent se traduire par un syndrome analogue à l'hyperchlorhydrie. On recherchera donc les diverses causes de sténose, sans en omettre la dislocation verticale de l'estomac.

Les *douleurs dyspeptiques* ne seront pas confondues avec la *gastralgie simple* (sans rapport avec les repas) ni avec les diverses *viscéralgies*. La

<sup>(1)</sup> Voy. DEBOVE, *Méd. mod.*, 25 février 1895. — SOUPAULT, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 7 janvier 1897.

différence est souvent difficile à établir entre les *crises d'hyperchlorhydrie*, et certaines *coliques hépatiques frustes* à prédominance gastralgique.

On saura rattacher certaines *dyspepsies secondaires* à leur cause véritable : *tuberculose* (au début), *anémie*, *méningite*.

#### VII. — NÉVROSES DE L'ESTOMAC

Ce terme embrasse les troubles sensitifs moteurs et sécrétoires de l'estomac, ne semblant se rattacher à aucune altération primitive de l'organe.

**Névroses de la sensibilité.** — A. **Troubles de la sensibilité spéciale.** — **Boulimie.** — L'exagération de la sensation de faim constitue la *boulimie*. Le besoin de manger est impérieux, entraînant la défaillance, le vertige, de la céphalée, des crampes d'estomac; ces troubles sont souvent dissipés par l'ingestion d'une petite quantité d'aliments. Il est des boulimies passagères (2 à 3 jours); d'autres, chroniques, sujettes à des rémissions et à des exacerbations. La boulimie reconnaît : une *origine centrale*, dans les névroses, les lésions cérébrales, les psychoses, le diabète, les hémorragies graves, la grossesse; une *origine périphérique* dans l'hyperchlorhydrie ou l'helminthiase.

La boulimie est distincte de la *polyphagie* ou *acorie* qui est la perte du sentiment de satiété, due à une sorte d'anesthésie des nerfs gastriques. Ce trouble répond aux mêmes causes que la boulimie et peut alterner avec elle.

**Anorexie.** — L'anorexie est la perte de l'appétit; mais, du dégoût des aliments propre aux gastropathes il faut séparer : l'*anorexie nerveuse* ou *refus systématique de l'alimentation*, ou *sitiergie* (σιτος, aliments, εσργω, je refuse) de Sollier, qui entraîne le malade à réduire peu à peu sa ration d'entretien jusqu'à rien, pour des motifs variables : *sitiophobie* (aliments trop gros), *peur de souffrir* (œsophagisme, gastralgie, vomissements, diarrhée), coquetterie, besoin de forcer l'attention, désir de suicide, etc.

L'état général, dans ces cas, peut se maintenir des mois et des années; mais un moment arrive où se montrent les signes de l'inanition : amaigrissement, pâleur, faiblesse, rétraction des organes abdominaux, pouls petit et lent, œdèmes cachectiques. Cet état aboutit à la mort par inanition, phtisie ou maladie intercurrente.

L'anorexie nerveuse s'observe soit chez les aliénés, soit chez les hystériques femmes, quelquefois sans stigmates (*hystérie mono-symptomatique*). Elle cède assez rapidement à l'isolement et à la suggestion (menace de la douche, du gavage à la sonde), dont l'influence restaure l'appétit et les forces, en modifiant l'état mental.

**B. Troubles de la sensibilité générale.** — A cette catégorie appartiennent les *gastralgies essentielles* qui revêtent différentes formes :

1° *L'hyperesthésie de la muqueuse gastrique* se traduit par de la pesanteur ou de la douleur gastriques, au contact des aliments, phénomènes

aboutissant, ou non, au vomissement, et accompagné de sensibilité à la pression. Ces faits, n'altérant pas la sécrétion (distinction avec l'ulcère) sont communs : à la neurasthénie, à la chlorose et à la convalescence des fièvres graves.

2° La *gastralgie proprement dite* ou névralgie des nerfs gastriques, procède par accès de fréquence et de durée variables. Spontané, sans rapport avec l'alimentation, l'accès éclate d'emblée ou à la suite d'éruclations, de pyrosis, de salivation, de nausées. La douleur est bornée à l'épigastre ou irradie en divers sens. Les accès intenses arrachent des cris, altèrent le faciès, accompagnés de pâleur, souvent de défaillances et de vertiges. Les vomissements sont inconstants. Durant de quelques minutes à une heure, les accès peuvent se répéter plusieurs fois en vingt-quatre heures ou même devenir subintrants.

La gastralgie complique : les *névroses* (hystérie, neurasthénie, goitre exophtalmique), certaines *myélopathies* (tabes), certaines *auto-intoxications* (goutte) et *intoxications* (tabagisme, cocaïnisme), la *chlorose* et le *paludisme*.

On se gardera de confondre la gastralgie avec : les *névralgies superficielles* (épigastralgie, névralgie intercostale) limitées à la peau et au plan musculaire superficiel; les *coliques hépatiques frustes* dont la chronologie est spéciale (3 à 4 heures après le repas); et la *gastralgie liée à l'hypersecretion intermittente du suc gastrique* (étudiée plus loin).

**Névroses de la motilité.** — Les principales sont le *vomissement nerveux*, l'*éruclation nerveuse* et le *mérycisme*.

**Vomissements nerveux.** — Le *vomissement nerveux* est dit *essentiel* quand il est indépendant de toute lésion organique de l'estomac; on distingue : le *vomissement périodique* et le *vomissement nerveux chronique*.

1° **Vomissement périodique.** — Il procède par accès, de fréquence et de durée variables, occasionnés par : les émotions, le surmenage, le traumatisme. D'emblée, ou après des nausées, le vomissement éclate spontanément, accompagné d'épigastralgie, intense ou légère, d'anorexie et de soif vive. L'intolérance gastrique est absolue; les vomissements entraînent de violents efforts et même des crampes dans les muscles de l'abdomen; ils se composent de mucosités filantes, claires ou teintées de bile, de réaction neutre et dépourvues d'*HCl*; les derniers efforts rejettent un peu de bile pure. Le ventre est rétracté, la constipation absolue, les urines sont rares; la crise laisse le sujet anéanti et disposé à la syncope. Il est des accès de quelques heures sans troubles généraux; d'autres durent plusieurs jours ou deviennent subintrants, entraînant l'amaigrissement et une cachexie longue à réparer. Entre les crises, la santé est normale. Les vomissements nerveux frappent des névropathes, des hystériques ou des neurasthéniques. On cherchera toujours si les vomissements nerveux périodiques ne traduisent pas : des crises hépatiques ou néphrétiques, un tabes fruste. Ils sont, en tout cas, souvent très rebelles.

2° **Vomissement nerveux chronique.** — Le vomissement nerveux chronique se produit sans douleur et presque sans nausées, un quart d'heure, une demi-heure, rarement une heure après le repas, quel qu'il soit; il est