

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'*éructation 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

rarement électif, et permet au sujet de se remettre à table aussitôt. Cet accident peut se répéter des mois et des années, et même, sans dommage pour l'état général, si l'estomac ne se vide qu'incomplètement. Par contre, dès que cette évacuation est complète, l'inanition confine vite les malades au lit.

Bien plus commune chez la femme, occasionnée parfois par une simple émotion (frayeur, chagrin), un traumatisme, une affection abdominale ou génitale, un rein mobile, une grossesse, cette maladie atteint soit de simples névropathes, soit plutôt des hystériques ou des neurasthéniques.

Le diagnostic est facile, il est à faire avec le vomissement œsophagien des hystériques (par spasme du cardia ou de l'œsophage). Certains cas guérissent aisément, d'autres ne cèdent qu'à un gavage plus ou moins prolongé.

**Éructation nerveuse.** — L'éructation nerveuse consiste dans la projection brusque et bruyante des gaz de l'estomac, en dehors des périodes digestives, se répétant à intervalles rapprochés (10, 20, 30 par minute) et par accès pouvant durer des semaines et des mois. Ceux-ci sont tantôt spontanés, tantôt provoqués par l'émotion, la colère ou l'excitation de points circonscrits du corps (hystérie). L'état général reste intact, la durée est indéterminée. Les éructations reconnaissent surtout pour origine la déglutition habituelle d'une grande quantité d'air (*aérophagie*).

**Mérycisme ou rumination.** — On désigne ainsi le retour, spontané et sans effort, des aliments de l'estomac dans la bouche, où ils subissent une nouvelle mastication. La rumination tantôt volontaire, plus souvent involontaire, se produit, soit après chaque repas (5 à 10 minutes ou plusieurs heures après), soit accidentellement, à propos d'un effort, d'une colère: elle est souvent annoncée par de la pesanteur épigastrique. La rumination dure une heure et demie à deux heures et porte sur 12 à 15 bouchées (les plus mal mâchées d'abord) d'aliments dont la saveur n'est, en général, pas désagréable. On n'observe d'habitude aucun trouble dyspeptique; il peut pourtant s'en produire ainsi que des troubles de l'appétit (anorexie, boulimie, polyphagie). La sécrétion est normale ou modifiée, mais indépendamment du mérycisme.

Souvent héréditaire, le mérycisme, plus fréquent chez l'homme, s'observe à tout âge, chez des névropathes, des aliénés, des hystériques (souvent par imitation) ou des neurasthéniques. La maladie est sans gravité, à moins que les malades ne prennent la mauvaise habitude de rejeter les aliments au lieu de les ravalier (d'où inanition). M. Debove a montré que ces malades ne ruminaient pas les aliments introduits par la sonde.

**Névroses de la sécrétion.** — Il est des troubles sécrétoires temporaires qui évoluent par accès, avec sécrétion intercalaire normale. Telles sont surtout les crises d'*hyperchlorhydrie* et d'*hypersécrétion intermittente*.

**1° Gastroxynsis ou gastroxie.** — Ces termes (Rossbach, Lépine) désignent des crises de céphalée, accompagnées d'hypersécrétion gastrique. Revenant toutes les semaines, tous les mois, chez des sujets de quinze à trente ans, surmenés intellectuellement, celles-ci, provoquées par les veilles, les émo-

tions, durent de quelques heures à deux ou trois jours. L'accès débute à jeun ou après le repas, par une vive céphalée et de la brûlure épigastrique dont les progrès aboutissent, en quelques heures, à des éructations et à d'abondants vomissements de liquide très acide (acidité totale 4 à 5 pour 1000) brûlant la bouche, accompagnés de pâleur et de refroidissement des extrémités. Après un temps variable, les vomissements cessent, le malade s'endort et se réveille guéri. Certains auteurs regardent ces crises comme des migraines larvées.

**2° Hypersécrétion gastrique intermittente.** — Ce type est aussi appelé forme intermittente de la maladie de Reichmann. Brusquement éclatent une douleur épigastrique violente et des vomissements répétés, d'abord alimentaires, puis formés d'un liquide incolore ou verdâtre, d'abondance bien supérieure à celle des boissons ingérées, et contenant de l'*HCl* et de la pepsine. L'intolérance gastrique est absolue. Le malade pâle et décomposé se sent brisé. Le pouls est accéléré et fort, la constipation est rebelle, le ventre rétracté, les urines sont rares et sédimenteuses. La crise dure de quelques jours à plusieurs semaines et prend fin brusquement ou peu à peu. Le rapprochement des crises tend, en supprimant les rémissions, à rendre la maladie chronique.

Ces crises reconnaissent souvent pour causes: le *tabes*, la *paralysie générale*, la *sclérose en plaques*, quelquefois aussi l'*hystérie*, la *neurasthénie* ou même la simple *névropathie* (crises gastriques essentielles de Debove<sup>(1)</sup> et Rémond). La morphine seule soulage les crises.

## CHAPITRE VIII

### SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES DE L'INTESTIN ET DU PÉRITOINE

#### I

**Symptômes fonctionnels. — Coliques.** — La présence dans le gros intestin de matières diarrhéique détermine des contractions douloureuses ou coliques, indiquant une évacuation prochaine. La rétention de matières dures et de gaz est une autre cause de coliques.

**Épreintes.** — Les coliques, précédant l'exonération rectale et la rendant particulièrement impérieuse, s'appellent *épreintes*.

**Ténésme rectal.** — Ce terme s'entend de l'intolérance plus ou moins absolue de la dernière partie du gros intestin animée de contractions réflexes au contact d'un bol fécal très réduit, ou même à vide.

**Borborygmes.** — Ce sont des bruits perceptibles à distance, dus à la circulation de gaz mobilisés par les contractions de l'intestin, et à leur passage à

(1) DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, 11 janvier 1889.