

duisent ces vomissements à longs intervalles; ils se composent en général des matières ingérées depuis le dernier vomissement, plus ou moins décomposées ou attaquées par le suc gastrique; on y rencontre fréquemment des *sarcines*. Les vomissements non alimentaires semblent dus à l'irritation spéciale que produit la tumeur cancéreuse par sa présence même; les vomissements alimentaires, à la sténose du pylore, à l'inertie ou à la destruction des fibres musculaires, au catarrhe chronique. Comme dans l'ulcère stomacal, le vomissement alimentaire peut être en quelque sorte *électif*, c'est-à-dire ne porter que sur une des substances ingérées pendant le repas, alors que les autres sont bien tolérées.

Enfin le vomissement peut être *hémorrhagique*: l'hématémèse n'a été notée par Brinton que 42 fois sur 100 cas, ce qui tient sans doute à la rareté du vomissement dans l'épithélioma. L'hématémèse de sang pur est assez rare, mais se rencontre cependant quelquefois et peut même être le symptôme initial. Ordinairement l'ulcération cancéreuse atteignant de petits vaisseaux, le sang est épanché en petite quantité, séjourne dans l'estomac où il est en partie digéré par le suc gastrique, et il est rendu sous forme d'une poussière noire que l'on a comparée à du marc de café ou à de la suie. Ce vomissement noir, lorsqu'il se produit, a la plus grande importance au point de vue du diagnostic, bien qu'on puisse le rencontrer aussi dans l'ulcère simple.

La *constipation* est la règle, à moins toutefois que l'ulcération n'ait détruit en partie la valvule pylorique: il y a alors de la diarrhée lientérique et les aliments sont rendus presque sans altération. Le plus souvent il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, ainsi que cela se rencontre d'ailleurs dans la plupart des dyspepsies. Dans le cas d'hémorrhagie, si le sang n'est pas rendu par vomissement, il passe dans les selles qu'il colore fortement en noir (*mélana*).

La *tumeur épigastrique* est un des signes les plus sûrs du cancer stomacal; d'après Brinton, elle se rencontre dans 80 cas sur 100. Mais cette proportion varie, on le conçoit, avec les différentes périodes où l'on est appelé à faire l'exploration du malade. Elle siège ordinairement au-dessous de l'appendice xiphoïde ou sous le muscle grand droit du côté droit: lorsqu'on la recherche, on doit donc toujours placer les muscles de l'abdomen dans un relâchement aussi complet que possible, en faisant fléchir les cuisses du malade et en le faisant respirer la bouche ouverte. Mais il faut procéder toujours

avec ménagement, une exploration un peu brutale n'étant point indifférente pour le patient. La tumeur a une forme variable: parfois il est facile de la limiter à travers les parois amaigries de l'abdomen d'autres fois, au contraire, elle est étalée (surtout dans le cancer colloïde) et ne produit qu'une espèce d'*empatement* s'étendant plus ou moins à l'épigastre et dans les hypochondres. Quant aux tumeurs du cardia et de la petite courbure, on conçoit combien il est difficile de les percevoir. La percussion donne de la matité ou de la submatité au niveau de la tumeur. A moins d'adhérences par péritonite la tumeur est toujours un peu mobile et se déplace suivant les mouvements de l'estomac, mais elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. Il n'est pas rare de la sentir soulevée par des pulsations isochrones avec le pouls; ces pulsations sont dues aux battements de l'aorte abdominale et du tronc cœliaque transmis jusqu'à la paroi par un corps dense interposé.

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

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

Cancer latent. — Il arrive parfois que le cancer ne donne lieu à aucun des symptômes que nous venons d'énumérer et ne se révèle qu'à l'autopsie. Aussi ces cas ont-ils fréquemment donné lieu à des erreurs de diagnostic; les praticiens les plus exercés, Cruveilhier, Barth, Andral et bien d'autres après eux, s'y sont trompés. C'est que non seulement le cancer peut rester ainsi à l'état *latent*, mais peut revêtir les formes les plus variées et les moins attendues.

Le D^r Chenel a rassemblé bon nombre de ces cas : ici le cancer latent simule la cirrhose du foie et produit l'ascite, là il amène l'anasarque comme le mal de Bright; d'autres fois on croit se trouver en présence d'une affection cardio-vasculaire, de la tuberculose, de la dyspepsie arthritique (Gueneau de Mussy, Bucquoy). On devra toujours songer au cancer latent lorsque l'on verra survenir une cachexie lente et graduelle que rien n'explique.

DURÉE. MARCHE. — La durée moyenne du cancer de l'estomac est d'environ treize mois (Valleix, Lebert, Brinton); la marche peut être beaucoup plus rapide et amener la mort en trois ou quatre mois. Le cancer n'offre jamais de périodes de rémission bien marquée; sa marche est progressive et aboutit fatalement à la cachexie (1), à moins que certaines complications, comme une gastrohémorragie foudroyante ou une perforation, n'amènent brusquement la mort. Certaines autres complications, par exemple la propagation au foie, aux plèvres et aux poumons, etc., les communications anormales avec les autres portions du tube digestif, peuvent aussi précipiter sa marche et hâter le dénouement. Le pronostic est absolument fatal, les exemples de guérison que l'on a signalés devant être sans aucun doute rapportés à des ulcères simples.

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

(1) Dans quelques cas rares cependant on peut assister à des temps d'arrêt parfois prolongés dans l'évolution de la maladie. Nous nous rappelons avoir observé pour notre compte un cancer de l'estomac qui mit au moins quatre ans pour évoluer à partir du jour où l'on perçut la tumeur : celle-ci présentait même cette particularité singulière de s'effacer presque complètement, après des hématomés abondantes, pour reparaitre quelques mois après.

le traitement peut amener la guérison de l'ulcère simple, tandis qu'il reste absolument impuissant contre le cancer.

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

TRAITEMENT. — Le traitement malheureusement ne peut être que symptomatique.

La douleur sera calmée par les narcotiques : ciguë, belladone, jusquiame. L'opium administré à l'intérieur ou sous forme d'injections hypodermiques de morphine rend les plus grands services. Les vomissements et les hématomés seront combattus par la glace *intus et extra*; les préparations anti-émétiques : boissons effervescentes, potion de Rivière, champagne frappé, ou les boissons astringentes : acides minéraux, élixir de Haller, etc.; les digestions seront facilitées et l'appétit sollicité par les médicaments dits eupéptiques : alcalins, pepsine, amers, etc., suivant le cas; mais l'indication à laquelle il importe surtout de satisfaire est de nourrir le malade et de le soutenir autant que possible. L'alimentation lactée est de beaucoup la mieux supportée, et c'est à elle qu'il convient d'avoir recours dans la majorité des cas.

Les lavements nutritifs, et plus particulièrement les lavements de sang défibriné, sont appelés ici à rendre de sérieux services.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les tentatives de cure radicale faites par Péan, Billroth, Southam : tous les essais de résection du pylore, sauf un seul cas de Billroth où il y eut survie pendant trois mois, ont été mortels à courte échéance.

CHARDEL. Monog. des dégén. squir. de l'estomac, 1804. — LOUIS. Rech. anat. path., 1826. — MARC D'ESPINE. Ann. d'hygiène, 1840. — Essai sur la statistique mortuaire comparée, 1853. — TH. WILLIAMSON. Case of scirrhus of Stomach, etc. (Edinb. Month. Journ. of med. sc., 1841). — LEBERT. Op. cit. — Traité pratique des mal. cancér., 1851. — Deuts. Arch. f. klin. Med., 1877, et Revue Hayem, 1879. — GRIESINGER. Arch. f. prakt. Heilk. 1854. — J. FRANK. Path. interne, tr. Bayle, 1857. — FÖRSTER. Virchow's Arch., XIV. — VIRCHOW. Traité des tumeurs. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — CORNIL. Art. Cancer de HEURTAUX, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat. — Mém. de l'Acad. de méd., 1867. — LANGEREAUX. Atl. d'anat. path., 1869. — BRINTON. Op. cit. — WYSS. Blätter f. Gesundheitspflege. Zurich, 1872-74. — B. TEISSIER. Cancer de l'estomac, fistule péri-ombilicale (France méd., 1875). — A. LAVERAN. Deux observations d'épithélioma à cellules cylindriques des voies digestives (Arch. de physiol., 1876). — CHENEL. Ét. clin. sur le cancer latent de l'estomac. Th. de Paris, 1877. — CULLINGSWORTH. Case of cancer in an infant six weeks old (Brit. med. journ., t. II, 1877). — PÉAN. De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrotomie (Gaz. des hôp., mai 1879). — BILLROTH. Trois pylorcs réséqués, 2 morts (Berlin, klin. Wochenschr. — PROUDON. De l'alimentation rectale. Th. de Lyon, 1880. — R. TRIPIER. De la diarrhée dans le cancer de l'estomac (Lyon méd., 1881).

DYSPEPSIE.

On désigne sous le nom de *dyspepsie* un état pathologique permanent des fonctions digestives, caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion, sans lésions anatomiques appréciables. La dyspepsie ne doit donc pas être considérée comme une entité morbide, une maladie particulière; ce n'est qu'un symptôme, une collection de phénomènes morbides, la plupart fonctionnels, de provenances très diverses (Gubler, G. Sée, Raymond, Damaschino), et pouvant se rattacher aussi bien à une affection stomacale primitive qu'à une altération d'une organe éloigné, ou à un trouble de l'état général. Aussi la dyspepsie est-elle tantôt *essentielle* (1), tantôt *symptomatique*.

HISTORIQUE. — Il est peu de sujets qui aient, autant que la dyspepsie, exercé la sagacité des cliniciens, suscité plus de travaux et qui cependant restent entourés de plus d'obscurités. Il serait trop long de rapporter ici les théories nombreuses qui ont été émises sur la nature de la dyspepsie et les classifications qu'on en a proposées, depuis Hippocrate jusqu'à celles que G. Sée, Dujardin-Beaumez et Leven viennent de donner dans des ouvrages tout récents. On sait que les médecins grecs considéraient la digestion comme une véritable *coction*; aussi la dyspepsie n'était-elle pour eux qu'un retard ou une absence de cette cuisson, un simple état de *crudité* des aliments. Cette manière d'envisager la dyspepsie comme un trouble fonctionnel fut celle de Celse, d'Arétée de Cappadoce, de Galien qui créa un certain nombre de degrés et de divisions dans la maladie (*bradypepsie*, *apepsie*). Plus tard, les nosologistes, Sauvages, Bosquillon, le traducteur de Cullen, etc., établirent une foule d'espèces et de variétés, de petites entités morbides indépendantes, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme. Cependant Cullen (1797) était déjà revenu à l'idée d'un trouble fonctionnel de l'estomac, auquel Broussais allait bientôt donner une importance capitale en

(1) La *dyspepsie-maladie* existe en effet en tant que syndrome clinique primitif. On ne saurait nier l'existence de la dyspepsie-névrose; ce qui la démontre bien, ce sont les troubles dyspeptiques éprouvés par le soldat atteint de nostalgie, par l'homme d'affaire tourmenté par de lourdes préoccupations, troubles gastriques qu'aucune médication n'améliore et qui cèdent brusquement soit par le retour au pays, soit par une spéculation plus heureuse. (B. Teissier, Leçons cliniq. de l'Hôtel-Dieu de Lyon.)

remplaçant non seulement la dyspepsie, mais la plupart des maladies, par l'irritation du tube digestif.

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

On voit, par ce simple et rapide exposé, de combien de difficultés est entourée cette question de la dyspepsie. Le terme lui-même disparaîtra peut-être un jour du vocabulaire médical, comme déjà tant d'autres maladies que l'on désignait d'après leurs principaux symptômes (Lasègue), et cela vraisemblablement lorsque nous connaîtrons mieux la pathogénie de ce symptôme morbide (G. Sée). Il n'en est pas moins vrai que si, dans la grande majorité des cas, la dyspepsie est symptomatique, elle existe aussi pour *son propre compte*; elle a autant de droit pour avoir une existence indépendante, que l'accès d'asthme purement nerveux et isolé du catarrhe bronchique (B. Teissier).

Déjà G. Sée a tenté un essai de classification de la dyspepsie d'après ses variétés pathogéniques. Il divise les dyspepsies en cinq grands groupes: 1° dyspepsies glandulaires; 2° dyspepsies muqueuses; 3° dyspepsies nervo-vasculaires; 4° dyspepsies *ab ingestis*; 5° dyspepsies par mécanismes complexes et variés. Au point de vue symptomatique, nous croyons qu'on suivra avec avantage la classification de Gubler, qui a proposé les catégories suivantes: 1° dyspepsie douloureuse et spasmodique; 2° dyspepsie atonique; 3° dyspepsie catarrhale; 4° dyspepsie inflammatoire. Dujardin-Beaumez, se plaçant au point de vue clinique et thérapeutique, après avoir séparé tout d'abord les dyspepsies buccale et intestinale, divise la dyspepsie proprement dite ou stomacale suivant les modifications éprouvées par les tuniques, les glandes, les vaisseaux et les nerfs qui entrent dans la constitution anatomique de l'estomac. On

a ainsi une dyspepsie par atonie de la tunique musculaire (dyspepsie atonique et flatulente) ou par accroissement d'énergie musculaire (vomissement); par altération des sécrétions glandulaires (dyspepsies putride, acide, pituiteuse); par troubles d'origine nerveuse (dyspepsie gastralgique, dysorexie, anorexie, boulimie, etc.). Suivant la marche, l'âge des sujets, l'étiologie, on pourrait enfin distinguer des dyspepsies accidentelles, habituelles, des vieillards, des enfants; des dyspepsies hépatique, utérine, dyscrasique, etc.

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

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

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

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

La dyspepsie s'observe fréquemment dans les maladies du foie, de l'intestin (*dyspepsie ilio-cœcale* de Bachelet), de l'utérus

(dyspepsie qualifiée de *sympathique* par nombre d'auteurs), des voies génito-urinaires (A. Mercier, Guyon); dans la convalescence des fièvres graves (dothiéntérie); dans les affections générales modifiant profondément la crase sanguine (*dyspepsie dyscrasiques* de Vulpian), les anémies (G. Sée), la chlorose, etc.; dans les diathèses, la goutte, le rhumatisme, la syphilis (Trousseau, Fournier), la tuberculose où elle se montre fréquemment comme symptôme initial, alors que les lésions anatomiques sont encore à leur minimum. Dans un dernier groupe, nous placerons les névroses, l'hystérie en particulier, et les affections du système cérébro-spinal.

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

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

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

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

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

Il n'est pas rare d'observer, dans le cours du repas, une distension très marquée de l'estomac, forçant le malade à desserrer ses

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

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

Les malades accusent fréquemment des palpitations ou des intermittences du pouls (1), de l'essoufflement, de la dyspnée, de la toux. Mais de ces troubles fonctionnels éloignés ce sont de beaucoup les phénomènes nerveux qui sont les plus importants : céphalalgie, insomnie, troubles nerveux, névralgies intercostales (Beau), anesthésie (Beau, Trousseau), amblyopie et dyschromatopsie (Chomel, Landolt), bourdonnements d'oreilles, troubles de calorification (refroidissement des extrémités avec bouffées de chaleur à la face). Le vertige (*vertigo a stomacho læso seu per consensum ventriculi*, Trousseau) s'observe fréquemment et varie beaucoup de caractère, bien que la forme *giratoire* soit l'une des plus fréquentes. Il se produit souvent au

(1) Voy. plus haut, *dilatation cardiaque*, et plus loin, *maladies du foie et du péritoine*, pour la pathogénie de ces troubles circulatoires.

moindre mouvement; l'action de se lever, de marcher ou de s'asseoir suffit pour le provoquer. On peut l'observer aussi dans la période digestive (un mets qui répugne à l'estomac, une émotion un peu vive suffisent pour le déterminer). D'après G. Sée, le vertige stomacal dépendrait uniquement de l'anémie; pour Luton, il y aurait toujours une impression partie de l'intestin et dépendant de l'inégale tension des gaz en deux points voisins; Jaccoud admet une perturbation du système nerveux central par action réflexe des pneumogastriques. Les troubles de l'intelligence (obtusion et paresse intellectuelles, mélancolie hypochondriaque) sont assez fréquents.

L'état général est variable. Parfois le malade conserve un embonpoint normal (goutteux); le plus souvent le dyspeptique maigrit et, si son état persiste, finit par se cachectiser; les forces diminuent, la peau se décolore, et devient rugueuse par défaut de perspiration, les extrémités ont de la tendance à se refroidir, il se produit des éruptions cutanées (Hardy) et le malade peut succomber. Ces phénomènes sont certainement sous la dépendance de l'anémie globulaire. D'après Beau et Morache, le sang des dyspeptiques serait fort pauvre en fibrine; d'après G. Sée, la déperdition la plus notable qu'il éprouve porte sur le chiffre de l'albumine.

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

DIAGNOSTIC. — La douleur gastralgique est un symptôme si commun chez les dyspeptiques, que Luton n'admet pas la description séparée de la gastralgie et de la dyspepsie : la confusion ne doit pas être faite cependant et sera facilement évitée par la connaissance de la marche des accès douloureux. Avec la gastrite chronique la confusion est plus facile, et cela se comprend aisément : car la limite entre le simple trouble dynamique et les troubles avec lésions anatomiques est forcément indécise dans bien des cas (Raymond). Il est plus facile de distinguer la dyspepsie essentielle de l'ulcère rond et du cancer stomacal, bien que ceux-ci s'accompagnent fréquemment de troubles dyspeptiques dont il faut alors reconnaître la nature (1).

(1) On ne négligera pas, dans les cas embarrassants, de recourir à l'exploration thermométrique locale, M. Peter ayant montré que dans le cancer de l'estomac la température locale peut dépasser la normale de 0,7 à 1,5 (Société clinique de Paris, 1879).

On se rappellera que dans bon nombre de cas la dyspepsie est secondaire, et l'on devra s'attacher à déterminer exactement l'ensemble des conditions au milieu desquelles elle a pris naissance. De ce diagnostic étiologique dépendra le succès de la médication à instituer.

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

Le régime qui convient aux dyspeptiques est très variable : comme le faisait remarquer Trousseau, le plus utile est celui que le malade supporte le mieux. On apportera la plus scrupuleuse attention aux règles hygiéniques aux points de vue de la *quantité* et de la *qualité* des aliments. Le régime lacté, la viande crue, les salaisons, les viandes fumées, sont en général très bien supportés. En règle générale on prescrira une *alimentation mixte* : un régime trop azoté engendrerait de la dyspepsie putride par insuffisance de l'acide lactique; une surcharge de féculents entraînerait la dyspepsie flatulente. Les heures des repas seront soigneusement réglées, chez les enfants notamment; des tétées très rapprochées sont une cause fréquente de dyspepsie par surcharge de l'estomac. L'*exercice musculaire* après les repas est indiqué : mais, comme nous l'avons vu, ne doit jamais être exagéré.

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

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

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

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

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

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

B. TEISSIER. De l'influence des découvertes chimiques et physiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des maladies des organes digestifs (Gaz. méd. de Lyon, 1856). — CHOMEL. Des dyspepsies. Paris, 1857. — MORACHE. Essai sur l'anémie globulaire et ses rapports avec la dyspepsie. Thèse de Paris, 1859. — NONAT. Traité