

des dyspepsies, 1862. — GUIPON. Traité de la dyspepsie. Paris, 1864. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — G. SÉE. Leçons de pathologie expérimentale : Du sang et des anémies, 1867. — Leçons de clinique de l'Hôtel-Dieu. — W. FOX. Diseases of the Stomach in Russell Reynold's System of Medicine, t. II, 1868. — WILLIÈME. Des dyspepsies dites essentielles, leur nature et leurs transformations. Paris, 1868. — BOTTENTUIT. Des gastrites chroniques. Th. de Paris, 1869. — BRINTON. The Diseases of the Stomach. London, 1864, trad. franç. de Riant, 1870. — LASÈGUE. Introduction au traité de Brinton. — LUTON. Art. Dyspepsie, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., 1872. — GUBLER. Cours de la Faculté de médecine de Paris, 1874, et Commentaires du Codex. — VULPIAN. Leçons sur le suc gastrique, 1874. — GALLARD. Clinique médicale de la Pitié, 1877. — RAYMOND. Des dyspepsies. Th. pour l'agrég., 1878. — GUYON. Revue mensuelle de méd. et de chir., 1878. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clin. thérap., 2<sup>e</sup> fasc. Paris, 1879. — LEVEN. Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1879. — DAMASCHINO. Maladies des voies digestives. Paris, 1880.

## DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC.

Les médecins des premiers âges avaient parfaitement connaissance de la dilatation de l'estomac, et les anatomistes des seizième et dix-septième siècles nous en ont transmis de nombreuses et bien curieuses observations; on peut même dire que, dans la première moitié de notre siècle, J. Frank, Duplay, Canstatt, Cruveilhier, etc., en ont fait une description méthodique portant aussi bien sur les causes qui pouvaient lui donner naissance, que sur les altérations qui en étaient la suite. Quoi qu'il en soit, et pour des motifs difficiles à saisir, la dilatation de l'estomac fut presque complètement oubliée pendant près de trente ans, et il ne fallut rien moins que le grand mémoire de Küssmaul sur l'usage de la pompe stomacale, pour réveiller l'attention des observateurs et susciter la production de travaux importants qui ont remis cette intéressante affection en pleine lumière. Parmi eux, il faut signaler surtout les recherches de Luton, Hilton-Fage, Leven, Sée, Dujardin-Beaumetz, et les deux monographies de Penzoldt et de H. Thiébaud (de Nancy) auxquelles nous aurons à faire de nombreux emprunts.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Les causes de la dilatation stomacale ne sont point toujours d'une interprétation aisée; et si l'on éprouve peu d'embarras à admettre l'*ectasie stomacale secondaire* ou mécanique, celle, en d'autres termes, qui se produit par le fait d'un obstacle s'opposant au cours des matières à travers l'orifice pylorique, les hésitations commencent lorsqu'il s'agit de faire le départ des *ectasies primitives* (1), d'établir leurs rapports avec les

(1) Tandis que Dujardin-Beaumetz assimile entièrement la dilatation de l'estomac à la dyspepsie flatulente ou atonique, Bernheim fait de l'ectasie ventriculaire une maladie primitive essentielle. Lancereaux et Jaccoud partagent la même manière de voir.

dyspepsies, de saisir leur mécanisme. L'avenir apportera sans doute des éclaircissements et des modifications à nos classifications d'aujourd'hui; toutefois, il semble qu'en l'état de nos connaissances, et après étude rigoureuse des faits recueillis, on puisse diviser en trois grandes catégories les conditions étiologiques de cette maladie. En effet, il y a : 1<sup>o</sup> les dilatations mécaniques proprement dites, ou par obstruction pylorique; 2<sup>o</sup> les dilatations par altération des parois du ventricule qui ne peuvent plus résister à la distension; 3<sup>o</sup> enfin, les dilatations par parésie primitive ou purement fonctionnelle de l'élément contractile.

Dans la première catégorie, nous rangeons les dilatations consécutives au rétrécissement de l'orifice pylorique : rétrécissement cancéreux, fibreux (Cruveilhier), cicatriciel (Dujardin-Beaumetz), par compression ou par corps étrangers (noyaux de cerise, hydatides (Jodon), rein flottant, rétrécissement spasmodique du sphincter pylorique, conséquence possible d'ulcérations superficielles de la muqueuse, ainsi que Küssmaul en a rapporté des exemples). La dilatation des gros mangeurs, ou par surcharge de l'estomac, rentre aussi dans cette catégorie de faits; ainsi que l'ectasie par adhérence périphérique du viscère (Mauchart).

Les dilatations par *altération primitive* des parois stomacales comprennent surtout les cas d'ectasie survenus dans le cours d'une dyspepsie ou d'un catarrhe muqueux de l'estomac (Oppolzer, Hirsch, Leven); que ce catarrhe soit primitif, comme chez les alcooliques, (Leven) ou qu'il soit consécutif à une affection cardiaque (cas de Bernheim). Cette catégorie de faits comprend la plupart des observations décrites autrefois par Chomel sous le nom de *dyspepsie des liquides*. A elle aussi se rapportent les dilatations qui succèdent à une inflammation traumatique propagée de la séreuse péritonéale à la tunique musculaire sous-jacente (faits aigus de Gross et de Kœberlé).

Peut-être même faut-il attribuer à une cause identique les dilatations stomacales si fréquentes pour certains auteurs (Louis, Bernheim), au début ou dans le cours de la tuberculose pulmonaire. Quant à l'influence de la goutte et du rhumatisme, bien qu'elle ne puisse être révoquée en doute, son mécanisme n'est point encore saisissable.

Enfin, la troisième série de faits comprend les cas de parésie primitive observés chez certains névropathes ou hystériques, et surtout chez les vieux hypochondriaques, et les dilatations d'ordre probable-

ment réflexe qui sont susceptibles de se développer à la suite d'une altération d'un organe voisin (foie, intestin, etc.) (1).

La dilatation de l'estomac est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 14 à 5 (Hirsch), et, de l'avis de tous les auteurs, plus commune surtout de trente à quarante ans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques qui accompagnent et caractérisent la dilatation de l'estomac, varient avec les causes qui lui ont donné naissance; mais si l'on fait abstraction de ces altérations connexes, pour considérer seulement les altérations appartenant en propre à l'ectasie ventriculaire, il ressort des rares faits bien étudiés, et dont on a pu faire l'autopsie, que les altérations spéciales à la maladie portent : 1° sur la tunique musculaire; 2° sur la membrane muqueuse.

Les lésions de la couche musculaire sont représentées quelquefois par un amincissement considérable de la couche contractile (forme atrophique de Cruveilhier et de Naumann), plus souvent par un épaissement marqué de cette couche. D'après H. Thiébaud, cet épaissement tient à une *hypertrophie quantitative* des fibres musculaires dont l'intégrité intrinsèque a d'ailleurs été plusieurs fois constatée. Ces différences résulteraient uniquement, d'après Mitterbacher, de la brusquerie ou de la lenteur avec laquelle la dilatation se serait produite. L'hypertrophie est parfois assez marquée au niveau du sphincter pylorique pour être nettement perçue par la palpation à travers les parois abdominales.

La muqueuse, de son côté, a subi un certain nombre de modifications importantes : l'épithélium est généralement détruit; il peut avoir disparu sur toute la surface du viscère. Quant aux glandes, lorsqu'elles n'ont pas disparu, elles sont le siège d'une augmentation de volume, et d'une altération particulière des cellules à pepsine, dont le noyau s'offre très apparent à la vue, au milieu d'une masse protoplasmique à bords irréguliers et en voie de fragmentation (molécularisation cellulaire de Mathias Duval). Le tissu cellulaire sous-muqueux est hyperplasié et les vaisseaux qui le sillonnent, loin d'être sclérosés, comme on l'avait soutenu d'abord, sont généralement dilatés.

Quant à la dilatation elle-même, elle porte habituellement sur la

(1) On arrivera prochainement sans doute à faire, pour les dilatations réflexes de l'estomac, ce qui a été fait pour les dilatations réflexes du cœur. Les récentes recherches physiologiques qui touchent à l'innervation du ventricule favoriseront considérablement ce résultat.

grande courbure dont la situation varie dans la cavité abdominale, suivant le degré de l'ectasie : les faits ne sont pas rares où elle a été vue descendre jusqu'au niveau du pubis. Dans la majorité des cas, elle s'étend jusqu'au-dessous de l'ombilic et mesure en moyenne de 60 à 80 centimètres de longueur. Fait important, depuis longtemps du reste observé par Lieutaud, un des premiers effets de la dilatation stomacale est de rapprocher et de ramener sur le même plan horizontal les deux orifices de la cavité gastrique.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — La dilatation stomacale se traduit par un certain nombre de signes physiques dont la réunion est caractéristique. Parmi les plus importants on compte : le gonflement de la région épigastrique avec sonorité tympanique de la zone pré-stomacale, et perception par la succussion du malade d'un bruit de *glou-glou*, ou mieux encore d'un bruit de *clapotement* (1) par la palpation brève, par l'ébranlement rapide de la région de l'épigastre. L'auscultation permet aussi de reconnaître pendant l'ingestion des liquides, l'existence d'un bruit de chute qui ne se perçoit pas à l'état normal.

Quant aux *troubles fonctionnels*, ils se déduisent aisément des perturbations mécaniques apportées dans l'acte de la digestion par la dilatation ventriculaire. Le séjour prolongé des aliments entraîne une pesanteur épigastrique avec dégagement de gaz putrescibles dont la présence va déterminer une série de phénomènes dyspeptiques qui se traduisent par de la gastralgie, de la gêne dans l'épigastre, des renvois avec éructation, et finalement des vomissements. Ces vomissements, qui contiennent des peptones, des liquides très acides mais pas de pepsine, rendent compte du dépérissement marqué qui accompagne en général la dilatation de l'estomac. Ces vomissements présentent ceci de particulier qu'ils contiennent souvent des substances ingérées plusieurs jours auparavant, à l'exclusion des mets introduits au dernier repas. Louradour-Ponteil explique ce fait, en apparence paradoxal, par les différences de densité qui entraînent au fond du ventricule les aliments récemment absorbés.

Dans quelques cas plus rares, les vomissements sont colorés par le sang, parfois même ils sont complètement sanguins. La consti-

(1) Le bruit de glou-glou obtenu par la succussion est le fait du brassement des liquides contenus dans l'estomac avec les gaz qui y sont renfermés. C'est donc un bruit hydroaérique. Sa valeur n'est point absolue. Plus sérieuse sans contredit est la perception du clapotement qui est simplement la mise en vibration de la couche supérieure d'une nappe liquide.

pation est la règle, mais elle est interrompue parfois par des débâcles diarrhéiques. Comme dans la dyspepsie invétérée, la dilatation stomacale peut engendrer des troubles nerveux profonds : troubles de la sensibilité générale, hypochondrie, nervosisme; Küssmaul a même cité des crampes musculaires et des crises épileptiformes.

Leubé, Penzoldt, Ziemssen, ont conseillé de recourir à l'usage de la sonde pour déterminer non seulement l'existence mais le degré de la dilatation. Pour Ziemssen, la dilatation physiologique ne cesse que lorsque la sonde peut pénétrer à 70 centimètres. Ce genre d'exploration n'est point tout à fait inoffensif; des accidents en ont été la conséquence; on peut ajouter qu'il est loin d'être indispensable.

H. Thiébaud a construit un appareil très simple qui supplée avantageusement la sonde exploratrice; il n'a pas ses inconvénients et peut donner la mesure exacte du degré de la dilatation.

La dilatation en elle-même est donc d'un diagnostic facile; moins aisé assurément est d'en déterminer le point de départ. Aussi, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un fait de ce genre, il sera de toute nécessité de passer successivement en revue toutes les causes susceptibles d'engendrer l'ectasie; on ne s'arrêtera au diagnostic de dilatation primitive qu'après élimination méthodique de toutes les causes pathogéniques communes. D'après Küssmaul et Lancereaux, la dilatation primitive d'origine parétique se distingue par l'absence de contractions spontanées de l'organe, sous l'influence de l'excitation mécanique.

Aiguë dans la minorité des faits : traumatisme, contusion violente, (Miller, Humby, Erdmann, Andral), la dilatation est habituellement chronique, sa marche est longue, sa durée indéterminée. Mal soignée ou abandonnée à elle-même, elle peut conduire à la cachexie gastrique et à la mort.

**TRAITEMENT.** — Le traitement de la dilatation stomacale est tout à la fois médical et chirurgical, ce dernier devant être réservé pour les cas extrêmes.

Le traitement médical est diététique et pharmaceutique. Le genre d'alimentation recommandé au malade peut, en effet, être d'un puissant secours pour la guérison. Ici l'indication est formelle; conseiller les aliments légers, viandes grillées, poissons, volailles, œufs frais, jambon fumé, etc.; proscrire les matières grasses et sucrées, ainsi que les aliments féculents dont la digestion entraîne un développement gazeux exagéré. On ordonnera avec avantage les

purées de viande ou de légumes, aliments en quelque sorte hygro-métriques, avides d'eau et susceptibles d'entraîner par leur passage dans l'estomac les matériaux liquides accumulés dans le cul-de-sac dilaté.

On prescrira en même temps à l'intérieur, des amers, quelques alcalins, et spécialement les médicaments propres à réveiller la contractilité musculaire : noix vomique, gouttes amères de Beaumé, etc. L'usage du tabac sera restreint autant que possible, et les douches froides, locales ou générales, recommandées avec profit.

L'inefficacité de ces remèdes une fois bien constatée, on sera autorisé à recourir au lavage de l'estomac, médication bien tolérée lorsqu'elle est faite avec modération et prudence, et qui produit parfois de rapides et excellents résultats. En purgeant l'estomac des détritiques qui l'encombrent, en débarrassant la muqueuse des sécrétions alcalines qui empêchent les sucs digestifs d'arriver au contact des aliments, cette méthode permet de nourrir facilement le malade, soulage ses douleurs, tarit ses vomissements et rend la nutrition véritablement effective.

Le lavage doit être fait d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau légèrement alcalinisée. Jusqu'à présent le tube-siphon de Fauché est l'appareil le plus pratique que nous ayons à notre disposition.

J. FRANK. Prax. med. univ precepta, 1830. — DUPLAY. Arch. gén. de méd., 1833. — NEUMANN. Handbuch der med. Klinik, 1834. — CANSTATT. Schmidt's Encyklop., 1841. — CRUVEILHIER. Trait. d'anat. path., 1852. — OPPOLZER. Erweiterung des magens mit Erbrechen von Sarcina, 1863. — KUSSMAUL. Traitement de la dilat. de l'estomac, in Arch. gén. de médecine, 1870. — LUTON. Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1871. — HILTON FAGE. On acute Dilatation of the Stomach (Guy's Hospital Rep., 1873. — PENZOLDT. Die Magen Erweiterung, eine klin. studie. Erlangen, 1875. — LE POIL. Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac, th. Paris, 1877. — ZIEMSEN. Handbuch der speciellen Pathologie, 1878. — RAYMOND. Des dyspepsies Th. conc., 1878. — LEVEN. Traité des maladies de l'estomac, 1879. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Clin. therap., 1879. — LAFAGE. Traitement de la dilatation par le lavage. Th. de Paris, 1881. — FAUCHÉ. Du lavage de l'estomac. Th. de Paris, 1881. — G. SÉE. Des dyspepsies gastro-intestinales. Paris, 1881. — LÉCHAUDÉL. Dilatation spontanée de l'estomac. Th. Paris, 1881. — THIÉBAUD. De la dilatation de l'estomac. Thèse de la Faculté de Nancy. Paris, 1882.

## GASTRALGIE.

Synonymie : *Gastrodynie, cardialgie, crampe d'estomac.*

La *gastralgie* est la névrose douloureuse de l'estomac (Axenfeld).

**DESCRIPTION.** — La *gastralgie* varie d'intensité, de siège, de

L. et T. — Path. et clin. méd.

III. — 33

durée. Annoncée [quelquefois par des symptômes prodromiques : ptyalisme, nausées, vomissements pituiteux, elle débute en général très brusquement. Il est rare qu'elle se réduise à une sensation de malaise vague et pénible ; le plus souvent, c'est une souffrance aiguë lancinante ou déchirante, constrictive ou angoissante ; parfois la douleur ressemble à une morsure, à une brûlure, à une crampe. Le malade éprouve des sensations bizarres de froid glacial, de formication, de reptation, et toutes ces sensations douloureuses ou anormales peuvent se remplacer d'une attaque à l'autre ou se succéder pendant la durée du même accès (Barras). En même temps l'épigastre se tend et se ballonne, ou, ce qui est plus fréquent, se rétracte comme si la paroi abdominale allait s'accoler à la colonne vertébrale. L'agitation et l'anxiété du malade sont considérables, ses extrémités se refroidissent et il ne cesse de se plaindre et de gémir. La douleur est parfois si forte, qu'elle amène des défaillances, du délire, des convulsions (Schmidtman), la syncope (Guipon). Bien que le pouls puisse rester normal, on observe plus souvent la petitesse, la concentration, des intermittences. La langue reste nette.

La douleur gastralgique siège au niveau de l'appendice xiphoïde, s'irradie dans les hypochondres ou dans l'abdomen (*entéralgie*), remonte le long de l'œsophage. Il n'est pas rare de constater son maximum le long de la colonne dorsale (Grisolle). La pression à l'épigastre, si elle a lieu sur une petite surface, avec le doigt par exemple, exaspère la douleur ; elle la calme au contraire si elle est exercée avec la paume de la main. L'ingestion des aliments apaise également la douleur par pression *intérieure* (Romberg) ; dans quelques cas pourtant elle la réveille.

L'accès cardialgique varie, comme durée, de quelques minutes à plusieurs heures ; il cesse brusquement ou bien se dissipe lentement après quelques bâillements et quelques renvois d'un gaz inodore, laissant les malades plus ou moins abattus et courbaturés. Dans l'intervalle des accès la santé paraît généralement parfaite.

A ces symptômes constants de la névralgie, il faut en ajouter d'autres qui accompagnent l'accès ou qui persistent en dehors de lui : l'anorexie, la polydipsie, la pneumatose stomacale, les vomissements, la boulimie et les perversions du goût les plus bizarres (*malacia* et *pica*), l'intolérance pour les aliments de digestion en apparence facile, et la tolérance des mets réputés indigestes. Piorry a signalé aussi, sous le nom d'*oxygastrie*, l'acidité anormale du suc gastrique et la fermentation acide des ingesta. Du côté du sys-

tème nerveux, on observe parfois du vertige (*vertigo a stomacho læso* de Trousseau), des hallucinations, de la dyspnée, des palpitations, des battements épigastriques, des névralgies intercostales ou autres.

Enfin, comme complications, il faut signaler la dyspepsie, l'ictère (Axenfeld), dus sans doute à la névralgie concomitante des nerfs du foie, un état névropathique spécial se traduisant surtout par l'*hypochondrie*.

La gastralgie a une durée très variable : elle peut persister des années. Elle présente alors des rémissions plus ou moins complètes et prolongées. Lorsqu'elle est sous la dépendance de la malaria, elle peut affecter un type intermittent régulier.

ÉTIOLOGIE. — La gastralgie est parfois héréditaire : c'est une maladie de la jeunesse atteignant de préférence les individus à tempérament nerveux et surtout les femmes ; elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes.

Toutes les causes qui sont susceptibles d'irriter la muqueuse gastrique peuvent donner naissance à la névralgie : écarts de régime, défaut et insuffisance d'alimentation, excès de table, usage abusif de boissons stimulantes (alcool, café, thé) : il en est de même de certains médicaments dont l'usage est trop prolongé (balsamiques, bicarbonate de soude, sulfate de quinine), de la présence des entozoaires, lombrics ou ténias. L'influence des saisons, des climats, des changements de température est loin d'être nettement démontrée.

Certaines gastralgies reconnaissent pour causes les passions vives, les émotions dépressives, les fatigues d'esprit et les veilles prolongées. D'autres sont imputables à cette *faiblesse irritable* que l'on voit survenir dans l'hystérie, la chlorose, l'anémie, la tuberculose, la lactation prolongée, l'onanisme, etc. Nous avons signalé certaines formes comme dépendant de la malaria : d'autres sont en rapport avec le saturnisme, le mercurialisme, la diathèse arthritique, et plus particulièrement cette forme spéciale de rhumatisme qui, se développant chez les individus nerveux, a le singulier privilège de mettre en jeu toutes les susceptibilités nerveuses (Leclère, Huchard).

Les affections des organes génitaux chez la femme, grossesse, métrites, troubles de la menstruation, sont des causes très fréquentes de gastralgie.

Nous devons signaler enfin les gastralgies *symptomatiques* d'une

lésion stomacale (en particulier l'ulcère simple), des tumeurs qui intéressent le pneumogastrique et le sympathique dans une portion quelconque de leur trajet, ou de lésions de l'axe cérébro-rachidien (crises gastriques de l'ataxie locomotrice); et enfin celles qui témoignent d'une irritation sourde entretenue au niveau de la naissance de l'aorte (Potain) soit par une altération d'orifice (insuffisance aortique), soit par une dilatation anévrysmale.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Comme celle de toutes les névroses, elle présente encore beaucoup d'obscurités. Les lésions des nerfs de l'estomac, bien que probables, n'ont pas encore été démontrées. Romberg a fait une étude approfondie des différences symptomatiques qui se produisent suivant que l'irritation hyperesthésique atteint le vague ou le sympathique. Au premier cas appartiennent ces réflexes que nous avons signalés dans la description de la maladie : palpitations, dyspnée, boulimie, tendance syncopale, etc. ; au second, les congestions de la face et du cerveau, les paralysies vaso-motrices d'un côté du corps, le vertige stomacal. Malheureusement ces accidents divers coexistent souvent ou se succèdent chez le même malade rendant ainsi ces distinctions un peu subtiles.

Le professeur Jaccoud a observé la gastralgie par *réduction d'une varicocèle* occasionnant une augmentation de pression dans les veines abdominales et la compression du *plexus solaire*.

L'enchevêtrement des fibres sensitives et motrices rend parfaitement compte des *crampes musculaires* qui se produisent pendant l'accès et peuvent même le constituer uniquement. Les fibres motrices ou les fibres sensitives peuvent être atteintes isolément, comme le prouvent bien les vomissements incoercibles qui ne s'accompagnent pas de douleurs et les crises douloureuses sans vomissements (Axenfeld).

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — On devra d'abord s'appliquer à chercher si la gastralgie est *symptomatique* ou *idiopathique*.

La *colique hépatique* peut simuler la gastralgie ; le fait est même fréquent chez la femme, surtout lors des premières manifestations de la lithiase biliaire ; dans la colique hépatique toutefois la douleur, tout en présentant le point épigastrique, s'étend dans l'hypochondre droit et tend à s'irradier dans l'épaule, elle est de plus facilement réveillée par la pression et s'accompagne fréquemment d'ictère.

Le *rhumatisme musculaire* du grand droit et l'*hyperesthésie*

musculaire que Briquet a signalée chez les hystériques se distinguent par leur siège superficiel, la douleur que réveille la palpation ou la contraction du muscle, l'absence de troubles gastriques.

Le diagnostic avec la *gastrite* est plus difficile : il sera basé sur l'anorexie, l'état saburral des voies digestives, la fièvre, les caractères de la douleur. L'*ulcère simple* ne pourra quelquefois être distingué de la gastralgie qu'après l'apparition des hématomés : une étude attentive de tous les symptômes autres que la douleur permettra en général d'éviter l'erreur. Quant au *cancer*, il est rare qu'il affecte la forme cardialgique.

Le pronostic est favorable en ce sens que la gastralgie en elle-même ne cause jamais la mort ; il ne faut pas cependant perdre de vue l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur la nutrition et sur les fonctions psychiques.

TRAITEMENT. — L'examen étiologique est de la plus haute importance dans le traitement de la gastralgie ; il n'est pas rare en effet de la voir disparaître par la suppression des causes qui la produisent (écarts de régime, entozoaires, affections utérines, etc.), ou par la modification qu'une médication rationnelle ne manque pas d'imprimer à certains états diathésiques (arthritisme, chlorose, anémie, intoxication palustre, etc.).

En dehors de ces indications, le traitement est purement *symptomatique*. Les crises cardialgiques seront calmées par les narcotiques : l'opium et surtout les injections sous-cutanées de morphine ont souvent l'effet le plus rapide ; la belladone, la jusquiame, la ciguë, apaisent également la douleur, mais moins rapidement. Les boules d'eau chaude à la région épigastrique suffisent parfois pour calmer les crampes les plus douloureuses, la chaleur agissant sur les muscles de la vie végétative comme l'électricité sur ceux de la vie de relation (Gubler). Dans les cas les plus rebelles on aura recours aux inhalations d'éther et de chloroforme.

En général, on retirera les plus grands avantages de l'emploi des antispasmodiques : bromure de potassium, musc, valériane, médicaments *cyaniques* (cyanure de potassium et de zinc, acide cyanhydrique médicinal).

SCHMIDTMANN. Summa observ. med. Berlin, 1826. — BARRAS. Traité des gastralgies et des entéralgies, 1827. — ROMBERG. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1850. — AXENFELD. Névroses, in Pathologie de Requin, t. IV, 1863. — GUBLER. Cours de la Faculté de médecine, 1874. — GUENEAU DE MUSSY. Leçons de clin. médicale,

1874. — PETER. Colique hépatique pseudo-gastralgic. Journ. de méd. et de chirurg. prat., 1875. — G. SÉE. Dyspepsies gastro-int. Paris, 1881. — GRISOLLE, TROUSSEAU. Clinique médicale. — JACCOUD. Op. cit. — RAYMOND. Des dyspepsies. Th. d'agrégation, 1878.

## MALADIES DE L'INTESTIN

## ENTÉRITE.

L'entérite est l'inflammation catarrhale de la muqueuse intestinale. Elle est *aiguë* ou *chronique*. Elle peut coïncider avec le catarrhe de l'estomac (*gastro-entérite*), s'étendre à la fois à l'intestin grêle et au gros intestin (entéro-colite), ou enfin se localiser dans une portion de l'intestin (duodénite, typhlite, rectite, etc.).

ÉTIOLOGIE. — L'entérite est une maladie de tous les âges, elle est fréquente surtout chez les enfants. Chez ceux-ci elle reconnaît pour causes principales : la dentition (Trousseau), l'alimentation par un lait de mauvaise qualité ou non en rapport avec leurs facultés digestives, le sevrage; chez l'adulte, sa cause la plus commune est également une alimentation excessive ou de mauvaise qualité : aliments gras ou altérés, fruits verts, viandes fumées, poissons gâtés, etc. Les purgatifs, les drastiques surtout, peuvent avoir une action identique; il en est de même des balsamiques et de certains narcotiques, colchique, ciguë, aconit, qui déterminent des gastro-entérites parfois très intenses. L'indigestion est souvent son point de départ.

Les affections locales de l'intestin, les polypes, le traumatisme et les corps étrangers, les vers intestinaux, les occlusions par torsion, invagination, matières fécales durcies, etc., peuvent donner naissance à une entérite limitée ou étendue. Les désordres des organes voisins peuvent agir de la même façon (rectite dans le cancer de l'utérus, etc.).

Les émotions morales vives, la joie, la peur, l'impression du froid, donnent lieu, par trouble de l'innervation vaso-motrice, à des diarrhées dans lesquelles une part revient toujours à l'inflammation. Les fièvres éruptives, les brûlures, l'érysipèle, toutes les affections cutanées qui intéressent une large portion du tégument externe provoquent quelquefois des entérites (1).

(1) On sait qu'en supprimant chez un animal les fonctions cutanées au moyen du vernissage on amène la production d'une diarrhée albumineuse (expériences de Fourcault et de Balbiani).

Nous avons signalé déjà les inflammations catarrhales du tube digestif par élimination à la surface de la muqueuse digestive de l'urée (Luton, Treitz, Lancereaux) chez les brightiques, de l'acide urique chez les goutteux. Les maladies dyscrasiques et les pyrexies, l'infection purulente, la tuberculose, les fièvres ataxo-adiynamiques, sont presque constamment accompagnées de catarrhe intestinal.

Enfin la stase veineuse dans le système de la veine porte, à la suite de maladies du foie, d'hémorroïdes, de lésions cardio-pulmonaires, est une source fréquente d'entérites.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Forme aiguë*. — Ici comme dans toutes les autres inflammations du tube digestif, l'hyperhémie, si elle est légère, peut ne pas laisser de traces après la mort; lorsqu'elle est plus intense, elle se traduit par une dilatation du réseau vasculaire sous forme de fines arborisations, par la tuméfaction et le ramollissement de la muqueuse. Souvent dans la portion de l'intestin qui est enflammée (généralement c'est le côlon ou la portion terminale de l'intestin grêle), on voit les glandes de Brünner, les plaques de Peyer et les follicules clos, entourés d'une auréole vasculaire, faire saillie à la surface de la muqueuse. Les follicules clos apparaissent comme des points noirs rappelant l'apparence d'une barbe fraîchement rasée (Smith), ou bien ils sont blanchâtres, confluent (*psorentérie*), comme si la muqueuse était parsemée de grains de sable (Habershon). Plus rarement on observe des exulcérations peu profondes à la surface intestinale, ou bien de petits orifices cratéri-formes qu'en considération de leur siège Rokitansky a dénommés *ulcères folliculaires*.

En même temps l'épithélium en se desquamant donne naissance à un mucus opaque et visqueux, parfois puriforme. Lorsque l'hyperhémie atteint son maximum d'intensité, elle donne naissance à des formations pseudhyméniques (Förster) qu'il ne faut pas confondre avec les plaques du *muguet* dont la présence a été constatée par M. Parrot jusque dans le gros intestin.

En général, le tissu sous-muqueux n'est pas atteint par la phlogose; cependant dans les formes intenses il peut s'infiltrer de sérosité; Becquerel a même signalé un cas d'infiltration purulente des tuniques du duodénum.

La séreuse péritonéale échappe le plus souvent à l'inflammation de voisinage; mais les ganglions mésentériques sont presque constamment hyperhémisés.

*Forme chronique*. — Elle atteint presque exclusivement le gros