

les purgatifs salins ou les laxatifs dont l'usage prolongé peut entretenir la dyspepsie, tels que la rhubarbe, l'aloès, le cascara sagrada, etc.... On combattra directement la constipation au moyen de *graines inertes* (graines de psyllium), au moyen des *lavements* (glycérinés ou huileux) et surtout du *massage* qui, pratiqué méthodiquement et pendant un temps suffisamment prolongé, peut vaincre la constipation, même lorsque celle-ci date de plusieurs années.

Au massage on associe les *grands lavages de l'intestin*, les *lavements d'huile pure* (200-500 gr. d'huile d'olives tiède) et l'emploi de l'*huile de ricin*, à doses laxatives (une ou deux cuillerées à café).

La *diarrhée* est moins fréquente que la constipation chez les dyspeptiques; elle peut d'ailleurs être la conséquence de la constipation, ce dont il est facile de s'assurer, car elle survient alors sous forme de débâcles, et l'on trouve au milieu des matières liquides des scybales noirâtres. Cette diarrhée cède aux lavages intestinaux et aux moyens employés contre la constipation.

Quant à la diarrhée habituelle, elle s'observe surtout chez les hypopeptiques avec fermentations acides, tandis qu'elle est exceptionnelle chez les hyperpeptiques. D'ailleurs, nous l'avons dit, la constipation est également fréquente chez les hypopeptiques, sans que l'on puisse expliquer pourquoi chez tels hypopeptiques la constipation prédomine et chez d'autres la diarrhée.

Le traitement de la diarrhée des dyspeptiques comporte les mêmes restrictions que celui de la constipation chez ces malades, c'est-à-dire qu'il faut être sobre de médicaments chez eux. Le *régime lacté* ou le *régime képhirique* suivant les cas, mieux encore le régime mixte lacto-féculent, avec suppression des œufs et de la viande, l'*acide lactique*, sont les moyens qu'il conviendra d'employer. On évitera l'emploi des antiseptiques intestinaux (naphtol, bétol, salicylate de bismuth), qui n'ayant aucune action sur la cause de la diarrhée ne peuvent parvenir à l'enrayer et qui ont d'ailleurs sur les fonctions gastriques une action que nous avons déjà eu l'occasion de signaler.

D'après Glénard, l'*entéroptose* serait une cause fréquente de dilatation. Il est certain que l'on observe fréquemment la coexistence de la dilatation et de l'entéroptose, mais les relations de cause à effet de ces troubles statiques ne sont pas aussi nettes que le pense Glénard. M. Hayem pense que dans bien des cas la dilatation ou plutôt la dislocation de l'estomac, avec ou sans dilatation (sous l'influence des déformations produites par le corset ou des grossesses répétées), est le phénomène primitif; l'entéroptose ne serait que secondaire. (Voir le chapitre des gastropathies d'origine statique.)

En tous cas, lorsque l'on constate l'entéroptose, on doit conseiller aux malades le port d'une ceinture, de la *sangle de Glénard* et la pratique du *massage intestinal*.

De même, il est difficile actuellement d'expliquer, d'une façon satisfaisante, l'influence du *rein mobile* sur l'estomac; on sait que les malades dont le rein est déplacé ont très souvent des crises gastriques.

Ici, l'emploi d'une *ceinture abdominale avec pelote* est également indiqué, mais il s'en faut que les crises gastriques disparaissent toujours après l'emploi

des moyens de contention, ce qui prouve que la question est complexe et que le traitement des troubles gastriques ne doit pas être négligé.

On admet communément que les dyspepsies retentissent sur le foie, et l'on a décrit la *congestion hépatique*, la *cirrhose* d'origine gastrique (Hanot et Boix); les produits toxiques provenant de l'estomac et charriés par la veine porte viendraient léser le foie. Cette explication est plausible, mais l'on peut se demander également si les mêmes causes qui agissent sur l'estomac, pour en altérer la structure et en troubler le fonctionnement, n'agissent pas simultanément et directement sur le foie.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'on constate un gros foie, lorsque les urines contiennent de l'urobiline en abondance, il est indiqué de soumettre les malades au *régime lacté*. Ultérieurement un séjour à *Carlsbad* ou à *Vichy* complètera le traitement.

Les *troubles respiratoires* sont rares chez les dyspeptiques. La dyspnée, conséquence de la distension gazeuse de l'estomac, disparaît quand un traitement approprié est parvenu à triompher de cette distension. Quant à la toux gastrique, phénomène réflexe que l'on observe parfois chez les névropathes, on pourra la combattre par l'emploi du *maillot humide* et de la *belladone*.

Les *troubles cardio-vasculaires* sont au contraire fréquents et méritent quelques développements. Les *troubles fonctionnels du cœur, d'origine digestive, sont souvent d'origine médicamenteuse, ils guérissent avec la suppression des médications intempestives, sous la seule influence de la diététique et des agents physiques*, ce qui justifie cette affirmation de Sydenham que « dans les maladies, certains symptômes sont moins l'effet du mal que des remèdes ».

La connaissance des troubles fonctionnels du cœur est d'origine ancienne; même avant Stokes, qui le premier appela nettement l'attention sur eux, on trouve dans les auteurs du XVII^e siècle quelques brèves indications prouvant que l'origine fonctionnelle de certains de ces troubles ne leur avait pas échappé. Sénac, en 1749, admet que l'estomac peut causer des palpitations, qu'il est même une des causes les plus ordinaires de ce trouble; il en esquisse d'ailleurs la pathogénie, et l'on trouve dans ses écrits une ébauche des théories mécanique, réflexe, toxique; en effet, il émet l'opinion que les palpitations peuvent procéder d'une influence mécanique par *réplétion exagérée de l'estomac*, d'une action réflexe, *les nerfs pouvant être mis en jeu par l'action qui suit la plénitude de l'estomac*, ou bien être d'origine toxique, lorsque *l'estomac ne se vide pas aisément, que les aliments y prennent de mauvaises qualités*.

En 1768, Sauvages (*Nosologia medica*) parle de la syncope gastrique. C'est à Stokes que l'on doit les premiers exemples bien significatifs de troubles cardiaques d'origine gastrique. Cet auteur cite le cas d'une femme qui éprouvait des « palpitations violentes et extraordinaires, revenant sous forme d'accès très prolongés, et chez qui plusieurs médecins avaient diagnostiqué une affection valvulaire d'une haute gravité, en raison de l'existence d'un bruit de souffle très fort perçu à la région précordiale ». Cette malade guérit complètement et l'on ne put notamment retrouver chez elle, plusieurs années après le premier examen, le souffle qui avait été constaté, car la malade était parvenue à faire disparaître chaque crise de palpitations en s'administrant un vomitif.

Les auteurs de la seconde moitié du siècle dernier ont tous signalé les troubles cardiaques d'origine gastrique, notamment Chomel (1857), Beau (1866), Potain (1878), Teissier, Barié, Iluchard, etc.... « Le malade entré cardiaque dans votre cabinet en sort dyspeptique », avait coutume de dire G. Sée.

Si l'état dyspeptique crée les troubles cardiaques, il n'en est pas moins vrai que, le