

plus souvent, la dyspepsie n'agit que comme cause provocatrice de ces troubles chez un sujet prédisposé par le nervosisme héréditaire.

Cette cause prédisposante se retrouve d'ailleurs à l'origine de tous les troubles à distance que l'on observe chez les dyspeptiques, tant il est vrai que l'hérédité nerveuse est la cause des causes, suivant l'expression de Trélat père.

Les troubles cardiaques peuvent se manifester au cours de toutes les gastropathies; mais, ainsi que Lasègue l'avait remarqué, ils sont surtout marqués chez les dyspeptiques qui souffrent peu de l'estomac, dont la gastropathie est plus ou moins latente; ils sont exceptionnels au contraire dans les gastropathies organiques graves, comme l'ulcère et le cancer. Cette particularité est en concordance avec la loi de Lasègue, à savoir qu'une lésion superficielle ou de simples troubles fonctionnels des organes exaltent les réflexes, tandis que les lésions organiques plus ou moins profondes les suppriment. En somme, les troubles cardiaques surviennent d'ordinaire chez les dyspeptiques nerveux, quel que soit le type chimique de la dyspepsie; on les observe également dans les gastropathies d'origine statique, c'est-à-dire la dislocation verticale de l'estomac, les ptoses....

Quant à leur pathogénie, elle paraît complexe; trois théories ont été émises, qu'il suffira de rappeler brièvement :

La théorie mécanique (l'estomac distendu par les gaz refoule le diaphragme et comprime le cœur); la théorie toxique, attribuant les troubles aux poisons qui proviennent des fermentations et qui agiraient sur les centres nerveux ou directement sur le myocarde et les nerfs du cœur; d'autre part, au thé, au café, à l'alcool qui entrent dans l'alimentation; la théorie réflexe, soutenue principalement par Potain qui, prenant en considération la dilatation du cœur droit, l'augmentation de pression dans la petite circulation, admettait que cette augmentation est due à un obstacle à la circulation intra-pulmonaire déterminé par un spasme des capillaires; le point de départ du réflexe serait le pneumogastrique stomacal, déterminant le spasme et par suite l'augmentation de la pression....

Rappelons pour mémoire que Beau attribuait les troubles cardiaques à l'anémie consécutive à la dyspepsie.

De ces diverses théories, la théorie toxique est encore hypothétique; la théorie réflexe est en partie fondée, mais ne peut être généralisée à tous les cas. Dans un grand nombre de circonstances, en effet, les troubles cardiaques sont d'origine mécanique. La distension excessive de l'estomac par des liquides et des gaz agit en refoulant le cœur et peut aller jusqu'à déterminer l'asystolie, ainsi que le prouve une intéressante observation publiée par M. Hayem (*Médecine moderne*, n° 56, 1895). D'ailleurs les résultats du traitement confirment le bien fondé de cette théorie : en combattant la flatulence, en supprimant le régime lacté qui l'exagère lorsqu'il est mal toléré, on obtient le plus souvent la disparition des troubles cardiaques.... *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Ce qui démontre, d'autre part, l'influence du système nerveux dans l'éclosion des troubles gastriques, c'est le fait que l'absorption d'une quantité minime d'aliments ou plutôt de certains aliments peut la provoquer : une cuillerée de bouillon, un fragment d'œuf dur, quelques lentilles peuvent les provoquer; à cet égard on a relevé de nombreuses « idiosyncrasies ».

Rappelons en quelques mots la séméiologie des troubles cardiaques : les palpitations sont à citer en premier lieu, car ce sont elles qui surviennent le plus fréquemment et qui sont les premières en date; communes également sont les modifications du pouls : bradycardie, tachycardie, irrégularités, intermittences. Les palpitations d'origine gastrique se distinguent en ce qu'elles surviennent pendant la période digestive, et principalement pendant la nuit. Elles s'accompagnent de sensations douloureuses à caractères

lancinant ou constrictif, siégeant à la pointe du cœur ou s'irradiant de divers côtés. En même temps que le cœur bat avec violence contre la paroi thoracique, les gros vaisseaux, notamment l'aorte abdominale au niveau de la région épigastrique, sont animés de battements.

Il n'en faut pas plus pour que les malades soient convaincus qu'ils sont atteints d'une affection cardiaque organique et incurable, aussi deviennent-ils promptement neurasthéniques. Du fait de la neurasthénie intercurrente, les troubles gastriques deviennent plus marqués, ce qui exagère encore les palpitations; il y a là un cercle vicieux.

L'arythmie que Lasègue a signalée est consciente ou inconsciente, c'est-à-dire perçue ou non par le malade; dans le premier cas, celui-ci éprouve une brève sensation d'angoisse pendant la suspension.

La tachycardie, la bradycardie sont des phénomènes bien connus, mais qu'il faut rechercher, car ils ne déterminent aucune sensation subjective. La tachycardie est permanente ou paroxystique et s'accompagne dans le premier cas de troubles vasomoteurs : sueurs, bouffées de chaleur.

La bradycardie, plus rare, serait surtout en rapport avec les affections graves de l'estomac.

L'augmentation de tension dans la circulation pulmonaire se traduit par l'accentuation du deuxième ton pulmonaire et aussi par un bruit de galop droit, indice d'un défaut de synchronisme dans l'occlusion des valvules aortiques et pulmonaires; la palpation et l'auscultation le révèlent.

A un degré de plus, le cœur droit fléchit : Potain et ses élèves ont constaté de la dilatation aiguë du cœur droit; l'insuffisance tricuspidiennne. La pathogénie des souffles que l'on peut entendre est sujette à controverse; pour Potain il s'agirait de souffles extra-cardiaques. On peut même observer une véritable asystolie avec cyanose, petitesse du pouls, œdème, diminution des urines (Hayem).

Quant à la pseudo-angine de poitrine, nous ne l'avons constatée que chez de grands névropathes; elle se distingue aisément de l'angine vraie par la longue durée des accès et leur allure moins dramatique, leur relation avec la période digestive, l'état nerveux du sujet, l'absence habituelle de signes d'artério-sclérose, etc.

Le diagnostic des troubles cardiaques est aisé quand les troubles digestifs sont manifestes et ont nettement précédé l'apparition des troubles cardiaques; mais souvent ils sont peu marqués et les troubles cardiaques concentrent l'attention : « chez quelques sujets, les palpitations sont le seul symptôme de la dyspepsie » (Chomel). En pareil cas, on remontera à la source des accidents grâce à un examen et un interrogatoire minutieux et méthodique, en constatant l'absence des causes habituelles de cardiopathie, l'absence de dyspnée permanente, de souffles organiques, etc.

Les divers accidents cardiaques qui viennent d'être mentionnés revêtent une intensité plus grande encore lorsque l'état gastrique retentit non plus sur un cœur sain, mais sur un cœur déjà malade antérieurement, atteint notamment d'une lésion mitrale. Le fait suivant se présente souvent dans la pratique : un malade atteint d'un rétrécissement mitral, par exemple, d'ailleurs parfaitement compensé, se plaint de quelques troubles digestifs, tels qu'éruptions gazeuses, pyrosis, état nauséux; on lui prescrit le régime lacté qui pour beaucoup de médecins résume encore toute la diététique des dyspeptiques. Rapidement se produit une intolérance complète pour le lait qui fermente dans l'estomac, donne lieu à une distension gazeuse excessive de cet organe et l'on assiste alors à des accidents d'asystolie aiguë d'apparence très sérieuse : affolement cardiaque, pouls petit, dyspnée excessive et cyanose, oligurie, etc. La preuve que ces accidents sont bien dus à l'emploi intempestif du régime lacté, c'est qu'il suffit d'en supprimer l'usage, d'instituer un régime composé d'œufs mollets, d'un peu de viande grillée ou rôtie, finement divisée, de quelques purées ou bouillies, et de boissons en