

ciels, le cathétérisme a un double but : d'une part il permet d'alimenter les malades, et d'autre part il conduit à la dilatation progressive du rétrécissement. Toutefois, il est souvent préférable de pratiquer la gastrostomie, ce qui permet de nourrir le malade, et l'on a alors tout le temps de pratiquer systématiquement le cathétérisme de l'œsophage. C'est ce que nous avons fait pour une malade de notre service et le résultat a été excellent.

Quand il s'agit de rétrécissement cancéreux, il faut sans tarder pratiquer une fistule stomacale par laquelle se fait l'alimentation (gastrostomie). En quelques semaines, le malade engraisse de plusieurs kilos et la vie peut se prolonger assez longtemps. J'ai été témoin de plusieurs cas de ce genre, concernant des malades de mon service opérés par Routier et par Marion.

## CHAPITRE IV

### MALADIES DE L'ESTOMAC

#### § 1. EMBARRAS GASTRIQUE — GASTRITE CATARRHALE AIGUË

Les dénominations d'*embarras gastrique*, de *fièvre gastrique*, ont été diversement interprétées par les auteurs, parce que chacune de ces dénominations a le tort de s'adresser à un état morbide mal défini. Aussi les uns font-ils de la gastrite catarrhale une infection purement locale, tandis que d'autres la font rentrer dans le groupe des

fièvres. Il me paraît facile de concilier ces opinions contraires.

**Embarras gastrique. Catarrhe de l'estomac.** — Les troubles de l'estomac, qu'on a réunis sous le nom d'*embarras gastrique*, de *catarrhe stomacal aigu*, sont tantôt le résultat d'un trouble purement local, tantôt l'expression d'un état général, *ce qui est bien différent*. Un individu fait un repas copieux, abuse des boissons, des mets épicés, se livre pendant quelques jours à des écarts de régime, à des excès de tabac, de veille et de fatigue; cet individu est pris de mal de tête, d'inappétence, de dégoût des aliments, de nausées, de vomissements; il a la bouche pâteuse, la langue épaisse et saburrale, quelquefois même un peu de fièvre; c'est là un exemple d'*embarras gastrique d'origine purement locale* et il ne viendra à l'idée de personne de voir dans ce catarrhe aigu de l'estomac la manifestation d'un état général, d'une pyrexie.

Dans d'autres circonstances, à la suite d'ingestion de viandes avancées, de gibier faisandé, ou d'aliments mal tolérés par l'estomac, l'*embarras gastrique* apparaît comme le résultat d'une *auto-intoxication*. L'acte physiologique de la digestion est vicié, probablement par la production insuffisante ou défectueuse d'acide chlorhydrique, des fermentations se produisent; il en résulte une élaboration de substances toxiques dont la résorption détermine l'*embarras gastrique* et son cortège de symptômes (Bouchard). L'ingestion de viandes gâtées peut même déterminer une telle intoxication (ptomaines) que la mort en a été la conséquence (Brouardel et Boutmy).

Parfois l'*embarras gastrique* se présente dans des conditions toutes différentes. Ainsi un individu, sans écart de régime, sans cause appréciable, est pris de frissonnements, de courbature, de lassitude, de céphalalgie avec ou sans épistaxis; sur ces entrefaites, surviennent les troubles digestifs que je décrivais il y a un instant : inappétence complète, état saburral très prononcé, creux épigastrique douloureux, nausées ou vomissements, constipation, ballonne-



ment du ventre, etc.; cet individu a, lui aussi, du catarrhe aigu de l'estomac, il a de l'embarras gastrique fébrile; mais ici les troubles de l'estomac ont été précédés d'une sorte de période d'invasion, ils sont accompagnés de symptômes dont on ne peut méconnaître l'importance. Le caractère rémittent de la fièvre, la perte rapide des forces, l'apparition possible d'un exanthème, la lenteur de la convalescence, donnent à la maladie les allures d'un état morbide dans lequel les troubles digestifs ne forment qu'un des coins du tableau. C'est le moment de parler des fièvres gastriques.

**Fièvres gastriques.** — Le catarrhe gastrique fébrile emprunte aux saisons, aux localités, à la *constitution médicale* du moment, des caractères qui permettent de lui décrire plusieurs variétés. C'est principalement au printemps et à l'automne, et sous l'influence des changements brusques de la température et de l'atmosphère (ce que les anciens, ces grands observateurs, appelaient si bien : *circumfusa*), qu'on voit naître, parfois sous forme *épidémique*, les *fièvres gastriques* dont je vais esquisser les types principaux et qui appartiennent, certaines du moins, à la classe des *maladies infectieuses*.

La fièvre gastrique simple, ou catarrhe aigu de l'estomac, dont je parlais il y a un instant, cette fièvre gastrique peut durer quelques jours, et, comme elle prend souvent le type rémittent, la maladie a été nommée par quelques autres *fièvre rémittente gastrique*. Dans quelques circonstances, elle est accompagnée d'une sécrétion exagérée de la bile (*polycholie*), d'un état bilieux, qui constitue la *fièvre gastrique bilieuse*. La peau et les conjonctives prennent une teinte subictérique, les urines sont teintées, la région du foie est douloureuse, l'organe est parfois augmenté de volume, les vomissements contiennent de la bile et les selles sont liquides, fétides et fréquemment bilieuses. Le poulx est mou, la céphalalgie est intense, la fièvre est franchement rémittente. Cette forme, qu'on peut observer dans nos climats, dans la zone méditerranéenne et mieux encore dans

les pays chauds et tropicaux, cette forme est habituellement le résultat de l'intoxication palustre, ou le réveil d'une ancienne malaria.

Dans d'autres cas, l'embarras gastrique, la fièvre gastrique, surtout dans nos climats, sévissent d'une façon épidémique, sont accompagnés de céphalalgie, d'épistaxis, d'insomnie, de troubles intestinaux, de diarrhée, si bien que le diagnostic est fort difficile, au début, entre ces fièvres gastriques et la fièvre typhoïde. Un certain nombre d'auteurs ont émis l'opinion, et je pense, comme eux, que ces fièvres gastriques sont des formes légères, atténuées de la fièvre typhoïde. Ce qui le prouverait, c'est qu'elles apparaissent généralement au début des épidémies de fièvre typhoïde, elles en sont l'annonce et la manifestation ébauchée<sup>1</sup>. Du reste, ce diagnostic, bien difficile autrefois, est simplifié aujourd'hui grâce à la réaction agglutinante (Widal).

Dans cette étude, j'ai négligé, comme n'ayant pas d'importance, l'embarras gastrique qui survient à titre secondaire dans le cours de certaines maladies (angine, pneumonie).

**Pronostic. — Traitement.** — Le pronostic des *états gastriques* que je viens de décrire n'est pas grave; toutefois le tableau symptomatique se complique parfois de palpitations, d'oppression, d'étouffements qui tiennent à une *dilatation du cœur droit*: dilatation passive, née sous l'influence des troubles gastriques et destinée à disparaître avec eux (Potain).

Le *traitement* des différents *états gastriques* a pour agent principal les évacuants. S'il s'agit d'un simple embarras gastrique, ou d'un catarrhe stomacal de moyenne intensité, les purgatifs salins sont suffisants; on donne deux ou trois jours de suite le sulfate de soude, à la dose de 20 grammes dans un bouillon aux herbes, ou les eaux de Birmenstorff, de Pullna, etc. Si l'état gastrique est plus accentué, on a recours aux vomitifs, l'ipéca seul (2 grammes d'ipéca) ou

1. Kelsch et Kiener. *Soc. méd. des hôp.*, 1886.



l'ipéca associé au tartre stibié (ipéca, 2 grammes; tartre stibié, 5 centigrammes), et l'on prescrit le lendemain ou le surlendemain un purgatif salin. Le malade est mis à la diète; on lui donne, suivant le cas, des boissons acidulées, quelques verres d'une boisson composée d'un litre d'eau pour 4 grammes d'acide chlorhydrique (Bouchard); du bouillon froid, du lait froid coupé avec de l'eau de Vichy (Célestins), ou une eau minérale alcaline (Vals ou Saint-Galmier).

## § 2. GASTRITES AIGÜES

L'étude des *gastrites aiguës* comprend : la gastrite aiguë, la gastrite phlegmoneuse et la gastrite toxique. La gastrite ulcéreuse appendiculaire fera l'objet d'un chapitre spécial.

**Gastrite aiguë.** — La *gastrite aiguë* est l'inflammation aiguë de la muqueuse stomacale. La muqueuse est enflammée, elle est parfois le siège d'érosions et d'ulcérations superficielles; les vaisseaux de la muqueuse sont dilatés et se dessinent en fines arborisations; les glandes sont tumescences; l'estomac est tapissé de mucosités.

Les causes invoquées pour l'embarras gastrique se retrouvent ici au sujet de la gastrite, qui n'est en somme qu'un état plus accentué. La gastrite débute brusquement avec ou sans fièvre; le sujet accuse à l'épigastre une sensation douloureuse; les vomissements se succèdent coup sur coup, et sont très pénibles : ils sont composés de matières glaireuses et bilieuses; l'anorexie est complète, la soif est vive, la bouche est sèche, la langue est rouge et pointue (Broussais), quelquefois pâteuse; les urines sont rares et colorés. La toux (*toux gastrique*) est un symptôme assez fréquent; elle est fréquente, sèche, ou suivie du rejet de quelques mucosités épaisses qui viennent de l'estomac.

La gastrite simple aiguë est sans gravité, elle n'est sujette à aucune complication, et elle guérit après une convalescence qui demande quelques ménagements.

**Gastrite phlegmoneuse.** — Cette gastrite, encore nommée *gastrite sous-muqueuse*, est caractérisée par l'inflammation et par la purulence des couches sous-muqueuses de l'estomac. Le pus est infiltré ou collecté : infiltré, il s'étend en nappes plus ou moins étendues; collecté, il forme des abcès du volume d'une lentille à celui d'une noix. Ces abcès, plus fréquents à la région du pylore<sup>1</sup>, sont sous-muqueux ou sous-péritonéaux; ceux qui sont *sous-muqueux* s'ouvrent dans l'estomac soit par un large orifice, soit par plusieurs pertuis qui représentent autant d'orifices glandulaires<sup>2</sup>, ceux qui sont *sous-péritonéaux* peuvent occasionner une péritonite aiguë, à moins que des adhérences n'aient été préalablement formées entre l'estomac et le péritoine.

Les *symptômes* de la gastrite phlegmoneuse sont ceux de la gastrite aiguë, auxquels il faut ajouter la violence des douleurs et des vomissements, l'intensité de la fièvre, la dyspnée, la prostration et parfois l'ictère. La mort peut survenir au milieu de ces symptômes, et avant l'ouverture de l'abcès. L'abcès qui s'ouvre dans l'estomac est rejeté sous forme de vomique stomacale<sup>3</sup>; celui qui s'ouvre dans le péritoine détermine une péritonite brusquement mortelle. La maladie peut se terminer par la guérison; mais l'évolution du tissu cicatriciel aboutit parfois à un *rétrécissement* de l'estomac ou du pylore.

La gastrite phlegmoneuse est primitive ou secondaire; cette dernière s'observe dans le cours de quelques maladies infectieuses (variole, pyohémie, typhus). Ses agents pathogènes sont multiples.

**Gastrite toxique.** — Les acides minéraux, les alcalis caustiques, produisent une *destruction* des tissus de l'estomac, sans qu'il y ait inflammation dans le vrai sens du mot; tels sont les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, la potasse caustique, l'ammoniaque. Il y a d'autres substances qui produisent, elles aussi, la destruction, la nécrose

1. Auvray. *Étude sur la gastrite phlegmoneuse*. Th. de Paris, 1866.

2. Brinton. *Traité des maladies de l'estomac*, trad. Riand.

3. Baynaud. *Gaz. hebdom.*, 1861.



des tissus de l'estomac, mais après une phase inflammatoire suraiguë; ces substances sont : l'acide arsénieux, le phosphore, les sels d'argent, les poisons végétaux (Jaccoud)<sup>1</sup>. Dans ces différents cas, on retrouve à l'estomac des hémorragies, des ulcérations, des perforations, des eschares, qui intéressent la muqueuse ou toutes les tuniques de l'organe. La bouche, le pharynx, l'œsophage, l'intestin, portent souvent des traces du passage de la substance toxique.

Les *symptômes* de la gastrite toxique sont subits, et leur violence est en rapport avec la substance ingérée. Dans le cas d'acides et d'alcalis caustiques, les douleurs sont atroces, l'intolérance de l'estomac est absolue, et les vomissements sont souvent mélangés de matières sanguinolentes. Le pouls est petit, la peau est froide et couverte de sueurs; le malade meurt en *collapsus*, ou emporté par une péritonite suraiguë. La guérison, quand elle a lieu, ne s'obtient qu'au prix d'une convalescence longue et pénible, quelquefois suivie de *rétrécissement* de l'œsophage, de l'estomac ou du pylore. Dans les cas où le sujet a ingéré des substances toxiques qui agissent sur l'ensemble de l'organisme (arsenic, phosphore, poisons végétaux), on aura à lutter contre la gastrite et contre l'intoxication.

**Traitement.** — A la gastrite simple aiguë, on oppose les émissions sanguines locales, sangsues au creux épigastrique et la diète. Le malade laisse fondre dans sa bouche quelques morceaux de glace; on donne à boire des boissons émoussantes froides, du lait froid en petite quantité additionnée d'eau de chaux, légèrement cocaïnée; on met à l'épigastre des compresses d'eau froide ou une vessie de glace, on calme les douleurs au moyen d'injections sous-cutanées de morphine. Les mêmes moyens sont applicables à la gastrite phlegmoneuse. La première indication, dans le cas de gastrite toxique, est de favoriser au plus vite le vomissement et l'expulsion de la substance nuisible, puis on administre un contrepoison en rapport avec la

1. *Traité de pathol. interne*, t. II, p. 158.

substance ingérée. Cette partie du traitement ne peut être efficace que dans les moments qui suivent l'intoxication.

### § 5. GASTRITE CHRONIQUE

**Étiologie.** — La *gastrite chronique* succède souvent à la gastrite aiguë ou subaiguë; et même, quand elle semble s'établir d'emblée, elle est précédée de troubles dyspeptiques qui annonçaient sa formation lente et progressive. De toutes les causes que j'ai énumérées au sujet des gastrites aiguës, et que je pourrais reprendre au sujet de la gastrite chronique, l'*alcoolisme* est la plus puissante et la plus fréquente; l'abus des boissons alcooliques, celles surtout qui sont de mauvaise qualité (vin, liqueurs, bière, absinthe), est une cause habituelle de gastrite chronique; et par alcoolisme je n'entends pas seulement l'abus immodéré du vin ou des boissons alcooliques, je fais allusion également à l'usage journalier mais un peu trop excessif des boissons alcooliques et des liqueurs chez des gens qui n'arrivent jamais à l'ébriété, mais qui pendant des années s'intoxiquent lentement et arrivent ainsi à la gastrite et à la cirrhose gastro-hépatique. Au nombre des causes, je rappelle que la goutte, la tuberculose<sup>1</sup>, la plupart des maladies infectieuses ont été à bon droit incriminées.

**Anatomie pathologique.** — La muqueuse de l'estomac est rouge, pimentée, parsemée d'*érosions hémorragiques*, épaisse, lisse ou mamelonnée et parfois d'apparence polypeuse surtout au niveau du pylore. La tunique sous-muqueuse et la tunique musculieuse sont *épaissies*, ce qui donne aux parois de l'estomac une *fermeté* et une résistance spéciales. Cette *sclérose hypertrophique* de la couche sous-muqueuse<sup>2</sup> acquiert dans quelques cas une importance dominante. Au microscope, on voit que les lésions sont glandu-

1. Marfan. *Th. de Paris*, 1887.

2. Hanot et Gombault. *Arch. de physiol.*, avril 1882.



lares et interstitielles. Pour ce qui est des glandes, l'épithélium glandulaire est granuleux, le cul-de-sac des glandes gastriques est granulo-graisseux, et certaines glandes ont subi une dilatation kystique.

Les cellules des glandes subissent une modification régressive, elles s'aplatissent, elles ont l'apparence des cellules cubiques de revêtement; ces cellules véritablement atypiques encomrent certains tubes glandulaires et, quand on voit à quel point cela ressemble au processus de l'épithéliome, on est bien tenté d'admettre qu'il n'y a pas de limite nettement tranchée entre la gastrite chronique, l'adénome et le cancer. Les transformations *adénomateuses* des glandes se présentent à l'estomac sous des aspects différents: adénome plat (Andral), adénome pédiculé (Cruveilhier), adénome bosselé quelque peu comparable aux circonvolutions cérébrales.

Le tissu cellulaire interstitiel et intermusculaire est hyperplasié. Quand la sclérose prédomine au pylore, elle produit un *rétrécissement* de cette région, et consécutivement une *dilatation* de l'estomac.

Sous l'influence de l'empiétement du tissu interstitiel, les glandes diminuent de nombre et cette diminution explique la diminution et la presque disparition de l'acide chlorhydrique libre et des ferments digestifs pepsine et présine. Mais, dans d'autres cas, c'est la dégénérescence adénomateuse qui l'emporte sur le tissu de sclérose et, sous l'influence de cette prolifération adénomateuse, la gastrite chronique prend le type adénomateux.

On retrouve parfois des ulcérations superficielles qui ne vont pas au delà de la muqueuse, on a également signalé la présence de petits abcès dans les parois stomacales.

**Symptômes.** — Dans bien des cas, les symptômes de la gastrite chronique, au début, ressemblent si bien à de simples troubles dyspeptiques que la symptomatologie de ces deux états se confond en une même description. La gastrite faisant des progrès, le malade se plaint d'une

douleur épigastrique, qui est plus vive après les repas. L'inappétence, les éructations, le ballonnement du ventre, sont des symptômes pour ainsi dire constants; les vomissements sont fréquents, et, outre les vomissements alimentaires constitués par des aliments qui ont séjourné plus ou moins longtemps dans l'estomac, le malade rend aussi, surtout le matin, des mucosités glaireuses et filantes (*pituite, gastrorrhée*). Ces mucosités sont formées par des sécrétions gastriques et par la salive abondamment sécrétée, que le malade a avalée pendant la nuit. La gastrite chronique est souvent accompagnée de catarrhe buccal, de constipation opiniâtre, de congestion du foie; on a également observé la *duodénite* avec ou sans ulcération de la muqueuse du duodénum<sup>1</sup>.

L'exploration de la région épigastrique fait quelquefois percevoir une induration stomacale qui simule une lésion cancéreuse, et qui n'est autre chose que l'induration due à la sclérose des tissus sous-muqueux. A ces symptômes s'ajoutent parfois des hématuries, ainsi qu'on le voit dans la célèbre observation qui fait le sujet de la leçon de Trousseau sur la gastrite chronique<sup>2</sup>. Quand l'estomac est dilaté, la *dilatation* est révélée par la percussion, qui donne un son tympanique très étendu, et, si l'estomac dilaté contient en outre du liquide, il est facile, en secouant légèrement le malade, de déterminer un bruit de clapotement.

L'amaigrissement, la perte des forces, le dépérissement du malade sont le résultat de la gastrite chronique. Sous l'influence du traitement, on constate de fréquentes améliorations, des rémissions de longue durée et parfois des guérisons; mais dans les cas rebelles et graves, surtout quand la gastrite est associée à la cirrhose hépatique, à la maladie de Bright (gastrite urémique), la marche est presque fatalement progressive, et la maladie est habituellement incurable.

1. Teillais. Thèse de Paris, 1870.

2. Trousseau. *Clinique médicale*, t. III, p. 66.



**Diagnostic. — Traitement.** — Le *diagnostic* de la gastrite chronique avec l'ulcère et le cancer de l'estomac sera fait aux chapitres suivants. Le *traitement* est en partie celui qui sera exposé au sujet des dyspepsies.

Je recommande tout spécialement le diagnostic avec les manifestations stomacales de l'urémie. Les vomissements urémiques et la gastrite urémique sont facilement reconnaissables quand ils surviennent chez un brightique avéré; mais, dans quelques circonstances, les vomissements surviennent comme la première manifestation apparente de la maladie de Bright, et, faute d'y penser, on commet une erreur de diagnostic.

Dans la gastrite chronique, le régime lacté donne souvent d'excellents résultats; les cas de gastrorrhée et de flatulence qui résistent aux moyens purement médicaux sont parfois améliorés par le lavage de l'estomac<sup>1</sup>.

#### § 4. DE LA DYSPEPSIE

La *dyspepsie* (de *δυσπεψία*), *difficulté de la digestion*, est un symptôme commun à une foule de maladies aiguës ou chroniques; et, dans les cas même où ce symptôme devient assez prédominant pour sembler pouvoir constituer une espèce pathologique, il reste subordonné à des états morbides très différents les uns des autres (Trousseau). Ce qui revient à dire qu'il n'y a pas de dyspepsie essentielle; *il n'y a que des dyspeptiques*; la dyspepsie n'est qu'un symptôme, elle n'est nullement une entité morbide.

Plusieurs classifications ont été proposées; on a considéré la dyspepsie comme une névrose, comme une affection chronique des glandes de l'estomac; on a admis des dyspepsies glandulaires, muqueuses, névro-vasculaires, ab

1. Ce lavage de l'estomac, qu'on pratique avec de l'eau de Vichy naturelle ou artificielle, se fait très facilement au moyen de l'appareil de M. Faucher. *Du lavage de l'estomac*, etc. Faucher, Paris, 1881.

*ingestis*, mixtes ou complexes<sup>1</sup>. Gubler les a divisées en dyspepsies douloureuse, atonique, catarrhale et inflammatoire.

Je ne peux pas entrer ici dans tous les détails que demanderait cette vaste question des dyspepsies, je me contente d'en retracer les caractères principaux, d'en exposer les plus importantes variétés, et je renvoie pour de plus amples détails aux monographies spéciales<sup>2</sup>.

**Pathogénie.** — Je n'ai pas à entreprendre ici l'étude détaillée du *chimisme stomacal* avec les classifications qui s'y rattachent, car, pour le moment, les auteurs sont loin de s'entendre, se contredisent, et cette question ne me paraît pas encore élucidée<sup>3</sup>. Je viens d'en avoir une preuve récente: au sujet d'une malade que j'avais envoyée à Vichy, M. Frémont m'écrit « disproportion élatante entre le chimisme presque normal et la dyspepsie qui est extrême ».

En réduisant la digestion stomacale à sa plus simple expression physiologique, on voit en somme que cette digestion, comme tout acte digestif, se réduit à deux facteurs qui sont: 1° *des mouvements*; 2° *des sécrétions*. Que les *mouvements* de l'estomac perdent leur régularité ou leur énergie, qu'ils deviennent trop lents ou trop précipités, qu'il n'y ait plus d'harmonie entre l'acte mécanique (mouvements) et l'acte chimique (sécrétions), et il en résulte une digestion difficile, irrégulière, incomplète, c'est-à-dire de la dyspepsie. Que les *sécrétions* de l'estomac soient altérées dans leur quantité ou dans leur qualité, que l'acide et que la pepsine du suc gastrique ne soient plus en proportion voulue, et l'acte chimique de la digestion est imparfait, incomplet, c'est

1. Luton. *Nouv. Dict. de méd. et de chir.*

2. Raymond. *Des dyspepsies*. Thèse d'agrég. de Paris, 1878. — Sée. *Dyspepsies gastro-intestinales*. Paris, 1881.

3. Lyon. Thèse de Paris, 1890. — Hayem. *Société médicale des hôpitaux*, 12 janvier 1892 et 1896. — Hayem et Winter. *Le chimisme stomacal*. Paris, 1891. — Strauss et Wurtz. Action du suc gastrique sur quelques microbes pathogènes. *Arch. de méd. expérim.*, 1889, p. 370. — Frémont. *Analyse du suc gastrique*. Paris, 1892. — A. Robin. *Les maladies de l'estomac*, 1900. — Mathieu. *Congrès de Paris*, 1900.



encore de la *dyspepsie*; je m'empresse même d'ajouter que le *trouble chimique* est le facteur essentiel des dyspepsies.

C'est à l'acide chlorhydrique que le suc gastrique doit son action antiseptique et microbicide<sup>1</sup>. C'est l'acide chlorhydrique qui restreint, en grande partie du moins, les fermentations anormales de l'estomac.

Sous l'influence de ces fermentations anormales, différents gaz, l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, l'hydrogène, l'hydrogène sulfuré peuvent être mis en liberté. Ces fermentations anormales sont une des causes les plus habituelles du *tympanisme gastrique* et des *éruptions* avec toutes leurs variétés, éruptions simples, acides, nidoreuses, d'œuf couvé, etc.

Les bacilles des fermentations lactique et butyrique, les spores du *mycoderma aceti*, et bien d'autres micro-organismes<sup>1</sup> ont une action utile ou nuisible: ils peuvent être nuisibles en irritant la muqueuse gastrique, en favorisant le tympanisme et la distension de l'estomac, en élaborant des matières toxiques, en neutralisant l'acide chlorhydrique. Et quand on pense que ces différents agents de la digestion doivent agir en parfaite harmonie pour que la fonction s'accomplisse normalement, quand on pense, d'autre part, qu'il suffit qu'un seul de ces éléments soit altéré dans son fonctionnement pour que l'actif digestif stomacal tout entier en éprouve le contre-coup, il est aisé d'entrevoir la multiplicité des causes qui peuvent entraîner la dyspepsie. Il y a « *insuffisance stomacale* », suivant l'heureuse expression d'Ewald.

« En clinique, dit M. Goyon<sup>2</sup>, les fermentations de l'estomac se présentent sous deux grands types. Dans l'un, elles sont consécutives à une sténose organique et ne sont qu'un épiphénomène surajouté n'occasionnant souvent aucun trouble. Dans l'autre, elles existent en dehors de toute lésion

1. Abelom a rencontré dans l'estomac 16 espèces de bactéries différentes. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. CVIII, p. 310.

2. *Flore microbienne de l'estomac, fermentations gastriques*. Thèse de Paris 1900.

organique, en dehors même souvent de toute distension; ce sont les dyspepsies de fermentation, bien décrites autrefois sous le nom de *dyspepsie flatulente*, *dyspepsie ascendente*, *dyspepsie acide*. Naunyn le premier attira l'attention sur ces fermentations gastriques. Ces dyspepsies de fermentation peuvent, comme A. Robin l'a montré, être tantôt primitives et amener les troubles fonctionnels gastriques, tantôt secondaires à une dyspepsie hyperchlorhydrique ou hypochlorhydrique. Actuellement nous ne savons pas encore s'il existe tel ou tel type particulier de fermentation, se révélant par tel ou tel symptôme et caractérisé par telle ou telle espèce ou mieux par telle ou telle flore microbienne.

Les causes des dyspepsies sont quelquefois faciles à saisir; dans d'autres cas elles sont livrées à des hypothèses. Dans l'énumération de ces causes je ne fais pas entrer, bien entendu, les différentes maladies de l'estomac, gastrites aiguës et chroniques, dilatation stomacale, ulcère et cancer, car en pareil cas le trouble *dyspepsie*, n'est qu'un épiphénomène, associé à des lésions qui forment autant d'entités morbides, et l'intérêt que présente cet épiphénomène ne prend d'importance qu'à l'occasion du diagnostic.

Parmi les causes les plus fréquentes de dyspepsie, les unes sont locales et tiennent directement au fonctionnement imparfait de l'estomac, les autres sont le contre-coup d'une maladie générale ou d'une lésion d'un organe éloigné. Au nombre des premières se place la question de l'alimentation. Tel individu qui a pris l'habitude de stimuler les contractions de son estomac et d'en exciter la sécrétion, au moyen de mets épicés ou de boissons alcooliques, digérera mal et aura de la dyspepsie le jour où il cessera brusquement ce régime excitant; de même aussi que ce régime excitant indéfiniment prolongé finira par lui donner non seulement la dyspepsie, mais du catarrhe stomacal, de la gastrite. Les gros mangeurs et les grands buveurs finissent par distendre les parois de leur estomac (dilatation stomacale) et par en amoindrir l'irritabilité musculaire; cette asthénie musculaire est une cause de dyspepsie. L'excès



contraire, la privation d'aliments (cachexie de misère), favorise également la dyspepsie. Les travaux excessifs, la vie sédentaire, les veilles, les chagrins, aboutissent au même résultat et sont parfois la cause d'un état dyspeptique spécial que nous allons étudier plus loin sous le nom de *gastroxie*.

Dans une seconde catégorie nous plaçons les dyspepsies qui dépendent de l'affection d'un organe plus ou moins éloigné. Les troubles dyspeptiques sont très fréquemment associés aux maladies du foie (congestions, cirrhose, calculs biliaires), aux maladies de l'utérus (aménorrhée, métrite), à la grossesse, aux maladies du cœur, aux maladies des reins (brightisme), de la vessie et de l'urèthre (Guyon<sup>1</sup>).

A une troisième catégorie appartiennent les troubles dyspeptiques qui dépendent de l'anémie, de la chlorose, des infections tuberculeuse et syphilitique, d'une diathèse (goutte, arthritisme), d'une névrose (hystérie, hypochondrie). La neurasthénie mérite une mention particulière.

Chacune de ces causes devrait être étudiée longuement; ainsi la dyspepsie, qui est associée aux affections des *voies urinaires*, peut dépendre de la fièvre ou d'un état infectieux (catarrhe vésical, pyélite); elle peut aussi être la conséquence d'une maladie de Bright et de l'urémie.

La dyspepsie des *tuberculeux*<sup>2</sup>, qui est souvent associée à des lésions de l'estomac, et qui est parfois si prononcée à une période avancée de la maladie, peut s'établir dès le début, devancer les autres symptômes, et faire croire à une dyspepsie d'origine anémique, alors qu'il s'agit d'une tuberculose en voie de développement.

La dyspepsie des *goutteux*, si caractéristique et si fréquente, qu'on a pu dire que l'estomac est à la goutte ce que le cœur est au rhumatisme, se présente sous des aspects différents; tantôt elle précède et annonce l'accès de goutte, tantôt elle existe et persiste, avec ténacité, en

1. Guyon. *Revue mensuelle*, 1878.  
2. Marfan. *Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire*. Th. de Paris, 1887.

dehors de toute manifestation articulaire, chez des gens qui sont en puissance de la diathèse goutteuse.

La dyspnée des *neurasthéniques*, qui paraît être aussi bien la cause que l'effet de la neurasthénie, prend souvent une influence prépondérante.

**Symptômes.** — Les troubles fonctionnels qui constituent la dyspepsie peuvent être, suivant leur prédominance, divisés en plusieurs variétés, mais je m'empresse de dire que ces divisions sont artificielles, et les diverses variétés sont parfois associées chez le même sujet.

Habituellement, la dyspepsie est accompagnée d'inappétence : le sujet n'a pas la sensation de la faim, il se met à table sans appétit, et, même à jeun, il éprouve à l'estomac une sensation de plénitude. Il se plaint parfois de *crampes d'estomac*, de *douleurs très aiguës* dues en partie à des *spasmes du pylore*. Une fois le repas commencé, il mange suffisamment, en ayant soin toutefois de laisser de côté certains aliments : viandes, poissons, aliments gras ou féculents, légumes, qu'il sait par expérience lui être contraires. La digestion se fait lentement : elle est parfois accompagnée de douleurs à l'estomac, de ballonnement à l'épigastre, de congestion à la face, de tendance au sommeil, de douleur, d'éruptions, et, dans quelques cas, de vomissements et de vomissements. Parfois les douleurs et le tympanisme n'apparaissent que deux ou trois heures après les repas. Le matin, au réveil, le dyspeptique a la bouche sèche, amère, la langue pâteuse. La région de l'estomac est sensible; la constipation est la règle. Cet état des voies digestives (dyspepsie gastro-intestinale) retentit souvent sur l'économie tout entière; ce retentissement peut être le résultat d'actions réflexes, arythmie, dilatation du cœur droit (Potain) ou d'auto-intoxication (Boucharde). Le dyspeptique se plaint de lourdeur de tête, de vertiges<sup>1</sup>, d'incapacité au travail; puis survient ce que Beau<sup>2</sup> a nommé les *symptômes secondai-*

1. *Vertigo a stomacho læso*. Trousseau. *Chn. méd.*, t. III.  
2. Beau. *Traité de la dyspepsie*. Paris, 1866.