

M. Dastre a observé les mêmes phénomènes de vaso-dilatation sur les pulpes digitales du chat et du chien; il a constaté que, si l'on ouvre une veine cutanée de l'un des membres, le sang s'écoule avec plus d'abondance quand l'animal est en asphyxie, au moment même où l'artère auriculaire se dilate. Ce physiologiste pense donc que les mêmes phénomènes se produisent dans toute l'étendue des téguments.

Il n'en est pas de même pour les viscères, où l'on observe au contraire des phénomènes de vaso-constriction. Pendant que l'artère auriculaire est dilatée, les artères de l'intestin sont à peine visibles, la surface de cet organe pâlit et s'anémie; en même temps, on peut constater que la rate, le rein et l'utérus se rétractent et diminuent de volume; il en est probablement de même pour le foie, bien que l'on n'ait pu encore le démontrer; on sait seulement que l'activité de sa fonction glycogénique est augmentée; c'est encore là le résultat d'une excitation.

Les phénomènes d'anémie locale que nous venons d'indiquer montrent que, dans les viscères, à l'encontre de ce qui se passe dans les téguments, l'action des vaso-constricteurs l'emporte sur celle des vaso-dilatateurs qui, là aussi, sont, selon toute vraisemblance, directement excités.

Concurremment avec ces phénomènes d'excitation, on observe des phénomènes de paralysie; l'intelligence s'obscurcit; il se produit des vertiges, des tintements d'oreille, des troubles de la vue; la température s'abaisse, la sensibilité diminue graduellement, d'abord aux extrémités inférieures, puis dans le reste du corps.

Le sang asphyxique présente dans sa constitution chimique une double modification; il est surchargé d'acide carbonique et en même temps il est appauvri en oxygène: à quelle cause prochaine faut-il attribuer son action excitante? à l'excès d'acide carbonique, disent les uns (1); au défaut d'oxygène, disent les autres; des éclectiques interviennent pour admettre que chacune des deux altérations suffit à lui donner cette propriété. On paraît d'accord aujourd'hui pour attribuer à l'absence d'oxygène l'ensemble des troubles physiologiques qui constituent l'asphyxie. Regnault et Reiset ont montré en effet qu'un animal peut vivre dans une atmosphère chargée d'acide carbonique si les poumons reçoivent une quantité suffisante d'oxygène. Pflüger (2) a pu élever à 50 p. 100 la production d'acide carbonique dans le sang d'un chien qui respirait en même temps une quantité suffisante d'oxygène sans produire d'autre accident que la

(1) Brown-Séquard, *Journal de physiol. de l'homme et des animaux*, 1858.

(2) Pflüger, *Archiv.*

dyspnée. On n'observe pas dans l'empoisonnement par l'acide carbonique les violentes convulsions de l'asphyxie; P. Bert a vu seulement, en pareil cas, survenir de l'anesthésie.

L'asphyxie de cause pathologique a le plus souvent une évolution lente; ce n'est guère que dans le cas d'obstruction des voies aériennes par un corps étranger ou de spasme glottique qu'elle peut survenir brusquement; le plus souvent l'organisme se défend et tend à compenser par l'énergie plus grande des mouvements respiratoires l'insuffisance de l'hématose.

Cette dyspnée compensatrice exige une dépense de force musculaire relativement considérable, de telle sorte que le résultat de la lutte ne dépend pas seulement de la nature et de la persistance de l'obstacle, mais aussi de l'énergie que le malade peut déployer pour augmenter ses puissances inspiratrices. On conçoit qu'un enfant ou qu'un vieillard succombe plus rapidement qu'un adulte, et que l'existence de la fièvre ou d'une maladie adynamique diminue singulièrement les chances de résistance.

Dans les bronchites généralisées, il faut que les malades puissent, non seulement contracter énergiquement leurs muscles respiratoires, mais encore expulser les produits de sécrétion qui encombrant les voies aériennes; aussi la cessation de l'orthopnée, de la toux et de l'expectoration doit-elle être considérée dans ces maladies comme d'un pronostic funeste, si les signes locaux et la fièvre persistent.

Les phénomènes de l'asphyxie disparaissent d'ordinaire assez rapidement quand la cause qui les produisait a cessé d'exister; on sait que l'on peut rappeler parfois à la vie des noyés en état de mort apparente. Signalons, en terminant, ce fait que les jeunes animaux opposent à l'asphyxie une remarquable résistance; elle existe, à un degré moindre, chez les enfants nouveau-nés.

Quand l'insuffisance de l'hématose dure un certain temps, il se produit, d'après Fraenkel, une dégénérescence grasseuse des muscles; elle intéresse le cœur qui se trouve ainsi hors d'état de lutter.

CHAPITRE V

TROUBLES DES FONCTIONS DIGESTIVES

ARTICLE 1^{er}. — POLYPHAGIE.

Il va de soi que l'augmentation de l'appétit ne doit pas être considérée comme un trouble morbide, mais bien comme une sensation instinctive toute physiologique, quand elle est provoquée par un besoin

de réparation, par exemple dans l'inanition ainsi que chez les sujets surmenés, les convalescents de fièvre typhoïde, les diabétiques, les femmes enceintes et ceux qui sont atteints d'une maladie capable d'empêcher l'absorption, comme peuvent le faire la communication de l'intestin avec le côlon et l'oblitération du canal thoracique.

Il n'en est plus de même quand la sensation qui pousse à l'ingestion d'une quantité exagérée d'aliments est une dépravation de l'instinct provoquée par l'hystérie, la chlorose, l'aliénation mentale ou la présence de vers dans l'intestin; c'est dans ce cas surtout qu'on lui donne le nom de *boulimie* (1).

Le boulimique ingère souvent des quantités énormes d'aliments, et quand il ne peut assouvir sa faim, il devient allotriophage, c'est-à-dire qu'il se jette avec avidité sur tous les objets qu'il trouve, quelque répugnants qu'ils soient; la polyphagie se complique alors de *pica*; le malade éprouve un malaise qui augmente à mesure qu'il reste plus longtemps sans manger; il exhale ordinairement une odeur fétide, et présente fréquemment des troubles gastriques caractérisés surtout par des éructations et des douleurs dans la région de l'estomac; on trouve chez lui les signes d'une dilatation gastrique. La boulimie entraîne parfois la mort par indigestion ou par entérite.

ARTICLE II. — MALACIA ET PICA.

On appelle ainsi deux formes très voisines de dépravation de l'appétit: dans la *malacia*, les sujets ont un désir morbide d'aliments excitants ou de haut goût, tels que le vinaigre, le poivre, les fruits verts et les condiments excitants; dans le *pica*, la dépravation du goût est plus prononcée; elle pousse les malades à manger des substances non alibiles, par exemple, de la terre, du plâtre, des cendres, des animaux répugnants, tels que des rats et des couleuvres, et même des cadavres et des matières fécales.

Ces sensations accompagnent souvent la boulimie; on les observe surtout chez les femmes enceintes, les chlorotiques, les hystériques et les aliénés. Il existe, dans les pays chauds, une forme d'anémie dans laquelle ce symptôme est assez prononcé et assez constant pour qu'il ait servi à la qualifier, c'est la *géophagie*, que l'on appelle plus communément *anémie intertropicale* et *cachexie aqueuse*; on sait aujourd'hui qu'elle est liée au développement, en grande quantité, dans l'intestin, d'entozoaires, les *anchylostomes*.

(1) Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet: pour Spring, ce qui distingue la boulimie de la voracité, c'est le besoin de manger persistant après l'ingestion des aliments.

ARTICLE III. — ANOREXIE.

Ce symptôme s'observe dans des états morbides très divers; on ignore quelle est la nature intime du trouble dont il est l'expression, de même que l'on ignore quels sont la cause prochaine et le siège de la faim; notre tâche se bornera donc à énumérer les circonstances dans lesquelles l'anorexie se produit.

Elle est presque constante dans l'état fébrile; on voit cependant quelquefois des tuberculeux conserver partiellement leur appétit alors même qu'ils ont la fièvre; de même certains typhiques demandent à manger avant que leur température soit revenue au chiffre normal.

Parmi les affections de l'estomac, il en est deux, le catarrhe aigu et le cancer, qui s'accompagnent habituellement d'une perte complète de l'appétit; la règle n'est cependant pas absolue pour le cancer, et il ne faudrait pas se fonder sur l'absence d'anorexie pour nier l'existence de cette maladie; dans les autres affections de l'estomac, particulièrement dans la gastralgie et l'ulcère simple, l'appétence est ordinairement conservée.

La gastrite alcoolique s'accompagne habituellement d'anorexie. Ce symptôme peut être d'origine toxique; nous l'avons signalé dans l'intoxication mercurielle (1); il présente alors cette particularité qu'il se produit au commencement de chaque repas pour cesser à la fin, de telle sorte que les sujets intoxiqués n'ont d'appétit qu'au dessert.

L'opium et la belladone sont au nombre des substances qui diminuent l'appétit.

L'anorexie est fréquente dans l'aliénation mentale, surtout chez les mélancoliques. Elle n'est pas rare chez les femmes hystériques; d'après Lasègue, ces malades accusent d'abord, après l'ingestion des aliments, une sensation de plénitude stomacale avec angoisse des plus pénibles; quelquefois elles disent ressentir des crampes avec sensation de défaillance; leur face pâlit et se couvre de sueurs. Pour éviter le retour de ces malaises, elles restreignent progressivement leur alimentation; pendant longtemps, leur santé générale ne paraît pas en souffrir; cependant les mêmes sensations se reproduisent et les malades refusent la nourriture avec d'autant plus d'opiniâtreté que l'on fait plus d'efforts pour vaincre leur résistance; elles opposent aux sollicitations des personnes qui les entourent une inertie absolue; au bout d'un laps de temps plus ou moins long, leur santé générale est grave-

(1) Hällopeau, *Le mercure, action physiologique et thérapeutique*. Paris, 1878.

ment atteinte, elles maigrissent, elles ont des vertiges, des syncopes, leurs traits s'altèrent (nous avons vu une de ces malades présenter, à l'âge de seize ans, l'aspect d'une vieille femme); l'émaciation atteint le degré le plus extrême et la mort survient.

On distingue plusieurs degrés dans l'anorexie : elle peut être partielle et n'exister que pour certains aliments; d'autres fois, il y a simplement diminution de l'appétit; il faut distinguer enfin la suppression du désir du dégoût absolu qui existe parfois.

L'anorexie est toujours un symptôme fâcheux quand elle existe en dehors d'un état fébrile.

ARTICLE IV. — EXAGÉRATION DE LA SOIF.

Ce phénomène est la conséquence naturelle des pertes d'eau que subit l'organisme dans les cas de fièvre, de diarrhée, de sueurs profuses, de polyurie, d'hydropisies ou d'hémorragies.

La sécheresse de la bouche suffit à le provoquer; c'est ainsi qu'il est produit communément par l'exercice de la parole ou du chant, ainsi que par l'inhalation d'un air sec ou chargé de poussière; c'est un des symptômes les plus fréquents du diabète; il sert souvent à reconnaître l'existence de cette maladie.

Les agents qui irritent les muqueuses buccale et gastrique, tels que les condiments épicés et les boissons alcooliques, amènent également la soif. Parmi les affections du système nerveux, c'est surtout l'hystérie qui peut donner lieu à ce symptôme.

On l'observe parfois en l'absence de tout autre phénomène morbide que la polyurie; il paraît dépendre alors d'un trouble de l'innervation, mais on ignore s'il porte primitivement sur la sécrétion urinaire ou sur la sensation de la soif, si les malades boivent beaucoup parce qu'ils urinent beaucoup ou si, inversement, ils urinent beaucoup parce que la soif leur fait ingérer une quantité excessive de liquides; la première hypothèse est la plus vraisemblable.

ARTICLE V. — SALIVATION.

L'exagération de la sécrétion salivaire est presque toujours un phénomène réflexe. Le plus ordinairement, l'excitation initiale porte sur la muqueuse buccale; c'est ainsi que toutes les variétés de stomatite, celles que provoquent les aliments irritants comme celles de la variole et du scorbut, peuvent s'accompagner de salivation; ce symptôme est particulièrement prononcé dans la stomatite mercurielle. C'est surtout en irritant la muqueuse buccale que l'éruption des

dents le produit; cependant on l'observe aussi dans l'odontalgie et dans la névralgie du trijumeau.

D'autres fois le réflexe part de l'estomac: la salivation est un accompagnement fréquent de la dyspepsie et de la gastralgie.

Villemin (1) mentionne, d'après Griffith, le tartre stibié parmi les poisons qui peuvent donner lieu à la salivation; lorsqu'il est introduit par la bouche, la production de ce trouble fonctionnel s'explique tout naturellement par les ulcérations qui se développent souvent en pareil cas sur la muqueuse buccale; mais, dans le fait de Griffith, c'est à la suite de frictions avec une pommade stibiée qu'il s'était manifesté. Villemin cite également un fait de ptyalisme d'origine saturnine.

Ce symptôme est fréquent dans l'accès de *manie aiguë*; il semble que, dans ce cas, le fait essentiel ne soit pas l'exagération de la sécrétion salivaire, mais un trouble psychique produisant le crachotement. Il faut citer enfin la grossesse et l'hystérie parmi les causes de ptyalisme. Nous ne mentionnons qu'avec beaucoup de réserves la salivation supplémentaire signalée par Royer-Collard après la suppression des règles.

La salive exhale, dans certains cas, une odeur fétide due probablement aux produits morbides avec lesquels elle est habituellement mélangée. La quantité de liquide éliminée peut être très considérable; elle atteint parfois plus de 3 kilogrammes. Dans ces conditions, les forces du malade diminuent; il survient de la dyspepsie; la nutrition générale est en état de souffrance; Spring rapporte que Wrigth a perdu 11 livres de son poids en une semaine à l'époque où il faisait ses recherches sur la salive. Il ne faut pas croire à la salivation quand il n'y a qu'écoulement involontaire de salive par suite d'une plaie ou d'une paralysie des lèvres.

ARTICLE VI. — DYSPHAGIE.

L'obstacle à la déglutition peut siéger dans la bouche, l'isthme du gosier, le pharynx ou l'œsophage; on peut distinguer ainsi, d'après le siège, quatre variétés de dysphagie.

La dysphagie buccale peut résulter d'une tumeur de la langue ou de la mâchoire; elle peut être également produite par une paralysie des muscles de la langue et des parois de la bouche, muscles dont la contraction est nécessaire à la propulsion du bol alimentaire, et par le trismus.

(1) Villemin, article SALIVATION du *Dictionnaire encyclopédique*.

Les rétrécissements scrofuleux ou syphilitiques, les tumeurs, les affections douloureuses, la paralysie du voile du palais et du pharynx, quelle qu'en soit l'origine, s'opposent souvent au deuxième temps de la déglutition. La paralysie s'observe surtout dans les affections cérébrales et bulbaires ainsi que dans les fièvres. Toutes les causes qui peuvent entraver l'occlusion de l'arrière-cavité des fosses nasales ont la même action; nous citerons surtout la perforation, l'anesthésie et la paralysie du voile du palais qui ont pour effet le reflux des aliments dans les cavités nasales.

La paralysie du pharynx peut avoir pour conséquences le passage du bol alimentaire dans le larynx, l'obstruction de ce conduit et l'asphyxie rapide; cet accident n'est pas rare dans la paralysie diphthérique.

Dans l'hydrophobie rabique, il se produit un spasme pharyngé qui empêche absolument la déglutition.

La dysphagie œsophagienne peut, comme les précédentes, reconnaître pour cause un obstacle mécanique, tel qu'un rétrécissement cicatriciel ou syphilitique, une dégénérescence ou une compression par une lésion de voisinage (anévrisme de l'aorte, abcès prévertébral, cancer du médiastin), une paralysie ou un spasme.

On peut admettre théoriquement que la paralysie du pneumogastrique entraîne celle de l'œsophage; si l'on pratique chez un lapin la section de ce nerf, on trouve ce conduit rempli d'aliments. Cette paralysie s'observe rarement, si ce n'est au moment de l'agonie.

Le spasme de l'œsophage est beaucoup plus fréquent; il compte parmi les manifestations de l'hystérie et on l'observe également chez beaucoup de névropathes; d'autres fois, il est de nature réflexe et provoqué par une lésion superficielle de la muqueuse.

La dysphagie entraîne naturellement, quand elle s'oppose à l'ingestion des aliments, l'inanition avec toutes ses conséquences.

ARTICLE VII. — DYSPESIQUES (1).

Pour que la digestion s'accomplisse régulièrement, il faut que le

(1) Beau, *Traité des dyspepsies*. — G. Sée, *Des dyspepsies gastro-intestinales, clinique physiologique*, 1881. — Damaschino, *Leçons sur les maladies des voies digestives*. Paris, 1880. — Ch. Bouchard, *De la dilatation de l'estomac* (Soc. méd. des hôpitaux, 1884). — Laborde, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1877. — Riegel, *Beitr. z. Path. u. Diagn. d. Magenkrankh.* (Deutsch. arch. f. klin. Medic., 1884). — Ewald, *Klinik d. Verdauungs Krankh.*, 1882. — L. Georges, *De l'anal. chim. du contenu stomacal* (Arch. de méd. expér., 1889). — L. Georges, *Quelques expériences propres à éclairer la thérapeutique de la dyspepsie gastrique* (Arch. de méd. expér., 1890). — G. Hayem, *Recherches sur le chimisme stomacal à l'état normal et à l'état pathologique* (Bulletin médical, 1889). — A. Robin, *Leçons inédites professées à la Faculté de médecine*, 1889-1890. Nous avons trouvé dans ces leçons, empreintes d'une remarquable originalité, d'importantes indications pour la mise au courant de cet article.

bol alimentaire, convenablement mastiqué et insalivé, subisse dans l'estomac l'action du suc gastrique normalement sécrété, qu'il soit pour ainsi dire brassé par les mouvements de la tunique musculieuse, débarrassé de ses peptones au fur et à mesure de leur formation par l'absorption gastrique, et qu'il passe ensuite dans l'intestin pour y être de nouveau modifié par les sucs pancréatique et intestinal ainsi que par la bile. Il suffit qu'un de ces actes physiologiques ne s'accomplisse pas régulièrement pour que la digestion soit troublée, pour qu'il y ait *dyspepsie* gastrique ou intestinale (G. Sée), suivant la partie des voies digestives où le trouble se produit.

C'est dire que la dyspepsie peut se rencontrer dans les circonstances les plus diverses.

Souvent c'est une *faute d'hygiène* ou un *écart de régime* qui en est la cause; c'est ainsi qu'elle est fréquemment provoquée par l'introduction, dans l'estomac, d'aliments indigestes ou trop abondants. Il faut tenir compte à cet égard des idiosyncrasies: beaucoup de sujets ne peuvent digérer ni l'oignon ni l'ail; chez d'autres, c'est l'abus, soit des farineux ou des herbacés, soit des condiments, soit des boissons alcooliques qui donne lieu à des digestions pénibles.

Une *dilatation de l'estomac* trop considérable, trop souvent répétée, trop prolongée, quelle qu'en soit la cause, amène la dyspepsie et, tôt ou tard, la *dilatation* (Ch. Bouchard) de l'organe. On voit cet état pathologique se produire chez les grands buveurs et les grands mangeurs; d'après M. Comby, il peut survenir et donner lieu à des accidents dès la première enfance, chez les nouveau-nés qui tettent trop longtemps; le même auteur assure que tous les enfants rachitiques ont l'estomac dilaté.

L'*irrégularité des repas*, ayant pour effet de ne laisser qu'un trop court intervalle entre certains d'entre eux et amenant par suite l'introduction d'aliments dans l'estomac alors qu'il contient encore une partie du repas précédent, est aussi une cause de surcharge, de dyspepsie et à la longue de dilatation gastrique (A. Legendre) (1). Le dégagement considérable de gaz que provoque l'ingestion des légumes farineux peut avoir, s'il se renouvelle souvent, le même résultat.

Les *émotions dépressives*, les chagrins causés par les pertes de fortune ou les revers sociaux doivent être considérés comme des causes importantes et fréquentes de dyspepsie; elle est due en pareils cas à un trouble encore indéterminé dans l'innervation de l'estomac; il en est de même de celle que l'on observe chez les névropathes, et particulièrement chez les hystériques et de celle qui se produit *par voie ré-*

(1) P. Legendre, *Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1886.

flexe sous l'influence de l'altération d'un autre viscère, le plus ordinairement l'utérus; telle est, entre autres, la dyspepsie de la grossesse.

Souvent la dyspepsie est *symptomatique*, soit d'une maladie générale, soit d'une intoxication, soit d'une maladie de cœur, du système nerveux, des reins, du foie ou des voies digestives.

Le mécanisme de la digestion peut être troublé suivant des modes très divers et souvent complexes.

Nous devons citer, en première ligne, l'*insuffisance des contractions péristaltiques de la tunique musculuse*: elle se produit quand les éléments de cette membrane sont altérés par le fait d'une maladie adynamique, d'une cachexie ou d'une phlegmasie de l'estomac ou de sa distension habituelle par une quantité exagérée d'aliments; d'autres fois, elle a pour causes l'adhérence anormale de l'estomac à l'un des organes qui l'entourent ou le développement dans ses parois d'une tumeur volumineuse.

Suivant MM. Bouchard et Legendre, les causes de dyspepsie et de dilatation que nous avons énumérées plus haut n'agissent pas chez tous les sujets, mais seulement chez ceux qui présentent une *débilité particulière de la tunique musculuse*, liée elle-même à une *débilité générale du tissu musculaire lisse*, laquelle se traduit par des varices, et particulièrement des hémorroïdes, de la paresse vésicale et une flacidité du scrotum.

Il résulte de l'insuffisance des contractions de l'estomac que le mélange des parcelles alimentaires avec le suc gastrique est incomplet, que la sécrétion de ce liquide n'est plus excitée comme à l'état normal par leurs contacts réitérés avec les différentes parties de la muqueuse et enfin qu'elles ne sont plus propulsées en temps utile dans le duodénum; elle entraîne donc l'insuffisance de la sécrétion du suc gastrique en même temps que son mélange incomplet avec la masse alimentaire.

La stagnation des aliments dans la cavité gastrique ne résulte pas seulement de l'atonie de la musculuse, elle provient souvent d'un *obstacle mécanique*; elle a pour conséquence la fermentation des matières contenues dans l'estomac.

Les *altérations du suc gastrique* jouent un rôle prépondérant dans la genèse des dyspepsies. Elles peuvent être aujourd'hui, grâce aux progrès de la chimie biologique, étudiées scientifiquement. Leur connaissance repose surtout sur l'examen méthodique du contenu de l'estomac (1). M. A. Robin distingue à ce point de vue des dyspepsies :

(1) M. A. Robin formule ainsi le repas d'épreuve auquel il a recours pour l'étude de la digestion gastrique : un demi-œuf dur sans jaune, 70 grammes de pain et 200 grammes d'eau; on le retire au bout de 45 minutes à l'aide de la sonde; on peut alors en pratiquer

A, par *excès des peptones*; B, par *dilution du suc gastrique*; C, par *hyperchlorhydrie*; D, par *anachlorhydrie*; E, par *fermentation*.

A. L'*excès de peptones* est une des causes de la dyspepsie des gros mangeurs; il peut résulter aussi de l'obstacle qu'opposent à leur résorption les troubles de la circulation veineuse; il entrave l'action du suc gastrique comme l'alcool celle de la levure (A. Robin).

B. La *trop grande dilution* du suc gastrique résulte le plus souvent d'un excès de boissons; elle peut être également provoquée par une sécrétion anormalement abondante de mucus gastrique.

C. La dyspepsie par *hyperchlorhydrie* n'est connue que depuis le travail de Reichmann (1882); elle a été depuis lors bien étudiée en France par MM. G. Sée (1), Hayem et A. Robin.

Le suc gastrique contient, après les repas, de 4 à 6 p. 100 d'acide chlorhydrique au lieu de 1,5, chiffre normal. Cette sécrétion trop active a pour effet un trouble dans la digestion des féculents lié en partie à la suspension de l'action stomacale de la salive; on cherche en vain la diastase; le mucus est peu abondant; la muqueuse n'étant plus protégée qu'insuffisamment devient bientôt le siège d'un *carrhe chronique*; l'estomac se dilate; il peut se produire un ulcère simple. Cette dyspepsie peut être accidentelle, survenir par accès paroxystiques et entraîner alors des troubles fonctionnels analogues à ceux de la migraine ou devenir chroniques; elle s'accompagne de douleurs qu'explique l'irritation de la muqueuse; elle donne lieu à des troubles dans la sécrétion de l'urine qui devient alcaline, renferme un excès d'urée et d'acide phosphorique et s'appauvrit en chlorures (A. Robin). Le surménagement intellectuel et l'abus des excitants gastriques sont notés comme des causes habituelles de cette dyspepsie.

D. La dyspepsie *anachlorhydrique* est habituellement secondaire; on l'observe dans l'anémie, le diabète, l'urémie, la maladie d'Addison, les pyrexie, les gastrites et le cancer; elle peut résulter soit d'une altération du sang, soit d'une lésion de la muqueuse; elle coïncide avec un défaut de pepsine.

E. La dyspepsie par *fermentation* succède souvent à la précédente. C'est l'acide chlorhydrique qui détermine l'asepsie stomacale: s'il fait défaut, ou si la quantité d'aliments introduite dans l'estomac est excessive, il se produit des fermentations; il en est de même dans les cas où le bol alimentaire séjourne trop longtemps dans la cavité gas-

l'examen physique, microscopique, chimique et rechercher quelle est l'activité fonctionnelle du suc gastrique.

(1) G. Sée, Mathieu et Durand-Fardel, *Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac* (Acad. de médecine, 1888). — Bourget, *Nouveau procédé pour la recherche et le dosage de l'acide chlorhydrique dans l'estomac* (Arch. de méd. expériment., 1889).

trique par le fait, soit de l'insuffisance des mouvements péristaltiques, soit d'un obstacle mécanique, soit d'une dilatation de l'estomac; celle-ci peut être la cause ou l'effet des fermentations anormales. Les féculents et les sucres subissent la fermentation lactique et l'acide lactique peut à son tour se transformer en acides butyrique, propionique et valérianique.

Concurremment, il se développe des gaz composés d'acide carbonique, d'hydrogène protocarboné, d'hydrogène, d'oxygène et d'azote.

On trouve enfin, dans le contenu gastrique, des organismes inférieurs, tels que les champignons et la levure de bière, différentes bactéries, la sarcine, etc.; l'examen de l'urine y dénote une diminution de l'urée et parfois de l'oxalurie (A. Robin).

La fermentation lactique, d'après Lesage et Robin, est constante dans la dyspepsie infantile; elle coïncide le plus souvent avec la disparition de l'acide chlorhydrique.

Les différentes causes de troubles digestifs que nous avons énumérées coïncident fréquemment; on peut même dire que le plus souvent l'un entraîne l'autre: la paresse de la musculature retarde la digestion et favorise la stagnation des matières dans l'estomac; la fermentation qui en résulte provoque à son tour une gastrite, cause nouvelle de dyspepsie; les digestions en devenant de plus en plus insuffisantes amènent la dilatation de l'estomac; Cohnheim dit avec raison qu'il y a là un cercle vicieux.

C'est ainsi qu'il faut considérer comme multiples les conditions prochaines qui amènent, comme l'ont montré M. G. Sée et Mathieu (1), la dyspepsie et dilatation de l'estomac à la suite de la fièvre typhoïde: M. P. Legendre, qui en a publié vingt et une observations, invoque l'asthénie de la tunique musculaire, reflet de l'adynamie générale qui ne permet plus à l'estomac de résister à la pression intérieure du météorisme causé par les putréfactions intestinales et surtout les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde, bien étudiées par A. Chauffard; ce sont le plus souvent des lésions inflammatoires multiples, des altérations vasculaires par stase et thrombose, avec inflammation des radicules lymphatiques, artérielles et veineuses ou une dégénérescence granulo-graisseuse des glandes stomacales.

Il est des dyspepsies dont le mode de production ne peut être déterminé: telle est celle, par exemple, qui annonce souvent l'apparition de l'accès de goutte; telle est également celle qui alterne chez les herpétiques avec les affections cutanées.

La dyspepsie peut exister sans donner lieu à des sensations qui la

(1) G. Sée et Mathieu, *De la dilatation atonique de l'estomac* (Revue de méd., 1884).

révèlent; elle se traduit alors seulement par un défaut d'alimentation, l'insuffisance de la digestion rendant insuffisante l'assimilation. Plus souvent, elle s'accompagne de symptômes qui varient suivant sa cause prochaine et le mode de réaction des sujets; elle peut revêtir ainsi les formes les plus diverses, constituant, suivant l'expression de M. A. Robin, un véritable Protée, désespoir des nosographes: l'appétit peut être conservé, perverti ou diminué; les malades éprouvent souvent des douleurs pénibles dans la région de l'estomac, quelquefois des douleurs qui prennent rarement un caractère aigu; ces sensations commencent peu de temps après l'ingestion des aliments et persistent pendant plusieurs heures; il survient souvent des éructations nidoreuses, acides ou ammoniacales en même temps que du ballonnement de la région épigastrique. Quand il y a dilatation, des fermentations anormales se produisent dans l'estomac; il se forme de l'acide acétique qui donne lieu à une odeur aigre des éructations; la muqueuse s'enflamme et un catarrhe gastrique vient à son tour favoriser les progrès de la dilatation.

Les malades sont alourdis; certains d'entre eux ne peuvent résister au sommeil; d'autres éprouvent des vertiges et de la céphalalgie; leur respiration est assez fréquemment gênée par suite du météorisme.

Nous devons encore noter, comme troubles des fonctions digestives, l'état fréquemment saburral de la langue, la fétidité de l'haleine, l'augmentation ou la diminution de la sécrétion salivaire.

Le tableau varie surtout, avons-nous dit, suivant la cause prochaine de la dyspepsie; c'est ainsi que, d'après A. Robin, l'hyperchlorhydrie se traduit, surtout de 3 à 6 heures après les repas, et par conséquent la nuit, par des sensations de tiraillements, de déchirements, de crampes gastriques, par des régurgitations acides sans odeur, par une soif vive avec sensation de brûlure pharyngée, par de l'atonie intestinale, des vertiges, des palpitations avec intermittence et par de l'amaigrissement malgré l'ingestion de beaucoup d'aliments.

Les troubles de la digestion, quand ils sont très prononcés et persistants, compromettent la santé générale; la réparation alimentaire n'est plus suffisante; il survient de l'amaigrissement et de l'anémie, et quelquefois un état de cachexie qui peut aboutir à la mort. Dans le cas de *dilatation*, on voit souvent, d'après M. Bouchard, se produire des congestions hépatiques que l'on peut rapporter, avec vraisemblance, à la résorption par les radicules portes de poisons putrides formés en excès dans l'intestin (1), l'ectopie du rein droit, des

(1) G.-H. Roger, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1886.