

névrologies intercostales et dorso-lombaires qui ont pour caractères d'être bilatérales, de donner lieu à une sensation de constriction et de subir les alternatives d'amélioration et d'aggravation que présente l'affection gastrique (1); d'autres troubles de l'innervation consistent en des céphalalgies, de la tristesse, de l'insomnie, des vertiges, de l'amblyopie, de l'hémipopie et de la diplopie, des paralysies vaso-motrices, des hallucinations de la vue, des terreurs nocturnes (R. Blache) (2), l'engourdissement partiel et passager d'un membre, la contracture des extrémités, l'abolition du réflexe rotulien, l'aphasie transitoire, de l'asphyxie des extrémités, des palpitations, de la fausse angine de poitrine, des sueurs nocturnes localisées à la tête, au cou ou au thorax, du pityriasis versicolore, de l'eczéma, de l'urticaire et de l'acné. M. Bouchard rapporte à la résorption des matières toxiques qui se produisent dans l'estomac ces manifestations cutanées; il y a *auto-intoxication*. Le même auteur mentionne encore, parmi les symptômes que produit la dilatation de l'estomac, des bronchites persistantes et rebelles, des accès de dyspnée rappelant ceux de l'asthme, des coryzas; MM. Ruault et Legendre ont observé dans les mêmes conditions la pharyngite granuleuse. Signalons encore l'albuminurie constatée souvent par M. Bouchard, la peptonurie, et enfin des troubles généraux de la nutrition, l'abaissement des forces, l'amaigrissement, l'apparition de phlébites, le purpura, et des rhumatismes dont on peut observer toutes les formes. Les nodosités des articulations des secondes phalanges appartiennent en propre à la dilatation stomacale; elles se présentent sous la forme de saillies dorsales ou latérales avec déviation des doigts; on peut voir les quatre doigts des deux mains présenter simultanément ces déformations; elles sont souvent précédées de douleurs. Quelquefois d'autres articulations sont atteintes: telle est l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; telles sont beaucoup plus rarement celles du poignet, la sterno-claviculaire et celles des deuxième articulations des orteils. Ces arthropathies, comme les autres symptômes, s'améliorent et s'aggravent parallèlement à l'état de l'estomac (3). Celles des doigts sont caractérisées surtout, d'après P. Legendre, par un épaississement et une saillie anormale du rebord osseux qui sert de support à la poulie et aux condyles de l'extrémité de la phalange, ainsi que des tubercules arrondis situés sur les côtés de la surface articulaire de la phalange. M. Bouchard pense que la résorption de l'acide acétique qui

(1) Chantemesse et Le Noir, *Névrologies bilatères dans la dilat. de l'estom.* (Arch. gén. de méd., 1885).

(2) R. Blache, *Acad. de méd.*, 1883.

(3) Ch. Bouchard, *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, Paris, 1887.

résulte des fermentations dans l'estomac dilaté peut être considérée comme la cause prochaine de ces dystrophies osseuses.

Pour terminer l'énumération des troubles morbides dont la dilatation gastrique peut entraîner ou favoriser l'écllosion, nous devons signaler, d'après M. P. Legendre, les maladies infectieuses, soit chroniques, comme la tuberculose, soit aiguës, comme la fièvre typhoïde, et aussi le tænia et les autres parasites. La pauvreté du suc gastrique en acide chlorhydrique, agent antiseptique, permettrait d'expliquer la pénétration plus facile des parasites morbides, grands ou petits, jusque dans l'intestin.

Les différents symptômes de dilatation gastrique signalés par M. Bouchard ne se trouvent pas tous réunis simultanément: on peut distinguer, d'après leur mode de groupement, une forme *dyspeptique*, avec tympanisme, éructations, pyrosis; une forme *entérique*, avec alternatives de constipation et de diarrhée; une forme *hépatique*, avec un foie congestionné, une ectopie du rein droit; des formes *larvées* à type névrosique; des formes *cardiaque*, *arthritique*, *rénale*, *dermatoïde*, *rhumatismale*, et une forme *consomptive* qui peut être aiguë ou chronique (1).

Quant aux relations qui unissent la dilatation stomacale aux différentes manifestations morbides qui viennent d'être mentionnées, M. Bouchard formule l'hypothèse suivante, déjà indiquée précédemment: le premier effet de la dilatation de l'estomac est d'entraver l'élaboration de la masse alimentaire; ce défaut d'élaboration favorise la production des fermentations et la multiplication des éléments figurés qui sont incessamment introduits avec les aliments dans l'estomac. Ces fermentations dégagent une quantité de produits nuisibles ou toxiques: leur présence dans le sang et les tissus, leur élimination par la peau, les reins ou les poumons expliquent les différents troubles fonctionnels et nutritifs énumérés plus haut.

M. Bouchard invoquait, il y a cinq ans, plus de quatre cents observations à l'appui de ses conclusions; elles ont été confirmées par ceux qui depuis lors ont étudié la question: la théorie de Beau se trouve ainsi réédifiée sur une base réellement scientifique, et considérablement amplifiée.

ARTICLE VIII. — VOMISSEMENT.

A. *Mécanisme*. — Le vomissement est l'expulsion violente par la bouche des matières contenues dans l'estomac. Il reconnaît pour causes pro-

(1) Ch. Bouchard, *loc. cit.*

chaines, d'une part, la contraction spasmodique du diaphragme et des muscles des parois du ventre produisant l'accroissement de la pression intra-abdominale; d'autre part, un abaissement de la pression thoracique (1) qui est, d'après Arnozan, la condition nécessaire au passage des aliments de l'estomac dans l'œsophage; cet abaissement est dû à la contraction spasmodique des muscles inspireurs. Arnozan et Frank, dans une série d'expériences bien conduites, en ont démontré la réalité, et fait voir qu'il précède constamment l'expulsion des matières; leurs tracés sont tout à fait démonstratifs.

L'ensemble de ces actes physiologiques se produit sous l'influence de l'excitation directe ou réflexe d'un centre d'innervation que les auteurs s'accordent à localiser dans le bulbe, tout près du centre respiratoire. Les contractions des fibres musculaires lisses de l'estomac ne sont pas nécessaires à la production du vomissement; Arnozan considère de même comme très douteuse l'intervention des fibres longitudinales striées qui produiraient, en se contractant, la dilatation de la partie inférieure de l'œsophage et, par suite, l'ouverture du cardia; il a constaté, après MM. Sappey, Cornil et Ranvier, qu'il n'y a plus de fibres striées au niveau du cardia; la différence de pression entre l'abdomen, où elle est positive, et le thorax, où elle est négative, explique suffisamment, d'après lui, le passage des matières à travers le cardia qui ne leur oppose qu'une médiocre résistance; si elles ne franchissent pas l'orifice pylorique, c'est parce qu'il est entouré d'un puissant sphincter, et surtout parce que la pression est la même dans le duodénum que dans l'estomac.

L'expulsion des matières est habituellement favorisée par les contractions antipéristaltiques de l'œsophage; elle est plus facile chez les enfants du premier âge, alors que l'estomac occupant encore la même position que chez le fœtus fait suite à l'œsophage, et que son grand cul-de-sac n'est encore que fort peu accentué.

On appelle *vomitutions* des efforts identiques à ceux du vomissement, mais non suivis de résultats. Arnozan croit qu'ils restent stériles parce qu'ils ne sont pas accompagnés des inspirations forcées qui, dans le vomissement, amènent l'abaissement de la pression thoracique et le passage des matières dans l'œsophage.

B. Causes. — Le vomissement, ne pouvant se produire que par le concours d'actes physiologiques multiples, suppose l'intervention d'un centre d'innervation qui les coordonne; ce centre peut être excité directement ou indirectement, mais son excitation directe ne peut

(1) Arnozan, *Étude expérimentale sur les actes mécaniques du vomissement* (Thèse de Paris, 1880).

guère être admise qu'hypothétiquement et dans des cas exceptionnels.

L'excitation initiale porte souvent sur la muqueuse gastrique; ses lésions, lorsqu'elles sont étendues, comme dans les diverses variétés de gastrites parmi lesquelles il faut comprendre l'affection nommée *embarras gastrique*, s'accompagnent le plus souvent de vomissements. C'est en excitant cette membrane et les filets du nerf vague qui s'y distribuent que certains ingesta, parmi lesquels nous citerons les boissons alcooliques, les poisons irritants, l'ipéca et les trichines, donnent lieu au vomissement; il suffit de l'introduction dans l'estomac d'une quantité exagérée d'aliments pour en amener le rejet.

Le vomissement peut s'observer également dans les cas où la muqueuse présente une lésion limitée, comme dans le cancer et dans l'ulcère simple, mais il est loin d'être un symptôme constant de ces affections: le cancer le produit surtout lorsqu'il siège au cardia ou au pylore et s'oppose ainsi mécaniquement au passage des aliments; il n'est pas rare de voir cette maladie rester silencieuse et ne se révéler que par des troubles de la santé générale, quand la tumeur occupe la grande courbure ou la grosse tubérosité.

Le vomissement est dit *mécanique* lorsqu'il résulte d'un obstacle au cours des matières; il survient tardivement si l'obstacle siège au niveau du pylore et de l'intestin grêle; les matières s'accumulent quelquefois pendant plusieurs jours; elles s'altèrent et finissent par être rejetées, par le fait en partie de la réaction que suscite la distension de l'estomac, en partie de l'irritation que provoquent les produits de décomposition; les choses se passent de même dans la dilatation de l'estomac où la rétention des matières provient, non plus d'un obstacle mécanique à leur passage, mais d'un *défaut de propulsion* dû à l'état de paresse et d'atonie de la tunique musculieuse.

Le vomissement est souvent un *acte réflexe*. C'est ainsi que les excitations violentes des parois intestinales le provoquent; on l'observe particulièrement dans les diverses variétés d'étranglement et dans le choléra: l'irritation du péritoine a la même action, témoins les vomissements de la péritonite. Il faut encore citer, dans cet ordre de causes, les excitations des voies biliaires et des conduits excréteurs du rein (vomissements de la lithiase biliaire et rénale), ainsi que les névralgies de diverse nature qui siègent dans les plexus intra-abdominaux et particulièrement dans le plexus solaire (crises gastriques de l'ataxie, maladie d'Addison).

Chacun sait que la titillation de la luvette fait vomir: les lésions qui intéressent cet organe et les parties voisines de l'isthme ont souvent le même effet. Parmi les organes dont les affections peuvent être

causes de vomissements réflexes, nous devons compter encore l'utérus et ses annexes; il nous suffira de rappeler la fréquence de ces accidents dans la grossesse.

Diverses affections des voies respiratoires donnent lieu à des vomissements. Ils marquent souvent le début de la pneumonie; les quintes de toux, quand elles sont violentes, les provoquent fréquemment; on sait quelle en est la fréquence dans la coqueluche; on les attribue alors d'habitude à l'effort, mais, s'il en était ainsi, les efforts violents que nécessitent souvent la défécation, l'expulsion de l'urine et le soulèvement d'un fardeau les produiraient de même, et il n'en est rien; il est plus probable que l'excitation périphérique dont la toux est le résultat agit simultanément sur le centre nerveux dont l'excitation produit le phénomène; le contact des matières expectorées avec les muqueuses qui tapissent l'isthme du gosier et l'orifice supérieur du larynx semble pouvoir de même donner lieu au vomissement.

Souvent le réflexe provocateur du vomissement a pour point de départ les centres nerveux; on connaît la fréquence des crises gastriques dans le *tabes*; le vomissement appartient à la symptomatologie de la plupart des affections *cérébrales*; il existe habituellement dans la migraine; il constitue avec la céphalalgie et le vertige le signe le plus fréquent des tumeurs intra-crâniennes; il est de même presque constant dans les méningites; il accompagne assez souvent l'ictus apoplectique; il s'observe enfin communément dans les affections cérébelleuses et bulbo-protubérantielles; il s'agit vraisemblablement, dans ces diverses circonstances, presque toujours de vomissements réflexes.

L'impression produite par la vue d'objets répugnants et certaines odeurs donnent lieu au vomissement chez les sujets prédisposés. Il en est de même de certains mouvements, tels que ceux de la valse, de la locomotion en voiture ou en chemin de fer et de l'escarpolette. Dans ces circonstances, le vomissement coïncide avec des vertiges et un trouble de la circulation capillaire que révèle la pâleur extrême de la face. Le mal de mer est un phénomène de même ordre. On n'en connaît pas la cause prochaine; on ignore si la mise en activité du centre vomitif est due à l'ébranlement de ses éléments par les mouvements anormaux que subit le corps, à un trouble de circulation ou à l'excitation d'une autre partie du système nerveux.

Le vomissement peut être rapporté assez fréquemment à une *altération du sang* qui agit vraisemblablement en excitant le centre nerveux qui y préside; tel est celui qui marque le début des fièvres éruptives (on pourrait cependant invoquer également dans ce cas un trouble de circulation); tels sont les vomissements d'origine toxique qui

ne sont pas dus à une action directe sur la muqueuse gastrique: nous citerons, en première ligne, ceux que produit l'apomorphine; l'ipéca et l'émétine font vomir quand on les introduit dans le sang, mais leur effet ne se produit plus si l'on a préalablement coupé les pneumogastriques; c'est que ces substances agissent au moment où elles s'éliminent par la muqueuse gastrique et excitent les ramifications des pneumogastriques qui s'y distribuent; on peut en dire autant de l'urée, et expliquer le vomissement urémique par le passage de cette substance dans l'estomac, sa transformation en carbonate d'ammoniac et son action irritante sur la muqueuse. Il n'en est pas de même de l'apomorphine: Choupe a constaté que cette substance continue à agir alors que l'on a interrompu, par la section des pneumogastriques, les communications nerveuses entre la muqueuse de l'estomac et le centre vomitif du bulbe.

L'action du tartre stibié paraît mixte; elle s'exerce à la fois sur la muqueuse et sur le centre bulbaire (1). Parmi les poisons qui peuvent agir sur le centre vomitif, nous mentionnerons encore l'éther, le chloroforme et l'oxyde de carbone, bien que l'on puisse également supposer qu'ils ne l'influencent que par l'intermédiaire des nerfs centripètes.

M. Marotte a signalé l'*inanition* comme une cause de vomissements incoercibles. Telle est pour lui l'origine de ceux que l'on voit survenir dans la convalescence des maladies graves, sans qu'aucune altération appréciable de l'estomac puisse les expliquer (2).

C. *Caractères.* — Le vomissement est précédé d'un ensemble de troubles fonctionnels qui sont péniblement ressentis. Les malades éprouvent une anxiété épigastrique avec sensation de défaillance, de vertige et d'éblouissement; ils pâlisent; leur visage se couvre de sueurs visqueuses; leur respiration ralentie est souvent suspirieuse; ils salivent abondamment; le malaise augmente; il survient des mouvements de déglutition qui souvent introduisent de l'air dans l'estomac, puis une inspiration profonde immédiatement suivie d'une expiration forcée; c'est à ce moment que les matières contenues dans l'estomac sont rejetées.

Cependant, la face s'est injectée comme pendant l'effort, et parfois il se produit des vertiges, de l'obnubilation des sens et du tremblement des membres; il peut se faire une émission involontaire d'urines et de matières fécales. Les nausées souvent se renouvellent à de courts intervalles et sont suivies de nouveaux vomissements qui, dans

(1) V. Grasset, *De la médication vomitive*. Thèse d'agrégation, 1875.

(2) Marotte, *Études sur l'inanition dans les maladies aiguës* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1854).



certain cas, se reproduisent pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours : il en est ainsi dans les crises gastriques de l'ataxie et de l'hystérie.

L'intensité du malaise varie beaucoup suivant que le vomissement est facile ou difficile ; et cette condition dépend elle-même de la cause qui a amené le trouble fonctionnel, du mode de réaction du malade et de l'état de réplétion ou de vacuité de l'estomac.

Le vomissement laisse après lui un mauvais goût dans la bouche, une sensation pénible sur le trajet de l'œsophage et à l'épigastre et de la douleur au niveau des muscles qui ont concouru à le produire.

Les efforts qu'il provoque ont pu, dans des cas très exceptionnels, occasionner la rupture d'anévrysmes, des hémorragies viscérales, la formation de hernies et même la perforation de l'estomac ; lorsque les vomissements se répètent pendant plusieurs jours consécutifs, comme chez les ataxiques, les malades tombent dans un état d'asthénie profonde.

Le vomissement s'accompagne de troubles complexes de la circulation ; pendant qu'il se produit, on peut noter l'accélération des contractions cardiaques et la petitesse du pouls ; l'accélération serait due, d'après Harnak, à l'excitation réflexe des nerfs accélérateurs.

La pâleur, et aussi les vertiges, semblent devoir être attribués à l'excitation des petits vaisseaux ; Chouppé a cependant nié cette action par les raisons suivantes : en observant directement chez la grenouille, pendant le vomissement, les vaisseaux de la membrane natale et de la langue, on ne les voit pas se contracter, et la tension artérielle n'augmente pas comme elle le fait dans les cas où il y a excitation des vaso-constricteurs. Ces raisons ne nous paraissent pas concluantes ; on n'est pas en droit de conclure en pareille matière de la grenouille à l'homme ; le défaut d'élévation de la tension artérielle peut d'ailleurs s'expliquer par un affaiblissement concomitant des contractions du cœur, et il est possible que les phénomènes d'excitation vaso-constrictive soient localisés.

Certains vomitifs, tels que le tartre stibié, entraînent à leur suite un ralentissement passager des battements du cœur et aussi des mouvements respiratoires. Ces médicaments provoquent, par cela même, un abaissement momentané de la température périphérique.

Les matières vomies peuvent provenir de l'estomac ou des cavités qui se trouvent en communication naturelle ou accidentelle avec la sienne.

Les aliments contenus dans l'estomac sont toujours rejetés en premier lieu ; leur aspect varie suivant qu'ils y ont séjourné plus ou moins longtemps ; ils contiennent souvent des microphytes et la sar-

cine qui, d'après Bamberger, se rencontre surtout dans le cas d'affection organique ; lorsqu'il existe un obstacle au passage des aliments à travers le pylore, les vomissements peuvent renfermer des substances ingérées plusieurs jours auparavant.

Les aliments sont souvent en voie de décomposition partielle lorsqu'ils ont séjourné dans l'estomac dilaté ; c'est dans ce cas surtout qu'on y trouve en abondance des organismes inférieurs.

Le mucus se rencontre dans la plupart des vomissements, sous forme de matière filante et visqueuse ; il est surtout abondant dans le cas de gastrite chronique.

Les vomissements pituiteux, formés de matières aqueuses d'un goût acide et désagréable, paraissent constitués, en partie par un produit de sécrétion anormale, en partie, d'après Frerichs, par de la salive. Ils surviennent souvent le matin chez les alcooliques.

La bile peut refluer du duodénum dans l'estomac et se mêler à son contenu qu'elle colore en jaune verdâtre ; ce phénomène est si fréquent que l'on a considéré son absence comme un signe de rétrécissement pylorique.

Le vomissement de sang peut se produire dans des conditions très différentes : dans des cas exceptionnels, il résulte d'une gastrite suraiguë ; les stases dans la circulation de la veine porte, qu'elle qu'en soit la cause, peuvent donner lieu à l'hémorragie gastrique ; le même accident s'observe dans les maladies générales hémorrhagiques, et particulièrement dans les fièvres hémorrhagiques, la fièvre jaune, le scorbut et l'hémophilie ; on le voit de même se produire chez les hystériques ; d'autres fois, il paraît constituer une hémorragie supplémentaire des règles.

Les lésions traumatiques de l'estomac peuvent également lui donner naissance, mais, le plus souvent, il est symptomatique d'un carcinome ou d'un ulcère simple ; il présente dans les deux cas des différences essentielles : dans le carcinome, le sang s'écoule en petite quantité à la surface de l'ulcération ; il subit l'action du suc gastrique qui le colore en noir, et il communique cette même coloration à la masse des vomissements ; dans l'ulcère simple, l'hémorragie, résultant le plus souvent de l'ulcération d'un petit vaisseau, est beaucoup plus abondante et le sang est rejeté en masse et coagulé. Dans certains cas, le sang provient d'une simple érosion hémorrhagique (Balzer).

Les vomissements de pus sont tout à fait exceptionnels ; ils proviennent presque constamment d'un foyer développé en dehors du viscère et ouvert dans sa cavité.

Les vomissements fécaloïdes résultent toujours d'un obstacle au

cours des matières dans l'intestin ; leur odeur est caractéristique ; ils sont presque constamment liquides ; les concrétions solides ne se forment que dans le gros intestin et peuvent difficilement franchir la valvule iléo-cæcale ; il y en a cependant des exemples. Les vomissements fécaloïdes peuvent s'observer dans tous les cas d'obstruction intestinale ; ils ne surviennent d'habitude que tardivement. Jaccoud et Dieulafoy les ont vus se produire chez une hystérique.

Les entozoaires contenus dans l'intestin peuvent exceptionnellement être rejetés par les voies supérieures.

ARTICLE IX. — RÉGURGITATION.

Le rejet par la bouche des matières ingérées peut se produire sans nausées et sans efforts ; il prend alors le nom de *régurgitation*. C'est un phénomène très analogue à la rumination ; il est physiologique chez les enfants à la mamelle et chez certains sujets, ordinairement des aliénés ou des hystériques, qui prennent l'habitude dégoûtante de ramener leurs aliments dans leur bouche pour les avaler ensuite une seconde fois ; la régurgitation peut s'observer également à la suite de l'ingestion d'une quantité exagérée d'aliments ; d'autres fois, elle est liée à l'éruption et les aliments semblent entraînés par les gaz.

Dans les cas de rétrécissement de l'œsophage, les aliments que le malade essaye d'ingérer sont régurgités, soit immédiatement, soit au bout d'un laps de temps variable, quand une dilatation s'est formée au-dessus du point rétréci ; ils sont alors d'une fétidité repoussante.

Le mécanisme de la régurgitation n'est pas nettement déterminé ; il est probable que les malades chez lesquels elle se produit arrivent à exécuter volontairement les mouvements qui, dans le vomissement, se font automatiquement ; nous ferons remarquer que les physiologistes font intervenir l'abaissement de la pression thoracique dans la rumination au même titre que Frank et Arnozan la font intervenir dans le vomissement.

Nous devons une mention spéciale à une forme particulière de régurgitation dans laquelle les matières rejetées sont aqueuses, abondantes, et ordinairement acides ; elle s'accompagne souvent de douleurs violentes à l'épigastre et sur le trajet de l'œsophage et prend le nom de *pyrosis* ; cet accident appartient surtout à la gastrite alcoolique ; on peut l'observer dans la grossesse, l'hystérie, l'hypochondrie, et aussi dans la dilatation et les affections organiques de l'estomac. On a constaté dans le liquide ainsi rejeté la présence des éléments de la salive (Frerichs) et des acides lactique, butyrique et acétique.

ARTICLE X. — DOULEURS GASTRIQUES.

La sensibilité de l'estomac n'est que rarement mise en jeu à l'état physiologique ; on peut lui rapporter avec vraisemblance, mais non avec certitude, la sensation de plénitude qui, chez certains sujets, suit souvent les repas copieux ; l'ingestion de matières dures ou irritantes provoque de la douleur ; nous connaissons un jeune homme qui ne peut ingérer une amande sans éprouver, peu de temps après, une vive douleur à l'épigastre. Il n'est pas rare que les purgatifs donnent lieu à une sensation pénible dans la même région, mais c'est déjà là un phénomène morbide, car le purgatif produit une altération passagère de la muqueuse de l'estomac.

A l'état pathologique, la région de l'estomac devient souvent le siège de vives douleurs, mais il est, dans bien des cas, difficile de déterminer avec précision quel en est le siège ; on confond sous le nom de *gastralgies* les crampes provoquées par les contractions spasmodiques de la tunique musculuse de l'estomac, les névralgies du plexus solaire, et les douleurs qui ont la muqueuse pour point de départ ; c'est pour cette raison que nous étudions dans leur ensemble les douleurs gastriques.

La muqueuse en est bien manifestement le siège, chaque fois qu'elles se produisent dans le cours, soit d'une dyspepsie hyperchlorhydrique, soit d'une gastrite par intoxication, soit d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac.

La plupart des agents irritants donnent lieu à de la douleur quand ils pénètrent dans l'estomac : il en est ainsi du sublimé, de l'acide arsénieux, des acides, des alcalis, de l'alcool, etc. ; ces douleurs sont continues et augmentent par la pression.

Le cancer de l'estomac est le plus ordinairement indolent, et quand il provoque de la douleur, elle est sourde et discontinue. Dans l'ulcère simple, les douleurs sont au contraire d'une grande intensité, et se font sentir simultanément à l'épigastre et dans le point correspondant de la région dorsale. La douleur épigastrique correspond d'habitude exactement au siège de la lésion ; elle n'est pas continue ; souvent elle est réveillée par la digestion, vraisemblablement par suite du contact des aliments avec la partie malade et des mouvements qu'ils provoquent ; elle atteint parfois un haut degré d'acuité.

Les douleurs gastriques sont fréquentes dans la chlorose et considérées alors comme des névralgies cœliaques ; il ne faut pas oublier cependant la fréquence de l'ulcère simple chez les sujets atteints de cette maladie.

Parmi les maladies générales qui donnent lieu aux mêmes troubles fonctionnels, il faut citer l'intoxication palustre; on en décrit une forme gastralgique. Dans la tuberculose, les douleurs peuvent se rattacher à une inflammation de la muqueuse ou à la présence d'un *ulcus rotundum*. Rien de plus commun que les douleurs à l'épigastre chez les hystériques, mais rien de moins connu; on ignore quel en est le siège exact et l'on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses.

Les mêmes considérations sont applicables aux crises dites gastriques qui se produisent dans diverses maladies du système nerveux central et particulièrement dans l'ataxie, et aux douleurs de la maladie d'Addison.

Dans certains cas, la douleur gastrique a un point de départ périphérique, et elle est alors le plus souvent symptomatique d'une affection utérine ou péri-utérine; les femmes chez lesquelles elle survient dans ces circonstances sont presque toutes des hystériques.

Rien de plus variable que les douleurs gastriques: celles-ci ne se produisent qu'au moment de l'ingestion des aliments, celles-là semblent apparaître spontanément et sans provocation appréciable; les unes sont calmées, les autres exagérées par la pression; il y en a de continues et d'intermittentes; les malades les comparent tantôt à celles que produit une pression ou une constriction, tantôt à une brûlure, tantôt à un déchirement; nul doute qu'elles ne soient de nature diverse, et c'est sans doute pour cette raison qu'on les a décrites sous les dénominations de *gastralgie*, *gastrodynie*, *cardialgie*, *crampes d'estomac*, *crises gastriques*; mais il est trop souvent impossible d'en préciser le siège et le mode de production.

ARTICLE XI. — CONSTIPATION.

A. *Définition.* — La constipation est caractérisée par la rareté des évacuations alvines et l'endurcissement des matières fécales.

Il est difficile de tracer des limites précises entre cet état, lorsqu'il est peu prononcé, et l'état physiologique, car rien n'est plus variable que la fréquence des selles chez les divers individus: tandis que certains sujets ont régulièrement deux garde-robes par jour, d'autres ne vont à la selle que trois fois par semaine et ne s'en portent pas plus mal; il n'y a donc constipation que dans les cas où les évacuations deviennent plus rares et plus dures qu'elles ne l'étaient auparavant chez le même individu, et dans ceux où leur rareté occasionne des accidents.

B. *Causes.* — La régularité de l'expulsion des matières suppose l'intégrité des sécrétions, des mouvements et de la sensibilité de l'intestin,

le fonctionnement normal des centres nerveux qui président aux mouvements de défécation, et la perméabilité du tube digestif.

Le chyle est de consistance fluide dans l'intestin grêle; c'est seulement dans le cæcum que son résidu se solidifie par suite de la résorption de ses parties liquides; la lubrification de la muqueuse par son produit de sécrétion facilite le cheminement du bol fécal à travers les diverses parties du gros intestin et son expulsion. On conçoit que l'induration des matières puisse résulter, soit de l'insuffisance de la sécrétion muqueuse, soit d'une résorption plus active qu'à l'état normal des liquides qu'elles contiennent: ces deux causes interviennent concurremment pour produire la constipation que l'on observe dans les fièvres.

D'après Spring, la rareté des évacuations peut s'expliquer, chez les diabétiques et les nourrices, par la diminution des sécrétions; chez les convalescents, par l'augmentation de la résorption. C'est sans doute aussi en réduisant les sécrétions que les préparations de tannin et les divers astringents produisent la constipation; on a attribué la même action à l'opium, mais on peut supposer que ce médicament agit en même temps en diminuant la sensibilité de la muqueuse et concurremment l'activité des réflexes.

L'usage prédominant d'aliments qui laissent peu de résidu, comme la viande et les œufs, favorise nécessairement la constipation.

M. Villemin insiste avec raison, dans son excellent article (1), sur l'importance qu'ont les troubles de la sensibilité de la muqueuse intestinale dans la pathogénie de la constipation. Parmi les différents actes qui se succèdent pour aboutir à l'évacuation des matières, le premier en date est souvent l'excitation de la muqueuse du gros intestin par son contenu; alors même que la défécation se fait volontairement, sans avoir été sollicité par le besoin, la propulsion des matières par les premiers efforts a pour effet de solliciter par action réflexe les contractions des muscles de l'intestin et du petit bassin; on conçoit donc que la constipation résulte de toute cause qui rend inexcitable la muqueuse intestinale ou s'oppose à la transmission des excitations génératrices des réflexes. C'est la *constipation par anesthésie*. On l'observe chez les hystériques, chez certains paraplégiques et dans l'aliénation; l'abus des lavements, en émoussant la sensibilité de la muqueuse rectale comme les attouchements répétés émoussent celle de la luette, peut également la produire (2). La diminution de la sensibilité peut de même entrer pour une part dans la constipation des vieillards.

(1) Villemin, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article CONSTIPATION.

(2) Villemin, *loc. cit.*