

gements de forme et de direction ou réduire la capacité de l'organe. Leur marche progressive détermine des poussées de péritonite circonscrite et des adhérences avec les organes voisins, de sorte que, s'il y a perforation, ces viscères viennent remplacer la paroi stomacale, comme nous l'avons vu déjà pour l'ulcère simple. On a observé pourtant des communications avec l'intestin, la vésicule biliaire, le péricarde, la paroi abdominale, comme l'un de nous en a rapporté un exemple, ou bien encore l'ombilic (cas de Feulard).

Le cancer de l'estomac se propage souvent au diaphragme, aux plèvres et aux poumons par les lymphatiques (Debove). Les ganglions lymphatiques qui avoisinent l'estomac, et particulièrement ceux du grand épiploon, ceux de la face inférieure du foie, sont fréquemment envahis par la dégénérescence.

Le retentissement de l'inflammation spécifique peut se faire pourtant à plus grandes distances; et récemment Troisier a insisté sur l'engorgement des ganglions sus-claviculaires au début même de l'évolution du cancer gastrique. Cet engorgement est plus marqué du côté gauche (Friedreich, Hanot, Charcot en ont cité des exemples).

DESCRIPTION. — Quelle que soit sa variété anatomique, le cancer de l'estomac se présente en général avec une marche et des caractères cliniques qui varient peu. Son début est insidieux : de la perte de l'appétit, des digestions lentes et difficiles avec pyrosis, de la pesanteur à l'épigastre, des vomissements pituitieux, muqueux ou alimentaires, tels sont les premiers symptômes que l'on observe, et que rien ne distingue bien nettement, on le voit, de ceux de la gastrite ; si ce n'est toutefois que l'anorexie est souvent très prononcée, porte surtout sur les aliments azotés, particulièrement sur la viande, et cela longtemps avant l'apparition de tous les autres troubles fonctionnels. Puis l'état général s'aggrave, l'amaigrissement et la débilité font des progrès rapides, les douleurs deviennent plus vives ; enfin l'apparition d'une tumeur à l'épigastre ou des vomissements noirs vient changer les présomptions en certitude et permet d'affirmer le diagnostic.

Les vomissements sont à peu près constants : au début, ils se produisent surtout le matin à jeun, comme les pituites des alcooliques, et se présentent sous forme de matières filantes recouvertes d'une écume grisâtre. Les vomissements alimentaires sont très variables ; ils peuvent avoir lieu presque immédiatement après le repas, quelque temps après ou même à plusieurs jours

de distance, sans que l'on puisse en tirer de conclusion au point de vue du diagnostic. C'est surtout lorsqu'il y a dilatation stomacale, soit par rétrécissement du pylore, soit par asthénie musculaire, que se produisent ces vomissements à longs intervalles ; ils se composent en général des matières ingérées depuis le dernier vomissement, plus ou moins décomposées ou attaquées par le suc gastrique ; on y rencontre fréquemment des *sarcines*. Les vomissements non alimentaires semblent dus à l'irritation spéciale que produit la tumeur cancéreuse par sa présence même ; les vomissements alimentaires, à la sténose du pylore, à l'inertie ou à la destruction des fibres musculaires, au catarrhe chronique. Comme dans l'ulcère stomacal, le vomissement alimentaire peut être en quelque sorte *électif*, c'est-à-dire ne porter que sur une des substances ingérées pendant le repas, alors que les autres sont bien tolérées. Ainsi que nous l'avons noté déjà à plusieurs reprises, l'acidité du suc gastrique est notablement diminuée dans le cancer (Ewald, Debove, etc.).

Enfin le vomissement peut être *hémorragique* : l'hématémèse n'a été notée par Brinton que 42 fois sur 100 cas, ce qui tient sans doute à la rareté du vomissement dans l'épithélioma. L'hématémèse de sang pur est assez rare, mais se rencontre cependant quelquefois et peut même être le symptôme initial. Ordinairement l'ulcération cancéreuse atteignant de petits vaisseaux, le sang est épanché en petite quantité, séjourne dans l'estomac, où il est en partie digéré par le suc gastrique, et il est rendu sous forme d'une poussière noire que l'on a comparée à du marc de café ou à de la suie. Ce vomissement noir, lorsqu'il se produit, a la plus grande importance au point de vue du diagnostic, bien qu'on puisse le rencontrer aussi dans l'ulcère simple.

La *constipation* est la règle, à moins toutefois que l'ulcération n'ait détruit en partie la valvule pylorique : il y a alors de la diarrhée lientérique et les aliments sont rendus presque sans altération. Le plus souvent il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, ainsi que cela se rencontre d'ailleurs dans la plupart des dyspepsies. Dans le cas d'hémorragie, si le sang n'est pas rendu par vomissement, il passe dans les selles, qu'il colore fortement en noir (*mélæna*).

La *tumeur épigastrique* est un des signes les plus sûrs du cancer stomacal ; d'après Brinton, elle se rencontre dans 80 cas sur 100. Mais cette proportion varie, on le conçoit, avec les différentes périodes où l'on est appelé à faire l'exploration du malade. Elle siège ordinairement au-dessous de l'appendice xiphoïde ou

sous le muscle grand droit du côté droit : lorsqu'on la recherche, on doit donc toujours placer les muscles de l'abdomen dans un relâchement aussi complet que possible, en faisant fléchir les cuisses du malade et en le faisant respirer la bouche ouverte. Mais il faut procéder toujours avec ménagement, une exploration un peu brutale n'étant point indifférente pour le patient. La tumeur a une forme variable : parfois il est facile de la limiter à travers les parois amaigries de l'abdomen ; d'autres fois, au contraire, elle est étalée (surtout dans le cancer colloïde) et ne produit qu'une espèce d'*empâtement* s'étendant plus ou moins à l'épigastre et dans les hypochondres. Quant aux tumeurs du cardia et de la petite courbure, on conçoit combien il est difficile de les percevoir. La percussion donne de la matité ou de la submatité au niveau de la tumeur. A moins d'adhérences par péritonite, la tumeur est toujours un peu mobile et se déplace suivant les mouvements de l'estomac, mais elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. Il n'est pas rare de la sentir soulevée par des pulsations isochrones avec le pouls ; ces pulsations sont dues aux battements de l'aorte abdominale et du tronc cœliaque transmis jusqu'à la paroi par un corps dense interposé.

A ces deux symptômes presque pathognomoniques, le vomissement noir et la tumeur, il faut ajouter la *douleur*. Celle-ci manque rarement : elle ne présente pas le caractère intermittent, paroxystique, qu'elle a dans l'ulcère simple : en général elle est continue, le plus souvent lancinante, parfois sourde et contusive. L'ingestion des aliments, la pression à l'épigastre l'exaspèrent, et il n'est pas rare d'observer le point spinal et des irradiations dans les hypochondres.

Les symptômes généraux sont ceux que nous avons décrits sous le nom de *cachexie cancéreuse*. Ils sont précoces, le défaut de nutrition amenant un amaigrissement et un affaiblissement rapides. Les téguments sont secs, flasques, ridés et prennent la teinte jaune-paille caractéristique, le ventre se rétracte en bateau. Le pouls est faible et misérable ; et, contrairement aux assertions de Rommelaere, qui faisait de la diminution de l'urée un bon signe diagnostique de cancer stomacal, les urines sont rares et souvent surchargées d'urée et d'acide urique dont la présence est imputable sans doute à l'autophagie. Enfin on voit survenir de l'anasarque cachectique ou une *phlegmalia albadolens* par phlébite ou thrombose. Souvent aussi, dans cette période ultime, la langue se recouvre de muguet.

Cancer latent. — Il arrive parfois que le cancer ne donne lieu

à aucun des symptômes que nous venons d'énumérer et ne se révèle qu'à l'autopsie. Aussi ces cas ont-ils fréquemment donné lieu à des erreurs de diagnostic ; les praticiens les plus exercés, Cruveilhier, Barth, Andral et bien d'autres après eux, s'y sont trompés. C'est que non seulement le cancer peut rester ainsi à l'état *latent*, fait exceptionnel, mais peut revêtir les formes les plus variées et les moins attendues. Le docteur Chenel a rassemblé bon nombre de ces cas : ici le cancer latent simule la cirrhose du foie et produit l'ascite, là il amène l'anasarque comme le mal de Bright ; d'autres fois on croit se trouver en présence d'une affection cardio-vasculaire, de la tuberculose, de la dyspepsie arthritique (Gueneau de Mussy, Bucquoy), ou d'une péritonite tuberculeuse, ou bien encore d'un anévrysme aortique, d'une occlusion intestinale ou d'accident d'helminthiase (Bard, Mathieu). On devra toujours songer au cancer latent lorsque l'on verra survenir une cachexie lente et graduelle que rien n'explique.

DURÉE. MARCHE. — La durée moyenne du cancer de l'estomac est d'environ treize mois (Valleix, Lebert, Brinton) ; la marche peut être beaucoup plus rapide et amener la mort en trois ou quatre mois : par contre, on peut observer dans l'évolution du mal des périodes de rémission assez prolongées pour faire mettre en doute l'exactitude du premier diagnostic porté. Ce sont ces cas à évolution très lente et à phases d'amélioration très prononcée, qui ont servi en partie de point de départ à la communication de B. Teissier sur les *pseudo-cancers* de l'estomac. Dans un de ces cas, l'évolution du cancer, à dater du jour où l'on perçut la tumeur, dépassa quinze ans ; nous avons cité nous-même un fait d'une durée ayant dépassé quatre ans, et plus récemment Dujardin-Beaumetz a signalé une durée de plus de dix années. Mais, en général, sa marche est progressive et aboutit fatidiquement à la cachexie, à moins que certaines complications, comme une gastrorrhagie foudroyante ou une perforation, n'amènent brusquement la mort. Certaines autres complications, par exemple la propagation au foie, aux plèvres et aux poumons, etc., les communications anormales avec les autres portions du tube digestif, peuvent aussi précipiter sa marche et hâter le dénouement. Le pronostic est absolument fatal, les exemples de guérison que l'on a signalés devant sans aucun doute se rapporter à des ulcères simples.

DIAGNOSTIC. — Nous avons établi déjà les caractères qui séparent le cancer de l'estomac et la gastrite ; il nous reste à le diffé-

rencier de l'ulcère simple. Dans certains cas, ce diagnostic présente de sérieuses difficultés; Brinton, du reste, a signalé la coexistence des deux affections. Outre la cachexie spéciale, le cancer sera reconnu à l'ensemble des symptômes suivants : il se manifeste surtout dans l'âge mûr et la vieillesse, sa marche est progressive et n'offre pas habituellement de rémissions, sa durée dépasse rarement deux ans ; il est caractérisé en outre par une douleur sourde et continue, des vomissements noirs et quelquefois par une tumeur à l'épigastre. Dans l'ulcère simple on constate de préférence : l'âge peu avancé des malades, des rémissions plus ou moins longues, une durée pouvant dépasser quinze ans, des hématémèses dans lesquelles le sang est plus abondant et moins modifié, des douleurs très vives, parfois gastralgiques. Enfin le traitement peut amener la guérison de l'ulcère simple, tandis qu'il reste absolument impuissant contre le cancer.

Les prévisions basées sur le signe d'Ewald (degré d'acidité du suc gastrique) ou sur celui de Rommlaëre (abaissement sensible du taux de l'urée urinaire) n'auraient pas la valeur diagnostique qu'on avait pensé d'abord pouvoir fonder sur elles (Dujardin-Beaumetz) (1).

Il n'est pas rare, comme nous l'avons dit, que le cancer de l'estomac échappe à l'observation ou soit pris pour une maladie du cœur, un anévrysme de l'aorte abdominale ou du tronc cœliaque, une tumeur du foie, etc.

TRAITEMENT. — Le traitement malheureusement ne peut être que symptomatique.

La douleur sera calmée par les narcotiques : ciguë, belladone, jusqu'iam. L'opium administré à l'intérieur ou sous forme d'injections hypodermiques de morphine rend les plus grands services.

(1) Dans des publications toutes récentes, Dieulafoy et G. Sée sont revenus sur le signe d'Ewald et lui ont attribué une valeur diagnostique de premier ordre. Pour déceler la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, ces cliniciens distingués se servent soit de la phloroglucine vanillée (G. Sée), soit du *vert brillant* (Dieulafoy, Lépine). G. Sée conseille de recueillir le suc gastrique le matin une heure après avoir administré au malade un œuf dur et un verre d'eau et à l'aide de l'aspirateur de Potain. En présence du vert brillant, l'acide chlorhydrique donne une belle coloration. Quand on opère avec de la phloroglucine vanillée, on fait évaporer quelques gouttes de liquide gastrique, et autant de gouttes de phloroglucine dans une cuvette de porcelaine, à la lampe à esprit-de-vin, ou mieux à l'étuve, car l'opération doit être lente : la présence de l'acide chlorhydrique se déclèle par le dépôt de petits cristaux rougeâtres faisant vernis sur la capsule (G. Sée).

Les vomissements et les hématémèses seront combattus par la glace *intus et extra*; les préparations anti-émétiques : boissons effervescentes, potion de Rivière, champagne frappé, ou les boissons astringentes : acides minéraux, elixir de Haller, etc.; les digestions seront facilitées et l'appétit sollicité par les médicaments dits eupéptiques : alcalins, pepsine, amers, etc., suivant le cas; mais l'indication à laquelle il importe surtout de satisfaire est de nourrir le malade et de le soutenir autant que possible. L'alimentation lactée est de beaucoup la mieux supportée, et c'est à elle qu'il convient d'avoir recours dans la majorité des cas.

Les lavements nutritifs, et plus particulièrement les lavements de sang défibriné, sont appelés ici à rendre de sérieux services.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les tentatives de cure radicale faites par Péan, Billroth, Southam : tous les essais de résection du pylore, sauf un seul cas de Billroth où il y eut survie pendant trois mois, ont été mortels à courte échéance.

LEBERT. Anatomie pathologique. — Traité pratique des mal. cancérs, 1851. — Deutsches Arch. f. klin. Med., 1877, et Revue Hayem, 1879. — GRIESINGER. Arch. f. prakt. Heilk., 1854. — VIRCHOW. Traité des tumeurs. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — CORNIL. Art. *Cancer de HEURTAUX*, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat. — Mém. de l'Acad. de méd., 1867. — LANCEREAX. Atl. d'anat. path., 1869. — BRINTON. Op. cit. — B. TESSIER. Cancer de l'estomac, fistule péri-ombilicale (France méd., 1875). — A. LAVERAN. Deux observations d'épithélioma à cellules cylindriques des voies digestives (Arch. de physiol., 1876). — CHENEL. Ét. clin. sur le cancer latent de l'estomac, th. de Paris, 1877. — CULLINGSWORTH. Case of cancer in an infant six weeks old (Brit. med. Journ., t. II, 1877). — PÉAN. De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrotomie (Gaz. des hôp., mai 1879). — BILLROTH. Trois pylores réséqués, 2 morts (Berlin. klin. Wochenschr.). — PROUDON. De l'alimentation rectale, th. de Lyon, 1880. — R. TRIPIER. De la diarrhée dans le cancer de l'estomac (Lyon méd., 1881). — DEBOVE. Contrib. à l'étude du cancer de l'estomac et de la laparotomie (Un. méd., 1882). — B. TESSIER. Des pseudo-cancers de l'estomac (Soc. méd., Lyon, 1882). — DUJARDIN-BEAUMETZ. Sur le diagn. du cancer de l'estomac (Gaz. hebdo., 1884). — BARD. Note sur le cancer précoce de l'estomac (Lyon méd., 1884). — M. MATHIEU. Cancer précoce de l'estomac, th., Lyon, 1884. — DESCHAMPS. Diagnost. et trait. du cancer de l'estomac, th., Paris, 1885. — TROISIER. Ganglions sus-clav. dans le cancer de l'estomac (Soc. méd. hôp., 1886). — FEULARD. Fistule ombil. dans le cancer de l'estomac (Arch. gén. méd., 1887). — L. DIEULAFOY. Leçon sur le cancer de l'estomac (Sem. méd., 1887). — G. SÉE. Les acides de l'estomac (Bull. Acad. de méd. et tirage à part, 1888). — RINDFLEISCH. Histologie pathologique, traduit par Gross et Schmitt, Paris 1888, p. 406.

On désigne sous le nom de *dyspepsie* un état pathologique permanent des fonctions digestives, caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion, sans lésions anatomiques appréciables. La dyspepsie ne doit donc pas être considérée comme une entité

morbide, une maladie particulière ; ce n'est qu'un symptôme, une collection de phénomènes morbides, la plupart fonctionnels, de provenances très diverses (Gubler, G. Sée, Raymond, Damascino), et pouvant se rattacher aussi bien à une affection stomacale primitive qu'à une altération d'un organe éloigné, ou à un trouble de l'état général. Aussi la dyspepsie est-elle tantôt *essentielle* (1), tantôt *symptomatique*.

HISTORIQUE. — Il est peu de sujets qui aient, autant que la dyspepsie, exercé la sagacité des cliniciens, suscité plus de travaux et qui cependant restent entourés de plus d'obscurités. Il serait trop long de rapporter ici les théories nombreuses qui ont été émises sur la nature de la dyspepsie et les classifications qu'on en a proposées, depuis Hippocrate jusqu'à celles que G. Sée, Dujardin-Beaumetz, Allemand, Leven, Brochin, viennent de donner dans des ouvrages récents. On sait que les médecins grecs considéraient la digestion comme une véritable *cocition* ; aussi la dyspepsie n'était-elle pour eux qu'un retard ou une absence de cette cuisson, un simple état de *crudité* des aliments. Cette manière d'envisager la dyspepsie comme un trouble fonctionnel fut celle de Celse, d'Arétée de Cappadoce, de Galien qui créa un certain nombre de degrés et de divisions dans la maladie (*bradypepsie, aeppsie*). Plus tard, les nosologistes, Sauvages, Bosquillon, le traducteur de Cullen, etc., établirent une foule d'espèces et de variétés, de petites entités morbides indépendantes, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme. Cependant Cullen (1797) était déjà revenu à l'idée d'un trouble fonctionnel de l'estomac, auquel Broussais allait bientôt donner une importance capitale en remplaçant non seulement la dyspepsie, mais la plupart des maladies, par l'irritation du tube digestif.

La réaction contre les exagérations de la théorie du professeur du Val-de-Grâce ne se fit pas attendre, et, dès 1827, Barras n'hésitait pas à faire de la dyspepsie une simple névrose, opinion admise

(1) La *dyspepsie-maladie* existe en effet en tant que syndrome clinique primitif. On ne saurait nier l'existence de la dyspepsie-névrose ; ce qui le démontre bien, ce sont les troubles dyspeptiques éprouvés par le soldat atteint de nostalgie, par l'homme d'affaires tourmenté par de lourdes préoccupations, troubles gastriques qu'aucune médication n'améliore et qui céderont brusquement soit par le retour au pays, soit par une spéculation plus heureuse (B. Teissier, Leçons cliniq. de l'Hôtel-Dieu de Lyon). Ces vues sont conformes d'ailleurs à celles qui ont été exposées dans ces derniers temps par Leube, Leyden, Ewald, dans d'importantes communications sur la dyspepsie nerveuse ou neurasthénique.

pleinement par Dalmas et par Andral lui-même, plus près de nous aussi par Pidoux et le professeur Lasègue. Les idées de Broussais ne furent cependant jamais abandonnées d'une façon absolue : Chomel, Nonat, Beau, Durand-Fardel, Troussseau, Handfield-Jones, Rokitansky, Niemeyer, Willème, Bottentuit, Brinton, Luton, etc., soutinrent des manières de voir à peu près identiques et parfois même exagérèrent cette tendance, dont l'expression la plus significative se trouve dans le récent travail de Leven, à considérer la dyspepsie comme un véritable trouble fonctionnel du ventricule.

On voit, par ce simple et rapide exposé, de combien de difficultés est entourée cette question de la dyspepsie. Le terme lui-même disparaîtra peut-être un jour du vocabulaire médical, comme déjà tant d'autres maladies que l'on désignait d'après leurs principaux symptômes (Lasègue), et cela vraisemblablement lorsque nous connaîtrons mieux la pathogénie de ce symptôme morbide (G. Sée). Il n'en est pas moins vrai que si, dans la grande majorité des cas, la dyspepsie est symptomatique, elle existe aussi pour son propre compte ; elle a autant de droit pour avoir une existence indépendante, que l'accès d'asthme purement nerveux et isolé du catarrhe bronchique (B. Teissier).

Déjà G. Sée a tenté un essai de classification de la dyspepsie d'après ses variétés pathogéniques. Il divise les dyspepsies en cinq grands groupes : 1^o dyspepsies glandulaires ; 2^o dyspepsies muqueuses ; 3^o dyspepsies nervo-vasculaires ; 4^o dyspepsies *ab ingestis* ; 5^o dyspepsies par mécanismes complexes et variés. Au point de vue symptomatique, nous croyons qu'on suivra avec avantage la classification de Gubler, qui a proposé les catégories suivantes : 1^o dyspepsie douloureuse et spasmodique ; 2^o dyspepsie atonique ; 3^o dyspepsie catarrhale ; 4^o dyspepsie inflammatoire. Dujardin-Beaumetz, se plaçant au point de vue clinique et thérapeutique, après avoir séparé tout d'abord les dyspepsies buccale et intestinale, divise la dyspepsie proprement dite ou stomacale suivant les modifications éprouvées par les tuniques, les glandes, les vaisseaux et les nerfs qui entrent dans la constitution anatomique de l'estomac. On a ainsi une dyspepsie par atonie de la tunique musculaire (dyspepsie atonique et flatulente) ou par accroissement d'énergie musculaire (vomissement) ; par altération des sécrétions glandulaires (dyspepsies putride, acide, pituiteuse) ; par troubles d'origine nerveuse (dyspepsie gastralgique, dysorexie, anorexie, boulimie, etc.). Suivant la marche, l'âge des sujets, l'étiologie, on pourrait enfin distinguer des dyspepsies

accidentelles, habituelles, des vieillards, des enfants ; des dyspepsies hépatique, utérine, dyscrasique, etc.

ÉTILOGIE. — Raymond range les causes de la dyspepsie sous trois chefs : *causes prédisposantes*, *causes mixtes*, c'est-à-dire à la fois prédisposantes et déterminantes, *causes déterminantes*.

La première des *causes prédisposantes* est l'*âge*. Fréquente chez l'enfant en bas âge et apparaissant sous l'influence de l'allaitement artificiel ou par suite de l'usage d'un lait de mauvaise qualité, d'un sevrage prématuré, la dyspepsie est presque inconnue pendant l'adolescence ; elle redevient fréquente chez les adultes et chez les vieillards : chez ces derniers, la dyspepsie est vraisemblablement due à la dégénérescence sénile et athéromateuse des artères. Le *sexe féminin* prédispose à la dyspepsie à cause des habitudes sédentaires et de l'impressionnabilité nerveuse de la femme, mais la proportion est rétablie par la plus grande fréquence de l'alcoolisme chez l'homme. L'hérédité enfin a parfois une influence évidente.

Les causes mixtes sont très nombreuses. La dyspepsie se rencontre fréquemment chez les gens à habitudes sédentaires (employés de bureau, tailleur, cordonniers) ; chez ceux qui dorment pendant le travail de la digestion ou qui, au contraire, se donnent trop d'exercice, fait ayant pour résultat de diminuer l'acidité du suc gastrique par exagération de la sueur (Gallard). Les changements de saisons et de température, les habitations malsaines, etc., jouent encore le rôle de causes prédisposantes. Il en est de même du travail intellectuel exagéré, de l'habitude de travailler immédiatement après les repas ou de lire en mangeant, des émotions morales vives ou dépressives, etc.

Vient ensuite une longue série de causes ayant toutes comme caractère commun un affaiblissement général de l'organisme (Raymond) : insomnie, veilles prolongées, hémorragies, bains tièdes répétés, leucorrhée, onanisme, etc.

La dyspepsie s'observe fréquemment dans les maladies du foie, de l'intestin (*dyspepsie iléo-cæcale* de Bachelet, entéroptose de F. Glénard), de l'utérus (*dyspepsie qualifiée de sympathique* par nombre d'auteurs), des voies génito-urinaires (A. Mercier, Guyon) ; dans la convalescence des fièvres graves (dothiénentérite) ; dans les affections générales modifiant profondément la crase sanguine (*dyspepsie dyscrasique* de Vulpian), les anémies (G. Sée), la chlorose, etc. ; dans les diathèses, la goutte, le rhumatisme, la syphilis (Trouseau, Fournier), la tuberculose où elle se montre fréquemment comme symptôme initial, alors que les lésions anatomiques sont

encore à leur minimum. Dans un dernier groupe, nous placerons les névroses, plus particulièrement, l'hystérie, la neurasthénie, et les affections du système cérébro-spinal.

Signalons enfin les contusions de l'épigastre, la compression de l'estomac par les corsets ou les ceintures, par une tumeur, par l'appendice xiphoïde dévié (chez les gibbeux, par exemple).

Les causes *déterminantes* ou *directes* dépendent surtout des excès de table ou au contraire de l'insuffisance des aliments, d'une alimentation lourde ou exclusive, des irrégularités des repas, de l'abus des boissons (*dyspepsie des liquides* de Chomel), ou des substances excitantes ou médicamenteuses, d'un défaut de mastication ou d'une insuffisance de l'insalivation.

DESCRIPTION. — La symptomatologie de la dyspepsie est très variable, ce qui a permis de créer de nombreuses variétés.

L'appétit est presque toujours modifié : assez souvent il est diminué, d'autres fois il est augmenté et le malade, à intervalles plus ou moins rapprochés, éprouve un impérieux besoin d'ingérer quelque aliment. Les perversions les plus diverses, les exagérations les plus bizarres et les plus inattendues s'observent assez fréquemment, surtout chez les femmes enceintes, les chlorotiques, etc. (boulimie, pica, malacia). La *soif* est généralement augmentée, et l'on voit des malades absorber des litres d'eau froide, de tisanes amères, astringentes, etc.

Les aliments en arrivant dans l'estomac donnent lieu à des phénomènes variables. Quelquefois ce n'est qu'un sentiment de gêne, de tension, de lourdeur à la région épigastrique ; le malade est somnolent, sa face est vultueuse, il a du hoquet, des bâillements, des pandiculations. Dans d'autres cas la dyspepsie revêt la forme *douloureuse* ; la douleur est sourde et continue, lancinante et irrégulière, parfois assez vive pour déterminer la syncope (*dyspepsie syncopale* de Guipon).

Il n'est pas rare d'observer, dans le cours du repas, une distension très marquée de l'estomac, forçant le malade à desserrer ses vêtements et se traduisant par un ballonnement abdominal limité à l'épigastre, par des éructations plus ou moins nombreuses, par un bruit de fluctuation stomacale rappelant la succession hippocratique. Cette production rapide du gaz a été attribuée à tort à la déglutition d'une certaine quantité d'air ; elle est due bien plutôt à la décomposition des ingesta ou à une production exagérée de gaz sous l'influence du système nerveux, les tuniques de l'estomac étant relâchées. Les malades ont fréquemment des renvois muqueux, pituiteux (*gastrorrhée*), ou bien

des régurgitations remarquables par leur acréte et leur acidité (*dyspepsie acide*), déterminant derrière le sternum une sensation de brûlure ou *pyrosis*. Enfin il se produit souvent à la fin des repas un état nauséux suivi ordinairement de vomissements dans lesquels le dyspeptique rend, plus ou moins digérées déjà, plus ou moins mélangées à du sang ou à des micro-organismes, toutes les substances alimentaires qu'il a ingérées. On observe quelquefois une espèce de *rumption* (*merycisme*).

Les fonctions intestinales sont généralement troublées : on observe parfois de la diarrhée et même de la lientérie, les aliments traversant trop rapidement la portion absorbante du tube digestif; mais le plus souvent la dyspepsie s'accompagne de *constipation*. D'après G. Sée, il faudrait considérer cette constipation non comme un symptôme, mais comme une cause de dyspepsie. Dans la grande majorité des cas la constipation et la diarrhée s'observent alternativement. Sous l'influence de ces divers troubles morbides, certaines parties du tube intestinal subissent une véritable inertie fonctionnelle qui entraîne un retrait du conduit et un rétrécissement notable de son calibre; rétrécissement appréciable à la palpation abdominale qui permet de reconnaître l'existence d'un cordon fibreux et mobile que Glénard, suivant son siège, a décoré du nom de *corde eolique*, *cordon iliaque*, *boudin caecal*, etc.

Souvent aussi le tube intestinal est le siège dans tout son parcours de douleurs très pénibles et qui s'exaspèrent par la pression; ces douleurs seraient sous la dépendance de l'excitation des plexus nerveux (plexus solaire ou cœliaque) (Leube, Ewald). Les malades accusent fréquemment des palpitations ou des intermittences du pouls (1), de l'essoufflement, de la dyspnée, de la toux. Mais de ces troubles fonctionnels éloignés ce sont de beaucoup les phénomènes nerveux qui sont les plus importants : céphalalgie, insomnie, troubles nerveux, névralgies intercostales (Beau), anesthésie (Beau, Trousseau), amblyopie et dyschromatopsie (Chomel, Landolt, Grand-Clément), bourdonnements d'oreilles, troubles de calorification (refroidissement des extrémités avec bouffées de chaleur à la face). Le vertige (*vertigo a stomacho laeso seu per consensum ventriculi*, Trousseau) s'observe fréquemment et varie beaucoup de caractère, bien que la forme *giratoire* soit l'une des plus fréquentes. Il se produit souvent au moindre mouvement, mais surtout par suite du redressement

(1) Voy. plus haut, *Dilatation cardiaque*, et plus loin, *Maladies du foie et du péritoine*, pour la pathogénie de ces troubles circulatoires.

brusque de la tête pour regarder en avant et en haut (Trousseau); l'action de se lever, de marcher ou de s'asseoir suffit parfois pour le provoquer. On peut l'observer aussi dans la période digestive (un mets qui répugne à l'estomac, une émotion un peu vive suffisent pour le déterminer). D'après G. Sée, le vertige stomacal dépendrait uniquement de l'anémie; pour Luton, il y aurait toujours une impression partie de l'intestin et dépendant de l'inégale tension des gaz en deux points voisins; Jaccoud admet une perturbation du système nerveux central par action réflexe des pneumogastriques. Les troubles de l'intelligence (obtusion et paresse intellectuelles, mélancolie hypochondriaque) sont assez fréquents.

L'état général est variable. Parfois le malade conserve un embonpoint normal (goutteux); le plus souvent le dyspeptique maigrit et, si son état persiste, finit par se cachectiser; les forces diminuent, la peau se décolore et devient rugueuse par défaut de perspiration, les extrémités ont de la tendance à se refroidir, il se produit des éruptions cutanées (Hardy) et le malade peut succomber. Ces phénomènes sont certainement sous la dépendance de l'anémie globulaire. D'après Beau et Morache, le sang des dyspeptiques serait fort pauvre en fibrine; d'après G. Sée, la déperdition la plus notable qu'il éprouve porte sur le chiffre de l'albumine.

La marche, la durée, la terminaison de la dyspepsie sont des plus variables. Des rémissions trompeuses suivies d'exacerbations peuvent pendant des années se succéder chez le même dyspeptique; le pronostic dépend essentiellement de la nature de la cause productrice.

DIAGNOSTIC. — La douleur gastralgique est un symptôme si commun chez les dyspeptiques, que Luton n'admet pas la description séparée de la gastralgie et de la dyspepsie : la confusion ne doit pas être faite cependant et sera facilement évitée par la connaissance de la marche des accès douloureux. Avec la gastrite chronique la confusion est plus facile, et cela se comprend aisément : car la limite entre le simple trouble dynamique et les troubles avec lésions anatomiques est forcément indécise dans bien des cas (Raymond). Il est plus facile de distinguer la dyspepsie essentielle de l'ulcère rond et du cancer stomacal, bien que ceux-ci s'accompagnent fréquemment de troubles dyspeptiques dont il faut alors reconnaître la nature (1).

(1) On ne négligera pas, dans les cas embarrassants, de recourir à l'ex-