

On se rappellera que dans bon nombre de cas la dyspepsie est secondaire, et l'on devra s'attacher à déterminer exactement l'ensemble des conditions au milieu desquelles elle a pris naissance. De ce diagnostic étiologique dépendra le succès de la médication à instituer.

**TRAITEMENT.** — Le traitement de la dyspepsie doit varier suivant les formes de la maladie. Aux dyspepsies douloureuses le médecin opposera les narcotiques et les antispasmodiques; aux formes catarrhales, les évacuants, les hypercriniques; aux formes irritatives, les émissions sanguines et les révulsifs; aux formes neurasthéniques, les stimulants diffusibles, les agents modérateurs de l'excitabilité réflexe et les toniques; aux dyspepsies d'ordre mécanique enfin, des appareils propres à rétablir la statique normale des viscères abdominaux.

Le régime qui convient aux dyspeptiques est très variable: comme le faisait remarquer Trousseau, le plus utile est celui que le malade supporte le mieux. On apportera la plus scrupuleuse attention aux règles hygiéniques aux points de vue de la *quantité* et de la *qualité* des aliments. Le régime lacté, la viande crue, les salaisons, les viandes fumées, sont en général très bien supportés. En règle générale on prescrira *une alimentation mixte*: un régime trop azoté engendrerait de la dyspepsie putride par insuffisance de l'acide lactique; une surcharge de féculents entraînerait la dyspepsie flatulente. Les heures des repas seront soigneusement réglées, chez les enfants notamment; des tétées très rapprochées sont une cause fréquente de dyspepsie par surcharge de l'estomac. *L'exercice musculaire* après les repas est indiqué, mais, comme nous l'avons vu, ne doit jamais être exagéré.

La médication proprement dite varie avec chaque forme de la maladie. Dans la dyspepsie névrosique, c'est surtout à l'*opium* qu'il faut avoir recours: on l'emploie soit avant les repas, soit après l'ingestion des aliments. A ce moment on peut aussi donner les anesthésiques (éther, chloroforme), les spiritueux aromatiques, ou faire appliquer des compresses chaudes sur l'épigastre. Dans les dyspepsies atoniques on emploiera les apéritifs, les amers, qui activent les fonctions gastriques et produisent la contraction des tuniques: le colombo, le quassia, la noix

ploration thermométrique locale, M. Peter ayant montré que dans le cancer de l'estomac la température locale peut dépasser la normale de 0°,7 à 1°,5 (Société clinique de Paris, 1879).

vomique, la centaurée, la gentiane, l'extrait d'absinthe, etc. En même temps on prescrira les *eupeptiques* (Gubler), les alcalins qui exagèrent les sécrétions acides de l'estomac (Cl. Bernard) et agissent en même temps sur l'économie (Trousseau), les acides (acides chlorhydrique et lactique) qui suppléent au manque d'acidité du suc gastrique et qui réussissent souvent fort bien chez les tuberculeux; la diastase, la pepsine et la pancréatine.

La dyspepsie atonique s'accompagne fréquemment de météorisme et de pyrosis. Dans le premier cas, on aura recours aux absorbants, au charbon, à la craie préparée, au bismuth, à la magnésie calcinée, que l'on associera à l'opium s'il existe en même temps des troubles névrosiques, à la rhubarbe dans le cas de constipation habituelle; si l'atonie des tuniques s'accompagne de dilatation stomacale, ce qui est assez fréquent, on dirigera la thérapeutique plus spécialement dans ce sens (médication absorbante et antiseptique, bicarbonate de soude, magnésie, iodoforme, etc.); on pourra même, si ces préparations avaient échoué, faire des lavages soit avec de l'eau pure, soit avec de l'eau minérale, suivant la méthode de Küssmaul; si la dyspepsie s'accompagne de catarrhe et de saburres, les évacuants, vomitifs et purgatifs, sont nettement indiqués. L'électrisation des parois abdominales a été recommandée en pareil cas (Semmola), et son application plusieurs fois suivie de succès.

Certains symptômes méritent une attention spéciale. La *boulimie* réclame l'emploi de l'opium et de la belladone; la *diarrhée chronique*, qu'on observe parfois, est passible de la même médication, à laquelle on ajoutera le sous-nitrate de bismuth, le ratanhia, etc. La *constipation* sera traitée par la rhubarbe et l'aloès, à l'exclusion des purgatifs salins. La moutarde blanche, la graine de lin, le soufre, le charbon, combattent la constipation en livrant à l'intestin une masse de matières inertes sur laquelle peut s'exercer la contraction intestinale (Luton). C'est dans le même but qu'on ordonnera un régime alimentaire donnant lieu à un abondant résidu (pain de son, légumes verts).

L'immobilisation des anses intestinales par une ceinture bien adaptée (Gueneau de Mussy, F. Glénard), en supprimant les douleurs de la période digestive ou en redressant les viscères qui opèrent une traction sur l'estomac, est suivie souvent des meilleurs résultats.

Mais on n'oubliera jamais d'instituer un traitement général dirigé contre les maladies constitutionnelles sous l'influence desquelles la dyspepsie s'est produite.



Enfin le traitement par les eaux minérales donne souvent les meilleurs résultats. La dyspepsie douloureuse, surtout lorsqu'elle dépend d'un état diathésique, demande l'emploi des eaux alcalines ou carbonatées calcaires : Vals, Vichy, Pougues, Saint-Alban, Alet. La dyspepsie atonique sera fréquemment très améliorée par une cure reconstituante avec les eaux martiales gazeuses ou bicarbonatées de Spa, de Saint-Christophe, Bussang. La dyspepsie rhumatismale est avantageusement traitée à Plombières, Luxeuil, Aix-les-Bains, etc.

L'hydrothérapie (Beni-Barde) et les bains de mer (Trousseau, Sidour) rendent également de grands services.

B. TEISSIER. De l'influence des découvertes chimiques et physiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des maladies des organes digestifs (Gaz. méd. de Lyon, 1856). — CHOMEL. Des dyspepsies. Paris, 1857. — MORACHE. Essai sur l'anémie globulaire et ses rapports avec la dyspepsie, th. de Paris, 1859. — NONAT. Traité des dyspepsies, 1862. — GUIPON. Traité de la dyspepsie. Paris, 1864. — BEAU. Traité de la dyspepsie, 1866. — G. SÉE. Leçons de pathologie expérimentale : Du sang et des anémies, 1867. — W. FOX. Diseases of the Stomach in Russell Reynold's System. of Medicine, t. II, 1868. — BOTTENTUIT. Des gastrites chroniques, th. de Paris, 1869. — BRINTON. The Diseases of the Stomach. London, 1864, trad. franç. de Riant, 1870. — LASÈGUE. Introduction au traité de Brinton. — LUTON. Art. *Dyspepsie*, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., 1872. — GUBLER. Cours de la Faculté de médecine de Paris, 1874, et Commentaires du Codex. — VULPIAN. Leçons sur le suc gastrique, 1874. — GALLARD. Clinique médicale de la Pitié, 1877. — RAYMOND. Des dyspepsies, th. pour l'agrég., 1878. — DUJARDIN-BEAUMETZ. Leçons de clin. thérap., 2<sup>e</sup> fasc. Paris, 1879. — LEVEN. Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1879. — DAMASCHINO. Maladies des voies digestives. Paris, 1880. — BARIÉ. Accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépat. (Rev. méd., 1883). — J. TEISSIER. Influence de la dyspepsie sur les intermittences cardiaques (Soc. méd. Lyon, 1883). — ALLEMAND. Étude clinique sur la dyspepsie gastrique, th., Montpellier, 1883. — LEUBE. Dyspepsie nerveuse (Congrès méd. intern. Berlin, 1884). — HUCHARD. Régime sec dans les maladies de l'estomac et principalement dans la dyspepsie des liquides (Bullet. de théor., 1884). — STILLER. Die nevioren Magans. Krankheiten. Stuttgart, 1884. — LEVEN. Estomac et cerveau. Paris, 1884. — BROCHIN. Art. *Dict. encyc.*, 1885. — F. GLÉNARD. Entéroptose et neurasthénie (Lyon méd., 1885). — LEYDEN. Dyspepsie nerveuse (Berlin kl. Woch., 1886). — EWALD. Die Neurasthenia dyspep. cod. loc., 1886. — MULLER. Essai sur la dyspepsie card., th., Paris, 1886. — HERVÉ DE LAVAURE. Dyspepsie neurasth. Paris, th., 1886. — BOUCHARD. Leçons sur les auto-intoxic. Paris, 1887. — GRAND-CLÉMENT. Troubles visuels dyspeptiques (Société franc. d'ophtalm., 1887).

#### DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC

Les médecins des premiers âges avaient parfaitement connaissance de la dilatation de l'estomac, et les anatomistes des seizième et dix-septième siècles nous en ont transmis de nombreuses et bien curieuses observations; on peut même dire que, dans la pre-

mière moitié de notre siècle, J. Frank, Duplay, Canstatt, Cruveilhier, etc., en ont fait une description méthodique portant aussi bien sur les causes qui pouvaient lui donner naissance que sur les altérations qui en étaient la suite. Quoi qu'il en soit, et pour des motifs difficiles à saisir, la dilatation de l'estomac fut presque complètement oubliée pendant près de trente ans, et il ne fallut rien moins que le grand mémoire de Küssmaul sur l'usage de la pompe stomacale, pour réveiller l'attention des observateurs et susciter la production de travaux importants qui ont remis cette intéressante affection en pleine lumière. Parmi eux, il faut signaler surtout les recherches de Ch. Bouchard, puis celles de Luton, Hilton-Fage, Leven, Sée, Dujardin-Beaumont, les importantes monographies de Penzoldt et de H. Thiébaud (de Nancy), et enfin les mémoires récents de Ozer, Audhouy, G. Sée et Mathieu, Comby, Giraudeau, Chantemesse et Lenoir, etc., qui font aujourd'hui de la dilatation de l'estomac un des symptômes morbides les mieux étudiés.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Les causes de la dilatation stomacale ne sont point toujours d'une interprétation aisée; et si l'on éprouve peu d'embarras à admettre l'*ectasie stomacale secondaire* ou mécanique, celle, en d'autres termes, qui se produit par le fait d'un obstacle s'opposant au cours des matières à travers l'orifice pylorique, les hésitations commencent lorsqu'il s'agit de faire le départ des *ectasies primitives*, d'établir leurs rapports avec les dyspepsies, de saisir leur mécanisme. L'avenir apportera sans doute des éclaircissements et des modifications à nos classifications d'aujourd'hui; toutefois, il semble qu'en l'état de nos connaissances, et après une étude rigoureuse des faits recueillis, on puisse diviser en trois grandes catégories les conditions étiologiques de cette maladie. En effet, il y a : 1<sup>o</sup> les dilatations mécaniques proprement dites, ou par obstruction pylorique; 2<sup>o</sup> les dilatations par altération des parois du ventricule qui ne peuvent plus résister à la distension; 3<sup>o</sup> enfin, les dilatations par parésie primitive ou purement fonctionnelle de l'élément contractile.

Dans la première catégorie, nous rangeons les dilatations consécutives au rétrécissement de l'orifice pylorique : rétrécissement cancéreux, fibreux (Cruveilhier), cicatriciel (Dujardin-Beaumont), par compression ou par corps étrangers (noyaux de cerise, hydathides (Jodon), rein flottant, cholécystite calculueuse, rétrécissement spasmodique du sphincter pylorique, conséquence possible d'ulcérations superficielles de la muqueuse, ainsi que Küssmaul en a rapporté des exemples). La dilatation des gros mangeurs, ou par



surcharge de l'estomac, rentre aussi dans cette catégorie de faits, ainsi que l'ectasie par adhérence périphérique du viscère (Mauchart) et la dilatation de l'estomac suite d'entéroptose du gros intestin (F. Glénard) (1).

Les dilatations par *altération primitive* des parois stomacales comprennent surtout les cas d'ectasie survenus dans le cours d'une dyspepsie ou d'un catarrhe muqueux de l'estomac (Oppolzer, Hirsch, Leven); que ce catarrhe soit primitif, comme chez les alcooliques (Leven), ou qu'il soit consécutif à une affection cardiaque (cas de Bernheim). Cette catégorie de faits englobe la plupart des observations décrites autrefois par Chomel sous le nom de *dyspepsie des liquides*. A elle aussi se rapportent les dilatations qui succèdent à la gastro-entérite des nouveau-nés, suite d'alimentation vicieuse (Comby, Moncorvo, Blache), les dilatations si fréquentes à la suite de la fièvre typhoïde (Mentoya, Legendre), et celles qui résultent d'une inflammation traumatique propagée de la séreuse péritonéale à la tunique musculaire sous-jacente (faits aigus de Gros et de Kœberlé).

Peut-être même faut-il attribuer à une cause identique (altération primitive de la tunique musculaire de l'estomac) les dilatations stomacales si souvent observées (Louis, Bernheim), au début ou dans le cours de la tuberculose pulmonaire. Pour ce qui est de l'influence de la goutte et du rhumatisme, bien qu'elle ne puisse être révoquée en doute, son mécanisme n'est point encore saisissable.

Quant à la troisième catégorie de faits, elle comprend l'ectasie primitive du ventricule gastrique, la *dilatation diathèse* de Ch. Bouchard, comme aussi la dilatation d'ordre neurasthénique ou par affaiblissement général du système nerveux. Sous cette influence, l'appareil neuro-musculaire de l'estomac frappé d'atonie est incapable de lutter contre les causes de distension; et, arrive une affection aiguë, même transitoire, une série d'émotions ou de fatigues, la cavité ventriculaire, dans l'impossibilité de revenir

(1) L'excellente description donnée par F. Glénard des divers ligaments suspenseurs servant de point d'attache au gros intestin, rend très facilement compréhensible le mécanisme par lequel un traumatisme entraînera une chute, un déplacement de l'angle droit du côlon mal fixé et à sa suite l'abaissement du côlon transverse. Celui-ci, lié étroitement à l'estomac par un ligament très court (ligament pylori-colique), entraînera fatalement en s'abaissant la paroi gastrique à laquelle il est attaché, d'où dilatation stomacale consécutive, et plus tard développement du cortège symptomatique propre à la dilatation et parfois de tous les accidents nerveux qui l'accompagnent.

sur elle-même, se laissera dilater, et l'ectasie gastrique, avec toutes ses conséquences anatomiques et symptomatiques, se trouvera ainsi constituée.

C'est ainsi que les choses se passent le plus souvent chez certains rhumatisants nerveux, chez les hystériques neurasthéniques et la plupart des hypochondriaques.

A côté de ces dilatations dites primitives, il faut mentionner encore les dilatations d'ordre probablement réflexe qui sont susceptibles de se développer à la suite d'une altération d'un organe voisin (foie, intestin, etc.), et qui, par leur point de départ, comme par leur mécanisme, peuvent être à juste titre considérées comme le pendant des dilatations cardiaques d'ordre gastro-hépatique.

La dilatation de l'estomac est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 14 à 5 (Hirsch), et, de l'avis de tous les auteurs, plus commune surtout de trente à quarante ans. Toutefois, les dernières recherches de Comby, Blache, Moncorvo, etc., ont prouvé qu'elle était loin d'être rare chez les enfants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques qui accompagnent et caractérisent la dilatation de l'estomac varient avec les causes qui lui ont donné naissance; mais, si l'on fait abstraction de ces altérations connexes, pour considérer seulement les altérations appartenant en propre à l'ectasie ventriculaire, il ressort des rares faits bien étudiés, et dont on a pu faire l'autopsie, que les altérations spéciales à la maladie portent : 1° sur la tunique musculaire; 2° sur la membrane muqueuse.

Les lésions de la couche musculaire sont représentées quelquefois par un amincissement considérable de la couche contractile (forme atrophique de Cruveilhier et de Naumann), plus souvent par un épaissement marqué de cette couche. D'après H. Thiébaud, cet épaissement tient à une *hypertrophie quantitative* des fibres musculaires, dont l'intégrité intrinsèque a d'ailleurs été plusieurs fois constatée. Ces différences résulteraient uniquement, d'après Mitterbacher, de la brusquerie ou de la lenteur avec laquelle la dilatation se serait produite. L'hypertrophie est parfois assez marquée au niveau du sphincter pylorique pour être nettement perçue par la palpation à travers les parois abdominales.

La muqueuse, de son côté, a subi un certain nombre de modifications importantes; l'épithélium est généralement détruit; il peut avoir disparu sur toute la surface du viscère. Quant aux



glandes, lorsqu'elles n'ont pas été détruites, elles sont le siège d'une augmentation de volume et d'une altération particulière des cellules à pepsine, dont le noyau s'offre très apparent à la vue, au milieu d'une masse protoplasmique à bords irréguliers et en voie de fragmentation (molécularisation cellulaire de Mathias-Duval). Le tissu cellulaire sous-muqueux est hyperplasié et les vaisseaux qui le sillonnent, loin d'être sclérosés, comme on l'avait soutenu d'abord, sont généralement dilatés.

Quant à la dilatation elle-même, elle porte habituellement sur la grande courbure dont la situation varie dans la cavité abdominale, suivant le degré de l'ectasie : les faits ne sont pas rares où elle a été vue descendre jusqu'au niveau du pubis. Dans la majorité des cas, elle s'étend jusqu'au-dessous de l'ombilic et mesure en moyenne de 60 à 80 centimètres de longueur. Fait important, depuis longtemps du reste observé par Lieutaud, un des premiers effets de la dilatation stomacale est de rapprocher et de ramener sur le même plan horizontal les deux orifices de la cavité gastrique.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — La dilatation stomacale se traduit par un certain nombre de signes physiques dont la réunion est caractéristique. Parmi les plus importants on compte : le gonflement de la région épigastrique avec sonorité tympanique de la zone préstomacale, et perception par la succussion du malade d'un bruit de *glou-glou*, ou mieux encore d'un bruit de *clapotement* (1) par la palpation brève, par l'ébranlement rapide de la région de l'épigastre. L'auscultation permet aussi de reconnaître pendant l'ingestion des liquides, l'existence d'un bruit de chute qui ne se perçoit pas à l'état normal.

Quant aux *troubles fonctionnels*, ils se déduisent aisément des perturbations mécaniques apportées dans l'acte de la digestion par la dilatation ventriculaire. Le séjour prolongé des aliments

(1) Le bruit de glou-glou obtenu par la succussion est le fait du brassement des liquides contenus dans l'estomac avec les gaz qui y sont renfermés. C'est donc un bruit hydroaérique. Sa valeur n'est point absolue. Plus sérieuse sans contredit est la perception du clapotement qui est simplement la mise en vibration de la couche supérieure d'une nappe liquide. Mais pour que ce bruit de clapotement ait une importance révélatrice réelle, il faut qu'il se perçoive au-dessous d'une ligne horizontale passant par le cartilage d'union de la neuvième et de la dixième côte, et qu'il s'entende en dehors de la période digestive (Bouchard). Pour Baradal (th. de Paris, 84), il est normal quand il ne s'entend que deux heures après l'ingestion d'un liquide et six heures après l'ingestion d'un repas ordinaire.

entraîne une pesanteur épigastrique avec dégagement de gaz putrescibles dont la présence va déterminer d'abord une série de phénomènes dyspeptiques qui se traduisent par de la gastralgie, de la gêne dans l'épigastre, des renvois avec éructation, et finalement des vomissements. Ces vomissements, qui contiennent des peptones, des liquides très acides, mais pas de pepsine, rendent compte en partie du dépérissement marqué qui accompagne en général la dilatation de l'estomac. Ils présentent ceci de particulier qu'ils contiennent souvent des substances ingérées plusieurs jours auparavant, à l'exclusion des mets introduits au dernier repas. Louradour-Ponteil explique ce fait, en apparence paradoxal, par les différences de densité qui entraînent au fond du ventricule les aliments récemment absorbés. Dans quelques cas plus rares, les vomissements sont colorés par le sang, parfois même ils sont complètement sanguins.

La constipation est la règle, mais elle est interrompue parfois par des débâcles diarrhéiques.

Comme dans la dyspepsie invétérée, la dilatation stomacale peut engendrer des troubles nerveux profonds : troubles de la sensibilité générale, hypochondrie, nervosisme, migraine, aphasie transitoire, vertiges, hallucinations systématiques, troubles vasomoteurs d'ordres variés, etc.; Küssmaul a même cité des crampes musculaires et des crises épileptiformes. Ces accidents nerveux liés à la dilatation de l'estomac, ont été dans ces derniers temps l'objet d'études toutes particulières. Dujardin-Beaumetz, Laprévolte, Bouchard ont signalé des exemples de tétanie généralisée et Chantemesse et Lenoir des cas très intéressants de névralgie bilatérale et rebelle. Ce qui prouve bien l'influence pathogénique de la dilatation de l'estomac sur ces troubles nerveux divers, c'est leur amélioration sous l'influence d'un traitement rationnel uniquement dirigé contre la dilatation, et leur recrudescence avec la cessation du traitement (Bouchard). Les accidents tétaniformes peuvent avoir même assez d'intensité et de persistance pour entraîner la mort (5 cas de Laprévolte).

A côté de cela, et comme traduisant la détérioration générale de l'organisme, on a constaté des troubles des différents organes ou appareils, troubles très vraisemblablement imputables, d'une part à l'élimination des produits d'élaboration déficiente de la matière organique, de l'autre aux altérations des éléments anatomiques viciés dans leur nutrition. C'est ainsi que l'on observe 1° du côté des reins, de l'albuminurie tantôt passagère, tantôt permanente, de la peptonurie, de la glycosurie, d'abondants sédi-



ments uratiques, et la réaction vineuse des urines en présence du perchlorure de fer; 2° du côté du foie, l'hypéremie avec ou sans déplacement du rein (Bartels) (1); 3° du côté de la peau, les sueurs fétides, le pityriasis versicolor, l'urticaire, l'acné, etc.; 4° du côté des voies respiratoires les bronchites sibilantes avec dyspnée paroxystique (15 pour 100, Bouchard) et les accès de rhino-bronchite spasmodique; 5° du côté de la circulation enfin, les phlébites spontanées et le purpura. Bouchard a signalé aussi, du côté des articulations des doigts, des déformations qui seraient spéciales à la dilatation de l'estomac et qui consisteraient en de petites saillies latérales dues à l'épaississement de l'extrémité supérieure de la deuxième phalange (comptodactylie). Ces différentes déterminations symptomatiques sont souvent assez prononcées pour dominer toute la scène morbide et justifier dans les dilatations de l'estomac la distinction de divers types cliniques : forme névrosique, forme dyspeptique, forme asthmatique, forme rénale, forme consomptive, forme rhumatismale, etc. Bouchard a réservé le nom de forme *latente* ou *larvée* aux cas où l'attention du médecin n'est attirée par aucun symptôme prépondérant ou bien à ceux dans lesquels la maladie se cache derrière les allures d'une affection organique variée.

Leube, Penzoldt, Ziemssen, ont conseillé de recourir à l'usage de la sonde pour déterminer non seulement l'existence, mais le degré de la dilatation. Pour Ziemssen, la dilatation physiologique ne cesse que lorsque la sonde peut pénétrer à 70 centimètres. Ce genre d'exploration n'est point tout à fait inoffensif; des accidents en ont été la conséquence; on peut ajouter qu'il est loin d'être indispensable.

H. Thiébaud a construit un appareil très simple qui supplée avantageusement la sonde exploratrice; il n'a pas ses inconvénients et peut donner la mesure exacte du degré de la dilatation.

La dilatation en elle-même est donc d'un diagnostic facile; moins aisé assurément est d'en déterminer le point de départ. Aussi, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un fait de ce genre, il sera de toute nécessité de passer successivement en revue toutes les causes susceptibles d'engendrer l'ectasie; on ne s'arrêtera au diagnostic de dilatation primitive qu'après élimi-

(1) Les recherches de Schiff, H. Roger et Bouchard semblent bien prouver que le foie a pour mission d'arrêter et d'éliminer ensuite les substances provenant des fermentations gastro-intestinales.

nation méthodique de toutes les causes pathogéniques communes. D'après Küssmaul et Lancereaux, la dilatation primitive, d'origine parétique, se distingue par l'absence de contractions spontanées de l'organe, sous l'influence de l'excitation mécanique.

Aiguë dans la minorité des faits : traumatisme, contusions violentes (Miller, Humby, Erdman, Andral), la dilatation est habituellement chronique, sa marche est longue, sa durée indéterminée. Mal soignée ou abandonnée à elle-même, elle peut conduire à la cachexie gastrique et à la mort.

TRAITEMENT. — Le traitement de la dilatation stomacale est tout à la fois médical et chirurgical, ce dernier devant être réservé pour les cas extrêmes.

Le traitement médical est diététique et pharmaceutique. Le genre d'alimentation recommandé au malade peut, en effet, être d'un puissant secours pour la guérison. Ici l'indication est formelle : restreindre autant que possible l'usage des boissons et des aliments aqueux (potages, fruits crus, etc.), conseiller les aliments légers, viandes grillées, poissons, volailles, œufs frais, jambon fumé, etc.; proscrire les matières grasses et sucrées, ainsi que les aliments féculents dont la digestion entraîne un développement gazeux exagéré. On ordonnera avec avantage les purées de viande ou de légumes, aliments en quelque sorte hygrométriques, avides d'eau et susceptibles d'entraîner par leur passage dans l'estomac les matériaux liquides accumulés dans le cul-de-sac dilaté. L'usage du tabac sera restreint autant que possible, et les douches froides, locales ou générales, recommandées avec profit.

On prescrira en même temps à l'intérieur, des amers, quelques alcalins, et spécialement les médicaments propres à réveiller la contractilité musculaire : noix vomique, gouttes amères de Beaumé, etc. On fera surtout une large part à l'antisepsie intestinale qu'on réalisera à l'aide des substances particulièrement recommandées pour cet usage : charbon de Belloc; iodoforme (0,10 à 0,20 centigrammes associés au bicarbonate de soude ou à d'autres poudres absorbantes), etc. Dans les formes douloureuses l'emploi de l'eau chloroformée rend souvent des services.

L'inefficacité de ces remèdes une fois bien constatée, on sera autorisé à recourir au lavage de l'estomac, médication bien tolérée lorsqu'elle est faite avec modération et prudence, et qui produit parfois de rapides et excellents résultats. En purgeant l'estomac des détritiques qui l'encombrent, en débarrassant la