

temps des alternatives de diarrhée et de constipation, parfois des hémorroïdes, de la colite muco-membraneuse.

Les urines sont peu abondantes, assez fortement colorées, assez peu riches en urée; quelquefois elles sont surchargées de phosphates qui se précipitent par le refroidissement, assez rapidement après leur émission; quelquefois même, elles sont troubles au moment de leur émission. Il suffit de les acidifier avec une ou deux gouttes d'acide acétique ou d'acide azotique pour qu'elles s'éclaircissent.

Il n'est pas rare que des crises d'embarras gastrique, quelquefois même d'embarras gastrique fébrile, surviennent : leur répétition doit attirer l'attention du médecin et lui faire rechercher les stigmates physiques de la forme de dyspepsie qui nous occupe.

L'abdomen est souvent déprimé. L'estomac, légèrement tympanisé, peut faire une saillie appréciable au creux épigastrique; mais plus souvent encore on constate une dépression au creux épigastrique avec une saillie au-dessous de l'ombilic. Cette saillie est quelquefois accentuée, arrondie, de façon à constituer la déformation à laquelle nous donnons le nom de *ventre en dôme*. Chez les hommes, le pannicule adipeux sous-cutané de la paroi abdominale a disparu; chez les femmes, la peau, parfois encore abondamment tapissée de tissu graisseux, est devenue flottante, en vertu de l'amaigrissement subi. Les parois musculaires de l'abdomen sont ordinairement relâchées : de là la déformation décrite par Malgaigne sous le nom de ventre à triple saillie. Cette déformation se montre surtout lorsque les malades, étant couchés, font un effort pour s'asseoir. La saillie médiane est causée par la contraction des grands droits de l'abdomen, les deux saillies latérales par les poches que forment les parois relâchées de l'abdomen de chaque côté des grands droits. Dans la station debout, il n'est pas rare de rencontrer une dépression semblable du creux épigastrique et une saillie sous-ombilicale plus accentuée encore. Ce sont là les signes d'hypotension abdominale et de ptose des viscères abdominaux dont F. Glénard nous a appris à rechercher la valeur séméiologique. Chez les femmes obèses en voie d'amaigrissement, le ventre tombe passivement à la façon d'une besace à demi vide.

L'exploration extérieure de l'abdomen permet de constater que l'estomac a une certaine difficulté à se débarrasser du liquide qu'il renferme. On trouve le clapotage par la percussion digitale, ou le phénomène du flot par la succussion hippocratique pendant toute la durée de la digestion et jusqu'à six à huit heures après un déjeuner ordinaire. Les malades perçoivent souvent spontanément le bruit de flot stomacal lorsqu'ils font de grands mouvements et surtout lorsqu'ils se déplacent dans leur lit. Ils ont en même temps une sensation de malaise général, de pesanteur, de vague état nauséux, qui augmente lorsqu'ils ingèrent une quantité exagérée de liquide.

La déformation de l'estomac en bissac provoquée par l'usage d'un corset trop serré (fig. 5) prédispose à la production de ces phénomènes d'évacuation lente des liquides. Souvent on constate du tympanisme de la grosse tubérosité; l'espace de Traube se trouve amplifié, développé vers la partie supérieure du thorax; le clapotage stomacal se développe au-dessous et à droite de l'ombilic. Plus l'estomac tend à se dilater, et la stase à s'accroître et à devenir persistante, plus le clapotage a tendance à se déplacer au-dessous et vers la droite de l'ombilic.

L'analyse fait le plus souvent constater une diminution de la sécrétion chlor-

hydrique. L'acidité organique de fermentation atteint un taux d'autant plus élevé que la stase est plus accentuée. Il faut dire cependant que, si l'on mesure le volume du liquide après un repas d'épreuve, si on évalue par le procédé de l'huile émulsionnée la proportion du liquide de stase et du liquide de sécrétion, on ne constate qu'une différence assez faible avec l'état normal. Nous sommes tentés d'en conclure que le clapotage et le flot sont dus beaucoup plus au relâchement des parois stomacales, à la présence d'une notable quantité de gaz qu'à l'accumulation d'une quantité de liquide dépassant de beaucoup la normale.

Du reste, on ne trouve plus de liquide le matin, à jeun, dans la très grande majorité des cas. Cependant, nous l'avons dit déjà, sous l'influence de causes occasionnelles passagères, sous l'influence de l'aggravation de l'état morbide, on peut voir la stase devenir permanente : on trouve du liquide dans l'estomac, le matin à jeun. Cet état d'insuffisance de la motricité évacuatrice peut devenir définitif. Plus souvent encore, il est passager. Un régime alimentaire plus sévère, quelques lavages de l'estomac peuvent suffire pour faire que l'estomac se vide mieux et qu'il n'y ait plus de liquide dans sa cavité, le matin à jeun.

L'exploration de l'abdomen révèle souvent la participation de l'intestin au désordre de la digestion; il n'est pas rare non plus que l'on constate la ptose des viscères de l'abdomen et le plus souvent encore du rein droit.

Par la palpation méthodique, on perçoit souvent l'existence du boudin cæcal, ou de la corde colique ascendante, descendante ou moins souvent transverse. Le boudin cæcal est dû à l'accumulation des fèces dans le cæcum; la corde colique traduit à la main l'état de contracture spasmodique du côlon. Il n'est pas rare que le côlon ainsi contracté et rétréci soit douloureux à la palpation dans les régions correspondantes. Parfois on trouve que le côlon transverse paraît abaissé, déprimé en U; la descente du coude que fait le côlon transverse avec les côlons ascendant et descendant est plus rarement perçue. Elle aurait beaucoup plus de valeur pour le diagnostic de la ptose colique que l'incurvation du côlon transverse.

La mobilité du rein droit se constate dans près de la moitié des cas chez les femmes qui présentent cette forme de dyspepsie. La néphroptose est beaucoup plus rare chez l'homme; toutefois la chute du rein se trouve presque exclusivement chez des hommes qui présentent cette variété de dyspepsie et les accidents généraux que nous avons décrits. La néphroptose double se rencontre environ une fois sur quatre cas de néphroptose. La ptose du rein droit est presque toujours plus accentuée que la ptose du rein gauche, qui n'est que bien rarement isolée.

L'hépatoptose est beaucoup moins fréquente que la néphroptose.

C'est à Fr. Glénard que nous devons la connaissance des ptoses abdominales. Il leur a attribué une importance primordiale dans la genèse des accidents neurasthéniques : l'hypotension abdominale, le tiraillement des viscères sur leur hile donnaient la cause des accidents nerveux, la traction des ligaments suspenseurs du tube digestif sur leurs points d'attache et la contracture du gros intestin, la cause la plus directe des accidents localisés de dyspepsie gastro-intestinale.

Les ptoses, en réalité, restent latentes lorsqu'il n'existe pas de névropathie préalable; mais, lorsque cette prédisposition existe, on voit survenir toute une

série d'accidents de dyspepsie. Ils peuvent, suivant les cas, correspondre aux différents types que nous venons de passer en revue.

La forme de dyspepsie sensitivo-motrice que nous venons de décrire mérite réellement la qualification de dyspepsie grave que nous lui attribuons à cause de sa ténacité, de la facilité de reproduction de ses paroxysmes, de l'état général d'atonie qui lui correspond. Les malades qui en sont atteints sont trop souvent à jamais condamnés à être de véritables invalides incapables de vivre de la vie commune. Ils ne présentent qu'une résistance amoindrie aux diverses causes de maladie.

Traitement de la dyspepsie sensitivo-motrice. — L'espace nous manquerait pour exposer ici à fond la question du traitement de la dyspepsie sensitivo-motrice; nous nous efforcerons d'en bien indiquer les grandes lignes.

Forme bénigne, commune. — S'il est vrai que l'hygiène doit avoir plus de place que la médication dans le traitement des divers états dyspeptiques, cela est beaucoup plus vrai encore pour la forme que nous envisageons en ce moment. Souvent une bonne hygiène, une alimentation bien ordonnée suffiront pour obtenir assez rapidement une amélioration que n'aurait donnée aucun des médicaments antidyspeptiques employés en dehors de tout régime.

L'alimentation de ces malades comporte deux indications principales, l'une d'ordre négatif, l'autre d'ordre positif. L'indication négative est celle qui consiste à exclure ou à restreindre l'usage de certaines boissons et de certains aliments; l'indication positive a trait aux aliments et boissons qui peuvent être permis et à la forme sous laquelle ils doivent être préparés.

Exclusions absolues. — De l'alimentation de ces dyspeptiques, et, du reste, de l'alimentation de tous les dyspeptiques sans exception, on éliminera complètement : les hors-d'œuvre de tout ordre, les mets fortement épicés ou faisandés, le gibier noir, les viandes de conserve; le homard, les écrevisses, les crevettes, les coquillages; la charcuterie sauf le jambon; les fromages forts; les fritures de tout ordre, telles que pommes de terre frites, poissons frits; les légumes verts crus, la salade; les fruits verts crus, sauf, dans certains cas légers, les prunes, les pêches, les raisins, et, peut-être, les poires bien mûres; les truffes, les champignons; les acidités et les épices, moutarde, sauces acides, cornichons, pickles, etc.; les sucreries telles que les petits fours, les dragées, les sirops; les pâtisseries grasses ou sucrées; le vin pur, les liqueurs, y compris les liqueurs dites digestives, les apéritifs.

On veillera aussi à ce qu'il ne soit pris aucun médicament irritant; très souvent les malades de cet ordre font une regrettable consommation de vins toniques, de ferrugineux, etc. Lorsqu'il sera nécessaire de continuer chez des dyspeptiques une médication agressive pour l'estomac, on aura de préférence recours soit à la voie rectale, soit à la voie hypodermique.

Exclusions relatives. — Sans le supprimer entièrement, on restreindra l'emploi du pain, des graisses et des sauces, du sucre.

Indications positives. — Dans l'établissement du régime des dyspeptiques de la variété que nous avons actuellement en vue, on pourra se montrer moins

sévère que pour des états plus graves : toutefois, les principes restent les mêmes, l'application seule est moins sévère.

Les aliments seront rendus aussi nutritifs que possible sous un petit volume; ils seront débarrassés de tout ce qui serait rebelle à la digestion, surtout de tout ce qui constituerait des résidus indigestes et mécaniquement irritants, comme les fibres végétales, les noyaux, les pépins de fruits. Les aliments azotés seront finement divisés : les aliments végétaux seront à la fois bien divisés et bien cuits; la cuisson, en les hydratant, commence en réalité leur digestion.

Comme boissons, suivant les cas, de l'eau pure, du lait, de la bière légère ou du vin blanc coupé de deux tiers d'eau.

Comme aliments : les œufs à la coque peu cuits ou brouillés, à la crème ou au lait, des œufs brouillés avec du jambon finement haché ou râpé; de la volaille jeune bouillie (pigeon, poulet); du poisson maigre bouilli : sole, limande, turbot, barbue, merlan, brochet, au sel ou avec une sauce au beurre fondu ou à la crème; sole et merlan frits dans la pâte, on enlève la pâte et la peau pour les manger; ris de veau bouilli ou frit dans la pâte, cervelle bouillie; filet rôti chaud ou froid; filet grillé; poulet rôti; côtelettes d'agneau ou même de mouton bien maigres; gigot cuit à l'étuvée, gigot rôti; jambon modérément salé; gibier à plume rôti : perdreau et faisan surtout.

En ce qui concerne les légumes : pommes de terre cuites à l'eau ou en purée; purée de julienne; purées de pois, haricots, lentilles, châtaignes, purée de carottes, de céleri, d'artichauts; épinards au lait ou au jus; petits pois à la crème; salsifis, crosnes, scorsonères, topinambours.

Desserts. — Fromages blancs; fromages peu odorants; fruits cuits, compotes, marmelades; raisins, pêches, prunes bien mûrs.

Potages. — D'une façon spéciale, les potages seront assez épais et bien cuits :

Potages au lait, au tapioca, semoule, arrow-root, pâtes fines d'Italie, vermicelle.

Potages maigres avec des farines variées, pures ou combinées (farines de pois, haricots, lentilles, semoule, châtaignes).

Potages au bouillon avec farines d'orge, de maïs, d'avoine.

Nous ferons remarquer que, dans le plan de régime que nous venons d'indiquer, les aliments les plus faciles à digérer sont d'une façon générale placés en tête de chacune des séries de substances alimentaires.

La médication ne tient qu'une place secondaire dans le traitement de ces formes de dyspepsie. On peut donner, à petites doses, par périodes limitées, des excitants faibles de la sécrétion et de la motricité, tels que les amers, la noix vomique. On peut se servir dans le même but des alcalins à faible dose, ou de l'eau de Vichy prise un certain temps avant le repas. L'acide chlorhydrique, qu'il n'y a aucun intérêt à donner à doses élevées, massives, est très utile pour exciter l'appétit, surtout lorsqu'on l'associe aux teintures amères.

La climatothérapie, l'hydrothérapie, le massage rendent souvent de grands services dans ces conditions; ils s'adressent à la neurasthénie tout autant qu'à la dyspepsie elle-même.

Forme flatulente. — On éliminera les aliments végétaux capables de donner

lieu par leur fermentation à une quantité considérable de gaz, comme les choux, les navets, les salsifis. On diminuera la quantité des féculents, et, surtout, ils ne seront donnés que très cuits.

Les carminatifs, tels que l'anis, la badiane, le carvi, etc., ont été autrefois très usités et il est certain qu'on en obtient quelquefois de bons résultats; ils agissent probablement comme des excitants légers de l'estomac.

On a eu aussi beaucoup recours aux absorbants, à la poudre de charbon et de magnésie. Cette dernière peut absorber l'acide carbonique; l'action absorbante de la poudre de charbon mouillée est problématique, son action est plutôt antifermentescible.

En vertu des théories actuelles, on emploie beaucoup les substances antifermentescibles, le naphthol, le benzonaphthol, le salol, qui sont assez fortement irritants pour l'estomac. A. Robin a proposé le fluorure d'ammonium (une cuillerée à bouche aux repas d'une solution à 1 pour 500).

L'eau chloroformée donne assez souvent de bons résultats.

Un bon nombre de dyspeptiques sont en réalité de faux flatulents; il faut s'efforcer de le leur démontrer.

Formes douloureuses. — Dans certaines formes douloureuses de dyspepsie, on se comportera au point de vue du régime comme pour le traitement de l'hyperchlorhydrie. Autant que possible on se contentera d'employer des moyens anodins, comme les boissons chaudes ou des applications extérieures, les grands bains, les douches chaudes. On n'aura recours aux calmants médicamenteux que lorsqu'on aura épuisé les autres moyens, et on cherchera autant que possible à ne mettre en œuvre que des calmants peu toxiques, comme l'eau chloroformée; on n'emploiera les alcaloïdes toxiques (morphine, cocaïne, atropine) que lorsque leur indication sera formelle. La codéine et la solanine sont de bons calmants de l'estomac sans grands inconvénients.

Formes graves. — La dyspepsie nervo-motrice peut être grave par l'intensité des phénomènes neurasthéniques ou par la tendance à la dilatation avec stase permanente. Les phénomènes de neurasthénie grave qui amènent volontiers à l'inanition devront être souvent traités par l'isolement et le gavage progressif, d'après les principes invoqués par Weir-Mitchel.

La tendance à la stase permanente réclamera, dans les périodes de stase, un traitement analogue à celui de la grande dilatation de l'estomac. Une diète sévère, quelques lavages suffisent souvent pour que le matin on cesse de rencontrer des débris alimentaires dans l'estomac.

C'est dans les cas de ce genre qu'on trouve le plus d'avantage à restreindre le volume du liquide ingéré, ainsi que l'a indiqué Bouchard. Ce régime sec ne doit cependant pas être trop sévère.

VI. — GASTRALGIE — CRISES GASTRIQUES

L'accès de *gastralgie* est constitué par une crise douloureuse plus ou moins intense d'assez courte durée, quelques minutes à plusieurs heures; la douleur en est le phénomène principal, souvent exclusif.

Dans la *crise gastrique*, il y a non seulement des phénomènes douloureux souvent très accusés, mais une intolérance absolue de l'estomac, des vomissements répétés, et de l'hypersecrétion du suc gastrique; il intervient donc dans sa physiologie un élément moteur et un élément sécrétoire qu'on ne rencontre pas ou qu'on ne trouve qu'à l'état d'ébauche dans l'accès de *gastralgie*. De plus, la crise gastrique dure ordinairement pendant plusieurs jours.

La *gastralgie* et la crise gastrique ont ce caractère commun de disparaître complètement dans l'intervalle des accès. Dans l'intervalle des crises douloureuses, la digestion peut être parfaite; cependant on peut, pendant les périodes de rémission, relever des phénomènes variables de dyspepsie, avec ou sans modification du chimisme stomacal.

L'accès de *gastralgie* et la crise gastrique sont en réalité des paroxysmes d'ordre névropathique. On peut les rencontrer indépendamment de toute lésion gastrique et de toute dyspepsie stomacale antérieure; mais ils peuvent aussi survenir chez des dyspeptiques de divers ordres, et les manifestations dyspeptiques peuvent en être la cause occasionnelle.

Gastralgie. — La douleur survient à jeun ou pendant les périodes de digestion. Parfois, elle paraît provoquée immédiatement par le contact des aliments, parfois tardivement par l'action de l'acidité chlorhydrique ou organique. Les malades accusent une sensation de douleur extrêmement vive au creux de l'estomac: elle présente des modalités différentes. Tantôt c'est une sensation de constriction, de crampe, tantôt une sensation de brûlure; la pression au creux épigastrique est en général douloureuse. Des irradiations se produisent vers les hypocondres, la partie supérieure du thorax, la région dorsale, la base du cou; parfois la douleur rappelle d'assez près une crise d'angine de poitrine. Beaucoup plus rarement les irradiations se font en bas vers la partie inférieure de l'abdomen.

La douleur est quelquefois calmée par l'ingestion d'une certaine quantité de liquide, surtout d'infusion chaude. Les malades prennent pour l'atténuer des attitudes plus ou moins singulières; souvent ils se courbent, se recroquevillent, se compriment largement la région épigastrique. Quelques-uns la calment par le décubitus horizontal; chez quelques femmes, elle ne cesse que lorsqu'elles ont desserré leurs vêtements et enlevé leur corset.

La *gastralgie* a souvent une durée assez régulièrement uniforme chez les mêmes personnes. La terminaison de l'accès peut être marquée par quelques éructations, des vomiturations, des bâillements. L'émission d'une urine claire et abondante après l'accès montre bien son caractère névropathique.

L'intensité de la douleur est très différente suivant les cas; quelquefois elle s'accompagne d'un malaise général très grand, de pâleur de la face, de refroidissement des extrémités, de petitesse du pouls. L'angoisse est extrême, il peut y avoir des lipothymies et même des syncopes.

Les accès surviennent d'une façon fort irrégulière en général; quelquefois isolés ou peu nombreux; quelquefois répétés. Il n'est pas rare que les mêmes causes occasionnelles en amènent le retour chez les mêmes personnes.

Crisis gastriques. — Le type clinique le plus parfait de la crise gastrique est fourni par le *tabes dorsal*. Elles ont été décrites par Charcot⁽¹⁾ et bien

(1) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, 2^e édit., p. 52. — *Leçons du mardi*, p. 351, 1888-89.