

Cependant Debove et Rémond<sup>(1)</sup>, Bouveret, Boas et d'autres auteurs pensent, malgré les objections de Charcot, que la crise gastrique existe réellement en dehors du tabes; nous croyons en avoir observé nous-même plusieurs cas.

Des *crises gastriques d'origine réflexe* peuvent se produire chez des malades atteints de rein mobile (A. Mathieu)<sup>(2)</sup>. On peut en rapprocher les vomissements incoercibles de la grossesse. Ces accidents ne se produisent que chez des individus prédisposés par leur état de névrose antérieure: hystérie, neurasthénie, neuro-arthritis.

On peut en rapprocher également les paroxysmes décrits par Rossbach<sup>(3)</sup> sous le nom de *gastrocynsis* et par Lépine<sup>(4)</sup> sous le nom de *gastroxie* qu'il trouve plus euphonique.

L'accès de gastroxie ressemble beaucoup à un accès de migraine, il débute soit par un mal de tête violent, soit par une sensation douloureuse de brûlure à l'estomac. La céphalalgie consiste dans une sensation diffuse de serrement, elle occupe tout le crâne. La douleur stomacale et la douleur crânienne vont en augmentant. Bientôt surviennent des éructations, puis le vomissement. Le liquide vomi est fortement acide, il agace les dents. Il renferme une forte proportion d'acide chlorhydrique libre. Pendant toute la durée de l'accès, on constate la pâleur du visage, du refroidissement des extrémités. Les vomissements mettent fin à la crise qui peut durer de quelques heures à 24 ou 56 heures. L'insomnie est complète pendant ce temps.

La gastroxie se montre surtout chez de jeunes sujets sous l'influence du surmenage intellectuel. Le *vomitus hyperacidus* décrit par Rosenthal<sup>(5)</sup>, chez de jeunes écoliers de 9 à 12 ans, paraît être identique à la gastroxie.

On a relevé déjà les analogies de la gastroxie et du vomissement hyperacide avec la migraine. Les crises de migraine surviennent également chez de jeunes sujets, elles sont provoquées souvent par un travail intellectuel trop assidu; elles disparaissent après 40 ou 50 ans; la céphalalgie, le vomissement et l'insomnie en sont les phénomènes caractéristiques. Les crises de migraine comme les crises de gastroxie se reproduisent toutes les semaines, tous les mois ou plus rarement. Comme les crises de migraine, les crises de gastroxie cessent lorsque le travail intellectuel est suspendu, pendant les vacances des écoliers par exemple. Ne seraient-elles pas simplement des crises de migraine provoquées chez des hyperchlorhydriques par le travail intellectuel? Cela nous paraît tout à fait probable.

**Diagnostic des crises de gastralgie.** — Il doit être fait surtout avec les crises de *colique hépatique* que caractérisent la prédominance de la douleur vers l'hypocondre droit, l'existence du point douloureux vésiculaire, le retentissement de la douleur vers l'omoplate et l'épaule droite, la décoloration des selles, l'ictère consécutif et l'apparition des calculs biliaires dans les selles.

Ce diagnostic différentiel est quelquefois d'une grande difficulté.

Il importera de distinguer la gastralgie purement névropathique des crises douloureuses paroxystiques de l'ulcère rond, de l'hyperchlorhydrie, etc.

<sup>(1)</sup> RÉMOND, *Archives générales de méd.*, 1889.

<sup>(2)</sup> A. MATHIEU, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1894.

<sup>(3)</sup> ROSSBACH, *D. Arch. f. klin. Medic.*, 1884.

<sup>(4)</sup> LÉPINE, *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1885.

<sup>(5)</sup> Berlin. *klin. Wochenschr.*, 1887.

**Diagnostic étiologique des crises gastriques.** — La crise gastrique n'est qu'un complexus symptomatique; il convient toujours de déterminer quel est l'état morbide dont elle est l'expression clinique.

Les signes du tabes seront toujours recherchés avec soin, et, à leur défaut, les stigmates des diverses névroses, et la mobilité anormale du rein, surtout du rein droit.

**Pathogénie.** — Les crises gastriques sont toujours le résultat d'une viciation dans l'innervation motrice, sensitive et sécrétoire de la muqueuse stomacale. Dans le tabes, on a signalé des lésions du pneumogastrique ou des lésions des centres bulbaires alors que pendant la vie on avait observé des crises gastriques.

Oppenheim a constaté l'atrophie du tronc du pneumogastrique; Demange, la sclérose du bulbe au niveau des noyaux d'origine du pneumogastrique, du spinal et de la racine ascendante du trijumeau. Kohler a vu la sclérose diffuse de l'épendyme du quatrième ventricule; Landouzy et Déjerine, l'atrophie des racines et des noyaux du spinal et du pneumogastrique<sup>(1)</sup>. Ces faits anatomiques sont la démonstration de l'origine centrale des crises gastriques du tabes. On comprend qu'elles puissent être également d'origine centrale dans les états névropathiques; on comprend, de plus, que l'activité pathogène de ces centres puisse être occasionnellement stimulée par une excitation directe ou par une excitation réflexe à point de départ variable. Ainsi se conçoivent aisément l'action nocive de tout ce qui peut exagérer l'état d'excitabilité névropathique des centres bulbo-protubérantiels comme le surmenage intellectuel, les grandes secousses morales, et tout ce qui peut amener l'excitation réflexe de ces centres: efforts prolongés d'accommodation visuelle pour la lecture et l'écriture, irritations locales de la muqueuse stomacale par l'action des médicaments ou des liquides de stase; le tiraillement produit par la ptose de certains viscères, en particulier du rein, la distension de l'utérus au début de la grossesse, etc. L'action directe de certaines substances toxiques sur les centres nerveux pourrait produire le même effet. La colique de plomb a, du reste, une très grande ressemblance avec les crises gastriques.

**Traitement.** — La crise de gastralgie sera combattue par le repos au lit, les boissons chaudes et les applications chaudes au creux épigastrique. Si cela ne suffit pas, on pourra avoir recours aux calmants de divers ordres: eau chloroformée saturée coupée d'une partie égale d'eau pure, d'eau de tilleul ou d'eau de menthe, codéine, morphine ou cocaïne données en solution, menthol, extrait gras de cannabis indica. Il faut autant que possible éviter de faire des injections hypodermiques à ces malades: ils ont une grande tendance à devenir morphinomanes.

Dans l'intervalle des crises gastriques, on évitera à l'estomac les irritations inutiles, médicamenteuses ou alimentaires. Au moment de la crise, les malades seront mis au lit. On ne leur donnera que de l'eau à boire. Si la crise se prolonge, on pourra avoir recours aux lavements alimentaires. Comme calmants, on emploiera à l'intérieur la morphine, la cocaïne, l'extrait gras de cannabis indica. Trop souvent les douleurs ne sont calmées que par des injections de

<sup>(1)</sup> BOUVERET, *loc. cit.*, p. 669.

morphine; les malades ont tendance à en abuser, et, s'il est difficile de leur refuser la seule médication qui soulage réellement leurs tortures, il convient de ne pas les laisser glisser sur la pente de la morphinomanie.

Lorsque le tabes est d'origine syphilitique, que l'infection syphilitique est récente, on devra essayer une médication antisiphilitique énergique, et surtout la médication mercurielle, par des frictions d'onguent gris ou des injections hypodermiques. Il faut reconnaître cependant que cette médication n'a guère de chance d'arrêter l'évolution du tabes. Les pratiques particulières, telles que la suspension, l'élongation de la moëlle amènent quelquefois la disparition momentanée des crises gastriques.

Les boissons chaudes sont, d'après Rossbach et Bouveret, le meilleur traitement des crises de gastroxie.

#### VII. — EMBARRAS GASTRIQUE

**Historique et définition.** — Le terme d'embarras gastrique est dû à Pinel; il y voyait, comme ses prédécesseurs et, en particulier, comme Stoll, le résultat d'une auto-intoxication par la matière saburrale ou bile constituée par l'altération des sécrétions normales du tube digestif.

Broussais rapportait l'embarras gastrique à l'inflammation de l'estomac: c'était pour lui le point de départ de la phlegmasie dont le complexus symptomatique traduit l'existence.

Jusque dans ces derniers temps, beaucoup d'auteurs ont, avec les auteurs allemands, continué à défendre la doctrine de Broussais et à considérer la gastrite catarrhale aiguë comme la cause et le substratum anatomique de l'embarras gastrique. En admettant que la gastrite aiguë puisse momentanément supprimer la sécrétion chlorhydropeptique, paralyser la musculature gastrique et amener l'auto-intoxication, en causant des fermentations et des putréfactions anormales, cette explication ne conviendrait pas à l'ensemble des cas.

En réalité, l'embarras gastrique n'est pas une entité morbide, ce n'est qu'un complexus symptomatique, tantôt fébrile, tantôt apyrétique.

L'embarras gastrique fébrile n'est donc point une maladie distincte, et sous ce même nom, ou sous des dénominations synonymes, on a certainement décrit des infections de nature diverse, que rapprochent leur bénignité et les analogies de leurs symptômes. Il ne paraît pas y avoir de limite entre l'embarras gastrique fébrile et la fièvre typhoïde dans ses formes légères. Certains embarras gastriques ne sont que des fièvres typhoïdes bénignes, de rapide évolution [Laveran, Kelsch, et Kiener<sup>(1)</sup>], ce que l'emploi du séro-diagnostic a nettement démontré (Widal, Lemoine, Catrin). On voit, du reste, l'embarras gastrique fébrile se montrer au début<sup>(2)</sup> ou au cours<sup>(3)</sup> des épidémies de fièvre typhoïde.

Toutefois, l'embarras gastrique fébrile n'est pas toujours l'expression atténuée de l'infection typhique.

<sup>(1)</sup> KELSCH et KIENER, *Société médicale des hôpitaux*, 1885. — LEVY, *Thèse de Montpellier*, 1887.

<sup>(2)</sup> COLIN, In *Thèse de Courtet*, 1889, p. 12.

<sup>(3)</sup> CHANTEMESSE, *Item*.

L'embarras gastrique non fébrile n'est pas non plus une unité. Au point de vue séméiologique, il n'y a pas de limite entre l'indigestion et l'embarras gastrique, qui n'est qu'une sorte d'indigestion prolongée, et il est certain qu'il peut se produire sous l'influence d'intoxications très variées: l'alcool, le tabac, les viandes avariées, les mets indigestes, etc.

En somme, le fond commun de tous les états réunis sous la dénomination d'embarras gastrique, c'est une intoxication qui se traduit par un complexus symptomatique analogue.

**Symptômes.** — L'indigestion est rapide ou tardive. Dans un certain nombre de cas, c'est fort peu de temps après le repas que les accidents apparaissent. Le malade éprouve un malaise très grand, une sensation de pesanteur à l'estomac, la tête est lourde, la vue incertaine. Des vertiges surviennent avec une sensation très grande de faiblesse. Le malade pâlit, la face se couvre de sueurs. Le pouls est petit, précipité; les extrémités froides. Les pupilles sont parfois dilatées. Il peut y avoir de la diplopie. Quelquefois des vomissements surviennent, quelquefois aussi de la diarrhée. Les matières sont souvent fétides. Après ces évacuations, l'amélioration se produit, mais, le lendemain, il persiste du malaise général, de la courbature, parfois de la diarrhée. La langue est blanche et déprimée. La guérison se fait cependant rapidement.

Dans un autre cas, les phénomènes de dépression sont moins accusés; ce qui domine, c'est la pesanteur, la gêne de la respiration, parfois avec rougeur turgescence de la face, et état nauséux. Les vomissements, quand ils surviennent, mettent un terme à tout cela. L'urticaire est quelquefois précédée par des phénomènes de cet ordre.

L'indigestion tardive est habituellement nocturne. Le malade se réveille vers une heure ou deux du matin avec une sensation très grande de malaise, dont il s'explique mal la nature. Il éprouve une angoisse considérable. Avec cela, des nausées, des efforts de vomissements, des sueurs froides. L'état est si alarmant que l'entourage est souvent fort inquiet: il s'agit d'une simple indigestion à laquelle mettent fin des vomissements et parfois un peu de diarrhée.

Dans l'embarras gastrique sans fièvre, il y a de l'inappétence, parfois même du dégoût pour les aliments. Tout paraît fade. Les boissons fraîches, gazeuses, acidulées sont seules prises avec plaisir. Il y a une sensation de malaise général, de courbature, de la pesanteur de tête, sinon de la céphalalgie vraie. Parfois, des envies de vomir; une sorte de vague état nauséux. Il est assez rare que le vomissement survienne. L'embarras gastrique, cependant, peut commencer par une véritable indigestion.

Le travail, surtout le travail intellectuel, est difficile, le malade manque d'entrain. Parfois, il accuse un peu de pesanteur au creux épigastrique, un peu de ballonnement du ventre. Il y a des renvois, l'haleine peut prendre une odeur désagréable, fétide même. Il y a de la constipation, le plus souvent au début. Elle persiste ou bien elle est suivie de diarrhée.

La langue est couverte d'un enduit blanchâtre plus ou moins épais; elle est souvent aplatie et porte l'empreinte des dents.

Dans l'embarras gastrique fébrile, les phénomènes sont de même nature, plus accentués habituellement. La fièvre peut être intense, la température s'élève d'emblée à 38°, 5, 59° et même 40°. La céphalalgie est plus vive, le pouls plus rapide. Le malade a la sensation de la fièvre.