

Sous certaines influences, il semble que les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac soient simultanément enrayées. L'estomac se distend : la production d'acide chlorhydrique diminue; des fermentations anormales surviennent. Les phénomènes généraux que nous avons décrits se montrent : ils paraissent être le résultat d'une intoxication que l'on peut comparer à celles qui résultent de l'absorption des viandes en voie de décomposition (Bouchard).

Les individus, atteints de gastrite, de dilatation de l'estomac, sont naturellement exposés davantage à de semblables accidents. Il en est de même chez ceux dont le foie n'est pas en état de retenir au passage, d'emmagasiner et de transformer les substances toxiques.

La preuve de l'auto-intoxication a été fournie à plusieurs reprises. Dans un cas observé par Senator, sur un de ses amis, il put constater, pendant une indigestion, la présence d'acide sulfhydrique dans le contenu intestinal et dans les urines. Le gaz avait donc pénétré dans le sang.

Dans un cas rapporté par Bouchard, un homme, qui ne pouvait supporter le poisson cuit de la veille et refroidi, en ayant mangé, présenta au bout de huit heures seulement des phénomènes d'indigestion gastro-intestinale. Les microbes représentaient le tiers environ de la masse des matières fécales qui renfermaient 15 milligrammes d'alcaloïdes toxiques par kilogramme : l'urine présentait, d'autre part, une quantité d'alcaloïdes cinquante fois supérieure à la normale.

Les accidents, ici, ne sont pas immédiats; ils ne se sont montrés que quelques heures après l'ingestion de l'aliment nocif. Pendant ce temps, les microbes se sont multipliés, ils ont fourni des toxines. Si le poison avait été directement ingéré, cet intervalle n'eût pas été nécessaire, les accidents auraient été presque immédiats. Bouchard pense que, sous l'influence de certaines substances, de certains aliments, d'une émotion, la sécrétion gastrique peut se suspendre, l'acide chlorhydrique n'arrête plus les fermentations anormales, les microbes pullulent en liberté et élaborent des matériaux, des alcaloïdes toxiques.

Nous pensons, pour notre part, que certains individus sont particulièrement sensibles à ces influences, et que la suspension ou la viciation des actions chimiques et motrices de l'estomac sont beaucoup plus faciles et beaucoup plus intenses. Les actions réflexes, les influences toxiques sont, chez eux, plus accentuées.

Ewald, dans l'indigestion, a recherché deux fois, sur lui-même et sur une autre personne, l'acide chlorhydrique libre dans les substances vomies. Il n'en a pas constaté. Cela est intéressant; il serait très curieux de faire cette recherche à l'aide des moyens d'examen plus parfaits dont on dispose actuellement.

Ewald, avec beaucoup d'autres auteurs, range, du reste, ces deux faits sous la rubrique : gastrite aiguë. L'existence de cette gastrite n'est ici nullement démontrée. Des troubles d'innervation motrice et sécrétoire suffiraient à tout expliquer. En réalité, nous ne savons rien sur l'état de la muqueuse stomacale en semblable circonstance.

La dénomination de fièvre gastrique n'est guère plus justifiée. Dans l'embarras gastrique fébrile, la fièvre résulte, sans doute, d'une infection. Rien ne démontre que cette infection soit toujours de la même nature, que la première lésion locale qu'elle ait produite soit une gastrite ou une gastro-entérite. Les phénomènes gastro-intestinaux peuvent être tout aussi bien le fait de la maladie

générale que de l'irritation locale. En admettant même que les deux éléments coexistent, c'est encore l'état général qui présente l'importance la plus grande. L'infection est démontrée alors par la fièvre, quelquefois par la tuméfaction de la rate, quelquefois, mais plus rarement encore, par l'albuminurie.

L'embarras gastrique n'est, au milieu de tout cela, qu'un complexe susceptible de faire cortège à des états pathologiques de nature diverse. L'embarras gastrique symptomatique d'affections bien déterminées, comme l'amygdalite, la pneumonie, etc., démontre bien l'exactitude de cette façon de voir.

*Diagnostic.* — Si l'embarras gastrique n'est pas une maladie, mais un complexe symptomatique, ce qu'il importe de décider, c'est de quoi il est symptomatique.

En fait, la question qui se pose le plus souvent en pratique est de savoir si l'on a affaire à un embarras gastrique simple ou à une fièvre typhoïde. Quand il n'y a pas de fièvre, il n'y a pas de difficulté. Avec de la fièvre, il n'en est pas de même, et le diagnostic est souvent tenu en suspens pendant un certain nombre de jours.

Dans l'embarras gastrique fébrile, la température atteint d'emblée un degré élevé, 39 et 40 degrés, elle présente des rémissions vespérales très nettes. Il n'y a pas l'ascension en gradins de la courbe thermique, relevée dans la fièvre typhoïde. Il y a moins d'abattement général; on n'observe pas l'insomnie complète de la fièvre typhoïde. Les épistaxis sont plus rares que dans cette dernière maladie. Dans l'embarras gastrique on ne voit apparaître ni les taches rosées lenticulaires, ni le ballonnement du ventre. L'albuminurie est en faveur de la fièvre typhoïde. Enfin, au bout de cinq à huit jours, la fièvre disparaît ainsi que les phénomènes morbides, la guérison est rapidement complète.

Le séro-diagnostic dont nous devons la connaissance à Widal<sup>(1)</sup> permettra souvent de distinguer dès le début l'embarras gastrique fébrile de la fièvre typhoïde, ainsi que le démontrent les recherches cliniques de Lemoine, de Widal, de Villiès et Battle et de Catrin<sup>(2)</sup>. On connaît toutefois actuellement un certain nombre de cas dans lesquels la réaction de Widal (réaction agglutinative) ne s'est montrée que tardivement. Il en résulte que, dans certains cas, cette méthode ne fera que confirmer un diagnostic différentiel rendu très vraisemblable par l'observation clinique. Toutefois, en pathologie générale, sa mise en œuvre a permis de savoir d'une façon positive ce que l'on ne faisait que supposer, que certains cas d'embarras gastrique fébriles sont en réalité des infections typhiques légères.

Le *surmenage fébrile*, dont la cause est en général bien connue, peut ressembler beaucoup à l'embarras gastrique fébrile proprement dit. On peut admettre du reste qu'il n'en représente qu'une modalité ou mieux encore que dans les phénomènes d'auto-intoxication fébrile due au surmenage musculaire, et dans les phénomènes infectieux qui peuvent se surajouter, le syndrome embarras gastrique tient une certaine place. On peut distinguer aussi la *courbature de froid*. Nous l'avons fréquemment observée, en hiver, sur les agents des trains. Après un refroidissement prolongé, ils présentent une courbature générale, la face est fatiguée, jaunâtre. La langue est aplatie et présente l'em-

<sup>(1)</sup> Voir Fièvre typhoïde, t. I.

<sup>(2)</sup> LEMOINE, *Société médicale des hôpitaux*, juillet 1896. — WIDAL, *ibid.* — CATRIN, *ibid.* — VILLIÈS et BATTLE, *Presse médicale*, p. 541, 1896.

preinte des dents, signe d'adynamie générale, sur lequel insistait Lasègue. Les urines sont rouges et rares, quelquefois sédimenteuses. Parfois il y a peu de fièvre. Tout disparaît avec quelques jours de repos.

**Pronostic.** — Comme il n'y a pas de limite entre la simple indigestion et l'intoxication par des ptomaines de viande gâtée, qui peut déterminer rapidement la mort, ainsi que Brouardel et Boutmy en ont, entre autres, rapporté des exemples, on doit admettre qu'il y a des indigestions fort graves.

L'embaras gastrique, intoxication plus lente, ne présente pas de dangers sérieux. Il faut tenir compte, toutefois, de l'existence d'une gastrite ou d'une dilatation permanente de l'estomac. L'embaras gastrique revient alors avec une grande facilité et dure longtemps.

**Traitement.** — D'une façon générale, le traitement de l'embaras gastrique est assez simple, et les recherches modernes n'ont fait que démontrer le bien fondé des pratiques anciennes. La diète est un excellent moyen; il est bon, tout au moins, de ne donner qu'une alimentation légère; le régime lacté convient très bien: il ne donne que peu de prise aux fermentations. Les vomitifs, les purgatifs ont aussi leur utilité; ils amènent l'évacuation de la matière peccante. Quand il s'agit d'embaras gastrique fébrile, surtout avec courbature généralisée, le sulfate de quinine à petites doses peut être réellement utile.

Enfin, il est parfaitement logique de donner de l'acide chlorhydrique dilué, par exemple un demi-verre ou même un verre de la solution d'acide chlorhydrique pur à 4 pour 1000, conseillée par Bouchard.

#### VIII. — RETENTISSEMENT A DISTANCE DE LA VICIATION DES FONCTIONS STOMACALES

Il ne sera pas question ici de la propagation des lésions de l'estomac et des accidents qui peuvent en résulter pour les organes voisins ou pour l'ensemble de l'organisme, mais seulement de l'influence que peut avoir la viciation des fonctions de l'estomac sur les divers appareils et sur la nutrition générale.

Il est souvent difficile de faire la part qui revient à l'estomac, à l'intestin et à ses glandes annexes dans ces manifestations secondaires, à distance; c'est un point sur lequel nous aurons plusieurs fois à revenir. On a souvent accusé l'estomac de méfaits dont il n'est pas responsable, ou tout au moins pour lesquels il avait trouvé des complices souvent plus coupables que lui.

Les facteurs qui peuvent expliquer le mécanisme de ce retentissement à distance de la dyspepsie gastrique sont les suivants: a) l'élaboration insuffisante ou vicieuse des aliments; b) le déplacement mécanique des organes voisins; c) l'action réflexe; d) l'auto-intoxication; e) la viciation générale de la nutrition.

a) *Élaboration insuffisante ou vicieuse des aliments.* — Les aliments insuffisamment élaborés dans l'estomac, hâtivement ou tardivement évacués, peuvent devenir mécaniquement ou chimiquement une cause d'irritation pour l'intestin

et le foie. Cela peut être aussi une cause de nutrition insuffisante ou d'intoxication générale.

b) *Déplacement mécanique des organes voisins.* — L'estomac distendu par les gaz peut refouler le diaphragme en haut, dévier la pointe du cœur, restreindre l'amplitude des mouvements respiratoires: de là des manifestations circulatoires ou respiratoires qui peuvent prendre une certaine intensité lorsque ces appareils n'ont pas une intégrité parfaite.

L'estomac dilaté, rempli de liquide de stase; peut refouler le côlon transverse en bas et cette dislocation peut provoquer ou exagérer des troubles intestinaux, et, en particulier, la tendance à la constipation.

c) *Action réflexe.* — On a beaucoup abusé de cette explication; son domaine a beaucoup perdu de son étendue au profit des auto-intoxications; nous aurons cependant l'occasion de voir qu'il convient, dans certains cas, de lui attribuer une certaine importance dans la genèse des accidents à distance.

d) *Auto-intoxications.* — Les travaux de Bouchard les ont mises au premier plan: elles y sont restées. On ne peut pas contester leur rôle prépondérant dans la pathogénie d'un grand nombre des accidents à distance de la dyspepsie, mais on peut se demander si la viciation du fonctionnement de l'intestin, du foie, des reins et la viciation de la nutrition générale n'ont pas un rôle tout aussi considérable et même beaucoup plus considérable dans leur genèse que celui de la dyspepsie stomacale. Quoi qu'il en soit, nous allons voir que l'auto-intoxication est l'hypothèse pathogénique la plus satisfaisante pour expliquer bon nombre d'accidents concomitants ou secondaires.

e) *Viciation générale de la nutrition.* — En amenant l'inanition ou la viciation de l'élaboration digestive des aliments, la dyspepsie stomacale peut avoir une influence marquée sur la nutrition générale, capable, à son tour, de retentir sur le fonctionnement des divers organes et du système nerveux.

Le mécanisme pathogénique des accidents observés est souvent très complexe et divers facteurs se trouvent simultanément mis en jeu. Nous avons dû nous borner à l'énumération analytique qui précède; nous allons maintenant passer en revue les accidents qui peuvent se produire du côté des divers appareils et des divers organes.

*Intestin.* — L'estomac et l'intestin présentent souvent des troubles fonctionnels simultanés; cela ne veut pas dire que la dyspepsie gastrique soit toujours la cause de la dyspepsie intestinale. Les manifestations stomacales et intestinales évoluent souvent parallèlement, provoquées et dominées l'une et l'autre par un principe pathogénique commun, le trouble de l'innervation ou celui de la nutrition générale.

Souvent, et nous aurons l'occasion d'y revenir, en étudiant les formes cliniques de la dyspepsie, il y a dyspepsie gastro-intestinale et non simplement gastrique, et la névropathie antérieure, neuro-arthritique, neurasthénique ou hystérique rend compte de la simultanéité et de la genèse de ces accidents.

Des accidents intestinaux sont cependant causés quelquefois directement par la viciation du fonctionnement de l'estomac. La *diarrhée* peut résulter de l'introduction dans l'intestin d'une masse de liquide stomacal mal élaborée ou ayant subi des altérations fermentatives accentuées: c'est le cas lorsque l'estomac se