

mamelle à l'autre (Fothergill); elle n'augmente ni par la pression, ni par les mouvements du bras, ni par les inspirations profondes. La douleur semble traverser la poitrine de part en part et d'avant en arrière; elle se propage souvent au bras gauche, presque jamais au bras droit, en suivant, dans l'un et l'autre cas, la direction du nerf cubital jusqu'au coude, et parfois jusqu'aux doigts. Chez beaucoup de malades, la douleur s'irradie aussi par les filets du plexus cervical superficiel, sur la partie latérale du cou, et même jusque vers la mâchoire inférieure et l'oreille : cependant, dans ces cas, les individus ressentent vers le cou plutôt un engourdissement pénible qu'une souffrance aiguë. Chez quelques-uns, chez les femmes surtout, les branches thoraciques antérieures s'affectant en même temps, il en résulte une vive exaltation de la sensibilité dans la mamelle et les téguments qui la recouvrent; enfin la douleur peut s'irradier encore vers l'épigastre, à la partie inférieure du ventre, et quelquefois dans les quatre membres en même temps. Il est rare pourtant qu'elle occupe simultanément toutes les régions que je viens d'indiquer. Presque toujours on ne voit la douleur s'irradier de la partie latérale gauche de la poitrine que vers le membre supérieur correspondant, ou vers quelques points du tronc. Dans quelques cas rares, elle débute dans ces dernières parties, et s'étend rapidement au thorax : Heberden, Jurine et d'autres en citent quelques exemples.

C'est pendant la violence de la crise que les malades éprouvent un sentiment de constriction et d'angoisse inexprimable : ils sont dans un état imminent de suffocation. La face est pâle, frappée de terreur; la surface du corps est refroidie et baignée d'une sueur visqueuse. Quelques-uns ont des lipothymies et même des syncopes. Au milieu d'un état si grave, les malades ont le sentiment d'une fin prochaine, leurs forces sont anéanties : le pouls, que Heberden signale comme étant normal, est presque toujours petit, faible, mais régulier et plutôt lent qu'accélééré; dans quelques cas il est intermittent ou irrégulier; il y a rarement des palpitations. La respiration est un peu plus accélérée que de coutume; mais, ainsi que Jurine l'a vu dans quatre de ces observations, elle n'a jamais dépassé 36 inspirations par minute; sa fréquence n'est donc pas en rapport avec les troubles profonds qu'on observe ni avec l'anxiété des malades; il est remarquable d'ailleurs que la plupart peuvent encore faire des inspirations profondes sans être arrêtés par la douleur. Contrairement à ce qu'on observe chez les asthmatiques, les individus atteints d'angine de poitrine n'affectent aucune position spéciale; leur attitude, commandée plutôt par la douleur que par la dyspnée, varie : les uns restent immobiles, redoutant le moindre mouvement, tandis que les autres renversent le tronc en arrière ou en avant, etc.

Lorsque le paroxysme doit cesser, les douleurs se calment peu à peu, ainsi que la constriction thoracique et l'angoisse qui l'accompagne. Chez quelques-uns, la fin de l'accès est marquée par des vomissements et par des éructations gazeuses. Au bout de quelques instants, tous les symptômes graves ont cessé; les malades n'éprouvent plus qu'une grande fatigue et une sensation d'engourdissement, de brisement, plutôt que de douleur dans la poitrine et dans les bras.

Les accès n'ont pas toujours la même physionomie, la même intensité, ni la même durée. Chez les uns, c'est la douleur qui domine; chez les autres, ce sont les syncopes et la résolution des forces. On conçoit en outre que, lorsque l'angine se complique d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux, il doit exister des symptômes en rapport avec ces altérations. C'est surtout dans ces cas que la dyspnée est intense, que le pouls est petit, inégal, et qu'il y a des palpitations.

L'intensité des accès n'est pas toujours la même. Les premiers sont communément peu graves et cessent après quelques minutes ou quelques secondes. Cependant, nonobstant cette bénignité apparente, les malades conservent une grande appréhension, et ont la conscience qu'ils n'auraient pu résister à l'attaque, pour peu qu'elle se fût prolongée. Après un intervalle de temps qui varie depuis quelques heures jusqu'à un grand nombre d'années, les mêmes accidents se reproduisent. Plus les crises se renouvellent, plus aussi elles sont intenses et de longue durée; lorsque la maladie se reproduit fréquemment, on voit les accès persister pendant une demi-heure, pendant une ou plusieurs heures, et même pendant plusieurs jours, comme Heberden en a rapporté un exemple. Cependant, lorsque l'accès se prolonge pendant une ou plusieurs heures, il faut que toujours il y ait une rémission, car on ne concevrait pas que la vie pût se maintenir si longtemps au milieu de souffrances ou d'angoisses aussi vives que celles que les malades endurent au plus fort de leurs accès.

Les crises ont lieu souvent spontanément, le jour comme la nuit; dans ce dernier cas, c'est presque toujours après le premier sommeil; c'est-à-dire à peu près à la même heure. Fréquemment elles sont provoquées par un effort, par un mouvement brusque, par l'équitation, par la marche, par les cahots d'une voiture, par une émotion vive, par l'impression subite d'un air froid, surtout le soir.

Lorsque les accès sont très-rapprochés, les malades conservent pour la plupart dans leurs intervalles un état de malaise dans toute la poitrine; souvent alors ils ne peuvent faire quelque pas sans s'arrêter, avertis qu'ils sont par quelque sensation douloureuse vers la partie inférieure du thorax; s'ils continuaient, un nouvel accès aurait infailliblement lieu.

Si les crises sont très-éloignées les unes des autres, si les malades ne portent aucune lésion organique des poumons, du cœur ou des gros vaisseaux, on les voit se rétablir promptement et assez complètement, n'éprouvant aucune gêne dans la respiration ni aucun trouble appréciable du côté des organes circulatoires. Dans l'angine de poitrine, les malades conservent l'intégrité des diverses fonctions et à peu près leur embonpoint, même dans les cas où les accès sont très-rapprochés.

Durée. Terminaison. — L'angine de poitrine a une durée tout à fait indéterminée. Il est des individus qui, après avoir eu un ou plusieurs accès, ont fini par ne plus en ressentir; mais, chez la plupart, ces accès se renouvellent à des intervalles variables et finissent par emporter les malades.

La mort est, en effet, la terminaison la plus ordinaire de la maladie; elle arrive presque toujours subitement, d'une manière foudroyante, soit au plus fort de l'accès, soit tout à fait au début. C'est ainsi que beaucoup d'individus, s'arrêtant tout à coup en marchant, comme surpris par l'accès, tombent aussitôt roides morts, sans que l'autopsie fasse découvrir aucune lésion qui explique une fin aussi soudaine. Sur 164 malades dont les observations ont été analysées par J. Forbes, 94 sont morts subitement.

Quelques auteurs, et Jurine en particulier, pensent qu'en se renouvelant et en se rapprochant, les accès d'angine peuvent finir par amener quelque lésion grave dans le cœur ou dans les gros vaisseaux; cette opinion ne me semble pas encore avoir été sanctionnée par l'observation. Je dirai toutefois que j'ai vu plusieurs faits favorables à cette idée; mais, avant d'établir une corrélation, il faudrait s'assurer si les affections cardiaques sont, chez les malades dont nous parlons, dans une proportion sensiblement plus considérable. Lorsque

la guérison doit avoir lieu, les accès diminuent d'intensité et s'éloignent de plus en plus.

Diagnostic. — Une douleur violente, constrictive, apparaissant presque toujours brusquement, qui de la partie inférieure et gauche du sternum s'irradie vers divers points du tronc et souvent le long du bras du même côté; une douleur de cette nature, qui s'accompagne d'une grande anxiété, d'une angoisse des plus pénibles, qui donne au malade l'idée d'une fin prochaine, qui se dissipe après quelques minutes, et généralement après un quart d'heure ou une demi-heure, ne peut caractériser aucune autre maladie, si ce n'est l'angine de poitrine.

Les maladies des poumons, les épanchements abondants dans le péricarde et dans les plèvres, les affections organiques du cœur et l'anévrysme de l'aorte déterminent aussi des accès d'oppression, une suffocation imminente et des syncopes; mais dans les affections dont nous parlons, il n'y a pas de ces douleurs vives, constrictives, avec irradiation vers le bras gauche, qui caractérisent l'angine de poitrine. Dans toutes il y a une gêne extrême de la respiration; il y a de l'anhélation, et il n'est pas possible aux malades de faire des inspirations profondes; ils sont obligés de garder certaines attitudes, presque tous sont dans une position demi-assise, et ils ne peuvent en prendre une autre sans être menacés d'asphyxie. Nous avons vu qu'il n'en était pas de même pour ceux qui sont frappés d'angine de poitrine. J'insiste peu sur les résultats fournis par la percussion et par l'auscultation, attendu qu'il n'est pas rare de trouver dans l'angine de poitrine des signes physiques d'une altération organique dans les viscères pectoraux. La névralgie intercostale aurait plutôt quelque faible ressemblance avec l'angine de poitrine, car il existe dans cette affection une douleur vive, laucinante, siégeant le plus souvent au côté gauche du thorax; mais cette douleur, dans la névralgie dont nous parlons, ne s'irradie pas vers le bras; quelque vive qu'elle soit, elle ne s'accompagne d'aucune angoisse; quoique exacerbante, elle ne se montre pas par accès aussi distincts que ceux qui caractérisent l'angine de poitrine. Dans celle-ci, la pression des parois thoraciques ne réveille aucune douleur; il importe cependant d'être prévenu que l'angine de poitrine s'accompagne quelquefois de névralgie des nerfs intercostaux et des filets du plexus cervical superficiel.

Pronostic. — L'angine de poitrine est une affection extrêmement grave, mais cependant curable. On pourra espérer une heureuse issue si les accès sont peu intenses, s'ils apparaissent à de longs intervalles, et si la maladie, n'étant liée à aucune affection organique, atteint un individu bien constitué. Cependant, même alors, on ne devra pas porter un pronostic sans réserve; car, malheureusement, on voit dans quelques-uns de ces cas les malades, succombant brusquement, tromper toutes les prévisions de l'homme de l'art.

Étiologie. — John Forbes a démontré que la maladie était beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme, puisque sur 88 malades il a compté 80 hommes et seulement 8 femmes. Quoiqu'on l'ait observée à peu près à tous les âges, même dans l'enfance, ainsi que Hamilton en rapporte un exemple, on peut cependant établir que l'angine de poitrine est rare avant cinquante ans, puisque sur 84 individus, dont les observations ont été analysées par Forbes, 72 avaient dépassé cet âge. La maladie paraît, dans quelques cas, héréditaire; il n'est pas rare de voir plusieurs individus d'une même famille en être atteints: j'ai vu deux frères qui en ont été affectés exactement au même âge. On suppose que les climats humides et froids favorisent le développement de la maladie, mais on ignore tout à fait l'influence qu'exercent la constitution,

le tempérament et les diverses conditions hygiéniques. Tout ce qu'on a dit à ce sujet reste encore à prouver, même l'influence attribuée dans ces derniers temps au tabac. Comme la plupart des autres névroses, l'angine de poitrine atteint le plus souvent les personnes de la classe riche ou aisée que les individus pauvres. L'affection est, en effet, fort rare dans les hôpitaux.

Traitement. — Le traitement de l'angine de poitrine est des plus incertains; il comprend les moyens employés pour arrêter l'accès et ceux destinés à en prévenir le retour.

Lorsqu'on a été témoin d'un accès d'angine de poitrine, on ne comprend pas que des hommes expérimentés aient osé conseiller la saignée. Laënnec cependant voulait qu'on tirât du sang pendant l'attaque, lorsque l'oppression était forte et lorsque le malade était pléthorique; Parry même ne croyait pas que la petitesse du pouls, la pâleur de la peau et le refroidissement général fussent des contre-indications. Mais hâtons-nous de dire que cette pratique est généralement blâmée et qu'on ne saurait y recourir sans exposer les malades aux plus grands périls. L'expérience n'a pas encore prononcé sur l'utilité des vomitifs, conseillés par Percival, pendant la violence de la crise, à titre de moyens perturbateurs.

Durant l'accès, si le pouls est faible, insensible, et la peau froide, il convient de promener sur les extrémités des cataplasmes sinapisés, ou d'exciter ces parties avec un liniment ammoniacal, et de frictionner doucement la paroi antérieure du thorax avec du laudanum; en même temps on donne à l'intérieur une préparation calmante, antispasmodique: l'éther, la liqueur d'Hoffmann, l'eau de laurier-cerise et l'opium surtout, sont les médicaments sur lesquels il faut le plus compter. Heberden préférerait la teinture thébaïque à la dose de 25 gouttes dans une potion, et il l'associerait à une pareille quantité de vin antimonié; mais ce mélange ne paraît pas avoir une grande utilité. Beaucoup de malades vomissant ou faisant des efforts pour vomir, d'autres ayant de la peine à avaler, il est peut-être préférable d'introduire l'opium en lavement. Dans ce cas, on prescrira le laudanum de Sydenham, à la dose de 16 à 20 gouttes; et si au bout d'une demi-heure le médicament n'avait produit aucun effet, on devrait réitérer la dose. On pourrait aussi injecter dans le tissu cellulaire un sel de morphine ou d'atropine.

Lorsque j'ai blâmé précédemment les émissions sanguines, j'ai voulu parler surtout des saignées générales; il n'en est pas absolument de même des saignées locales, spécialement des ventouses scarifiées qui, appliquées sur le thorax pendant la violence des douleurs, ont souvent calmé les souffrances: on y aura surtout recours chez les sujets pléthoriques. Chez ces individus, on devrait même, *exceptionnellement*, ouvrir une veine du bras, si l'état du pouls l'indiquait. Lorsque l'accès se prolonge nonobstant la série des moyens qui précèdent, il faudra appliquer un large vésicatoire sur le sternum.

L'électricité peut-elle être utile pour enrayer un accès d'angine de poitrine? M. Duchenne a rapporté, en 1853, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, l'histoire de deux cas d'angine de poitrine dont les accès furent enlevés par la faradisation pratiquée *loco dolenti*. La guérison a-t-elle été définitive? Je ne sais; mais les accès ont été interrompus plusieurs mois; or c'est déjà un avantage immense. Je doute que l'électricité appliquée hors des accès puisse être jamais utile; ici, comme d'ailleurs dans toutes les névroses, il y a avantage à n'opérer que pendant la durée des crises. L'électricité pourtant est loin d'être infallible, elle a échoué complètement sur un de nos malades chez lequel elle fut même impuissante à abrégier la durée de l'accès.

Dans le but de prévenir les crises, on a conseillé une foule de moyens qui n'ont pour la plupart aucune utilité démontrée : tels sont surtout les sudorifiques, comme la salsepareille, le gaïac et la poudre de Dower; l'acide phosphorique, les antimoniaux, les préparations arsenicales, les purgatifs répétés; les toniques, comme le quinquina, les exutoires appliqués loin du siège du mal; les narcotiques et les antispasmodiques, comme l'opium, la jusquiame, la belladone, l'asa fœtida, le muse, le camphre, la valériane, les éthers. Lorsque la maladie se reproduit avec une certaine périodicité, ce qui arrive surtout quand les accès se montrent pendant la nuit, on devra administrer le sulfate de quinine à haute dose, 1 ou 2 grammes, que le malade prendra de huit à douze heures avant le début probable de la crise. J'ai, par ce moyen seul, guéri, il y a vingt-cinq ans, des symptômes que je rapportai sans hésiter à une angine de poitrine; ils ne se sont pas renouvelés depuis.

On dit être parvenu à éloigner beaucoup les accès, en entretenant pendant longtemps un exutoire sur la poitrine, ou en y provoquant de temps en temps des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses par des frictions avec l'huile de croton ou la pommade d'Autenrieth; je n'ai jamais eu ce bonheur. Laënnec a surtout préconisé l'application sur le thorax de deux plaques aimantées d'une ligne d'épaisseur, un peu ovales, et légèrement courbées sur le plat pour s'accommoder à la forme des parois. Il en mettait une sur la région précordiale gauche, l'autre sur la partie opposée du dos, de manière que les pôles fussent exactement opposés. Il ne regardait pas ce moyen comme infaillible; mais il affirme qu'il lui a réussi plus souvent qu'aucun autre à diminuer les angoisses des malades et à en éloigner le retour. Lorsque l'application de l'aimant produit peu de soulagement, on en obtient quelquefois davantage en appliquant un petit vésicatoire sous la plaque antérieure (Laënnec). Parmi les moyens qu'on a employés contre l'angine de poitrine, nous ne devons pas oublier de mentionner les bains, qui seront pris tièdes l'hiver et frais pendant l'été. Dans cette dernière saison, il sera souvent avantageux d'envoyer les malades aux bains de mer.

Pour compléter le traitement, les malades seront soumis à un régime sévère; ils prendront un exercice modéré, et l'on éloignera d'eux tout ce qui pourrait exciter le système nerveux.

Nature. Siège. — L'angine de poitrine, par son début brusque, par ses retours sous forme d'accès, par son intermittence et l'absence de toute lésion constante, doit appartenir nécessairement à la classe des névroses : c'est l'opinion, d'ailleurs, que la plupart des auteurs adoptent. La douleur étant son caractère dominant, cette douleur parfois lancinante, se propageant le plus souvent suivant la direction connue de divers cordons nerveux, il est impossible de ne pas la rattacher aux névralgies. C'est une opinion que Fothergill et Baumes ont vaguement émise, et qui a été développée, pour la première fois, avec un grand talent, par M. le docteur Desportes. Mais il est moins facile d'assigner à la maladie son siège précis, et de déterminer quels sont les nerfs qui sont primitivement affectés. Suivant Laënnec, ce ne seraient pas toujours les mêmes; le nerf pneumogastrique, les filets cardiaques du grand sympathique peuvent être, d'après lui, affectés isolément; mais il est impossible de rien préciser à cet égard. En considérant la gravité des accidents, il n'est guère permis de douter que, dans l'angine de poitrine, la névralgie n'occupe les nerfs cardiaques. Si l'on objectait que le pouls ne présente ordinairement pendant l'accès ni intermittence ni irrégularité, nous répondrions que cela ne saurait infirmer notre opinion; car nous avons vu que la névralgie des autres cordons

nerveux n'avait pas pour effet constant ni même ordinaire d'exciter la contraction convulsive des muscles auxquels il se distribuent. Les douleurs dans les nerfs thoraciques, dans les rameaux émanant des plexus cervical, brachial et même lombaire et sacré, ne sont que des accidents, des irradiations de la maladie au delà de son siège primitif, à l'aide des anastomoses. On ne saurait par conséquent admettre, avec M. Piorry, que l'angine de poitrine soit seulement une névralgie des nerfs thoraciques, des nerfs du plexus brachial et du nerf cubital. Nous redisons encore, en terminant, que la maladie dont nous parlons n'est essentiellement liée à aucune lésion organique, soit du cœur, soit de tout autre organe; ces altérations, quand elles existent, doivent être considérées comme des complications qui rendent la maladie presque nécessairement incurable.

DES NÉVRALGIES DU POU MON

Laënnec dit qu'il n'est pas rare d'observer des sujets qui, sans présenter aucun signe physique ou autre d'une maladie organique quelconque du poumon, et souvent avec une santé florissante, éprouvent dans l'intérieur de la poitrine des douleurs vives, passagères ou de longue durée, continues ou intermittentes, fixes ou mobiles, circonscrites ou étendues, et s'irradiant parfois suivant le trajet des nerfs intercostaux, des thoraciques antérieurs, du plexus brachial et des branches qui en naissent. Assez souvent, ajoute Laënnec, ces douleurs se fixent profondément entre la colonne épinière et l'omoplate, et s'irradient de manière à faire croire qu'elles siègent dans le grand sympathique : elles peuvent être très-persistantes, puisque Laënnec a été consulté par des malades qui s'en plaignaient depuis plusieurs années.

Les moyens qui ont le mieux réussi à Laënnec contre ces affections douloureuses de la poitrine sont les frictions mercurielles, et surtout les frictions faites sur une partie quelconque du corps, que l'on varie chaque fois avec le sublimé ou le calomel, à la dose de 20 à 45 centigrammes dans 2 grammes d'axonge. Il a d'autres fois employé la térébenthine, les plaques aimantées et les vésicatoires.

Faisons observer, en terminant, qu'aucun de ces moyens n'a une efficacité démontrée; que, d'ailleurs, Laënnec n'a pas mis hors de doute l'existence des névralgies pulmonaires. Tout porte à croire qu'il a dû souvent prendre pour telle une névralgie intercostale.

DE LA GASTRALGIE

SYNONYME. — Gastrodynie, cardialgie, colique d'estomac, crampe d'estomac, etc. — Les mots *gastralgie* et *cardialgie* ne sont pas tout à fait synonymes dans le langage de quelques auteurs, qui emploient celui-ci pour désigner une douleur gastralgique avec *défaillance*, tandis que le premier exprime pour eux une douleur avec sentiment de pression, mais sans *défaillance*.

La gastralgie est la névralgie de l'estomac. Elle est surtout caractérisée par une douleur vive, exacerbante, siégeant à l'épigastre, mais s'irradiant le plus souvent aux parties voisines, et s'accompagnant d'un sentiment de malaise et d'anxiété des plus pénibles, ainsi que de divers troubles fonctionnels du côté des organes digestifs.

Barras et quelques autres médecins ont proposé de faire du mot *gastralgie* un terme collectif servant à désigner indistinctement toutes les névroses de

l'estomac. Mais nous ne croyons pas qu'on soit autorisé à confondre sous une dénomination commune des maladies qui, bien qu'identiques sous le rapport de leur nature, se présentent néanmoins avec des symptômes très-différents, et exigent une thérapeutique spéciale. Quelle parité, en effet, y a-t-il entre une névrose de l'estomac ayant pour caractère dominant et presque unique une douleur vive, atroce, ainsi qu'on l'observe dans la gastralgie, et ces autres névroses du même viscère, caractérisées les unes par des vomissements incessants, d'autres par la lenteur des digestions ou l'inappétence, ou au contraire par un appétit vorace, etc.? Évidemment on ne saurait confondre, dans une description commune, des maladies aussi dissemblables par leurs caractères extérieurs; il est surtout irrationnel de vouloir leur imposer un nom commun, celui de gastralgie, qui doit toujours réveiller à l'esprit l'idée d'une douleur vive. Nous n'allons donc nous occuper dans les paragraphes suivants que de la névralgie de l'estomac, nous réservant plus tard de faire connaître quelles sont les autres névroses qui sont spéciales à ce viscère.

Historique. — On pourrait trouver quelques indications sur les gastralgies dans les livres les plus anciens, même dans ceux d'Hippocrate et de Galien; mais il est facile de se convaincre que ces notions étaient très-vagues. D'ailleurs, pendant longtemps, les médecins n'ont pas su séparer la gastralgie des autres névroses. On reconnaît surtout les traits propres à cette maladie dans les descriptions que les anciens nous ont laissées des affections vaporeuses, de l'hystérie et de l'hypochondrie.

Cependant, depuis le XVII^e siècle surtout, la gastralgie simple a occupé une place importante et distincte dans les traités de médecine, où elle est décrite sous les noms de *cardialgie* et de *gastrodynie*. Elle a été l'objet de recherches spéciales de la part de Wilrich (1679), de Stahl (1731), de Hoffmann, et de Trnka, qui, à la fin du siècle dernier, publia sur la gastralgie une monographie assez estimée, et remarquable, comme tous les écrits de ce médecin, par une grande érudition. La doctrine physiologique, en confondant les névroses gastriques avec les inflammations, avait fait rétrograder la science et imprimé à la thérapeutique de ces maladies la plus fâcheuse direction; mais heureusement on fut ramené bientôt à des idées plus justes par trois médecins habiles, les docteurs Johnson, Schmidtman et Barras, qui publièrent, à peu de distance les uns des autres, trois monographies importantes sur les gastralgies: le premier en Angleterre, le second en Allemagne, et le troisième en France.

Symptômes. Marche. — Dans la gastralgie il existe constamment une douleur vive, ayant souvent une violence extrême. Elle est lancinante et dilacérante chez les uns, brûlante chez d'autres; quelques malades la comparent à une morsure; à d'autres, il semble que l'estomac, distendu de plus en plus, va éclater; ou bien c'est un sentiment de pression, de constriction, comme si une main de fer ou un étau tendait à appliquer l'épigastre contre la colonne vertébrale. Ces différentes sensations peuvent conserver le même caractère pendant toute la durée de la maladie; ailleurs, au contraire, elles se succèdent, se remplacent, non-seulement d'un accès à l'autre, mais encore pendant le même accès (Barras). Il est pourtant des gastralgies dans lesquelles la douleur n'a pas une intensité pareille: c'est plutôt alors, dit Barras, un malaise pénible et indéfinissable à la région de l'estomac, accompagné de nausées, de découragement, d'anxiété, et quelquefois de sensations bizarres: ainsi il semble à plusieurs que cet organe se gonfle et se remplit outre mesure; à d'autres, qu'il est vide et resserré; souvent ils y éprouvent une vive chaleur ou bien par contre un froid glacial; quelques-uns enfin ont un sentiment de formication

analogue à celui que produirait un reptile ou une araignée qui ramperait sur la muqueuse gastrique.

La douleur gastralgique s'irradie ordinairement vers diverses parties du ventre, dans le dos, vers les épaules et les parois thoraciques. La pression exercée méthodiquement, progressivement, sans secousses, avec la paume de la main appliquée sur l'épigastre, les calme le plus souvent, mais non pas toujours; le contraire a même lieu quelquefois. Il n'est pas rare non plus que la douleur gastralgique, existant moins à l'épigastre qu'en arrière, à la fin de la région dorsale, prenne une acuité excessive lorsqu'on presse à ce niveau: c'est ce que j'ai eu l'occasion de noter plusieurs fois; il ne paraissait pas y avoir dans ces cas complication de névralgie intercostale.

La douleur dont nous parlons est intermittente ou rémittente; elle cesse complètement ou diminue beaucoup d'intensité par moments, soit spontanément, soit après l'excrétion de quelques gaz; mais bientôt elle revient avec une nouvelle violence.

Lorsque les crises sont fortes, les malades sont dans un état de souffrance et d'anxiété inexprimables. Il leur semble qu'ils vont suffoquer; d'autres tombent en défaillance; enfin il en est qui ont du délire et même des mouvements convulsifs: c'est ce que Schmidtman a quelquefois observé chez des femmes très-nerveuses. Les crises sont rendues encore plus pénibles chez quelques malades par suite des nausées incessantes qu'ils éprouvent et des efforts de vomissement qu'ils font; d'autres n'ont que quelques régurgitations amères ou acides. Si la crise survient pendant le travail de la digestion, celle-ci est communément ralentie, néanmoins les aliments sont le plus souvent conservés.

Au milieu de souffrances aussi atroces, il est remarquable de voir que le pouls conserve généralement son rythme normal: cependant, lorsque l'agitation est grande, il s'accélère plus ou moins et se concentre; souvent alors l'épigastre est le siège de battements tumultueux dont nous rechercherons plus tard la nature, lorsque nous étudierons les névroses du système artériel.

Les crises douloureuses, après avoir persisté avec violence pendant un temps qui varie depuis quelques minutes jusqu'à dix ou douze heures, se calment peu à peu. La douleur peut cesser tout à fait, et, si elle n'a pas été très-vive ni de très-longue durée, on voit le malade revenir tout à fait à la santé sans transition, sans convalescence aucune. Il n'en est pas de même dans les cas où les crises ont été violentes et prolongées, car alors les malades ressentent pendant plus ou moins longtemps, à l'épigastre, un peu d'endolorissement; ils sont en outre brisés, courbaturés; leurs forces sont anéanties.

Le déclin de l'accès est quelquefois marqué par un dégagement plus ou moins considérable de gaz tout à fait inodores, qui s'échappent surtout par la bouche; les malades les rendent souvent sans efforts et par longues fusées. Cette excrétion est toujours suivie d'un grand soulagement; l'urine rendue après les crises est presque toujours plus aqueuse.

Les crises gastralgiques peuvent se renouveler à des époques plus ou moins rapprochées et très-variables. Dans leurs intervalles, quelques malades peuvent être tout à fait bien portants, d'autres présentent des troubles permanents, spécialement du côté des fonctions digestives et de l'appareil de l'innervation: c'est ce qu'on pourrait appeler la forme chronique de la maladie.

Dans celle-ci, les malades éprouvent du côté de l'estomac un état presque continu de souffrance: ce sont des pesanteurs, des tiraillements ou des crampes; ces sensations pénibles peuvent survenir quand le malade est à jeun, et se calmer par l'ingestion des aliments; il est beaucoup plus fréquent de les