

DES MALADIES DE L'ESTOMAC.

(Préface du traité de Brinton.)

I

La séméiologie ou la séméiotique, car les deux mots sont devenus aujourd'hui presque synonymes, est un mode de classement de nos connaissances médicales que je regarde comme essentiellement défectueux. De deux choses l'une; ou les symptômes sont réputés assez significatifs pour autoriser un diagnostic, ou ils n'ont, pris isolément, qu'une signification restreinte, et leur valeur dépend de la combinaison dans laquelle ils entrent. Dans le premier cas, on incline à affirmer la nature de la maladie à l'aide d'un seul signe réputé pathognomonique. Dans le second, on fragmente sans profit la maladie et on fournit au médecin des matériaux qu'il ne sait comment utiliser.

Les manifestations pathologiques ne sont pas comme les mots d'un dictionnaire qui se prêtent à des associations presque infinies, et dont l'emploi d'ailleurs est commandé jusqu'à un certain point par les règles de la grammaire.

Les accidents gastriques principaux sont classés, par Brinton, sous six titres : douleur (le mot anglais *peine* vaudrait mieux si on consentait à l'introduire dans notre langue), éructation, régurgitation, vomissement, hémorrhagie, flatulence.

II

Que l'estomac soit, à l'état normal, doué d'une sensibilité

très obtuse, en dehors des sensations spéciales analogues à celles que fournissent les sens, comme la sensation de la faim et celle de la satiété, le fait est incontestable; que dans certaines conditions, l'estomac soit le siège d'impressions plus ou moins pénibles, le fait n'est pas moins assuré. Pour arriver à dénombrer et surtout à classer toutes les variétés que peuvent présenter les douleurs gastriques, il faut d'abord se familiariser avec le vocabulaire des malades et procéder, dans chaque cas particulier, à une recherche minutieuse. Le seul procédé fructueux dont on ne saurait trop recommander l'application consiste à diriger l'enquête, en forçant le malade à apporter à sa propre observation une méthode dont on ne le laisse pas se départir.

Tout individu atteint d'une affection douloureuse ou incommode de l'estomac commence par une énonciation générale qui résume si confusément la somme de ses souffrances, qu'aux premières questions, tous les malades ont entre eux une trompeuse ressemblance. Dans les stations d'eaux minérales renommées pour le traitement des maladies de l'estomac et où se rencontrent les formes les plus diverses, la plupart des baigneurs retrouvent dans les récits de leurs compagnons la description exacte des maux qu'ils ont ressentis.

Pour peu qu'on se résolve à prolonger l'interrogatoire et qu'on s'ingénie à varier le questionnaire, cette prétendue analogie disparaît : il devient possible de discerner des variétés et de constituer des types.

D'abord existe-t-il des douleurs gastriques violentes, soudaines, de celles qu'on a désignées sous le nom de crampes d'estomac, survenant spontanément, en dehors de l'ingestion de certains poisons?

Les prétendus accès de gastralgie convulsive auxquels les goutteux seraient sujets n'existent qu'en vertu d'une de ces traditions qui encombrant la médecine et qui perpétuent les erreurs de diagnostic. Le premier auteur a été trompé par un goutteux qui se trompait lui-même. Il a admis, comme il arrive trop souvent, une interprétation des phénomènes comme si elle

n'était qu'une description. Le malade déclarait ou les assistants encore moins compétents annonçaient que la crampe avait son siège dans l'estomac, et l'assertion acceptée sans contrôle pesait sur toute la série du raisonnement. Peut-être n'est-il pas une catégorie de malades plus enclins et plus habiles à nous induire en erreur que ceux qui souffrent de l'estomac.

Non seulement dans le décours de la goutte, mais chez les individus affectés de colique hépatique étrangère à la diathèse goutteuse, combien de fois arrive-t-il qu'on méconnaît l'origine réelle de la douleur? Il est convenu que l'ictère ou le subictère est le signe décisif de la colique hépatique; rien n'est plus contraire à l'observation. Dans un nombre de cas si considérable qu'ils représentent presque la règle, les coliques hépatiques s'essayent avant d'aboutir à une obstruction et à la jaunisse. Pendant la durée de ces tentatives infructueuses d'expulsion, la douleur est le seul phénomène, et pas un malade ne manque de la rapporter à l'épigastre, si même il ne lui assigne pour siège le côté gauche. Les vomissements sont rares, les nausées fréquentes, mais attribuées à l'excès de la souffrance. Les troubles de la digestion qui succèdent à la crise viennent justifier l'hypothèse, et ainsi a pris rang dans la science une notion qu'il est temps d'en expulser.

On peut dire, sans restriction, que la crampe d'estomac telle qu'on s'est plu à la décrire n'existe pas; que presque toujours, sinon toujours, quand on constate une douleur soudaine, atroce, occupant le creux épigastrique, sans relation ni avec l'ingestion récente des aliments, ni avec l'introduction d'un poison corrosif, n'aboutissant pas à une indigestion évidente, il y a lieu d'admettre d'emblée l'existence d'une colique hépatique.

La seule réserve a trait aux coliques du gros intestin quand elles occupent la portion transverse. Là, le diagnostic à première vue est souvent difficile, et il faut attendre, pour décider la question, l'évolution ultérieure de la maladie. Cet élément de décision ne tarde guère, et le jugement du médecin ne reste pas longtemps suspendu. Quant aux douleurs saturnines, les con-

fondre avec des douleurs stomacales serait d'un médecin inexpérimenté, ou qui s'est contenté de l'examen le plus superficiel.

Je suis pour ma part convaincu par une longue et attentive recherche que la douleur gastrique est reconnaissable à des caractères qui lui sont propres, et qu'il n'est pas au-dessus de nos ressources de la distinguer des autres douleurs, dût sa localisation sembler d'abord indécise. De même qu'une douleur utérine ne s'accuse pas sous la forme d'une souffrance intestinale, quoiqu'elle siège au bas-ventre et qu'elle échappe souvent à une localisation précise, de même les gastralgies ont leur cachet qui se découvre sous les récits confus ou diffus des malades.

Attendre davantage de l'étude de la douleur, espérer tirer d'elle seule un indice relativement à la nature de la maladie qu'elle accompagne, c'est demander l'impossible. Il est certain que des affections similaires de l'estomac sont tantôt indolentes et tantôt douloureuses, sans que nous soyons renseignés sur les causes qui motivent l'absence, la présence ou le degré de la douleur.

Pour que les sensations douloureuses de l'estomac fournissent au clinicien un élément utilisable, il faut se placer résolument et brutalement au point de vue de la pratique. Le malade sollicité à réclamer un traitement pour une souffrance qui l'inquiète ne vient pas consulter le médecin à la première impression douloureuse qu'il éprouve. Il patiente quelque temps et souvent trop longtemps; si bien que son exposé embrasse une série de malaises et ne porte guère sur une seule crise que dans les cas de coliques hépatiques. C'est cet ensemble, c'est le mode de succession des états douloureux, c'est leur intermission complète et incomplète, c'est la description des sensations incommodes pendant les rémissions qui doivent nous préoccuper. Plus la souffrance s'est répétée, plus il est facile de déterminer les conditions qui la provoquent ou la favorisent, d'en mesurer l'intensité et de grouper autour d'elle les autres accidents de la maladie.

Ainsi conduite, l'enquête déjà moins inexacte n'est pas encore suffisante. Sans même entrer dans le détail des tempéraments et des constitutions normales ou pathologiques, la douleur a des acceptions diverses suivant le sexe et surtout suivant l'âge des malades. Personne ne pouvait mieux que Brinton aborder ce côté du problème, et je regrette qu'il l'ait négligé. J'y reviendrai, avec quelque insistance, à l'occasion des dyspepsies.

Un point tout autrement délicat est celui qui a trait aux douleurs attribuées à des organes plus ou moins éloignés, mais qui proviennent réellement de l'estomac; en un mot aux douleurs qu'on appelait autrefois et qu'on appellerait encore sympathiques, si la dénomination n'était tombée dans un singulier discrédit.

On peut indiquer les conditions qui, sauf plus ample examen, éloignent l'appréhension d'une lésion profonde, et c'est aux névralgies sympathiques qu'on empruntera les meilleurs indices. Toute douleur intense de l'estomac, à siège précis, exclut habituellement un ralentissement douloureux, et réserve à elle seule la souffrance. Dans les cas où la douleur gastrique alterne avec des névralgies d'autres régions, le plus souvent elle passe inaperçue, soit parce qu'elle est légère, soit aussi parce que les douleurs consécutives éveillent davantage les inquiétudes du malade; enfin le retentissement douloureux ne porte pas indifféremment sur n'importe quelle région, et chacun sait que les accidents céphalalgiques prédominent de beaucoup. L'expérience chimique nous apprend que les maladies graves de l'estomac excluent presque toujours, sinon toujours, ces douleurs sympathiques, céphalalgie, vertiges, pesanteur de tête, sensations congestives de la face, troubles de la vue, tendance à la défaillance de cause cérébrale. Le cancéreux, l'individu affecté d'ulcère gastrique, même celui qui souffre d'une maladie moins grave et correctement définie, est exempt de ces malaises et n'éprouve que les douleurs par propagation. Constater l'existence de foyers douloureux, multiples, distants de leur point

d'origine, c'est presque éliminer les formes à pronostic inquiétant.

Si toute lésion grave de l'estomac s'annonçait d'emblée par les symptômes des périodes plus avancées, il serait bien inutile de recourir à ces à peu près. Mais les maladies les plus terribles ont de modestes commencements, et je n'ai pas à rappeler combien les premiers malaises du cancer de l'estomac, quand il s'accuse d'abord par des phénomènes douloureux, laissent d'incertitudes.

De même que la sensibilité de l'estomac est double, de même les hyperesthésies gastriques doivent être envisagées à un double point de vue. Tantôt en effet c'est la sensibilité générale commune à tous les organes et dont les névralgies simples représentent le type, qui est affectée, tantôt c'est la sensibilité spéciale en rapport avec la fonction, et par conséquent sans équivalent ou sans analogie dans aucun autre appareil de l'économie. Dans l'estomac, la douleur, la peine, telles qu'elles viennent d'être considérées, correspondent à la première espèce; l'anorexie, l'appétit excessif, la faim poussée jusqu'au malaise forment la seconde classe. Force est de reconnaître que les perversions de la sensibilité spéciale de l'estomac ont été imparfaitement étudiées, excepté dans quelques maladies où les phénomènes gastriques d'abord proéminents ne tardent pas à redescendre au second plan. Tel est le cas du diabète qui débute si souvent par une sensation exagérée de la faim, par l'impossibilité d'attendre l'heure habituelle des repas, avant même que les urines excrétées en excès aient mis sur la voie de l'affection. L'augmentation et la diminution pathologiques de l'appétit se produisent sous l'influence de causes multiples, et il importe de distinguer celles qui résident dans l'estomac lui-même.

On peut dire en thèse générale que la boulimie, puisque le mot d'hyperorexie n'existe pas, ne se lie à aucune lésion stomacale grave ou superficielle. J'entends par boulimie la sensation de la faim appelant un surcroît d'alimentation. De la définition doivent être exclues les fausses faims, les défaillances, les tirail-

lements d'estomac qu'on calme avec une bouchée de pain ou une pilule d'opium.

L'anorexie au contraire portée jusqu'au dégoût invincible de la nourriture, ou restant en deçà de cette limite extrême, peut se produire ou sous l'influence d'un état diathésique cancéreux ou surtout par le fait d'un cancer de l'estomac. Il arrive que ce signe devance de longtemps tous les autres, et je n'en saurais citer d'exemple plus frappant que celui d'un malade auquel j'ai donné des soins avec le D^r Brouardel et qui a succombé à un cancer de l'estomac. Chez cet homme âgé de 75 ans, vert, robuste, d'un appétit régulier, sobre de la nourriture comme de la boisson, l'anorexie éclata subite, sans transition, et demeura pendant plus de deux mois le seul symptôme de la maladie. Ni nausées, ni vomissements, ni douleurs, ni ballonnement du ventre; la langue nette, la bouche fraîche, mais d'emblée une telle répulsion pour toute substance alimentaire que, sans autres désordres, le malade serait mort d'inanition. Quinze jours seulement avant la fin survinrent les vomissements, et presque aussitôt la cachexie caractéristique.

III

Il serait superflu de rappeler combien de conditions extrinsèques peuvent déterminer le vomissement, depuis les désordres cérébraux jusqu'aux affections des reins; depuis l'excitation causée par la titillation du pharynx jusqu'aux émotions morales. Peut-on assigner des caractères distinctifs au vomissement, symptôme d'une maladie gastrique, et quels sont ces caractères?

Le vomissement n'est, pas plus que la douleur d'estomac, une abstraction. Que, pour la physiologie, il représente le concours des forces multiples dont il est la résultante, rien de mieux; mais pour le clinicien le vomissement n'existe pas, il n'y a que les vomissements. Cette seule déviation grammaticale, qui semblerait presque puérile, change la face de la question. Étant donnée la succession des vomissements, il devient possible d'en tirer

les mêmes enseignements que de tout autre élément séméiotique, c'est-à-dire une indication provisoire et le substratum d'une hypothèse.

Un malade qui ne vomirait qu'une fois donnerait prise à bien des doutes, si par impossible on était condamné à formuler un jugement d'après ce seul phénomène.

Les maladies classées qui donnent lieu au vomissement par action réflexe ne sont pas indéfiniment nombreuses; celles qui entretiennent une disposition durable à vomir sont encore plus limitées. Parmi les affections cérébrales on cite toujours les plaies de la tête, et à leur suite on doit mentionner les maladies aiguës ou qui, sans acuité inflammatoire, procèdent par ictus; mais les maladies chroniques de l'encéphale ne provoquent pas de vomissements. Pour ne rappeler qu'un exemple auquel peuvent se référer les autres, un paralytique général, à la période stable, vomit parce que n'ayant plus conscience de ses besoins il absorbe un excès de nourriture; aux périodes congestives, il vomit en vertu de la crise aiguë qu'il subit.

Les névroses qui s'accompagnent de vomissements, plus variables dans leurs formes, plus complexes dans leur diagnostic, sont elles-mêmes limitées. Un individu vomissant dans le cours de la sciatique la plus douloureuse, personne n'accuserait la névralgie. La migraine qu'on choisit volontiers pour type ne saurait être mise en cause, attendu qu'elle relève le plus souvent, sinon toujours, d'un trouble préalable des fonctions digestives.

Enfin les affections des organes splanchniques, ou les maladies générales à vomissements, sont fébriles comme la variole au début, comme la pneumonie sénile ou la péritonite, — et on sait combien les affections primitives de l'estomac sont ordinairement apyrétiques; ou elles sont, à la manière des coliques néphrétiques, caractérisées par des symptômes qui en dénoncent la véritable nature. L'élimination des causes extrinsèques à l'estomac n'est pas si laborieuse qu'elle ne serve, comme on dit, à déblayer le terrain.

Dans le cas où l'estomac lui-même est affecté, le vomisse-

ment n'est encore qu'un incident, un spasme, une convulsion limitée, pénible pour le malade, mais presque souhaitable pour le médecin, parce qu'elle lui permet de transformer son observation en la rendant objective.

Tant que la symptomatologie stomacale repose sur le dire incontrôlé du patient, elle est plus près de la conjecture que de la certitude; le vomissement substitue des produits à des récits de sensations, et si la membrane muqueuse reste cachée, au moins sait-on quelles sécrétions elle a produites. C'est la physiologie à défaut de l'anatomie pathologique.

Le mécanisme du vomissement n'éclaire pas la pathologie, et dût-il savoir pertinemment la série des actes convulsifs qui s'accomplissent, le médecin n'en serait pas plus avancé. Qu'une hémorragie gastrique ait lieu, que le sang soit rejeté par l'intestin ou qu'il provoque une hématémèse, l'hémorragie est le fait important.

Les états gastriques qui peuvent déterminer le vomissement sont nombreux et divers, et, en dehors des maladies spontanées, nous avons à notre service la plus riche expérimentation thérapeutique. Une quantité considérable de substances médicamenteuses, ingérées dans l'estomac, font vomir, et parmi elles les moins émétiques n'agissent en ce sens que si on en élève la dose. Il faut donc un certain degré d'irritation ou d'excitation, que nous pouvons mesurer pour beaucoup de médicaments avec une presque exactitude, et que malheureusement nous estimons avec moins de sûreté pour les maladies.

Les substances vomitives ont en outre des modes d'action différents. Qu'on prenne par exemple pour types l'arsenic, l'ipécacuanha et la digitale. L'arsenic, poison caustique, destructeur, détermine une série de lésions et de phénomènes où le vomissement, malgré sa ténacité, ne tient qu'une place presque secondaire. L'ipécacuanha, irritant sans être corrosif, épuise plus vite son action, et ce n'est que si on en continue l'emploi, comme il arrive dans quelques affections catarrhales, qu'il peut prolonger ses effets. La digitale, poison tout spécial, entraîne des vo-

mississements terribles, incessants, qui se répètent pendant des heures et des journées; mais à peine les vomissements ont-ils cessé, que l'estomac reprend l'intégrité de sa fonction.

Enfin, et comme quatrième type, l'ingestion en excès des substances inoffensives, les distensions de l'estomac qui en résultent sont des causes communes de vomissements.

La composition des matières expulsées ne fournit souvent que des données incomplètes à la solution du problème, mais il est un grand nombre de conditions où les matières rejetées assurent le diagnostic. Le clinicien doit avoir un compte ouvert où figurent d'une part la fréquence, et de l'autre la nature des vomissements. Enfin un troisième élément mérite d'être pris en considération: la périodicité des vomissements et leur rapport avec la plénitude ou la vacuité de l'estomac.

Toutes les fois qu'un symptôme fait fonction d'avertissement et qu'il a éveillé l'attention ou l'appréhension du malade, il n'est pour le médecin qu'une mise en demeure et rien de plus. Le travail de la recherche assemble et classe autour de ce point de départ une foule de phénomènes plus significatifs, plus médicaux pour ainsi dire, et qui servent à assigner son nom à la maladie.

Les faits les plus délicats sont ceux où le vomissement résume toute la séméiologie. Ni gastralgie, ni anorexie, ni constipation, ni diarrhée, la langue nette, pas d'autres troubles fonctionnels, pas de symptômes cérébro-spinaux, pas de maladie en évolution à laquelle on soit en mesure de rattacher les troubles fonctionnels. Quel est le médecin qui ne se trouve pas en présence de ces difficultés de la pratique et qui n'a pas accumulé, presque au hasard, les suppositions et les remèdes. J'ai eu à soigner dans mon service, par intervalles et pendant près de 10 ans, un homme robuste, sobre, ouvrier laborieux, dont la profession n'offrait aucune occasion d'intoxication, et qui revenait deux ou trois fois chaque année obsédé par des vomissements invincibles. Les matières rendues étaient acides, filantes, sans caractère chimique ou histologique spécial. La crise durait un mois environ, puis tout rentrait dans l'ordre sans qu'il m'ait été donné

même de hasarder une explication vraisemblable. D'autres ont présenté, sous des formes à peine variées, la même disposition également intermittente; j'ai appris empiriquement à les soulager, je n'ai pas réussi à me faire une opinion sur les origines du mal.

Là on peut dire que la séméiotique équivaut à la pathologie.

Il en est autrement dans les cas où le vomissement a des caractères mieux accusés et autorise à formuler un jugement malgré les réticences calculées du malade. Les alcooliques exempts de perversions intellectuelles, chez lesquels vomir est à peu près le seul indice de l'intoxication, ne sont guère enclins à confesser leurs habitudes. En étudiant avec soin le mode des vomissements, leur périodicité, leur fréquence, l'influence de l'alimentation et le plus ou moins de conservation de l'appétit, on parvient assez vite à asseoir une opinion que les malades n'ont plus à contredire.

J'ai rassemblé sans ordre et de parti pris toutes les variétés possibles du vomissement, afin de faire ressortir et l'intérêt clinique et la difficulté de la question. Peut-être n'est-il pas interdit de tenter un classement plus méthodique.

Le vomissement n'est qu'un chaînon dans la série des accidents gastriques; possible dans toute affection primitive ou secondaire de l'estomac, il indique seulement que l'excitation nerveuse a abouti à une convulsion. Si l'excitant est insuffisant, le malade ne vomit pas. Si, malgré le peu d'activité de l'excitation, l'estomac est exceptionnellement irritable, le vomissement a lieu. Or, ce n'est déjà pas chose indifférente que de constater la susceptibilité gastrique d'un malade.

L'effort convulsif se produit en vertu d'une action nerveuse directe qui porte sur l'appareil locomoteur de l'organe, sans modifier autrement la fonction. Telle est la genèse des vomissements réflexes, de ceux que déterminent le dégoût, l'émotion ou certaines affections, les unes localisées, les autres générales; les unes douloureuses, les autres fébriles.

Le mouvement convulsif est dû à une irritation toute locale,

se produisant par l'intermédiaire d'une sécrétion anormale de la membrane muqueuse, ou au contact avec cette membrane de substances offensives. De là la nécessité d'établir une distinction entre les vomissements de cause toxique et ceux qui résultent d'une sécrétion extra-physiologique de l'organe.

Les vomissements produits par l'intoxication doivent former une classe à part. S'il est possible de les discerner à l'aide de l'analyse chimique des produits, l'urgence oblige souvent à précipiter la décision ou au contraire le temps écoulé depuis l'ingestion toxique rend toute analyse improductive.

Les vomissements provoqués par les matières excrétées dans l'estomac sont de deux ordres: ou ils se lient à une lésion comme le cancer, l'ulcère perforant, ou ils résultent d'une anomalie que nous sommes, à défaut de notions anatomo-pathologiques, obligés de considérer provisoirement comme purement fonctionnelle.

De ces catégories, les deux dernières sont les plus importantes, et s'il m'était loisible d'entrer ici dans quelques développements j'insisterais sur les vomissements toxiques médiocrement décrits et trop souvent méconnus. J'appellerais surtout l'attention sur les vomissements qui se prolongent un temps illimité après l'intoxication, et les exemples ne manqueraient pas. J'ai donné des soins à un malade qui s'était intoxiqué volontairement par le tartre stibié, à doses réduites mais répétées. Depuis cette étrange tentative de suicide, les vomissements se sont reproduits, avec de longues et inexplicables intermissions, sans altérer l'appétit, plus semblables aux vomissements des femmes en couches qu'à tous les autres, et voilà bientôt sept ans que les choses durent ainsi, sans fièvre, sans phénomènes nerveux, sans aucun des symptômes de ce qu'on appelle l'embarras gastrique, avec des périodes également intermittentes d'amaigrissement.

Enfin, et comme dernière classe, il convient d'indiquer les vomissements liés à un état diathésique encore latent, qui se devine avant d'être affirmé: chez les gouteux, chez les dartreux et chez tant d'autres. Là le vomissement n'est qu'un phénomène