

accessoire, mais souvent il existe seul, jusqu'à ce que d'autres s'ajoutent pour éclairer le diagnostic.

IV

L'étude de l'hématémèse ne forme qu'un sous-chapitre de la séméiotique du vomissement.

Non seulement on ne saurait regarder l'hématémèse comme le signe exclusif ou même comme l'indice principal d'une hémorragie gastrique, mais on doit se rappeler que le sang épanché dans l'estomac passe souvent de l'estomac dans l'intestin et dans les matières fécales, sans avoir été du tout vomi. En considérant que le sang est rarement, sinon jamais, vomi assez complètement ou assez instantanément pour prévenir le passage au moins d'une portion par l'intestin, on comprend que l'expulsion par l'anus est en somme le plus fréquent des deux modes d'évacuation.

Cette loi si vraie et si pratique ne s'appliquerait-elle pas aussi bien à un grand nombre de produits qui sécrétés par l'estomac sont tantôt rejetés par les deux voies, et tantôt par une seule? Seulement, tandis que le sang est encore reconnaissable, même mêlé aux matières fécales, soit à l'aide de l'examen direct, soit à des symptômes presque spéciaux quand l'hémorragie est profuse, les autres sécrétions anormales de l'estomac versées dans l'intestin y produisent des désordres mal définis et le plus souvent méconnus.

L'indigestion, dont personne n'ignore qu'elle peut se frayer une double issue, aurait pu servir de type. Elle aurait servi à montrer comment le vomissement, d'abord indécis, finit par aboutir à l'expulsion des aliments par la bouche ou la diarrhée.

Le même phénomène a lieu à propos des hémorragies qui ne sont elles-mêmes que des indigestions, quand la lésion de l'estomac n'est pas responsable de l'effort.

On peut donc admettre deux espèces d'hémorragies, les unes sous la dépendance d'une lésion à laquelle l'estomac reste en

quelque sorte indifférent et s'évacuant par l'intestin ou par la bouche. Dans ces cas, le vomissement du sang est brutal, imprévu et n'a pas été précédé par d'autres symptômes. C'est ce qu'on observe dans les formes qu'on attribuait autrefois à une exsudation sans rupture vasculaire et chez certaines hystériques. Dans les autres cas, des vomissements répétés, non hémorragiques, ont devancé l'hémorragie qui se déverse dans un estomac déjà irrité et intolérant.

La première classe réunit les hématémèses dont le diagnostic est le plus obscur, le médecin n'ayant à sa disposition qu'un symptôme, mais elle est aussi celle qui se prête le mieux à l'étude séméiotique.

Il est toujours aisé, dans la description complète d'une maladie gastrique, d'indiquer l'existence ou l'absence des hématémèses, leur probabilité et presque leur possibilité, en les classant à leur rang parmi les symptômes. Il est moins facile, étant donné un vomissement de sang, phénomène initial, de présager l'avenir. La même incertitude existe pour les hémoptysies au début de la phthisie, tandis que, dans le cours de la maladie, l'hémorragie pulmonaire n'éveille aucun doute.

C'est dans ces conditions d'hématémèses initiales et presque prodromiques qu'on reste souvent indécis sur le lieu d'origine de l'hémorragie, que l'évacuation ait lieu par la bouche ou par l'intestin. L'hématémèse n'est pas toujours si différente de l'hémoptysie qu'on puisse, *de visu* et sans analyse, en affirmer la nature; et quand il faut, comme souvent, se contenter des récits du malade, la question est à peu près insoluble. Les évacuations hémorragiques avec les garde-robes sont encore plus douteuses, et je ne connais, pour ma part, à défaut de l'anamnèse ou de la douleur, aucun signe auquel on reconnaisse si l'épanchement a eu lieu dans l'estomac ou dans la portion supérieure de l'intestin.

Ces données élémentaires mériteraient à peine une mention, si elles ne nous enseignaient comment on doit procéder à l'étude de la séméiologie dans les affections stomacales; si elles

ne montraient, une fois de plus, que les symptômes qui se présentent isolément sont les seuls que le médecin ait intérêt à isoler.

V

L'estomac et les intestins contiennent une certaine quantité de fluides aëriiformes, provenant, en grande partie, de la décomposition des *ingesta*. C'est seulement quand ces fluides sont en excès et deviennent incommodés, que leur présence est réellement anormale.

Parmi les causes de la production anormale des gaz ou de la flatulence, les plus immédiates et les plus ordinaires sont: 1° un excès de nourriture ingérée, ou absolu ou en disproportion avec la quantité de sucs digestifs sécrétés par l'individu; 2° la qualité de l'aliment qui, en vertu d'une putréfaction actuelle ou naissante, ou de la décomposition, favorise la formation des gaz.

Ce qui revient à dire que l'anomalie n'est qu'une simple exagération d'un état normal, et ce qui conduirait à placer la flatulence bien au-dessous de la douleur, du vomissement hémorrhagique ou non, dans la série des symptômes gastriques.

Ces considérations dont je ne conteste pas la justesse appellent d'une part quelques réserves et de l'autre quelques corollaires.

D'abord il peut se produire dans l'estomac, sans parler même de l'intestin, des épanchements gazeux qu'il serait assez difficile de rattacher à l'alimentation. Les flatulences stomacales des hystériques sont d'observation vulgaire et personne n'ignore qu'elles surviennent brusquement, aussi bien à jeun qu'à la suite d'un repas, et qu'elles peuvent se dissiper de même. Dût-on supposer que la distension de l'estomac tient seulement à un relâchement des parois de la cavité et que la quantité de gaz n'excède pas la proportion normale, où trouver une preuve à l'appui? En second lieu, la qualité joue vraisemblablement un rôle au moins égal à celui qu'on attribue à la quantité; et la qualité, ou en meilleurs termes, la composition des gaz stomacaux

est loin d'être suffisamment connue. Ni la recherche pendant la vie ni l'analyse après la mort n'est autant dire praticable. Les gaz recueillis dans l'estomac d'un cadavre ne fournissent même pas matière à une induction par analogie, et tant que le malade est vivant, la sensation gustative qu'il éprouve est le seul indice.

En troisième lieu, il importe moins au clinicien d'être éclairé sur le mécanisme que sur la signification de la flatulence. Il a non seulement à chercher la vérité, mais à se défendre contre une série de préjugés et d'interprétations traditionnelles que les malades essayent de lui imposer. A ce point de vue, on ne saurait avoir l'attention trop éveillée sur ce que j'appellerai la *chronologie* des flatulences ou leur apparition à des époques plus ou moins éloignées de l'ingestion des aliments.

On devra aussi tenir compte de la facilité ou de la difficulté de l'expulsion, en se rappelant que les gaz stomacaux sont souvent rejetés par la bouche bien avant qu'ils se soient produits en quantité suffisante pour distendre l'estomac; tandis que d'autres fois ils s'accumulent en proportion considérable sans que l'organe soit sollicité à les expulser.

L'existence des flatuosités se conclut de la distension sonore de l'estomac signalée par la percussion, ou des impressions toujours douteuses énoncées par le malade, ou de l'expulsion des produits gazeux dont le malade est encore seul témoin et par conséquent seul juge. L'unique symptôme objectif donné par la percussion est lui-même assez discutable; le médecin n'intervient que par hasard dans la constatation d'un phénomène si souvent fugace. Si la pneumatose est durable, elle a rarement son siège dans l'estomac, et les tympanites gastriques persistantes sont assez rares pour qu'on ne doive les admettre qu'avec une extrême défiance.

L'impression que le malade exprime en la rapportant à la distension gazeuse de l'estomac peut avoir, et il faut bien le dire, à fréquemment une tout autre origine; la gêne occasionnée par la pression des vêtements est due le plus souvent à une dilatation passagère des intestins.

L'expulsion des gaz par la bouche devrait être décisive ; mais là comme pour le vomissement, il importe de distinguer la vomiturition du vomissement ou l'effet des spasmes de l'estomac et des premières voies qui aboutissent à une éructation sèche que l'on ne manque pas d'attribuer à des flatuosités, soit parce qu'elles n'amènent pas de liquide dans la bouche, soit parce qu'elles procurent une sorte de soulagement.

Les renvois gazeux sans pneumatose appréciable sont communs, et il est peu de maladies de l'estomac où on ne les constate ; leur corrélation avec la nourriture est, comme pour la pneumatose vraie, le meilleur élément de jugement. Si les gaz sont rendus pendant la période de vacuité et par suite de l'inanition relative qui précède le repas, ni la conclusion clinique ni la méthode de traitement n'est la même que si le phénomène se produit seulement après l'alimentation.

Dans ce dernier cas on doit encore s'attacher à définir les rapports que les flatulences entretiennent avec les divers aliments. Tout individu qui n'a de renvois gazeux que quand il a ingéré certaines nourritures, réputées ou non flatulentes, souffre d'une affection secondaire de l'estomac. Les lésions organiques excluent ces susceptibilités limitées et la quantité y importe bien plus que la qualité des aliments.

Il aurait fallu, pour compléter la séméiologie des affections gastriques, traiter de quelques phénomènes dont l'étude eût été fructueuse : de la nausée, de la vomiturition, des accidents intestinaux consécutifs aux troubles de la digestion stomacale, des indices que fournissent les coliques, les flatulences intestinales, les évacuations alvines, relativement à l'acte digestif qu'on désignait autrefois sous le nom de coction des aliments et de bien d'autres sujets que je n'ai pas cru devoir aborder.

Mon but a été seulement de montrer comment et suivant quelle méthode il convenait de classer les matériaux de la séméiotique.

VI

S'il est nécessaire d'asseoir d'abord un jugement motivé sur la nature de la lésion, et s'il a été possible de mettre en relief quelques espèces rigoureusement définies en fournissant les moyens de les reconnaître, la thérapeutique est encore loin de marcher du même pas que la pathologie, et d'avoir pour chacune de ses conquêtes le complément d'une médication appropriée. Sauf quelques cas exceptionnels, les indications du traitement se déduisent moins de la nature vraie du mal que des phénomènes accessoires. Qu'un homme soit affecté d'un cancer de l'estomac ou d'une des formes bénignes de la dyspepsie, le traitement aura pour objet de profiter des portions encore saines et d'exploiter ce qui reste de la fonction. Les médications gastriques touchent ainsi de plus ou moins près à l'hygiène.

Tandis qu'il est impossible au médecin de changer la composition de l'air introduit dans les poumons d'un tuberculeux ou d'un pneumonique, de manière à seconder la respiration et l'hématose, il lui est permis de varier à l'infini les substances alimentaires en contact avec l'estomac. Il opère sur une fonction essentiellement intermittente, qui peut se suspendre sans dommage pour la vie et dont on gradue aisément l'activité. Avec les aliments et les condiments, on formerait une matière médicale presque suffisante pour le traitement des affections gastriques.

Et cependant qui contestera que nous sommes réduits aux notions les plus superficielles, aux indications les plus confuses ; de telle sorte que, sur la liste indéfiniment longue des remèdes, le choix se fait trop souvent à l'aventure. N'est-il pas étrange que l'estomac, notre voie favorite d'absorption, en contact avec tant de produits médicamenteux, soumis à tant d'expériences poursuivies dans les conditions et durant les maladies les plus diverses, soit encore pour le thérapeute un organe si peu connu ?

Les raisons de cette ignorance relative sont nombreuses.

L'ordre est loin de régner et d'avoir succédé au désordre dans le classement des phénomènes gastriques. Les auteurs qui ont le plus efficacement contribué à l'avancement de nos connaissances ont constitué des espèces anatomo-pathologiques et n'ont attaché d'importance qu'aux symptômes en rapport avec la lésion. Toute la période prodromique qui, devant l'altération définie, en prépare la venue, la période initiale qui répond aux premières phases de l'évolution de la lésion, ont été négligées. Leur étude nuisait, en effet, à l'exactitude du diagnostic et il était plus didactique de ne faire commencer le cancer de l'estomac qu'aux vomissements significatifs ou à la perception de la tumeur.

Ces antécédents indistincts sont ainsi restés confondus dans la classe des dyspepsies, et le jour où la maladie prenait un nom, on les avait déjà oubliés. La thérapeutique, ajournée jusqu'à complet informé, ne trouvait plus à résoudre que les problèmes insolubles.

Ceux qui ont traité des affections curables de l'estomac, n'ayant pas à leur service de données anatomo-pathologiques, contraints de coordonner des phénomènes d'une observation difficile, découragés par les faits où les prétendues dyspepsies se résolvent en maladies fatales, ont opposé des à peu près thérapeutiques aux à peu près pathologiques.

Un autre obstacle est venu de l'absence de méthode. Les exemples se présentaient presque innombrables, ils étaient vagues; les résultats à longue échéance manquaient d'autorité parce que, pendant la durée de la maladie, les essais s'étaient multipliés et qu'on ne savait auquel des remèdes était due la guérison. La succession des médicaments, ce point capital de tout traitement raisonné, n'avait été rien moins que régulière. Le médecin vivait au jour le jour, espérant soulager d'abord et laissant ensuite à la nature le soin de compléter son œuvre. Qu'on ne dise pas que je noircis à plaisir le tableau, et que chacun se réfère à ses propres souvenirs.

Plus l'estomac est accessible, plus les modifications qui agissent sur lui sont diverses, plus aussi est-il nécessaire et délicat de ne pas confondre leurs actions. Là les moindres accessoires de l'administration des remèdes prennent une valeur considérable. Le même médicament donné à des heures différentes de la journée, plus ou moins contrarié dans ses effets par le régime alimentaire, prescrit avant, pendant ou après le repas, exerce des influences à peine comparables.

Pour méthodiser la recherche, deux procédés sont en présence. L'un consiste à prendre pour point de départ le mode d'action physiologique du remède; l'autre à suivre les errements de l'empirisme clinique. Au point de vue des maladies de l'estomac comme à tout autre, les deux méthodes pratiquées isolément sont impuissantes. En supposant que l'influence des alcalins sur les fonctions digestives à l'état de santé soit connue, nous ignorons les déviations que ces fonctions subissent du fait de la maladie, et dans les affections gastriques les plus élémentaires, le praticien hésite entre les alcalins et les acides jusqu'à ce que l'expérience individuelle l'ait renseigné.

Que sera-ce si on aborde le traitement des affections secondaires de l'estomac survenant sous la dépendance de la chlorose, de la goutte, de telle ou telle diathèse ou cachexie?

Le seul moyen serait presque de faire table rase des notions sur lesquelles nous vivons aujourd'hui et de reprendre une à une chacune des médications. En première ligne viendrait l'étude de l'alimentation, et même, en limitant ainsi le programme, devrait-on s'appliquer à passer du composé au simple.

Je n'ai ni le pouvoir ni l'espoir de substituer à nos incertitudes un code de la thérapeutique des affections gastriques; mais je crois qu'un progrès important a été accompli et que la voie est ouverte: je veux parler de l'alimentation univoque, c'est-à-dire de l'obligation imposée aux malades de borner leur nourriture à une seule espèce d'aliment. L'expérience a été faite avec la viande crue, avec le lait, avec la viande cuite, elle reste encore à tenter avec un grand nombre de substances alimentaires

animales ou végétales, plus ou moins modifiées par la préparation.

Ces recherches ne nous ont-elles pas appris que, contrairement aux opinions ou plutôt aux préjugés régnants, la diversité de l'alimentation n'est ni une condition nécessaire, ni même un adjuvant favorable de la digestion à l'état pathologique, qu'elle ne sollicite pas l'appétit au degré où on se l'était imaginé, et que, produisit-elle cet effet, l'appétit ne joue là qu'un rôle secondaire? La pratique des maladies aiguës nous avait déjà enseigné l'énorme différence qui sépare les aliments liquides des aliments solides, et parmi ces derniers, nous avons acquis, presque à notre insu, le sens qu'il n'était pas à propos d'en varier la composition.

Transformée en règle absolue, cette donnée conduirait à replacer le malade dans une situation analogue à celle de l'enfant nouveau-né, qui digère d'autant mieux que sa nourriture est plus uniforme. La monotonie invariable est tellement la condition du succès en pareil cas, que les praticiens qui ont essayé des alimentations mixtes, où le lait, où la viande crue, par exemple, tenaient seulement une place prédominante, se sont vite découragés, et que les malades eux-mêmes, si persévérants dans l'alimentation univoque, ont délaissé le traitement.

La médication alimentaire, fondée sur ce principe, a d'abord servi à montrer sous quelles réserves les lois physiologiques s'appliquent aux malades, conformément à l'axiome de sens commun que les gens ne seraient pas malades s'ils se comportaient en toutes choses à la manière des gens sains.

Elle a de plus confirmé une des conclusions les plus positives de l'expérience clinique, à savoir, que les médications gastriques ne sont pas de celles où le temps ne fait rien à l'affaire. Les médecins des eaux minérales affirmaient depuis longtemps la nécessité d'un traitement suffisamment prolongé pour améliorer ou guérir les affections de l'estomac; et, dans toutes les stations, ils s'étaient appliqués à apprécier la durée, d'ailleurs

presque uniforme, du séjour, insistant sur l'inutilité des cures précipitées, et sur les inconvénients des cures prolongées outre mesure. Cependant le conseil avait peu profité, et on continuait à demander aux médications extra-thermales des effets presque instantanés, quitte à les abandonner pour mieux faire. L'alimentation univoque a rappelé combien il importe de compter par semaines ou par mois, quand il s'agit d'affections à évolution et à régression lentes.

Pour ma part, et après en avoir fait une persévérante étude, je ne saurais trop recommander l'emploi de l'alimentation uniforme, soit au début des maladies graves, soit dans le cours des maladies bénignes de l'estomac, quand le trouble digestif se traduit par d'autres phénomènes que la douleur, ou quand le malade, fatigué par des remèdes contradictoires, a besoin d'un temps d'arrêt. Je ne saurais non plus trop fixer l'attention sur les divers éléments qui concourent à la réussite de la médication : l'uniformité, la simplicité, la persévérance.

Qu'au lieu d'un aliment on prenne une substance empruntée à la matière médicale, l'opium, si on veut, et on verra de quelle importance il est de régler et de prolonger la médication, au lieu de se borner à calmer la douleur quand elle devient excessive. Administré par intervalles, l'opium, un des médicaments gastriques les plus curatifs dont nous disposions, n'a d'effets utiles qu'en forçant la dose. Il sert alors en modérant la souffrance; il nuit en fatiguant l'estomac. Pris uniformément, à petites doses, à l'heure du repas et pendant des semaines, il devient un digestif.

Il en est de même du chloroforme, remède encore peu usité, mais qui répond à des indications qu'on pourrait décrire si ces sortes d'exposés n'entraînaient à de trop larges développements. Il en est de même des préparations alcalines et des amers, que je relèguerai aux derniers rangs, malgré le crédit dont ils jouissent.

VII

Il existe en pathologie une case énorme où sont provisoirement déposés des symptômes vrais, des fragments de maladie, des aperçus plutôt que des notions, qu'une exploitation plus savante parviendra un jour ou l'autre à utiliser.

L'observation a noté, au hasard des événements, les faits sans ordre, sans lien, sans méthode. C'est, pour prendre une comparaison, la main courante du négociant qui, mieux ordonnée, deviendra plus tard le grand livre.

Toutes les maladies désignées par leurs symptômes les plus saillants : la diarrhée, l'épilepsie, la polyurie, la mélancolie, et combien d'autres encore, y figurent. La dyspepsie, la gastralgie restent dans ces limbes où jadis étaient également reléguées les hydropisies et les paralysies.

La définition de la dyspepsie est impossible ; celui qui se contente de la définir en disant qu'elle est un trouble ou une difficulté de la digestion, n'a fait que traduire le mot grec dans une autre langue ; celui qui l'appelle une maladie purement fonctionnelle, n'a pas plus avancé la science. Néanmoins, parmi les affections stomacales, le plus grand nombre appartient à cette classe : le médecin qui, par un amour excessif du rigoureux, l'exclurait de la théorie, ne saurait comment la supprimer dans la pratique.

On comprend que l'esprit positif de Brinton se soit senti mal à l'aise sur un terrain si peu solide, et lui-même ne dissimule ni son peu de sympathie pour la question ni la nécessité absolue de la poser.

La dyspepsie, en premier lieu, ne peut pas être dénommée une difficulté de la digestion, parce que la digestion n'est pas, comme le mouvement d'un muscle, un acte unique, qu'elle se compose d'une série d'opérations, et que le résultat définitif lui-même échappe à notre contrôle. Les malades ont, sans plus d'informé, délimité la maladie. Pour eux, avoir les digestions

difficiles, veut dire que le repas est l'occasion d'un malaise spécial, se répétant sous l'influence de l'alimentation. Le phthisique, qui mange assez et ne se nourrit pas ; le diabétique, qui mange trop et se nourrit mal, ne se plaignent pas de dyspepsie, tant qu'il n'est pas survenu de sensations incommodes.

Le dyspeptique n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir et de se plaindre, et, à ce titre, il reste toujours le principal témoin et le plus indispensable, lorsqu'il s'agit d'instruire son histoire. Je sais les inconvénients qu'entraîne cette participation inexpérimentée, maladroite ou partielle du malade ; mais il faut se résigner à la subir toutes les fois qu'on est appelé à combattre des impressions douloureuses.

Il résulte de là que les tentatives de classement des dyspepsies d'après les seuls phénomènes objectifs sont condamnées d'avance, quelque légitime que soit la tendance scientifique qui les a inspirées.

La première idée qui se présente est de classer les dyspepsies d'après la nature des aliments qui les provoquent ; la seconde est de prendre pour point de départ la physiologie de la fonction, dans l'hypothèse que la digestion est entravée par l'excès ou l'insuffisance des actes fonctionnels de l'estomac.

C'est que dyspepsie et indigestion sont synonymes. L'erreur vient de ce qu'on confond l'indigestion, fait accidentel, avec la dyspepsie, état morbide moins durable, à évolution lente. Un homme qui ne digère pas la graisse n'a qu'à s'abstenir d'en manger pour échapper à l'indigestion. Un dyspeptique, auquel nuisent les aliments gras, fera sagement de s'en abstenir, mais il n'en restera pas moins un dyspeptique.

Il est vrai que certains individus atteints de dyspepsie ont des intolérances toutes spéciales pour quelques aliments ; mais combien il s'en faut que la division physiologico-chimique s'assouplisse aux capricieuses répugnances de leur estomac ! Tel qui mangera impunément la chair d'un homard ne goûtera pas à celle d'une écrevisse ; un autre tolérera l'oignon, qui souffrira de l'introduction d'une particule de ciboule. L'expérience ne