

tunique musculaire, d'une tunique séreuse, de vaisseaux et de nerfs qui peuvent être altérés dans leur structure, chacun pour son compte. Le raisonnement conduit à penser que les diverses parties de ce tout sont solidaires et que l'une ne peut être altérée dans sa structure ou souffrir dans son fonctionnement, sans que la lésion ou le trouble fonctionnel n'ait de retentissement sur le fonctionnement ou la structure des autres parties; il est vraisemblable d'admettre que des lésions de la muqueuse doivent entraîner des modifications dans la sécrétion de ces glandes, que des lésions de la musculature doivent entraîner des troubles de la motilité, qu'un ébranlement fonctionnel de l'innervation gastrique doit également entraîner des modifications sécrétoires et des troubles moteurs puisque, en fin de compte, les uns et les autres sont sous la dépendance de l'innervation, etc....

Il faut donc admettre *a priori* que la subordination des lésions anatomiques, des troubles moteurs, des troubles sécrétoires, peut varier suivant les cas. S'il est évident que les lésions de la muqueuse doivent entraîner une viciation du chimisme, rien ne permet de croire que la réciproque n'est pas vraie, c'est-à-dire qu'un trouble sécrétoire primitif, d'origine nerveuse, ne puisse par sa persistance entraîner des modifications de structure et des perturbations dans la motricité; M. Albert Robin admet que la maladie de la fonction crée souvent la lésion de l'organe. En fait, nous voyons des médecins, également autorisés, affirmer, avec une égale conviction, tantôt que les troubles sécrétoires sont les premiers en date, tantôt que la gastrite ou l'insuffisance motrice sont les phénomènes initiaux.

Ces considérations nous conduisent à cette affirmation, à savoir que toutes les théories exclusives, toutes les classifications fondées sur l'étude isolée soit des troubles sécrétoires, soit des lésions, soit des troubles moteurs ou nerveux, sont entachées d'erreur et ne peuvent servir de guide à l'établissement d'une thérapeutique rationnelle.

Est-ce à dire que les travaux si nombreux et si consciencieux dont la pathologie de l'estomac a été l'objet aient été inutiles, et qu'au point de vue pratique nous ne sommes pas plus avancés qu'au temps de Trousseau, de Beau, de Gendrin, de Nonat, de Chomel? Telle n'est pas notre pensée, certes, et il nous faut maintenant énumérer les progrès réels que l'on a réalisés dans l'étude et le traitement des gastropathies.

Si l'étude du chimisme n'a pas encore donné tous les résultats qu'elle faisait espérer, s'il reste encore bien des inconnues à dégager, nous n'avons pas moins à enregistrer des notions précieuses qui nous sont définitivement acquises; nous savons notamment qu'il existe un type chimique, l'hyperchlorhydrie, dont on ne peut contester l'existence et que tous les médecins admettent d'ailleurs, malgré les différences de nomenclature (hyperchlorhydrie, hyperpepsie, hypersthénie); nous connaissons mieux aujourd'hui les différentes variétés anatomiques de gastrite, et, ce qui est fort important au point de vue pratique, nous savons aussi, grâce aux beaux travaux du professeur Hayem, que les troubles chimiques sont en rapport étroit avec la nature de la gastrite, dont ils sont pour ainsi dire la signature; le trouble chimique hyperpepsie a pour équivalent anatomique la gastrite hyperpeptique.

Nous savons encore que les troubles moteurs sont assez rarement primitifs, qu'ils sont habituellement subordonnés soit à la gastrite, soit aux troubles chimiques déterminant des spasmes, des contractures, bien qu'on ne puisse nier l'existence d'une atonie primitive de l'estomac et de l'intestin, paraissant dépendre elle-même d'une asthénie générale d'origine constitutionnelle, héréditaire, ou d'origine acquise (dyspepsie nervo-motrice, dyspepsie neurasthénique, dilatation atonique, etc.). La part des dyspepsies chimiques a été réduite par celle que l'on a été conduit à faire aux gastropathies d'origine mécanique et statique. Sous l'influence des travaux de Kussmaul, de Glénard, d'Hayem, l'étude des ptoses, celle des maladies du corset, ont réalisé de grands progrès; nous connaissons mieux également les influences intrinsèques ou extrinsèques

qui, par action mécanique, apportent une entrave à la motricité de l'estomac; l'application des traitements chirurgicaux a mis en relief le rôle des sténoses du pylore, des adhérences, de l'entéroptose, du rein mobile, l'influence du port du corset, etc.

Les troubles de l'innervation sont, à l'heure actuelle, ceux dont l'étude a été le moins fructueuse; aussi la question des dyspepsies nerveuses est-elle toujours litigieuse.

Les troubles nerveux sont-ils toujours secondaires, ou bien existe-t-il des dyspepsies dues à des troubles primitifs de l'innervation centrale ou périphérique? Bien que la tendance actuelle soit de restreindre la part des dyspepsies nerveuses proprement dites et de ne voir dans les dyspepsies avec troubles nerveux prédominants que des réactions particulières du système nerveux chez des dyspeptiques de souche nerveuse, on ne doit pas, suivant nous, contester l'existence de dyspepsies nerveuses primitives. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Les moyens d'exploration de l'estomac se sont notablement perfectionnés. Sans parler des procédés d'analyse chimique, dont il va être question, rappelons que l'insufflation, l'exploration de l'estomac par la sonde sont autant de moyens qui permettent d'obtenir de précieux renseignements. L'analyse des urines, l'examen du sang nous éclairent sur le retentissement qu'a exercé la gastropathie sur les reins, le foie, la nutrition, etc.

Si nous avons appris à mieux connaître les troubles fonctionnels et les lésions de l'estomac, nous avons appris aussi, en dépit de l'imperfection des classifications, à formuler une thérapeutique plus efficace.

On a tendance de plus en plus à restreindre la part de l'intervention médicamenteuse dans le traitement des gastropathies et à faire une part pour ainsi dire exclusive à la diététique et aux moyens physiques. On a reconnu, en effet, que si quelques médicaments sont utiles temporairement ou à titre d'adjuvants, la plupart d'entre eux, surtout quand ils sont administrés d'une façon prolongée, exercent sur la muqueuse gastrique une action irritante; beaucoup de gastropathies rebelles, avec crises gastriques, sont des gastropathies aggravées, modifiées dans un sens défavorable par l'abus des médicaments. Au professeur Hayem principalement revient le mérite d'avoir montré la fréquence de la gastrite médicamenteuse. Le régime et les moyens physiques ont toujours fait partie intégrante du traitement des dyspepsies; mais il est incontestable que, dans leur emploi, de grands progrès ont été réalisés. Le régime est appliqué avec plus de rigueur et de façon plus rationnelle; la valeur nutritive, la composition des différents éléments et aussi leurs conditions de digestibilité (appréciées par l'analyse chimique) sont aujourd'hui mieux connues. En ce qui concerne les moyens physiques, les progrès réalisés dans l'étude de leurs effets et de leurs modes d'application, ont permis d'utiliser, avec leur maximum de valeur, les ressources variées qu'ils offrent au praticien. Qui songerait à nier la puissance du massage, de l'électrothérapie, de l'hydrothérapie, entre les mains expertes des spécialistes contemporains?

La psychothérapie a pris dans le traitement des dyspepsies nerveuses la part d'influence qui lui revient légitimement. L'importance des psychonévroses à localisation gastro-intestinale a surtout bien été établie dans ces dernières années, et il faut reconnaître que le mérite en revient principalement aux médecins étrangers, qui ont su mettre en valeur toutes les ressources du traitement psychique; à l'action du repos, de l'isolement, moyens héroïques dans le trai-