

tement de la plupart des gastropathies et dont l'application a été facilitée par la multiplication des maisons de cure, ils ont ajouté celle de la psychothérapie scientifique, qui fait appel non à l'hypnotisme, mais à l'éducation de la raison, non à la suggestion brutale, mais au raisonnement logique. La psychothérapie, moyen de guérison nécessaire et suffisant dans les psychonévroses pures, est encore utile, disons même indispensable dans les gastropathies organiques, tant il est vrai que les sensations pénibles ou douloureuses débordent la lésion et dépendent, pour une large part, de l'impressionnabilité des sujets et peuvent être amendées par le traitement moral.

Que dire du *traitement chirurgical*, si ce n'est qu'il a considérablement modifié le pronostic de nombre d'affections gastriques considérées comme incurables. Par la gastro-entérostomie on guérit radicalement un malade atteint de sténose à la suite d'ulcère; on prolonge l'existence et on soulage les souffrances du cancéreux, etc., etc.; enfin, on peut combattre, souvent avec succès, certaines complications redoutables de ces affections, comme la perforation stomacale, les hémorragies répétées, etc. Sans doute certains médecins ont voulu faire la part trop large au bistouri, et des excès opératoires ont été commis; mais on est revenu aujourd'hui des exagérations du début et les applications prudentes de la chirurgie au traitement des gastropathies demeurent une des plus belles conquêtes de la science contemporaine.

Nous avons esquissé à grands traits l'évolution qui s'est accomplie dans l'étude des dyspepsies, notamment sous l'influence du « chimisme », demeurée prépondérante pendant quelques années; nous avons montré que, malgré les progrès accomplis dans l'étude des lésions, des troubles fonctionnels chez les gastropathes, on n'avait pu édifier une classification rigoureusement rationnelle des dyspepsies, la plupart des médecins ayant tendance à accorder une influence trop exclusive, soit aux troubles sécrétoires, soit aux troubles moteurs (dilatation par exemple), soit aux lésions. A notre avis, les imperfections de toutes les classifications résident dans ce fait que les médecins ont tous négligé jusqu'ici l'élément étiologique pour ne prendre en considération que les conséquences fonctionnelles ou matérielles des influences agissant sur l'estomac. Sans doute il est fort intéressant de savoir que tel malade est hyperchlorhydrique, mais il est plus intéressant encore de savoir pourquoi il est devenu hyperchlorhydrique. En le gavant de bismuth, en le soumettant au régime lacté, on pourra le soulager, voire même le guérir en apparence, mais on n'obtiendra un résultat définitif que si l'on vise plus haut que le trouble fonctionnel, si l'on combat, par exemple, l'influence nerveuse qui a présidé au traitement de cette hyperchlorhydrie (à supposer qu'elle soit d'origine nerveuse) ou si l'on supprime les médications intempestives qui ont déterminé le trouble sécrétoire (médication alcaline intensive, par exemple), quand l'hyperchlorhydrie est le fait d'une médication intempestive dirigée contre une gastropathie d'un type chimique primitivement inverse (hypopepsie).

Notre classification est la suivante :

Nous admettons des **gastrites** dues aux causes locales : alimentaires, toxiques, qui seront énumérées plus loin, ou bien encore aux différentes maladies générales. La muqueuse est altérée; il existe corrélativement des troubles moteurs et chimiques qui sont en rapport étroit avec la nature des lésions; des gastro-

pathies d'origine mécanique et statique, dues également soit à des causes locales (compression du corset, relâchement de la paroi abdominale, etc.), soit à des causes générales (asthénie nerveuse primitive) : les lésions, les troubles moteurs ou sécrétoires existent encore dans ces cas, mais sont secondaires et négligeables dans le traitement qui nécessite, avant tout, la suppression de la cause; des **gastro-névroses** où les troubles chimiques, moteurs, etc., sont inconstants et variables, où la cause déterminante unique est un trouble mental du sujet.

Des **gastropathies à lésions spécifiques** : ulcères, cancer, etc.

Revenons aux gastrites, et, pour faire comprendre les divisions que nous adoptons parmi elles, prenons quelques exemples en passant du simple au composé.

Voici un homme gros mangeur, amateur de mets épicés ou indigestes, buvant son vin pur, surmenant par conséquent son estomac, et ayant contracté l'habitude de manger rapidement, à des heures irrégulières; voici une jeune femme du monde, mangeant peu aux repas, mais recherchant de préférence les crudités, les mets épicés ou les aliments fermentescibles, habituée des five o'clock, où elle se gave de pâtisseries arrosées de vins liquoreux... L'un et l'autre, que nous supposons exempts de toute tare nerveuse héréditaire ou acquise, deviendront, au bout de quelques mois ou de quelques années, atteints de gastrite chronique, de la forme simple ou commune de gastrite dont les symptômes seront décrits plus loin. Cette gastrite revêt habituellement le signe hyperchlorhydrique, car les gastrites hypopeptiques primitives sont plutôt la conséquence des maladies générales.

Voici, d'autre part, un sujet jusqu'ici bien portant, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde de longue durée ou d'une grippe grave, est atteint de troubles digestifs avec anorexie, et particulièrement dégoût pour la viande, flatulence, pesanteur après les repas, état saburral constant de la langue, selles pâteuses et fétides, etc. Ce syndrome est assez significatif et révélateur d'une gastrite hypopeptique primitive consécutive à la maladie générale dont notre malade a été atteint. C'est là un nouveau type de gastrite commune.

Reprenons les deux exemples primitivement choisis et supposons que notre homme, gros mangeur et quelque peu buveur, continue ses errements et, sans modifier son régime, cherche dans l'emploi prolongé de médicaments variés un soulagement à ses malaises. Après plusieurs mois ou plusieurs années d'usage de noix vomique, de naphthols, etc., sa gastrite hyperchlorhydrique (gastrite parenchymateuse) se transformera en gastrite mixte, puis atrophique, du type hypopeptique. Voilà un exemple de transformation fréquente de gastrite hyperchlorhydrique en gastrite secondairement hypopeptique.

Quant à notre jeune femme, à régime alimentaire défectueux, admettons maintenant qu'au lieu d'être indemne de toute tare nerveuse, il s'agisse d'une névropathe héréditaire; qu'à la cause indiquée de gastrite s'ajoutent chez elle successivement les influences de l'intoxication médicamenteuse, celles du surmenage mondain, des veillées, de chagrins divers, deuils, mariage mal assorti, etc. La gastrite hyperchlorhydrique, assez bien tolérée pendant un certain temps, se compliquera de troubles nerveux divers : locaux et centraux. Des crises gastriques douloureuses interrompront fréquemment le cours chro-