

rapidement. Il y a prédominance de la flatulence dans ces cas qui s'observeraient comme conséquence d'une gastrite médicamenteuse, d'après M. Hayem.

3° L'hypo-pepsie, qui est permanente ou peut n'être qu'un épiphénomène passager déterminé par l'abus des médicaments et qui, après traitement, peut faire place à l'hyper-pepsie. (Le liquide retiré après le repas d'épreuve est peu abondant; assez souvent on constate uniquement la réaction des matières albuminoïdes non modifiées.)

M. Hayem appelle l'attention sur l'importance du rapport  $\frac{T}{F}$  qui normalement = 5. T reste faible quand les glandes sont atrophiées ou en transformation muqueuse, et par suite  $\frac{T}{F}$  reste peu élevé. Ce rapport est donc la mesure de l'intensité de la fermentation digestive; mais il donne aussi des renseignements précieux sur l'évolution de la digestion. Avec un rapport  $\frac{T}{F}$  faible, au bout d'une heure, le processus est ralenti si le liquide est abondant, contient de la syntonine, si l'estomac est dilaté; il est accéléré, au contraire, si le liquide est peu abondant, si la syntonine fait défaut, si l'estomac n'est pas dilaté.

Lorsque le rapport  $\frac{T}{F}$  est supérieur à 5, il indique l'existence d'une excitation glandulaire intense et de l'exagération du processus fermentatif: c'est la notice chimique de la gastrite hyperpeptique.

**Dyspepsie organopathique à formes nerveuses.** — Nous adoptons cette nomenclature, à l'exemple de M. Hayem, pour distinguer les formes de gastrite avec troubles nerveux.

Occupons-nous d'abord des *dyspepsies avec prédominance des phénomènes nerveux locaux*.

Une gastrite, habituellement bien tolérée, peut devenir douloureuse sous des influences diverses qui sont habituellement provoquées par des causes générales (surmenage, préoccupations) ou par des causes locales (écarts de régime, abus de médicaments). Dans le traitement, on devra tenir compte de cette notion étiologique.

La douleur chez les nerveux n'est pas l'apanage exclusif de l'hyperchlorhydrie, on peut l'observer également chez les hypo-peptiques. Il n'est pas prouvé d'ailleurs qu'elle soit due uniquement à l'excès d'acide chlorhydrique libre, car on a constaté une forte hyperchlorhydrie chez des malades qui ne souffrent pas.

Les vomissements n'appartiennent pas non plus exclusivement à une forme de dyspepsie plus qu'à une autre; ils peuvent se manifester indifféremment au cours de toute gastropathie, sous l'influence des causes précitées.

Outre la douleur et les vomissements, on peut observer comme phénomènes nerveux le rejet par la bouche de salive déglutie.

Les éructations revêtent le caractère nerveux lorsqu'elles deviennent bruyantes, incessantes et sont produites par la déglutition d'air atmosphérique.

A un degré de plus, les différents phénomènes nerveux locaux s'associent pour constituer une crise gastrique. Ce sont ces accès paroxystiques qui ont été décrits sous les noms d'hypersécrétion aiguë, ou d'hyperchlorhydrie aiguë, par différents médecins, notamment par Bouveret et Devic, qui en ont fait une sorte de névrose gastrique, provoquée par le surmenage et se produisant de préférence chez les neuro-arthritiques.

Pour M. Hayem, les crises gastriques n'ont pas d'existence en tant que maladie topographique, indépendante de toute gastropathie antérieure. Ce qui a pu faire supposer qu'elles pouvaient survenir primitivement sous la seule influence d'une perturbation du système nerveux, c'est que souvent les malades, ne souffrant pas dans l'intervalle, n'ap-

pellent pas l'attention sur leur estomac. En réalité, lorsqu'on les interroge avec soin et quand on a fait des examens répétés du suc gastrique, dans les périodes de calme, on constate qu'ils sont atteints de gastrite chronique.

Les crises gastriques surviennent souvent chez les malades atteints de gastrite chronique avec ulcération (gastrite chronique des alcooliques, ulcère simple); mais, dans ces cas, les malades souffrent presque continuellement, quoique d'une façon moins aiguë, dans l'intervalle des crises. Chaque repas pour ainsi dire est l'occasion du retour des accidents douloureux.

En dehors de ces cas où la crise est provoquée par l'existence d'ulcérations, elle apparaît habituellement sous l'influence des causes mentionnées plus haut.

Ce qu'il convient surtout de retenir — et sur ce point nous ne saurions trop insister — c'est que la crise gastrique suppose presque toujours l'existence d'un état gastrique antérieur plus ou moins latent, qu'il faudra traiter pour éviter le retour périodique d'accidents analogues. C'est, d'autre part, que la crise n'est pas toujours liée à l'hyperchlorhydrie; qu'elle peut compliquer parfois, bien que plus rarement, une gastrite hypo-peptique.

A côté des formes nerveuses avec prédominance des symptômes nerveux locaux, il faut placer les *dyspepsies avec prédominance de phénomènes nerveux centraux*, c'est-à-dire la dyspepsie neurasthénique et la dyspepsie psychopathique (avec anorexie psychique, phobie, pharmacomanie, etc.).

Nous ne faisons que signaler ces dernières formes dont il sera question aux chapitres consacrés aux gastro-névroses, à la neurasthénie, à l'hystérie.

Ces dyspepsies ne seraient souvent que des gastrites avec phénomènes nerveux généraux réactionnels provoqués par la prédisposition névropathique (Hayem); toutefois l'existence de gastro-névroses primitives est admise aujourd'hui par la plupart des médecins.

Avant d'aborder l'étude du traitement des dyspepsies, nous devons rappeler sommairement **comment on doit examiner un dyspeptique**.

Après l'avoir interrogé sur ses antécédents héréditaires qui peuvent donner d'utiles renseignements (arthritisme des parents, affections nerveuses), on passe en revue ses antécédents personnels. On doit tenir compte de l'existence des maladies antérieures, notamment des maladies infectieuses (fièvre typhoïde en particulier) qui peuvent jouer un rôle important dans l'étiologie des troubles digestifs; il importe chez la femme de rechercher la chlorose, et chez l'homme la syphilis, la blennorrhagie; on doit avoir toujours présente à l'esprit l'hypothèse d'une tuberculose au début. Il n'est pas indifférent de savoir que le malade a pris pendant longtemps des médicaments dont l'influence sur les fonctions de l'estomac peut entrer en ligne de compte dans l'appréciation des causes de la dyspepsie.

L'enquête doit porter ensuite sur le genre de vie et d'alimentation du malade, sur la nature de ses occupations. N'est-il pas indispensable de savoir si le malade est un gros mangeur, ou consacre à ses repas un temps insuffisant, s'il a des occupations sédentaires, s'il est exposé au surmenage, s'il est fumeur, adonné aux boissons alcooliques, grand buveur de thé ou de café, etc? Il importe encore de savoir si des influences nerveuses diverses (chagrins, surmenage intellectuel, etc.), n'impriment pas à la gastrite des allures cliniques spéciales.

On procède ensuite à un interrogatoire minutieux portant sur l'époque et sur le mode de début des troubles digestifs, sur leur évolution, sur les traitements suivis; nous ne pouvons entrer ici dans des détails que la pratique seule enseigne; qu'il nous suffise de rappeler que l'on doit s'enquérir principalement:

- a. De l'état de l'appétit (anorexie, boulimie, etc.), et de la soif.
- b. Des phénomènes locaux qui peuvent se produire pendant la digestion (douleurs,