

hydrie légère; d'autres, au contraire, présentent une hyperchlorhydrie très élevée et cependant ne souffrent que très modérément; le degré de réaction de l'estomac est proportionnel au degré de névropathie héréditaire ou acquise du malade — la gastropathie devient douloureuse parce qu'elle a provoqué secondairement un état neurasthénique qui, à son tour, retentit sur l'estomac.

Des irritations locales passagères sont encore susceptibles de déterminer la gastralgie au cours d'une gastropathie ordinairement bien tolérée; les écarts de régime, l'abus de l'alcool, du tabac, celui des médicaments, telles sont les causes qui mettent en jeu l'élément douleur.

En somme, la cause de la douleur réside non seulement dans la nature et le degré des troubles chimiques, moteurs, et des lésions, mais encore, et surtout, dans le mode de réaction de l'organisme et dans des influences contingentes.

La douleur intermittente au cours de l'hyperchlorhydrie, des gastropathies irritées en général, est permanente, ou peu s'en faut, dans les gastropathies avec lésions ulcéreuses (ulcère et cancer), ou dans les cas où il existe un obstacle à l'évacuation; dans les sténoses, les douleurs tardives, le vomissement constituent ce que l'on a appelé récemment le syndrome pylorique.

Avec la douleur, signe subjectif, coïncident souvent des modifications objectives de la sensibilité. La douleur à la palpation profonde de la région épigastrique est un signe d'ulcère; la douleur superficielle (hyperesthésie cutanée) accompagne les troubles gastriques de l'hystérie.

Existe-t-il une gastralgie essentielle, c'est-à-dire une névrose gastrique douloureuse, indépendante de toute lésion ou de troubles du chimisme? Les explorations méthodiques de l'estomac ont montré que, dans la plupart des cas, qui autrefois auraient été étiquetés sous le nom de gastralgie, il existe une gastropathie du type hyperchlorhydrique le plus souvent. Il n'est pas douteux cependant que chez les neurasthéniques, et surtout chez les hystériques, la douleur ne puisse être une manifestation pure et simple de la névrose (algie de cause centrale). Dans les gastro-névroses, la douleur est caractérisée par son intensité, par le fait qu'elle ne présente aucun rapport fixe de temps avec l'ingestion des aliments, qu'elle est calmée par la pression exercée au creux épigastrique, etc.

Les **crises gastriques** constituent un syndrome complexe caractérisé par l'association de douleurs et de vomissements; les douleurs sont en général très intenses, les vomissements incoercibles, l'intolérance gastrique absolue. Dans l'intervalle de ces crises qui débutent brusquement et cessent de même, les digestions peuvent être parfaites, l'estomac peut avoir un fonctionnement normal. Effectivement, ces crises ne dépendent pas de troubles dus à l'estomac lui-même; ce sont des accidents névropathiques attribuables à une lésion cérébro-spinale (tabes, sclérose en plaques, paralysie générale), à une névrose (hystérie, neurasthénie), à une irritation réflexe (crises des sujets atteints d'affections utérines, d'hépatoptose et de néphroptose, d'appendicite chronique).

Nous avons eu l'occasion d'observer chez des malades nerveux, atteints d'appendicite chronique méconnue, de véritables crises gastriques caractérisées par l'intolérance absolue de l'estomac, des douleurs très pénibles avec hyperesthésie cutanée, au niveau de la région épigastrique. Ces crises sont dues à l'irritation réflexe de l'estomac déterminée par des adhérences. Chez une jeune fille soignée par nous, elles existaient depuis plus de cinq ans.

L'absence de tout symptôme de dyspepsie dans l'intervalle des crises permet de distinguer ces crises des affections nerveuses organiques et des névroses des paroxysmes qui surviennent au cours d'une dyspepsie plus ou moins latente, et auxquels il faut rattacher les crises gastriques dites essentielles, décrites il y a quelques années sous

différents noms : gastroxynsis (Roszbach), vomissements périodiques (Leyden), etc. L'état des malades qui en sont atteints ne s'améliore que lentement après la crise et il persiste chez eux des troubles digestifs qui sont des indices permanents de gastropathie chronique.

Il convient toutefois de faire remarquer que, dans les crises gastriques de la première catégorie, il existe parfois un état gastrique permanent; M. Hayem a constaté fréquemment l'hyperpepsie chez les tabétiques, parfois l'hypo-pepsie, et il est possible que la dyspepsie antérieure favorise la production des crises gastriques. Les malades hyperchlorhydriques auraient des crises plus fréquentes et plus douloureuses.

Les crises s'espaçant quand on supprime les médications irritantes.

En ce qui concerne les crises de la seconde catégorie, il est à remarquer que la production de ces crises nécessite l'intervention des deux facteurs : la gastrite et la prédisposition nerveuse; d'où l'indication pratique de traiter à la fois l'estomac et le système nerveux.

La durée des crises est variable; celle des gastropathies est plus courte que celle des crises des tabétiques; celles-ci durent en général quelques jours. Les crises des malades atteints de ptoses peuvent durer plus longtemps encore.

Le traitement de la douleur dans les gastrites comporte avant tout l'éloignement des causes qui font l'estomac intolérant, c'est-à-dire des causes locales d'irritation (régime défectueux, médicaments, alcool, tabac), celui des causes générales qui ont retenti sur le système nerveux (surmenage, veillées, émotions, etc.), et l'ont mis en état de « faiblesse irritable ».

Le *repos au lit* s'impose dans la plupart des cas; on peut employer indifféremment comme moyens externes les *applications chaudes* (sac d'eau chaude ou compresses) ou *froides*. Quant à l'alimentation, elle consistera dans la *diète lactée exclusive*, puis dans une alimentation mixte consistant en lait associé aux féculents sous forme de bouillies, de purées, de gâteaux; en œufs. Le régime lacto-féculent est le régime de repos par excellence de l'estomac, chez les malades dont l'hyperexcitabilité stomacale est entretenue par une alimentation azotée intensive. Souvent ces moyens suffisent pour amener la disparition rapide de la douleur; mais on peut être conduit à utiliser temporairement les sédatifs qui ont déjà été mentionnés : *préparations opiacées, belladone, cocaïne*, etc. On emploiera les *bromures* de préférence en lavement.

Le *sous-nitrate de bismuth*, à hautes doses, constitue le meilleur moyen à employer contre la douleur, non seulement dans l'ulcère, mais encore dans la gastrite parenchymateuse, dont le type chronique est l'hyperpepsie. Entre autres avantages, ce médicament a celui de permettre aux malades d'abandonner le régime lacté et d'absorber, sans souffrir, une alimentation assez substantielle. Ce moyen est préférable de beaucoup à l'emploi des alcalins, qui soulagent momentanément, mais qui entretiennent l'excitation sécrétoire. Après ce traitement « d'urgence », on prescrira une ou deux *cures salines (Carlsbad)* à intervalles plus ou moins éloignés.

Dans l'intervalle des crises, il faut s'efforcer de modifier l'état nerveux par l'emploi de l'*hydrothérapie chaude*, du *repos*, du *climat d'altitude*, etc.

Le traitement des crises gastriques d'origine centrale (tabes) est à peu près nul; on ne dispose d'aucun moyen pour arrêter les vomissements; l'intolérance de l'estomac s'oppose à toute alimentation. Aussi est-on conduit à employer les *lavements alimentaires* si la crise se prolonge. Quant à la douleur, elle ne peut