

Chez les hystériques atteints d'éruclation il peut réussir ou échouer suivant les cas, agissant par suggestion comme tout autre moyen.

Chez les hyperpeptiques l'application du *maillot humide* contribue à modérer la flatulence; il en est de même chez les névropathes avérés.

Le *massage de l'estomac* est indiqué chez la plupart des flatulents; il agit en réveillant la tonicité des fibres musculaires, en activant l'évacuation.

On voit qu'en somme les moyens utiles contre la flatulence sont ceux que l'on emploie contre la gastrite; ils réussissent habituellement dans les formes ordinaires de la flatulence, ils échouent souvent dans les formes nerveuses (aérophagie hystérique).

Une dernière indication à remplir est celle qui concerne l'élément nerveux: l'*hydrothérapie* sous ses différentes formes, douches froides, douches chaudes, enveloppement dans le drap mouillé, constitue l'un des meilleurs moyens de modérer les actes nerveux réflexes.

Les médicaments nervins les plus utiles, tout en étant inoffensifs pour l'estomac, sont le *valérianate d'ammoniaque*, les *bromures*; encore vaudra-t-il mieux les administrer en lavement que par la bouche.

5° **Anorexie.** — L'anorexie est à peu près constante dans les maladies fébriles; cependant, les rhumatisants, les typhiques au déclin de leur maladie demandent parfois à manger, malgré la persistance de la fièvre.

Certains médicaments comme l'opium, la belladone, certains toxiques comme le tabac suppriment la sensation de faim.

D'autre part, l'anorexie est souvent le résultat du surmenage physique ou intellectuel.

L'anorexie peut s'observer dans la plupart des états dyspeptiques, soit à titre passager, soit d'une façon permanente; c'est dans l'apepsie, le cancer, qu'elle atteint son plus haut degré; cependant, même dans le cancer, elle peut faire défaut jusqu'à la fin, et l'on a même signalé son remplacement, dans ce dernier cas, par la boulimie. Sa valeur sémiologique est donc relative.

L'anorexie est un symptôme fréquent des gastropathies organiques compliquées de troubles nerveux; d'autre part il existe une anorexie nerveuse pure, véritable psychopathie que l'on peut observer chez les dégénérés héréditaires, chez les hystériques. Nous reviendrons sur la question de l'anorexie nerveuse, lorsque nous traiterons des gastro-névroses.

Il n'existe pas de traitement direct capable de faire renaître l'appétit. Sans doute les *amers* peuvent le réveiller momentanément, mais c'est surtout la cause de l'anorexie qu'il faut viser. C'est par le choix judicieux des aliments, le *régime de repos de l'estomac* (régime lacté), le *lavage de l'estomac* dans les cas de fermentations anormales, la *suppression des médicaments irritants*, du tabac, par le *traitement général*, que l'on parvient à la combattre, quand il n'existe pas de lésions organiques profondes (gastrite dégénérative, cancer) ou bien une dilatation avec stase. Lorsque chez les dyspeptiques convenablement traités, sevrés de médications irritantes, l'anorexie se prolonge, on doit en conclure que l'élément nerveux surajouté domine la scène et c'est cet élément nerveux qu'il faut combattre par les moyens appropriés: *psychothérapie* consistant à démontrer au malade la nécessité d'une alimentation suffisante pour éviter que les phénomènes neurasthéniques ne s'exagèrent du fait de l'inanition; à dissiper ses craintes relatives à l'influence de l'alimentation sur ses malaises,

à le convaincre au contraire que l'intensité des phénomènes subjectifs de la dyspepsie augmentera par suite de la dépression nerveuse consécutive à l'alimentation restreinte, etc.

Le malade ne mangeant pas parce qu'il souffre et souffrant parce qu'il ne mange pas, il faut donc rompre le cercle vicieux en ramenant l'alimentation au taux normal et en combattant l'élément névropathique.

6° **Complications des dyspepsies; symptômes à distance.** — La dyspepsie retentit sur tous les segments du tube digestif, mais surtout sur l'intestin. Du côté de la bouche on observe chez les dyspeptiques des *infections buccales* fréquentes (stomatite aphteuse, angines à répétitions), des *glossites*, des *pharyngites*, etc., qui guérissent aisément sous l'influence d'un traitement approprié, mais qui récidivent facilement, tant que l'on ne prête pas une attention suffisante aux troubles digestifs.

La *sialorrhée* n'est pas très rare chez les dyspeptiques névropathes et notamment chez les hyperpeptiques. Tout en instituant le traitement de la gastropathie, on pourra donner de très petites doses d'*atropine* aux malades qui seront particulièrement incommodés par l'hypersécrétion de salive: dans certains cas, la quantité de salive sécrétée peut en effet être considérable.

La plupart des gastropathies retentissent sur l'intestin; le fait n'est ni contestable, ni contesté. Mais il est des malades fort nombreux chez qui la *constipation* paraît être le symptôme dominant et primitif, les troubles gastriques ne se manifestant que quelques années après le début de la constipation. Aussi s'est-on demandé si, de même que l'estomac retentit sur l'intestin, celui-ci à son tour ne pouvait entraîner des affections gastriques, quand il était troublé dans son fonctionnement. G. Sée admettait les dyspepsies intestinales primitives; un certain nombre de médecins les admettent encore.

La question est difficile à résoudre; il semble bien que dans certains cas l'atonie de l'intestin soit primitive et attribuable à des malformations de l'intestin; ne voit-on pas chez beaucoup de nourrissons la constipation se produire dès les premiers jours de la naissance, sans qu'on puisse incriminer les conditions de l'allaitement? Mais, d'autre part, on a généralement tendance aujourd'hui à considérer les troubles intestinaux en apparence primitifs comme étant sous la dépendance d'une gastropathie latente, ainsi que le démontrent les examens de suc gastrique.

La difficulté de résoudre la question de savoir si les troubles intestinaux sont primitifs ou non, dans certains cas, provient de ce que la plupart des constipés ont fait abus des purgatifs et des laxatifs et ont créé de ce chef une gastropathie médicamenteuse; l'abus des eaux minérales salines conduit sûrement à l'hypo-pepsie.

Chez les malades constipés qui n'ont pas fait abus des médicaments, on constate, au contraire, que le type chimique habituel est l'hyperpepsie. La constipation est en effet la résultante habituelle de l'hyperpepsie; ce qui montre bien la subordination des troubles intestinaux aux troubles gastriques, c'est qu'il suffit le plus souvent de traiter l'état gastrique pour faire disparaître la constipation. Celle-ci ne persiste que chez les malades atteints de troubles statiques de l'intestin (entéroptose).

La constipation ne s'observe pas que chez les hyperpeptiques; elle existe aussi chez les hypo-peptiques; elle est la règle chez tout malade dont l'estomac est dilaté, quelque soit le type chimique. La dilatation provoque la constipation en mettant obstacle au cours des matières; elle entraîne, en effet, le déplacement du côlon transverse qui s'abaisse avec la grande courbure et prend la forme d'un V à sinus supérieur.

En résumé, lorsque chez un dyspeptique existe une constipation habituelle, il faut avant tout s'attacher à modifier l'état gastrique et se garder d'employer