

s'élevant sur leurs épaules » (Bacon). De nos jours on ne dit plus aux malades qu'ils ont de la gastro-entérite, mais on leur apprend qu'ils ont l'estomac dilaté (souvent on se borne à constater le clapotage après le repas), et le résultat est également désastreux; le régime sec ne guérit pas les psychopathes.

Nombreux, après Barras, furent les médecins qui décrivent les principaux symptômes de la dyspepsie nerveuse. Bornons-nous à citer, à une époque déjà reculée pour nos contemporains, les travaux de Beau, ceux de Lasègue, sur l'anorexie, dont il fit très catégoriquement un trouble mental, ceux de Briquet sur les troubles digestifs des hystériques, etc....

Charcot, avec son jugement sûr et l'expérience que lui a apporté le nombre considérable de malades qui passèrent dans son cabinet, avait affirmé catégoriquement l'origine nerveuse de nombre de dyspepsies : « Un autre phénomène de la neurasthénie, a-t-il dit, c'est cette fameuse dyspepsie, dont les malades ont si souvent à souffrir, et qui a fait croire à certains cliniciens que tous les désordres nerveux avaient pour point de départ les affections gastriques, tandis que c'est tout le contraire qui est vrai; c'est la neurasthénie qui commence et c'est l'affection de l'estomac qui complète le tableau. »

Notre maître G. Sée, son élève Mathieu ont décrit, sous le nom de dyspepsie nervomotrice, une partie des dyspepsies nerveuses.

Un médecin des plus distingués, M. Bouveret, de Lyon, est également partisan de l'origine nerveuse de la dyspepsie chez les neurasthéniques; mais, de nos jours, nul n'a fait un plaidoyer plus net et plus convaincant en faveur de l'existence des dyspepsies psychopathiques que le professeur Dubois, de Berne, dans son remarquable ouvrage sur *Les Psychonévroses et leur traitement moral* (Masson et C<sup>ie</sup>, 1904). « J'ose affirmer que quatre-vingt-dix pour cent des dyspeptiques sont des psychonévrosés, et que tous ces malades n'ont que faire du régime restreint et des médications stomachiques. C'est sur ce point de doctrine que je me sépare complètement de l'immense majorité de mes confrères.

« Je sais très bien qu'en entrant quelque peu dans les vues du malade, on peut soigner l'estomac, amender les symptômes et, par cette voie, agir sur l'esprit du patient. Mais pour un neurasthénique qui a pu guérir par cette suggestion thérapeutique indirecte, il y en a dix qui doivent à cette méthode la longue durée de leur mal et quelquefois leur incurabilité. Je vois très souvent des malades qui étaient sur le point de voir clair, qui allaient échapper à leurs auto-suggestions; ils y ont été ramenés par le médecin. Bien plus, il y en a qui doutaient de la réalité de leur mal, qui étaient prêts à le négliger. On ne le leur a pas permis. Il a fallu qu'ils fussent classés, qu'on donnât un nom à leur maladie; il a fallu qu'ils fussent malades selon les règles de l'art.

« Ils sont légions, ces malades dyspeptiques qui visitent chaque année les stations balnéaires et sont arrivés à ne plus rien manger tout en souffrant toujours. Au début, ils ont eux-mêmes restreint leur régime; ils ont, par exemple, supprimé les choux, les crudités, et l'amélioration obtenue semblait leur donner raison. Plus tard, les troubles gastriques ayant reparu, ils ont supprimé quelque autre aliment; nouvelle amélioration momentanée, mais aussi nouvel insuccès motivant de nouvelles restrictions. Le médecin, appelé, a réussi à faire clapoter l'estomac. Alors le malade se croit atteint de dilatation d'estomac, et on lui prescrit un régime plus sévère encore. Parfois le malade s'adresse à un spécialiste de l'estomac, expert consciencieux. Celui-ci n'admet pas d'emblée la dilatation; il la constate par l'insufflation, analyse le contenu gastrique après le déjeuner d'essai. Si cet examen reste négatif, le malade a de la chance, car alors le spécialiste reconnaîtra que c'est « nerveux », et, sans renoncer tout à fait au régime de précautions, il pourra amender l'état de son malade.

« Mais malheur à celui-ci, s'il y a rétention d'aliments dans l'estomac, hypo-acidité,

s'il y a excès de mucus. Alors le malade reste dans la catégorie des gastriques: il subira les lavages d'estomac et les prescriptions de régime exclusif variant suivant les idées théoriques du médecin traitant; le malade pourra être condamné à ingurgiter de la viande crue; d'autres fois, on ne lui donnera que des farineux. Tel médecin considère le lait comme un poison et ne craindra pas de prescrire du vin à jeun ou de faire manger jusqu'à 250 grammes de sucre; l'autre imposera à son malade une cure de lait prolongée. Ici on lui donnera des douches sur la région stomacale, là on l'électrisera intus et extra. Enfin, dans les cas graves, on le nourrira de reconstituants pris à la pharmacie, de jus de viande, de phosphates.

« Et toujours plus le malade s'enfoncé dans son hypocondrie gastrique; son idée fixe a été soigneusement cultivée.

« Heureusement elle n'est pas si tenace qu'on pourrait le croire. Les pauvres malades ont déjà fait leurs réflexions, et j'en vois qui, avant d'avoir mon avis, me disent: « Je crois qu'on a eu tort de me traiter pour l'estomac; il me semble que ce sont plutôt les nerfs qui souffrent. » Il y en a même qui, plus royalistes que le roi, disent tout bonnement: « Je crois que je m'imagine tout cela! »

Qu'on veuille bien excuser cette longue citation, mais on ne saurait mieux dire.

Entre ces deux théories que nous avons exposées avec les arguments empruntés aux principaux protagonistes, quel parti adopter?

Pour nous, il n'y a pas d'autre criterium de la valeur d'une théorie que l'épreuve clinique et l'épreuve thérapeutique; il convient de toujours se rappeler le précepte si vrai de Claude Bernard: « Les idées physiologiques ne doivent jamais être séparées de l'observation clinique. » Or, la clinique nous apprend qu'il existe des gastrites primitives se compliquant secondairement de troubles nerveux; ce sont les dyspepsies organopathiques avec phénomènes nerveux deutéropathiques de M. Hayem; chez un sujet prédisposé, la dyspepsie, sous l'influence d'irritation médicamenteuse, de surmenage, de préoccupations, se complique de manifestations nerveuses. D'autre part, la clinique nous montre chaque jour des sujets devenant, du jour au lendemain, dyspeptiques sous l'influence d'un choc nerveux. « Pendant son repas, dit M. Bouveret, un homme, jusque-là bien portant, apprend tout à coup une mauvaise nouvelle; brusquement il perd l'appétit, cesse de manger, éprouve quelques sensations de tension ou de plénitude à l'épigastre. Voilà un fait d'observation journalière et qui met bien en lumière l'influence d'un état cérébral sur les fonctions de l'estomac. Sans doute, les symptômes sont probablement fugaces, passagers; ils auront entièrement disparu au bout de quelques jours, peut-être quelques heures. Ils représentent cependant une esquisse de la dyspepsie nerveuse. » En effet, si la secousse morale est violente, si l'ébranlement du système nerveux est intéressé, ces troubles gastriques persisteront. Les troubles gastriques d'origine nerveuse deviennent encore permanents si le sujet qui en est atteint est exposé, d'une façon continue, aux causes d'ébranlement nerveux, s'il est un psychopathe héréditaire....

Une forme grave de dyspepsie nerveuse, à début subit, est celle que l'on observe dans l'hystéro-traumatisme; du jour au lendemain, les troubles digestifs apparaissent. Dira-t-on que tous les sujets qui en sont atteints étaient des dyspeptiques latents? Signalons encore, dans le même ordre d'idées, les faits de gastroplogie, rares, à la vérité, qui sont consécutifs à un traumatisme accidentel ou opératoire.

Si les troubles digestifs apparaissent parfois brusquement à la suite d'un choc moral subit ou d'un traumatisme, plus souvent ils se développent lentement sous l'influence de causes nerveuses ayant elles-mêmes une action lente et continue. Ainsi que les autres symptômes de la neurasthénie, ils peuvent présenter de nombreuses alternatives de rémission ou d'aggravation, suivant que le malade échappe momentanément, puis est de nouveau exposé aux influences qui ont provoqué le développement de la neurasthénie.