

montre-t-elle pas que diverses substances alimentaires semblent acquérir, chez certaines personnes, des propriétés toxiques, tandis que d'autres produits chimiquement identiques ou analogues sont inoffensifs ?

Dans les maladies aiguës, tout le monde admet que la graisse et les huiles se digèrent difficilement ; de même dans les cachexies cancéreuse et tuberculeuse, qui s'accompagnent d'anorexie. Mais, n'est-on pas souvent trompé par les malades qui, au lieu d'exprimer leur dégoût pour cette nature d'aliments, déclarent qu'ils ne peuvent les digérer parce qu'il leur répugne de les ingérer ? L'usage quotidien de l'huile de foie de morue chez les phthisiques ne prouve-t-il pas d'ailleurs à quelles exceptions sont astreintes les règles de pure théorie ?

Autant on est fondé à dire que la diète des dyspeptiques doit être l'objet d'une assidue surveillance, autant il est douteux que les erreurs ou les écarts du régime alimentaire proprement dit occupent une place importante dans la genèse des dyspepsies. On aurait peine à trouver une forme de dyspepsie plus complète, plus correcte, pour ainsi dire, que celle des filles chlorotiques appartenant aux classes aisées de la société et nourries avec tant de sollicitude et de régularité. Qu'on prenne pour terme de comparaison les filles pauvres des ouvriers, dont l'alimentation est insuffisante, grossière, et appartient au groupe des hydrates de carbone, ou plus vulgairement à celui des farineux, et qu'on se demande si, chez elles, la dyspepsie chlorotique présente un seul caractère distinctif.

La règle fondamentale de tout classement, en histoire naturelle comme en médecine, c'est que les caractères distinctifs soient aisément reconnaissables et contrôlables. S'il fallait procéder à l'autopsie pour différencier deux espèces animales, la zooclassie deviendrait une utopie. Or, à quels signes reconnaîtra-t-on la composition des sécrétions de l'estomac et leurs réactions chimiques ?

Deux procédés ont été mis en avant, mais, à vrai dire, plutôt proposés qu'employés. L'un, consistant à analyser les liquides

rejetés par la régurgitation ou le vomissement, n'est évidemment applicable qu'aux cas où ces deux phénomènes se produisent, et se réduit à distinguer l'alcalinité de l'acidité. On lira dans le livre de Brinton les objections brèves, mais décisives, qu'il soulève.

L'autre emprunte à la thérapeutique des renseignements encore plus discutables. Tout malade qui guérit par l'emploi des préparations acides souffre d'un excès de réaction alcaline, et réciproquement. La pepsine a, dans ces derniers temps, été introduite sous le couvert de cette donnée physiologico-pathologique, et je ne crois pas qu'il soit utile de montrer ici combien le plus infidèle des remèdes sert peu la moins solide des théories.

Hors de là restent les classifications pathologiques où les symptômes observés chez les malades sont seuls mis en cause et où l'interprétation est remplacée par la constatation des faits. Brinton a énoncé plutôt que décrit les principaux types ainsi constitués, et qu'il accepte avec raison sous bénéfice d'un plus ample inventaire. C'est d'abord ce qu'il appelle la dyspepsie ordinaire ou commune, à laquelle peu d'hommes échappent dans le cours de leur existence. Viennent après les dyspepsies moins habituelles, susceptibles de revêtir des milliers de formes, et dont les symptômes se prêtent à d'innombrables combinaisons. Le seul possible aujourd'hui est de signaler une ou deux variétés principales.

Si la douleur épigastrique domine, ce sera la cardialgie. Si les flatuosités se produisent en excès, ce sera la dyspepsie flatulente ; quant aux vomissements, ils répondent à des désordres plus profonds. La diarrhée et la constipation seront considérées comme appartenant aux dyspepsies intestinales.

On peut encore distinguer la dyspepsie ingestive ou qui suit immédiatement l'ingestion des aliments, et peut être attribuée à une susceptibilité morbide de l'estomac ; la variété peu digestive : enfin une dernière variété qui n'a pas reçu de nom et qui se produit quand l'estomac est à jeun (*fasting dyspepsia*).

La dyspepsie n'est qu'un terme provisoire, mais le temps n'est

pas encore venu où il disparaîtra par le progrès de notre savoir. Actuellement le mot exprime un état pathologique des fonctions digestives, en entravant ou en modifiant l'exercice, sans empêcher qu'en fin de compte la fonction s'accomplisse. La dyspepsie n'est pas plus l'apepsie que la dysurie n'est l'anurie.

Toute perversion nutritive dont le malade n'a pas conscience est à éliminer de la dyspepsie. Tel est le cas des cancéreux ou des tuberculeux, qui se nourrissent amplement, qui n'éprouvent aucun malaise et qui maigrissent. A l'inverse, toute perversion digestive ressentie par le malade et créant des sensations incommodes rentre dans la définition des états dyspeptiques.

Cependant une autre condition doit encore être remplie, et elle réside dans la continuité du malaise. Un homme qui, pour une cause quelconque, subit une indigestion accidentelle, sait du reste qu'il a un bon estomac et ne confond pas sa situation avec celle de son voisin qui n'a jamais vomi, mais qui convient avoir un médiocre estomac.

Tout ensemble de phénomènes pathologiques qui n'est pas une infirmité correspond à ce qu'on appelle, dans la langue classique des médecins, une maladie, c'est-à-dire est soumis à une évolution dont chacun des temps représente un processus. Les gastralgies n'échappent pas à la loi : elles ont un commencement, un milieu et une fin, et pour être souvent indistinctes, leurs périodes n'en existent pas moins.

Les indispositions passagères provoquées par des indigestions et ne se renouvelant pas sous l'influence des mêmes causes sont à éliminer. Symptomatiquement les phénomènes sont semblables, qu'ils se prolongent ou ne persistent pas ; mais il y a la même différence qu'entre une heure de tristesse et une crise de mélancolie, qu'entre un instant d'ivresse et un accès d'alcoolisme. Il faut donc d'abord exclure du type tout accident transitoire.

Étant acceptée la définition, il importe de rappeler la notion banale que les affections gastriques sont, plus encore que les autres, à séparer en primitives et secondaires.

C'est surtout à l'étude des intoxications lentes qu'on doit avoir recours pour se faire une idée vraie de la marche des dyspepsies primitives ; je parle des empoisonnements graduels, procédant sans brusques perturbations et donnant lieu à des affections longues et curables.

L'alcoolisme modéré fournit le meilleur exemple. On y voit les symptômes se développer peu à peu et, au milieu des troubles communs à un grand nombre d'états dyspeptiques, apparaissent des signes particuliers qui affirment l'origine de la maladie. L'anorexie n'est pas celle des cancéreux, et l'état nauséux survenant exclusivement au réveil, cessant par l'injection de l'aliment même le plus indigeste ou de la boisson la plus irritante, est sans analogues.

Plus tard, des lésions plus ou moins profondes pourront apparaître ; mais ces malaises n'en sont pas l'antécédent obligé, et encore moins en sont-ils la conséquence.

Outre qu'elle nous renseigne sur le mode de recherches à l'aide duquel on arrivera à constituer des variétés ou des types, la gastralgie alcoolique nous apprend que les troubles digestifs résument toute la maladie ou sont seulement les prodromes d'une altération fixe destinée à s'accuser par d'autres signes et à laisser des traces qui persisteront après la mort.

C'est sur cette distinction que portera toujours l'enquête la plus anxieuse du médecin. On a dit avec infiniment de raison que rien n'est plus difficile ; que les désordres, petits ou grands, sont les mêmes dans les deux cas ; qu'ils s'associent suivant des combinaisons illimitées, individuelles, impossibles à classer. Le fait n'est vrai qu'autant qu'on a l'étrange prétention de faire intervenir dans les considérants du jugement les symptômes gastriques, à l'exclusion de tous les autres. Un enfant qui présenterait les signes habituels du cancer de l'estomac au début serait-il supposé atteint de cette maladie ? Pourquoi non ? par le seul motif qu'en raison de son âge, il en est supposé préservé. Un adulte qui, après une courte dyspepsie, maigrit tout en s'alimentant, devient faible, pâle, anémique, appellera-t-il le

diagnostic d'une dyspepsie de l'espèce de celles que Brinton appelle ordinaires, et qui n'apportent pas d'empêchement effectif à la nutrition?

Une fois mis sur la route par des indices faisant fonction d'hypothèses, le médecin cherche, et il découvre dans les accidents gastriques eux-mêmes des éléments de décision qui lui avaient échappé : un vomissement dont le malade n'avait pas gardé mémoire, des sensations épigastriques, une rachialgie, des douleurs qui deviennent de plus en plus significatives; et comme il est convaincu que la dyspepsie ne se compose pas d'accidents sans lien, il s'enquiert de l'évolution et rencontre là des anomalies qui justifient ses appréhensions.

L'enquête se fait alors parallèlement à la marche de la maladie, elle ne procède pas suivant l'ordre des traités dogmatiques qui, ayant admis tout d'abord l'existence du cancer de l'estomac, remontent par une investigation presque rétrospective le cours des symptômes. Le diagnostic se consolide à mesure que les accidents se multiplient ou se confirment. La comparaison du cas observé avec les types auxquels il confine se limite de jour en jour; mais aux premiers temps elle ne porte que sur les variétés de dyspepsies, parce que le malade n'est apparemment rien autre qu'un dyspeptique. La règle essentielle est donc de ne pas borner l'examen, par une séméiotique toute artificielle, aux phénomènes gastriques, d'y faire concourir les altérations générales ou locales de la santé, en un mot de rejeter les désastreuses tendances qui, sous prétexte de médecine exacte, engagent à faire de la médecine *épisodique*.

Le malade qui souffre d'une névralgie intercostale n'est pas réellement atteint de la même affection, suivant qu'il est chlorotique, anémique, rhumatisant. Les prévisions se déduisent de la condition générale bien définie de la santé, et l'épiphénomène douloureux ne mérite ni une étude approfondie ni une description spéciale.

Mais que la névralgie éclate comme signe initial, qu'elle soit la première révélation d'une transformation imminente de la

santé, qu'elle remplisse, au début de l'affection chronique, le rôle du frisson qui annonce l'invasion de la maladie aiguë, ne sera-t-il pas précieux de prévoir la diathèse ou l'état pathologique encore latent? N'aura-t-on pas intérêt à connaître les caractères propres à la névralgie des chlorotiques, et la définition ne sera-t-elle pas incomplète, tant qu'au nom générique de névralgie on n'aura pas adjoint l'épithète spécifique?

Le propre des dyspepsies est justement de préparer des affections multiples, soit qu'elles en dénoncent seulement la venue, soit, comme il est plus probable, que les perversions de la digestion aient un rôle pathogénique plus élevé. Pour ma part, je me résigne difficilement à admettre que la dyspepsie prémonitoire du diabète ou de la gravelle est un simple hasard, et je suppose plus volontiers qu'elle accompagne les débuts d'une transformation profonde. Il suffit d'étudier, à l'aide d'une minutieuse anamnèse, la biographie pathologique des malades atteints de lithiase hépatique ou néphrétique, de goutte et de glycosurie pour voir combien longue a été la période d'incubation, et quelle place y ont occupée les troubles digestifs dont le malade lui-même avait conscience.

Il faudrait, pour donner un corps à ces aperçus, décrire successivement chacune des espèces qu'il me paraît actuellement possible de constituer en rapport avec un état pathologique ou naissant ou confirmé.

La dyspepsie se guérit par les drogues et, sans médicaments appropriés, les modificateurs hygiéniques sont insuffisants. En cela je suis conséquent à ma conviction que la dyspepsie a sa racine dans les profondeurs de l'organisme, et qu'elle n'est pas le résultat passager d'un écart de régime. La preuve, il faut la demander à l'expérience. Or, quel est le médecin qui s'associera sans réserve à l'opinion exprimée par Brinton, qu'une diète convenable et un régime approprié suffiront, dans un nombre énorme de cas, à éloigner les symptômes actuels de la maladie existante et à prévenir son retour? Et je ne parle pas des dyspepsies qui ne sont que la préface des lésions graves de l'esto-

mac : j'entends celles qui guériront et qui, dussent-elles persévérer, ne compromettront pas la vie.

Les objections contre les remèdes exotiques, et qui doivent leur renommée à ce qu'ils viennent de loin, ou contre les conclusions hâtives, l'appel à la *vis medicatrix naturæ*, me laissent indifférent. Si des maladies, en apparence identiques, ont été heureusement modifiées par dix remèdes différents, ce n'est pas les remèdes qu'il convient d'accuser, mais le médecin, ou c'est qu'il s'agissait peut-être de dix variétés différentes de maladies qu'on avait confondues, faute d'une suffisante analyse.

Le catalogue dressé par Brinton, des médicaments antidyspeptiques, se compose : des contre-irritants, de la pepsine, de quelques métaux, comme le fer et le zinc, des alcalins, des acides, des apéritifs, des sédatifs, du régime, de l'alcool, des toniques, etc. Ainsi énumérés, sans subordination, ces remèdes sont également improductifs et utiles. Il n'y en a pas un seul qui se superpose à tous les autres ; si bien que la formule banale est celle-ci : telle substance rend de signalés services dans certains cas ; dans d'autres, elle reste impuissante.

Or, pour ne mentionner qu'un exemple, autant les alcalins seront nuisibles aux dyspepsies des anémiques, autant le fer sera nuisible aux dyspepsies des goutteux. Je n'ai garde de conclure que le jour s'est fait dans une des questions les plus obscures de la pathologie. Tout homme qui propose une méthode, c'est-à-dire qui indique le chemin pour arriver au but, déclare que le but n'est pas atteint.

Pour résumer brièvement ce programme, ma ferme croyance est que le mode employé jusqu'ici pour classer les dyspepsies est défectueux, et qu'au lieu de compter sur des données physiologiques, à peine en voie d'élaboration, on doit s'en tenir à l'observation des malades.

La dyspepsie et la gastralgie ont été considérées de tout temps comme solidaires l'une de l'autre. Tantôt la douleur dominait, tantôt le malaise digestif prenait le dessus ; mais il existait entre ces deux termes une différence de degré plutôt que de nature.

Cette manière de voir reste encore l'expression de la vérité, et la conception d'une dyspepsie indolente est en contradiction avec les enseignements de la clinique.

Les dyspepsies représentent des états morbides plus semblables aux névroses qu'à tout autre type : intermittentes comme les névroses et, comme elles, à longue échéance ; mobiles, sans se porter sur d'autres organes que l'estomac, et, pour ainsi dire, protéiformes sur place. Élever chaque collection symptomatique passagère à la hauteur d'une espèce pathologique, c'est prendre un des chaînons de la série pour la série tout entière.

D'autre part, les dyspepsies se caractérisent par des sensations incommodes. Le malade en a conscience ; il les tolère péniblement, et avertit le médecin ; elles deviennent ainsi le premier indice d'affections graves. Il se peut que des signes mieux assurés tardent à venir en aide au diagnostic, et que le médecin doive se contenter des phénomènes subjectifs confondus sous le nom générique de dyspepsies. Il importe alors de discerner le malaise de la maladie, la névrose de la lésion naissante, et on n'y parvient que par une connaissance approfondie des accidents dyspeptiques, de leurs formes, de leur évolution, et surtout des aptitudes pathologiques du malade.

Enfin, c'est une faute d'isoler, par une analyse arbitraire, la pathologie gastrique de la pathologie intestinale. Que des affections redoutables de l'estomac existent sans participation de l'intestin, le cancer, à lui seul, en est un irrécusable témoignage. Mais, dans un grand nombre de cas, peut-être dans le plus grand nombre, les prétendues dyspepsies ne sont que des affections intestinales. La digestion, plutôt précipitée que ralentie, verse dans l'intestin des produits imparfaitement transformés : et qui ne sait combien l'intestin est plus irritable que l'estomac, n'étant pas, comme lui, assujéti au contact de tant de substances à peine élaborées ! N'arrive-t-il pas encore que, dans des conditions inverses, les dyspepsies ne sont que le retentissement ou le complément d'un trouble intestinal primitif ?