

pas cette réaction, doivent leur coloration à des pigments d'origine microbienne.

L'étude des troubles évolutifs de la digestion, qui est entièrement due à M. Hayem, permet de donner l'interprétation suivante des liquides résiduels.

A l'état normal, l'estomac, dont la fonction sécrétoire est sollicitée par le contact des aliments, réagit dans la mesure de l'excitation qu'il reçoit, c'est-à-dire que, pour une excitation donnée, les différents actes de la digestion se déroulent avec une intensité sensiblement égale et l'évolution de la digestion a lieu dans un délai déterminé, toujours le même pour la même excitation. De plus, l'estomac se vide quand le travail digestif est terminé; la fonction motrice est en rapport étroit avec la fonction glandulaire.

A l'état pathologique l'évolution digestive est troublée, soit du fait des anomalies de la fonction glandulaire, soit du fait des anomalies de la fonction motrice.

S'il y a suractivité de la fonction glandulaire, le suc gastrique est hyperpeptique; la digestion est alors rapide si le suc est peu abondant; elle est au contraire retardée et le processus digestif prolongé s'il y a en même temps hypersécrétion; dans les cas extrêmes, l'évacuation peut être indéfiniment retardée; c'est alors que l'on trouve du liquide dans l'estomac à jeun et ce liquide est peu abondant, chlorurique même s'il y a hyperchlorhydrie.

Existe-t-il une dépression de l'activité glandulaire, le processus digestif peut être assez long si l'hypopepsie est peu prononcée, si le suc gastrique sécrété est assez abondant; mais si l'hypopepsie est très marquée, s'il existe de l'apepsie, avec une sécrétion très amoindrie par suite de l'atrophie glandulaire, le travail de l'estomac est à peu près nul et l'évacuation est hâtive; c'est dans ces cas que l'on ne trouve pas de liquide au bout d'une demi-heure parfois.

La prolongation de la digestion n'est pas toujours la résultante d'une anomalie sécrétoire; elle peut dépendre de modifications de la fonction motrice.

On a fait jouer un rôle considérable à l'atonie gastrique; mais cette atonie est le plus souvent secondaire à des troubles sécrétoires remontant à une date reculée. Ainsi, chez des hypopeptiques, on peut trouver un estomac dilaté et évacuant tardivement son contenu, ce qui semble infirmer ce qui vient d'être dit relativement à la rapidité habituelle de l'évacuation chez les hypopeptiques; mais chez les malades de ce genre qui ont pu être suivis pendant longtemps, on trouve toujours à l'origine une hyperchlorhydrie qui a été la cause réelle de la dilatation; quand, par suite de l'atrophie glandulaire, l'hypopepsie succède à l'hyperchlorhydrie, l'estomac dont la tonicité était compromise, dont les muscles lisses étaient déjà atrophiés, ne peut plus adapter ses facultés motrices à son pouvoir sécrétoire; il continue à se vider tardivement malgré la diminution du travail digestif. En réalité la fonction motrice est surtout compromise quand il y a obstacle mécanique à l'évacuation, quand il y a sténose. C'est dans ces cas que l'on trouve du liquide résiduel en grande quantité dans l'estomac, liquide contenant des débris alimentaires nombreux et provenant parfois d'aliments ingérés depuis plusieurs jours; ce liquide résiduel est habituellement hyperpeptique ou fermentatif.

Nous reviendrons plus loin sur l'importante question de la dilatation. Il y a quelques années, sous l'influence des travaux du professeur Bouchard, la dilatation de l'estomac avait été considérée comme une entité morbide distincte et on lui rapportait la plupart des troubles à distance qui peuvent se manifester au cours des dyspepsies. Aujourd'hui, les cas de dilatation par obstacle mécanique étant mis à part, on considère la dilatation comme un syndrome lié le plus fréquemment aux troubles sécrétoires. Cette notion introduite par M. Hayem est féconde en résultats pratiques, car elle a permis d'édifier une thérapeutique rationnelle.

Dans les cas très anciens, le trouble moteur devient, il est vrai, prédominant; à la suite de la gastrite les fonctions motrices sont irrémédiablement compromises; la notion de cause n'intervient plus comme indication essentielle et c'est moins aux troubles

sécrétoires qu'il faut s'adresser qu'à la dilatation elle-même dont on atténuera les conséquences par les moyens appropriés.

Il ne paraît pas cependant que l'on doive rayer d'un trait de plume la dilatation primitive avec insuffisance motrice, qui est sous la dépendance d'un état asthénique que des causes héréditaires et acquises concourent souvent à déterminer.

Nous avons reproduit, aussi fidèlement que possible, la classification chimique exposée par M. Hayem, en élaguant seulement quelques détails un peu obscurs ou de peu d'importance pour la compréhension de l'ensemble. Cette classification met en lumière des faits nouveaux qui peuvent être ainsi présentés d'une façon schématique:

1° Les dyspepsies chimiques se distinguent par l'intensité des processus digestifs qui peuvent être exagérés ou amoindris.

2° Quelle que soit l'intensité de ces processus, il peut exister des altérations qualitatives se traduisant par l'existence des fermentations anormales et des troubles évolutifs divers.

3° Bien qu'il n'existe pas de rapport étroit entre l'intensité du travail digestif et sa durée, il est établi cependant qu'à un travail digestif intense correspond en général un ralentissement de la digestion, tandis que ce travail est très rapide quand les réactions digestives sont faibles ou nulles.

4° Le principal élément d'appréciation de la valeur du travail chimique est la détermination de la valeur quantitative et qualitative des combinaisons chloro-organiques, tandis que, dans l'ancienne classification, l'unique base adoptée était l'évaluation de la valeur quantitative de l'acide chlorhydrique libre.

5° La dilatation de l'estomac, lorsqu'elle n'est pas le résultat d'un obstacle mécanique à l'évacuation, est subordonnée presque toujours à des troubles évolutifs.

En terminant, nous devons indiquer la valeur moyenne des chiffres que donne, au bout d'une heure, l'analyse du contenu stomacal d'un individu, dont l'estomac fonctionne normalement (repas d'épreuve d'Hayem).

Tous les chiffres sont rapportés à 100 centimètres cubes de liquide et sont exprimés en HCl.

	HAYEM.	MATHIEU.
	Après une heure (en milligrammes d'HCl.)	
T Chlore total	A = 189 p. 100.	200
A Acidité totale	T = 521.	540
C Chlore combiné	F = 109.	120
F Chlore fixe	C = 158.	170
H = HCl libre	H = 44.	50
A - H = α	α = 0.86.	
	T	
	\bar{F} = 5	

En se reportant à ces chiffres, on pourra facilement apprécier les diverses déviations du chimisme, constatées chez les malades.

L'épreuve du temps nous permet aujourd'hui d'apprécier à sa juste valeur la valeur sémiologique du chimisme stomacal. Au début de l'emploi de l'analyse chimique, on crut avoir dans cette méthode un critérium absolu pour le diagnostic et la classification des gastropathies. Nous avons indiqué précédemment, d'un mot, qu'il était impossible de s'appuyer dans tous les cas sur les résultats fournis par l'analyse chimique seule pour édifier une classification. Quelle est donc exactement la portée pratique de l'analyse chimique?

La constatation de l'hyperchlorhydrie avec une sécrétion de suc gastrique abondant, riche en peptones, etc., indique une excitation sécrétoire intense, laquelle est liée à l'existence d'une gastrite spéciale (gastrite parenchymateuse ou hyperpeptique de