

encore les alcalins, mais surtout le sous-nitrate de bismuth à hautes doses, et que l'on a recours aussi parfois aux sédatifs (belladone).

Nous avons indiqué que les alcalins constituent un moyen chimique de saturer l'acide libre et contribuent ainsi à faire disparaître les douleurs, bien que l'intensité de celles-ci soit loin d'être proportionnelle au degré d'acidité du contenu gastrique; nous nous sommes déjà expliqué sur ce point. Les alcalins, en tout cas, calment incontestablement les phénomènes douloureux et parfois instantanément; ils nous offrent donc une ressource précieuse pour soulager les malades, mais il faut se garder de les considérer, ainsi que beaucoup de médecins ont encore tendance à le faire, comme un moyen de traitement capable d'amener la guérison. Les alcalins ne sont que des agents palliatifs, dont l'emploi doit être passager; on doit leur substituer le plus rapidement possible les médications qui agissent sur l'élément sécrétoire et sur la gastrite. D'ailleurs, leur emploi prolongé est dangereux; s'ils saturent l'acide lors de leur introduction dans l'estomac, ils ont par contre pour effet éloigné d'exciter la sécrétion; ce sont des armes à double tranchant permettant de combattre certains effets de la maladie, mais pouvant entretenir l'excitation sécrétoire (bien que ce fait ait été contesté par Reichmann). Le bicarbonate de soude, ne l'oublions pas, se transforme en chlorure de sodium dans l'estomac; or, c'est aux dépens de ce chlorure que se fabrique l'acide du suc gastrique; donner du bicarbonate de soude à un hyperchlorhydrique, c'est le soulager momentanément, mais c'est aussi lui fournir le moyen de sécréter de nouvelles quantités d'acide; en somme, c'est tourner dans un cercle vicieux.

Si le bicarbonate de soude est passible des reproches que nous venons de faire, il n'en est pas de même en ce qui concerne les alcalino-terreux, c'est-à-dire la magnésie et le carbonate de chaux; ces bases saturent également bien l'acide libre, mais sont dépourvues d'action excitante; de plus, elles ne donnent pas lieu, comme le bicarbonate de soude, à un dégagement abondant d'acide carbonique, gênant par la distension gastrique qu'il occasionne.

La magnésie sature l'acidité et forme du chlorure de magnésium qui paraît avoir une certaine action sur la motricité (Laborde et Aguilhon de Sarran ont, en effet, montré qu'il excite les fibres musculaires lisses). Quant à la craie préparée, qui sature également les acides, elle se transforme en chlorure de calcium légèrement diurétique (Giacomini).

Pour les raisons qui viennent d'être indiquées, on tend aujourd'hui à substituer au bicarbonate de soude les autres alcalins, ou tout au moins à les associer à ce sel, de façon à n'employer que des doses modérées de celui-ci. Nous ne conseillons donc pas de prescrire les doses de 20 à 40 grammes de bicarbonate de soude *pro die* que nous avons vu donner, il y a quelques années, aux hyperchlorhydriques.

Théoriquement, la quantité d'alcalins administrée doit être en rapport avec celle d'acide à saturer. La chimie fournit des indications qui sembleraient devoir être prises pour guide, dans l'administration de ces médicaments, puisqu'elle nous indique la quantité de bicarbonate de soude nécessaire pour saturer une quantité d'acide chlorhydrique, et les quantités de magnésie, de phosphate ammoniaco-magnésien équivalentes; mais, à vrai dire, ces indications sont insuffisantes dans la pratique, car, si l'on peut, à l'aide du repas d'épreuve,

déterminer l'acidité du suc gastrique dans chaque cas en particulier, il ne faut pas perdre de vue que le taux de l'acidité peut varier d'un jour à l'autre; d'ailleurs, connaître le degré exact de l'acidité ne suffit pas, il faudrait encore évaluer d'une façon précise la quantité de suc gastrique sécrété; or, à cet égard, on ne peut avoir que des données approximatives.

En réalité, le véritable critérium est la douleur; la dose suffisante est atteinte quand le malade ne souffre plus. « Nous avons, dit M. Debove, pour juger de la suffisance de la dose, un réactif excellent, la douleur. Tout malade dont le suc gastrique est neutralisé par les alcalins, cesse d'avoir les douleurs intolérables qu'il éprouvait auparavant. »

La méthode de l'administration du bicarbonate de soude et des alcalins en général par dose unique, massive, à l'heure où la douleur atteint son maximum d'intensité, est aujourd'hui condamnée. On préfère prévenir la douleur en administrant une petite dose du médicament immédiatement après le repas et renouveler la même dose dès que la douleur tend à se manifester de nouveau.

Jamais les alcalins ne doivent être prescrits à jeun, car dans ces conditions ils excitent la sécrétion chlorhydrique. Les malades atteints d'hyperchlorhydrie, qui vont suivre un traitement à Vichy, nous reviennent souvent avec une aggravation.

Si l'on prescrit le bicarbonate de soude seul, on le donnera par paquets de 1 gramme, de demi-heure en demi-heure ou d'heure en d'heure, après le repas. Si l'on associe le bicarbonate de soude à d'autres alcalins, on pourra employer l'une ou l'autre des formules suivantes, en observant les mêmes règles pour l'administration des médicaments :

1.	Bicarbonate de soude	60 centigrammes.
	Craie préparée	20 —

pour un cachet.

2.	Bicarbonate de soude	1 gramme.
	Craie préparée	} aa 20 centigrammes.
	Magnésie calcinée	

pour un cachet.

5.	Bicarbonate de soude	} aa 0 gr. 50
	Craie préparée	
	Magnésie calcinée	} aa 0 gr. 25
	Sous-nitrate de bismuth	

pour un cachet.

4.	Bicarbonate de soude	1 gramme.
	Magnésie calcinée	} aa 20 centigrammes.
	Phosphate ammoniaco-magnésien	

pour un cachet.

5.	Bicarbonate de soude	20 grammes.
	Magnésie calcinée	5 —
	Sous-nitrate de bismuth	2 —

1/2 à 1 cuillerée à café, au moment de l'apparition des malaises; à renouveler d'heure en heure, s'il est nécessaire, jusqu'à la fin de la digestion.