

à reprendre leurs occupations, on insistera auprès d'eux pour qu'ils évitent tout surmenage, pour qu'ils mènent une vie régulière et se gardent des veillées, de la vie de cercle, etc. Ils devront consacrer dix heures au moins au sommeil. Le tabac sera rigoureusement interdit.

Les *bains tièdes* seront utiles au moment des paroxysmes douloureux; ils contribuent à calmer les douleurs et peuvent procurer le sommeil, quand ils sont pris le soir. Quant à l'*hydrothérapie*, elle rend les plus grands services, à la condition d'être appliquée avec discernement. La douche froide d'emblée est, en général, mal supportée. On commencera donc par prescrire des douches tièdes, en pluie, de 3 à 5 minutes de durée, en évitant de toucher au creux épigastrique. Ces douches tièdes ont un effet sédatif puissant. Après une série de douches tièdes, on leur substituera la douche écossaise et l'on n'arrivera à la douche froide que progressivement.

Pendant la belle saison, les malades pourront poursuivre le traitement hydrothérapique à *Divonne*, à *Champel*, à *Heiden*, à *Schoenfeld* ou dans tout autre établissement où l'air pur, le repos associeront leurs effets à celui de l'hydrothérapie.

Tous les malades atteints de gastropathie consultent avec insistance le médecin sur l'opportunité d'une cure hydro-minérale. S'il est des cas où il faut être réservé dans l'emploi des cures thermales, c'est bien ceux où l'hyperchlorhydrie est en cause. A notre avis, aucun traitement par ingestion d'eau n'est utile dans l'hyperchlorhydrie; les eaux alcalines en particulier peuvent exagérer le type morbide, ainsi qu'il a été dit. On mettra donc les malades en garde contre Vichy et les eaux similaires. Si donc, en vertu de la tradition, les malades ne renoncent pas à l'idée de chercher la guérison dans une station thermale, on se bornera à leur recommander un traitement externe, à *Néris*, à *Plombières*, à *Luceuil*, *Bagnères-de-Bigorre* (bains et douches des sources de Salut, Platane, Marie-Thérèse), etc., dont les eaux agissent uniquement par leur haute thermalité. Peut-être pourrait-on faire exception pour Saint-Nectaire, dont les propriétés sédatives ont été vantées dans ces dernières années; mais l'effet physiologique de ces eaux est encore trop mal connu pour qu'on puisse donner à cet égard des indications précises.

Si le traitement hydro-minéral n'est recommandable qu'avec les réserves que nous venons de formuler, il n'en est pas de même des *cures climatériques* qui doivent être, chez tous les malades en état de se déplacer, un complément nécessaire du traitement. Tel malade, qui se sera soigné sans grands résultats pendant tout un hiver, retrouvera parfois la santé après un séjour d'assez longue durée dans une station d'altitude. En principe, les malades peuvent s'améliorer partout, sans qu'il y ait lieu de recommander une station plutôt qu'une autre; cependant, nos préférences sont pour le séjour à une altitude modérée, entre 800 et 12 à 1400 mètres.

L'air de la montagne est plus pur, plus léger que celui de la plaine, et le spectacle de la montagne n'est pas sans exercer d'influence sur le système nerveux. Le séjour au bord de la mer ne convient pas aux hyperchlorhydriques; exception peut être faite cependant pour la plage abritée d'Arcachon; en tout cas, les bains de mer seront formellement interdits.

L'hyperchlorhydrie, sans hypersécrétion continue, peut guérir sous l'in-

fluence d'un traitement périodique et prolongé, mais elle est sujette à récurrence. Négligée, ou traitée de façon non méthodique, par l'usage exclusif et abusif des alcalins, elle persiste, s'aggrave et peut aboutir à l'ulcère.

L'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue, encore dénommée gastrosuccorrhée ou maladie de Reichmann, a donné lieu, dans ces dernières années, à de nombreuses discussions; son existence en tant que syndrome gastrique primitif, admise depuis les travaux de Reichmann, Riegel, Bouveret et Devic, a été contestée et il semble bien, à la vérité, que la prétendue maladie de Reichmann doive être confondue avec les sténoses. Il en sera question longuement, dans le chapitre consacré aux sténoses pyloriques, mais nous croyons devoir rappeler brièvement à cette place l'état de la question:

Les troubles fonctionnels sont les mêmes, quoique plus intenses que dans l'hyperchlorhydrie simple, c'est-à-dire que les malades sont atteints du syndrome pylorique caractérisé par des douleurs tardives, diurnes et nocturnes, survenant plusieurs heures après le repas; par des vomissements plus ou moins fréquents, les uns alimentaires, les autres d'un liquide très acide; de constipation habituelle. Ils sont amaigris et présentent des troubles nerveux divers; ces troubles se perpétuent indéfiniment avec des rémissions plus ou moins accentuées, survenant spontanément ou surtout sous l'influence d'un traitement médical approprié; mais souvent ils disparaissent complètement sous l'influence d'une intervention chirurgicale et ce sont précisément les interventions pratiquées dans un but curatif qui ont éclairé sur la cause véritable du syndrome. Les signes physiques lui donnent sa note caractéristique: l'estomac, qui est toujours dilaté, parfois dans des proportions considérables, contient toujours du liquide à jeun, le matin au réveil, en quantité variable; ce liquide résiduel est habituellement très riche en acide chlorhydrique libre et, suivant les cas, contient ou non des débris alimentaires facilement reconnaissables à l'œil nu; en d'autres termes, il y a deux sortes de gastrosuccorrhée, l'une avec stase, l'autre sans stase. Si l'on est d'accord aujourd'hui, depuis les travaux de M. Hayem, pour considérer la première comme causée et entretenue par un ulcère cicatrisé de la région juxtapylorique, on est encore hésitant sur la nature de la gastrosuccorrhée simple, constituée uniquement par la présence du suc gastrique pur.

Beaucoup de médecins la considèrent encore comme une maladie autonome, comme la forme la plus grave de l'hyperchlorhydrie; ils admettent volontiers que l'ulcère peut la compliquer, mais son existence préalable ne serait pas la condition *sine qua non* de la gastrosuccorrhée; cette opinion est soutenue notamment par M. Albert Robin, et les constatations de Carle et Fantino, faites au cours de laparotomies, ont paru la confirmer, ces derniers auteurs ayant constaté l'absence d'ulcère pylorique; toutefois il y a lieu de faire quelques réserves à ce sujet, car l'on sait combien il est difficile de faire une exploration complète du pylore au cours d'une gastro-entérostomie. D'ailleurs des observations chirurgicales plus récentes infirment cette opinion: Il paraît prouvé aujourd'hui que la gastrosuccorrhée sans stase est sous la dépendance d'un ulcère pylorique, sans d'ailleurs qu'il soit besoin de faire intervenir la sténose, car celle-ci manque dans quelques cas. Soupault estime que la lésion ulcéreuse est le point de départ d'un réflexe qui aboutit, d'une part, à la contracture