

avaient été précédés d'hémorragie, nous avons constaté 14 fois l'hyperchlorhydrie à des degrés divers. Sans doute, on n'a pas constaté l'hyperacidité dans tous les cas, mais il est facile de trouver la raison des exceptions : à la suite d'hémorragies abondantes, l'hyperchlorhydrie disparaît momentanément.

Mais si l'hyperchlorhydrie est la règle chez les ulcéreux, le nombre des ulcéreux est faible relativement à celui des hyperchlorhydriques.

On a émis l'opinion que l'ulcère survenait surtout dans les formes les plus graves de l'hyperchlorhydrie, celles qui s'accompagnent d'hypersecretion permanente. Le contact permanent d'un suc gastrique hyperacide sur la muqueuse entraînerait l'érosion, puis l'ulcère. D'après les récents travaux de M. Hayem, la gastro-succorrhée est l'exception chez les ulcéreux; quand elle existe, c'est toujours dans les cas d'ulcère compliqué de sténose. L'hypersecretion, en d'autres termes, serait non la cause, mais un effet de l'ulcère, ou pour mieux dire de l'ulcère compliqué de sténose.

Constatons que cette nouvelle interprétation de l'hypersecretion n'a pas rallié tous les suffrages. MM. Albert Robin, Debove, Linossier, etc., l'ont combattue comme trop exclusive et persistent à admettre l'existence d'une hypersecretion primitive indépendante de toute sténose, pouvant entraîner la contracture permanente du pylore, la rétention alimentaire et la formation d'érosions susceptibles de se transformer en ulcère.

Que l'on admette ou non le rôle particulièrement actif de l'hypersecretion, on ne peut nier celui de l'hyperchlorhydrie, indépendamment de la continuité de la sécrétion; mais cette hyperacidité ne constitue pas le facteur unique de l'ulcère; à côté du trouble fonctionnel, il faut faire intervenir la gastrite qui est constante chez les ulcéreux, de sorte qu'en dernier ressort, on est conduit à une théorie éclectique, impliquant l'association de deux causes pour expliquer le développement de l'ulcère :

a) D'une part, une lésion de la muqueuse, d'origine variable : érosion inflammatoire ou hémorragique, oblitération vasculaire, lésion infectieuse ou traumatique, peut-être d'origine tropho-névrotique. « La condition préparatoire principale de l'ulcère serait une altération vasculaire d'ordre variable, entraînant un affaiblissement du pouvoir de résistance de la muqueuse vis-à-vis du suc gastrique » (Hayem).

b) Une altération du suc gastrique, telle que le suc exerce une action corrosive sur le point *minoris resistentiæ*, transforme l'érosion en ulcère et s'oppose à la cicatrisation de l'ulcère.

Tous les efforts du médecin doivent tendre à combattre l'hyperacidité qui entrave la cicatrisation de l'ulcère, ensuite à s'efforcer de traiter la gastrite qui en est le substratum anatomique.

La théorie qui vient d'être exposée et qui fait jouer un rôle actif à l'hyperchlorhydrie est adoptée communément. Il convient toutefois de faire observer que la pathogénie de l'ulcère gastrique est encore entourée d'obscurité; comment expliquer avec cette théorie la production de l'ulcère externe de l'estomac décrit par M. Hayem? Ce processus n'éveille-t-il pas plutôt l'hypothèse d'une altération des plexus intra-pariétaux tenant sous leur dépendance la nutrition de la paroi stomacale? Il est fort possible qu'une influence nerveuse, encore mystérieuse dans son essence, préside au développement de l'ulcère. On sait combien est fréquent l'ulcère chez les jeunes filles nerveuses, voire même hystériques, indépendamment de toute cause appréciable de gastrite (alimentaire ou médicamenteuse)!

I. — Traitement de l'ulcère récent non compliqué.

On peut être appelé à traiter un ulcère récent, sans complications, ou compliqué d'accidents très graves comme l'hémorragie abondante, la perforation; l'ulcère chronique; les suites ou séquelles de l'ulcère cicatrisé.

Envisageons d'abord le traitement de l'ulcère récent non compliqué: cet ulcère est celui contre lequel un traitement médical méthodique et prolongé pendant un temps suffisant a le plus de prise.

Il est rare que l'ulcère ne soit pas précédé d'une phase dyspeptique plus ou moins longue, dont les symptômes s'aggravent progressivement. Les cas fort rares où l'ulcère, qu'aucun symptôme prémonitoire ne permettait de soupçonner, se traduit brusquement soit par une hématomèse mettant la vie en danger immédiat, soit par une perforation, peuvent être considérés, au point de vue thérapeutique, comme des ulcères compliqués d'emblée.

Habituellement, on soupçonne l'ulcère quand, au cours d'une dyspepsie, surviennent des douleurs des plus vives, se manifestant surtout à l'occasion de l'ingestion des aliments, se traduisant par une sensation de brûlure intense ou de plaie, avec retentissement dorsal; quand il existe une intolérance gastrique habituelle, se manifestant par des vomissements alimentaires ou de liquides acides contenant souvent du sang noirâtre, ayant séjourné dans l'estomac; le diagnostic devient évident quand se produit une hématomèse de sang rouge.

Les indications thérapeutiques sont multiples, il faut :

1° Assurer la cicatrisation de l'ulcère :

2° Combattre les causes qui en ont provoqué l'écllosion;

3° Instituer, dans certains cas, un traitement symptomatique.

1° Pour assurer la cicatrisation de l'ulcère, le médecin dispose de moyens empruntés à l'hygiène générale et au régime et de moyens médicamenteux.

Il faut évidemment, pour que l'ulcère puisse se cicatriser, restreindre au minimum l'irritation causée par les aliments; on y parvient par le régime lacté, mais ce régime n'assure que relativement le repos de l'estomac. Le repos absolu ne peut être assuré que par la suppression de toute alimentation par la voie buccale.

La diète absolue, employée d'abord à titre exceptionnel, exclusivement dans les ulcères compliqués d'hémorragie grave, constitue, à notre avis, l'unique moyen à mettre en œuvre au début du traitement de tout ulcère. Sans doute il ne s'agit là que d'une ressource essentiellement temporaire, car la valeur nutritive des lavements alimentaires, par lesquels on a voulu remplacer l'alimentation par la bouche, est des plus contestables; néanmoins on peut maintenir les malades à la diète absolue, pendant quelques jours, en leur administrant des lavements d'eau tiède et en pratiquant des injections de sérum. On institue ensuite la diète lactée.

A cette diététique, il faut ajouter le repos au lit, dont l'influence n'est pas moins décisive sur la cicatrisation de l'ulcère. Le repos favorise la cicatrisation comme celle de toute plaie, quel qu'en soit le siège; de plus, il contribue puissamment à calmer les douleurs, l'érythème nerveux; il est, d'ailleurs, pour ainsi dire imposé spontanément aux malades par la faiblesse qu'ils éprouvent.

On a proposé l'emploi de nombreux médicaments auxquels on attribue des propriétés cicatrisantes; en réalité, ils n'ont aucune valeur.

Un seul médicament favorise indirectement la cicatrisation: c'est le sous-nitrate de bismuth au moyen duquel on cherche non pas à modifier la surface de l'ulcère, mais à la recouvrir d'un enduit protecteur, à « l'isoler ».