

par des fumiers ou l'épandage. La prudence voudrait, semble-t-il, que radis, salades, fraises et tous aliments crus souillés par des fumiers soient tenus en suspicion par les personnes qui redoutent le cancer et qui approchent de la quarantième année. Ce n'est là, malheureusement, qu'une hypothèse." Si vous admettez cette théorie il vous sera facile de comprendre que l'inoculation de ces germes sera plus facile en un point où la muqueuse est ulcérée que dans les régions où elle est saine.

Abordons maintenant une question particulièrement obscure, celle de la nature de l'ulcère simple.

C'est une lésion spécifique, je veux dire par là qu'elle n'est pas due à une cause banale. Il y a bien des variétés d'ulcération de l'estomac, elles sont traumatiques ou dues à des maladies infectieuses, mais il ne faut pas confondre ulcération avec ulcère. L'ulcus rotundum, l'ulcère de Cruveilhier a une forme anatomique et une évolution clinique qui l'en séparent trop profondément. C'est une maladie spéciale à l'estomac, ou plus exactement spéciale aux parties de la muqueuse digestive qui peuvent être au contact du suc gastrique; c'est ainsi qu'on le voit se développer dans la dernière partie de l'oesophage, dans la première partie du duodénum, dans le jejunum lorsqu'à la suite d'une gastro-entérostomie la muqueuse de cette région est baignée par le suc acide de l'estomac. Je dis suc acide, parce que lorsque cette opération est pratiquée sur un malade qui a une obstruction cancéreuse du pyloré, il n'y a point d'ulcère peptique du jejunum, les sécrétions de l'estomac ne contiennent plus qu'une petite quantité d'acide chlorhydrique.

Vous pourriez me demander si le suc pancréatique ne peut produire, lui aussi, l'ulcus du jejunum: je vous répondrais que cliniquement on n'a jamais observé l'ulcus du jejunum en dehors de la gastro-entérostomie; d'autre part, M. Frouin, le physiologiste bien connu pour ses travaux sur les ferments digestifs et notamment sur le suc pancréatique, m'affirme, sur la foi d'expériences répétées, que ce suc est incapable de régénérer les tissus vivants; vous connaissez par contre la vieille expérience de Claude Bernard qui obtient la digestion du train postérieur d'une grenouille vivante en l'introduisant dans l'estomac par une fistule gastrique. Ainsi cliniquement et physiologiquement on peut, à ce point de vue, opposer les deux sécrétions gastrique et pancréatique.

Reste à savoir pourquoi la muqueuse est digérée en un point circonscrit: à une lésion locale il faut une cause locale; c'est pourquoi l'hyperchlorhydrie de l'ulcère est incapable à elle seule d'expliquer la production de la lésion. Mais, dès lors, quelle cause locale invoquer? Ce ne sera point le traumatisme, car expérimentalement on n'obtient point ainsi l'ulcère; d'ailleurs les interventions chirurgicales n'ont jamais donné lieu à un ulcère. Ce ne sera point davantage une lésion locale, vasculaire ou nerveuse; comment expliquer, en effet, dans cette hypothèse l'apparition fréquente de l'ulcère jéjunal après gastro-entérostomie pour ulcère gastrique? En l'absence de toute autre explication plausible, je suis tenté de croire à l'inoculation locale d'un parasite, peut-être une de ces levures qui poussent si aisément en milieu acide. Elles prépareraient l'action du suc

gastrique et ainsi s'expliqueraient, par réinoculation, les ulcères multiples de l'estomac et l'ulcère peptique du jejunum. Je le reconnais, je suis en pleine théorie; j'avoue même avoir tenté inutilement de la vérifier; reconnaissons cependant qu'elle relie aisément des faits inexplicables dans l'état actuel de la science.

Ainsi donc il y aurait deux facteurs à combattre, mais l'un d'eux nous échappe encore: c'est l'agent pathogène initial; contre l'auto-digestion gastrique nous sommes heureusement mieux armés si bien que nous améliorons presque toujours nos malades, nous les guérissons souvent. Vous savez que la pepsine n'agit qu'en milieu acide; en milieu neutre ou alcalin elle perd toute action digestive. C'est donc contre l'acidité gastrique qu'il nous faudra lutter. Dans ce but on utilisera surtout le bicarbonate de soude, la craie préparée, le phosphate de chaux.

Le bicarbonate de soude est soluble et agit immédiatement, mais en raison de sa solubilité il est rapidement absorbé. De plus, sans le croire responsable de tous les méfaits dont on l'a accusé, il n'est peut-être pas sans danger de faire absorber pendant des mois des doses énormes de ce sel qui tendraient à modifier la composition du sang. Vous n'avez rien de pareil à craindre avec la craie préparée qui est attaquée dans la proportion nécessaire pour saturer l'acide. Les quantités que vous donnerez en excès passeront sans transformation dans les garde-robes. Je vous recommande de le prescrire non en cachets qui souvent ne se désagrègent pas dans l'estomac, mais délayé dans l'eau de façon à augmenter les surfaces de contact. Il présente un seul inconvénient, celui de constiper légèrement. Il sera facile de combattre cet effet en l'additionnant de petites quantités de magnésie qui ont l'avantage de faciliter les garde-robes et en même temps de saturer les acides.

Quant au régime alimentaire il faudra le surveiller attentivement, prescrire les viandes qui excitent les sécrétions acides, insister sur le régime végétarien et surtout sur le régime lacté.

Le lait n'agit pas seulement parce qu'il est d'une digestion facile, mais parce qu'il contient peu de chlorure de sodium. Des expériences très intéressantes, dues à MM. Dastre et Frouin montrent que l'acide chlorhydrique de l'estomac est fabriqué aux dépens du chlorure de sodium du sang; on peut diminuer considérablement la teneur chlorhydrique du suc gastrique par le régime déchloruré. Il semblerait donc indiqué de mettre les malades à ce régime, mais lorsqu'il est appliqué avec rigueur il est très pénible. La chose est connue depuis longtemps, elle m'était encore confirmée, il y a quelques jours, par un collègue de cet hôpital qui, enfermé dans Metz, lors de la guerre de 1870, a souffert cruellement de la privation du sel. D'un autre côté les animaux soumis au régime achloruré ne tardent pas à dépérir. La conclusion est qu'il faut instituer un régime peu chloruré et non achloruré. Je n'ai fait que vous indiquer les grandes lignes du traitement, je reprendrai plus tard ce sujet et le développerai en détail. Je vous rappellerai qu'il a été remarquablement exposé par notre confrère le Dr Linossier, dans un rapport fait au Congrès de médecine, que j'eus l'honneur de présider à Paris en 1907.