

et Hartmann ont démontré, en opérant des malades atteints du syndrome de Reichmann, qu'il y avait un ulcère pylorique ou juxtapylorique, dans tous les cas d'une certaine intensité. Ils ont attribué au spasme du pylore les crises douloureuses, tardives, habituelles en cas semblables, et l'hypersecretion chlorhydropeptique. L'ulcère est donc, non plus la conséquence, mais la cause qui maintient l'hypersecretion, bien que celle-ci paraisse lui être antérieure dans la majorité des cas.

On a édifié des théories mixtes. On a admis qu'il existe, pour la production d'un ulcère de l'estomac, d'une part, des causes d'auto-digestion; de l'autre, un défaut de résistance, ou de protection de la muqueuse gastrique. Ce défaut de résistance existe dans tous les cas où il y a des ecchymoses, des foyers de gastrite, etc. Le défaut de protection a été surtout invoqué par Gauffman. Cet auteur a récemment soutenu que l'ulcère se produit parce que, dans certaines circonstances, la muqueuse gastrique ne fabrique plus une quantité de mucus suffisante, ce mucus jouant, à l'état normal, le rôle d'une sorte de vernis protecteur. Surtout, de Lille, partage ces idées. Il fait remarquer que l'action calmante du sous-nitrate de bismuth tient en grande partie à ce que cette substance, étalée à la surface interne de l'estomac, provoque une sécrétion de mucus. Kauffmann croit que l'ulcère se produit lorsque ce mucus manque. Quoi qu'il en soit, on peut retenir que le mucus est un moyen de protection mis en œuvre par certains des traitements employés, notamment les ingestions massives de bismuth. Depuis longtemps, M. A. Mathieu a émis cette hypothèse.

Katzenstein a proposé une théorie ingénieuse, basée sur des expériences faites à l'aide de ces tubes qui servent à mesurer la teneur en pepsine du suc gastrique; ils consistent en un petit tube de verre, où l'on introduit du blanc d'oeuf que l'on fait coaguler. Le tube est ouvert aux deux bouts. On le plonge ainsi préparé, dans le liquide digestif dont on veut apprécier le pouvoir peptonisant. Au bout de 10 à 24 heures, on estime l'activité digestive du suc gastrique d'après la longueur de blanc d'oeuf digéré. Katzenstein a eu l'idée d'inclure dans de pareils tubes des particules de muqueuse stomacale; dans ces conditions, il a vu que le blanc d'oeuf n'était pas digéré. Il en a conclu que la muqueuse stomacale fabrique une antipepsine arrêtant l'action de la pepsine. Donc, quand un ulcère se produit, c'est que l'antipepsine manque. Le traitement de l'ulcère consisterait à donner de l'antipepsine.

En dehors du défaut de résistance locale, on a invoqué l'état général. On a dit que les jeunes femmes chlorotiques avaient d'autant plus facilement l'ulcère de l'estomac que leur vitalité, leur résistance générale était moindre. Mais il est parfois bien difficile de savoir si l'anémie est primitive ou secondaire à l'ulcère. Certaines expériences récentes ont eu pour but de mettre en relief la diminution de la résistance générale, comme facteur dans la production de l'ulcère. Fenton Turck a mis des chiens en état d'alimentation insuffisante et d'inanition incomplète. Lorsqu'ils étaient ainsi affaiblis, il leur injectait dans l'estomac une culture de coli-bacilles, et, très souvent, déterminait des ulcérations

chroniques ayant parfois les caractères de l'ulcère rond. L'ulcère se serait produit par infection que favorisait la moindre résistance de l'animal. Dans d'autres faits, F. Turck pratiquait un traumatisme en enlevant un fragment de muqueuse.

Quelles conclusions utiles tirer de tout cela?

Tout d'abord, il est bien certain qu'on ne peut retenir, comme ayant une part dans la genèse de l'ulcère, que les facteurs dont l'observation, basée sur la statistique, indique l'intervention possible. Les théories pathogéniques, ici, comme toujours, doivent être jugées par la clinique.

Or, que nous disent la clinique et la statistique? Récemment, Moutier a relevé 600 cas d'ulcères observés en l'espace de six ans dans le service de M. A. Mathieu. D'une façon générale, il y a plus d'hommes que de femmes (3 hommes pour 2 femmes). L'ulcère ne se produit pas au même âge dans chaque sexe. Chez l'homme, il apparaît de 30 à 40 ans; chez la femme, de 20 à 30. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'hommes vigoureux primitivement, chez qui l'ulcère s'était développé à la suite d'un surmenage de l'estomac par les aliments et surtout par les boissons (alcoolisme). Cela rend probable l'influence de la gastrite comme cause prédisposante à l'ulcère. Chez la femme, cette cause est moins importante. Sa vie génitale paraît la rendre moins résistante. Souvent, l'ulcère débute après la grossesse et l'accouchement.

Il faut tenir compte aussi du port du corset, amenant la ptose et la dilatation d'estomac, la lenteur de son évacuation chez la femme. Ici, par conséquent, reparaît l'influence de l'action du suc gastrique et de l'auto-digestion de la muqueuse gastrique.

Dans quelle mesure trouve-t-on, en clinique, l'hyperchlorhydrie chez ces malades? Dans la majorité des cas. Hayem et Lyon, se servant de la méthode de Winter, ont trouvé l'hyperchlorhydrie dans 23 cas sur 26. M. Mathieu a trouvé 78 p.c. d'hyperchlorhydriques parmi ses ulcéreux.

Ceci est de nature à faire penser qu'effectivement l'auto-digestion tient un rôle important dans la genèse de l'ulcère.

Un autre argument, qui plaide avec tout autant de force en faveur de cette manière de voir, c'est la répartition topographique de l'ulcère. L'ulcère vrai siège exclusivement dans les zones du tube digestif baignées par le suc gastrique et surtout dans les points suivants: partie inférieure de l'oesophage (*rare*); périphérie et voisinage du pylore; première partie du duodénum. Quant aux ulcères simples de l'intestin (côlon), ce sont d'autres lésions aussi bien que les ulcères de la vessie, par exemple. Si ces ulcérations étaient de même nature, pourquoi l'ulcère serait-il si fréquent à l'estomac et si rare ailleurs? Si l'on trouve quelquefois des ulcérations intestinales à bords arrondis, ayant par suite l'apparence de l'ulcère, ce n'est pas une raison pour identifier les deux lésions, ni pour leur attribuer la même pathogénèse, on a observé des ulcères vrais du jéjunum. Tiegel a vu sur 16 cas d'ulcères jéjunaux, 12 présentant de l'hyperchlorhydrie. Mais pourquoi tous les malades auxquels on fait la gastro-entérostomie n'ont-ils pas un ulcère