

SYSTÈME NERVEUX

XXXII. — CRISES GASTRIQUES DU TABES

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Observation. — Caractères cliniques. — Formes cliniques.
II. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ; TRAITEMENT.
III. CHIMISME VARIABLE DE L'ESTOMAC. — Observation.
IV. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ; TRAITEMENT.

I. — Exposé clinique.

Une malade de trente-deux ans entre dans mon service de l'hôpital Necker pour des douleurs gastriques extrêmement intenses avec vomissements alimentaires et vomituritions répétées. Ces douleurs sont survenues tout d'un coup, elles ont acquis très vite un haut caractère d'acuité ; elles existent non seulement au creux de l'estomac, mais dans le dos, à la région rachidienne, et un cercle de fer paraît enserrer la base de la poitrine avec quelques douleurs à l'épaule rappelant de loin l'angine de poitrine. Assise sur son lit, pliée en deux, l'angoisse peinte sur son visage pâle, la voix entrecoupée, elle peut à peine répondre tant elle souffre ; les extrémités sont refroidies, le pouls est serré, concentré, à peine sensible...

En m'appuyant seulement sur l'intensité des douleurs, sur leur *apparition soudaine*, je pense de suite à une violente crise gastrique du tabes, et la malade m'apprend qu'effectivement, elle est atteinte de cette dernière affection depuis trois ans, les douleurs gastriques ayant apparu depuis deux ans et se manifestant toujours par *accès* d'une durée de deux ou trois jours, avec retour complet dans leur intervalle à l'état normal des fonctions digestives.

Rappelons tous ces caractères, et lorsqu'ils seront bien présents à notre esprit, lorsqu'il s'agira surtout de tabétiques ignorés, entrant dans le tabes par une crise gastrique, lorsque ces crises se manifesteront pendant la période préataxique, nous pourrons dépister rapidement le diagnostic. Ces caractères cliniques sont les suivants :

1° Rapidité d'apparition ; 2° rapidité de disparition du syndrome ; 3° rapidité d'augment des douleurs ; 4° intensité de ces douleurs ; 5° reprise des accidents gastriques sous forme d'accès ; 6° retour assez rapide à l'état normal des fonctions digestives après les accès.

En un mot, il s'agit le plus souvent de *douleurs fulgurantes de l'estomac*, et celles-ci, comme les douleurs fulgurantes des membres, apparaissent et disparaissent promptement pour revenir par accès.

La malade souffrait d'une façon intolérable, et comme une injection de morphine avait été inefficace, j'eus l'idée de prescrire (pour des raisons que j'indiquerai plus loin) les alcalins à haute dose, le *bicarbonate de soude* jusqu'à 30 grammes par jour, et promptement les accidents se sont amendés. Le même fait s'est reproduit deux fois, de sorte qu'on ne peut croire à la disparition spontanée de ces douleurs.

Celles-ci prennent parfois une intensité extrême jusqu'à produire des accidents graves de collapsus, et elles font commettre bien des erreurs de diagnostic, puisqu'on a pu croire à des coliques hépatiques ou néphrétiques, à l'étranglement interne, à l'ulcère de l'estomac, à une gastralgie, à un accès d'hyperchlorhydrie, à un empoisonnement, au choléra, à l'angine de poitrine. A ce sujet, je reproduis ici l'exemple que j'ai cité dans mon *Traité des maladies du cœur* (t. II, 1900, p. 56) :

J'ai observé en 1880 un tabétique sujet à des douleurs gastriques d'une violence extrême, avec refroidissement des extrémités, état syncopal, angoisse considérable, sensation de constriction thoracique, etc. Ces symptômes ont été

même si accusés et les douleurs ont toujours revêtu chez le malade un tel caractère de gravité, qu'on a pu croire tour à tour à un empoisonnement, à une attaque de choléra nostras, à une embolie pulmonaire, et même à une angine de poitrine. J'ai pu me convaincre à Londres, où je fus appelé à le voir, que cette sensation de constriction thoracique rappelait seulement de loin les douleurs angineuses... Au sujet de ce malade, les mêmes erreurs de diagnostic ont été commises à des crises ultérieures, de sorte que Charcot, appelé ensuite à le voir en consultation avec moi, lui avait plaisamment conseillé de porter toujours sur la poitrine une petite pancarte indiquant nettement la nature de la maladie.

En dehors des six caractères cliniques que nous avons énumérés, ces crises peuvent se présenter sous cinq formes différentes :

1° Forme *vomitiv*e avec intolérance parfois absolue pour tout aliment, pour tout liquide pendant la durée de la crise (un à trois, cinq ou huit jours au maximum); — 2° forme *gastralgique* avec douleurs extrêmement vives au creux épigastrique et dans les parties voisines avec ou sans vomissements; — 3° forme *sécrétoire* avec accès d'hyperchlorhydrie et d'hypersecretion gastrique intermittente; — 4° forme *flatulente*, avec production considérable de gaz dans l'estomac, éructations gazeuses incessantes, etc.; — 5° forme *anorexique*, relativement rare, indiquée par quelques auteurs et caractérisée par une inappétence absolue et invincible.

II. — Indications thérapeutiques; traitement.

Fournier a dit qu'il s'agit là de « symptômes éminemment rebelles, presque absolument réfractaires à toute intervention thérapeutique », et que seules, les *injections de morphine* à haute dose soulagent les malades d'une façon artificielle toute passagère.

Oui, cela est vrai, lorsque la douleur est le phénomène prédominant, lorsque les vomissements sont incessants, et il est à noter que l'*antipyrine*, le *chloral* ou d'autres médicaments similaires sont, dans ces cas, des médicaments insuffisants. Mais, il y a des indications thérapeutiques qui s'imposent parfois dans les formes flatulente et sécrétoire. Je m'explique.

En 1885, Sahli (de Berne) fait la remarque que parfois les crises gastriques du tabes sont constituées par un véritable état hyperchlorhydrique de l'estomac. Soupault publie en 1893 l'observation d'un ataxique atteint d'hypersecretion gastrique intermittente. La même année, Robin, dans une clinique sur la forme aiguë de l'hypersthénie gastrique, parle de six ataxiques sur sept, chez lesquels il a constaté un état hyperchlorhydrique. Enfin, en 1896, à la Société de thérapeutique, j'ai publié l'observation de crises gastriques avec *chimisme stomacal variable*, caractérisées tantôt par une exagération, tantôt par une diminution de la sécrétion gastrique, de sorte que l'indication thérapeutique était naturellement subordonnée à ces variations dans l'état du chimisme. J'en parlerai plus loin.

Quant à la malade que je viens d'observer, elle présentait une hyperacidité gastrique considérable, ce qui m'avait conduit à instituer une médication alcaline intensive.

Voilà les faits. Sans doute, leur fréquence a été contestée, et Bouveret a eu raison de dire que la crise gastrique des tabétiques est plus souvent un accès de gastralgie qu'un accès d'hypersecretion. Sans doute, comme Babon l'a démontré en 1896, dans son excellente thèse inaugurale, l'état gastrique des ataxiques ne présente que rarement le type hyperpeptique, et on rencontre même plus souvent l'hypo-pepsie. Mais, en m'appuyant sur le *chimisme variable* de l'estomac, dont j'ai parlé plus haut, j'estime qu'il faut faire une distinction entre l'hypo-pepsie habituelle du tabétique, et l'accès accidentel d'hyperpepsie chez le même tabétique en état de crise gastrique.

Pour cette raison s'impose parfois (je ne dis, ni souvent, ni toujours) l'indication de la *médication alcaline intensive*. On doit prescrire à ces malades le *bicarbonate de soude*, par cuillerées à café (cinq à six par jour et même davantage, dans de l'eau de Vals ou de Vichy), et cela sans jamais craindre, avec Hayem, que ces fortes doses puissent créer ou augmenter un état hyperpeptique. Cela, je ne l'ai jamais observé.

Cette médication alcaline intensive réussit, non seulement dans la forme sécrétoire, mais aussi dans la forme douloureuse; elle n'agit pas seulement sur l'élément hyperchlorhydrique, elle agit encore presque directement sur la douleur par la production d'acide carbonique qui arrive ainsi à insensibiliser la muqueuse gastrique. Donc, les alcalins à haute dose sont indiqués dans les deux cas.

Dans la variété *flatulente*, rare, il est vrai, cette médication pourrait avoir des inconvénients en accentuant les accidents douloureux, puisque la production médicamenteuse des gaz contribuerait à augmenter sa production pathologique. Alors, il importe de modifier la prescription, et tout en prescrivant des alcalins à haute dose, on doit diminuer la quantité de bicarbonate de soude, comme dans cette formule :

Phosphate neutre de soude.....	60 grammes.
Bicarbonate de soude.....	30 —
Craie préparée.....	10 —

Une cuillerée à café, cinq ou six fois par jour. — Contre la constipation, prescrire un laxatif alcalin : deux à trois cuillerées à dessert ou à café de magnésie lourde.

Pour calmer la douleur, on peut encore avoir recours aux *injections de morphine*, aux pulvérisations de *chlorure de méthyle* sur le creux épigastrique, à l'application de *pointes de feu* sur la colonne vertébrale. Mais, ce sont là des moyens bien infidèles, surtout le dernier, parce qu'ils s'inspirent seulement d'une médication symptomatique, non pathogénique.

Dans les crises intenses avec menace de collapsus, il

importe d'agir énergiquement et rapidement, parce qu'on a vu, sous l'influence même de l'intensité atroce des douleurs, survenir des phénomènes de collapsus inquiétant, avec lipothymies, syncopes, refroidissement des extrémités, affaiblissement des contractions cardiaques, effacement du pouls radial, et mort consécutive. Dans ces cas, rares à la vérité, une médication d'urgence s'impose : il faut de bonne heure relever la défaillance cardiaque et vasculaire par des injections sous-cutanées de *spartéine*, de *cafféine*, de *camphre*; remonter l'état général par des injections d'*ether*; relever la tension artérielle par des injections sous-cutanées de *chlorure de sodium*.

Mais, encore une fois, rarement ces phénomènes de collapsus acquièrent une telle intensité, surtout si on a su les prévenir de bonne heure par la médication pathogénique.

J'ai démontré ainsi, et par des exemples et par le raisonnement, que si les graves crises gastriques des tabétiques sont souvent caractérisées par une « résistance opiniâtre à toute action médicatrice », comme on l'a dit, on aurait grand tort de s'immobiliser à leur égard dans la thérapeutique des bras croisés.

III. — Chimisme variable de l'estomac.

L'examen du chimisme stomacal n'est pas toujours l'*ultima ratio* du diagnostic et du traitement. Cependant il rend parfois des services, comme va le prouver l'exemple de crises tabétiques avec hématomésés et état gastrique caractérisé par des variations extrêmes du chimisme stomacal (1).

Un malade de trente-huit ans, palefrenier, sans antécédents syphilitiques ni alcooliques bien nets, fait (28 janvier 1894) une chute violente sur la partie antérieure du thorax, portant sur le dos, dit-il, une charge de 150 kilo-

(1) *Soc. de thérapeutique*, 1896.

grammes. Quelques instants après, il vomit un grand verre de sang. Les jours suivants, vomissements alimentaires ou sanguins, et quatre jours après l'accident, douleurs surtout très vives à la région épigastrique au moment des repas. Il entre à l'hôpital Tenon où l'on pense à un ulcère traumatique de l'estomac. En mai 1894, apparition de quelques troubles oculaires (diplopie), de douleurs fulgurantes caractéristiques aux membres inférieurs; disparition des vomissements. Il entre alors à Necker dans le service d'un de mes collègues qui établit le diagnostic de tabes dorsal, et peut-être d'un ulcère gastrique. Il sort de l'hôpital, le 23 novembre, se croyant guéri de son « affection de l'estomac ». Quelques jours après (le 26 novembre), il rentre à Necker dans mon service, pour des vomissements incessants et presque incoercibles, avec douleurs gastriques très violentes. Le diagnostic de tabes est indéniable : douleurs fulgurantes, immobilité pupillaire, perte des réflexes rotuliens, diplopie droite, rétention d'urine passagère, démarche nettement ataxique, etc.

Sous l'influence du bicarbonate de soude, les vomissements cessent, mais ils reprennent le 12 décembre, et, deux jours après, l'examen du chimisme stomacal donne les résultats suivants :

Acidité totale.....	A	218 : Normal	190
HCl libre.....	H	96 : —	44
HCl combiné organique....	C	161 : —	170
Chlorhydrie.....	H + C	257 : —	214
Chlore total.....	T	388 : —	321
Chlore minéral fixe.....	F	131 : —	107
Coefficient.....	$\frac{A-H}{C}$	75 : —	86
Coefficient.....	$\frac{T}{F}$	3 : —	3

Les vomissements persistent, et le 21 décembre 1895, l'examen du suc gastrique donne des résultats à peu près semblables. Le 31 décembre, le malade sort très amélioré au point de vue stomacal, puisque les vomissements et les crises gastriques ont totalement disparu.

Il rentre quelques jours après, et ce malade, dont l'examen du chimisme stomacal nous révélait jusqu'alors un état d'*hyperpepsie* intense, nous revient avec un chimisme tout différent, celui de l'*hypopepsie*, comme les examens suivants le démontrent :

	Chimisme du 2 janvier.	Chimisme du 10 janvier.	Chimisme du 20 janvier.
A.....	86	141	109
H.....	15	0	0
C.....	204	132	109
H + C.....	219	132	109
T.....	321	336	306
F.....	102	204	197
$\frac{A-H}{C}$	33	1,06	1
$\frac{T}{F}$	3,14	1,64	1,55

Dans le but de relever la valeur de HCl libre, c'est-à-dire de favoriser la sécrétion chlorhydrique, on institue le traitement suivant : 1 gramme de bicarbonate de soude une heure avant les repas, et un verre à madère de solution chlorhydrique après chaque repas. Les modifications que nous présumions ne se sont pas fait attendre, comme le démontrent les deux dernières analyses du suc gastrique des 29 janvier et 8 février :

	Chimisme du 29 janvier.	Chimisme du 8 février.
A.....	174	174
H.....	37	22
C.....	116	168
H + C.....	350	190
T.....	453	365
F.....	197	175
$\frac{A-H}{C}$	1,18	90
$\frac{T}{F}$	2,3	2,08

En même temps que se modifiait favorablement la sécrétion gastrique, l'état général s'améliorait et le malade, qui avait maigri de quelques kilos, reprenait du poids.

Quelques jours plus tard, toute médication fut supprimée, et l'état stomacal resta satisfaisant.

IV. — Indications thérapeutiques ; traitement.

En présence de ce fait, quelles indications thérapeutiques, et quel traitement?

1° En raison de cette variabilité si grande et si prompte de la sécrétion gastrique, le malade passant d'une semaine à l'autre d'un état franchement hyperpeptique à une hypopepsie accusée, il est difficile d'admettre ici l'existence d'un substratum anatomique quelconque.

Comme corollaire, cette variabilité du suc gastrique nous paraît devoir être, dans certains cas douteux, un élément assez précieux de diagnostic entre l'*ulcus rotundum* et les crises gastriques avec hématémèses appartenant au tabes, cette variabilité indiquant plutôt l'existence d'une crise gastrique tabétique sans maladie de Cruveilhier.

2° En raison d'une hyperpepsie que l'on pouvait croire symptomatique d'un ulcère, le lait, qui est alcalin, pouvait sembler tout indiqué pour les médecins qui ont observé ce malade, et qui du reste le soumièrent au régime lacté dans les différents services où il est passé. Or, ce n'est qu'après l'analyse du suc gastrique que l'on put avoir l'explication de la persistance des vomissements, et comprendre la cause de l'inefficacité et même de la nocuité de l'alimentation lactée exclusive. En effet, les vomissements augmentèrent par ce régime, en raison de la coagulation trop rapide des matières albuminoïdes dans un milieu aussi saturé d'acide chlorhydrique. Comme preuve, les vomissements cessèrent dès que le régime alimentaire fut modifié.

3° En raison de la variabilité du chimisme gastrique, les

deux indications suivantes s'imposaient pour le traitement :

a. Pendant la période des crises et de l'hyperpepsie : repos absolu, *alimentation* composée d'œufs peu cuits, quelques purées de légumes, croûte de pain ; eau comme boisson ; pas de lait, aucun médicament.

b. Pendant la période d'accalmie ou d'hypopepsie (HCl = zéro), médication composée de : *bicarbonate de soude* (1 à 2 grammes une heure avant les repas) ; *solution chlorhydrique* et *lactique* (1 gramme de HCl, 5 grammes d'acide lactique pour 500 grammes d'eau ; un verre à madère après le repas). Comme *alimentation* : purées de légumes féculents, quelques viandes bien cuites, bouillies et viandes hachées, œufs, eau additionnée d'un peu de vin.

On voit ainsi qu'à un chimisme stomacal variable doit correspondre, même à quelques jours de distance, suivant les indications de ce chimisme, une médication et une alimentation variables. D'autre part, cette observation, dans laquelle l'efficacité du traitement diététique et médicamenteux a été des plus nettes, prouve une fois de plus que, sans examen du suc gastrique, le diagnostic exact et le traitement *rationnel* des affections de l'estomac fonctionnelles ou organiques sont souvent difficiles, pour ne pas dire impossibles.