

MALADIES INFECTIEUSES

XL. — FIÈVRE TYPHOÏDE. — TROUBLES GASTRIQUES DE LA CONVALESCENCE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE.
- II. DIAGNOSTIC.
- III. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET TRAITEMENT.

I. — Exposé clinique.

Il y a quelque temps, je voyais une malade convalescente d'une fièvre typhoïde grave et de longue durée. Depuis quinze jours, la fièvre avait complètement disparu, la malade était certainement entrée en convalescence depuis cette époque, et cependant elle était menacée par un nouveau danger : celui de l'inanition. Comme l'anémie était très accusée et qu'il n'y n'avait plus de fièvre, il paraissait indiqué de prescrire une alimentation riche et fortifiante, composée de laitage, d'œufs, surtout de viande. Or, malgré cette alimentation, dite réparatrice (ou plutôt à cause d'elle) les forces ne se réparaient pas, au contraire. Des vomissements, presque incoercibles, survenaient après chaque tentative d'alimentation, le pouls devenait de plus en plus faible, les extrémités étaient froides, et la malade était menacée de « mourir guérie, comme on le dit plaisamment, de sa fièvre typhoïde ».

C'est alors que, par le procédé de Günsburg, on put se convaincre que cette dyspepsie post-typhoïdique était due à un état d'hypochlorhydrie de la sécrétion gastrique.

Quel est donc ce procédé de Günsburg, et quelles sont les indications thérapeutiques à remplir dans ces dyspep-

sies, parfois si graves, des convalescences des maladies aiguës ou infectieuses ?

II. — Diagnostic.

Procédé de Günsburg. — Il est assez commode pour le praticien, en ce sens qu'il dispense de l'emploi de la sonde stomacale, à laquelle tous les malades peuvent ne pas vouloir consentir. Je vais l'exposer, en reproduisant la description que Marfan en a donnée.

a) Voici d'abord le *principe* du procédé :

Il est nécessaire de choisir une substance qui ne soit dissoute que par le suc gastrique et que l'on puisse retrouver facilement dans la salive ou dans les urines (de préférence dans le premier liquide que l'on obtient plus régulièrement que le second). L'iodure de potassium remplit ces trois conditions.

Celui-ci est préalablement enveloppé d'un corps (la fibrine) digestible dans le liquide stomacal et qui se digère plus ou moins vite, suivant le degré de puissance digestive du suc gastrique. « Le temps qui s'écoule entre l'ingestion de la substance ainsi préparée et l'apparition de l'iode dans la salive permet d'apprécier le pouvoir digestif du suc gastrique. »

b) Voilà le principe. Étudions maintenant la *technique* à l'aide de laquelle on arrive à la constatation de la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique.

Après avoir préparé avec un peu de gomme des pastilles de 20 à 30 centigrammes d'iodure de potassium, on introduit une de ces pastilles dans un fragment de tube en caoutchouc très mince et d'une vulcanisation très forte pour éviter la diffusion. On affronte ensuite les deux bouts et l'on réunit chacun d'eux avec trois fils de fibrine (préalablement conservés dans l'alcool pour leur donner plus de flexibilité). Ces petits paquets se conservent ainsi très bien dans la glycérine ; on les extrait tous les huit jours, pour

les faire sécher, et on les plonge dans la glycérine nouvelle. Quand on veut s'en servir, on les sèche, soit avec du papier buvard, soit avec de l'alcool absolu, et on les enveloppe d'une capsule de gélatine à emboîtement.

Lorsqu'on veut examiner le suc gastrique, on fait faire un repas d'épreuve (un œuf, 100 grammes de pain et un verre d'eau). Une heure après, le malade avale la capsule d'iode (capsule qui peut être faite par le pharmacien d'après ces indications).

Or, quand le suc gastrique a sa teneur normale en HCL, la réaction de l'iode dans la salive apparaît environ une heure un quart après le repas d'épreuve. Quand il y a *hyperchlorhydrie*, elle apparaît avant trois quarts d'heure; quand il y a *hypochlorhydrie*, une heure trois quarts ou deux heures; quand l'hypochlorhydrie est plus accusée et confine presque à l'*anachlorhydrie*, la réaction n'apparaît qu'au bout de deux à quatre heures.

Les différences que l'on note pour le moment d'apparition de l'iode dans la salive tiennent seulement à la dissolution des fils de fibrine, *dissolution dont la rapidité est en raison directe de la richesse du suc gastrique en HCL* (l'expérience ayant démontré que la capsule de gélatine se dissout avec une égale rapidité chez tous les sujets, quel que soit l'état de leur suc gastrique).

Pour rechercher l'iode dans la salive, il suffit de faire cracher une heure après le repas d'épreuve, environ tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, et de placer cette salive dans des verres séparés, correspondant à chaque quart d'heure ou à chaque demi-heure de l'expérience. On reconnaît la présence de l'iode en additionnant la salive d'une certaine quantité d'eau amidonnée, et ensuite en versant quelques gouttes d'acide nitrique fumant. La présence de l'iode est aussitôt révélée dès qu'apparaît un précipité rougeâtre d'abord, puis bleu (iodure d'amidon).

Mais, pour que l'expérience soit concluante, il faut : 1° que le malade ne soit pas soumis depuis quelque temps

à la médication iodurée; 2° qu'il n'ait pas pris, un peu avant ou pendant l'expérience, du bicarbonate de soude (1).

III. — Indications thérapeutiques et traitement.

On peut se convaincre que, dans presque tous les états fébriles, la sécrétion de HCL est diminuée ou abolie. Encore, faut-il faire une distinction. Il y a des fièvres, même à température assez élevée, qui sont compatibles avec un certain degré de sécrétion de HCL. Dans cette catégorie, se place la fièvre des phthisiques, et l'on remarque ainsi qu'avec un chiffre thermique assez élevé, la langue est humide et presque normale (ce qui explique la possibilité du gavage et ses succès dans ces cas). Mais il y a des fièvres qui ont pour résultat de *sécher*, pour ainsi dire, toutes les sécrétions et, au nombre de ces états morbides, se trouve la fièvre typhoïde avec sa langue sèche, rôtie et fuligineuse. Dans ces cas, comme on l'a fait remarquer, on ne peut pas dire avec Graves que le médecin alimente les fièvres; mais, on doit dire qu'il nourrit les malades, malgré leur état fébrile. Donc, dans le cours de la fièvre typhoïde, il est souvent indiqué de suppléer, par l'administration de HCL, à la quantité de cet acide, insuffisamment sécrété par la muqueuse stomacale, et, dans ces cas, l'acide chlorhydrique aura encore pour effet d'agir comme antiseptique.

Ainsi, par le procédé de Günzburg ou par tout autre, vous constatez que l'hypochlorhydrie gastrique, très fréquente pendant le cours de la dothiënterie, se continue souvent dans la convalescence et l'anémie post-typhoïdiques. Il y a donc indication à combattre ces troubles digestifs et cette anémie consécutive d'abord par la médication de l'hypochlorhydrie. Cette médication a été exposée à propos

(1) Ce procédé de Günzburg, auquel on a reproché plusieurs inexactitudes, a été presque abandonné. Nous avons tenu cependant à en exposer les principes, parce qu'il peut être parfois utile aux praticiens. Mieux vaut faire l'examen du chimisme stomacal par les procédés ordinaires.

du traitement de la chlorose dyspeptique. Inutile d'y revenir

Ce que j'ai voulu prouver encore, c'est l'erreur des médecins qui croient bien combattre certaines anémies par des vins généreux, des viandes, des œufs, une alimentation riche en substances azotées, alors que cette alimentation est un contre-sens physiologique, bien capable d'augmenter encore les accidents, car il est démontré que le caractère principal de certaines dyspepsies réside dans l'indigestibilité des viandes, des œufs, et dans la facile digestion des matières amylacées.

Il ne faudrait pas en conclure que, pendant la convalescence de toutes les maladies aiguës, il soit nécessaire de priver les malades d'un régime alimentaire dit « fortifiant » ; mais dans certaines convalescences « traînantes » où la réparation des forces subit un temps d'arrêt malgré l'alimentation et une médication tonique, il convient de chercher souvent du côté de la puissance digestive de l'estomac la cause de certains accidents ; il ne faut pas seulement voir ce que l'estomac des convalescents ingère, il faut voir, aussi et surtout, ce qu'il digère.

C'est ce qui vient d'être suffisamment démontré.

XLI. — FIÈVRE TYPHOÏDE. — ARYTHMIE DE LA CONVALESCENCE.

Une jeune femme de vingt et un ans vient nous consulter, se plaignant d'étouffements. Elle a été traitée, au mois de mars dernier, dans notre service pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Pendant sa maladie, on ne releva point de troubles cardiaques. Mais au cours de sa convalescence, après plusieurs jours d'apyrexie complète, je constatai une arythmie marquée, qui persistait encore, lorsqu'à la fin d'avril elle quitta l'hôpital. Cette arythmie a diminué, et aujourd'hui on ne trouve plus que de temps en temps une irrégularité, quelques rares intermittences et faux pas du cœur.

Il y a ainsi des malades, et j'en ai vu plusieurs, qui, n'ayant présenté aucun trouble cardiaque pendant la durée de la fièvre typhoïde, ont plus tard, pendant leur convalescence, une arythmie sur la pathogénie de laquelle nous ne sommes pas suffisamment fixés et nous ne pouvons que faire des hypothèses, mais dont il est très important de connaître la valeur au point de vue du pronostic.

S'agit-il, en pareil cas, d'une myocardite, bien distincte de celle qui apparaît au cours de la maladie, et particulière à la convalescence ? Ne s'agirait-il pas plutôt d'un trouble réflexe, survenant alors que les lésions intestinales en voie de cicatrisation, de profondes qu'elles étaient, deviennent superficielles ? Car on ne saurait trop répéter que ce sont les lésions superficielles des muqueuses, beaucoup plus que les lésions profondes des organes, qui sont particulièrement

aptes à engendrer des réflexes. Par exemple, des corps étrangers comme les vers intestinaux, des calculs, déterminant une irritation superficielle de la surface interne, soit de l'intestin, soit des voies biliaires ou urinaires, provoquent beaucoup plus sûrement et plus fréquemment des phénomènes réflexes, que les altérations profondes, inflammatoires, ulcéralives, néoplasiques de ces organes. Les ulcérations les plus profondes du larynx ne produisent aucune action réflexe, alors que celle-ci est exaltée par une goutte d'eau qui effleure la muqueuse glottique. Une simple dyspepsie produit des accidents réflexes multiples et variés (vertiges, troubles vaso-moteurs, pseudo-angine de poitrine, troubles cardio-vasculaires, etc.) quand un cancer de l'estomac peut rester si souvent latent dans son expression symptomatique.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie de l'arythmie post-dothiénentérique dont je parle, ce qu'il faut savoir, c'est que cette arythmie survenant dans la convalescence de la fièvre typhoïde n'a pas de gravité pronostique : elle finit par disparaître, elle guérit. J'ai eu notamment l'occasion autrefois d'observer sur quelqu'un des miens l'apparition de cette arythmie tardive en pleine convalescence, j'ai pu en suivre avec un soin particulier l'évolution, puis la guérison.

Sans doute, si cette arythmie est un trouble réflexe d'origine intestinale, on pourrait être tenté d'établir un rapprochement avec les syncopes survenant également dans la convalescence de la fièvre typhoïde et que certains auteurs attribuent à un réflexe dû aux lésions intestinales. Dans ces conditions, l'arythmie tardive, si elle révélait l'existence d'un réflexe, pourrait sembler avoir une valeur pronostique plus sérieuse que je le disais à l'instant, puisqu'elle ferait craindre la mort subite. Mais, précisément, ces morts subites ont-elles une pathogénie réflexe ? Je ne le

crois pas, et je pense que derrière elles il y a quelque chose que nous ne connaissons pas. Aussi, je m'en tiens à ce que j'ai dit tout à l'heure, à savoir :

Quand vous observerez, deux ou trois mois après la guérison d'une fièvre typhoïde, une de ces arythmies survenues dans la convalescence, vous ne devrez pas vous effrayer ; rassurez vos malades et l'entourage.