

La craie donne aussi de bons résultats, une partie étant transformée en chlorure de calcium sous l'influence des éléments chlorés du suc gastrique, l'autre partie se déposant sous forme pulvérulente au niveau de l'ulcération.

Les autres symptômes du cancer de l'estomac ne peuvent guère être mentionnés ici. On peut observer des éructations abondantes, du hoquet, de la constipation, de la diarrhée. Pour leur traitement, on se reportera aux chapitres spéciaux de séméiologie.

L'état général des cancéreux est très défectueux; l'amaigrissement, l'anémie, la perte des forces ne sont guère susceptibles d'amélioration. Tous ces troubles dépendent d'influences multiples : dénutrition, empoisonnement par les produits septiques sécrétés au niveau de la néoplasie, généralisation du cancer dans les autres organes. D'un autre côté, le cancéreux est souvent la proie d'infections microbiennes. A la faveur de la dénutrition, la tuberculose pulmonaire s'installe, ou bien la mort survient par pneumonie ou broncho-pneumonie. Au niveau de la tumeur ulcérée pénètrent des microbes qui pullulent dans l'estomac, à la faveur de la stase et de l'absence d'acide chlorhydrique. Ces microbes vont créer au voisinage de l'estomac, ou au loin dans l'organisme, des infections contre lesquelles la thérapeutique médicale est désarmée. Logiquement, on est tenté de considérer l'antisepsie gastrique comme un bon moyen de défense; mais cette antisepsie est illusoire et de nul secours.

Traitement chirurgical. — L'exposé que nous venons de faire du traitement médical du cancer de l'estomac doit convaincre le lecteur de son inefficacité. Aussi est-il de notre devoir d'insister assez longuement sur l'intervention chirurgicale, qui seule, jusqu'ici, a pu donner quelques résultats dans le traitement de cette triste maladie.

On peut ranger en deux groupes les opérations : les unes sont palliatives, les autres curatives. Les premières ont pour but de soulager les malades en portant remède à quelques symptômes, ce sont la gastrostomie et la gastro-entérostomie. Les autres cherchent à réaliser la cure radicale du cancer en extirpant le néoplasme.

Certains cancers de l'estomac situés au voisinage du cardia donnent les mêmes signes que les cancers de l'œsophage. La *gastrostomie* leur est également applicable; seulement, il faut, pour que l'opération réussisse, qu'elle soit faite de bonne heure. Elle peut alors prolonger l'existence de plusieurs années.

Les cancers situés au voisinage du pylore amènent l'obstruction de cet orifice avec ses conséquences, stase et rétro-dilatation de l'estomac, avec dénutrition et cachexie rapides. D'autres fois, les cancers de l'antra pylorique ou de la petite courbure provoquent des adhé-

rences périgastriques qui, empêchant la contraction des parois gastriques, s'opposent à l'évacuation complète de l'organe; il en résulte encore de la stase avec phénomènes plus ou moins marqués d'irritation gastrique. La *gastro-entérostomie* est dans ces deux cas nettement indiquée, surtout dans la première catégorie de faits; en cas de sténose pylorique, les résultats obtenus sont excellents. Souvent les malades engraisent considérablement, prennent des couleurs et ont assez de force pour reprendre des occupations fatigantes. Même quand les résultats sont moins bons, on peut constater une augmentation de poids, et, si l'état général n'est pas tout à fait brillant, les troubles fonctionnels disparaissent toujours vite. La survie est plus ou moins longue. La mort est amenée par la cachexie et la généralisation du cancer à d'autres organes; mais les malades s'éteignent lentement, sans voir reparaître aucun des symptômes pénibles existant avant l'opération.

Lorsque la stase et les troubles fonctionnels sont dus à des adhérences épigastriques, la gastro-entérostomie donne des résultats moins brillants. Cependant elle rend encore des services aux malades en diminuant la stase et tous ses inconvénients.

La cure radicale du cancer par l'*extirpation* du néoplasme a donné depuis quelques années des résultats appréciables. On trouve relatées beaucoup d'observations, avec examen histologique des tumeurs extirpées, dans lesquelles les malades ont survécu très longtemps après l'opération. On cite des survies de trois ans et plus. Un malade de von Hacker vivait encore six ans après l'opération; un de Czerny, un autre de Franck, sept ans après. Pour notre part, nous avons trois de nos malades opérés par M. Hartmann, depuis trois ans, deux ans et vingt mois. Ces malades sont en parfaite santé et s'occupent sans nulle peine à des travaux fatigants. Ainsi les guérisons ne sont pas très rares. Les résultats obtenus sont encourageants. Nul doute que les statistiques futures ne soient de plus en plus favorables.

Pour que la gastrectomie donne des guérisons radicales, deux conditions sont indispensables à réaliser : l'opération doit être faite de bonne heure; l'extirpation du néoplasme doit être faite largement.

La réalisation de la première de ces conditions dépend plus du médecin que du chirurgien. C'est au médecin que s'adressent d'abord les malades atteints des symptômes du cancer de l'estomac. C'est à lui qu'il appartient de formuler un diagnostic et de donner les premières indications aux malades. Aussi devons-nous donner quelques éclaircissements à ce sujet.

Tout d'abord, avant toute discussion, nous devons établir qu'il

existe des contre-indications universellement applicables. Ces contre-indications sont : le mauvais état général dû soit à un état de cachexie marquée, soit à un âge très avancé ; la présence de signes indiquant l'ulcération profonde de la tumeur (vomissements sanguins abondants et répétés) ; des signes de généralisation, tels que gros foie cancéreux, cancer péritonéal, cancer pulmonaire, etc.

Quant à l'hypertrophie des ganglions sus-claviculaires, j'ai tendance à ne lui attribuer qu'une importance médiocre, cette hypertrophie étant souvent due à la présence d'infections secondaires et n'étant pas toujours en rapport avec l'intensité de la maladie cancéreuse.

Si l'on met à part les cas où se trouvent ces contre-indications absolues, on peut grouper les malades en deux catégories, selon qu'ils présentent une tumeur ou qu'ils n'en présentent pas.

En face de la première classe de faits, quelle est la conduite à tenir ?

Nous supposons naturellement que le diagnostic de tumeur néoplasique de l'estomac est bien établi, et que toutes causes d'erreur sont écartées. Ce n'est pas sur le volume de la tumeur qu'il faut fonder son appréciation. En effet, dans bien des cas, les tumeurs stomacales sont beaucoup plus volumineuses que ne semble l'indiquer la palpation ; d'autre part, de grosses tumeurs sont plus opérables que des tumeurs de petit volume. En réalité, ce dont on doit surtout tenir compte, c'est la *mobilité de la tumeur*. En réunissant tous les cas de cancer stomacal avec tumeur cliniquement appréciable que j'ai vu ou fait opérer (une dizaine de cas environ), je note que seuls les malades ayant une tumeur mobilisable ont tiré un réel bénéfice de la gastrectomie. Les autres malades sont morts soit immédiatement après l'opération, soit après peu de mois, le cancer s'étant généralisé à d'autres organes plus ou moins rapidement après l'intervention.

Il est vrai que beaucoup de chirurgiens préconisent en tout cas la laparotomie exploratrice. Nous ne pouvons souscrire à cette manière de voir, qui nous semble grosse de conséquences sur lesquelles il est superflu d'insister.

Examinons maintenant le deuxième groupe d'observations, celles où l'on soupçonne un cancer de l'estomac sans qu'on puisse percevoir une tumeur.

Les difficultés du diagnostic sont grandes, les troubles fonctionnels, très irréguliers, sont d'un faible secours, sauf peut-être les hématuries noires. Les signes physiques, stase, dilatation, sont liés à la localisation d'une lésion plutôt qu'à sa nature. En réalité c'est l'état général et la marche de la maladie qui sont les meilleurs

guides. Un amaigrissement avec affaiblissement sans crise, comme sans rémission, coïncidant avec des troubles digestifs plus ou moins prononcés, devra toujours faire soupçonner un cancer. L'échec d'un traitement rationnel, bien conduit, vient encore augmenter les probabilités en faveur d'un cancer. Si dans ces conditions l'analyse du suc gastrique révèle de l'apepsie ou une hypopepsie intense, on a toutes les chances possibles de ne pas se tromper. Faut-il dans ces cas toujours opérer ? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, pourvu que l'affaiblissement ne soit pas trop considérable, que le malade soit en état de supporter l'opération. En définitive, le malade atteint de cancer de l'estomac est condamné à une mort rapide. La seule chance de salut réside pour lui dans l'opération. Il est très rationnel d'y avoir recours. Nous conseillons donc volontiers, dans les cas de cancer peu avancé ou pas trop avancé, la laparotomie exploratrice. Cette opération est en elle-même absolument inoffensive. Si le cancer n'existe pas, ou s'il ne peut être extirpé, on n'intervient pas. Les malades n'en subissent aucune aggravation. Au contraire, chose bizarre, il semble, pendant un temps variable selon les sujets, se produire une réelle amélioration. Si, au contraire, la tumeur peut être extirpée, les chances de survie sont d'autant plus grandes que la tumeur est plus petite.

Nous sommes persuadé qu'en faisant opérer de bonne heure et sans attendre les premiers signes de cachexie, les malades atteints de cancer de l'estomac, les succès opératoires seront nombreux ; les récidives et les généralisations de plus en plus rares. En résumé, nous n'hésitons pas à affirmer que le traitement du cancer de l'estomac, tout comme celui du cancer de l'utérus, doit passer du domaine de la médecine à celui de la chirurgie.

M. SOUPAULT.

MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

L'ALIMENTATION DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

Nous diviserons ce chapitre de thérapeutique en deux parties. Dans la première, après avoir donné quelques notions sur la digestibilité des aliments, leurs avantages et leurs inconvénients pour les

dyspeptiques, nous ferons l'exposé des différents régimes alimentaires. La seconde partie sera consacrée à l'exposé des différentes méthodes d'alimentation artificielle.

Aliments et régimes alimentaires. — L'institution d'un régime alimentaire approprié joue un rôle capital dans le traitement des affections de l'estomac. Cette question de thérapeutique mérite donc quelques développements, et il nous semble utile de présenter dans une vue d'ensemble comment, à notre avis, elle doit être résolue.

Tout d'abord, en tête de ce chapitre, nous croyons devoir mettre en garde les médecins contre les règles trop absolues et les régimes trop compliqués. A l'exemple de notre maître, le professeur Debove, nous craignons pour les malades des prescriptions trop minutieuses qui ont entre autres inconvénients de mettre les malades en auto-observation perpétuelle, et d'aggraver ainsi leur état de malaise nerveux, cause importante et quelquefois primordiale de leurs troubles dyspeptiques. Avec la tendance naturelle de ces malades à exagérer les prescriptions de leur médecin, il n'est pas rare de voir un régime sévère, d'ailleurs souvent en contradiction avec leurs goûts, aboutir à une dénutrition et à un amaigrissement considérables. D'autre part, tous les médecins savent que chaque estomac a des aptitudes particulières et des répugnances invincibles, des *idiosyncrasies*, pour employer une expression classique, absolument en désaccord avec les données de l'expérimentation et de la physiologie. Aussi, sans aller aussi loin que Trousseau, qui prétendait qu'en fait de régime le meilleur est celui que le malade supporte le mieux, nous pensons qu'il faut se montrer très large et très tolérant, et ne donner aux malades que des indications générales sur le régime en leur laissant le soin d'en régler eux-mêmes les détails, d'après leur propre expérience.

DES ALIMENTS EN GÉNÉRAL. — Pour juger de la digestibilité des aliments, on s'est adressé à différents modes d'expérimentation.

La plupart des auteurs apprécient la *digestibilité* des aliments en se fondant sur la durée de leur séjour dans l'estomac. Gosse observait sur un individu atteint de rumination; Beaumont, Ch. Richet étudièrent la digestion sur des malades porteurs d'une fistule gastrique. Leube, Penzoldt ont déterminé la durée du séjour des aliments dans l'estomac en y faisant pénétrer la sonde à diverses périodes de la digestion. Les expériences de Leven, faites sur des chiens sacrifiés en cours de digestion, se fondent sur un principe différent: le degré d'irritation et de congestion de la muqueuse par les différentes variétés d'aliments. Tout récemment (novembre 1899), M. J.-B. Roux a étudié à l'aide d'un œsthésiomètre spécial les varia-

tions de la sensibilité gastrique après l'ingestion de différents aliments. D'après lui, la sensibilité épigastrique varie en raison directe de la durée du séjour des aliments dans le viscère. M. Hayem s'est plus spécialement attaché à étudier les réactions chimiques provoquées par les différentes substances alimentaires; cette étude a été récemment reprise et complétée par différents observateurs. Enfin M. Seure (de Saint-Germain) a cherché, par l'observation clinique, à déterminer les réactions provoquées chez les dyspeptiques par telle ou telle substance alimentaire.

Nous allons utiliser ces diverses méthodes expérimentales pour donner une idée de la digestibilité des aliments. Mais, avant d'entrer dans les détails, il nous paraît utile de donner quelques indications générales.

On peut admettre que les aliments sont d'autant plus facilement digérés et rapidement évacués de l'estomac, qu'ils sont plus finement divisés et plus facilement pénétrés par les sucs digestifs. Les liquides restent fort peu de temps dans l'estomac; c'est en raison de son court séjour dans ce viscère que le lait constitue l'aliment le moins irritant que nous connaissions. Les purées, les compotes, les hachis, les poudres alimentaires sont bien supportés par les dyspeptiques en raison de leur état de division.

On conçoit au contraire que les aliments compacts, durs, tels par exemple les viandes dures ou trop cuites, les œufs durs, les légumes en nature avec leur gangue de cellulose inattaquable par le suc gastrique, beaucoup de fruits crus, soient d'une digestion difficile.

On comprend aussi, pour les mêmes raisons, l'utilité d'une mastication lente et prolongée. On ne saurait trop insister auprès des malades sur ce point d'hygiène alimentaire trop souvent négligé par les médecins. Au cas où les dents, trop mauvaises, ne pourraient être suffisamment mises en bon état, on devra conseiller l'usage des appareils spéciaux connus sous le nom de *masticateurs*.

Certaines substances sont mal supportées par les dyspeptiques, en raison de leurs propriétés caustiques et irritantes: nous citerons spécialement à cet égard les épices et les condiments de toutes sortes, le vinaigre et les vinaigrettes, la charcuterie, les mets faisandés, les fromages forts; ces substances ou toutes les préparations culinaires dans la composition desquelles elles entrent doivent être sévèrement interdites aux dyspeptiques.

Les graisses, le sucre, les liqueurs et les boissons fermentées prises en trop grande quantité irritent l'estomac: leur usage doit être modéré chez les dyspeptiques de toute catégorie.

Ces indications générales étant données, nous devons faire une étude plus spéciale des différents aliments.

PRINCIPAUX ALIMENTS. — *Lait*. — Le lait est l'aliment parfait; il contient tous les principes alimentaires nécessaires à la vie. Les substances azotées et les substances grasses y sont en abondance; seuls, les hydrates de carbone sont insuffisants. On peut facilement y remédier en ajoutant 50 grammes de lactose environ par litre de lait. Le seul inconvénient du lait est qu'il contient une grande quantité d'eau et que, pour fournir à l'homme sain les éléments nutritifs en quantité suffisante, il faudrait prescrire environ 4 litres de lait par jour. Il est juste de faire observer que les malades mis au régime lacté exclusif ne peuvent se livrer à une vie active, et que, par conséquent, une ration réduite de 2 litres et demi à 3 litres de lait est suffisante. Le lait excite peu la sécrétion (Hayem) et la sensibilité (Roux); son évacuation est rapide d'après tous les auteurs. Cliniquement, on sait, depuis Cruveilhier, que le régime lacté amende et fait disparaître dans un grand nombre de cas les douleurs gastriques. Tous ces faits justifient l'emploi du lait dans beaucoup de dyspepsies, surtout les dyspepsies avec hyperesthésie, les hyperchlorhydries, les gastrites érosives, etc.

Malheureusement, on observe trop souvent l'intolérance pour le lait: elle provient soit du dégoût provoqué par un usage trop prolongé, soit d'une véritable indigestion dont les causes nous échappent; souvent aussi le lait occasionne de la constipation ou de la diarrhée. On peut, dans une certaine mesure, parer à ces inconvénients: le lait cru est souvent mieux digéré que le lait bouilli. En additionnant le lait d'eau de chaux (une cuillerée à dessert par verre de lait) ou de phospho-carbonate de calcium (Arthus et Pagès), on en aide bien souvent la digestion, notamment chez les hyperchlorhydriques. L'addition de café, de thé, de cacao, de fleur d'oranger ou d'un autre arôme facilite l'administration du lait.

Le lait, d'ailleurs, n'est pas toujours donné pur. Souvent on le prescrit sous forme de potage mélangé à des farines alimentaires, à des pâtes, à des gâteaux secs ou bien à une alimentation plus substantielle. Il est souvent indiqué comme boisson pour remplacer les liqueurs fermentées.

Le lait est la base d'un certain nombre de produits alimentaires: le lait concentré et la poudre de lait ne m'ont guère paru recommandables. M. Hayem recommande très vivement le *kéfir*, lait fermenté à l'aide d'une levure spéciale: il renferme, d'après Winter, une très faible proportion d'alcool, de l'acide carbonique, de l'acide lactique, de la syntonine; son acidité est de 7 pour 1000 environ. M. Hayem a reconnu que le kéfir produit une excitation générale de la sécrétion et de la motricité. C'est un excellent aliment pour les aseptiques et les hypopeptiques; il est également très efficace dans la plupart des

états gastriques compliqués de diarrhée. Dans l'hyperchlorhydrie et dans les cas d'hyperesthésie de l'estomac, il est au contraire très mal toléré. Le kéfir doit être donné à petites doses, une à deux bouteilles par jour. Le régime kéfirique n'est pas exclusif et s'associe ordinairement à une alimentation plus ou moins copieuse.

Œufs. — Il y a une très grande différence, au point de vue de la digestibilité, entre l'œuf cru ou à peine cuit et l'œuf dur très cuit. On peut dire que l'œuf est d'autant plus digestif qu'il est moins cuit. Les œufs frais gobés, les œufs à la coque à peine cuits, les œufs battus dans du bouillon ou du lait ou de l'eau sucrée (lait de poule), dont le blanc n'est pas coagulé, séjournent peu dans l'estomac (Leube) et augmentent à peine sa sensibilité (Roux). Au contraire, les œufs très cuits et surtout les œufs durs sont parmi les aliments les plus indigestes.

On peut facilement, d'après ces données, juger la forme sous laquelle les œufs devront être prescrits.

L'association des œufs et du lait sous forme de *crèmes* soit liquides, soit légèrement prises, constitue un aliment très digestible. On peut en dire autant des *soufflés*, dont la légèreté en fait un aliment de facile digestion.

Viandes. — La viande est bien supportée par nombre de dyspeptiques; mais chez quelques-uns, notamment les cancéreux et en général les hypopeptiques, elle provoque un invincible dégoût. Au point de vue expérimental, la digestion de la viande se fait d'une façon très variable, selon l'état sous lequel elle est administrée. On peut dire que sa digestibilité est subordonnée à son état de cohésion. La viande crue râpée est très facilement digérée. Elle provoque une congestion très légère de la muqueuse (Leven), une sensibilité peu marquée (Roux) et quitte rapidement l'estomac. Les poudres de viande, en raison de leur extrême division, sont très comparables; elles constituent un aliment que nous ne saurions trop recommander. Elles ne rencontrent pas de répugnance de la part des malades comme la viande crue; elles sont débarrassées de leur gangue fibreuse rebelle à la digestion; enfin elles sont très nutritives sous un petit volume, car elles représentent à peu près quatre fois leur poids de viande crue. Nous avons plusieurs fois constaté, à l'aide de la sonde, qu'elles quittent très rapidement l'estomac; cliniquement, elles sont admirablement supportées en grande quantité par les malades les plus délicats. Tous ces avantages en font une substance d'une utilité incontestable pour l'alimentation artificielle et la suralimentation.

Parmi les viandes cuites, les viandes bouillies se montrent d'une digestibilité plus grande que les viandes rôties. La viande bouillie est

en effet plus désagrégée et plus facilement pénétrée par les sucs digestifs ; la viande rôtie occupe dans toutes les tables de régime une des dernières places ; elle quitte très tardivement l'estomac et y provoque une hyperesthésie marquée.

On admet un peu empiriquement que les viandes les plus digestibles sont celles de bœuf, de poulet, de mouton ; la viande de porc, sauf le jambon, est indigeste ; les viandes grasses sont mal digérées. Les viandes salées, fumées, boucanées doivent être défendues. Parmi les organes internes utilisés dans l'alimentation, les viandes molles, cervelles, ris de veau, sont à conseiller ; le foie, le rognon, etc., doivent être interdits.

Nous ne dirons qu'un mot des diverses préparations faites à l'aide de la viande. Le bouillon, quel que soit son mode de préparation, n'a aucune valeur nutritive. C'est un apéritif, un condiment, un peptogène, mais non un aliment ; il est assez irritant pour l'estomac. Le jus de viande n'a pas non plus grande valeur nutritive : il a à peu près les mêmes propriétés que le bouillon. Le bouillon américain n'est guère plus actif ; enfin, la gelée de viande pure, ou la préparation connue sous le nom de gelée de viande de Hepp (extrait : viande bouillie longtemps en présence de pepsine et d'acide chlorhydrique) n'a qu'une valeur alimentaire médiocre.

La chair de *poisson* est assez nutritive. Certains poissons : saumon, anguille, maquereau, sont indigestes à cause des substances grasses qu'ils renferment en proportion élevée, 10 à 20 pour 100. La morue, l'écrevisse, le homard, la crevette, etc., ont des chairs compactes et filamenteuses, dont la dissociation se fait lentement dans l'estomac. Au contraire, le merlan, la sole, la barbue, le brochet, la perche, etc., ont une chair ténue et friable qui en fait un aliment léger. Les poissons doivent être cuits à l'eau ou frits, mais il faudra éviter de manger la peau frite. Les huîtres sont un bon aliment, qui n'est interdit que dans les cas d'hyperchlorhydrie.

Graisses. — Les *corps gras*, graisse, beurre, huile, sont indigestes. Ils irritent et congestionnent les muqueuses, d'après Leven, et quittent tard l'estomac, d'après Ch. Richet. Cependant, des travaux récents tendent à démontrer que la graisse diminue l'acidité gastrique et pourrait être utilement conseillée chez les hyperchlorhydriques (H. Strauss).

Végétaux. — Parmi les aliments végétaux, nous mentionnerons en première ligne le *pain*. C'est un aliment complet. Malheureusement, il est indigeste, il séjourne très longtemps dans l'estomac et est assez irritant, probablement par suite de sa consistance élastique, due au gluten. On diminue cette résistance en grillant le pain. On peut y substituer certains biscuits légers et peu

cohérents, les breakfasts, les milks, les grissinis, les gâteaux secs divers. Les panades bien cuites n'ont pas l'inconvénient du pain en nature.

Les *pâtes alimentaires* sont faites avec du blé dur, très riche en gluten. Elles passent pour être d'une digestion facile, mais à condition d'être très finement divisées et très cuites. Le macaroni et les nouilles sont indigestes, tandis que les pâtes d'Italie, la semoule, le gruau, l'arrow-root, le tapioca sont de bonnes préparations à conseiller aux dyspeptiques. Le riz est aussi bien digéré.

Les *pâtisseries*, composées de graisse, d'œufs, de farine, de sucre, sont très irritantes et mauvaises pour l'estomac. Elles séjournent extrêmement longtemps dans ce viscère et y provoquent une hyperesthésie marquée.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'action des féculents et des farines alimentaires. On les considère en général comme assez irritantes pour l'estomac, mais leur état pulvérulent fait qu'elles séjournent en général assez peu dans le viscère. Elles sont cependant contre-indiquées chez les hyperchlorhydriques, car elles ne sont pas digérées comme à l'état normal par la salive, dont l'effet est neutralisé par le suc gastrique. Au contraire, chez les hypochlorhydriques, l'alimentation par les féculents est, en général, suivie de bons résultats. Les soupes à la farine de riz, d'avoine, de maïs, de pois, de fève, etc., seront souvent une précieuse ressource.

Les *légumes secs*, qui contiennent beaucoup de fécule, devront toujours être pris en purée. Les légumes secs en nature sont très indigestes, à cause des fibres ligneuses et de la cellulose à tissu plus ou moins serré qui forment l'enveloppe des graines.

Les *légumes verts, herbacés* sont très utiles pour les dyspeptiques, notamment les neurasthéniques. Les expériences récentes de M. Ritter, de M. Charrin ont montré, en effet, les bons effets de la minéralisation de l'organisme. Or les légumes verts contiennent des sels minéraux, sous une forme éminemment assimilable. D'après M. Ritter, les épinards, les laitues, les chicorées contiennent des quantités considérables de sels. De plus, ils ont une action très heureuse chez les dyspeptiques constipés. Mais ces légumes ne doivent pas être pris en nature ; sous cette forme, ils exaspèrent l'irritation de la muqueuse et séjournent un temps considérable dans l'estomac ; il faut les donner écrasés, ou finement hachés et réduits en purée, après une longue cuisson.

Les *fruits crus* sont toujours assez mal supportés. On peut les permettre, à la rigueur, très mûrs, aux hypochlorhydriques. Ceux-ci peuvent user de fruits cuits, ou en compote, ou en gelée. Les confitures doivent être prises avec circonspection ; le sucre et la sub-

stance mucilagineuse qu'elles contiennent en abondance les rendent quelquefois irritantes. Les fruits crus et cuits seront contre-indiqués en cas de flatulence ou de diarrhée même légère.

Nous devons dire un mot ici de la *cure de raisins*, très anciennement vantée et encore recommandée par quelques auteurs. Elle consiste dans l'ingestion régulière, pendant quelque temps, de 1 à 5 kilogrammes de raisin par jour. Cette quantité est prise en quatre fois dans la journée. On rejette les pépins et les pellicules. Cette cure a surtout une action laxative; elle est à conseiller dans la pléthore abdominale, dans les dyspepsies d'origine intestinale, chez les obèses et les arthritiques. Elle agit aussi en introduisant dans l'organisme une grande quantité de matières salines et peut rendre service chez les dyspeptiques, avec prédominance des troubles neurasthéniques. Elle donne de mauvais résultats toutes les fois qu'il existe une vive hyperesthésie gastrique.

BOISSONS. — La question des boissons est parmi les plus importantes dans l'établissement du régime des dyspeptiques.

Nous ne nous occuperons pour le moment que de la qualité des boissons, nous réservant de parler ultérieurement de la question de quantité.

L'eau potable, fraîche et pure, est la meilleure des boissons. Elle doit être soigneusement filtrée, de préférence sur des bougies Chamberland, qui en écartent les germes.

Au point de vue bactéricide, l'ébullition offre encore plus de sécurité que la simple filtration. On a démontré, en effet, qu'au bout de cinq à six jours en moyenne, l'eau filtrée sur de la terre poreuse donnait souvent desensemencements fertiles. L'eau bouillie passe pour être lourde et de digestion difficile, parce qu'elle est privée d'air. Nous croyons que cette objection n'est pas valable. L'eau bouillie, laissée pendant un ou deux jours en contact avec l'air, dans un large réservoir, reprend facilement l'air dont l'ébullition l'a privée. Au demeurant, on peut remplacer l'eau ordinaire par certaines eaux de table : eaux d'Évian, d'Alet, de Contrexéville, de Vittel, qui sont peu minéralisées et de composition sensiblement égale à l'eau ordinaire.

Les *eaux minérales* gazeuses, riches en acide carbonique, possèdent des propriétés excitantes. On peut les diviser en deux classes, selon qu'elles renferment ou non des sels alcalins : eau de Seltz, eau de Saint-Galmier, de Bussang, de Spa, des Huchers, etc. Elles stimulent l'appétit; sous leur influence, l'estomac se viderait plus rapidement, d'après Penzolt; MM. Carrion et Cautru ont aussi montré qu'elles excitent la sécrétion gastrique (expériences avec de l'eau de Seltz).

On peut donc donner des eaux gazeuses, par intermittence, aux hypochlorhydriques; elles sont, au contraire, absolument contre-indiquées chez les hyperchlorhydriques.

Les eaux gazeuses alcalines, dont les principales en France sont celles de Vichy, de Vals, de Pougues, ont une action plus spéciale. Les eaux de Vichy et de Vals contiennent surtout du bicarbonate de soude, les eaux de Pougues du carbonate de chaux. Mais leur action est sensiblement identique chez les dyspeptiques. L'action des eaux de Pougues a été bien étudiée par notre ami M. Hérard de Bessé, dont voici les conclusions :

« L'eau de Saint-Léger, prise à jeun, constitue un moyen efficace de stimuler la sécrétion de l'estomac. Le travail digestif est également plus rapide. L'indication est donc très nette chez les hyposthéniques, la contre-indication formelle chez les hypersthéniques. Ceux-ci, cependant, peuvent avoir avantage à user de l'eau de Pougues privée de son acide carbonique par une ébullition à 70 degrés. »

Cette action est semblable à celle que nous avons observée dans nos expériences sur l'emploi de la craie.

En ce qui concerne l'eau de Vichy et l'eau de Vals, dont l'action est en rapport avec la proportion élevée de bicarbonate de soude qu'elles contiennent, on peut leur appliquer les conclusions adoptées pour le bicarbonate de soude qui, à petites doses inférieures à 5 grammes, excite la sécrétion et la motricité gastriques et qui, à forte dose, annihile la sécrétion, mais accélère l'évacuation de l'estomac. Dans ces expériences, le bicarbonate de soude a toujours été administré une heure avant le repas. Dans les expériences encore inédites que j'ai faites avec M. Hérard de Bessé, chez un hyperchlorhydrique, les résultats ont été les mêmes. On peut donc conclure que les eaux de Vichy et de Vals, prises pendant le repas, à la dose moyenne de deux verres par repas, excitent la motricité et la sécrétion gastriques.

Beaucoup d'auteurs, spécialement G. Sée, M. Mathieu, recommandent les *boissons chaudes*. J'en ai toujours obtenu aussi de bons effets.

Expérimentalement, M. Linossier a montré que l'eau tiède à 38 degrés calme la sensibilité et excite la motricité. La clinique journalière en montre les bons effets chez les dyspeptiques. On peut les conseiller, soit pendant toute la durée du repas, comme boisson, soit à la fin du repas, comme stomachique.

L'infusion la plus généralement acceptée est l'infusion de thé; si elle est légère, elle convient à tous les malades; cependant, elle est quelquefois redoutée pour l'agitation nerveuse qu'elle provoque; on peut alors lui substituer la camomille, le tilleul, la feuille d'oran-