

Dans ces dernières années, on a tenté d'introduire dans la thérapeutique la *maltine* ou diastase qui doit transformer en sucre 50 fois son poids de fécule de pommes de terre ou d'amidon. Coutaret, qui s'est fait le défenseur de la médication par la maltine, pensait que la plupart des dyspepsies (70 pour 100) sont dues à une insuffisance de la digestion salivaire des amylacés; aussi prescrivait-il la maltine qui existe dans l'orge germée et dans tous les grains en germination. On sait aujourd'hui qu'il ne peut être question de dyspepsie salivaire, mais l'emploi de la maltine peut trouver son indication chez les hyperchlorhydriques. En effet, chez les hyperchlorhydriques, la digestion des amylacés est entravée par suite de la présence constante d'acide chlorhydrique libre dans le liquide stomacal. La maltine peut favoriser leur digestion, car elle peut encore exercer ses propriétés saccharifiantes dans le milieu stomacal; il faut un degré d'acidité bien supérieur à celui que l'on trouve dans l'estomac des hyperchlorhydriques pour entraver son action. On peut d'ailleurs associer la maltine au bicarbonate de soude.

On prescrit habituellement des doses trop faibles de maltine; il ne faut pas hésiter à prescrire 1 à 2 grammes par jour de cette substance; chaque dose sera prise une demi-heure après le repas.

On donne plus rarement le malt pulvérisé (orge germée, concassée) à la dose de 2 à 4 grammes.

La bière d'extrait de malt est souvent prescrite avec avantage.

L'efficacité de la *pepsine* a été très discutée dans ces dernières années. On admet qu'il existe habituellement assez de pepsine dans l'estomac, ou tout au moins de propepsine susceptible de se transformer en pepsine dans un milieu acide. Toutefois les recherches récentes de Kövesi ont donné des résultats opposés à ceux qu'ont obtenus Bourget, Oppler, Linossier. Dans 27 cas d'anachlorhydrie, 13 fois la pepsine était absente, d'après Kövesi (*Archiv für Verdauungskrankheiten*, 1899).

Quoi qu'il en soit, les nombreuses expériences faites par M. Bourget et M. Georges ont montré que l'addition de pepsine à des sucs gastriques n'influence pas le processus digestif. Sée manifestait du scepticisme à l'égard de l'action de la pepsine. M. Hayem ne se prononce pas définitivement sur la valeur qu'il convient d'attribuer à ce médicament. Dans les recherches faites sur le suc gastrique des malades soumis au traitement par l'acide chlorhydrique et la pepsine, il a constaté que l'action des deux médicaments associés a pu faire réapparaître l'acide chlorhydrique libre absent, dans deux cas d'hypo-pepsie sur six, tandis qu'il n'a pas encore vu l'acide chlorhydrique seul produire ce résultat. Il croit que la pepsine et l'acide chlorhydrique peuvent être utilisés dans l'hypo-pepsie, surtout quand il y a diminution de la sécrétion gastrique. Boas, Sticker admettent que la pepsine peut rendre également service dans la gastro-succorrhée. M. Albert Robin est encore partisan de l'emploi de la pepsine, qui lui aurait donné de bons résultats dans la dyspepsie infantile et dans certains cas d'hyperchlorhydrie; certains malades auraient une peptinurie continue qui justifierait chez eux l'emploi de la pepsine ou des pepsinogènes (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 1896). Les pepsinogènes sont le bouillon, les petits pois, les os, la gélatine, les dextrines du pain grillé, les fromages secs.

On prescrit souvent la pepsine sous forme de vin, d'elixir. C'est là un mode

d'administration défectueux de ce médicament, car une solution alcoolique à 25 pour 100 entrave son action; il faut donc la prescrire uniquement en nature ou en solution glycinée; on donnera 50 centigrammes à 1 gramme de pepsine en paillettes à chaque repas. On peut lui associer la maltine à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 15. Mais il faut se garder de l'administrer avec les alcalins qui entravent le pouvoir peptonisant.

La pepsine en paillettes titre 50, c'est-à-dire qu'un gramme de cette substance solubilise complètement 50 grammes de fibrine, tandis qu'un gramme de la pepsine amylacée ordinaire ne solubilise que 20 grammes de fibrine; cette dernière ne doit plus être employée. Il existe d'ailleurs des pepsines à pouvoir peptonisant plus élevé que la pepsine en paillettes, ce sont la pepsine en poudre au titre 100 et la pepsine fluide au titre 100 qui est une solution de la précédente dans la glycérine. On prescrira avantageusement la préparation suivante :

| | |
|-------------------------------------|------------------|
| Pepsine fluide à titre 100. | 10 grammes. |
| Glycérine pure | 80 — |
| Eau distillée de menthe. | q. s. pour 150 — |

1 cuillerée à soupe contient 1 gramme de pepsine.

Les résultats douteux qu'a donnés jusqu'ici la pepsine sont peut-être attribuables à l'emploi des pepsines de titre insuffisamment élevé. L'acide chlorhydrique ne sera donné qu'une demi-heure après la fin du repas.

La *pancréatine* est plus employée actuellement que la pepsine : on la prescrit surtout dans les cas où la sécrétion gastrique est supprimée; les a-peptiques vident rapidement leur estomac et c'est l'intestin qui, chez eux, supporte tout l'effort digestif; les troubles de la digestion intestinale peuvent faire défaut, pendant un temps plus ou moins long, mais dès qu'ils apparaîtront, on pourra faire usage de la pancréatine.

La pancréatine se prescrit aux mêmes doses et de même façon que la pepsine.

On peut l'associer à la maltine et au bicarbonate de soude :

| | |
|-------------------------------|----------|
| Bicarbonate de soude. | 0 gr. 50 |
| Pancréatine. | 0 gr. 40 |
| Maltine | 0 gr. 10 |

pour 1 cachet. Un au milieu de chaque repas.

On peut encore la prescrire en pilules kératinisées, à l'exemple d'Unna, ces pilules n'étant solubilisées qu'en milieu alcalin, c'est-à-dire dans l'intestin.

Il nous faut bien avouer que l'emploi de la pancréatine, en apparence justifié, ne donne en pratique que des résultats très problématiques. Les découvertes récentes et fort importantes concernant le mécanisme de la digestion intestinale semblent prouver d'ailleurs qu'il est plus rationnel d'exciter la sécrétion pancréatique que d'administrer la pancréatine dont les transformations dans les voies digestives détruisent peut-être l'activité.

Pawlow a constaté que l'introduction d'un acide dans le duodénum, acide chlorhydrique ou autre, provoque régulièrement une sécrétion pancréatique abondante, et est arrivé à cette conclusion que l'excitation de la sécrétion pancréatique est secondaire à un véritable « réflexe acide dont le point de départ est la muqueuse duodénale ». La réalité de cette action de l'excitation acide a été confirmée de divers côtés, mais des