



## VARIÉTÉ

---

### DU RÉGIME ET DU TRAITEMENT DANS LA DYSPEPSIE HYPERCHLORHYDRIQUE

La question que j'ai l'intention d'effleurer est l'une des faces de ce grand sujet, si intéressant pour la médecine, la thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin. Toutes les fois qu'on aborde le traitement de cette affection protéiforme qui porte le nom de *dyspepsie* et dans la symptomatologie de laquelle on pourrait, comme beaucoup l'ont tenté, faire entrer à peu près tous les phénomènes de la pathologie, on est singulièrement gêné par l'étendue même du programme qu'il s'agit de remplir, et il n'est pas extraordinaire que les meilleurs esprits se perdent parfois dans ce dédale de phénomènes et que, souvent, bien des contradictions et des erreurs se glissent dans le formulaire thérapeutique, qu'il s'agisse du régime ou du traitement médicamenteux.

Je me limiterai donc à un cadre nosologique très étroit, en ne traitant ici que du traitement d'une forme commune et très nette des troubles gastriques, celle qui est caractérisée par une into-

lérance particulière de l'estomac, due à un excès facilement appréciable d'acide chlorhydrique dans l'estomac.

En traçant cette limite, je ne me dissimule pas qu'en réalité mon cadre est certainement artificiel, car, même chez les hyperchlorhydriques, il se produit parfois des crises de dyspepsie à forme hypochlorhydrique, ou de dyspepsie intestinale, dans lesquelles les phénomènes abdominaux prédominent, transformant pour un temps la physiologie habituelle de l'affection. Mais il n'en est pas moins vrai que si l'on serre de près la réalité et surtout si l'on peut vivre en contact permanent avec ses malades, de manière à apprécier *de visu* tous les phénomènes, on est obligé de reconnaître qu'il existe un groupe extrêmement nombreux de sujets chez lesquels on peut constater les symptômes de la première période de la maladie de Reichmann, c'est-à-dire les troubles multiples dus à l'hyperchlorhydrie, sans qu'il se soit encore produit de dilatation. Et si, chez ces malades on peut constater souvent, surtout à la suite des crises, un état plus ou moins prononcé d'hyperchlorhydrie, il n'en est pas moins vrai que l'origine du mal se trouve dans une tendance à la sécrétion d'une trop grande quantité d'acide, dans un estomac irrité qui souffre d'une exagération fonctionnelle.

Ces malades sont presque tous des rhumatisants, à circulation périphérique faible, à peau froide, des nerveux qui abusent du travail intellectuel ou qui font des excès sensoriels, des gens à petit appétit, qui, le plus souvent, n'ont jamais fait d'excès de table, par incapacité physique con-

génitale de l'estomac. On doit donc les distinguer immédiatement des gros mangeurs, chez lesquels l'origine des troubles dyspeptiques se trouve surtout dans une surcharge alimentaire, des alcooliques et aussi des dyspeptiques purement nerveux, gens déséquilibrés chez lesquels les troubles gastriques ont une origine centrale. Ces distinctions sont importantes à établir au point de vue thérapeutique, car les indications du traitement seront très différentes dans ces divers cas. On a beau trouver chez les dyspeptiques hyperchlorhydriques, d'origine arthritique et souvent héréditaire, les troubles nerveux qui les rattachent au type *cérébro-gastrique* qu'a voulu établir Leven, ils ne peuvent être classés parmi les dyspeptiques nerveux, médullaires ou cérébraux; la meilleure preuve de cette vérité, c'est que le régime et un traitement purement local réussissent à améliorer et à guérir ces malades, sans qu'on soit obligé d'user des médicaments nervins.

Il est bien évident que ce genre de malades, qui peuvent être considérés comme de futurs dilatés, avec tout l'ensemble de symptômes graves qui suit cette infirmité, représenté une véritable légion, ils sont très intéressants, parce que le médecin peut beaucoup pour leur amélioration et qu'il est possible de les guérir ou tout au moins de voir leur état se maintenir satisfaisant, et tolérable quand le sujet veut bien se soumettre à un traitement rationnel.

J'ai eu la bonne fortune de pouvoir suivre pas à pas et jour par jour, de la façon la plus minutieuse, cinq malades répondant au type indiqué, et c'est le résultat de mes observations que j'apporte ici.

Ces cinq malades appartiennent à toutes les classes de la société ; il y a un *médecin*, un *avocat*, un *employé de commerce*, un *garde-chasse*, et enfin une femme, mère de famille appartenant à la petite bourgeoisie ; ils ont de trente-deux à quarante ans. Chez tous, l'ensemble des phénomènes se groupe de la même façon.

Tous sont arthritiques et rhumatisants, leur état gastrique correspond au *rhumatisme viscéral* de nos anciens ; pas un d'eux n'a fait d'excès d'aucun genre, même pas le garde-chasse, qui a toujours été dans l'*impossibilité de boire*. En effet, quand on cherche dans les antécédents, on trouve presque toujours que dès leur jeune âge les dyspeptiques hyperchlorhydriques ont eu de l'intolérance gastrique ; beaucoup répondent quand on les interroge sur leur genre de vie : « J'ai toujours été sobre, je n'y ai aucun mérite, car des excès de table ou de café m'ont toujours été impossibles ; dans les rares occasions où j'aurais pu m'oublier, j'ai été malade avant de pouvoir être gris. »

Chez aucun des cinq malades que j'ai étudiés, il n'y a d'antécédents pathologiques sérieux, tous ont été des délicats, des migraineux, mais en somme, sauf la grippe dont je parlerai tout à l'heure, ils n'ont pas eu de maladie caractérisée ; deux des hommes ont eu de la blennorrhagie qui s'est guérie facilement. La femme a eu un enfant qu'elle a allaité, et la fatigue qui en est résultée a produit l'explosion de phénomènes aigus. Enfin, fait à noter, tous ces malades ont été vigoureusement touchés par la grippe, en 1890, et c'est même là le seul antécédent intéressant à relever, car il est le

point de départ très net de la transformation d'un état gastrique, seulement caractérisé par un malaise périodique en un véritable état pathologique grave.

Voici le résumé des phénomènes qui permettent d'établir le cadre nosologique de ces malades. (Je les prends, bien entendu, au moment où la dyspepsie est établie.)

La peau fonctionne mal, le sujet souffre perpétuellement de froid, dès que la température s'abaisse ; le froid, l'humidité, agissent vivement sur son état général. La constipation est ordinaire, souvent se présentent des crises hémorroïdaires. Il est rare que l'être soit un seul moment dans un état de calme et de repos absolu, presque toujours il existe une fatigue perpétuelle, une paresse de l'esprit, un malaise vague et indéfinissable. Une fois, deux fois par semaine se produisent des *migraines* d'une durée plus ou moins longue, avec vertige, raptus en arrière, titubation, pâleur de la face, sueurs froides et visqueuses du front et des extrémités. (Je reviendrai tout à l'heure sur ces migraines.)

Au point de vue digestif, on note une difficulté permanente dans les digestions, tous les repas sont d'un passage pénible, la plupart déterminent des phénomènes douloureux multiples ; généralement l'appétit est excellent, sauf après les crises aiguës, qui sont toujours suivies d'une période d'anorexie et même de dégoût. C'est surtout à la fin de la digestion, quatre à six heures après le repas, que le malaise est le plus grand, et quand il se produit un trouble trop intense de la digestion, apparaissent des flatuosités intolérables, véritables crises

explosives qui sont pour le malade une torture extrême, en même temps qu'elles arrivent à entraver sa vie sociale.

Souvent, toujours même à la longue, les éructations provoquent de la régurgitation de matières alimentaires extrêmement acides et c'est alors que l'examen chimique des matières et du suc gastrique montrent que celui-ci renferme deux à quatre fois plus d'acide chlorhydrique que la normale. On remarquera que je parle ici de crise hyperchlorhydrique digestive; je sais que systématiquement MM. Hayem, Winter, Mathieu, etc., imitant les Allemands promoteurs de la méthode, pratiquent l'essai du suc gastrique le matin, à jeun, après la prise d'un léger repas d'épreuve. Pour mon compte, j'ai constaté le plus souvent que ce système est très infidèle attendu que tel malade peut être reconnu *hypochlorhydrique* dans ces conditions, qui, après un repas *réel*, sera franchement *hyperchlorhydrique*. Je tiens donc le plus grand compte de l'état des matières stomacales *pendant la digestion* du repas normal et alors j'ai pu constater que dans les crises dyspeptiques le titre en acide, calculé par la méthode acidimétrique ordinaire monte à 1 jusqu'à 1,5 pour 1000, titre très élevé, la normale étant moins de 0,5. Or, c'est dans ces moments-ci que le malade souffre, c'est donc surtout sa digestion ordinaire qui doit être étudiée parce que c'est elle qui donne le meilleur renseignement.

Je n'insiste pas sur le détail de tous ces phénomènes, car je veux arriver à la thérapeutique, mais pour cela il me faut pourtant mettre en valeur

deux points importants de cet ensemble, la *flatulence* et la *migraine*. En effet, ce sont là les deux dominantes de tout le groupe des phénomènes, et c'est surtout de ces deux facteurs que dépend l'état particulier de *neurasthénie* qu'on constate chez tous ces malades.

La *migraine dyspeptique* est certainement la plus fréquente. Je crois que sur 100 cas de migraines, on peut largement affirmer que 95 sont dus à des troubles digestifs. Comme M. Dujardin-Beaumetz l'a établi, on peut accuser la résorption de matières toxiques de provoquer ces phénomènes si douloureux. Or, les dyspeptiques sont par excellence le terrain des fermentations vicieuses, par suite ce sont des producteurs de toxines, et l'on constatera que les crises migraineuses coïncident toujours avec de l'encombrement, ou avec l'ingestion d'aliments dangereux pour les estomacs viciés, je veux parler du gibier, des mollusques ou des poissons, viandes essentiellement altérables et déjà riches en produits toxiques. Il y a un fait certain, c'est que les malades que j'ai observés n'ont plus jamais éprouvé de migraines du jour où l'état du ventre a été surveillé et où l'antisepsie du tube digestif a été méthodiquement pratiquée. Si quelque crise a eu lieu, c'est qu'un écart de régime ou un oubli de traitement en a été la cause.

Mais si je dis *migraine*, je ne dis pas *douleur de tête*, car souvent on constate que la tête devient douloureuse, mais sans l'ensemble des phénomènes nerveux propres à la migraine. C'est ici qu'intervient la *flatulence*: en effet, aussitôt qu'une certaine quantité de gaz est en présence dans l'estomac, il

se produit une compression des organes et des nerfs qui, par réflexes, détermine toujours une sensation douloureuse intense, qui cède aussitôt que l'évacuation est obtenue. C'est là une distinction importante à faire, car mal de tête et migraine ne sont pas similaires d'origine, celle-ci est un phénomène général d'origine toxique, celui-là a une cause toute mécanique.

Mes observations m'ont convaincu que le rôle de la flatulence dans l'évolution pathologique de la dyspepsie acide est d'une extrême importance.

On ne se figure pas la quantité de gaz que peut rejeter un dyspeptique hyperchlorhydrique dans le temps d'une digestion.

J'ai recueilli maintes fois les produits gazeux érucés, et cela avec la plus grande facilité, car la pression est telle que le gaz fait équilibre à 10, 12 et jusqu'à 15 centimètres de mercure, ce qui permet de les diriger sans effort vers un gazomètre.

Voici comment il faut procéder : un large tube, muni d'un embout capable de couvrir la bouche, communique avec une cloche graduée placée sur une cuve à eau. On ferme les narines du malade qui, *après avoir expiré*, applique l'ambout sur ses lèvres, baisse, puis relève la tête, et fait l'effort d'éruclation bien connu des dyspeptiques. Cet effort, qui consiste dans l'avalement d'un peu d'air pour ouvrir l'œsophage, provoque l'expulsion tumultueuse des gaz, et l'on constate que ces gaz forment, suivant les moments, une masse de 300 à 600 et parfois 900 centimètres cubes par érucation.

Des mesures faites patiemment pendant des jours

et des jours (1), m'ont amené à constater que, pendant les huit à dix heures nécessaires à terminer une digestion laborieuse, un malade peut expulser 120 à 160 litres de gaz. Ce sont là des chiffres moyens, car deux fois le chiffre a monté à plus de 200 litres, et, par comparaison, je crois que certains malades chez lesquels la mensuration n'a pas été faite ont pu dépasser ce chiffre, pourtant énorme.

L'analyse démontre que ces gaz renferment 80 à 95 pour 100 d'acide carbonique et 5 à 20 pour 100 d'azote, j'attribue la quantité encore considérable de ce dernier gaz à l'air avalé dans les efforts d'éruclation. Comme on le voit, il s'agit là d'une véritable exhalation stomacale, d'une véritable *expiration*, car on doit supposer que le sang, par suite du relâchement de la tunique musculuse de la muqueuse gastrique, laisse partir une partie de son acide carbonique. Il est à noter, en effet, que ces gaz sont, chez les dyspeptiques acides, absolument inodores, jamais putrides. La cloche qui les recueille en masse *n'a pas d'odeur*; je pense donc qu'on doit écarter l'origine intestinale de ces gaz ou l'hypothèse des fermentations putrides, d'ailleurs inconnues dans la dyspepsie acide.

Quoi qu'il en soit, j'en ai dit assez pour démontrer l'importance de la flatulence dans les phénomènes pathologiques dus à la dyspepsie acide : compression des viscères, des nerfs et mal de tête consécutif, angoisse due à l'encombrement, fatigue causée

1. Un de mes malades, médecin, qui s'intéresse vivement à l'étude de ce phénomène, a passé des heures entières à mesurer ses érucations, distrayant ainsi sa souffrance par l'expérimentation.

par des éructations aussi multipliées, enfin, le plus souvent, vomissement par *entraînement* des matières alimentaires.

Au sujet du vomissement, notons qu'il s'agit d'une régurgitation mécanique, mais jamais ou extrêmement rarement d'indigestion précédée de maux de cœur. Le dyspeptique acide rejette ses aliments par effort physique, mais il n'a pas de nausées. Ce vomissement est naturellement un soulagement pour le malade qui arrive rapidement à le provoquer, c'est même là une situation dangereuse, car l'affaiblissement et la dénutrition s'en suivent, et c'est un côté délicat du traitement de ce genre d'affection.

En résumé, les troubles typiques qui peuvent être considérés comme destinés à fournir les grandes indications thérapeutiques sont les suivants :

*Paresse de la peau;*

*Tendance à l'exagération de la jonction chlorhydrique;*

*Tendance aux fermentations vicieuses;*

*Constipation, tendance hémorrhoidaire;*

*Production et résorption de toxines (d'où migraine).*

*Production considérable de gaz dans l'estomac.*

Le traitement des dyspepsies a été formulé d'une manière magistrale par M. Dujardin-Beaumetz, c'est celui que je vais commenter ici, car les modifications personnelles que j'ai introduites ont eu seulement pour but de suivre pas à pas les symptômes à amender.

1° *Paresse de la peau.* — Le malade a froid, c'est un congestif interne, il faut donc faire fon-

tionner sa peau; pour cela on prescrit l'hydrothérapie, mais en conseillant de bien surveiller l'application et le plus souvent on doit utiliser la douche chaude ou la douche écossaise.

Pour mon compte, je me méfie de l'hydrothérapie chez les sujets qui nous préoccupent; ce sont des gens à réaction lente qui se trouvent très mal des bains froids et souvent des douches. Donc, quand il est impossible de faire administrer des douches vraiment médicales, j'estime qu'il faut renoncer à ce moyen.

Mais ce qu'il faut surtout éviter, c'est le *tub froid*, l'éponge, procédé de refroidissement humide qui n'a d'hydrothérapique que le nom. Le meilleur moyen, ce sont les affusions d'eau très chaude à 50 degrés avec addition d'eau de Cologne et suivies d'une énergique friction au gant de crin, comme l'indique M. Dujardin-Beaumetz. J'ajoute avec avantage à ces moyens, toutes les semaines une friction au savon noir et un bain sulfureux (à la sulfurine de Langlebert qui a l'avantage de mieux exciter la peau que le bain au polysulfure.)

Je recommande aussi le port de vêtements très chauds, de fourrures, en un mot, tout ce qui peut éviter des refroidissements, qui ont toujours un retentissement sur les viscères et provoquent fatalement une crise aiguë.

L'exercice est naturellement indiqué, mais il doit être très ménagé, sans quoi on risque d'abord d'affaiblir un sujet dont la nutrition est au minimum, et en suite d'augmenter la tendance à sécrétion hyperacide. Toute fatigue musculaire notable exagère la production de l'acide chlorhydrique. Donc il faut être

très prudent au sujet de l'exercice et modérer les malades toutes les fois où ils ont tendance à trop agir, car si l'on arrive à faire fonctionner la peau par la gymnastique, on provoque en même temps une surproduction des acides.

L'heure de la marche et de l'action doit surtout être choisie, et *jamais* un dyspeptique hyperchlorhydrique ne doit marcher après son repas, surtout après le repas de midi, le plus difficile à passer chez la plupart des malades. Il faut recommander au malade de s'étendre au moins une heure sur une chaise longue et de se livrer à une sieste ou de rêver sans travailler.

Les excès vénériens sont des plus dangereux chez les dyspeptiques et, chez l'homme, on peut dire que très souvent le coït est suivi d'une migraine et d'une crise violente. Le dyspeptique doit donc être très réservé sur l'usage de son génésique et surtout bien choisir son *temps* et même son *heure* : son *temps* en ce sens qu'il doit être en état de santé absolu, son *heure* en tenant compte de ce fait que le coït pratiqué vers les quatre ou cinq heures de la digestion, moment critique pour ces malades, risque de troubler la fonction stomacale.

2° *Tendance à l'exagération de la fonction chlorhydrique.*

Ce que je viens de dire relativement à l'effet de l'exercice sur la peau peut se répéter au sujet de la tendance hyperchlorhydrique, je n'y reviens donc pas.

Mais c'est surtout le régime qui a une influence sur cette fonction. La viande, voilà par excellence le

*matière alimentaire* de l'estomac. Or, chez les hyperchlorhydriques, toute ingestion de viande provoque l'exagération de la fonction, il faut donc agir de manière à éviter, dans la limite du possible d'introduire dans l'estomac des matériaux destinés à y faire à un long séjour, car alors la muqueuse s'altère par suite d'un trop dur service pratiqué dans des conditions d'hyperacidité anormale.

Il faut, par conséquent, ne tolérer que les aliments qui, d'après la physiologie, séjournent peu dans l'estomac et passent rapidement dans l'intestin, ce sont les œufs, le lait, les légumes et les fruits. Quand à la viande, je considère qu'il faut, au moins pendant le traitement, la supprimer totalement.

Et je ne parle pas seulement des viandes à toxines, gibier, poisson, mollusques et crustacés, mais bien de toutes espèces de viandes. La viande, par sa présence et par la nécessité où est l'estomac de la peptoniser, est une cause *physiologique* de trouble chez ces malades, dont le chimisme est dévié, il faut donc la supprimer.

Je vais plus loin, si les malades, une fois guéris, reprennent l'ancien régime, ils ont tort, car leur maladie a sa cause dans leur état naturel, dans leur tendance physiologique, et, par conséquent, aura toujours chance de se reproduire à tout écart de régime.

Je sais qu'on m'accusera à coup sûr d'être un végétarien mais on aurait tort; je répondrais en effet que, manger des œufs et du lait avec *un peu* de légumes, ne peut s'intituler un régime végétarien, c'est un régime azoté léger qui ne ressemble en quoi que ce soit au régime herbivore.