

medicine-of-sickness.blogspot.com **Newsletter du 13 octobre 2007**

LE TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE...



...EN GUÉRIR POUR DE BON...

Salut tout le monde...

Je voudrais continuer là où je me suis arrêtée la semaine d'avant. Peut-être que ça serait utile pour ceux qui viennent de nous rejoindre de résumer rapidement la situation. Je vous ai expliqué pourquoi Dr. Batmanghelidj affirme que l'eau joue un rôle capital dans le corps, rôle qui, jusqu'à présent, est largement sous-estimé et négligé par la médecine conventionnelle. Un manque d'eau se traduit en symptômes (dyspepsie, arthrite, lombalgie, migraine, hypertension essentielle, hypercholestérolémie, asthme, allergie etc.) et ces symptômes ne peuvent disparaître pour de bon seulement en augmentant la consommation d'eau pure ; les médicaments n'ont qu'un effet palliatif et sont nocifs. Lisez d'abord la première newsletter de cette série (<http://www.box.net/shared/7tl29k7ov5>), ceux qui ne l'ont pas encore lu. Voilà. Maintenant, voyons le premier symptôme ('maladie' pour la médecine orthodoxe) majeur qui peut survenir en cas d'une carence en eau...

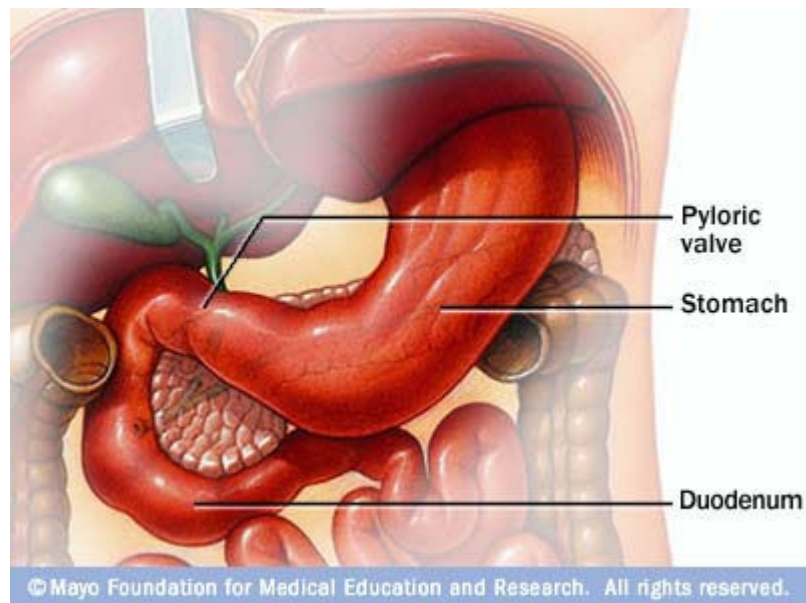
La dyspepsie – ça me pique à l'estomac et à la poitrine

Avant de continuer, veuillez vous assurer que vous êtes familier avec la dyspepsie et l'agencement de l'estomac, du duodénum et du pancréas car je ne vais pas entrer dans des détails indispensables que vous pouvez consulter ailleurs. Je vous recommande de vous rendre sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/Dyspepsie>. Les médecins/étudiants en médecine, téléchargez ce petit fichier PDF de Marion Richard-Molard

(<http://www.box.net/shared/sxktdi5ax4>) et lisez et comprenez-le entièrement. Notez qu'il y a des abréviations utilisées dans ce fichier comme :

OGD	=	Oesogastroduodénale
RGO	=	Reflux gastro-oesophagien
CCK	=	Cholécystokinine
Hp	=	Helicobacter pylori (bactérie)
ATCD	=	Antécédent
TFI	=	Trouble Fonctionnel Intestinal
AINS	=	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
NFS	=	Numération Formule Sanguine
CRP	=	C-Reactive Protein
UGD	=	Ulcère Gastro-Duodénal
EOGD	=	Endoscopie OGD
IPP	=	Inhibiteur de la Pompe à Protons
antiH2	=	Anti-histaminique H2

S'il vous plaît, il faut vraiment que vous compreniez *parfaitement* ce sujet de discussion avant de continuer à lire la suite de cette newsletter... ou vous passerez à côté des bémols. Surtout les étudiants en médecine.



OK. J'espère que vous avez lu et compris les deux documents. On peut maintenant continuer. Voici ce qu'est la dyspepsie selon Wikipédia :

'Ensemble de symptômes de douleur ou de malaise épigastrique (région supérieure de l'abdomen) dont l'origine se situerait dans le tractus gastro-intestinal (GI) supérieur. Les mots utilisés pour la décrire par les personnes qui en souffrent sont variables. Les brûlures d'estomac et la dyspepsie peuvent avoir des points en commun. Certaines personnes décrivent les brûlures d'estomac comme une sensation de brûlure derrière le sternum qui remonte vers la gorge. D'autres personnes souffrant de dyspepsie peuvent constater une remontée d'acide dans la gorge (régurgitation), avoir des ballonnements et des nausées, une sensation de plénitude et des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen. Les mots employés dépendent de la culture et de la langue. Tous ces symptômes (brûlures d'estomac, régurgitation d'acide, éructation excessive, augmentation des ballonnements abdominaux, nausées, sensation de digestion anormale ou lente ou sensation de satiété précoce) décrivent la « dyspepsie ».'

Les symptômes sont aussi très bien énumérés sur Wikipédia. Il faut les connaître à peu près. Et en ce qui concerne l'étiologie, Wikipédia dit que :

'La cause la plus courante des brûlures d'estomac et de la dyspepsie est le reflux gastro-œsophagien pathologique. Il s'agit d'une maladie caractérisée par le reflux de l'acide, normalement présent dans l'estomac où il participe à la digestion des aliments, dans l'œsophage. Chez certains, ce phénomène entraîne des brûlures d'estomac et de la régurgitation; chez d'autres, il provoque également une inflammation (rougeur et gonflement) ou des lésions (érosion) dans l'œsophage. Un petit nombre de personnes souffrant de dyspepsie peuvent avoir un ulcère dans l'estomac (ulcère gastrique) ou dans la première partie de l'intestin (ulcère duodénal).'

Relisez la première phrase du paragraphe ci-dessus : *'La cause la plus courante des brûlures d'estomac et de la dyspepsie est le reflux gastro-œsophagien pathologique.'* Ceci revient à dire, par exemple (pour faire très simple), que *'la cause la plus courante des rhumes est l'écoulement nasal pathologique.'* N'est-ce pas une explication géniale ? Est-ce le reflux gastro-oesophagien la cause de dyspepsie ? – qu'est-ce qui provoque le reflux ? Ah, ça doit être le relâchement du sphincter cardiaque de l'estomac ! C'est ça la cause ! Vraiment ? – et alors, qu'est-ce qui *provoque* le relâchement du sphincter ? Croyez-moi, vous n'avez besoin de pas plus de deux neurones pour arriver à de telles 'étiologies'. En effet, toute la médecine, toute la galère, est basée sur de tels raisonnements circulaires (le serpent mordant sa propre queue aurait du être le symbole de la médecine). *Jamais* les étudiants et les médecins n'apprennent les étiologies, à proprement parler, des maladies. Ils croient qu'ils savent, mais ils ne savent pas. Et tous les étudiants en médecine apprennent des conneries dans le genre et les régurgitent dans leurs copies. Mais ont-ils vraiment le choix ? Ça m'étonnerait. Et ce sont de futurs médecins. Tu parles. De toute façon, l'ignorance est un pré-requis si on veut être un allopathe moyen.

Pour commencer, je vais exclure le fait que le patient souffre de reflux gastro-oesophagien. *Pour le moment, dans ce qui va suivre, l'acide est strictement limité à l'ESTOMAC.* Je parlerai du reflux à la fin de cette newsletter.

La vérité c'est que la médecine conventionnelle ne connaît pas l'étiologie de la dyspepsie. On dit que c'est une pathologie IDIOPATHIQUE (maladie dont on ne connaît pas la cause) comme l'indique correctement Marion Richard-Molard dans le fichier PDF. Idiopathique en tout cas pour la médecine conventionnelle. Sans connaissance de l'étiologie, il s'ensuit que la médecine conventionnelle ne peut pas guérir (au vrai sens du terme) la dyspepsie. Elle ne peut que contrôler – de manière largement inefficace – la douleur due à la dyspepsie. Demandez aux médecins.

Donc, le traitement médicamenteux et palliatif, comme vous l'avez lu sur Wikipédia, comprend : *antiacides* (neutralisent l'acide qui provoque les brûlures), *antagonistes des récepteurs H2* (antiH2 – empêchent la production d'acide), *inhibiteurs de la pompe à protons* (IPP – empêchent la sécrétion d'acide), traitement de 'l'infection' à *Helicobacter pylori* (controversé), *médicaments procinétiques* (pour stimuler le péristaltisme et vidanger l'estomac dans le duodénum – quand je parlerai du reflux gastro-oesophagien, on verra que c'est de la pure connerie.)...

Récemment les gourous de la médecine se sont mis à incriminer la bactérie commensale (présente à l'état normale) de l'estomac, la fameuse *Helicobacter pylori*. Cette dernière est accusée de provoquer l'ulcère de l'estomac. Ils préconisent d'éradiquer cette bactérie en donnant des antibiotiques. Je pense que ce serait une blague hilarante si ce n'était pas aussi grave pour les patients qui ont des effets secondaires suite à l'éradication, et des résistances bactériennes.

Ce qu'il faut comprendre : *Helicobacter pylori* est une bactérie présente à l'état naturelle dans l'estomac. Ensuite, tous les sites ulcéreux ne contiennent pas d'*Helicobacter*. Enfin, un nombre *infini* de gens ont de l'*Helicobacter* et ne souffrent pas d'ulcère. Certains de vous ont pu lire dans le fichier PDF que, selon Bazzoli et al, 72% de la population dyspeptique contre 64% de la population générale possède *Helicobacter pylori*. C'est ridicule comme différence. C'est à la **page 11**. Relisez-la. Comment voulez-vous que *Helicobacter pylori* soit une cause d'ulcère alors qu'elle est présente chez la grande majorité de gens ? Vos intestins regorgent de bactéries commensales. En mourrez-vous ? En faites-vous un ulcère ? En faites-vous un cancer ? Alors pourquoi nous dit-on que c'est *Helicobacter* responsable de nos conneries ? Foutaise à ceux qui croient cela.

En fait, c'est ma 'philosophie' que les bactéries ne sont pas la *cause* de quelconque pathologie sur terre. Elles sont, au pire, des facteurs aggravants de la maladie mais jamais la *cause* ! Cette notion va complètement à l'encontre de la bactériologie et la théorie microbienne ! Bien entendu, je ne force personne à croire cela ou quoi que ce soit de ce que je suis en train d'affirmer.

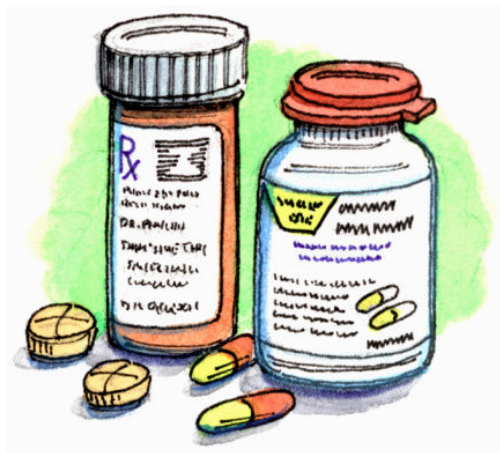


La psychose de Helicobacter pylori

Ceux qui ont téléchargé le fichier PDF tout à l'heure, conservez-le car on va y revenir après avoir écouté ce que dit Dr. Batmanghelidj dans *'Your Body's Many Cries for Water'* à propos de la dyspepsie. Vous trouverez ici ce qu'est vraiment la dyspepsie et le traitement efficace qui permet de la guérir *une fois pour toute*. Si vous croyez qu'il y a du sens dans ce qui va suivre, faites en savoir à vos amis étudiants et médecins s'il vous plaît. Le but c'est d'atteindre la population générale afin qu'ils sachent de quoi ils souffrent. En effet, c'est l'installation d'une déshydratation chronique. Je m'explique.

La dyspepsie, dit Dr. B., est le signal de déshydratation le plus important du corps. Parmi les douleurs de dyspepsie, la gastrite, la duodénite et la brûlure d'estomac doivent être guéries seulement avec une consommation augmentée d'eau. Quand il y a un/des ulcère(s) associés, il faut faire attention à ce qu'on mange afin de favoriser la réparation du site ulcéreux. Dr. B. dit qu'il a guéri plus de **3000 personnes** souffrant de dyspepsie *avec de l'eau seulement*. Sa façon de guérir la dyspepsie a été publiée dans le *'Journal of Clinical Gastroenterology'* en juin 1983. Combien de médecins et d'étudiants en médecine savent cela ? Précisément : aucun. Et on me dit que les médecins connaissent leurs métiers, et les gens me regardent comme s'ils avaient vu un fantôme quand je dis le contraire ! La vérité c'est que très peu de médecins savent dans quelle galère ils se trouvent, et encore moins d'entre eux font quelque chose pour changer le système. Pourquoi feraient-ils quoi que ce soit ? Ils ont un bon salaire, je pense. Et il est difficile de faire comprendre quelque chose à quelqu'un quand son salaire repose sur la prémisse qu'ils doivent *éviter* de comprendre quoi que ce soit. Bien. Ne faites rien.

'Papa/Maman, tu faisais quoi quand le monde est devenu un état fasciste ?'



'Euh... je prescrivais de médicaments. Pourquoi...'

Dr. B. nous raconte un cas qui lui a marqué, où il avait affaire à un jeune homme de 25 ans qui était à moitié conscient et qui gémissait en position fœtale par terre dans sa chambre. Il était en train de 'mourir' de son ulcère depuis 10 heures malgré le fait qu'il avait consommé 3 comprimés de cimétidine (anti-H2 comme vous le savez) et une bouteille entière d'antiacide ! Il lui a donné son traitement : 2 verres d'eau suivis, dans l'espace de 15 minutes, d'un autre verre rempli d'eau. Dans quelques minutes seulement sa douleur a complètement disparue et il a pu parler aux gens abasourdis autour de lui. Les médicaments ne l'avaient pas soulagé. Mais 3 verres d'eau l'ont soulagé dans 20 minutes !

Dehydration and some chronic pains

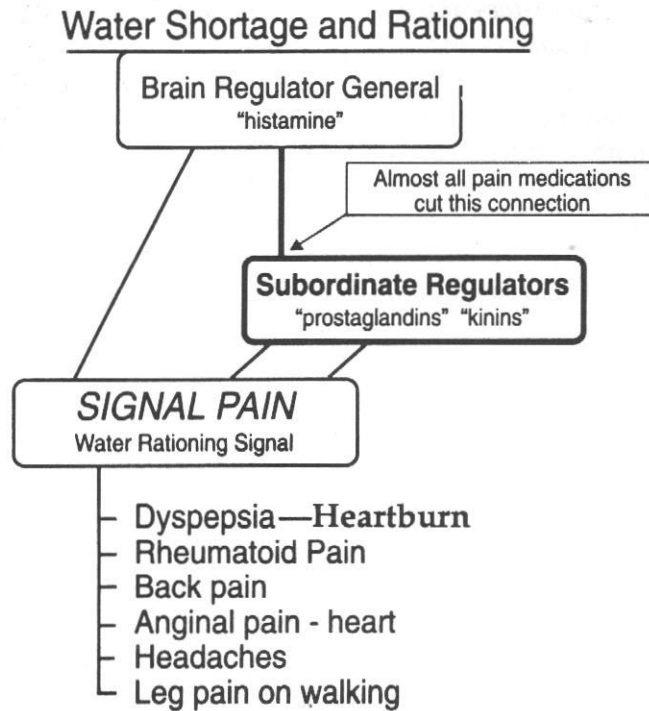


Figure 4: *There are two components to the sensation of pain. One is local and the other is central nervous system-registered. At an early phase, the locally registered pain can be alleviated with painkillers. After a certain threshold is reached, the brain becomes the direct center for monitoring its perpetuation until hydration of the body takes place.*

Vous comprendrez à travers ce schéma que, durant les stades précoces, les antalgiques sont efficaces localement. Mais pendant les stades tardifs, le cerveau prend le relais et signale *directement* la sensation de soif via les signaux douloureux, et là les antalgiques ne sont plus efficaces. Rien que l'eau peut désactiver le signal. C'est ce qui s'est passé avec le patient ci-dessus.

OK. Comment ça marche ? Certains diront que c'est simpliste, mais ça ne l'est pas. C'est d'une logique infaillible. Et... si c'était simpliste, comment se fait-il que la médecine orthodoxe n'a pas pu trouvé ?

C'est la couche de mucus bordant l'intérieur de l'estomac qui le protège contre l'agression de l'acide chlorhydrique (HCl) sécrété. Ce mucus est composé de 98% d'eau ; le reste n'est que de « l'échafaudage. » 98% d'eau ! En plus, les cellules en-dessous sécrètent du bicarbonate qui agit comme un tampon, neutralisant tout acide qui essayait d'y pénétrer. La digestion dépend de la disponibilité d'une grande quantité d'eau qui est sécrétée et déversée sous forme acide sur la nourriture. Cette acide permet, en effet, d'activer les enzymes (trypsine etc. et je ne vous raconte pas l'histoire) qui digèrent ensuite la bouffe.

Une fois déversée, une partie de l'acide réagit avec le bicarbonate produisant du sel (chlorure de sodium) qui altère les propriétés du mucus à capter de l'eau dans « l'échafaudage ». Ces dépôts de sel rendent la couche de mucus moins homogène et moins collante et permettent à l'acide d'entrer en contact avec la sous-muqueuse en-dessous. C'est là que ça fait mal. Mais *si l'eau est disponible dans la circulation* elle est sécrétée de nouveau à travers la muqueuse, dissout le sel et rétablit la couche protectrice de mucus. On n'a maintenant plus mal.

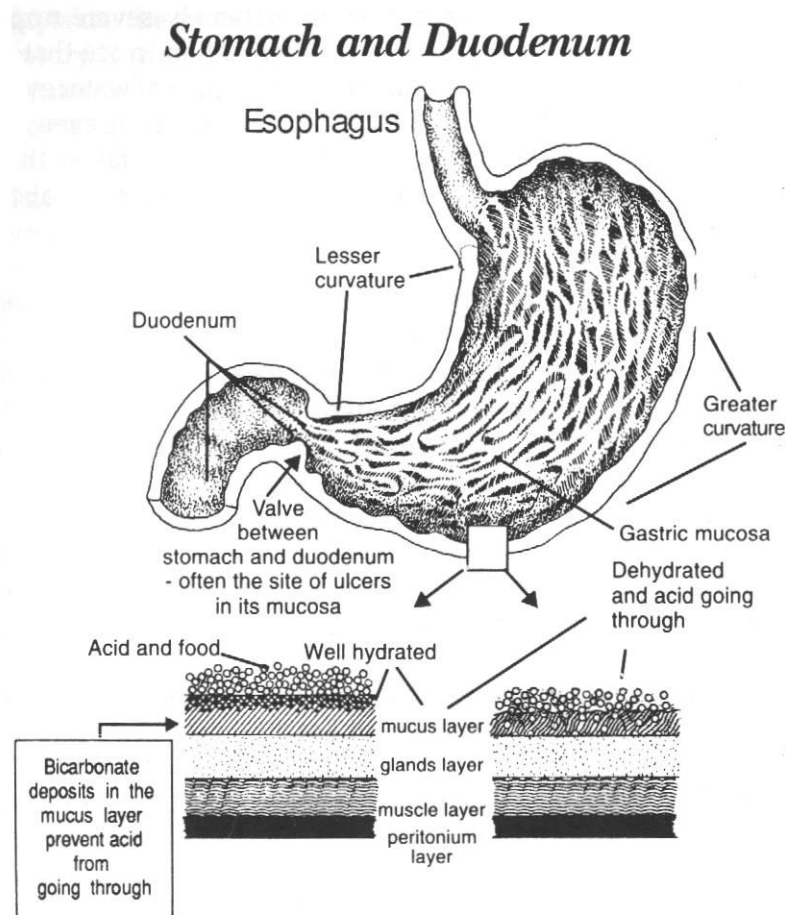


Figure 5: A model of the stomach and its mucosal structures. A well-hydrated mucus barrier will retain bicarbonate and neutralize acid as it tries to pass through the mucus. A dehydrated body will also predispose to inefficient mucus barrier that will permit acid penetration and mucosal damage. Hydration will provide a much better acid barrier to the mucosa than any medication on the market.

S'il n'y a pas suffisamment d'eau dans le corps, ce dernier, rappelez-vous (voir la newsletter intitulée 'Dr. Batmanghelidj'), met en place un système de conservation de l'eau et ne va plus la sécréter abondamment. Ça fait que la couche protectrice de mucus n'est pas aussi efficace et l'acide peut facilement y pénétrer et ronger la sous-muqueuse. Ça fait atrocement mal. Maintenant vous comprenez pourquoi il n'y a qu'une bonne hydratation qui puisse remédier le problème.



Dr. B. dit que la *prévention* c'est de boire 1 verre d'eau (du robinet) une demi-heure *avant* chaque repas et la même quantité deux heures et demies après chaque repas – c'est basé sur des observations cliniques. Une demi-heure est le temps nécessaire pour qu'une partie de cette eau soit absorbée et sécrétée dans l'estomac. [Et j'ajoute que boire quoi que ce soit pendant et juste après avoir mangé interfère avec la digestion.] Le *traitement curatif* c'est d'augmenter sa consommation d'eau jusqu'à 2 litres et demies dans 24 heures pendant quelques jours. Il dit aussi que les antiacides sont des *poisons* que les gens peuvent acheter dans n'importe quel supermarché. Des études réalisées en Suède on montré que le résultat est le même chez les personnes dyspeptiques, qu'ils prennent un placebo, un antiacide ou un anti-H2. Intéressant.

Retournez maintenant à la **page 10** du fichier PDF que certains ont téléchargé... On voit que le 'traitement' placebo a un taux de réussite de 28% (!!) après un délai de 4 semaines. Peut-être, et juste peut-être, serait-ce dû à l'eau qui est prise avec le placebo ? On voit aussi que '*méta-analyse antiH2/placebo : peu de différence*'. L'anti-H2 vaut quedal. On a la *confirmation* que c'est l'eau prise avec l'anti-H2 qui est responsable de toute amélioration de la dyspepsie.

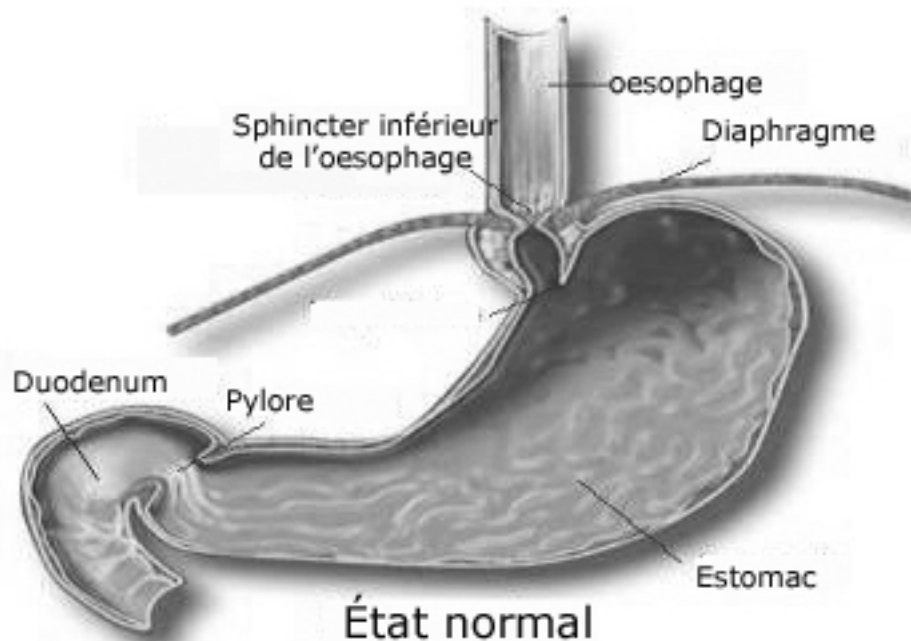
Je vais faire une digression et dire que Dr. B. ne croit pas, lui aussi, qu'*Helicobacter pylori* est responsable d'ulcère pour les mêmes raisons que j'ai citées plus haut. Il ajoute que lors de la déshydratation, il y a beaucoup de neurones qui produisent de l'histamine (voir la première newsletter de cette série) en particulier au niveau du sphincter pylorique. Et vous savez quoi ? Cette bactérie profite des effets d'hormone de croissance de l'histamine. Elle n'est pas la cause d'ulcère, bon sang !

Le Reflux Gastro-Oesophagien

Voyons maintenant la dyspepsie *associée au reflux gastro-oesophagien*. Dans ce même cadre, je parlerai de l'hernie hiatale.

Le *reflux gastro-oesophagien* (RGO) est le passage de l'acide de l'estomac dans l'oesophage. Bien entendu, c'est pathologique. La médecine conventionnelle ne connaît que la physiopathologie (le mécanisme si vous voulez) mais n'a aucune idée de la cause. Voici la physiopathologie : Le sphincter pylorique (inférieur) de l'estomac se contracte, le sphincter cardiaque (supérieur) de l'estomac se relâche, et quand la personne est en décubitus (c.-à-d. quand la personne s'allonge) un peu d'acide peut remonter dans l'oesophage et ça brûle. Et la cause ? Quedal. (Certains vous diront que la cause est le relâchement du sphincter cardiaque. Mais c'est tout le temps la même histoire ; ce n'est qu'un symptôme qui découle d'autres symptômes.)

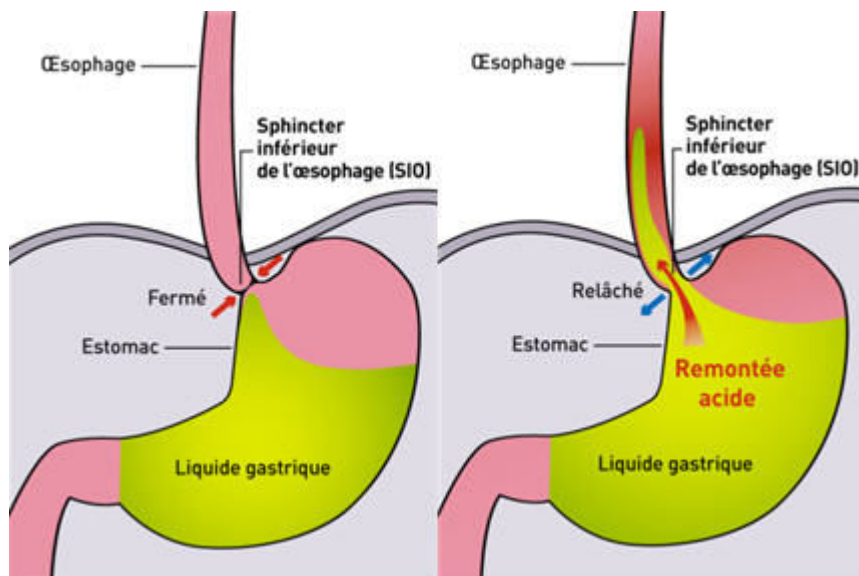
Je vous explique la cause de tout ça. Normalement, le contenu acide de l'estomac est séquestré dans l'estomac par le sphincter cardiaque contracté, l'anneau musculaire du diaphragme contracté autour de ce dernier, et le sphincter pylorique contracté. Le sphincter cardiaque et l'anneau diaphragmatique ne se relâchent que quand on déglutit et quand quelque chose doit passer dans l'estomac. Tandis que le sphincter pylorique se relâche de temps en temps quand le chyme (nourriture partiellement digérée) doit passer dans le duodénum.



Le pancréas sécrète **1 à 1,5 litres** d'*hydroélectrolyte bicarbonaté alcalin* (liquide alcalin contenant du bicarbonate) *par jour* afin de neutraliser le contenu acide provenant de l'estomac. Cette neutralisation rend possible l'action d'autres enzymes du tube digestif et surtout, protège les parois fragiles, non-protégées du duodénum contre l'agression acide. Tous ces processus sont contrôlés par des hormones.

Si la personne est déshydratée, il est clair que le pancréas ne peut plus produire la solution alcaline et donc, il y a danger si le contenu **acide** puisse passer de l'estomac dans le duodénum. L'organisme, étant parfaitement synchronisé, va tout faire afin d'empêcher ce passage du chyme acide dans le duodénum. Ceci explique le 'mystère' de la sensation de plénitude ressentie par un patient dyspeptique. Tant qu'il n'y pas assez d'eau disponible pour le pancréas, la bouffe va rester longtemps dans l'estomac. Maintenant vous comprenez pourquoi le fait de donner des médicaments procinétiques (pour stimuler la motilité) dans ce cas, comme je l'ai indiqué tout à l'heure, est de la pure connerie, et c'est dangereux.

L'organisme ne peut pas non plus laisser le contenu acide rester indéfiniment dans l'estomac. Faute de pouvoir le faire passer dans le duodénum, il y a une seule voie de sortie. C'est par la bouche. Le sphincter pylorique se contracte de plus en plus, le sphincter cardiaque se relâche et l'anneau diaphragmatique aussi. Quand la personne s'allonge, il peut y avoir un peu d'acide qui remonte et qui brûle l'œsophage. C'est la douleur de dyspepsie.

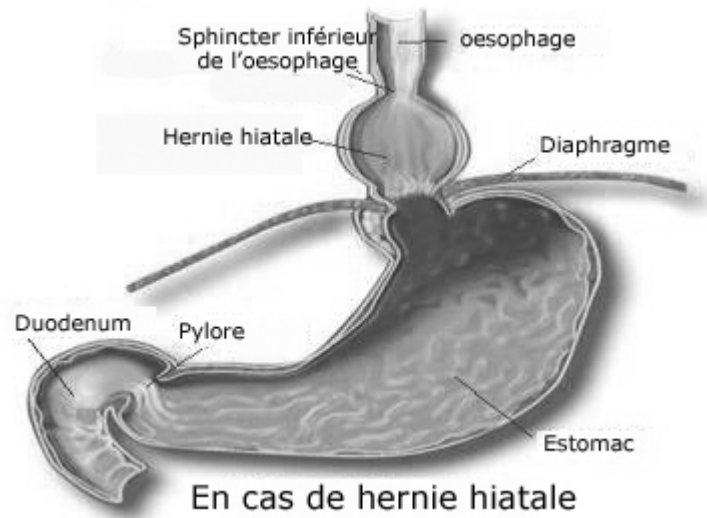


Ensuite, l'estomac va se mettre en mode péristaltisme inverse – l'estomac va se contracter de manière rétrograde, du pylore vers le cardia. En effet, c'est le vomissement que je viens de décrire. Et que vont faire les médecins maintenant ? Donner des médicaments antiémétiques sans doute ? Excusez-moi pendant que je me tords de rire.

Le seul et unique remède est une bonne hydratation car la déshydratation en est la cause.

Hernie Hiatale

Enfin, chez certains patients, il se peut que le relâchement de l'anneau diaphragmatique laisse remonter la partie supérieure de l'estomac à travers le hiatus (l'ouverture) diaphragmatique qui ira se loger dans le thorax. Cette condition est diagnostiquée comme hernie hiatale. La digestion devient douloureuse et l'acide est libre à entrer en contact avec l'œsophage. Et c'est quoi la cause ? Le relâchement de l'anneau ? Non ! Ça encore c'est un symptôme – ne vous faites pas avoir. La cause est la **déshydratation**.



Les antiacides contiennent de l'aluminium et sont dangereux [les vaccins aussi]. Trop d'aluminium dans la circulation est lié à la maladie d'Alzheimer. Les médicaments anti-H2 ne sont pas recommandés eux aussi car ils ont beaucoup d'effets « secondaires ». J'utilise des guillemets en parlant d'effets « secondaires » parce que c'est une astuce de la mafia médicale. En vérité, il n'existe pas d'effets « secondaires » mais que des effets *primaires*. C'est dû au fait qu'une molécule pharmacologiquement active n'agit pas de manière spécifique sur l'organisme car il y a des récepteurs partout et on ressent les effets... eh bien, partout. Les anti-H2 provoquent le vertige, la confusion, l'hypertrophie des seins chez les hommes après deux semaines, une baisse du nombre de spermatozoïdes, la perte de libido...



Dr. B. termine ce chapitre en expliquant que, concernant la colite et la douleur de pseudo-appendicite, les médecins doivent d'abord éliminer le diagnostic d'une éventuelle déshydratation avant d'aller chercher d'autres étiologies.

Voilà. L'information qui vient d'être exposée sera sans le moindre doute utile à tout le monde. Faites passer l'information. Mettez les médecins au courant. Vous passerez sans

doute pour un(e) taré(e) mais ce n'est pas grave. Je sais par expérience que ça puisse attirer de la haine de la part des personnalités les plus renfermées. Vous êtes libres de copier-coller, de publier sur blog, d'envoyer par mail, d'imprimer et de distribuer etc. J'avoue que c'était très technique pour ceux qui n'ont jamais étudié l'anatomie mais je devais approfondir car il y a pas mal d'étudiants en médecine qui viennent sur ce blog. Mais servez-vous de Google, Wikipédia etc. afin de comprendre le jargon.

Le site web du Dr. Batmanghelidj est : <http://www.watercure.com>

Je vais m'arrêter ici. Ça sera à suivre ...



Encore une fois, attention à ceux qui ont une insuffisance rénale.