

LA CLINIQUE

III^{ème} ANNÉE

JUILLET 1897

No 12.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DIAGNOSTIC DE LA COLIQUE SPERMATIQUE

Par A. GUEPIN

Le diagnostic positif du syndrome que notre maître *Koliquet* appela Colique Spermatique et que nous avons étudié à plusieurs reprises, est en général, de la plus grande facilité.

Des mictions fréquentes et douloureuses, un état trouble des urines chargées de mucus, de sang et de pus, simulant la cystite tandis qu'en réalité, il n'est question comme on le sait désormais, que d'une excitation vésico-urétrale réflexe, d'une fausse cystite, en un mot. Les éjaculations sont douloureuses au moment du spasme génital ; le sperme est strié de sang ; il y a même parfois aspermatisme. Des érections fréquentes souvent pénibles, une pesanteur périnéale au devant de l'anus, rendent la marche difficile et la station assise sur un siège mou, intolérable. Il est ordinaire de voir, quand les accidents se prolongent et surtout s'aggravent malgré le traitement suivi, des symptômes de neurasthénie venir compliquer la situation.

Joignant aux troubles fonctionnels énoncés, les résultats de l'interrogatoire du malade et l'étude des commémoratifs (âge, continence prolongée, coït incomplet habituel, urétrite ayant gagné les parties profondes du canal,) le doute n'est presque plus possible.

Néanmoins, on pratique le toucher rectal que fait reconnaître l'état de distension, parfois de dureté, des vésicules séminales et renseigne sur l'exagération de leur sensibilité. La pression légère du doigt amène au méat des sécretions plus ou moins modifiées où

l'on constate la présence de nombreux spermatozoïdes, sauf dans le cas d'oblitération d'un ou des conduits éjaculateurs.

Les trois degrés successifs de la colique spermatique étant caractérisés ; 1o par la simple stagnation vésiculaire ; 2o par la stagnation dans les vésicules et la prostate de sécrétions ordinairement infectées ; 3o par l'oblitération des conduits éjaculateurs et la rétention des produits glandulaires modifiés dans les glandes. L'intensité des symptômes fonctionnels comme la netteté des signes physiques, seront en proportion directe de l'importance de l'affection et du degré qu'elle présente.

Encore ici, point de causes d'erreurs qu'avec un peu d'attention on ne puisse éviter. Quant à la raison même d'être ou de persister de la colique spermatique, on la trouvera en songeant à sa définition ; un ensemble d'accidents douloureux provoqué par la réplétion anormale des vésicules séminales, qu'il y ait ou non oblitération des canaux éjaculateurs, reconnaissant pour cause la contraction de la tunique musculaire propre de la glande distendue, parfois enflammée, par des produits de sécrétion ne pouvant être totalement expulsés. La simple stagnation glandulaire, les infections aiguës ou chroniques (spermatocystites), les oblitérations des conduits excréteurs, auront donc pour conséquence l'apparition des troubles caractéristiques de la colique spermatique, associés ou non aux symptômes des autres lésions avec lesquelles elle peut entrer en combinaison.

Dans ces conditions, est-il permis de confondre la colique spermatique avec les affections qui de très loin, peuvent lui ressembler par un ou plusieurs de leurs signes habituels ? nous ne le pensons pas.

Pour croire à l'existence d'une *cystite* seule, il faudrait ne point pratiquer le toucher rectal, négliger les douleurs souvent si violentes de l'éjaculation, les modifications présentées par le sperme éjaculé, les caractères de l'écoulement provoqué par la pression du doigt sur les glandes et souvent le simple effort de défécation. L'hématurie, sous la dépendance de la marche et des mouvements violents, ressemble à celle des calculs vésicaux ; mais à cela près, il n'y a pas d'autre analogie. D'ailleurs l'exploration du réservoir urinaire viendrait au besoin lever tous les doutes ; il faut savoir ne point se hâter de l'entreprendre et considérer d'abord les résultats du traitement. La *tuberculose* des voies génitales, si elle s'accompagne parfois de colique spermatique, comme nous l'avons observé, a aussi ses symptômes spéciaux. On peut et on doit en dire autant des *spermatocystites*.

Enfin il n'est pas jusqu'à la *neurasthénie* qui n'ait été accusée de produire à elle seule le syndrome de coliques spermatiques. Il y a là

certainement une regrettable confusion ; car l'on prend l'effet pour la cause. La neurasthénie ne suffit pas à provoquer la dilatation glandulaire par stagnations, la formation des sympexions, la fausse cystite symptomatique, etc. Comment expliquerai-t-on alors la guérison brusque après l'évacuation d'un corps étranger oblitérant et l'exacerbation que provoquent les traitements illogiques ? L'effet moral de ces derniers est tout aussi intense cependant.

En résumé pour la colique spermatique comme pour la plupart des affections graves ou bénignes, il faut y penser pour les découvrir ; il faut réunir un ensemble de symptômes et en constater l'association pour porter un diagnostic. Il est encore indispensable d'en connaître la pathogénie et la physiologie pathologique pour aboutir à un traitement rationnel. Si celui-ci donne toujours ce que l'on était en droit d'en espérer, n'a-t-on point la preuve éclatante de la certitude de ses indications ?

APPLICATIONS LOCALES DE SALICYLATE DE MÉTHYLE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME.—M. LEMOINE (du Val-de-Grâce)) applique le salicylate de méthyle dans un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu et chronique et dans un cas de sciatique. L'action thérapeutique de ce médicament a été, dans ces cas, identique à celle du salicylate de soude administré à l'intérieur. L'absorption au niveau de la peau est aussi régulière que celle qui se produit dans le tube digestif. Les applications de salicylate de méthyle semblent agir beaucoup plus rapidement sur l'élément douloureux. De plus, les symptômes d'intolérance sont tout à fait exceptionnels. On n'observe ni bourdonnement d'oreille, ni vertige, ni étourdissement, comme cela arrive encore assez souvent avec le salicylate de soude.

On fait usage, en général, de l'essence de Wintergreen à la dose de 8 à 10 grammes. Cette essence contient 10 0/0 de méthyle.

Le mode d'application est très important si on veut tirer de ce médicament tout l'effet utile. On verse sur un carré de tarlatane non apprêtée la quantité voulue d'essence. Celui-ci est appliqué ainsi imbibé sur la peau et on a soin de le recouvrir d'une toile imperméable de façon que celle-ci fasse complètement le tour du membre et dépasse en haut et en bas le carré de tarlatane ; on applique ensuite une bande en fermant le pansement le plus hermétiquement possible. Si l'occlusion n'est pas complète, l'absorption est diminuée d'une façon considérable, car la surface pulmonaire paraît incapable de suppléer à l'absorption cutanée.

On choisit en général, le point douloureux pour y appliquer le pansement. Mais cela n'est pas nécessaire, et dans les cas où la région ne permet pas le pansement occlusif complet, mieux vaut répandre l'essence sur une région présentant une large surface cutanée, comme la partie moyenne de la cuisse ou la région de l'avant-bras, le but principal à atteindre étant de provoquer une rapide absorption du salicylate de méthyle.

—*L'Abeille Médicale.*

REPRODUCTION

ELECTROTHERAPIE

En présidant la dernière assemblée annuelle de l'*Association des médecins de la Seine*, il y a environ un mois et demi, M. le Prof. Brouardel, dans son allocution, énumérait les raisons nombreuses qui rendent et rendront de plus en plus difficile l'exercice convenablement rémunérateur de la profession médicale.

Au nombre de ces raisons il plaçait très justement l'abus que le public fait aujourd'hui des spécialistes ; d'où résulte un rétrécissement progressif du champ d'activité de la médecine générale et du médecin sans épithète. A quoi, cependant, les spécialistes pourraient répondre que s'ils n'étaient pas cantonnés dans une spécialité, ils n'en seraient pas moins médecins, et que ce qu'ils prélèvent aujourd'hui d'une certaine façon sur la collectivité, ils le prélèveraient tout simplement d'une autre façon, sans que, pour cela, le nombre excessif des médecins fut diminué d'une unité et le nombre des malades augmenté.

Quoi qu'il en soit, sans vouloir médire des spécialités — que justifient dans une large mesure les progrès incessants réalisés dans les diverses branches de la médecine — il est peut-être permis de penser qu'elles sont un peu envahissantes. Elles rappellent à la mémoire la morale de la fable du bon Lafontaine " la lice et sa compagne." Mais à qui la faute si, au lieu du pied qu'il était nécessaire et absolument légitime de leur laisser prendre dans la médecine générale et dans la chirurgie de tout le monde, elles en ont bientôt pris quatre ? L'engouement déraisonnable du public doit-il être seul incriminé ? N'y a-t-il pas aussi un peu de la faute des médecins eux-mêmes ou plutôt de l'enseignement que leur donne l'*Alma Mater*, malgré les améliorations incontestables réalisées depuis un certain nombre d'années ? N'est-il pas permis de penser que si la grande masse des médecins connaissait bien à fond, d'une façon *bien pratique*, ce qui, dans chaque spécialité, appartient réellement à tous les praticiens un peu instruits, l'appel au spécialiste serait évité dans un grand nombre de cas — c'est-à-dire dans tous les cas sim-

ples, qui sont majorité — et cela sans préjudice aucun pour les malades ?

Malheureusement, il n'en est pas ainsi. En dire tous les " pourquoi " nous entraînerait un peu loin et peut-être sur un terrain assez délicat. Mieux vaut, tout bonnement, essayer, dans la mesure de ses forces, de remédier à cette situation.

Pour commencer par le plus simple, l'électrothérapie est appelée chaque jour, comme on sait, à rendre des services notables au médecin, s'il la connaît et s'il sait la manier. Or, on peut affirmer qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, un seul livre, un seul manuel, où cette branche de l'art de guérir soit exposée très simplement, très clairement, en vue d'un praticien quelconque, en s'en tenant strictement aux notions, aux instruments, aux applications thérapeutiques qui sont vraiment du domaine général, et en ne soufflant pas mot de ce qui représente le domaine propre, légitime, des spécialistes. Il nous a paru utile de tâcher de combler cette lacune. Nous espérons y réussir avec cinq ou six articles seulement que nous avons demandés à M. le Dr Régnier et dont nous publions aujourd'hui le premier. Les autres suivront à quelques semaines d'intervalle.

J. J.

L'ELECTROTHERAPIE DANS LA PRATIQUE COURANTE

PAR M. LE Dr L. R. RÉGNIER

Chef du laboratoire d'électrothérapie à l'hôpital de la Charité,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Née il y a un peu plus d'un siècle, la science électrique occupe aujourd'hui, dans la science en général, l'industrie, les arts et la vie journalière, une place de plus en plus importante. Dès sa découverte, l'électricité fut appliquée au traitement des maladies ; néanmoins son emploi, si facile toujours, si efficace souvent, n'est pas proportionnellement aussi répandu, surtout dans notre pays, qu'on serait en droit de s'y attendre après les progrès faits depuis quinze ans par la physique électrique. Ses applications à la physiologie, cependant, font que chaque jour l'électrothérapie sort davantage de l'empirisme qui guida les premiers chercheurs. La défiance qu'ont beaucoup de médecins contre elle tient à plusieurs causes qu'il nous paraît utile d'indiquer.

La première c'est qu'elle ne figure pour ainsi dire pas dans les cours officiels de thérapeutique de l'enseignement médical. Dans l'année préparatoire passée dans les Facultés des sciences, les étudiants reçoivent bien quelques notions de physique électrique, mais elles sont d'ordre trop abstrait, j'allais presque dire trop scientifique, pour intéresser la plupart des élèves auxquels on n'indique pas quels liens étroits unissent ces notions théoriques aux applications pratiques, à l'étude desquelles ils ne sont d'ailleurs pas encore préparés, faute de connaissances médicales. Aux cours de physiologie, on reparle bien un peu de l'électricité, mais seulement à propos de la contraction musculaire, de l'excitation nerveuse, des autres excitants physiques ou chimiques, et toujours sans déductions thérapeutiques.

D'importants progrès ont cependant été réalisés depuis quelques années. A Bordeaux, M. le prof. Bergonié dirige un service d'électrothérapie bien installé. A Lille, M. Doumer possède, à la polyclinique de la Faculté, un service de consultation électrothérapique. A Montpellier M. Lecercle, à Nancy M. Guilloz et M. Bordier à Lyon consacrent une bonne part de leurs leçons aux applications de l'électricité à la médecine. A Paris, il n'existe, comme centres officiels, que le cours de M. le prof. d'Assonval au collège de France, et celui de M. le prof. Gariel à la Faculté de médecine, mais dans ce dernier l'électricité médicale est plutôt considérée au point de vue physique pur ; ensuite viennent le service autonome de M. Vigouroux, à la Salpêtrière, le service électrothérapique de Lariboisière où on ne fait pas, que je sache, d'enseignement. Dans quelques hôpitaux, Bichat, Saint-Antoine, Cochin, la Pitié, quelques services sont aussi pourvus d'appareils électriques maniés par des spécialistes, anciens élèves des chefs de service et dont plusieurs font de l'enseignement libre. Enfin, M. le prof. Raymond a créé, à ses frais, dans son service de clinique de la Salpêtrière, une annexe électrique de premier ordre où se fait aussi l'enseignement. Il faut également citer la clinique libre d'Apostoli suivie par de nombreux élèves. Mais tout cela est bien insuffisant pour l'Université de Paris, étant donné le grand nombre de ses élèves. Quelle différence avec certains pays étrangers, l'Allemagne notamment !

La seconde difficulté pour ceux qui veulent étudier l'électrothérapie naît des livres même qui en traitent. La plupart sont surchargés de détails physiques inutiles ou incompréhensibles pour le médecin praticien ; ils sont, au contraire, très sobres de détails sur les moyens d'appliquer les diverses formes de courants, sur leurs indications, leurs contre-indications, la place des électrodes, la durée de l'application, l'intensité à employer. C'est absolument comme si, pour un autre médicament, après s'être étendu complai-

samment, sur sa nature, sa composition, ses propriétés chimiques et physiques, on omettait d'indiquer les cas dans lesquels il convient de l'ordonner, ceux où il faut l'éviter, la dose à administrer et les intervalles auxquels cette dose doit être renouvelée. Or, l'électricité est, il faut bien s'en convaincre, un médicament, et non pas un agent mystérieux à puissance extraordinaire et en dehors des lois communes. Son pouvoir est limité comme celui des autres médicaments. Les traités d'électrothérapie sont aussi, en général, trop exclusifs, donnant, suivant les préférences de l'auteur, la suprématie à telle modalité électrique à l'exclusion des autres. C'est encore comme si on voulait, dans un autre ordre d'idées, imposer au médecin une seule préparation d'opium ou de digitale en laissant toutes les autres de côté.

Non moins dangereux sont les auteurs de quelques manuels écrivant que, pourvu qu'on emploie l'électricité, peu importe la forme. La vérité est qu'en électrothérapie comme en pharmacologie chacune des variantes de l'agent thérapeutique a ses indications tirées de la maladie, de la constitution et du tempérament du malade et aussi des connaissances fournies par la physiologie normale ou pathologique.

Mais ce n'est pas tout. Une troisième difficulté, et non la moindre, avec laquelle le médecin se trouve aux prises, est celle du choix des appareils. Lorsqu'il va chez le fabricant on lui montre, comme presque indispensables, toute une série d'instruments ou d'appareils plus ou moins compliqués et au maniement desquels il n'est pas habitué. Dans les hôpitaux de nos centres d'enseignement, en effet, les élèves appliquent eux-mêmes l'électricité, mais quand ils le font c'est le plus souvent un peu au hasard, sans la direction technique d'un spécialiste, sans renseignements précis sur tel ou tel appareil, etc. Par suite, lorsque l'étudiant, son doctorat passé, fait ses emplettes en vue de l'exercice de sa profession, il ne peut vraiment pas distinguer dans la masse d'instruments que lui présente le constructeur électricien ceux qui lui seront vraiment utiles. Dans le doute souvent il s'abstient et renonce à l'emploi d'une thérapeutique cependant utile, quelquefois même irremplaçable. D'autres fois, il se laisse convaincre, achète au hasard deux ou trois appareils, puis, quand il faut s'en servir, il est souvent très embarrassé faute de l'éducation première nécessaire. Ou l'appareil ne marche pas, ou il donne des effets trop violents. Dans les deux cas, le médecin et le malade arrivent bien vite, qu'on me passe le mot, à être dégoûtés de l'électricité.

C'est contre ces écueils que nous nous efforcerons tout d'abord ici de prémunir les débutants, de façon à leur éviter les difficultés dont, faute de guide, nous avons eu à triompher, et les erreurs dans lesquelles nous sommes tout le premier tombé.

APPAREILS NÉCESSAIRES

Examinons, en premier lieu, quels sont les appareils indispensables au médecin praticien. Pour cela il faut rappeler, en quelques mots, les diverses formes ou modalités sous lesquelles ou emploie l'électricité en thérapeutique.

Il y en a trois : le courant *continu* dit aussi galvanique ou voltaïque, le courant *induit* ou faradique, l'électrisation *statique* ou franklinisation.

Pour chacune de ces modalités, il faut un appareil spécial, mais il suffit au praticien d'avoir un appareil à courant continu et un appareil à courants induits pour se trouver en mesure de répondre largement à tous les besoins de la pratique journalière. C'est une dépense d'environ 300 fr. Au besoin même on peut se contenter d'un appareil d'induction (dont le prix ne dépasse pas 100 fr.), mais en se mettant bien dans l'esprit, cependant, que dans certains cas il ne sera pas suffisant, nous en verrons un exemple à propos du traitement des paralysies motrices.

Je laisse de côté le galvano-cautère parce que ses applications, comme celles de l'électricité statique, ne rentrent pas dans le domaine de la pratique courante, mais bien dans celui des spécialistes qui en font un usage fréquent.

1° *Appareils à courant continu.*—Ils varient un peu d'aspect suivant les constructeurs, mais quelles que soient leur forme extérieure et leur complication apparente on peut les ramener tous à un type unique comprenant : une pile, un collecteur, un interrupteur de courant, deux bornes et un galvano-mètre.

La pile doit être composée d'un certain nombre d'*éléments* montés en *série*, c'est-à-dire en *tension*. Une pile de vingt-quatre éléments suffit à tous les usages médicaux courants. Il faut choisir un appareil qui soit d'un transport facile, c'est-à-dire pas trop volumineux, et dont la mise au repos soit absolue lorsqu'il ne sert pas, car il s'userait sans profit. Pour cela il est nécessaire que, dans l'appareil au repos, le liquide soit absolument séparé des éléments. Il faut que la mise en marche et la mise au repos n'exigent qu'une manipulation très simple et aucun nettoyage. Le praticien, avant d'acheter un appareil, aura donc soin de le faire fonctionner devant lui; de répéter lui-même la manœuvre de la mise en marche et de l'arrêt, et de s'assurer *de visu* que l'appareil remplit bien les conditions d'isolement du liquide et des éléments indiquées plus haut.

Il y a avantage aussi à prendre une pile dont les éléments sont à grande surface parce qu'elle s'use moins vite et que, par conséquent, on a moins souvent besoin de la faire recharger.

Pour le galvanomètre il faut donner la préférence à ceux qui

sont gradués en milliamères, parce que c'est la notation aujourd'hui adoptée pour indiquer l'intensité, c'est-à-dire la force de courant qu'on doit appliquer. Un galvanomètre gradué à 50 milliamères remplit toutes les conditions voulues. On demandera également de préférence un galvanomètre *apériodique*, parce qu'on n'a besoin ni de l'orienter ni d'en immobiliser l'aiguille pendant qu'il est au repos.

La forme de l'interrupteur et des bornes sont sans importance.

20. *Appareils à courants induits*.—En existe de deux sortes : les *volta-faradiques* et les *magnéto-faradiques*. Dans les premiers, le courant est fourni par un ou deux éléments de pile, dans les seconds par un aimant autour duquel on fait tourner, au moyen d'une manivelle, les bobines induites.

Pour le praticien, l'appareil volta-faradique est le plus commode. Il comprend une pile, une bobine primaire, une ou plusieurs bobines secondaires et un trembleur.

Dans le choix de l'appareil, toujours d'assez faible volume, à courants induits, il faut s'attacher à deux détails importants : 1^o avoir un trembleur dont on puisse faire varier les oscillations de 8 à 10 par seconde à une centaine ; 2^o avoir des bobines secondaires *mobiles*.

En effet, dans les appareils volta-faradiques il y a deux types. Dans le premier les deux bobines inamovibles sont engainées l'une sur l'autre et séparées par un tube métallique qu'on tire au dehors à mesure qu'on veut augmenter l'intensité du courant. L'inconvénient de ces appareils est que presque toujours le fil de la bobine induite est long et fin, pour donner le maximum de tension possible avec l'appareil, et cela d'autant plus que l'appareil est plus petit. Or, ce courant de tension agit surtout sur les nerfs sensibles, moins sur les nerfs moteurs et les muscles ; aussi une électrisation faite dans ces conditions, pour le traitement d'une paralysie motrice, est-elle très douloureuse, sinon insupportable.

Dans les appareils dits "à chariot," la bobine secondaire est mobile sur la primaire et peut même s'enlever complètement. De sorte qu'on peut avoir une bobine à fil fin — qui donne plus de tension et moins de quantité — et une bobine à gros fil — qui donne plus de quantité et moins de tension ; on engage l'une ou l'autre sur la bobine primaire suivant la maladie qu'on a à traiter.

Conclusion.—Ne pas prendre les appareils dit de poche, commodes à transporter, c'est vrai, mais insuffisants pour tous les besoins, et choisir un appareil à chariot, avec deux bobines secondaires, l'une à fil fin et l'autre à gros fil. Le prix moyen d'un appareil de ce genre est de 100 à 130 francs.

Quant aux fils conducteurs ou *rhéopodes*, destinés à conduire le

courant des appareils aux *électrodes*, les fabricants conseillent ordinairement d'en prendre d'un genre pour les courants continus, d'un autre pour les courants induits. C'est tout à fait inutile ; les mêmes fils peuvent servir aux deux variétés d'appareils. Il est seulement prudent d'en avoir deux paires afin que si l'un des fils vient à se détériorer ou à se casser on puisse le remplacer immédiatement.

Restent les *électrodes*, qui servent à faire pénétrer le courant dans l'organisme ; nous les décrirons avec chaque application. C'est plus logique, et cela nous évitera des répétitions.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ÉLECTRICITÉ

Maintenant que nous avons indiqué le matériel nécessaire, il nous faut, avant de parler des applications de l'électricité à la thérapeutique, rappeler quelques courtes notions de physique et de physiologie. Elles sont très simples mais généralement obscurcies, comme à plaisir, dans les traités spéciaux. Elles sont cependant indispensables pour faire comprendre la différence des effets thérapeutiques des diverses variétés de courants et la raison du choix qu'on en fait pour une maladie donnée.

Tout courant présente à considérer deux qualités : la *tension* et la *quantité*. Les courants dans lesquels l'électricité circule sous une forte tension produisent surtout des effets mécaniques et sensitifs. Ceux dans lesquels la quantité domine produisent, en plus des effets mécaniques et sensitifs, des phénomènes chimiques (électrolyse) ou thermiques.

Outre cette différence—qui dirige toutes les applications électriques—il y en a encore d'autres qui tiennent à la durée du courant (longueur d'onde de d'Arsonval), à l'amplitude et à la fréquence de ses variations d'intensité, à sa direction, à la localisation sur certains points du corps ; de là les différences d'actions du courant continu et des courants induits. Dans le courant induit, la tension prédomine toujours sur la quantité ; sa durée est très courte ; le mouvement moléculaire auquel il donne naissance est toujours rapide et brusque. Les moins rapides ne durent que $\frac{1}{100}$ de seconde. Chaque période du courant induit est composée de deux ondes successives et de sens contraire. Le courant continu a, au contraire, plus de quantité que de tension ; il naît progressivement et décroît de même, et il va toujours dans le même sens : du pôle positif au négatif. A ces différences physiques correspondent des différences physiologiques ; prenons, par exemple, l'excitation musculaire par l'électricité. Les recherches des physiologistes ont démontré que l'excitation est d'autant plus grande que les variations dans l'intensité du courant sont plus brusques. Il s'ensuit que les courants induits agissent plus énergiquement (mécaniquement par-

lant) sur la contractilité musculaire et la sensibilité nerveuse, mais si l'action est plus énergique, elle fatigue aussi plus vite le muscle ou le nerf auquel elle est appliquée.

Dans certains cas de paralysie motrice, lorsque l'irritabilité musculaire ou nerveuse est affaiblie, il faut pour produire l'excitation, une action plus prolongée. Alors on emploie le courant continu, dont la durée entre chaque interruption est toujours d'au moins $1\frac{1}{2}$ 26^e de seconde. Il y a lieu aussi, dans ces cas, de tenir compte d'un autre facteur dont nous parlerons tout à l'heure : l'action chimique du courant continu.

Les courants induits, grâce à leur tension très grande, pénètrent profondément dans les tissus, mais, à cause de leur durée très courte, ils produisent seulement un choc moléculaire. C'est pourquoi ils n'agissent que mécaniquement et suivant le trajet le plus court. Aussi est-il facile d'en localiser l'action.

Avec les courants continus l'excitation musculaire ou nerveuse ne se produit qu'au moment où le courant commence ou finit—ou, pour employer l'expression technique, au moment de la fermeture ou de l'ouverture du circuit.

Mais pendant tout le temps que le courant passe et où il n'y a, en apparence, aucune réaction, se produit l'effet principal qui est l'action chimique ou électrolytique. Je m'explique. Lorsqu'on fait traverser par un courant continu une solution saline, on remarque qu'au bout d'un temps assez court celle-ci est décomposée : à l'électrode positive vient s'accumuler l'acide, tandis que la base se porte vers le pôle négatif.

C'est ce phénomène qui constitue l'*électrolyse*. Comme les tissus sont tous imprégnés par le sang, qui contient en dissolution du chlorure de sodium, si on les soumet à l'action du courant continu, les phénomènes électrolytiques naissent. Si l'intensité du courant est faible, ce phénomène se traduit seulement par une sensation de cuisson et une rougeur plus ou moins vive de la peau au niveau des électrodes. Si l'intensité est forte, les tissus sont désorganisés et il se produit, sous l'influence des acides, une eschare dure et sèche au point où le pôle positif est appliqué, tandis que les bases en donnent une molle et humide au pôle négatif. Cette propriété du courant continu est utilisée pour le traitement des nævi. Même quand le courant est assez faible pour ne pas produire d'eschares, son action chimique provoque dans la vie cellulaire une excitation souvent profitable.

Becquerel et Poret ont, en outre, démontré que certaines substances diluées dans l'eau pouvaient être transportées du pôle positif au pôle négatif. C'est ce qu'on nomme le phénomène de la *cathaphorèse*, utilisé aujourd'hui pour faire pénétrer par l'intermé-

diaire du courant électrique certaines substances médicamenteuses en des points déterminés des tissus.

Nous avons vu tout à l'heure que les courants induits circulent dans l'organisme par le chemin le plus court, à cause de leur forte tension. Les courants continus pénétrèrent plus lentement, mais aussi ils se diffusent dans les tissus qu'ils traversent et produisent ce qu'on appelle des *courants dérivés*. Leur localisation est, par conséquent, moins facile que celle des courants induits.

Le courant induit, en raison de son énergie mécanique, fait exécuter au muscle une véritable gymnastique active. Il agit à la fois comme le massage profond et l'exercice musculaire actif et violent. Le courant continu agit, au contraire, comme l'exercice passif et le massage superficiel ; il réveille la motilité affaiblie et, par son action chimique, relève la nutrition défaillante.

Les courants induits excitent vivement les nerfs sensibles, mais, comme pour les nerfs moteurs, ils provoquent rapidement la fatigue et l'anesthésie. Le courant continu régularise l'action des nerfs sensitifs. Ainsi, à des différences physiques très nettes correspondent des différences d'action physiologique et thérapeutique qui expliquent et justifient la préférence qu'on doit donner à l'une ou à l'autre variété de courants suivant les cas.

Ces préliminaires nécessaires posés, nous pourrions, maintenant, aborder utilement la question des applications cliniques *courantes* de l'électrothérapie, en commençant, comme il convient, par le traitement électrique des paralysies motrices (par traumatisme, compression, infections ou intoxications). Ce sera l'objet des premiers articles que nous consacrerons, à intervalles plus ou moins éloignés, à cette étude d'ensemble de l'électrothérapie envisagée par ses côtés vraiment pratiques, c'est-à-dire dégagée de tout ce qui est du domaine de la spécialité proprement dite ou de la science pure.

UNE FORMULE POUR ADMINISTRER LE NAPHTOL

D'après Maximowitsch, le naphthol A, trois fois moins toxique et trois fois plus antiseptique que le naphthol B, doit toujours être préféré à ce dernier.

Lorsqu'on veut aseptiser l'intestin, le mieux est d'administrer le naphthol A en solution dans l'huile de ricin, la solution en question ayant l'avantage d'agir à la fois comme évacuant et comme antiseptique de l'intestin. Pour réaliser simplement une antiseptie de l'intestin, on prescrira le naphthol A de la façon suivante :

Naphtol A.....	3 gr.
Chloroforme.....	10 centigr.
Essence de menthe.....	10 —
Huile de ricin.....	100 —

A prendre une ou deux cuillerées à bouche à 10 ans, chez les enfants de 3 à 10 ans, administrer par cuillerée à café.

UROLOGIE

DES INCONVÉNIENTS DE LA STRYCHNINE DANS CERTAINS CAS DE PARÉSIE VÉSICALE

Par A. GUÉRIN,

Ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris.

On a conseillé et on conseille encore aujourd'hui, d'une façon à peu près générale, d'avoir recours à la strychnine dans tous les cas de parésie vésicale (pour s'exprimer plus clairement : de stagnation d'urine), sans chercher à établir d'une manière précise les indications et les contre-indications d'un médicament aussi actif. Il me serait facile, si je ne craignais point d'abuser de la bienveillante attention de la Société, de baser cette affirmation sur des textes nombreux ; il suffira de rappeler qu'Ernest Labbé, dans un très remarquable article du dictionnaire de Dechambre, sur l'emploi médical de la strychnine, reconnaît l'insuffisance des observations pour démontrer l'action du médicament sur les paralysies vésicales (dites essentielles.) On espère, par son usage, rendre à la vessie la contractilité qu'elle paraît avoir perdu en tout ou en partie, faciliter l'évacuation complète des urines et faire cesser par là même les troubles qui résultent de la stagnation. Or, il m'a été donné de soigner un certain nombre de malades, chez lesquels, pour se conformer sans doute aux règles générales, on avait administré la strychnine et cela à leur grand préjudice ; il est donc des circonstances et des cas où il convient de se montrer au moins très réservé.

Mon but n'est point aujourd'hui d'étudier dans un travail d'ensemble, le mode d'action de la strychnine sur les voies génito-urinaires, ni les conditions favorables ou défavorables à son emploi. Je désire simplement attirer l'attention sur certains de ses inconvénients quelque peu laissés dans l'ombre, sinon méconnus et que tout praticien doit connaître pour chercher à les éviter.

La strychnine, excitant du système nerveux-moteur, agit sur la moelle épinière et provoque très rapidement une augmentation dans la fréquence des besoins d'uriner. Il est vraisemblable qu'elle stimule la contractilité vésicale, et au point de vue théorique, elle doit permettre à la vessie de se débarrasser de la totalité de son contenu. Mais, en pratique, chez les sujets par nous examinés, les choses se passèrent d'une façon bien différente. Les mictions, de plus en plus rapprochées, devinrent aussi de plus en plus pénibles

dans l'effort qu'elles nécessitaient ; le jet d'urine fut de plus en plus lent à s'établir, de moins en moins puissant ; puis bientôt, il y eût rétention complète, rétention douloureuse avec besoins incessants, bien que la vessie ne contint que quelques centimètres cubes d'urine.

Il est toujours facile d'interpréter les faits ; aussi ne donnerai-je les explications suivantes que pour ce qu'elles valent en réalité : la strychnine n'agit point seulement sur le réservoir urinaire ; elle agit aussi et tout autant sur les sphincters ; alors, si elle exagère momentanément l'intensité de deux forces adverses, le résultat mécanique reste le même, c'est-à-dire que la stagnation d'urine persiste ; le résultat physiologique est d'insurger inutilement la vessie contre un obstacle dont la résistance croit avec la force qui cherche à le surmonter. La disposition et les origines du système nerveux vésico-urétral ne permettent point encore, vu l'obscurité de la question, de chercher aide et appui de ce côté pour une opinion quelconque ; et cependant on sait que si les nerfs des sphincters ne prenant point part à la constitution des plexus hypogastriques, doivent être distingués des nerfs vésicaux sensitifs et moteurs, les centres médullaires des uns et des autres sont voisins, mais distincts, dans la moelle lombaire.

OBSERVATION.—X..., âgé de 70 ans, vétérinaire à Z... (Yonne,) me consulte en juillet 1896. Le malade est un homme très intelligent, très sobre, et qui, pour tout antécédent morbide, signale une bleunorrhagie remontant à sa jeunesse et n'ayant duré que trois semaines environ.

A 63 ans, à la suite, pense-t-il, de l'ingestion de fruits acides, il fut pris une nuit de rétention d'urine ; pendant trois jours, il dut passer la sonde ; puis tout rentra dans l'ordre. De loin en loin, jusqu'à 66 ans, il eut quelques rechutes de peu de durée, provoquées en apparence par la fatigue ou un léger écart de régime.

Il y a quatre ans, pendant la convalescence d'une pneumonie, le malade qui urinait souvent, peu à la fois, mais sans effort, qui ne vidait point habituellement sa vessie comme le lui démontrait le cathétérisme, prit, sur le conseil de son médecin (pour combattre l'état de faiblesse, où il se trouvait), un granule d'arséniate de strychnine (dose ?) Au deuxième granule, difficulté notable pour uriner, besoins incessants ; au troisième : rétention complète avec peu d'urine dans la vessie.

Le malade suspend l'usage du médicament, attend plusieurs jours pour revenir à son état habituel, puis recommence. Au deuxième granule : rétention ; le cathétérisme fut si difficile que l'on allait faire la ponction vésicale quand réussit une dernière tentative.

Dans une troisième expérience, le second granule d'arséniate de strychnine provoqua également la rétention.

Je ne prolonge point l'observation de ce malade qui, se sondant lui-même en dehors des règles de l'asapsie, eut quelques années après un abcès de la prostate, fut considéré longtemps comme perdu ; puis, se rétablit assez pour venir à Paris chercher un traitement qui lui permet de continuer encore, dans une certaine mesure, l'exercice de sa profession.

Il était atteint d'hypertrophie sénile de la prostate avec stagnation d'urine, lorsque la strychnine détermina les crises de rétention que le malade me raconta avec force détails, tant il avait gardé le souvenir des douleurs éprouvées à cette époque.

A cet exemple d'observation récente, on pourrait joindre celui d'un homme de 45 ans environ qui avait de la stagnation d'urine par malformation de l'extrémité de la verge, et qui eut de la rétention après avoir pris de la strychnine, en a encore lorsqu'il en prend, souffre beaucoup en urinant, chez qui le cathétérisme est des plus douloureux. Mais le fait est beaucoup moins démonstratif que le précédent, où, à trois reprises, trois puis deux granules transformèrent la stagnation d'urine en rétention ; il est encore moins démonstratif parce que l'entourage de ce dernier malade, malgré l'aggravation constante de son état, se refuse et lui interdit de tenter une autre thérapeutique.

Dans les autres faits portés sur mes notes, les renseignements fournis ne sont point à eux seuls suffisamment explicites pour entraîner une conviction.

Quoiqu'il en soit, je formulerai les conclusions suivantes, en faisant toutes les réticences qu'elles comportent, en ajoutant toutefois que, jusqu'à plus ample informé, elles régleront ma pratique personnelle. Ces conclusions ne doivent point dès maintenant être généralisées, parce que le nombre des observations est encore trop peu considérable, parce que les cas de stagnation d'urine observés sont trop dissemblables dans leurs causes, parce que enfin, je ne sais qu'approximativement les doses de strychnine employées et la durée du traitement suivi. Des renseignements nouveaux sont donc indispensables pour les défendre ou en diminuer la portée :

1o. La strychnine est contre indiquée lorsqu'il y a stagnation d'urine ;

2o. Sans guérir la stagnation, elle augmente la fréquence des besoins d'uriner ; parfois, provoque la rétention d'urine complète et douloureuse ;

3o. Cette action nocive, cet inconvénient grave, tiennent vraisemblablement à ce que la strychnine agit tout autant, sinon plus, sur les sphincters que sur le réservoir urinaire.

CLINIQUE MEDICALE

LE GROS VENTRE FLASQUE

Par le DR AUSSER, agrégé, chargé de la Clinique des maladies
des enfants, à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille

MESSIEURS,

Je vous ai entretenu, dans ma dernière leçon, du gros ventre tympanique parce que j'en avais un bel exemple à vous montrer. Mais il me reste aujourd'hui à vous parler d'une intumescence du ventre beaucoup plus fréquente, surtout chez le nourrisson et les tout jeunes enfants. Je veux parler du *gros ventre flasque*. Le mot seul doit suffire à vous dire ce qu'est l'aspect de ce ventre ; en effet, il est absolument mou, tout à fait dépressible, ce qui est justement l'inverse de ce que je vous disais à propos du ventre tympanique ; facilement vous arrivez sur les fosses iliaques, la colonne vertébrale, facilement vous arrivez à saisir les ganglions mésentériques, entre vos doigts. Mais ce qui est aussi très caractéristique, c'est la façon dont ce ventre est tuméfié. Si vous regardez, en effet, l'abdomen d'un nourrisson qui se porte bien et normalement nourri, vous constatez que, même dans ces conditions, le ventre est gros ; mais cette grosseur est surtout marquée et proéminente vers la partie antérieure, tandis que, dans le *gros ventre flasque*, l'abdomen s'étale sur les côtés, et, si vous regardez l'enfant par derrière, vous constaterez aisément que la grosseur s'étend beaucoup sur les flancs ; vous avez affaire à un véritable ventre de batracien.

Si vous passez aux signes fournis par la percussion, vous obtenez un son particulier, qui n'est plus, en aucune façon, le tympanisme si remarquable que vous avez entendu chez la petite malade présentée dans ma dernière leçon ; c'est un son absolument sourd, qui n'est évidemment pas de la matité, mais qui s'en rapproche beaucoup par son timbre. A la palpation, vous constaterez des gazouillements, comme dans le gros ventre tympanique, mais comme il vous sera très facile d'explorer tout l'abdomen, la paroi étant très dépressible, vous vous rendrez compte de l'intrépidité absolue des ganglions mésentériques et de l'absence de toute induration. Sou-

vent, vous constaterez un écartement très manifeste de la ligne blanche, et dans certaines circonstances, vous verrez, pendant les efforts se produire au niveau de cette ligne blanche des saillies dépressibles qui ne sont autre chose que l'intestin refoulant la paroi. Vous comprenez, dès lors, combien de tels enfants sont journellement exposés à des hernies ombilicales.

Toutes les fois que vous serez en présence du gros ventre flasque, votre première pensée doit être que l'enfant a été mal nourri, soit qu'il ait ingéré des aliments de mauvaise qualité ou trop abondants, soit qu'il ait été nourri trop jeune avec des aliments solides qui, par ce fait même, sont entrés dans son estomac incomplètement broyés.

Du reste, Messieurs, cela ne doit pas nous surprendre, car vous avez déjà dû l'observer chez les adultes ; vous savez en effet, que tous ceux qui mastiquent mal sont des dyspeptiques parce que l'estomac, obligé de suppléer à la mastication, se fatigue, se dilate et s'enflamme.

C'est donc le plus souvent à la suite d'une alimentation défectueuse que se produit le gros ventre flasque. Vous voyez l'enfant avoir tout d'abord de la diarrhée interrompue par des périodes de constipation pendant lesquelles l'enfant expulse des matières fécales blanches ayant la consistance et l'aspect du matic. Pendant les périodes diarrhéiques, il y a du tympanisme et le ventre ne s'efface que lorsque la diarrhée disparaît. Après une série de poussées diarrhéiques, la ligne blanche est forcée, le gros ventre s'installe d'une manière permanente, mais alors toute tension, toute dureté a disparu : le gros ventre flasque est constitué.

Vous concevez bien que ces troubles gastro-intestinaux retentissent fortement sur la santé générale de l'enfant, et, s'ils se prolongent, ne tardent pas à les faire tomber dans une cachexie plus ou moins accentuée. Cette cachexie peut revêtir divers types cliniques suivant l'âge de l'enfant : si, par exemple, vous avez affaire à un enfant âgé de moins de 3 mois, le type clinique de l'athrepsie ne tardera pas à se constituer avec son faciès tout particulier, sur lequel je n'ai pas à revenir ici, vous l'ayant décrit assez longuement dans une précédente leçon. Ou bien vous avez un enfant dont le corps est très amaigri, dont la croissance s'arrête, dont la dentition est retardée, et qui conserve une face bouffie, comme soufflée, mais pâle, presque cireuse.

D'autres fois, l'enfant semblera malgré tout jouir d'une santé assez bonne ; il reste gros et gras, mais si vous l'examinez de près, vous vous apercevrez rapidement que cette santé n'est qu'apparente, qu'il est surtout bouffi et que tous ses tissus sont mous, flasques, sans fermeté : c'est la cachexie grasse que vous observerez

fréquemment dans ce pays, où les troubles digestifs des nourrissons sont surtout dus à la suralimentation.

Quoiqu'il en soit, le symptôme commun à ces divers types cliniques qui traduisent l'alimentation vicieuse et le gros ventre *flasque* ; vous le rencontrerez d'une façon constante chez ces enfants, et, quand vous l'aurez vu, vous pourrez affirmer qu'il est dû à la mauvaise hygiène alimentaire, car *aucune autre cause ne peut le produire*. Je ne saurais trop vous faire remarquer que je ne parle ici que du gros ventre *flasque* ; je veux vous démontrer en effet, que si le gros ventre *tympanique* était, lui aussi, souvent lié à des troubles gastro-intestinaux d'ordre alimentaire, il pouvait, d'autre part, être symptomatique d'une péritonite, d'une occlusion intestinale. Ne vous en laissez point imposer au point de vue pathologique, parce que vous aurez rencontré parfois des enfants atteints de gros ventre et qui avaient en même temps de la tuberculose mésentérique. Allez au fond des choses et vous verrez que ces enfants sont aussi des dyspeptiques, et que, d'autre part, très souvent vous trouverez des ganglions dégénérés dans le mésentère, sans que pour cela il y ait eu pendant la vie la moindre intumescence. Je crois, comme M. Marfan, qu'il n'y a là que des coïncidences et que le grand nombre des cas où l'on rencontre le gros ventre sans altération ganglionnaire permet avec quelque raison de ne pas rattacher ce symptôme à ces lésions.

Je crois maintenant, Messieurs, vous en avoir assez dit sur ces gros ventres, en ce qui concerne leur diagnostic symptomatique et leur interprétation pathogénique. Il me reste maintenant à étudier avec vous le diagnostic anatomique, c'est-à-dire qu'il nous faut rechercher à quelles lésions peut bien correspondre cette intumescence abdominale. Mon expérience n'est pas grande sur ce point ; j'ai pu étudier à peine quelques cas à ce point de vue particulier, aussi emprunterai-je la plus grande partie de la discussion qui va suivre à mon distingué collègue de la Faculté de Paris, M. le professeur agrégé Marfan, qui a très longuement étudié cette question. Je tiens cependant à vous dire auparavant que les quelques recherches que j'ai pu faire confirment en tous points les résultats obtenus par M. Marfan et que je vous exprime ici non seulement ses idées, mais aussi mon opinion personnelle.

Je vous ai déjà dit à plusieurs reprises que l'intumescence abdominale n'était pas due à la distension des intestins par les gaz, que cette distension, lorsqu'elle existait, était due à une sorte d'érection de l'intestin provoquée par l'hyperémie de ses parois, et je vous ai rappelé à ce propos les expériences très probantes de Glénard. D'autre part je vous ai dit également que souvent, chez les enfants porteurs de ce gros ventre, vous ne trouviez

pas de dégénérescence ganglionnaire. Vous le voyez, il faut donc chercher ailleurs la raison de cette augmentation de volume ; or, ouvrez un de ces abdomens, et immédiatement vous serez surpris par la masse énorme des intestins, qui, pourtant ne sont que peu ou point distendus. S'inspirant de ce fait, qu'il vous sera facile de contrôler très fréquemment, M. Marfan a mesuré dans ces cas la longueur du canal intestinal et il a pu conclure de ses recherches, très minutieuses et très précises, que la véritable cause anatomique de ce gros ventre flasque réside dans *l'allongement total de l'intestin*.

Si vous ouvrez vos traités d'anatomie, vous verrez qu'à l'état normal la longueur de l'intestin est toujours en rapport avec la longueur de la taille, rapport qui varie, bien entendu, suivant les divers âges de la vie. Ainsi, si vous mesurez l'intestin du nouveau-né, à terme et en bonne santé, vous trouverez que la longueur totale de son intestin représente en moyenne six fois sa taille. Plus tard, à partir de deux à trois mois jusqu'à la fin de la troisième année, l'intestin devient sept à huit fois plus long que la taille, et chez l'adulte, vous trouverez que cette longueur correspond environ à cinq fois et demie celle de la taille.

Or, voyez ce qui se passe chez les enfants dyspeptiques. Si le hasard vous fait faire l'autopsie d'un enfant qui a succombé à une maladie banale, pulmonaire, par exemple, et que cet enfant avait eu pendant une partie de son enfance ces troubles intestinaux, vous serez surpris de voir que déjà l'intestin est allongé plus que normalement, faiblement c'est vrai, mais enfin l'allongement existe. Mais, en revanche, si vous autopsiez un enfant qui avait un gros ventre, alors cet allongement est très notable, quelquefois même considérable.

Ainsi M. Marfan a trouvé que chez des nourrissons atteints de troubles digestifs chroniques sans gros ventre apparent, l'intestin était sept fois et demi plus long que la taille au lieu de six fois ; chez les enfants à gros ventre, il a trouvé un intestin représentant huit fois et demie à dix fois la longueur de la taille, et cela chez des sujets âgés de moins de deux mois.

Après cet âge, les nourrissons dyspeptiques sans gros ventre apparent ont un intestin qui représente de huit fois et demie, à neuf et à douze fois la longueur de la taille. Bien entendu, cet allongement de l'intestin sera d'autant plus accentué que le ventre était plus gros pendant la vie.

Cette hypertrophie en longueur porte sur l'intestin grêle et sur le gros intestin ; elle est proportionnellement plus accusée sur l'intestin grêle.

J'ai eu l'occasion de pratiquer quatre fois ces mensurations. Ma

première fut faite chez un enfant de dix-huit mois, qui succomba à une broncho-pneumonie diphtérique, et dans les antécédents duquel j'avais relevé une alimentation extraordinairement vicieuse et des troubles dyspeptiques passés à l'état chronique. L'enfant, du reste, avait un très gros ventre flasque. Sa taille était de 0m91 ; or, l'intestin grêle mesurait chez lui 10m85 et le gros intestin 3m95, soit au total 11m80, environ *treize fois* la longueur de la taille.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un enfant de 7 mois qui succomba rapidement à une entérite infectieuse, s'étant greffée sur une gastro-entérite chronique d'origine alimentaire. La taille de cet enfant était de 0m80. Il avait un ventre flasque, modérément gros. Je trouvais 6m70 d'un intestin grêle et 0m58 de gros intestin, soit un total de 7m28, *un peu plus de sept fois la taille*.

Dans un troisième cas, l'enfant succomba à une broncho-pneumonie, suite de rougeole ; âgé de 11 mois ; gros ventre flasque ; taille : 80 centimètres ; longueur de l'intestin grêle : 8m91 ; longueur du gros intestin : 85 centimètres, soit un total de 9m76, *environ douze fois la longueur de la taille*.

Enfin, dans mon quatrième cas, il s'agissait d'un enfant athrepsique, qui succomba à 3 mois et quelques jours, sans intumescence abdominale exagérée. La taille était de 0m56. Son intestin grêle mesurait 4m54, son gros intestin 0m70, soit, au total, 5m24, *près de dix fois la taille de l'enfant*.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire des mensurations chez des enfants ayant succombé avec des gros ventres tympaniques ; mais M. Marfan, qui les a faites, a trouvé des chiffres à peu près semblables.

Evidemment, vous le comprenez bien, de telles altérations microscopiques ne sont pas sans s'accompagner de graves lésions des tuniques mêmes de l'intestin, et si vous examinez, au microscope, un intestin ainsi allongé, vous y constaterez tous les caractères histologiques de l'entérite chronique : la muqueuse est anémiée, épaissie ou, au contraire amincie, et offre des altérations plus ou moins profondes des glandes de Lieberkühn ou des follicules solitaires. Lorsque les lésions sont très avancées, la muqueuse présente un grand nombre d'érosions très superficielles arondies, qu'on ne voit bien qu'à jour frisant ; plus tard, ces érosions deviennent de véritables ulcérations qui ont pour point de départ les follicules solitaires du gros intestin. En somme, c'est une entérite folliculaire. En outre, il existe des altérations de l'estomac, des signes de gastrites, qui ont été parfaitement décrits par M. Marfan, dans le *Mercure médical*, août 1894.

Toutes ces altérations anatomiques et, en particulier, l'allongement de l'intestin, se séparent très nettement des altérations qui

ont été décrites par Jacobi et Hirschsprung, dans la constipation congénitale. Dans le gros ventre flasque, dont je viens de vous entretenir, l'augmentation de longueur de l'intestin est acquise et affecte la totalité de l'organe. Dans la constipation congénitale, au contraire, il s'agit d'une malformation portant sur le gros intestin et même sur une partie seulement du gros intestin, l'S iliaque, dont les plis sont multiples et très marqués, malformation, à laquelle Mya a proposé d'appliquer, la dénomination de *méacolon congénital*. (Marfan. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1895.)

Ainsi donc, Messieurs, le gros ventre flasque est toujours symptomatique d'une alimentation vicieuse et correspond à un allongement du canal intestinal. Mais est-ce là un fait qui doit vous étonner ? Reportez-vous un instant à ce qui se passe chez les animaux, et rappelez-vous quelques-unes de vos notions d'anatomie comparée. Chez les animaux vertébrés, la longueur du canal intestinal est toujours en rapport avec le mode d'alimentation, et, suivant que cette alimentation est plus ou moins assimilable, l'intestin est plus ou moins long : chez les carnassiers, vous avez un intestin court ; chez les herbivores, un intestin très long. Qu'y a-t-il donc de surprenant à ce que, chez des enfants mal nourris, soumis à une alimentation excessive, l'intestin s'allonge démesurément, en vue de la longueur toute particulière que nécessiteront les digestions ?

M. Marfan voit, en outre, dans cet allongement, un : application du rôle particulier découvert, depuis quelques années, pour la muqueuse intestinale. Cette muqueuse défend l'organisme contre la pénétration des microbes et des poisons, si abondants dans le tube digestif. La puissance bactéricide est surtout dévolue au tissu lymphoïde richement distribué dans son épaisseur. La puissance toxicolifique serait le propre de l'épithélium intestinal ; elle devrait être mise en regard de celle du foie. Or, dit M. Marfan, l'allongement de l'intestin, dans la gastro-entérite, ne serait-il pas un phénomène destiné à accroître la surface de défense ?

Incontestablement, c'est là une hypothèse très ingénieuse et parfaitement admissible, mais qui a, toutefois, besoin d'être étayée sur des faits.

Quel est le sort réservé à ces enfants atteints de gros ventre flasque ? Puisque je vous ai dit que ce gros ventre était toujours lié à une gastro-entérite, vous pouvez supposer que les lésions, à un moment donné, sont susceptibles de rétrocéder. Mais cette gastro-entérite, qui produit de telles lésions, s'est installée depuis longtemps ; elle est devenue chronique ; aussi, ne devez-vous pas trop compter sur le retour *ad integrum* de la muqueuse intestinale et du calibre de l'intestin ; aussi, peut-on, avec très juste raison se demander si les conditions de rapports anatomiques ne sont pas à

jamais détruites, et si les dyspepsies de l'adulte, qui semblent apparaître en dehors de toute cause appréciable, ne reconnaissent pas pour origine une alimentation vicieuse dans l'enfance. N'est-il pas logique de penser qu'un certain nombre de gastroptoses et d'entéroptoses de l'adulte ont justement leur origine dans les altérations anatomiques définitives qui produisent le gros ventre flasque chez l'enfant ?

En résumé, le gros ventre flasque est un symptôme clinique de premier ordre, qui vous permettra de faire le diagnostic de gastro-entérite chronique ; je vous l'ai déjà dit, il ne correspond à aucune autre affection de l'enfance, et, quand vous le rencontrerez, vous devrez immédiatement penser à une alimentation vicieuse.

Aussi, si vous voulez lutter contre ses désordres, devrez-vous surtout vous occuper de l'hygiène alimentaire ; c'est presque exclusivement par elle seule que vous pourrez faire rétrocéder les lésions, à la condition qu'elles soient encore peu anciennes.

Le service médical de nuit de Paris coûte à la ville 145,000 francs ou environ \$29,000.00. Les 135 médecins attachés à ce service reçoivent 600 francs chacun par année, soit \$120.00.

D'après le bulletin du bureau de santé de New-York, la moyenne de la mortalité journalière dans cette ville pour l'année 1896 a été de 340 contre 336 en 1895.

A l'assemblée du collège des médecins de Philadelphie, section de gynécologie, le Dr C. B. Penrose a rapporté une opération au cours de laquelle un fibrome de l'utérus pesant 87 livres a été enlevé.

La veuve du baron Hirsch a fait don à l'institut Pasteur de 2,000,000 de francs, en souvenir de son mari.

On dit qu'une solution chaude d'acide tartrique est un moyen efficace de faire disparaître les taches de sang qui souillent les habits.

Mademoiselle Ella Ewing est, paraît-il, la plus grande femme de l'univers, sa taille dépasse même celle des géants les plus célèbres. Elle est âgée de 24 ans, est née à Gorin, dans le Missouri, et elle mesure neuf pieds de hauteur.

On annonce que l'empereur d'Allemagne a offert une décoration au Dr Roux pour sa découverte de l'antitoxine, et qu'il l'a acceptée.

On rapporte de Berlin que le professeur Von Leyden a découvert le microbe de la parotidite.

THERAPEUTIQUE

CANCER DE L'ESTOMAC

PAR LE DOCTEUR G. LEMOINE

Lorsque les symptômes dyspeptiques se montrent chez une personne d'un certain âge, alors même que sa santé eût été parfaite jusque-là, on peut redouter un cancer de l'estomac. Cette crainte augmente si, à la diminution de l'appétit, viennent s'ajouter des nausées, et, à intervalles plus ou moins espacés, des vomissements glaireux ou alimentaires, qui laissent à leur suite une douleur profonde difficile à localiser. Cette période initiale peut durer longtemps et l'acuité des symptômes qui se montrent alors est très variable. Cependant les vomissements sont à peu près constants; au début ils surviennent le matin et sont glaireux à peu près comme ceux des alcooliques; plus tard, ils sont alimentaires et se produisent un certain temps, parfois plusieurs heures, après les repas. Comme l'estomac subit presque toujours une dilatation assez grande, les aliments s'y accumulent, et cela d'autant plus volontiers que souvent la sténose du pylore s'oppose à leur passage dans l'intestin; aussi peuvent-ils n'être vomis que plusieurs jours après avoir été ingérés. A cette période, la constipation est de règle; il en est de même de la douleur qui, en général, est continue, sourde exaspérée par la pression et par l'ingestion des aliments. Elle peut s'accompagner d'un point spinal et d'irradiations dans les hypocondres.

A mesure que la maladie fait des progrès, les symptômes changent. Les vomissements, très fréquents, deviennent souvent hémorrhagiques et prennent l'apparence d'un putrilage noirâtre que l'on compare à du marc de café. Cet aspect est dû à ce que le sang séjourne dans l'estomac avant d'être rejeté et subit un commencement de digestion. La constipation est remplacée par de la diarrhée, et quelquefois les selles sont noirâtres et contiennent du sang digéré en partie. La cachexie va en s'accroissant à mesure que l'alimentation devient plus difficile et que la tumeur s'étend, les téguments prennent la couleur jaune-paille caractéristique des cancéreux et souvent l'examen de la région épigastrique fait découvrir des noyaux indurés et bosselés qui précisent le diagnostic.

Parfois les ganglions sus-claviculaires ou ceux de l'aisselle sont enorgés. Aucun aliment ne peut pénétrer dans l'estomac sans provoquer des douleurs atroces et des vomissements, l'amaigrissement devient considérable, des œdèmes cachectiques et même de la phlegmatia alba dolens peuvent apparaître, et la mort peut survenir par inanition ou par le fait d'une des complications si fréquentes chez les malades cachectiques.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Tous les malades atteints de cancer de l'estomac ne présentent pas des symptômes aussi accusés et, bien souvent, le diagnostic reste hésitant. Il existe des cas dans

lesquels le cancer est tout à fait latent, d'autres où il n'existe qu'un symptôme, anorexie ou diarrhée par exemple, ou bien où les symptômes sont ceux d'une autre affection, maladie de foie, de l'intestin ou des reins. Il est évident qu'alors il faudra examiner très minutieusement le malade, pour pouvoir le dire atteint de tumeur de l'estomac, et encore ce diagnostic ne sera-t-il qu'une probabilité. Ce qu'on rencontre le plus souvent, c'est le cancer avec troubles fonctionnels accusés, mais sans qu'une tumeur soit perceptible dans la région stomacale. On le confond souvent dans la première période de son évolution avec une gastrite simple, avec un ulcère, avec une dyspepsie chronique ou avec une maladie de foie ; ces erreurs sont surtout faciles quand le cancer évolue chez une personne jeune ce qui n'est pas aussi rare qu'on le pense.

Le traitement du cancer de l'estomac est, comme celui des cancers des autres organes, purement palliatif ; dans quelques cas seulement on a essayé de l'atteindre directement par une opération chirurgicale. Par un traitement médical, on ne peut que ralentir un peu sa marche et atténuer ses symptômes. Dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé des altérations du suc gastrique qui surviennent par suite de la présence du cancer et on en a tiré quelques indications thérapeutiques. En en tenant compte, on peut établir comme bases du traitement les indications suivantes :

1° Favoriser le bon accomplissement de la digestion stomacale en restituant au suc gastrique les principes qu'il a perdus ;

2° Soutenir les forces et ralentir la dénutrition par une alimentation appropriée ;

3° Faire un traitement symptomatique ;

4° Intervenir chirurgicalement, s'il y a lieu.

10. STIMULER LA DIGESTION.—De toutes les maladies de l'estomac, le cancer est celle qui altère le plus la sécrétion du suc gastrique. On sait qu'à l'état normal le suc gastrique est acide, par suite de la présence, au début de la digestion, d'acide lactique et, une heure après le repas, d'acide chlorhydrique à l'état libre. Or, dans le cancer, c'est un fait qui a été constaté par un grand nombre d'observateurs, que la sécrétion de ce dernier est diminuée dans de grandes proportions ; on a même cru, pendant un certain temps, qu'elle se tarissait complètement. Les méthodes indiquées par Lépine et Debove, qui décèlent dans un liquide quelconque des traces d'acide chlorhydrique, ont permis de constater que quelquefois cet acide se trouve dans le suc gastrique, mais toujours en petite quantité. Par conséquent, si la disparition complète de l'acide chlorhydrique, n'est pas un fait constant et ne peut pas constituer ainsi qu'on l'avait espéré, un signe pathognomonique du cancer, elle n'en dénote pas moins un signe caractéristique de cette maladie. Le cancer est à peu près la seule affection stomacale où il soit constaté. Ce n'est, en effet, qu'exceptionnellement qu'on a vu l'acide chlorhydrique faire défaut dans le suc gastrique, au cours d'une gastrite chronique ou dans la dilatation de l'estomac.

L'importance de la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique est assez grande au point de vue du diagnostic et par conséquent du traitement, pour que nous nous permettions de dire quelques mots de la façon dont elle se fait.

Il faut d'abord retirer de l'estomac une certaine quantité de

suc gastrique. On peut se servir pour cela d'un simple tube de Faucher que l'on introduit dans l'estomac une heure ou une heure et demie après un léger repas, et avec lequel on peut recueillir une petite quantité de suc gastrique. Si l'on en desire davantage, il faut employer, soit la pompe stomacale de Colin, soit un appareil spécial construit par Galante sur les dessins de M. Dujardin-Beaumez. Il se compose d'un tube résistant, contenant un réservoir de verre dont l'extrémité inférieure est munie d'un tube en caoutchouc, qui sort par le haut du tube rigide et vient se terminer dans une poire en caoutchouc. Des fils de soie attachés au réservoir permettent de le retirer à volonté. On introduit dans l'estomac l'appareil muni d'un réservoir de verre, on presse la poire élastique, et grâce au vide, le liquide pénètre dans le réservoir. On retire alors la sonde, puis, à l'aide des fils, le réservoir contenu dans cette sonde et, en pressant sur la poire en caoutchouc, on recueille dans un verre le liquide extrait de l'estomac. Il faut repousser comme trop douloureux le procédé qui consiste à se servir de petites éponges au bout d'un long fil que l'on fait avaler au malade.

La recherche de l'acide chlorhydrique repose sur ce fait que certaines couleurs d'aniline changent de teinte à son contact. On en a essayé plusieurs, mais celle qui donne les meilleurs résultats est le vert-brillant, employé par Lépine. Dissous dans de l'eau distillée, ce produit donne une teinte bleue, mais si l'on verse quelques gouttes de cette solution sur du suc gastrique préalablement filtré, et recueilli dans un tube à urines, cette teinte devient verte ou même vert jaunâtre s'il y a de l'acide chlorhydrique ; elle reste bleue s'il n'y en a pas.

Pour que ce signe ait de la valeur il faut qu'il soit durable, c'est-à-dire que l'examen du suc gastrique fait à intervalles éloignés montre toujours l'absence de l'acide chlorhydrique. Il faut encore savoir que cet acide ne disparaît qu'autant que le cancer a ulcéré la muqueuse, quand celui-ci est encore sous-muqueux on constate toujours sa présence.

En même temps que le suc gastrique perd son acide chlorhydrique, il perd aussi une bonne partie de sa pepsine, il devient ainsi de plus en plus impropre aux besoins de la digestion, et ceci explique comment il se fait que les aliments séjournent parfois très longtemps dans l'estomac sans être sensiblement modifiés. La physiologie nous indique donc qu'un des premiers moyens de traitement à employer consiste à restituer au suc gastrique les éléments qui lui font défaut et dont la présence est indispensable. Tandis que dans l'ulcère rond il faut alcaliniser le suc gastrique, il faut ici l'acidifier et lutter contre la dyspepsie en lui incorporant de l'acide chlorhydrique et de la pepsine.

L'acide chlorhydrique sera donné à la dose de trois à cinq gouttes par jour dans une potion gommeuse, que le malade prendra aussitôt après le repas. On peut encore lui faire boire une limonade chlorhydrique, ou même employer une solution de chlorhydrophosphate de chaux dont il prendrait deux cuillerées à bouche, une le matin, une le soir, toujours après les repas.

Limonade :

Acide chlorhydrique.....	X à XX gouttes.
Sirop de Limon.....	50 gr.
Sirop de sucre.....	50 —
Essence de menthe.....	Q S.
Eau	900 gr.

Solution :

Phosphate cristallisé bibasique....	20 gr.
Acide chlorhydrique.....	Q. S. pour dissoudre.
Eau distillée.....	1000 gr.

La *pepsine* est aussi, en pareil cas, d'un emploi journalier pendant toute la première phase de la maladie, celle pendant laquelle ou peu : encore lutter contre la dyspepsie et essayer d'entretenir la nutrition par des aliments solides. Le meilleur moyen de la faire bien tolérer et de ne pas déterminer de douleurs, est de la donner en cachets, toujours avant de manger. Les vins et élixirs de pepsine sont mal supportés par l'estomac.

20. ALIMENTATION.—Une alimentation bien dirigée rend plus de services dans les maladies de l'estomac que toutes les drogues de la pharmacie, dit Brinton, et certes cela est bien vrai dans le cancer. Même lorsque les malades arrivent aux médecins, débilités et en proie à une dyspepsie telle qu'ils ne peuvent presque plus prendre d'aliments, il est possible, en les mettant dans de bonnes conditions hygiéniques et en les habituant à supporter peu à peu des aliments de digestion facile, de produire chez eux une certaine amélioration de l'état général.

Malheureusement la grande difficulté consiste à mettre l'estomac en état de recevoir les aliments ; on y arrive cependant par l'emploi des deux médicaments que nous venons de signaler et par celui des amers, en particulier la strychnine, dont l'action sur les tuniques musculaires doit être utilisée ici pour lutter contre la distension stomacale. Ils servent également à stimuler un peu d'appétit, qui est presque toujours absent. Il ne faut pas oublier en effet que l'anorexie est caractéristique du cancer de l'estomac et sert à le distinguer de l'ulcère, où l'appétit est généralement conservé ; elle est précoce et peu se montrer avant les autres symptômes ; elle va en croissant et il arrive un moment où la vue de la nourriture suffit pour provoquer des efforts de vomissements. A cette période, les aliments ne sont plus supportés qu'autant que la médication symptomatique est suivie avec persévérance et que la douleur et les vomissements sont combattus d'une façon efficace.

Quand la tumeur siège à une certaine distance des orifices du cardia et du pylore et ne détermine pas, par conséquent, une obstruction de leur lumière, on peut, avec beaucoup de prudence ; donner des aliments solides en petite quantité ; les aliments très nourrissants, sous un faible volume, doivent être préférés : la viande crue, la poudre de viande, la gelée de viande, quelques pâtes alimentaires. Mais quand il y a sténose d'un des orifices les liquides peuvent seuls être employés, si l'on ne veut pas déterminer des vomissements ; le jus de viande, le lait et les jaunes d'œuf sont

à peu près les seuls auxquels on puisse avoir recours, et encore bien souvent doit-on s'en tenir à la diète lactée dans toute sa rigueur.

Si l'on veut prolonger la vie du malade, il faut en effet lutter énergiquement contre la dénutrition et l'alimenter à tout prix. Le défaut d'alimentation est nettement mis en lumière par l'examen des urines qui montre un abaissement considérable du taux de l'urée. Rommelaere, de Bruxelles, frappé de cette diminution, avait cru pouvoir dire que toutes les fois que, dans une affection chronique de l'estomac, le chiffre de l'urée excrétée dans les 24 heures était inférieur à 10 grammes, on pouvait affirmer le cancer. C'est inexact, car tous les états cachectiques s'accompagnent d'un abaissement semblable de l'urée, qui se montre toutes les fois que l'individu n'est plus suffisamment nourri. Cette impossibilité de nourrir le malade, qui se montre toujours dans la phase ultime de l'affection, mais qui peut aussi survenir beaucoup plus tôt, présente un grand danger et peut entraîner rapidement la mort d'un sujet qui aurait résisté jusque là, et que l'absence de cette complication pouvait laisser vivre plusieurs mois. Dans ce cas, il faut recourir aux lavements alimentaires, quelque douteuse que soit leur efficacité ; ils permettent parfois de traverser une période de crise passagère et d'attendre que l'estomac soit moins irritable.

Quand le cancer siège au pylore, ce qui est le cas le plus fréquent, il s'accompagne de symptômes particuliers que ne donne pas le cancer du cardia, et parmi lesquels la *dilatation de l'estomac* joue le principal rôle. Cette dilatation se reconnaît par les divers signes classiques, que nous n'avons pas à signaler ici, et par un signe spécial à la dilatation avec cancer : les vomissements formés de matières alimentaires, ingérées depuis deux ou trois jours. Il n'y a rien à faire pour lutter contre cette dilatation et rendre leur tonicité aux tuniques de l'estomac, car le traitement que l'on devrait employer ne serait pas supporté. Tout au plus peut-on se servir de préparations amères, strychnine, colombo, quassia. Ces vomissements peuvent cesser temporairement, c'est quand, par le fait du ramollissement et de l'ulcération du carcinome, l'orifice du pylore est de nouveau rendu perméable ; cette amélioration est toujours courte, de nouvelles masses fongueuses se reformant en peu de temps. On a beaucoup conseillé, en Allemagne surtout, les lavages répétés de l'estomac pour le débarrasser des matières alimentaires et du mucus qui s'y accumulent et s'y putréfient. C'est une pratique que nous ne recommandons pas, car elle détermine toujours de vives douleurs et provoque une aggravation de tous les symptômes, qui n'est pas en rapport avec le faible bénéfice qu'elle peut donner. Il est préférable de recourir à des solutions ou à des mélanges antifermentescibles, eau sulfo-carbonée, deux cuillerées par jour dans du vin ou charbon de Belloc, deux cuillerées à café dans un peu d'eau.

3° TRAITEMENT DES SYMPTÔMES.— Nous serons aussi bref que possible en ce qui concerne le traitement symptomatique du cancer de l'estomac, car bien peu des symptômes qui l'accompagnent lui appartiennent en propre et leur étude est mieux placée aux chapitres dyspepsie et ulcère rond. Cependant il est nécessaire d'attirer l'attention sur certaines de leurs particularités.

La douleur peut être sourde et ne consister qu'en une sensation de pesanteur et de constriction à la taille ; elle n'est pas, comme dans l'ulcère, réveillée ou exaspérée par le passage des aliments, car elle est indépendante du travail de la digestion, mais souvent aussi elle est lancinante, extrêmement forte et se traduit par des souffrances atroces qu'il faut calmer à tout prix. C'est encore la morphine et ses succédanés qui constituent son meilleur mode de traitement ; on peut la donner par voie hypodermique, injections faites au creux épigastrique, ou par la voie buccale. Quand les douleurs ne sont pas trop violentes, on peut se contenter de recourir à la belladone ou à la cocaïne. Cette dernière est précieuse par le soulagement presque immédiat qu'elle apporte, mais malheureusement son action bienfaisante est de courte durée.

Les potions chloroformées donnent aussi de bons résultats. On peut ordonner :

Potion :

Chloroforme.....	1 gr.
Ether sulfurique.....	2 —
Mucilage de gomme arabique	6 —
Eau de fleurs d'oranger.....	30 —
Eau de laitue.....	80 —

A prendre par cuillerées.

Ou bien :

Paquets :

Extrait de Belladone	0 gr. 10
Sous-nitrate de bismuth.....	—
Sucre en poudre.....	1 —

Pour 6 paquets : deux par jour.

Ou bien :

Mélange :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Extrait de belladone.....	0 — 10
Eau de laurier-cerise	10 —

Cinq gouttes en une fois.

Ou bien encore :

Paquets :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 03
Magnésie calcinée.....	0 — 50

Pour une dose en cas de douleurs très fortes.

Les vomissements alimentaires ne manquent presque jamais ; ils apparaissent dès le 2^e ou le 3^e mois de la maladie, puis leur fréquence va en croissant. Ils peuvent être rares quand la tumeur occupe non le pylore, mais une des faces ou des courbures de l'estomac. Ce cancer est remarquable aussi par l'absence habituelle de la dilatation et par l'apparition tardive de la cachexie.

Nous renvoyons à l'ulcère de l'estomac pour la description du traitement des vomissements, et nous ne pouvons qu'ajouter que le meilleur moyen de lutter contre eux consiste à surveiller de très

près l'alimentation des malades. Comme ils sont dus en général à l'obstruction particulière de l'orifice pylorique, on peut les prévenir en partie du moins, en ne donnant que des aliments liquides et par petites quantités à chaque fois.

Il existe cependant une forme de vomissement sur laquelle Chesnel (Thèse de Paris 1887) a attiré l'attention. Ce sont des vomissements incessants qui résistent à toute espèce de méliciation et persistent jusqu'à la mort. Mathieu (Thèse de Lyon, 1884) rapporte plusieurs observations où ils se sont produits chez des femmes enceintes et furent pris pour des vomissements incoercibles liés à la grossesse. L'avortement fut pratiqué sans les faire cesser, cela va sans dire, et leur véritable cause ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Les vomissements noirs consécutifs à des hémorragies, ne fournissent pas d'indications spéciales au cancer, et leur traitement est celui des hématomésés. On peut en dire autant de la diarrhée, si fréquente pendant la période cachectique. Comme elle est due soit au passage dans l'intestin de matières alimentaires mal digérées, soit à la présence d'une ulcération sur la muqueuse de l'estomac et à l'insuffisance fonctionnelle de cet organe, l'alimentation bien réglée et l'emploi des poudres inertes, bismuth, charbon, seront les moyens les plus efficaces contre elle.

Dans la première période de la maladie, et parfois pendant plus longtemps, la constipation est de règle. Il ne faut pas se servir de purgatifs, que l'estomac supporte mal ; les lavements doivent être préférés, soit les lavements purgatifs, soit même la simple irrigation rectale avec de l'eau froide.

Les autres symptômes, ascite, fièvre, phlegmatia alba dolens, communs à d'autres maladies, ne demandent pas ici de traitement particulier.

4° TRAITEMENT CHIRURGICAL. — L'application de la chirurgie au traitement du cancer de l'estomac est encore une curiosité scientifique et n'est pas près de passer dans la pratique. Aussi est-il inutile d'insister sur ce mode de traitement. Les chirurgiens les plus hardis ont songé à enlever la tumeur elle-même en réséquant une portion de l'estomac.

Billroth, qui a posé les indications de cette opération, demande qu'elle soit pratiquée au début de la maladie, pour augmenter les chances de succès ; selon lui, elle peut être tentée quand la sténose du pylore oppose un obstacle infranchissable aux aliments, mais elle se trouve contre-indiquée quand la tumeur est soupçonnée de s'être généralisée aux organes voisins ou d'avoir contracté des adhérences avec eux. Le manuel opératoire est assez minutieux, et on le trouvera en détail dans un mémoire très complet de Blum (*Archives générales de médecine*, 1882) ; les résultats donnés jusqu'ici par cette opération ne sont pas très encourageants : la majeure partie des malades meurt, en un ou deux jours, des suites de l'opération, que leur faiblesse ne leur permettait pas de supporter. Ceux qui lui survivent meurent peu de temps après, soit que la tumeur n'ait pas été complètement enlevée, soit qu'elle récidive.

Des opérations palliatives peuvent être tentées avec peut-être plus de succès que la précédente ; ce sont, en particulier, l'entérotomie et la gastrotomie. La première consiste à ouvrir le duodénum

pour introduire des aliments directement dans cette partie de l'intestin et éviter ainsi de les mettre en contact avec le pylore qui ne peut plus leur livrer passage ; théoriquement, elle est séduisante, mais pratiquement elle ne paraît pas appelée à un grand avenir. Quant à la gastrotomie, elle est indiquée quand le cancer siège vers le cardia et l'œsophage et quand les aliments ne peuvent pas pénétrer dans l'estomac. Elle consiste à ouvrir l'estomac et à maintenir la plaie ouverte au moyen d'une canule pour y introduire des aliments liquides. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces opérations, qui sont en dehors de notre sujet.

Il est bon de se rappeler que le chloroforme est dangereux pendant qu'on l'administre, et l'éther après l'opération.

On dit que l'infusion chaude de Capsicum est le spécifique du hoquet.

Le Dr Brook dit qu'une douleur lancinante produite par la percussion au niveau de la dernière côte, est un signe d'une grande valeur dans le cas où le diagnostic de calcul du rein est incertain.

Le Dr Mays recommande dans le *Journal de Médecine de Paris* l'emploi du salicylate de soude, dans les hémophyses profuses et persistantes qui se montrent chez les arthritiques, qu'il a employé lui-même avec beaucoup de succès.

Un projet de loi vient d'être présenté à la législature du Michigan par le Dr W. R. Edgar pourvoyant à la castration des épileptiques et de faibles d'esprit internés dans les asiles de l'état, avant leur élargissement, ainsi que de toute personne convaincue de viol, ou convaincue de félonie pour la troisième fois.

Le Dr Olano a fait l'autopsie d'une femme morte en couches avant l'expulsion de l'enfant. Le fond de l'utérus atteignait le foie et contenait un fœtus bien conformé du sexe féminin mesurant 27 pouces de longueur et pesant 26 livres. On croit que la femme dépassait de beaucoup le terme ordinaire de la grossesse, mais il n'y avait pas de preuve médicale du fait.

La profession médicale de la province de Québec à l'honneur de compter deux de ses membres dans le cabinet Marchand, l'honorable Dr Marcell, président du conseil législatif, et M. le Dr Guérin ministre sans portefeuille, trois au conseil législatif, les honorables M. de Boucherville, Girouard et Ross, et six à la chambre d'assemblée, MM. les Drs Bélan, Bissonnette, de Grosbois, Grenier, Lacombe et Lalonde.

INTERET PROFESSIONNEL

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Depuis les dernières informations que nous avons données sur la prochaine réunion de l'Association Médicale Britannique à Montréal, les arrangements concernant les excursions, les impressions, le musée, les amusements, etc., ont été à peu près terminés. Les programmes préliminaires ont été imprimés, et 10,000 copies ont été distribuées aux membres de l'Association. Ce programme forme un pamphlet de 50 pages, est imprimé avec soin sur de bon papier, et le couvert est artistiquement enluminé. Le pamphlet est richement illustré et contient plusieurs lithographies et gravures sur bois, des endroits les plus intéressants de Montréal, Toronto et Québec, et en particulier des universités et des hôpitaux. Plusieurs pages sont consacrées aux indications relatives à l'itinéraire à suivre pour se rendre d'Europe à Montréal, faisant voir les avantages qu'il y a à suivre la route du St-Laurent, de préférence à celle de New-York. Les environs pittoresques de Québec y sont décrits à vol d'oiseau tout en faisant ressortir les principaux caractères de notre province. On y donne aussi des informations utiles sur les hôtels, et l'argent américain et du Canada. Les touristes sont aussi mis au fait des arrangements pris avec les différentes lignes de navigation et de chemins de fer pour des excursions auxquelles les membres de l'Association pourront prendre part à des prix réduits, soit sur le St-Laurent ou le Saguenay, soit aux Montagnes Rocheuses. A la fin du pamphlet se trouvent des notes sur la loi de la chasse et de la pêche, indiquant la saison durant laquelle ces amusements sont permis. Le pamphlet est exécuté avec beaucoup de goût et témoigne en faveur des graveurs, des imprimeurs, et du bon esprit de ceux qui ont fait choix de la matière. La distribution du programme en Angleterre ne peut manquer d'avoir une grande influence sur le nombre de nos visiteurs.

L'indicateur local qui est sous presse contiendra toutes les informations désirables, et sera distribué aux membres à la première réunion.

Le professeur Adami qui a déployé tant de zèle pour organiser la réception, est parti pour l'Angleterre le 22 Mai dernier et sera absent environ six semaines. Il a été délégué par le comité exé-

cutif pour visiter les différentes branches de l'association, en Angleterre et en Ecosse, s'entendre avec les membres, et donner les instructions nécessaires pour faciliter le voyage. Il est aussi chargé, avec le secrétaire Anglais, de s'assurer du concours des médecins distingués qui voudront bien présenter des mémoires et faire la discussion.

Le président élu, le Dr Roddick est parti pour Ottawa, Toronto et London, dans le but de promouvoir les intérêts de ces associations. Les efforts que l'on a faits jusqu'ici pour former une branche à London n'ont pas encore été couronnés de succès, mais nous espérons que la visite du Dr Roddick aura pour effet d'aplanir les difficultés et que bientôt les médecins distingués qui habitent London formeront partie de l'Association Médicale Britannique. Durant son séjour à Toronto le Dr Roddick doit avoir une entrevue avec les membres du conseil exécutif de l'association dans le but d'organiser l'excursion à Montréal.

Les difficultés au sujet du transport, qui pendant un instant ont menacé d'empêcher un certain nombre des membres de l'association de venir nous visiter, s'aplanissent graduellement. Le Lake Ontario qui quittera Liverpool le 22 août prochain est un navire confortable, assez grand pour recevoir 150 passagers, et la plupart de ses chambres sont déjà retenues par les membres de l'association. Les vaisseaux de la ligne Allan qui feront voile les 5, 12 et 19, du même mois, nous en amèneront sans doute un bon nombre. La ligne Peter-son doit aussi expédier un navire de première classe.

Le comité local dont le Dr Girdwood est le président, prépare pour nos hôtes une foule d'amusements dont la liste sera publiée plus tard. On organise aussi un comité de dames qui prêtera son concours au comité local. Le Golf Club prépare plusieurs tournois qui auront lieu sur son magnifique terrain de Dixie le 2 septembre, et une partie de Cricket sera jouée par les membres des clubs de Montréal. Le Dr Roddick a écrit à toutes les branches de l'association tant en Angleterre qu'aux colonies, les priant d'envoyer des délégués. Plusieurs ont répondu que la chose serait soumise à leur conseil, à sa prochaine réunion.

La Médecine Moderne dit qu'une dame qui avait l'habitude de se faire embrasser par son petit chien favori, a subi l'énucléation d'un œil dans lequel on a trouvé un ténia !

On vient de télégraphier de Rome à Londres et de là à New-York que le Dr Graccarelli a découvert le microbe de la fièvre jaune, qu'il espère pouvoir combattre avec succès.

LE PAUL DE " L'UNION MEDICALE "

Ce petit Paul dont nous avons crevé les dix blagues est amusant au suprême. Mais là où il est particulièrement rigolo, c'est lorsqu'il jette l'insulte à la face des gouverneurs du Bureau qui ont le malheur d'être membres de l'un de nos parlements. Il affirme qu'ils doivent leur élection au Bureau, non à leurs qualités professionnelles, mais au fait brutal de leur popularité politique.

Il est difficile d'être niais à aussi bon marché. Lisez plutôt vous même : " Ah ! tiens le Dr A. est député, le Dr M. est conseiller législatif, peut-être même sénateur, il ne s'occupe plus de pilules, qu'importe, on le bombarde gouverneur du Collège des Médecins."

Attrapez MM. les Drs Ross, Marceil, Rinfret, Guay, Oholet, Cartier, Lacombe, Bissonnette, etc. etc., tous membres d'un parlement et bombardés gouverneurs du *Bureau Médical*.

Vous vous croyiez tous dignes du nom de médecin, et capables de servir les intérêts professionnels, vous n'y êtes pas du tout, mais là, pas du tout.

C'est l'*Union Médicale* qui vous le dit et le répète.

Dame ! on n'est pas tenu à la justice en certains quartiers.

On ne croit pas à la responsabilité. Autrement avant que de dire des énormités de ce genre on irait aux informations, on contrôlerait les avancés de son *truchement*. La bienséance la plus élémentaire commandait cette conduite. Il y a donc des gens dont c'est le propre de mettre les pieds dans les plats.

* * *

Il est vrai que c'est sous la présidence de l'Hon. J. J. Ross que les plus grandes réformes ont été étudiées et accomplies.

Il est vrai que ses collègues sus-mentionnés l'ont vigoureusement secondé dans l'étude et l'obtention de ces réformes.

Mais qu'est-ce que que cela peut bien faire à Paul et à l'*Union* d'insulter les plus fidèles serviteurs de la profession ?

Ils ont une rancune inavouable qu'il faut assouvir ; ils sont pris de la manie de mordre : ils mordent jusqu'à leurs amis, jusqu'à leurs collaborateurs.

Eh bien ! qu'il mordent donc, puisque c'est le seul élément qui leur reste. C'est l'histoire du *Serpent et de la lime, du bon Lafontaine*.

Ils ne s'occupent plus de pilules, dit Paul.

De cette assertion, nous inférons que ces messieurs se sont déjà occupés de pilules, ce dont Paul ne pourrait peut-être pas se vanter.

“ Ils ne s'occupent plus de pilules. ” Cela veut dire à l'*Union Médicale* qu'on ne peut être intelligent et dévoué aux intérêts professionnels, à moins qu'on ne roule encore des pilules.

Pauvre Paul, triste *Union*, le sens commun est-il démenagé de chez vous d'une manière définitive ?

O'est pitié que de vous lire !

Vos insultes n'arrivent pas même aux pieds d'hommes comme les Rinfret, les Marsil, les Guay, les Fiset, les Cholet, les Bisoanette, les Cartier, etc, etc.

Il vous sied bien d'ignorer que ces politiques de mérite sont connus et respectés comme hommes de profession dans toute la Province de Québec.

Vous êtes bien à votre place à l'*Union Médicale* qui trouve votre article *excellent*.

Vous êtes bien à votre place à la remorque de ceux qui s'opposent à la fondation d'une bibliothèque ou d'un laboratoire de recherches scientifiques. La lumière fait mal aux yeux atrophiés par les ténèbres.

Un conseil pour finir :

La prochaine fois que nous vous rencontrerons ; que vous vous appeliez Paul, Médecus, Benoit, Sirois ou n'importe quoi, ayez donc un peu de respect pour la vérité. Sinon cette bonne vérité sortira de son puits et vous flagellera avec un eutrain que vous ne connaissez pas encore.

LA CLINIQUE, voyez-vous, n'est pas l'organe d'une coterie qui se mène dans l'ombre ; elle aime le franc parler, la vérité à ciel ouvert.

Elle a dénoncé les concours dont le résultat était arrêté d'avance.

Elle n'a pas flagorné les calottes de la faculté.

Elle connaît leur tendresse pour les miéux élus et choyés avant concours.

Quant aux gouverneurs du Bureau Médical, nous sommes prêts à les seconder de toutes nos forces et nos douze cents abonnés sont satisfaits de notre conduite.

LA BIBLIOTHEQUE DU COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC

Nous venons de recevoir le premier catalogue de la bibliothèque fondée l'année dernière par les soins du régistrateur.

Voici en quels termes il annonce à la profession médicale l'heureuse nouvelle.

BIBLIOTHEQUE MEDICALE PROVINCIALE

Non, nisi optimus quisque legendus est.

QUINTILIEN.

Est-il besoin de rappeler ce mot du Maître : *chacun doit lire les meilleurs auteurs* ; non, puisque les médecins redisent depuis vingt ans : *quand aurons-nous une bibliothèque médicale provinciale ?*

La fondation actuelle répond donc à un *désideratum* vivement senti et dès longtemps exprimé.

On admet qu'en raison des progrès incessants de la science médicale, il est difficile, sinon impossible à chaque médecin de se procurer les œuvres nouvelles, au fur et à mesure de leur publication. Cependant qu'il incombe à chacun de nous de suivre l'écllosion des découvertes afin d'en faire bénéficier nos clients.

Eh bien ! ce que ni vous ni moi ne pouvons, la Corporation du Collège des Médecins et Chirurgiens le peut et le doit.

Elle le peut : Ses revenus le lui permettent.

Elle le doit : Parce que l'intérêt de la profession l'exige et que cet intérêt est précisément la raison de son existence.

Le BUREAU MÉDICAL a donc eu raison de décréter la fondation d'une bibliothèque et de la mettre à la disposition de tous les médecins de cette province.

Cette œuvre, qui est vôtre, j'ai l'honneur de vous la présenter.

Oh ! elle n'est pas complète, mais, humble noyau, elle se développera en une grande sphère d'activité et de sain apport.

Le Bureau Médical a eu le bonheur de trouver en M. Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, un ami sincère, un patron dévoué.

Pour M. Brouardel, les *Canadiens-français* ne sont pas des étrangers, mais des compatriotes à qui la France médicale est heureuse de tendre la main.

Comme gage du vif intérêt qu'il nous porte, il a gracieusement mis à notre disposition un exemplaire des thèses de Paris, à commencer en 1895 et à perpétuité. C'est un cadeau de plus de cent volumes par année. Que son nom reste donc à jamais gravé dans la mémoire des canadiens-français.

* * *

On ne se rend pas un compte suffisant, il semble, de la valeur des thèses de Paris.

On ne sait pas assez qu'elles sont le reflet le plus fidèle de l'enseignement des maîtres de la science. Ces travaux creusent des sujets à la lumière des dernières découvertes contrôlés à la fois par les observations cliniques et les recherches de laboratoire.

C'est la note scientifique du jour que tout médecin doit se faire un devoir de connaître.

Il restera à compléter cette œuvre par l'achat des travaux récents ou en cours de publication et par la réception des revues périodiques de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Deux cents volumes sont, dès ce jour, à votre disposition au No. 292 rue St. Denis, de huit heures a. m. à dix heures p. m.

D'ici à quelques semaines, il ne sera pas permis d'emporter les volumes à domicile.

J. M. BEAUSOLEIL.





Alpha Rubber Co. Limited.

Bureau Principal : 335 RUE ST-PAUL, Montreal.

Succursale : 1 FRONT STREET, East Toronto.

Manufacture : HOCHELAGA.



Manufacturiers d'articles en Caoutchouc Fin pour Médecins et Chirugiens.

Si vous avez besoin d'un article en caoutchouc et que vous ne puissiez pas vous le procurer par l'intermédiaire de votre droguiste, pharmacien ou marchand d'instruments, écrivez-nous. Nous manufacturons un grand nombre d'articles qui ne se trouvent pas dans notre catalogue et nous accordons tous nos soins à la manufacture d'articles spéciaux en caoutchouc. Les Seringues **ALPHA** et **OMEGA** sont les seules seringues au monde donnant un jet continu avec une seule poire.

Le Pulvérisateur ALPHA donne un jet réellement continu avec moins de fatigue pour la main de celui qui s'en sert que n'importe quel autre appareil à poire unique.

Catalogue . .

Envoyé

Sur demande.

