

**PAGES**

**MANQUANTES**

# **Travaux Originaux**

---

## **TRAITEMENT RATIONNEL ET PRÉCOCE DE L'AVORTEMENT INCOMPLÈT**

---

Mon intention est d'étudier ici quel est le traitement que l'on peut instituer contre la rétention prolongée des débris de l'oeuf après l'avortement.

Une foule d'accoucheurs s'accordent à respecter cette rétention, et n'interviennent que si elle donne lieu à des complications : l'hémorragie grave et infection imminente.

Doléris pense que cette attente est périlleuse, car un traitement même énergique n'est pas toujours efficace quand les accidents sont confirmés. C'est pourquoi il estime qu'il est prudent et rationnel de vider systématiquement l'utérus dans tous les cas de rétention afin de les prévenir. Il m'est avis qu'une première justification de cette conduite est fournie par la probabilité de l'infection attachée à la provocation criminelle.

Un deuxième argument en faveur de l'intervention précoce, est le danger que fait courir l'hémorragie toujours présente dans les cas de rétention. Faible, elle anémie par sa répétition ; elle constitue toujours par la possibilité de son apparition brusque et de son abondance un danger constant.

Enfin, à un point de vue théorique, il semble que l'oeuf abortif doive être considéré comme un produit organique, naguère vivant, mais désormais caduc et voué fatalement à l'élimination hors de la cavité utérine. Dès lors, il est difficile de comprendre pourquoi, en l'incertitude où l'on est de son élimination

spontanée, il n'est pas permis de l'évacuer artificiellement, surtout si, comme nous le verrons dans la suite, sa présence est la source de troubles divers de l'utérus.

Telles sont, en principe, les raisons que j'invoque pour justifier la conduite de Doléris que je trouve fort rationnelle ; je les discuterai plus loin. Il m'a cependant paru nécessaire de les énoncer ici pour justifier dès le début, le titre de ce travail.

La rétention du délivre après l'avortement est fréquente, et Mauriceau avec son langage imagé dit : "Il en arrive de même qu'aux fruits qui se détachent et qui tombent d'eux-mêmes de l'arbre quand ils sont mûrs, et qui, au contraire, en sont difficilement séparés lorsqu'ils sont encore verts ; c'est ce qui fait que la femme qui avorte est souvent bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme."

Elle est grave : "dans l'avortement, l'expulsion du délivre est tout, tandis que celle du fœtus n'est rien." (Guéniot).

Toutefois, la rétention doit être respectée tant que le muscle utérin n'a pas dit son dernier mot, parce qu'alors, elle est normale, physiologique.

Quelquefois à partir du 3ème mois, toujours à partir du 4ème, l'avortement se fait en deux temps, et tandis que dans l'accouchement, la délivrance suit de près la sortie de l'enfant, elle est tardive dans l'avortement pour plusieurs raisons : décollement incomplet de l'oeuf sur lequel, à cause de son faible volume et de sa plasticité, les contractions utérines ont peu d'action ; faible dilatation du col qui laisse passer le fœtus, mais retient le délivre 4 ou 5 fois plus gros, et ne se laisse dilater par lui, que très lentement ; adhérences dues à une maladie de l'oeuf ou de la muqueuse utérine (Doléris & Castéran) ; insertion vicieuse du placenta (Rambaud) ; placenta succenturié (Pinard) ; irrégularité et intermittence des contractions utéri-

nes (Guéniot) ; trop grande rapidité du travail (Mauriceau et Petit) ; déviations utérines.

Le plus souvent les contractions utérines persistent, le col se dilate progressivement, le décollement se complète et le délivre tombe dans le vagin. "Cela demande quelques heures, une demi journée, quelquefois deux jours comme dans l'accouchement ordinaire d'ailleurs. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il arrive que dans des circonstances assez différentes, les choses se passent autrement. L'œuf met très longtemps à se décoller ; le placenta déformé ne s'engage pas dans le col de l'utérus ; on s'aperçoit, une fois le liquide amniotique écoulé et le petit foetus sorti, que le col se referme emprisonnant l'œuf partiellement ou complètement décollé, avec le sang et les caillots qui l'accompagnent, et que les contractions s'arrêtent, que le corps de l'utérus reste mou et flasque. On prévoit alors avec raison que la chose en va rester là pour le moment, et en effet, tout rentre dans l'ordre, et pour un temps très variable : six, huit, quinze jours, un mois, deux mois, six mois quelquefois."

L'avortement est raté ; la rétention survivant à l'énergie utérine, ne doit plus être appelée normale, physiologique, pour si faible que soit le nombre d'heures écoulées depuis la sortie du foetus ; elle mérite le nom de prolongée, de pathologique, et constitue une source possible et en bien des cas, probable d'accidents.

Trois cas peuvent alors se présenter. Le placenta peut rester adhérent sur tous les points. Si les organes génitaux de la femme sont parfaitement aseptiques, il ne se putréfie pas, et il finit par être expulsé spontanément. Si nous acceptons ces conditions favorables, qui, nous le verrons plus loin, ne se réalisent guère, le placenta n'en constitue pas moins un corps étranger pour l'utérus, car l'atrophie de ses villosités ne lui permet pas de vivre au sens exact de ce mot.

Il exige le repos de la femme, ce qui n'est pas toujours possible suivant sa position sociale ; des soins de propreté assujettissants ; la surveillance attentive du médecin qui doit être présent à la moindre alerte. Les médecins de campagne savent comme moi, jusqu'à quel point cela est possible.

Et cette situation n'est pas rassurante pour la femme qui vit sous la menace d'un danger constant, et qui sait qu'elle a à recommencer l'accouchement. Elle est incompréhensible pour le médecin qui, suivant l'opinion courante, doit traiter avec respect un simple corps étranger, capable de beaucoup de méfaits, et cependant si facile à enlever.

Il en est de cela comme d'autres choses. L'habitude finit par consacrer nombre de "noli me tangere" dont la raison n'existe plus. Si autrefois cette intervention à la suite d'accouchement ou d'avortement signifiait septicémie, depuis l'ère antiseptique, il n'en est plus ainsi. Dans ce cas est-ce de témérité ou de prudence que l'on peut taxer le traitement préventif ?

D'autres fois, le placenta retenu, est complètement décollé ; il est tout entier logé dans la cavité cervicale (avortement cervical de Schröder), où il reste à la faveur du resserrement du col et de l'absence d'énergie contractile du segment inférieur. Hormis un écoulement noirâtre dû à la désagrégation des caillots non expulsés et produits par le décollement, l'hémorrhagie n'est pas à redouter ; le corps de l'utérus est revenu sur lui-même, donnant l'impression du globe de sûreté rassurant pour l'accoucheur.

Mais par contre, et je suppose que l'antisepsie est bien faite, la putréfaction en est presque certaine, pour plusieurs raisons : mortification du placenta, et infection de celui-ci par les saprophytes du col. Et, pour preuve, je veux la statistique suivante qui est de Varnier : " Sur 322 cas de d'avortement, il

observe 33 cas de rétention proprement dite, dont 25 accompagnés de septicémie.

Enfin, le plus souvent, le délivre est en partie adhérent et en partie décollé; aux dangers<sup>1</sup> de putréfaction de ces parties décollées s'ajoutent ceux constants de l'hémorrhagie, dont on observe plusieurs degrés suivant l'importance du décollement.

Je ne parle pas de l'hémorrhagie grave, qui constitue pour tout le monde une indication de vider immédiatement l'utérus. Mais elle peut être faible et intermittente; à propos d'un état congestif dû à un faux travail, à un accident quelconque, l'utérus saigne, et la femme peut ainsi perdre beaucoup de sang.

Mais elle peut être insignifiante et consister en un écoulement à peine sanguinolent ou stillicidium, lequel, s'il dure plusieurs semaines, amène lui aussi une anémie profonde, exigeant de longs mois pour se réparer. Telles sont les trois modalités principales de la rétention placentaire envisagées sous le bénéfice d'une antiseptie suffisante.

De nombreux accidents lointains résultent de la rétention prolongée.

1° *Déformations de l'utérus.*—Lorsque le placenta occupe la cavité du col, la forme de la matrice est alors celle d'une poire à grosse extrémité inférieure, à parois très amincies, et à petite extrémité supérieure rétractée, à parois épaissies. Si cette déformation persiste des semaines et des mois, le col conserve à l'avenir ses dimensions prédominantes, exagérant la disposition que l'on désigne sous le nom d'état infantile de l'utérus; il s'y ajoute un certain degré de décolllement de la muqueuse cervico-vaginale, qui laisse les culs-de-sac du vagin flottants et prolapsés.

Une deuxième déformation est due à l'amincissement extrême par distension de l'isthme utérin, région intermédiaire au péritoine et au vagin, dépourvue des cercles de fibres musculaires que possède le museau de tanche, et, en plus, trouée de

toutes parts par des artérioles et des veines, qui abordent l'utérus à ce niveau.

Il se produit en ce point, comme sur un tube de caoutchouc rigide présentant sur son trajet une zone amincie et flasque, une inflexion à angle aigu du corps sur le col. La gêne circulatoire aidant, cette disposition s'accroît, devient définitive ; la partie sus-vaginale du col s'atrophie et s'étire, tandis que le museau de tanche s'hypertrophie. Cela a été observé par Doléris.

Dans une autre éventualité, quand le corps est le siège de la rétention, il ne subit pas de déformation à cause de la résistance de ses parois, mais il augmente de poids, se fléchit.

Les conséquences futures de ces déformations sont : difficultés de la menstruation, douleurs spasmodiques, cystocèle vaginale en rapport avec l'extension de la cloison utéro-vésicale, exagérée par la pression de l'utérus sur la vessie, ou bien prédisposition aux flexions postérieures.

2° *Prolapsus utérin*.—Il est fréquent et dû aux tiraillements que fait subir l'utérus hypertrophié, alourdi par la masse inerte qu'il contient, à ses ligaments de suspension. La mort de l'œuf ayant interrompu l'effort nutritif qui dans la grossesse à évolution normale, influe aussi bien sur la musculature pelvienne toute entière que sur l'utérus lui-même, fait que l'hyperplasie se maintient relativement sur la paroi de l'utérus, mais s'arrête sur les éléments musculaires qui le supportent et le soutiennent.

3° *Sub-involution*.—L'expulsion du fœtus surprend l'utérus à une période incomplète de l'évolution histologique, qui doit l'amener à une transformation importante de son tissu musculaire. Il en résulte un retard dans son involution qu'empêche également la présence du placenta. A cette hyperplasie utérine persistante, on a attribué les déviations utérines.

Pozzi dit : " La grande cause de l'anté-version réside dans les changements de structure de l'utérus après l'accouchement et

l'avortement, et dans une involution vicieuse amenée par une légère infection ; l'organe prend cette attitude quand il est encore malléable et la conserve parce que sa tonicité normale n'est pas revenue ; les adhérences péritonéales viennent enfin l'y fixer.... Le poids d'une tumeur peut déterminer cette déviation."

Dans la rétention prolongée du délivre, cette double condition, mollesse, pesanteur exagérée, est réalisée. Le même auteur explique d'identique façon la rétroversion en invoquant, en outre, le relâchement des ligaments utérins qui, par leur tonicité chez la femme normale, ramènent toujours l'utérus dans son antéversion physiologique, lorsque la distension de la vessie l'en a écartée.

Doléris reconnaît que cette déviation tout en étant moins fréquente que les autres, car elle est souvent la cause et non la suite de l'avortement, trouve dans la rétention une excellente raison.

Quant aux flexions, antéflexion et rétroflexion, elles sont dues, d'après Martin, à l'absence d'involution suffisante de la paroi antérieure dans la première, de la paroi postérieure dans la seconde, sous l'influence de débris de membrane ou de placenta amenant une infection locale plus intense au niveau de leur implantation. Un accident plus fréquent encore est la fausse métrite, caractérisée, en dehors de toute infection avérée, par l'augmentation de volume, la lourdeur, la sensibilité de l'organe, les pesanteurs et les maux de reins, la mé orrhagie.

"Il n'est pas de gynécologue qui n'ait reconnu dans ces cas la fréquence de l'hypertrophie utérine persistante, avec épaissement, infiltration, mollesse et atonie des parois, congestions passives, lourdeur, flux sauguin exagéré au moment du retour des règles et dans les périodes menstruelles ultérieures." (Dolé-



ris.) Cet état nécessite une surveillance attentive et un traitement prolongé.

4° *Prolifération des débris de caduque et de placenta.*—La nappe déciduale restée adhérente se fusionne avec la couche basale qui reste normalement après la délivrance et qui reconstitue la muqueuse utérine. Douée d'une grande activité de prolifération, elle s'hyperplasia et forme un revêtement bourgeonnant d'une exubérance pathologique, d'où le nom d'endométrite déciduale.

C'est ainsi que cela se passe en dehors de toute infection ; mais si la caduque est légèrement enflammée, l'affection est beaucoup plus sérieuse.

Le placenta adhérent est d'ailleurs le plus souvent enflammé, les adhérences étant le fait de l'endométrite contemporaine de la grossesse. L'hémorragie est le symptôme prédominant de cette endométrite déciduale. Sur 325 curages utérins Robeneau en compte 196 pour endométrite successive à une fausse couche.

Un accident plus rare, mais non contesté, est l'organisation des débris placentaires retenus en polypes dits placentaires. Teliissg leur attribue, ainsi qu'à la sub-involution, un rôle considérable dans l'étiologie des fibrômes.

Ces polypes sont le plus souvent bénins ; mais outre qu'ils peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic préjudiciables, leur transformation possible en tumeurs malignes (déciduomes malins) a été prouvée par Cazin.

5° *Troubles salpingiens. Règles vicariées. Stérilité.*—Tout comme un fibrôme, un polype, le placenta peut obstruer le conduit cervical et empêcher l'écoulement des règles ainsi que des sécrétions. C'est l'hématomètre.

On a vu dans le cas d'occlusion parfaite et de parois utérines très peu résistantes, la distension de la cavité utérine attein-

dre de grandes proportions, les conduits tubaires devenir perméables, et le sang refluer dans le péritoine.

Cela est rare, mais l'hémosalpinx par reflux s'observe plus souvent. Il est généralement suivi de vraie salpingite, le sang étant pollué par les sécrétions utérines.

D'autres fois, il y a suspension de la menstruation pendant plusieurs mois, et à la place des règles, on observe des fluxions périodiques : épistaxis, flux hémorrhédaire, etc., accompagnées de troubles nerveux.

La stérilité complète ce tableau. Elle est due aux altérations de la muqueuse, aux modifications de la structure générale de la matrice, aux déformations, aux lésions des annexes produites par la rétention placentaire.

Il n'est donc pas vrai que la rétention prolongée du délivre abortif soit sans conséquence.

Ces dangers possibles et même probables de la rétention de l'œuf abortif étant admis par tous, l'accord cependant ne s'est pas fait sur la conduite à tenir.

On peut réduire à trois le nombre des méthodes de traitement préconisées.

1° *Expectation pure.*—Pour certains, l'avortement se fait presque toujours seul et en peu de temps ; la rétention du délivre est le fait de dispositions anatomo—physiologiques invariables. Elle peut donner lieu à quelques complications qu'on peut prévenir ou combattre avec succès par des moyens très simples, injections vaginales et intra-utérines, tamponnement, jusqu'au moment où l'expulsion a lieu spontanément. Ils ne se préoccupent pas de la durée de la rétention, étant décidés à ne rien faire contre elle. Si une complication se présente, ils la combattent de leur mieux, et voilà tout.

2° *Expectation mitigée.*—Pour d'autres, la rétention prolongée est également normale et physiologique, et doit être

respectée tant qu'elle n'amène pas d'accidents sérieux menaçant la vie de la femme : hémorrhagie ou septicémie. Ceux-ci déclarés, il faut vider immédiatement l'utérus.

Dans ce groupe, on trouve des partisans d'une intervention si tardive et anodine, qu'ils méritent d'appartenir au premier, et par contre, des interventionnistes hâtifs, résolus, qui pourraient prendre place dans le dernier.

3° *Intervention préventive. Prophylaxie des accidents.*— C'est la méthode de Doléris et de ses élèves. Elle a été adoptée par Misrachi de Salonique, pour qui la rétention prolongée est par elle-même, en dehors de tout accident, une complication dangereuse qu'il importe de supprimer, dès qu'elle est reconnue.

Aujourd'hui, il n'y a plus à ma connaissance d'expectants purs, la plupart étant devenus des interventionnistes conditionnels, et l'on ne discute plus que l'opportunité de l'intervention dans le cas de rétention prolongée non compliquée.

Les partisans de l'attente dans ce dernier cas, qui seul nous occupe, invoquent pour expliquer leur inaction que :

1° Le placenta adhérent continue à vivre dans l'utérus et résiste à la putréfaction.

Il faut avant de commencer la discussion, admettre que c'est là la modalité la plus favorable à l'expectation, l'hémorrhagie n'étant à craindre qu'au moment de l'expulsion.

Cette doctrine de Pajot, Doléris l'a combattue dans son "Introduction à la pratique gynécologique par les arguments suivants :

*Théoriquement.*—L'adhérence ne suffit pas à justifier l'idée de vie propre.

P. A. GASTONGUAY, M. D.

3, rue Casimir-Delavigne, Paris.

( à continuer )

# ***A travers les Journaux***

---

CLINIQUE DES HOPITAUX

---

LA CURE DE DÉCHLORURATION

---

Par M. le Dr LOUIS RÉNON.—Hôpital de la Pitié.

---

Indispensables à la vie, les chlorures jouent dans l'économie un rôle à la fois chimique et physique. Ils produisent l'acide chlorhydrique du suc gastrique et maintiennent l'équilibre dans la composition du sang (Achard et Loeper). Le sang ne varie pas dans sa composition ; faites une saignée, pratiquez une injection salée. Au bout de quelques heures, la composition du sang a repris son équilibre normal. Comme avant la saignée, comme avant l'injection salée, il renferme le même chiffre de chlorures, soit 9 gr. 59 p. 1000 ; c'est ce qu'on appelle la constance dans la tension osmotique. Une tension osmotique constante règne dans le sérum sanguin et cette constance est indispensable à la vie des globules qui nagent dans ce sérum. Si le chiffre des chlorures est abaissé, la tension est au-dessous de la normale ; le sérum est hypotonique. Il en résulte des altérations globulaires, une dissolution de l'hémoglobine qui passe dans le sérum (laquage du sang). Si le chiffre des chlorures est trop élevé, le sérum devient hypertonique. Les altérations globulaires qui se produisent consistent en une atrophie, un ratatinement des globules.

Le rapport entre le nombre des molécules chlorurées du sérum et son point de congélation constitue l'état cryoscopique du sérum. Il permet d'apprécier la teneur du sérum en chlorures. Ce degré, nous l'avons dit, est invariable. Le sujet a beau absorber beaucoup de sel : ce sel ne restera pas dans les tissus et sera éliminé par les urines. Si le sujet n'absorbe pas de sel, tel le jeuneur Succi, au bout de vingt jours, il n'éliminera plus que 0 gr. 20 de sel, au lieu du chiffre normal de 10 à 12 gr. Quant aux tissus, en dépit de l'absence d'apport de sel, ils conserveront leur teneur normale en chlorure de sodium.

La voie urinaire constitue en effet la grande porte d'élimination du sel; il en sort par d'autres émonctoires (sueurs, larmes, lait dans la lactation), mais en quantité bien moindre. Il peut toutefois arriver que cette porte de sortie urinaire offerte aux chlorures soit fermée. Le fait a été observé par Widal et Lermierre en 1903. Un malade atteint de néphrite épithéliale absorbe dans son régime une quantité de sel évaluée à 7 gr. ; ce malade est oedématié. Si on ajoute 10 gr. de sel à sa ration alimentaire, l'oedème augmente ; en même temps la quantité de sel éliminé par l'urine diminue et ne dépasse pas 3 gr. D'où, près de 14 gr. de sel retenu qui attirent ensuite à eux une grande quantité d'eau de dissolution. La rétention du sel s'effectue dans le tissu cellulaire et le tissu interstitiel des organes. C'est même par le tissu interstitiel que l'oedème commence ; il crée de la sorte une sorte d'oedème histologique, de pré-oedème (Widal), invisible par les signes objectifs et seulement décelable à l'augmentation de poids.

Ce n'est pas là le seul effet de la rétention chlorurée, elle en a d'autres. Elle provoque une augmentation de la tension artérielle (Ambard et Beaujard).

D'autre part, ce ne sont pas seulement les chlorures qui commandent la production des oedèmes. Il y a des oedèmes d'origi-

ne mécanique ou nerveuse. Mais, même dans ces derniers cas, la rétention chlorurée peut jouer un rôle (oedèmes phlegmatia dolens, des cardiopathies). Elle ne produit pas seulement l'oedème, elle peut même augmenter l'albumine urinaire par une sorte d'oedème rénal qu'elle provoque (Widal).

Parfois la rétention chlorurée existe et néanmoins l'oedème fait défaut. Ce sont les rétentions chlorurées sèches d'Ambar et Beaujard, surtout fréquentes dans la néphrite interstitielle.

Il convient de ne pas confondre la rétention chlorurée avec la rétention d'autres substances, telles que l'urée. Les deux rétentions ne coexistent pas forcément, la rétention d'urée se produit surtout quand il n'y a pas d'oedème (Widal) : les malades manquent d'appétit, ont de la torpeur, tombent dans le coma quand il s'agit de la rétention d'urée que M. Huchard avait jadis appelée cachexie artérielle et que M. Rénon a baptisée du nom de cachexie cardio-rénale. La rétention des chlorures s'observe encore dans d'autres conditions. MM. H. Labbé et Furet l'ont notée au cours de l'obésité. Il suffit souvent de réduire la quantité de sel alimentaire des obèses pour diminuer leur rétention chlorurée et les faire maigrir.

Outre la maladie des reins et l'obésité, les chlorures peuvent encore être retenus dans les maladies aiguës (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, diphtérie, pneumonie, pleurésie, appendicite, angines herpétiques, ictères infectieux) ou les maladies de coeur. La rétention chlorurée se démontre par le bilan de l'élimination comparée au chiffre des chlorures ingérés. Dans ce calcul, on se souviendra qu'il faut tenir compte du chiffre de chlorures que renferme le régime le plus déchloruré ; il atteint toujours 1. 50 ; de plus on se souviendra de la quantité de sel que contient le lait (1 gr. 70 par litre). A côté de l'analyse chimique, la balance renseigne. Par l'augmentation de poids, elle

nous apprend l'excès de chlorures retenus dans l'organisme. Les malades seront pesés tous les jours, avec les mêmes vêtements, à la même heure, après avoir uriné et être allés à la garde-robe. Inutile d'ajouter combien les injections salées sont dangereuses dans toutes ces maladies où la rétention chlorurée existe. On n'y aura jamais recours dans les maladies rénales ou cardiaques et on n'en usera qu'avec les plus grandes précautions dans les affections aiguës.

Si l'absorption des chlorures augmente les oedèmes, la diminution des chlorures les fait disparaître (Widal). De là l'indication majeure de la cure de déchloruration.

Celle-ci a d'abord été pratiquée dans l'épilepsie (Toulouse), la suppression des chlorures semblait renforcer l'activité des bromures ingérés.

Il est vrai qu'elle les renforce en aggravant aussi les risques d'intoxication bromique. Les épileptiques, soumis à la fois à la médication par le bromure et au régime déchloruré, présentent très vite des accidents d'intolérance bromique.

La cure de déchloruration rend les plus grands services dans les affections rénales, où elle fait disparaître les oedèmes (Widal) et aussi dans les affections cardiaques où elle diminue la tension artérielle. Dans la cure de déchloruration, on peut comprendre le régime lacté. Le malade ingère trois litres de lait ; cela lui fait de 5 à 6 gr. de chlorures : c'est peu, mais il y a moyen de donner moins encore.

Voici plusieurs types de menus déchlorurés, qui fournissent une quantité moindre de sel.

Menus donnant 2,000 calories :

Pommes de terre.....	1.000 grammes
Viande crue.....	400 —
Beurre.....	80 —
Sucre.....	100 —

Ou :

Pain déchloruré .....	500 grammes
Viande crue.....	400 —
Beurre.....	80 —
Sucre.....	100 —

Ou ;

Pommes de terre.....	1.000 grammes
Viande .....	300 —
Beurre.....	80 —
Riz.....	100 —

Pour 1.000 calories, le menu comprendra :

Pain déchloruré.....	} 300 grammes
Pommes de terre.....	
Riz.....	} 100 —
Sucre.....	
Beurre.....	50 —

Pour 1.500 calories :

Pain déchloruré.....	200 grammes
Viande.....	200 —
Légumes secs.....	200 —
Beurre.....	50 —
Sucre.....	40 —

Il est intéressant de connaître la quantité de sel que renferment les aliments à l'état normal. La viande contient un grain de chlorures pour 1.000 gr. Cette quantité est fortement accrue pour les viandes des animaux qu'on étouffe (canards), et qu'on ne saigne pas. La viande bouillie dans l'eau non salée ne renferme pas de chlorures ; tout le sel a passé dans l'eau de cuisson. Le jambon contient 50 gr. de sel pour 1.000 gr. ; de même la charcuterie, le boudin, le saucisson sont très salés. Les œufs de poule contiennent 25 centigr. de chlorures par œuf.



<i>Autres aliments :</i>	<i>Pour 1000 gr.</i>	<i>Chlorures</i>
Poissons d'eau douce .....	—	0 gr. 30
Poissons de mer.....	—	4 gr. 30
Poissons salés. Harengs.....	—	145 gr. "
— Morue.....	—	85 gr. "
— Anchois.....	—	200 gr. "
<i>Farineux :</i>	<i>Pour 1000 gr.</i>	<i>Chlorures</i>
Lentilles.....	—	1.40
Pois.....	—	0.68
Pommes de terre.....	—	0.80
Haricots secs.....	—	0.50
Seigle.....	—	0.09
Riz.....	—	0.07
Farine de froment.. ..	—	0.05
Châtaignes .....	—	0.70
Fèves.....	—	0.39
<i>Légumes herbacés :</i>	<i>Pour 1000 gr.</i>	<i>Chlorures</i>
Choux fleurs.....	—	0.60
Laitues.....	—	0.04
Épinards.....	—	1.34
<i>Pain :</i>	<i>Pour 1000 gr.</i>	<i>Chlorures</i>
Pain de ménage.....	—	5 à 6 gr.
Pain de luxe.....	—	8 à 10
Croissants.....	—	12 à 15

On utilise le pain déchloruré pour faire résorber les œdèmes. Le bouillon est toujours très salé : 8 à 12 gr. par litre.

<i>Fruits :</i>	<i>Pour 1000 gr.</i>	<i>Chlorures</i>
Fraises.....	—	0.24
Cerises.....	—	0.14
Groseilles.....	—	0.06
Raisins :.....	—	0.27
Prunes.....	—	0.05
Pommes et poires.....	—	traces

Nous avons vu le lait de vache en renfermer une moyenne de 1 gr. 70 (1.50 gr. à 2.50 gr. au hasard des animaux). Les fromages frais et le beurre ne contiennent que des traces de chlorures ; de même le café et le thé. Le cacao et le chocolat sont très peu salés ; ils sont par contre riches en théobromine qui est un diurétique excellent. L'eau ne renferme que des traces de chlorures. L'eau d'Evian (Cachat) en contient 3 milligr. par litre, l'eau de Contrexéville, 4 milligr., l'eau de Vittel, 6 milligr. Cette petite quantité de chlorures rend le régime hydrique des plus salutaires en tant que cure de déchloruration.

M. Rénon a insisté sur les avantages du régime hydrique dans l'urémie : 2 à 3 jours de suite, sans autre aliment.

Le régime déchloruré doit être associé à l'emploi des diurétiques. Le meilleur est la théobromine aux doses de 1 gr. 50 par jour, en cachets de 0 gr. 50. Le remède donne parfois de la céphalée ; cet inconvénient oblige à réduire les doses ou même à supprimer le médicament. La théocine s'ordonne aux doses de 0,30 à 0.60 ; les diurèses sont parfois trop considérables à la suite du remède, et M. Rénon en a abandonné l'emploi. La digitaline aux doses de 1 milligr. partagé en dix ou douze jours, le vin de Trousseau aux doses de 1 à deux cuillerées à café par jour pendant une huitaine, rendent également des services à titre de diurétiques.

Les avantages de cette cure de déchloruration sont la dimi-

nution de l'albuminurie, la disparition des oedèmes, l'amaigrissement du sujet, la diminution de la tension artérielle, la possibilité de réduire la sévérité du régime lacté en associant le lait à d'autres aliments déchlorurés.

Seulement certains inconvénients accompagnent la prescription de cette cure de déchloruration. Au lieu de diminuer l'albuminurie, elle peut l'augmenter (Castaigne et Rathery), diminuer l'appétit du sujet en restreignant la quantité de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. Toutefois M. Ambard, observant sur lui-même, s'est soumis pendant 51 jours à un régime déchloruré qui ne comprenait pas plus de 1 gr. 75 de chlorures dans les 24 heures ; il n'en a subi aucun inconvénient. Même observation par M. Vidal, qui a absorbé pendant 30 jours 1 gr. 50 de chlorures ; aucun effet fâcheux n'a été senti.

Un autre inconvénient a été signalé par MM. Huchard et Fiessinger. Les condiments en excès du régime déchloruré peuvent prédisposer à des hématuries. Ces auteurs, tout en accordant une large place aux chlorures dans la pathogénie des accidents urémiques, estiment d'autre part qu'il n'y a pas que des chlorures, et que des substances toxiques s'y adjoignent. M. Rénon pense de même. Il s'ensuit que le régime carné intensif, fut il déchloruré, ne semble pas toujours exempt d'inconvénients. Signalons un-dernier accident imputable à la cure de déchloruration. Ce sont des troubles liés à la résorption trop rapide des oedèmes (Merklen, Heitz, Barié). Sous l'effet des diurétiques trop actifs, du délire, des convulsions, de la torpeur se peuvent produire ; parfois on observe de la respiration de Cheyne-Stokes et même de l'oedème pulmonaire. Ces troubles ont reçu diverses interprétations : un oedème cérébral par fixation cérébrale des chlorures (Merklen), une déshydratation des centres nerveux (Hirtz), une débilité native de l'écorce cérébrale avec

réaction trop vive (Widal). Quelle que soit l'application, une indication ressort : la nécessité de ne pas aller trop vite dans l'évacuation des oedèmes. On connaît les maladies où la cure de déchloration est entreprise. Outre les néphrites et les cardiopathies, il faut encore compter les ascites cirrhotiques, la péritonite tuberculeuse, l'eczéma suintant, le glaucome, la plegmatia dolens, l'asthme des foins, les oedèmes gravidiques, la pleurésie. Dans cette dernière maladie toutefois, la cure de déchloration donne fort-peu de chose. Il y a réaction inflammatoire de la plèvre, et l'exsudation séreuse vient de là : le rôle des chlorures n'apparaît que très secondaire.



### LE SANMETTO DANS L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE ET DANS LES TROUBLES CYSTIQUES

Ayant fait un usage très fréquent du Sanmetto, je le considère comme un médicament remarquable dans le traitement de l'hypertrophie prostatique et des troubles cystiques. Il n'exerce pas d'action déprimante, au contraire, il possède une influence tonique ce qui augmente considérablement ses qualités thérapeutiques.

St.-Louis, Mo.

DR. H. A. AULER,

Diplômé en 1890, etc.

### LA DIATHESE SCROFULEUSE

Est difficile à combattre, elle s'attaque à tout l'organisme et fait son oeuvre dans l'ombre, le seul moyen de la combattre c'est de donner au sang des propriétés nutritives qui lui manquent. Il faut rendre à des organismes appauvris par toute une hérédité tuberculeuse la force et la vigueur. Le Pepto Magan (Gude) a fait ses preuves en clientèle privée comme à l'Hôpital. Il renouvelle les parties reconstituantes du sang et donne naissance à des tissus sains au lieu de produits de dégénérescence.

## EXAMEN DU SOMMET DU POUMON

---

PAR MAURICE LETULLE  
*Agrégé, Médecin de l'Hôpital Boucicaut*

---

### AUSCULTATION LATÉRALE DU SOMMET

---

Autant la percussion du sommet du poumon dans le creux axillaire nous paraissait malaisée, autant l'auscultation, même directe, du haut de l'aisselle, est abordable. Le stéthoscope, rigide ou flexible, facilite cette opération, en permettant à l'opérateur d'atteindre à coup sûr, s'il le veut, le deuxième et, au besoin même, sinon le premier espace intercostal, du moins les confins de la deuxième côte, sur le haut de la ligne axillaire.

Afin d'être pratiquée sans fatigue, pour le patient, l'*auscultation directe* a recours aux moyens suivants. Etant admis, comme précédemment que le sujet se tient le tronc vertical, il élève le bras en abduction et, fléchissant l'avant bras, il pose la main sur sa tête. Ce geste lui permet de relâcher tous ses muscles de l'épaule et facilite fort l'accès de la tête de l'explorateur au haut du creux axillaire.

Placé à côté du sujet, le médecin se penche en avant et passe au-dessous du bras élevé ; s'il ausculte à droite, il appuie donc son oreille gauche aussi haut qu'il peut contre la paroi latérale du thorax, au fond du creux de l'aisselle. L'expérience démontre que l'on peut, de la sorte, ausculter la partie latérale

externe du lobe supérieur du poumon, souvent fort près de la région déclive du sommet.

La même manœuvre se répète par comparaison, à gauche du patient, le médecin n'ayant, pour cela, qu'à passer en arrière et à appliquer l'oreille droite, cette fois, dans le fond de l'aisselle gauche.

L'auscultation axillaire directe étant effectuée, l'auscultation médiate intervient à son tour, et le stéthoscope, fixe ou flexible, au choix du médecin, entre en scène.

L'opérateur pose exactement l'embout de son instrument dans le 2<sup>e</sup> espace intercostal, plus haut même quand il le peut, et toujours sur la ligne axillaire. Il calcule l'inclinaison nécessaire pour bien maintenir perpendiculaire à la surface de la paroi thoracique l'axe du dit embout et, cela fait, il amène son oreille dans la position réglementaire.

L'enquête, terminée d'un côté, est reprise du côté opposé, soit avec la même oreille, soit de préférence (à cause de la plus grande facilité d'examen) : la gauche pour l'aisselle droite, et *vice versa*. Cette double opération finie, le praticien se porte derrière le patient, en vue de l'auscultation postérieure.

#### AUSCULTATION POSTÉRIEURE DU SOMMET

L'auscultation du sommet en arrière s'étend à toute la surface de la fosse sus-épineuse, depuis la pointe du triangle représentée par l'articulation acromio-claviculaire, jusqu'à la région inter-scapulaire correspondant à la base du triangle en question et le complétant jusqu'à la colonne vertébrale ou, mieux, jusqu'à la ligne des apophyses épineuses cervico-dorsales supérieures.

Sur ce vaste territoire, l'auscultation *directe* est fort aisée ; elle peut se pratiquer, pour chacun des côtés, au moyen de l'une ou de l'autre oreille, ou à l'aide d'une seule oreille pour les deux poumons, selon les habitudes ou les préférences du praticien.

Certains, cependant, jugent plus avantageux d'user d'une seule oreille pour l'étude comparative des deux sommets postérieurs. L'acuité du diagnostic y gagnant, comme aussi la rapidité de l'examen.

Quoiqu'il en soit, certaines dispositions générales sont bonnes à prendre afin de rendre plus sûr ce mode d'investigation si précieux.

C'est ainsi qu'il est indispensable à l'observateur de dominer toujours la saillie des épaules du sujet, et d'assez haut, afin de pouvoir manoeuvrer à l'aise et sans être condamné à se pencher trop bas pour ausculter. Une inclinaison trop grande de la tête au praticien, surtout lorsqu'elle doit se prolonger, trouble l'ouïe et affaiblit l'attention.

Le malade fléchit donc légèrement la tête et courbe un peu le dos, en laissant tomber ses épaules ; il met ainsi dans le relâchement ses muscles cervicaux et thoraciques supérieurs, ainsi que nous l'avons vu faire, d'ailleurs, à propos de l'attitude de percussion, qui est la même.

L'opérateur repère, du doigt, le point du sommet qu'il a décidé d'ausculter et y pose l'oreille, bien à plat, au bon endroit, soit sur un linge protecteur, soit à même la peau, s'il le juge nécessaire. Ce dernier geste est, plus d'une fois, obligatoire par suite de la constatation d'un bruit douteux, sinon discutable (telle, une bouffée de râles sous-crépitaux fins, tels aussi, des frottements secs du sommet), et nécessitant une étude méticuleuse, sans interposition d'aucun corps étranger.

Les points symétriques sont, à tour de rôle auscultés, et la partie postéro-supérieure du sommet se trouve, en fin de compte, entièrement passée en revue. Pour être sûr de ne rien oublier, et aussi, peut-être, parce que cette technique est la plus rationnelle, j'ai l'habitude de recommander l'ordre suivant comme le meilleur : commencer par la base même du "triangle sus-épi-

neux", en plein sommet, si l'on peut ainsi dire ; puis, se porter, de ce centre, d'abord vers la partie externe, du côté du sommet du triangle, point où la fosse sus-épineuse, normalement, fournit à l'oreille des signes de plus en plus atténués, à cause de l'éloignement grandissant ; enfin, revenir au centre, pour repérer les comparaisons et gagner, par étapes, l'espace inter-scapulaire qui confine à la fois au sommet proprement dit et au haut du médiastin postérieur. En ce dernier territoire, l'oreille côtoie la limite interne du parenchyme pulmonaire et la région trachéo-bronchique supérieure, c'est-à-dire la zone des ganglions sus-trachéo-bronchiques.

A ce moment, intervient l'auscultation *médiate du sommet*. La technique n'a que des avantages et se peut pratiquer sans la moindre difficulté, au moyen de l'une ou l'autre oreille, au choix de l'opérateur.

Le stéthoscope, quel qu'en soit le modèle utilisé, permet de circonscrire très exactement tout foyer pathologique. Ici, comme pour toute autre partie de la poitrine, lorsque quelque bruit anormal apparaît douteux à l'auscultation directe, l'instrument, en intervenant donne au signe sa valeur, l'amplifie et le spécifie d'une manière plus décisive.

La partie postéro-supérieure du sommet, qui correspond, nous l'avons vu, à la masse du trapèze étendue entre la nuque et le relief de l'épaule, se prête particulièrement bien à l'enquête détaillée du stéthoscope.

Les mêmes remarques s'adressent à la portion de la région interscapulaire confinant au relief des apophyses épineuses : sur les sujets amaigris, l'oreille a quelque peine à se mettre en bonne place le long de cette bande ostéo-musculaire ; le stéthoscope y manœuvre à merveille.



\* \* \*

INDICATIONS PRATIQUES POUR LA RECHERCHE DES SIGNES  
D'AUSCULTATION

Les procédés techniques utilisables en vue d'une auscultation complète étant ainsi connus et acceptés, il ne nous reste plus, pour bien conduire la manœuvre d'examen, qu'à exposer brièvement quelques règles permettant au médecin de n'oublier aucun des signes décelables par cette méthode.

Avant tout, il va de soi que l'observateur connaît à fond l'auscultation du poumon normal ; il en possède toutes les fines- ses et sait apprécier les variations des bruits respiratoires, suivant l'âge des sujets (respiration puérile) et la région examinée. Il n'ignore pas qu'à l'état sain, chez l'adulte, par exemple, les deux bruits respiratoires sont un peu plus amples (tout en demeurant moelleux) au sommet droit qu'au sommet gauche, un peu plus faibles à la base droite qu'à la base gauche.

Pour être fructueuse, l'enquête d'auscultation doit suivre, dans la recherche des signes, un ordre rigoureux, immuable : un diagnostic vraiment impeccable de l'état du sommet ne s'obtient qu'à ce prix. L'oubli de l'étude d'un seul des signes, dont l'énumération va suivre expose le praticien à commettre l'une des deux inpardonnables erreurs que voici : ou bien, croire déjà touché par la tuberculose un sommet intact, ou estimer sain un sommet atteint par la tuberculose au début, et laisser échapper l'occasion propice, *peut-être unique*, de la guérison.

Toutes les fois que l'on est appelé à ausculter une partie quelconque du poumon, spécialement le sommet, il faut avoir toujours présente à la mémoire la liste générale des détails de l'enquête, établie suivant un ordre rationnel, et s'y conformer, quoiqu'il arrive, d'une manière scrupuleuse. Le tableau suivant (résumé), sert journallement, en France, à l'immense majorité des cliniciens.

Malgré sa complexité apparente ce tableau n'est pas si chargé que les personnes inexpérimentées pourraient le croire. Dans la pratique, cette quadruple enquête, sur les "bruits respiratoires, la voix, la toux et les bruits adventices se déroule avec une régularité parfaite, presque à l'insu de l'expérimentateur, qui dresse rapidement son dossier, le groupement des signes morbides étant d'ordinaire, comme la clinique le démontre, assez régulièrement coordonné.

Quelques remarques pratiques, à propos de ces "signes d'auscultation", et pour terminer cette étude. En premier lieu, l'ordre de l'enquête : il est logique de commencer par l'examen des bruits respiratoires, afin d'aller du simple au composé. On ne saurait trop, à cet égard, se conformer au précepte et à la technique si judicieusement recommandés par mon maître, le professeur Grancher : *Auscultez d'abord et séparément, le "bruit inspiratoire", à l'exclusion de tout autre bruit.* Etudier par comparaison, sur les points symétriques choisis, d'un côté puis de l'autre, les quatre caractères de l'inspiration (Voir tableau), son rythme, son intensité, sa tonalité, au besoin son timbre : aucun détail, en ce cas, n'est négligeable et tout peut servir utilement à corroborer une impression, à éclairer un doute, en un mot à parfaire un diagnostic toujours angoissant.

L'habitude se prend vite de supprimer, par la pensée, tout bruit (transmis à l'oreille auscultant) autre que le bruit de l'inspiration pulmonaire. Quelle soit dépourvue de tout instrument intermédiaire ou armée du stéthoscope (surtout flexible), cette oreille doit passer tour à tour et vite d'un sommet à l'autre, n'écouter que l'inspiration, en apprécier les caractères spéciaux, comparer et juger. Si légères soit-elles, les modifications constatées ont une haute importance : pour peu qu'elles ne soient pas passagères, mais persistantes, elles acquièrent, au point de vue du diagnostic, une valeur de tout premier ordre.

Ainsi, elles peuvent maintes fois fournir, à elles seules, la preuve absolue d'une tuberculose pulmonaire naissante, à un moment précis où la curabilité du mal est en même temps la moins discutable et la moins aléatoire.

Les considérations qui précèdent justifient l'intérêt primordial que doit avoir le médecin à s'exercer à l'auscultation du bruit inspiratoire. Les caractères de ce bruit une fois établis, l'enquête passe à l'*expiration* et renouvelle, à ce propos, la même série des investigations recommandées plus haut (R. I. To. Ti. Voy. Tableau).

Arrive ensuite l'étude de la *voix* du patient. On a soin de le faire compter à haute et intelligible voix, en prenant les mêmes précautions que celles signalées à propos de l'étude des "vibrations thoraciques" au moyen de la palpation. Une pratique, qui présente de réels avantages, consiste, pour le médecin qui ausculte, à boucher son oreille libre, afin de ne point entendre par cet intermédiaire la voix émise et de concentrer son attention sur les sons qui lui arrivent à travers le parenchyme respiratoire. La voix "sonore" étant jugée, c'est le tour de la *voix aphone*. Il faut bien stipuler que "voix aphone" ne signifie pas plus voix faible ou sourde que voix chuchotée. Le malade qui compte à voix aphone doit *compter fort*, le plus fort possible, afin de bien transmettre à ses parois thoraciques les syllabes éteintes qu'il détaille d'une manière lente et rythmée.

La toux intervient ensuite. Rien n'est plus nécessaire, quand on ausculte un point du poumon, que de faire tousser le malade. La toux doit être franche, énergiquement expiratoire. Maintes fois alors, soit au cours de l'expiration brusque qui la caractérise, soit pendant la "reprise inspiratoire" profonde et toujours un peu prolongée qui suit l'effort de toux, des signes caractéristiques se révèlent à l'oreille, qui n'avaient pu se produire pendant les mouvements respiratoires ordinaires, même en

ENQUETE SUR LES SIGNES D'AUSCULTATION DU POUMON

I.-ETAT DES bruits respira- toires.	A. Bruit ins- piratoire. ( <i>inspiration</i> )	Rythme (R)	{ Court, en jet de vapeur. Long, prolongé. Suspirieux, saccadé, etc.
		Intensité (I)	{ Douce, moëlleuse, affaiblie, silencieuse. Humée. Dure, soufflante, etc.
		Tonalité (To)	{ Haute, aiguë. Basse, grave, etc.
		Timbre (Ti).	{ Rude. Sifflant. Soufflant.
	B. Bruit ex- piratoire ( <i>expiration</i> ).	Rythme (R)	{ Prolongé. Court, en jet.
		Intensité (I).	{ Affaiblie. Silencieuse. Rude, soufflante. { Variété du souffle : Tubaire Cavitaire, Amphorique, etc
		Tonalité (To)	{ Elevée. Basse, soufflante.
		Timbre (Ti).	

II.-ETAT DE LA voix.	{ Sonore .....	Intensité (I).	{ Affaiblie. [variétés] Retentissante. } Bronchophonie (se-
		Tonalité (To)	{ Elevée. Basse.
		Timbre (Ti).	{ Cassée, faussée, égophonie, etc.
:	{ Aphone....	Intensité (I).	{ Silencieuse. Retentissante (pectoriloquie aphone, etc.

III.—Si- GNES FOURNIS PAR LA toux.	Intensité (I).	{ Retentissante. Affaiblie, etc.
	Tonalité (To)	{ Elevée. Basse, etc.
	Timbre (Ti).	{ Aigre, sifflante. Caverneuse. Amphorique, etc.

IV.—RACHER- CHER DES bruits anormaux.	A. Spontanée. B. — Révélés par la toux. C. — Produits par transson- nance, succus- sion, etc.	Frottements pleuraux, [leur]	Temps.		
			Intensité.	{ Rudes Doux.	
			Tonalité.		
			Timbre.	{ Frottement- [râles.	
			Râles, leur	{ Rythme. Intensité. Tonalité. Timbre.	{ Crépitants. Sous-crépitants. Sibilants. Gargouillements. Tintement métallique.
			Bruit métallique. Succession hippo- Clapotement. [tique. Bruit d'airain, etc.		

apparence énergiques. D'ailleurs, certains caractères stéthoscopiques de la toux sont, par eux-mêmes, pour ainsi dire, pathognomoniques : telle est la "toux cavitaire", le plus important, pour ne pas dire le seul des signes permettant d'affirmer l'existence d'une excavation pulmonaire (caverne ou bronchectasie.)

L'expérimentateur terminera toujours son auscultation par la recherche méticuleuse et détaillée des "bruits anormaux, bruits adventices", qui ont pu venir se surajouter aux signes précédemment énumérés.

De ces bruits pathologiques du sommet, les uns sont *spontanés*, c'est-à-dire éclatant à l'occasion des divers mouvements respiratoires ; les autres, dits *provoqués*, se révèlent à l'occasion de la toux, ou de la voix, ou enfin surviennent sous l'action de la percussion ou d'une secousse imprimée à la poitrine. Qu'il s'agisse de frottements pleurétiques, de râles, ou de bruits occasionnés par des chocs métalliques ou par la succussion thoracique, dans tous les cas, le principe qui guide l'examen est invariable : les quatre caractères (Rythme, Intensité, Tonalité et Timbre) d'un bruit qui apparaît demandent à être étudiés sur-le-champ et spécifiés d'une manière précise.

Un procédé pratique, qui permet de repérer sans erreur possible tous les signes fournis par les différentes techniques étudiées au cours des pages précédentes, consiste à représenter sur un *schéma* du poumon, au moyen de traits graphiques conventionnels, toutes les modifications constatées, tant par la vue, la palpation et la percussion que par l'auscultation.

Il est aussi nécessaire, en effet, de se bien rappeler les caractères de la *percussion* (intensité, tonalité, timbre du son obtenu, élasticité pulmonaire), que ceux de l'"auscultation". Tant de détails, rédigés sur une fiche d'observation, sont longs à lire et à retrouver : schématisés par des lignes tracées suivant différentes directions et de diverses couleurs, ils apparaissent au

contraire aussitôt à l'oeil qui examine un tableau graphique. La lecture de l'observation par les personnes qui n'ont pas vu le malade s'en trouve de même singulièrement facilitée. On ne saurait donc trop recommander la généralisation et l'unification de ce procédé de notation, ni trop demander aux médecins des différentes nationalités une entente cordiale à ce sujet. C'est à quoi tendent les efforts de M. Kuss (d'Angicourt), dont le schéma graphique est remarquable à tous égards.

\* \* \*

En résumé, grâce aux "Manoeuvres" que nous venons d'étudier à propos de l'examen d'un sommet, aucune lacune ne doit exister dans une enquête médicale. En suivant cette technique un diagnostic complet—sans lequel tout traitement est illusoire ou défectueux—pourra toujours être posé et servir de base à un pronostic marqué au coin de l'expérience.



# **Sociétés Médicales**

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

---

*Séance du 13 décembre 1905*

---

Sous la présidence de monsieur le docteur D. Brochu. Un grand nombre de médecins s'y étaient rendus pour entendre M. le docteur Arnold Lorand de Carlsbad.

Le docteur Brochu présente le conférencier, qui, dit-il, à part les autres mérites, a celui d'avoir dans les veines quelques gouttes de sang français.

A neuf heures M. le docteur A. Lorand prend la parole : Je voudrais vous parler ce soir des glandes vasculaires sanguines appelées aussi glandes à sécrétion interne parce qu'elles déversent dans le sang leurs propres sécrétions. Ainsi, si on enlève le pancréas qui gouverne l'assimilation des substances hydrocarbonées, il y a diabète, mais si on transplante cette glande sous la peau, le diabète ne s'établit pas. Si on enlève la thyroïde il y a mixœdème. Mais si on la transplante sous la peau le crétinisme ne s'établit pas. Claude Bernard a démontré le premier que ces glandes peuvent agir où qu'elles soient.

Ces glandes jouent un rôle d'une extrême importance dans l'assimilation des aliments et l'alimentation des substances nuisibles.

La viande que l'on mange produit des déchets qui doivent être éliminés ; s'ils ne le sont pas, par défaut d'exercice ou au

rement et que les reins sont en défaut, il y a goutte. Nous devons aussi brûler ce que nous mangeons ; le travail produit une perte de calories ; si nous mangeons trop, nous introduisons dans notre organisme plus de calories que nous n'en pouvons brûler, surtout si nous ne travaillons pas assez, et il se forme de la graisse. Si les organes préposés à cet effet ne suffisent pas à brûler les substances hydrocarbonées, nous formons du sucre qui s'élimine par l'urine : c'est le diabète. La quantité de nourriture que nous pouvons absorber sans danger est donc subordonnée à l'état de nos glandes à sécrétions internes.

En examinant le pancréas d'un diabétique nous le trouvons macroscopiquement normal, mais en poussant plus loin les investigations, nous trouvons, à l'aide du microscope que les ilots de Langerhans sont altérés. Lancereaux avait émis la théorie de l'altération de ces ilots ; j'ai trouvé la lésion, comme l'ont fait un professeur de Lille et de Baltimore.

La thyroïde joue un grand rôle dans la production du sucre ; son hypersécrétion s'accompagne de diabète pendant qu'on n'en remarque jamais dans son hyposécrétion. Dans la maladie de Basedow il est facile de provoquer de la glycosurie en donnant un peu de sucre ; dans le myxœdème c'est impossible.

La pathogénie de la thyroïde est intimement liée à celle du pancréas car toutes les fois que ce dernier est dégénéré, la première est altérée. Chez tous les chiens à qui on a enlevé le pancréas, la thyroïde a présenté de grands follicules anormaux. D'un autre côté, l'abus de la médication thyroïdienne amène la glycosurie.

Quand sommes-nous diabétiques ? Beaucoup le sont sans le savoir car la maladie est bizarre et peut exister depuis longtemps surtout dans les cas de glycosurie nerveuse, sans autres symptômes qu'un peu de fatigue musculaire et la présence du sucre dans l'urine. Beaucoup de malades n'ont jamais soif et ne pré-



sentent que par intervalles du sucre dans l'urine, par exemple s'ils mangent du riz, du sucre, des tartes aux figues etc. . . . On ne peut éliminer un diabète et affirmer la guérison qu'après un repas d'épreuve où le malade en observation aura pris au moins cinquante grammes de sucre de raisins ; car après un repas de cette nature le sucre peut reparaître dans une urine qui n'en renfermait pas depuis longtemps.

Le diabète des gens âgés est souvent dû à l'endartérite du pancréas.

Il faut découvrir le diabète au début car la maladie méconnue devient rapidement grave ; l'intoxication acide, le coma et la mort se succèdent à brève échéance. Il est inguérissable mais un traitement rationnel établi dès le début, peut permettre aux malades de vivre très longtemps.

Quel cas est léger et quel cas est grave ? Le diabète est léger si le sucre n'est fabriqué qu'aux dépens des substances hydrocarbonées ; il devient grave si l'albumine elle-même sert à la fabrication du sucre. Pour se renseigner il faut faire l'analyse de l'urine des 24 heures après s'être fait exactement renseigner sur la quantité de nourriture ingérée par le malade ; on en déduira le pourcentage du sucre. Prescrire ensuite une nourriture exclusivement carnée et s'il se forme encore du sucre, le cas est grave. Le plus souvent alors l'urine renferme de l'acétone et de l'acide diacétique que l'on découvre en y ajoutant quelques gouttes de perchlorure de fer, l'urine devient alors couleur vin de Bordeaux.

Le diabète se développe fréquemment chez les gros mangeurs de viande et d'aliments hydrocarbonés : le névrosisme et la consanguinité y prédisposent, voilà pourquoi on le rencontre souvent chez les juifs. Les émotions morales peuvent le faire s'établir presque instantanément ; j'en cite deux cas entr'autres celui d'une femme qui commença à souffrir de la soif et à pré

senter un pourcentage de 7% de sucre dans ses urines après une émotion morale. Ces émotions, en agissant sur le sympathique et la moëlle allongée, provoqueraient une hypersecrétion de la thyroïde, d'où, mise en liberté du sucre par décomposition de l'albumine. Chez les enfants des diabétiques on rencontre souvent la puberté précoce avec une glycosurie alimentaire fréquente. Vers la trentaine l'obésité est fréquente et les émotions provoquent souvent le diabète.

Traitement : Je ne considère pas comme recommandable la méthode qui interdit absolument les substances hydrocarbonées, car l'ingestion exclusive des viandes et des graisses conduit à la formation de l'acide diacétique, indice du diabète grave et de la mort prochaine. Il faut surveiller le malade et lui donner ce qu'il peut brûler—peu de pain, surtout celui de seigle, des pommes de terre, en général, beaucoup de légumes verts bouillis ; on peut donner les oranges et les pommes cuites en ayant la précaution d'enlever la sauce car c'est là que la cuisson concentre le sucre.—Dans les diabètes graves le lait forme la base de l'alimentation, on lui ajoute 100 grammes d'hydrocarbonés. Il faut mettre les malades à l'abri des émotions car tout ce qui améliore l'état des nerfs du diabétique améliore son état. Comme médicaments les eaux alcalines de Vichy et de Carlsbad sont très efficaces ; dans les cas légers elles font disparaître le sucre, et dans les cas graves elles en diminuent la quantité.

L'anti-thyroïde (sér. m de moutons et chèvres éthyroïdés) a l'inconvénient de coûter très cher, mais il agit bien contre les symptômes nerveux et surtout l'insomnie. Son action s'explique d'ailleurs par le fait que la maladie du sommeil provient d'une dégénérescence de la thyroïde. Dans plusieurs expériences l'on a plongé des chiens dans un sommeil presque invincible en les nourrissant avec du lait de chèvres éthyroïdées.

La *goutte* est une maladie qui coïncide souvent avec un

diabète léger, mais qu'on ne rencontre jamais dans les diabètes graves. Dans cette maladie il y a excès de production de l'acide urique qui est retenu dans le sang par défaut d'élimination rénale. La goutte comme l'obésité s'accompagne d'une dégénérescence de la glande thyroïde; une nourriture trop exclusivement carnée produit cette dégénérescence comme on a pu le remarquer chez des rats.

*Traitement* plutôt diététique que médicamenteux, car l'estomac est fait pour les aliments et non pour les médicaments. Manger le moins de viande possible, et le peu que l'on prend doit être bouilli et peu salée, car l'abondance du chlorure de sodium facilite la rétention des acides. Eviter avec soin les bières fortes, le gin, le cognac. Le Bordeaux pourrait être préféré; mais l'abstinence complète est préférable, choisir les médicaments parmi ceux qui facilitent la diurèse, la purgation et la sudation. On sait que le colchique purge beaucoup. Les eaux minérales de Contrexéville, de Vittel et de Carlsbad agissent sur le rein en même temps que sur l'intestin. L'antipyrine et les bains de boues très chaudes facilitent la transpiration.

Les *obèses* peuvent être rangés en deux catégories. 1<sup>o</sup> Ceux qui mangent trop et ne travaillent pas assez. 2<sup>o</sup> ceux qui engraisent tout en mangeant peu. Les premiers souffrent d'obésité par nutrition exagérée. Ils sont rouges, ont toujours chaud, et transpirent beaucoup; les autres souffrent d'obésité endogène; ils sont plutôt pâles et ont la peau sèche.

Ceux qui souffrent de la maladie de Basedow sont fort tourmentés par les bouffées de chaleur, pendant que les mixoédémateux ont toujours froid; il y a donc similitude entre certains phénomènes dus à l'obésité, et ceux qui sont produits par une altération des glandes vasculaires sanguines. Les glandes sexuelles, de même que la thyroïde, augmentent les oxydations; leur dégénérescence s'accompagne fréquemment de polysarcie.

C'est ce qu'on remarque dans la ménopause, la castration et chez les athyroïdes. Si on administre des extraits des glandes enlevées, les oxydations augmentent et la polysarcie diminue. Dans les maladies infectieuses chroniques, la thyroïde est souvent atteinte, et quelquefois dégénérée, d'où l'obésité fréquente que l'on remarque dans ces états. Les menstrues, la grossesse, et même la lactation ont de l'effet sur la thyroïde ; chez beaucoup de femmes on remarque un gonflement de cette glande à chaque époque.

*Traitement* :—Varie avec l'étiologie. Dans l'obésité exogène, prescrire un régime peu propre à produire des calories ; proscrire les hydrocarbonés et les graisses, conseiller les purgations et les eaux chaudes de même que celles de Carlsbad. Dans l'obésité endogène, donner l'extrait de thyroïde, mais avec précaution pour ne pas provoquer du diabète. Restreindre l'usage de la viande et de l'alcool, et insister sur l'adoption d'un régime lacto-végétarien, ne pas oublier que l'extrait thyroïde ne doit jamais être donné dans les cas d'obésité exogène, mais plutôt dans l'obésité lardée, après la castration ou les maladies infectieuses. Durant son emploi, il faut toujours surveiller les reins et le cœur.

*Calculs biliaires* :—On les rencontre surtout chez les obèses, les vieilles femmes, les jeunes femmes affaiblies par des grossesses répétées et chez les hommes à la suite de maladies infectieuses. Leur formation est surtout favorisée par la stagnation de la bile dans les voies biliaires. Cette stagnation est due à la maladie des cellules du foie qui secrètent moins, d'où ralentissement du courant biliaire, diminution de pression dans le cholédoque et invasion bacillaire consécutive. L'inflammation qui s'en suit favorise la précipitation des sels de la bile. Les calculs souffrent presque toujours de constipation, d'atonie intestinale, accompagnant l'atonie des voies biliaires, d'entéroptose

et de dégénérescence de la glande thyroïde, toutes choses que l'on rencontre souvent dans l'obésité endogène.

*Traitement* :—Il consiste à aider le péristaltisme des voies biliaires, et à éliminer les toxines par l'intestin, le rein et la peau. Le régime consistera, surtout en pain de son, légumes et fruits : on emploiera largement les eaux minérales, surtout celles de Carsbad pour favoriser les évacuations intestinales.

Comme vous pouvez le juger par ce court exposé des maladies par ralentissement de la nutrition, l'importance en pathologie des glandes vasculaires sanguines augmente à mesure qu'on en poursuit l'étude.

M. le Dr Brochu remercie bien M. le Dr Lorand de l'intéressante communication qu'il a bien voulu nous donner ; il fait, sur le sujet, quelques commentaires appuyés de son expérience personnelle, et la séance est levée à dix heures et demie.

Dr N. JULES DORION, M.D.,

Secrétaire.



## AVIS

Un jeune médecin d'expérience désire prendre charge d'une clientèle de médecin de campagne pour les mois de Juillet et d'Août.

S'adresser au Secrétaire de la rédaction du "Bulletin Médical".

## LE CONGRES DE TROIS-RIVIERES

---

L'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord tiendra son assemblée à Trois-Rivières en juin prochain.

Ce sera la troisième réunion de cette association née à Québec d'une idée aussi opportune que féconde.

Des Canadiens Français clairvoyants ont jugé avec raison que nos médecins n'avaient pas toutes les facilités désirables pour affirmer leur valeur scientifique ; c'est de là qu'est venue l'idée de ces congrès dont le but a été parfaitement défini lors de la fondation de l'Association.

Il n'est donc plus question, comme au début, de démontrer l'opportunité de cette association, les résultats obtenus ont montré sa raison d'être.

Les relations avec nos confrères des autres races n'en sont pas moins cordiales et nous avons beaucoup plus et beaucoup mieux travaillé. Les volumineux rapports des congrès de Québec et de Montréal, qui renferment des travaux de grande valeur, en sont une preuve en même temps qu'ils nous sont un motif d'encouragement et d'espérance.

Il faut continuer à travailler dans cette voie puisque les résultats obtenus sont de nature à satisfaire tous les amis de notre nationalité en Amérique. Nous ne saurions donc assez encourager les médecins, nos compatriotes, à y prendre part comme nous engageons aussi les autres canadiens français à ne pas se désintéresser de ce qui va se passer là.

Tous ceux qui sont capables de quelque chose devraient concourir au but que nous vous proposons, de contribuer à faire à notre race, dans ce pays, la part au moins égale à celle de toutes les autres. Et pour cela, quelle que soit la carrière choisie, il de notre intérêt et de notre devoir d'y briller.

Les gouvernements font déjà de lourds sacrifices pour faciliter l'étude des sciences positives ; le pays sent le besoin de financiers et de polytechniciens et prend les moyens d'en avoir.

Quoique moins favorisée des gouvernants la science médicale n'en a pas moins fait de grands progrès dans notre province de Québec ; il faut qu'elle garde l'avance qu'elle a prise, que nos médecins soient les égaux sinon les supérieurs de nos commerçants et de nos ingénieurs, et pour cela ils ne doivent jamais cesser de tendre vers un but toujours plus élevé.

Mais l'ardeur au travail, nécessitée par cet effort vers la perfection ne se soutient pas sans émulation et cette dernière ne peut rencontrer de meilleurs aliments que dans les congrès où les diverses communications procurent à chacun l'avantage d'ajouter à la valeur de ses idées sa manière de les présenter ; où les théories elles-mêmes sont plus facilement ramenées à de justes proportions par des auditeurs qui ont leurs propres opinions et qui ne sont pas lents à saisir le faible d'un raisonnement, surtout chez les autres.

Mais il serait oiseux de chercher à établir une vérité dont tout le monde est convaincu ; la nécessité des congrès est depuis longtemps démontrée, leur fréquence en est une preuve.

Comme les autres pays le Canada en voit de plus en plus. Cependant pour ce qui ne regarde pas la médecine, certains esprits chagrins paraîtraient vouloir les limiter à ceux de la "Canadian Medical Association." Leur désir, pour être sincère, n'en est pas plus louable ; les médecins canadiens français ont toujours fait leur part dans les travaux de la "Canadian Medical Association",

ils la feront encore ; mais ils croient pouvoir travailler avec plus d'agrément et d'efficacité dans une société où la langue et les traditions facilitent leur tâche.

Le congrès de Trois-Rivières est donc une entreprise dont tous, et même les étrangers à la médecine, doivent désirer le succès.

Son siège au centre du pays, dans un endroit facilement accessible pour les praticiens de toutes les parties de la province, et la coïncidence de fêtes patriotiques lui donnent un attrait auquel bien peu seront justifiables de résister. DR. D.

---

#### QUELQUES SUGGESTIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

De l'avis de tous le seul traitement à opposer à la pneumonie est un traitement symptomatique ; l'erreur qui découle souvent de cet état de chose c'est que l'on donne trop de médicaments, quand le malade a surtout besoin d'oxygène pour stimuler et purifier son sang rempli de toxines. Il est raisonnable de chercher à combattre cet état du malade par des moyens naturels, v. g. une alimentation convenable qui donnera au sang ce qui lui manque et qu'il ne peut trouver ailleurs, sûrement pas dans le médicament.

Il est clairement démontré qu'il n'y a pas d'alimentation spéciale pour cette maladie, il faut se guider sur les symptômes que l'on combat séparément en ménageant autant que possible la force du malade.

Il y a des médicaments qui sont nécessaires et on doit en continuer l'usage tant que leur effet physiologique peut être utile mais il ne faut pas perdre de vue la vitalité du malade, sa résistance générale.

Une grande expérience au lit du malade prouve qu'une des meilleures formes de nourriture pour les pneumoniques c'est la Bovinine.

Quand on commence à employer la Bovinine au dehors de la maladie, que l'on suit les indications que fournissent les différents symptômes, la maladie est moins grave, les complications moins nombreuses, la convalescence plus courte. On doit l'employer depuis le début de la maladie jusqu'à la guérison complète.



BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

TORONTO, ONT., AOÛT 21-25, 1906

1.—Billets de passage, prix, durée de validité et dates du départ.

(a) Pour les voyageurs canadiens. Retour gratuit sur présentation du certificat d'assistance, indépendamment du nombre des congressistes. Les voyageurs allant par voie ferrée et revenant par les bateaux de la Cie R. & O. paieront  $1\frac{1}{2}$  passage.

(b) Pour les voyageurs Européens. Sur présentation d'un certificat préparé et signé par le Secrétaire de l'E. C. P. Association et contresigné par le Secrétaire du comité Canadien, ou par le Secrétaire de la British Medical Association, il leur sera vendu : le simple billet pour la moitié du plus bas prix du billet de première classe ; le billet de retour au prix d'un simple billet sur toutes les lignes du Canada. Les prix pour les passages jusqu'à la côte du Pacifique devront être approuvés par la T. C. P. Association. Les Compagnies de navigation avertiront le Secrétaire des extras à payer.

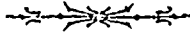
Les billets seront en vente du 1er juillet jusqu'au 30 septembre 1906 inclusivement, et valides jusqu'au 30 septembre 1906.

II Extension de la vente des billets—A ceux qui déposeront entre les mains de l'agent de la Convention des certificats datés des Provinces Maritimes, des points à l'ouest de Port-Arthur, ou des points quelconque des Etats-Unis, le ou avant le 28 Août 1906, et qui paieront en même temps la somme de une piastre (\$1.), une extension de temps jusqu'au 30 septembre sera accordée. Cette agence sera ouverte sous le nom de G. H. Webster, Secrétaire de l'E. C. P. association, le 21 Août 1906.

3. Excursions—Des billets d'excursions, de Toronto à tout point du Canada, seront vendus aux congressistes venant des Provinces maritimes ou des points à l'ouest de Port Arthur, sur présentation de leur certificat ou de leur reçu de dépôt, au prix d'un

simple billet. Ces billets seront vendus du 23 août au 1er septembre inclusivement, bons pour revenir jusqu'au 30 septembre 1906.

Les extras suivants devront être ajoutés. Upper Lake, SteamShips pour aller et retour \$8.50 ; pour un simple passage \$4.25. Sur la route du St Laurent, de Toronto à Montréal \$6.50 ; de Kingston à Montréal \$3.50 : Northern Navigation Coy. Pour les lignes où les repas et le lit ne sont pas compris dans le billet, même prix que par les chemins de fer ; ailleurs les prix des repas et du lit devront être ajoutés au prix du simple billet.



## CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BASEDOW PAR L'ANTITHYROÏDINE DE MÖBIUS

---

Par ALFRED ALEXANDER.

---

(*Muench. Med. W.*, 18 juillet 1905.)

---

Peu de maladies ont été l'objet de traitements aussi variés que la maladie de Basedow. Les médicaments qu'on employait naguère sont rejetés aujourd'hui comme dangereux ; il en est ainsi de l'iode et de la digitale dans les cas non compliqués. Cela tient à l'ignorance où nous sommes de la pathogénie de la maladie. Cependant l'opinion de Möbius qui l'attribue à une altération qualitative et quantitative de la thyroïde est très plausible. C'est pourquoi on a proposé la thyroïdectomie partielle qui est loin d'être sans danger. On a donc cherché à soumettre les malades à un traitement en quelque sorte spécifique. Lang, comme Burghart et Blumenthal, a obtenu une amélioration frappante en faisant prendre aux malades du lait de chèvres thyroïdectomisées. Möbius a préféré recourir au sérum des mêmes animaux. L'auteur, de son côté a constaté une amélioration considérable chez trois basedowiens ainsi traités, et

n'a pas vu survenir des phénomènes accessoires désagréables. L'agitation a été plus faible et le sommeil est revenu sans avoir recours aux hypnotiques. Les trois malades ont augmenté de poids de six livres environ, en cinq ou six semaines. Le sérum de Moebius neutralise donc les produits de la sécrétion thyroïdienne qui provoquent les grandes destructions nuisibles des matières albuminoïdes et grasses. Dans les trois cas la glande thyroïde a perdu son volume et sa consistance dure. L'amélioration objective du côté du système nerveux a été très nette ; dans deux cas, l'exophtalmie disparut complètement. Le tremblement diminua chez tous les malades, il disparut même dans un cas. L'arythmie a cessé complètement et n'a pas reparu après la suppression du médicament. Dans les cas où l'accélération cardiaque est revenue on a eu recours avec succès à la digitale.

Chez les trois malades, on a employé en moyenne 40 grammes à raison de 1 à 15 grammes par dose. Cette dernière dose n'a eu aucun effet fâcheux. Pour que les effets du traitement soient durables, il faut que les doses ne soient pas trop faibles. Cependant il ne faut pas donner des doses exagérées. Durig a vu survenir un léger myxoedème chez une malade à laquelle il avait donné 250 cc. d'antithyroïdine. En général, on donne aux malades pendant le traitement 40 à 50 grammes de sérum, on s'arrête alors et l'on voit si les symptômes ne reviennent pas. Si ce dernier cas se présente on donne une nouvelle dose de 40 grammes de sérum. Si les troubles reparaissent encore on peut recommencer le traitement jusqu'à ce qu'ils disparaissent définitivement. On échappe ainsi au danger de donner une trop forte dose à la fois. En même temps, l'auteur prescrit des bains carbo-gazeux aux malades.

L. JUMON.



## ACADÉMIE DES SCIENCES

Proportionnalité directe entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonatées et la composition de cette eau en sels anhydres et en monocarbonates. (*Lo Lucien Groux*).

Les recherches que j'ai faites depuis plus d'un an sur la cryoscopie des eaux minérales m'ont permis de déterminer d'une façon rigoureuse la relation existant entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonatées et sa composition.

Les analyses des eaux minérales sont rédigées habituellement en bicarbonates. Il n'existe alors aucune relation entre le chiffre total de leurs minéralisations et celui de leurs points cryoscopiques.

C'est ainsi que l'analyse de l'eau de Chatel-Guyon se présente avec un total de 8 gr. 3986. Or son point cryoscopique est le suivant :—0,338.

On sait d'autre part que le point cryoscopique d'une solution isotonique (c'est-à-dire de 9 grammes par litre) est le suivant :—0,560. Le rapport des points cryoscopiques est le suivant :

$$\frac{0,560}{0,350} = 1,600$$

Le rapport des minéralisations l'eau de Chatel-Guyon et de la solution isotonique est alors inexplicable :

$$\frac{9}{8,39} = 1,050$$

J'ai recalculé cette analyse en monocarbonates : le total obtenu est de 5 gr. 832.

Le rapport des minéralisations concorde cette fois d'une façon très satisfaisante avec celui des points cryoscopiques :

$$\frac{9}{5.832} = 1.540$$

Il en est de même pour les autres eaux bicarbonatées. A Royat par exemple, le chiffre total de la minéralisation est de 3 gr. 847 au lieu de 5 gr. 623 et à Vichy (Célestins) de 4 gr. 8639 au lieu de 8 gr. 244, etc. (1).

Dans toutes les eaux observées le point cryoscopique était proportionnel au chiffre total exprimé en monocarbonates et entièrement hors de proportion avec celui de la minéralisation hypothétique des bicarbonates.

Voulant préciser la façon dont se comporte dans une solution minérale l'acide carbonique dit demi-libre, j'ai expérimenté avec des solutions pures de carbonate et de bicarbonate de soude.

Le point cryoscopique d'une solution contenant par litre un dixième de la molécule-gramme de carbonate de soude, c'est-à-dire 10 gr. 6 est de—0.455.

Celui d'une solution contenant par litre un dixième de molécule-gramme de bicarbonate de soude pur, c'est-à-dire 8 gr. 4 est de—0.389.

Or le point cryoscopique d'une solution contenant une demi-molécule-gramme de carbonate bisodique (soit 5,3 de carbonate) est de—0.356 c'est-à-dire insensiblement le même que celui de la solution précédente.

Il s'ensuit que dans une solution de bicarbonate sodique, seule la molécule de carbonate influe sur la pression osmotique.

L'acide carbonique demi libre ne se comporte pas autrement au point de vue cryoscopique que s'il était entièrement libéré.

J'ai donc le droit de conclure des recherches précédentes qu'il serait rationnel de présenter les analyses des eaux minérales sous forme de monocarbonates.

On peut formuler ainsi la loi nouvelle que j'ai déterminée :

*Il existe une proportionnalité directe entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonatées et la composition de cette eau exprimée en sels anhydres et en monocarbonates.*"

(Séance du 15 Janvier 1906.)

DR. LUCIEN GRAUX.



## LE SANG TARÉ

---

Toutes les tares, syphilis, tuberculose, cancer sont souvent à combattre chez les malades qui viennent sous nos soins. Si nous pouvons améliorer le sang de ce malade et le tenir dans de bonnes conditions de santé les chances du patient augmentent, mais si, au contraire, nous négligeons ces précautions, alors toutes les tares de la famille apparaissent. Les bons toniques ferrugineux, le Pepto-Mangan surtout, donnés au début de la tuberculose, dans toutes les affections qui minent l'individu feront un bien considérable en améliorant l'état du sang. Le malade augmente en force et en poids et se met dans de meilleures conditions de résistance.

---

## LE SANG DEGENERÉ

---

Peut aboutir à la dégénérescence mentale, donc remettre le sang dans son état normal c'est reconstruire la base des forces corporelles. La dégénérescence n'est en somme que le manque du pouvoir de résistance laissant le malade à la portée de toutes les infections. Le Pepto-Mangan est le remède qu'il faut pour rendre au malade son énergie perdue, c'est le meilleur véhicule d'oxygène connu. Après les maladies longues comme la fièvre typhoïde, administrer du Pepto-Mangan c'est assurer la convalescence rapide.

---

## LA STYPTICINE ET L'HYDRASTIS EN OBSTÉRIQUE

---

( Bossi de Gènes )

---

L'auteur a appelé l'attention sur l'abus que font les sages-femmes et les médecins du seigle ergoté ; il a publié alors ses observations concernant l'emploi de l'extrait fluide d'hydrastis dans la pratique obstétricale.

On ne s'était servi jusqu'ici de cette substance qu'en gynécologie sous la forme d'*hydrastine* (alcaloïde de l'hydrastis).

L'auteur ayant expérimenté cet extrait fluide de 1890 à 1897, concluait qu'il est infiniment préférable à l'hydrastine, car il n'a aucune influence sur la matrice en état de grossesse et son état est sûr, sans causer le moindre danger à celle-ci ; bien au contraire, il semblerait qu'il agisse comme un léger calmant, et Pellacani, en 1886, avait même expérimentalement constaté que l'hydrastine avait sur les animaux un effet antihémorragique produisant les contractions des vaisseaux et non celles des muscles.

Depuis 1890, l'auteur a proposé de répandre l'usage de l'hydrastis et de permettre aux sages femmes de la prescrire :

1° Afin de diminuer l'abus du seigle ergoté, qui souvent, pendant la grossesse et pendant l'accouchement, provoquait de graves accidents.

2° Pour offrir un moyen thérapeutique nouveau, un ex-

cellent hémostatique, non ecbolique, pouvant être employé impunément pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

M. Bossi appelle également l'attention sur une autre substance, ayant beaucoup de rapports avec l'hydrastine. Il l'a expérimentée dans la clinique officielle qu'il dirige et dans sa pratique privée ; d'ailleurs, d'autres médecins l'ont également employée.

Ce médicament nouveau est la stypticine. Les conclusions du prof. Bossi sont utiles à donner pour confirmer l'efficacité de ce nouveau remède et surtout au point de vue de l'importante question de *l'usage des hémostatiques utérins non ecboliques*.

Ces conclusions sont les suivantes :

1° La stypticine, d'après les expériences faites sur des animaux, est moins toxique que l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, et les malades n'éprouvent aucun trouble notable de l'organisme.

2° Elle ne possède aucune action ecbolique. Les expériences tentées aussi bien chez les femmes enceintes que sur les animaux (chiennes, lapines enceintes, etc.) le prouvent.

3° Il paraît même que dans quelques cas, où il y avait eu probablement tentative d'avortement, la stypticine avait une action calmante sur les contractions utérines, à peu près semblable à celle du viburnum, ce qui s'explique probablement par le fait que cette substance est un produit de dédoublement de la narcotine.

4° Bien qu'on ne puisse pas considérer son action hémostatique sur la matrice comme supérieure à celle de l'hydrastis, on peut pourtant l'employer utilement dans la pratique :



a) Soit en la faisant alterner avec l'extrait fluide d'hydrastis quand le traitement est trop long :

b) Soit en la substituant à l'hydrastis, si cette dernière est mal préparée, mal supportée par la malade, ou si son action est nulle ou insuffisante.

Si on la mélange au viburnum et à la piscidia (*cing centig. de stypticine, 25 gouttes de viburnum et 20 gouttes de piscidia pro die*), on a ainsi un bon moyen thérapeutique dans les cas de crainte d'avortement avec hémorragies.

6° On peut se demander, en considérant les accidents occasionnés chaque jour par l'abus du seigle orgoté, s'il ne serait pas utile de donner aux sages femmes, préalablement instruites, la faculté de prescrire ces substances possédant une action hémostatique sur l'utérus et n'ayant pas d'action ecbolique.

La stypticine a été administrée par l'auteur sous forme de pilules contenant chacune 5 centig. de ce produit.

Suivant les cas, on peut donner jusqu'à 6 pilules dans les 24 heures, c'est-à-dire 30 centig. de stypticine.

