

# LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

---

---

Vol. VI

JANVIER 1900

N° 6

---

---

## TRAVAIL ORIGINAL

---

### DE LA MICTION FRÉQUENTE

PAR

LE DOCTEUR ADELSTAN DE MARTIGNY

---

Si l'on excepte la douleur, la fréquence des mictions est le trouble qui ennuie le plus les malades et pour lequel ils consultent le plus volontiers. Comme, en outre, on rencontre ce symptôme dans la plupart des affections de la vessie, et même de l'urètre, il en résulte que l'on est très souvent appelé à traiter des malades qui se plaignent surtout, et, parfois, uniquement, de la trop grande fréquence de leurs mictions.

La fréquence ne signifiant rien par elle-même, mais n'acquiesçant de valeur diagnostique que par ses caractères qui diffèrent sensiblement d'une affection à une autre, il importe que le praticien ordinaire sache interroger méthodiquement le malade qui le consulte s'il veut pouvoir remonter à la cause et établir une thérapeutique rationnelle autant qu'efficace.

Dans la plupart des cas, le seul interrogatoire peut conduire au diagnostic sinon certain, du moins très probable de l'affection vésicale, prostatique, urétrale ou nerveuse dont est atteint le malade.

C'est seulement pour compléter et confirmer le diagnostic ainsi établi, que l'on doit recourir à l'examen instrumental de l'urètre ou de la vessie. Il n'entre pas dans le cadre de cette courte étude d'en décrire la technique. J'ai eu l'occasion de constater quelques fois, durant ces derniers mois, combien le

jeune praticien, manquant de connaissances spéciales et surtout de méthode pour l'interrogatoire du malade, rencontre de difficultés, et comment il arrive à commettre des erreurs de diagnostic aussi préjudiciables au malade qu'à sa propre réputation.

C'est ainsi qu'appelé en consultation pour le père d'un de mes amis déclaré diabétique, je trouvai un prostatique urinant 15 ou 20 fois par 24 heures et urinant abondamment la nuit, dans son lit, pendant le sommeil.

C'est ainsi que consulté par un malade étiqueté "cystique" je trouvai un nerveux urinant, il est vrai une quinzaine de fois dans les 24 heures, mais ne se levant pas la nuit pour uriner, et urinant 8 ou 10 fois entre 4 et 6 heures du soir. Encore lui arrivait-il souvent de n'avoir que 5 ou 6 mictions par jour, surtout s'il voyageait, bien que, pendant ces courtes excursions, il fit un usage assez abondant de liqueurs alcooliques alors qu'en temps ordinaire il n'en prenait jamais. Inutile de dire que la vessie était parfaitement saine.

Je vois encore ce malade, venir me demander un traitement pour sa "cystite du col" et chez lequel, après qu'il eut uriné, je retirai avec la sonde 22 onces d'urine de la vessie que, cependant, je ne vidai pas complètement.

Certes la sonde me fut d'un grand secours en m'apportant la preuve matérielle de la rétention urinaire. Mais j'avais fait le diagnostic avant de sonder le malade, et le confrère qui avait interrogé le malade avant moi en eut fait autant avec un peu de patience et de méthode.

Il faut savoir, tout d'abord, que la fréquence des mictions ne signifie pas toujours que le malade est atteint d'une affection des voies urinaires.

Ce peut être un nerveux. Alors, en général, les mictions sont irrégulièrement fréquentes et, parfois, tout à fait normales, et, cela, dans des conditions où elles devraient surtout être troublées si elles correspondaient à un état pathologique de la vessie.

Il y a aussi certains dyspeptiques, urinant fréquemment pendant la période digestive. Si ces malades urinent la nuit, c'est pendant la première partie de la nuit, celle qui correspond à la digestion, alors que la dernière partie est calme. C'est précisément le contraire qui se produit chez les vrais urinaires. Il y a aussi les diabétiques, mais il suffit de les mentionner.

La miction fréquente se rencontre dans la cystite, le calcul vésical, l'hypertrophie de la prostate. Voyons comment on peut

arriver, avec assez de facilité, à classer le malade sous telle ou telle dénomination.

1. L'âge du sujet.

Quels que soient les symptômes, il est clair que chez le tout jeune homme on ne pensera pas à l'hypertrophie de la prostate mais bien, plutôt, à la cystite (surtout tuberculeuse) et au calcul.

En revanche, on interrogera surtout dans le sens de l'hypertrophie ou du néoplasme prostatique tout malade ayant dépassé 55 ou 60 ans.

2. Le sexe est un élément très important. Sans parler de la prostate qui ne saurait être en cause, chez la femme, il faut savoir que la grossesse à son début, la métrite aiguë ou chronique, s'accompagnent assez souvent des symptômes de la cystite. Il ne faudra donc jamais manquer de compléter l'examen de ce côté.

3. Le malade urine-t-il la nuit ? A l'état normal, (à moins de libations trop abondantes) on ne doit pas se lever pour uriner. La miction nocturne indique une intolérance vésicale due, le plus souvent, à de la cystite.

4. Combien de fois le malade urine-t-il dans les 24 heures ? Question très importante, parce qu'elle nous permet de mieux faire préciser au malade la réponse à la question suivante.

5. Urinez-vous plus souvent le jour ou la nuit ? La plus grande fréquence de la miction diurne ne signifie pas grand'chose par elle-même. Elle ne renseigne vraiment que par l'étude des conditions dans lesquelles se produit la fréquence. Au contraire, la plus grande fréquence nocturne indique une hypertrophie de la prostate. Surtout lorsque le malade dépasse 50 ans et lorsque l'exercice éloigne les envies d'uriner.

6. Les besoins sont-ils plus fréquents la nuit ? Si oui, on en peut conclure que le malade vide encore sa vessie complètement. Au contraire, s'il y a peu de différence dans les intervalles des mictions, c'est qu'il existe un certain degré de rétention d'urine.

7. Si les besoins sont plus fréquents le jour, il importe de savoir si la marche, la station, la voiture augmentent la fréquence des besoins et les rendent impérieux, alors que le repos ramène le calme, que le séjour au lit permet au malade de n'uriner que toutes les 3 ou 4 heures. Si l'effet calmant du repos est vraiment bien marqué, on a affaire à un calcul qui, dans la station, la marche ou la voiture vient irriter les parois de la vessie et causer les besoins. Pendant le repos absolu, le calcul gagne le bas fond de la vessie qu'il n'irrite plus.

8. Au contraire, bien que l'exercice augmente la fréquence des mictions, le repos ne le fait pas cesser complètement. Le malade urine 4 ou 5 fois pendant la nuit. C'est sûrement un cystique. Et si le besoin d'uriner est trop impérieux, même au repos, si le sujet est jeune, il faut redouter la cystite tuberculeuse.

Voilà un interrogatoire bien simple, mais méthodique qui nous permet de faire, dans certains cas, un diagnostic exact ; dans d'autres, un diagnostic très probable.

Pour ce qui est du calcul, on peut se contenter des renseignements ainsi obtenus, se réservant cependant de les contrôler par l'explorateur métallique.

Mais lorsqu'on croit avoir affaire à une hypertrophie prostatique, il faut interroger le malade plus complètement et étudier avec la même méthode d'autres troubles de la miction tels que : " la difficulté de la miction ; le retard de la miction et les modifications du jet d'urine."

J'y reviendrai une autre fois.

---

## L'ELECTROSCOPIE

## Examen électrique de l'appareil digestif

PAR

LE DR FOVEAU DE COURMELLES

Licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, Lauréat de l'Académie de Médecine, professeur d'Electroscopie et de Radiographie, Vice-Président de la Société Française d'Hygiène, etc.

(Communication à l'Association Médicale Canadienne, Congrès de Toronto, septembre, 1899.)

Bien diagnostiquer, bien connaître l'origine d'une maladie, tel est l'idéal du praticien. "Mal connu est à moitié guéri," dit un vieux proverbe éminemment exact. Aussi importe-t-il de perfectionner les moyens d'investigation avant même de chercher à guérir : la thérapeutique en découlant en quelque sorte.

L'appareil de la digestion dont je me suis à plusieurs reprises occupé longuement, peut être vu profondément, complètement, à divers points de vue, quelques-uns nouveaux ainsi que je le vais démontrer.

Il est schématiquement formé de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et des intestins. On peut en détail l'examiner électriquement de deux manières. Les lampes à incandescence permettant de constater de visu les lésions, sont l'un de ces procédés. La valeur des réactions chimiques digestives étudiées au moyen des appareils mesureurs d'électricité est l'autre moyen : il est nouveau et m'est personnel. Je l'ai signalé dans un mémoire à l'Académie de médecine de Paris, du 25 juillet 1893, et ce corps savant l'a soumis de suite à l'étude des physiologistes François Franck et J.-V. Laborde. Je décrirai dans un instant ce nouveau procédé d'investigation, auquel j'ai donné le nom d'*electroscopie*. L'examen par les lampes à incandescence a été souvent indiqué. S'agit-il de la bouche ? il est on ne peut plus simple. On éclaire facilement les gencives, les dents, la langue, le palais, les amygdales, l'entrée du pharynx.....:

Ainsi, on constate facilement les caries dentaires, les nécroses de la bouche, et notamment des maxillaires, sous l'action du phosphore, par exemple les divisions congénitales ou acquises du voile du palais, les ulcérations spécifiques ou autres des joues, des lèvres, de la langue, du palais, des amygdales ! Les épaissements linguaux, les angines ou pharyngites diverses... et maintes autres lésions moins fréquentes, mais toutes nuisibles, et empêchant une bonne digestion. Pour cet ensemble de maux, point

n'est indispensable la lumière électrique, celle du jour y suffit le plus souvent, mais on ne se dissimulera pas l'avantage d'une lampe à incandescence introduite ou proménée dans la bouche par une main habile ou encore de radiations lumineuses projetées par une lampe frontale sur les régions à examiner. Rappelons à ce propos que le hasard a fait découvrir au Dr Vonstein de Moscou, l'influence analgésique de la lumière électrique ! Examinant la gorge d'un patient par ce moyen, il constata que le réflexe pharyngien avait disparu et cependant il ne s'agissait pas d'un alcoolique ; d'ailleurs il répéta l'expérience et au bout d'une demi-minute, la plupart de ses patients ne souffraient plus de la pression de l'abaisse-langue, et souvent le mal de gorge qui les avait fait venir consulter était amélioré, momentanément au moins. Depuis, les observations se sont multipliées, identiques ; il faut pour cela encre bénir le hasard, ce grand inventeur, quand il est aidé par un expérimentateur sagace. Et les bains de lumière électrique qui se rapprochent tant de l'action solaire ont surgi, puissants, efficaces, dans le traitement de maintes affections par ralentissement de la nutrition. Pour l'examen buccal, la lumière électrique permet seule, l'entrée dans la cavité naturelle de l'appareil éclairant. Aussi quelques praticiens l'ont-ils fixé à l'abaisse-langue lui-même. Pour l'estomac, ayant précédé l'examen électrique direct et l'ayant même guidé, il existe divers procédés, basés sur les lois régissant notre être. Ainsi l'exemple du Canadien de Beaumont est devenu classique. C'était au temps des Mohicans, alors que se déroulaient dans le Nouveau-Monde les drames qui ont inspiré Walter Scott, ou mieux Fenimore Cooper. Un Canadien recevait une balle dans l'estomac ; cette balle créait un orifice laissant échapper du suc gastrique, liquide propre à cet organe. Le Dr Beaumont recueillait ce liquide et le faisait agir sur différents aliments, ce furent là les premières recherches fructueuses dans cet ordre d'idées. Depuis, Réaumur, Spallanzani et d'autres expérimentateurs ont fait avaler à des corbeaux, à des animaux divers ou même à des hommes de bonne volonté des tubes remplis de viande et percés de trous, ou des éponges fixées à des ficelles, et on les sortait, étudiant ensuite l'action de leurs liquides. Enfin, aujourd'hui, on ouvre l'estomac des chiens, ces pauvres sacrifiés de la vivisection, on leur met une canule et on en extrait ainsi à volonté le suc gastrique.

Actuellement, le lavage de l'estomac se faisant contre les dilatations de cet organe et contre certaines dyspepsies, permet de connaître le contenu physiologique ou pathologique de notre viscère central.

Une longue sonde creuse en caoutchouc est avalée sur une longueur de 50 centimètres seulement, par le patient ; on y introduit ensuite par un entonnoir, un liquide de composition connue, puis on reverse la partie extérieure du tube ; il y a siphon et reddition sans douleur du liquide absorbé, augmenté du contenu de messire Gaster. L'analyse chimique en fait alors connaître la constitution intime ; le lavage de l'estomac est donc à la fois un moyen d'examen et de guérison.

En ces derniers temps, on a imaginé un moyen moins désagréable—je ne dis pas *douloureux*, car cela ne l'est pas—c'est de faire avaler au patient une substance qui n'est dissoute que par le suc gastrique, et qu'il est facile de retrouver dans la salive ; l'iodure de potassium est dans ce cas. On l'enveloppe d'une substance que peut digérer, en un temps plus ou moins court selon sa puissance, le suc gastrique. C'est en général à la fibrine que l'on donne la préférence. Un épais caoutchouc, à l'origine du procédé, enveloppait l'iodure de potassium, mais l'ensemble formait une masse un peu grosse et d'enveloppe indigestible.

Aussi le revêtement digestible qui retient une mince feuille de caoutchouc destinée à empêcher la dissolution de l'iodure par la salive ; il faut, en effet, que celle-ci ne se montre iodurée qu'*après digestion stomacale* du médicament.

L'ingestion de ce réactif est faite le matin à jeun avec des aliments simples, tels qu'un œuf, 100 grammes de vin et un verre d'eau, par exemple. Puis, lorsqu'une heure après l'ingestion s'est écoulée, le malade émet tous les quarts d'heures de la salive sur une soucoupe en porcelaine blanche. L'estomac est normal si une heure et demie après l'absorption, l'iodure est révélé dans la salive, grâce à la coloration bleue produite par l'addition d'un peu d'eau amidonnée.

Mais ces procédés très exacts n'ont pas suffi à tous les observateurs, et il en est qui ont voulu saisir la nature sur le vif, voir le champ d'expériences lui-même. Pour cela, les uns ont éclairé la bouche et le pharynx avec des lampes électriques complétées de jeux de miroirs donnant par réflexion ce qui se passe à l'intérieur de l'estomac ; d'autres comme moi par exemple, ont voulu plus encore ; me basant sur la minceur de la peau et des muscles au devant de l'estomac, connaissant la tension sur les côtes de ces enveloppes, ce qui les réduit en un mince rideau opaque bien tiré ; m'appuyant sur la grande facilité qu'ont les malades d'avaler la sonde œsophagienne, je fais, quand besoin est, bien entendu, pour éclairer mon diagnostic, avaler au patient une petite lampe électrique à incandescence, procédé réapparu depuis peu sans citation de priorité, sous le nom de *gastro-diaphanie*, ou encore, un tube de Gessler (1). Ce tube de Gessler, relié à l'extérieur ne donne aucune chaleur, pas même celle insignifiante que produit forcément toute lampe à incandescence ; ce sont des gaz raréfiés qu'il illumine un courant électrique ; ainsi l'estomac s'éclaire et laisse voir ses mouvements. L'étude visuelle et l'étude chimique sont parfois toutes deux nécessaires ; mais l'étude chimique est toujours indispensable. On verra plus loin comment les rayons X m'ont permis de radiographier l'estomac. (2)

(1) Dès 1891, dans mon *Précis d'électricité médicale*, (2<sup>e</sup> édit. 1895), j'ai signalé ce nouveau procédé de vision intra-organique applicable à maintes cavités fonctionnelles, et y suis revenu en 1895, dans mon "*Electricité curative*," et en 1897, dans mon "*Traité de radiographie*."

(2) On a même précochisé récemment un appareil photographique spécial, permettant l'introduction de lames de cellulose sensibilisée et se déroulant dans l'estomac pour le reproduire.

\*.\*.\*

J'arrive maintenant au second mode d'examen électrique de l'appareil digestif, il est basé sur la valeur des réactions chimiques digestives, réactions mesurables par les déviations de l'aiguille aimantée dans le galvanomètre, par l'écartement des feuilles d'or dans l'électroscope, l'électromètre condensateur, par les trépidations du trembleur dans une très sensible bobine d'induction.

Les moyens de révéler ces réactions sont donc multiples et il suffisait d'y penser pour les trouver et les constater, mais..... il fallait y penser comme l'œuf de Colomb. J'ai été amené à découvrir ce procédé d'investigation en constatant, chez tous les physiologistes, qui ont étudié la digestion, une lacune au sujet des transformations intra-organiques des aliments minéraux. En effet, personne n'explique, ni où, ni comment, s'effectue l'assimilation du carbonate et du phosphate de chaux des os (deux substances insolubles), comment s'absorbe le chlorure de sodium, le fer ou l'arsenic... Il serait cependant curieux de savoir quelles glandes sécrètent les agents chimiques rendant solubles et par suite assimilables, ces divers aliments : Eh bien, il n'existe aucune notion précise sur ce point, et c'est en le constatant, en pensant à l'action de l'acide libre du suc gastrique, seul principe pouvant dissoudre les corps précipités ; c'est en pensant, dis-je, à l'action d'un acide, à une action chimique, qu'il m'est venu l'idée d'une source nouvelle d'électricité ainsi produite, d'une pile organique ainsi formée. Et s'il y a pile, elle se doit manifester extérieurement, se révéler comme je le disais plus haut ; c'est ce qui eut lieu.

L'estomac présente donc des phénomènes électifs, véritables anomalies scientifiques encore inexplicées et que je signalai en mon "Hygiène à table" (Préface du D<sup>r</sup> Dujardin-Beaumetz, 1894).

Ainsi avale-t-on une éponge, du mucus seul est sécrété ; avale-t-on une substance albuminoïde, de la pepsine la recouvre.

Il y a donc une intelligence spéciale dans l'estomac pour discerner la nature du visiteur. Un certain nombre de nos organes présente ces faits intellectuels bizarres, curieux, inexplicés, aussi certains auteurs avaient-ils attribué aux organes une intelligence particulière, un système nerveux surajouté dont le cerveau serait une masse ganglionnaire viscérale située dans le voisinage de son centre d'action.

Ce choix dans les aliments n'est pas spécial à l'estomac, les plantes ont également des racines qui savent choisir, grâce à certains poils tactiles recouvrant leurs extrémités. Et nombreux sont les phénomènes d'élection dans le domaine de l'électricité, basée sur des attractions et des repulsions. J'en ai mis en lumière un certain nombre, dans des mémoires présentés à l'Institut (Académie des sciences) et à l'Académie de médecine depuis 1890. En 1892-93, dans mon cours libre d'*Electrothérapie générale*, premier enseignement de ce genre, comme le fut plus tard celui de Radiographie, professé à l'Ecole pratique de la Faculté de

médecine de Paris, comme dans ma communication à l'Académie de médecine du 25 juillet 1893, j'ai cherché à projeter le plus de lumière possible sur ces faits bizarres (1).

Et comme exemples de phénomènes compréhensibles au moyen de l'attraction et de groupements moléculaires,—termes qui sont des mots, non des explications—ou d'une intelligence spéciale, analogues au choix raisonné des aliments au sein de l'estomac, voici des faits ; et ceux-ci démontrent tout aussi bien des exceptions aux lois de la pesanteur, *lévitations* spéciales, que des actions électives, analogues à celles rencontrées dans les sécrétions stomacales.

La cristallisation est un phénomène de ce genre : malgré sa pesanteur, un corps qui cristallise ne reste pas dans l'horizontalité, que les lois physiques lui imposent, il monte se grouper en arêtes, verticales souvent. Dans tous les cas, le corps dont la nature est de prendre au sein d'un liquide des formes géométriques régulières contrevient par ce fait même aux lois de Newton. Et la galvano-plastie ne montre-t-elle pas au premier chef la lévitation des corps pesants ? En effet, qu'est-ce que la galvano-plastie, sinon l'ascension sur un objet à cuivrer, dorer ou argenter, de particules pesantes de cuivre, d'argent ou d'or ? Analysons bien les phénomènes qui se passent et supposons pour simplifier un simple ouvrage d'objet ; celui-ci est placé verticalement dans une solution de sulfate de cuivre qui pèse un peu plus que l'eau ; un et demi environ. Le courant électrique arrive par ces deux électrodes, positive et négative, dans le bain liquide, il y chemine et le décompose ; il est mis en liberté du cuivre, qui pèse cinq fois plus que la solution dont il provient et qui n'est qu'en partie décomposée.

Que doit devenir, si l'on s'en rapporte aux lois de la pesanteur, ce cuivre si lourd par rapport au milieu qui l'entoure ? tomber au fond sans doute ? Eh bien non ! Il grimpe sur l'objet à recouvrir et qui constitue ce que l'on appelle l'électrode négative. Y aurait-il par hasard aimantation, attraction explicable ? pas davantage. Le cuivre n'est ni aimanté, ni aimantable. Il y a, dira-t-on, action électrique. Eh bien, oui, il y a action électrique, et malgré la nature encore inconnue de l'électricité, ce dont on est sûr, c'est que cette force a des effets bien constatés qui donnent d'elle-même, sinon une explication rationnelle, du moins un moyen de grouper un ensemble de phénomènes incompréhensibles sans cela.

L'électricité me semble donc, grâce à ses attractions, se rapprocher de la vérité, quant à l'ordre du groupement, quant au *modus faciendi* de ce qui se passe en l'estomac.

En effet, on sait : 1o que les frottements—et le brassage, le trituration des aliments en produisent—sont une condition nécessaire et suffisante de développement de l'électricité statique

(1) Quelques-unes de ces leçons ont été publiées dans la *Revue de polytechnique médicale* des 30 avril et 30 juin 1893, l'*Electricité curative* (préface du Dr Péan, 1895), mon *Traité de radiographie*, 1897.

ou frankilienne ; 2o que les actions chimiques, et elles sont multiples, dans notre viscère central—produisent un courant électrique continu, avec affinités spéciales en certains points appelés *pôles*. A ces *pôles* se grouperaient les aliments ayant pour eux de la sympathie ; de là, ces réactions secondaires nécessaires à leur transformation.

\*:\*

Le *modus faciendi* des expériences démontrant, sinon la vérité absolue de ces théories, du moins leur rationnabilité, est pratique et simple. J'ai mis en lumière l'existence des courants électriques au sein de l'estomac en fonction en le faisant alors communiquer avec un galvanomètre dont l'aiguille dévie, ou encore en plaçant sur le plateau d'un électromètre condensateur du suc gastrique en activité et des albuminoïdes : les feuilles d'or divergent. Dans le domaine électrique sont bien connues les affinités des corps simples et de quelques radicaux inorganiques, mais inconnues sont les sympathies des substances complexes organiques ou organiques. Ces questions d'attraction ne sont pas nouvelles au point de vue alimentaire et la pharmacopée ancienne prescrivait, dans le traitement des affections morbides, soit des plantes aux organes malades, soit l'ingestion de ces mêmes organes empruntés à des animaux sains. Le rachitique mangeait de la poudre d'os ou des yeux d'écrevisses, calcaire trouvé dans l'estomac de ces crustacés. Les cervelles et les poissons où l'on trouve du phosphore seraient bons pour qui fatigue son cerveau ! le foie conviendrait à merveille aux hépatiques... De là à injecter le produit de ces organes broyés, sucs ou extraits organiques, il n'y a qu'un pas et le professeur du Collège de France, membre de l'Institut, le regretté Brown-Séquard, en a fait toute une méthode thérapeutique très en vogue, mais très discutée encore, et qui a nom l'*opothérapie*. La médecine n'est possible d'ailleurs que par suite des affinités médicamenteuses pour les organes malades, alors que les parties saines laissent passer le sang chargé des poisons destinés à guérir.

Il faut donc admettre que chaque partie de notre être prend dans le sang qui y arrive les éléments qui lui conviennent et rien que ceux-là.

Cette sensibilité spéciale, cette intelligence organique ne se trompent jamais, pas plus qu'à un pôle de courant électrique ne se porte jamais l'élément chimique qui ne lui convient. L'action nerveuse, l'influx et les courants encéphalo-rachidiens qui désignent le point lésé ou touché ont maintes analogies avec les phénomènes électifs et électriques (1).

Il y a des circuits formés, des attractions identiques, qu'il s'agisse des courants électriques ou des courants nerveux.

Ce discernement, suite d'actions très délicates, n'est jamais mis en défaut, et la muqueuse stomacale reconnaît toujours se<sub>3</sub>

(D<sup>r</sup> Foveau de Courmelles, l'*Hypnotisme*, Paris, 1890, Londres, New-York, 1891.

hôtes, même quand on a coupé les nerfs qui semblent y présider, comme le pneumogastrique, par exemple. On a encore attribué cette faculté à une sorte d'intuition (Blondlot); ou à la possibilité par certaines substances de fournir un élément indispensable à la sécrétion de la pepsine; telle est la théorie des matières peptogènes ou la peptogénie de Schiff.

A mon sens — cette dernière hypothèse étant admise — les éléments sécrèteurs joueraient le rôle d'un liquide de pile qui ferme et forme le circuit du courant électrique.

\* \*\*

Les ferments, les êtres animés président, il faut le reconnaître, à ces diverses transformations moléculaires. C'est ainsi que la *ptyaline*, diatase salivaire, transforme les féculents en glucoses; la pepsine, les albuminoïdes en peptones; les ferments pancréatiques achèvent la besogne des glandes salivaires et de l'estomac. La *vie* aide la chimie d'une façon bizarre et inexplicée. Est-elle produite par ces réactions chimiques et les courants électriques qui en découlent? ou plutôt — et à cette dernière hypothèse, je me rallie volontiers — est-ce la vie qui produit ces manifestations vitales qui l'entretiennent? On peut évidemment soutenir l'une ou l'autre théorie, selon qu'on a des convictions matérialistes ou spiritualistes.

Quoi qu'il en soit, le domaine philosophique devant être ici mis hors de cause — il y a dans ces courants vitaux un moyen biométrique, un procédé de mesure de la santé.

L'électroscopie, puisque tel est son nom, est-il ne faut pas se le dissimuler — un moyen complexe. Il faudra établir des tableaux comparatifs où les réactions galvanométriques et les écarts des feuilles d'or ou d'électromètres spéciaux indiqueront la force digestive de chaque individu dans l'état de santé. Des quelques travaux par moi déjà faits dans cette voie, il résulte que chaque être vivant a sa notion propre, son coefficient. Certains aliments, la constitution chimique influençant la réaction due aux liquides organiques, modifient ces données. Mais une substance toujours la même, la plus active dans des conditions simples et encore à déterminer, pourra servir d'unité, de terme habituel de comparaison.

Le procédé le plus facile pour mesurer l'action salivaire, par exemple, est de mastiquer consciencieusement un féculent en reliant deux fils conducteurs placés dans la bouche, à un galvanomètre très sensible, ou encore en extrayant de la bouche le produit bien mastiqué, bien imbibé et par suite bien pénétré de ptyaline, puis de le placer sur le plateau de l'électromètre condensateur.

\* \*\*

L'examen direct de l'estomac avait tenté déjà maints chercheurs: je l'ai fait, on l'a vu plus haut, il y a quelques années, par l'ingestion de petites lampes à incandescence, contenues en

des sondes spéciales et permettant chez des individus amaigris de voir par transparence un tissu néoplastique, mais il n'était pratique que chez ces individus amaigris. Ce procédé a été de nouveau et récemment préconisé sous le nom de *gastro-diaphanie* et son importance—je puis le dire, vu mes droits de priorité—a été exagéré. Depuis la découverte de Röntgen, les investigateurs ont généralement essayé d'utiliser les rayons X. Mais l'estomac étant généralement transparent et peu volumineux, sauf en pleine digestion, l'introduction d'une sonde en ces conditions est à peu près impossible ; immédiatement après le repas, elle provoquerait des vomissements ; à jeun, l'estomac resterait caché derrière les organes voisins ; aussi a-t-on dû recourir à divers artifices, comme par exemple l'ingestion abondante d'eau de Seltz qui a été préconisée, mais dont les résultats n'ont pas été publiés. Récemment, l'Allemand Rosenfeld a publié une autre méthode qui consiste à faire avaler une sonde creuse perforée de petits trous à son extrémité et portant à peu près 30 grammes de grains de plomb, on y insuffle de l'air extérieur ; peu à peu, l'estomac se déplisse — c'est à jeun que l'on opère — et l'on obtient ainsi la forme et la position exactes de l'organe ; et, ajoute l'auteur, ce ne sont pas celles que croyaient les physiologistes, et il a pu vérifier sur le cadavre l'exactitude de ses visions fluoroscopiques. Mais certains individus trop nerveux ne peuvent ingérer la moindre sonde, et, pour eux, cette méthode est inapplicable. Pour la production du document durable, pour suivre et constater la marche d'un médicament dans l'appareil digestif, MM. Balthazard et Roux se sont servis, chez les animaux de petite taille, de sous-nitrate de bismuth opaque aux rayons X, c'est de cette méthode que je me suis inspiré pour obtenir, à ma connaissance, la première et complète radiographie de l'estomac chez l'homme vivant ; car la tentative antérieure de Boas aux capsules de bismuth n'avait indiqué que la courbure de l'estomac et la marche des capsules dans l'intestin.

Ce cliché unique a été obtenu en décembre dernier avec cinq minutes de pose ; son interprétation en est encore difficile, car sa netteté n'est pas parfaite et les termes de comparaison manquent : je ne l'ai présenté qu'assez tard à l'Académie de Médecine de Paris, le 23 mai 1899, car j'ai essayé d'en obtenir soit un nouveau, soit des épreuves. Mais, outre que le malade pris d'affection aigues n'a pu s'y prêter, le temps a été peu favorable à la photographie cette année, les noirs du négatif devenant blancs sur le positif perdraient de leur intérêt et de leur netteté, ces noirs correspondant d'ailleurs à l'organe examiné, à l'estomac.

Les conditions d'obtention de ce cliché ont été les suivantes : le patient a ingéré en même temps que son diner, dans des confitures, 10 grammes de sous-nitrate de bismuth et est venu se faire radiographier une demi-heure environ après la fin de son repas.

Un premier essai, tenté par la prise de trois clichés successifs, avec des temps de pose différents, a été absolument infructueux : un deuxième, renouvelé huit jours après, le malade ayant

eu ce jour-là un meilleur appétit, ayant plus abondamment mangé, a parmi plusieurs clichés donné pour le premier les résultats suivants : l'estomac a un aspect bitrapézoïdal, à petites bases accolées, très noires avec des aspects blancs de sclérose, des lignes noires, sans doute des sortes de ligaments verticaux très nets à gauche, sur la radiographie prise, le malade couché sur le ventre et sur la plaque, des côtes très visibles à droite, et le foie est à peine visible, un peu séparé de l'estomac par des zones claires et d'aspect assez pâle se rétracte.

À la radioscopie et à ce point de vue, l'expérience a été renouvelée sur un autre malade, on distinguait avec la bobine de 0<sup>m</sup>50 d'étincelles et un fort tube, une zone noire se rapprochant assez bien pour le premier cas de l'aspect obtenu par la radiographie, mais moins net.

Même en mettant l'ampoule de Crookes au sol et par suite l'anticathode au contact de la peau, par la méthode endodiascopique de MM. Bouchacourt et Rémond, les résultats ne gagnaient que peu en netteté.

Quant aux commémoratifs pour ce malade à la radiographie de l'estomac rétréci si bizarrement, on trouve chez cet homme de 50 ans une excessive nervosité; à la pression stomacale, on a la sensation d'une masse dure et de volume restreint. Interrogé, il répond que pendant de longues années, il a extrêmement peu mangé, se contentant souvent de boire un peu de thé et de manger alors un peu de pain beurré; mais, au cours d'une influenza interairrente prise par ce malade et qui le plongeait en de successives et fréquentes syncopes, j'ai dû voir souvent la famille, et celle-ci m'a donné quelques détails complémentaires :

Le malade a tenté de s'empoisonner plusieurs fois, d'abord avec une solution concentrée de bromure de potassium, puis du laudanum, et par l'absence voulue d'alimentation. Volontaires ou non, car le malade, interrogé, les attribue à des accidents, ces faits ne s'en sont pas moins produits.

En ces conditions, on comprend que l'estomac se soit rétréci et vraisemblablement sclérosé en certaines parties. Les lavages de l'estomac tentés à un moment avaient été absolument impossibles. En dehors de cela, le malade avait une excellente santé apparente, à de violentes et périodique migraines près. D'autre part, quelques Franklinisations crâniennes et des faradisations stomacales l'ont amélioré, car les maux de tête disparaissent, l'estomac tolère aujourd'hui du vin rouge et quelques aliments lourds, ce qu'il n'avait pu faire depuis de longues années : Le malade est sorti de son influenza, compliquée de congestion pulmonaire, de fréquentes syncopes et d'angine, il paraît se bien porter aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, et pour revenir aux rayons X qui nous occupent surtout ici, il est désormais acquis que la radiographie stomacale chez l'homme vivant est possible, elle est encore difficile, paraît exiger notamment en plus de la substance opaque et inoffensive, le sous-nitrate de bismuth, un bol alimentaire assez considérable répartissant le bismuth.

Deux de mes amis, avec leur simple bol alimentaire, et moi, avec d'abord 10 grammes, puis 20 grammes de bismuth, avons essayé : mon estomac seul est venu.

Les durées de pose doivent être assez considérables : 10, 15, 20 minutes avec 0,40 à 0,50 centimètres d'étincelles de bobine, et interrupteur P. Villard. Les estomacs rétrécis se prêtent mieux que les normaux à ce mode d'examen. D'autre part, le bismuth inoffensif peut être ingéré à des doses jusqu'ici considérées comme fantastiques, 30, 40 et 50 grammes. Personnellement, mes 20 grammes de bismuth ne m'ont nullement incommodés. Il y a là un moyen nouveau d'exploration stomacale à ajouter aux procédés chimico-électriques personnels signalés plus haut.

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

## Injections sous-cutanées de sérum gélatiné dans la variole hémorragique

PAR

BOY-TEISSIER

Médecin des hôpitaux de Marseille.

Une épidémie de variole règne en ce moment à Marseille depuis le mois d'octobre dernier.

J'ai eu l'occasion de soigner dans mon service de varioleuses, à l'hôpital de la Conception, plusieurs cas de varioles hémorragiques. Du 10 octobre au 8 novembre, je n'ai eu que des insuccès. Après avoir lu les observations publiées par Costinesco (de Bucharest), sur 7 cas de purpuras hémorragiques guéris par les injections de sérum gélatiné, l'idée me vint d'essayer le sérum gélatiné dans la variole hémorragique.

Voici les résultats obtenus et consignés par M. Porcheron, interne du service.

Dans une première série de faits A, du 8 novembre au 19 novembre 1899, nous avons eu 7 varioles hémorragiques, dont 2 cas à évolution foudroyante et 5 cas de varioles hémorragiques plus lentes. Nous avons injecté, chaque jour, à chaque malade, dans le flanc, en *une seule fois*, 200 grammes de sérum artificiel gélatiné à 20/1000.

Comme résultats, nous avons eu 6 décès et 1 guérison (femme enceinte de sept mois et menaçant d'avorter).

Nous ferons remarquer dans cette série de faits :

1. Que nous avons commencé à injecter *après* les symptômes d'hémorragie confirmée : larges placards violacés, hémorragies diverses, etc.

2. Que nous avons injecté 200 grammes en *une seule fois*.

3. Que, malgré 28 injections sous-cutanées, et 4.600 grammes de sérum injecté, nous n'avons eu aucun abcès ni rougeur.

Dans une deuxième série de faits B, du 19 novembre au 8 décembre 1899, nous avons eu 13 varioles hémorragiques, dont 3 cas foudroyants et 10 cas hémorragiques simples. Nous avons injecté, chaque jour, à chaque malade dans le flanc, en *deux fois*, 200 grammes de sérum artificiel gélatinisé à 20/1000.

Comme résultats, nous avons eu : a) pour les trois cas foudroyants : 3 décès ; b) pour les 10 autres cas : 2 décès, 6 guérisons, 2 autres en train de guérir sauf complications.

Nous ferons remarquer dans cette série de faits :

1. Que nous avons commencé dès le début, avec les signes prémonitoires : épistaxis, teinte hémorragique des paupières et la conjonctive, teinte carminée ou violacée des téguments ;

2. Que nous avons injecté 200 grammes en *deux fois* ;

3. Que, malgré 121 injections sous-cutanées, et 12,500 grammes de sérum injecté, nous n'avons eu que 3 abcès.

Cette première note est pour prendre date et l'expérience, déjà concluante, sera continuée pendant toute l'épidémie.

---

## MEDECINE PRATIQUE

---

### Traitement diététique et médicamenteux des hémorroïdes

PAR

R. ROMME

Préparateur à la Faculté

---

Avant de se séparer au mois de juillet dernier, la Société de chirurgie a consacré plusieurs séances à la discussion du traitement chirurgical des hémorroïdes. On a beaucoup parlé d'excisions, de ligatures, de cautérisations, et involontairement on avait l'impression que le bistouri et le Paquelin étaient les seuls topiques vraiment efficaces. Ils le sont en effet dans certaines conditions bien déterminées. Mais avant d'arriver au chirurgien, l'hémorroïdaire passe par les mains du médecin, et cette étape médicale est souvent la dernière, car un traitement médical bien compris et méthodiquement suivi arrive quelquefois à amener une véritable guérison, toujours à rendre le mal très sup-

portable, à en faire non pas même une infirmité acceptable, mais une simple incommodité dont on prend aisément son parti.

Du reste, même parmi les chirurgiens, les partisans du traitement médical sont très nombreux. C'est ainsi qu'il y a deux ans nous avons exposé, à cette place même le traitement médical des hémorroïdes d'après M. Lucas-Championnière. Aujourd'hui, nous revenons au même sujet, en prenant texte d'un travail publié récemment dans la *Thérapie der Gegenwart*, par M. le professeur Boas, de Berlin, dont les travaux sur les affections du tube digestif sont bien connus.

Ce qui rend ce travail particulièrement intéressant, c'est que M. Boas y donne les résultats de sa pratique personnelle ; et il faut dire qu'en beaucoup de points cette pratique n'est pas celle de tout le monde, et qu'elle est souvent en contradiction avec la pratique classique. Ces quelques points originaux, nous essaieront de les mettre en lumière dans les lignes qui suivent.

\*.\*

Comme pour toutes les maladies, le traitement des hémorroïdes doit avoir la prétention de répondre à une indication pathogénique. Or, quelle est la pathogénie des hémorroïdes, quand on laisse de côté les hémorroïdes symptomatiques des tumeurs du tube digestif, des sténoses de l'intestin, des calculs de la vessie, etc., etc. ? Elles tiennent, les hémorroïdes vulgaires, à une constipation habituelle, et séjour prolongé des matières fécales dans le gros intestin, parce que l'intestin fonctionne mal, soit parce qu'il se vide mal, soit parce que, pour une cause quelconque, il est devenu atonique.

L'indication pathogénique est donc de régulariser les selles, d'obtenir une exonération, complète, et à chaque fois, de l'intestin. On y arrive par le traitement diététique, c'est-à-dire en prescrivant au malade un régime alimentaire spécial.

Il est de règle que le régime qu'on prescrit aux hémorroïdaires est un régime doux, c'est-à-dire un régime dont les composants (lait, laitages, légumes en purée, viandes blanches, prescription de thé, de café, d'alcool, etc.) ont pour but de ne pas "irriter" l'intestin. Or M. Boas est d'un avis tout opposé et pense que les hémorroïdaires étant des constipés habituels, le régime qui leur convient n'est pas un régime doux qui laisse l'intestin aller à sa paresse, mais un régime relativement excitant, favorisant et augmentant les mouvements péristaltiques de l'intestin, c'est-à-dire laxatif, s'opposant par conséquent à la stagnation des matières fécales et amenant leur évacuation régulière.

M. Boas prescrit donc à ses malades des fruits, des légumes riches en cellulose, et, d'une façon générale, des substances alimentaires laissant à leur digestion beaucoup de déchets ; du sel, du sucre, même de petites quantités de vin, même du thé et du café. Ce n'est que dans les cas où les hémorroïdes donnent lieu à un écoulement abondant ou continu de sang que M. Boas proscrit l'alcool et les épices (poivre, moutarde, etc.).

Encore une fois, ce régime, dont les malades se trouvent fort bien, n'a pas d'autre but que de combattre la paresse de l'intestin en excitant ses mouvements au moyen d'une alimentation appropriée. Ce régime est en somme celui que prescrivait Dujardin-Beaumetz dans la constipation habituelle.

A titre d'adjuvant, toujours pour réagir contre l'inertie de l'intestin, on doit encore conseiller à ces malades, l'exercice : la natation, le canotage, la bicyclette, le lawn-tennis, etc. Le plus souvent, ils s'en trouvent bien ; mais il arrive aussi que cette gymnastique n'exerce aucun effet sur l'état de leur intestin ; il faut alors essayer du repos, repos au lit pendant huit ou quinze jours. M. Boas a vu des malades chez lesquels le repos au lit régularisait d'une façon remarquable le fonctionnement du gros intestin.

Le troisième facteur du traitement diététique des hémorroïdaires est l'hygiène, ou plutôt la toilette de l'anus. Après chaque selle, le malade doit se laver soigneusement la région anale avec une solution astringente, solution d'alun ou de tannin. Pour ces lavages, les tampons d'ouate, qu'on jette après s'en être servi, valent mieux que l'éponge. Ce qui est surtout à recommander à ceux qui peuvent le faire, ce sont les douches froides ascendantes sur la région anale après chaque selle.

Ces moyens—régime diététique, exercices et toilette de la région anale—réussiront très bien quand les hémorroïdes sont encore à leur début. Parfois, ils suffisent pour amener une véritable guérison, qui est définitive : les veines dilatées récupèrent leur tonicité et s'affaissent, le catarrhe concomitant du rectum disparaît, et tout rentre dans l'ordre.

Mais les cas de ce genre sont rares, pour la raison bien simple qu'à cette période des hémorroïdes les malades consultent rarement le médecin. Ordinairement ils arrivent quand leur mal existe déjà depuis un certain temps, depuis longtemps, quand l'atonie de leur gros intestin est invétérée. Même dans ces cas, le traitement diététique seul—régime spécial, exercices, toilette de la région anale—peut encore réussir à lui seul. Mais le plus souvent, l'exonération régulière du gros intestin exige, pour être complète, le secours des *laxatifs* et des *lavements*.

Les *laxatifs* doivent être donnés à petite dose. En effet, ce qu'on cherche c'est de venir en aide à l'action du régime alimentaire qui lui aussi est un laxatif. Il y donc là une question de dosage, qui se présentera différemment suivant chaque malade et suivant les effets du régime alimentaire. Il va de soi qu'on ne donnera pas de purgatifs proprement dits, moins encore de drastiques, mais qu'on utilisera la rhubarbe, la fleur de soufre, la magnésie calcinée, le citrate de magnésie, la poudre de réglisse. On appuiera l'effet laxatif de ces substances en mettant le malade, pour quelque temps, à une cure de raisin. Le raisin est un laxatif, et à la dose d'une à deux livres par jour il peut rendre des services très appréciables.

Les lavements ne doivent être donnés que si les laxatifs ne suffisent pas. Une des précautions essentielles à prendre, quand

on juge les lavements nécessaires, c'est de les donner avec une canule molle, en caoutchouc souple. Là encore il faut se montrer sobre de médicaments, et les lavements d'eau bouillie valent mieux que les lavements au séné, au tannin, à la glycérine, voire même au chlorure de sodium.

\*\*\*

Le traitement médicamenteux des hémorroïdes n'est que symptomatique, et à ce titre il trouve ses indications quand surviennent quelques complications.

Ainsi, quand des excoriations se forment sur les hémorroïdes, ou encore quand il apparaît de petites pertes de sang, on prescrit des suppositoires dans le genre de ceux-ci :

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| Chrysarobine .....         | 0,08 centigr. |
| Iodoforme.....             | 0,02 —        |
| Extrait de belladone ..... | 0,01 —        |
| Beurre de cacao.....       | 2 grammes.    |

Pour un suppositoire. Deux ou trois suppositoires par jour.

Plus tard, on peut remplacer les suppositoires par la pommade suivante :

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| Chrysarobine .....        | 0,80 centigr. |
| Iodoforme.....            | 0,30 —        |
| Extrait de belladone..... | 0,60 —        |
| Vaseline.....             | 10 grammes.   |

Pour applications locales, plusieurs fois par jour.

S'il existe de petites tumeurs procidentes, on peut y faire plusieurs fois par jour, avec une baguette en verre, des applications locales de glycérine iododurée qu'on formule de la façon suivante :

|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| Iodure de potassium..... | 2 grammes.    |
| Iode pur.....            | 0,20 centigr. |
| Glycérine .....          | 35 grammes.   |

Au bout de quelque temps, on remplace cette solution par une solution plus forte :

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Iodure de potassium..... | 5 grammes. |
| Iode pur.....            | 1 —        |
| Glycérine.....           | 40 —       |

Nous avons indiqué plus haut les suppositoires à la chrysarobine pour les cas où les hémorroïdes s'accompagnent de petites pertes de sang. Mais il arrive parfois que ces pertes, par leur persistance, et d'autres fois par leur abondance, affaiblissent considérablement le malade et le mettent dans un état de véritable anémie. Il faut alors les arrêter, et, parmi les hémostatiques qui ont été préconisés, aucun, d'après M. Bcas, ne donne d'aussi bons résultats que l'*hamomilis virginica*.

On prescrit : Extrait fluide d'*hamamilis virginica*, 100 grammes, dont on fait prendre une cuillerée à café, trois fois par jour, dans un demi-verre d'eau.

Pour réussir, il faut continuer l'hamamilis pendant longtemps, pendant trois mois au moins. Pendant le premier mois, on donne trois cuillerées à café par jour ; pendant le second mois, seulement deux, et enfin, pendant le troisième mois, une seule cuillerée par jour. On peut aussi prescrire l'hamamilis sous forme de suppositoires de 25 centigrammes, deux ou trois fois par jour.

Il arrive enfin parfois que la perte sanguine se transforme en une véritable hémorragie qui demande à être arrêtée au plus vite. Dans ces cas, on ne peut plus compter sur l'action des médicaments administrés par la voie buccale ou rectale. Il faut pratiquer le tamponnement du rectum, avec l'aide du speculum anal, afin de bien voir la place qui saigne. Ce tamponnement, qui est fait avec de la gaze iodoformée, doit être laissé en place pendant plusieurs jours ; aussi, est-il indiqué d'immobiliser préalablement l'intestin avec une bonne dose d'opium. Si, au bout de trois jours, l'hémorragie ne se reproduit pas, on retire le tampon et on donne au malade un peu d'huile de ricin.

Une autre complication qui se produit encore assez souvent est l'étranglement des bourrelets hémorroïdaux. On doit toujours tenter d'en obtenir la réduction. Pour rendre l'opération moins douloureuse, on commence par placer un suppositoire à l'opium et à la cocaïne, puis, après avoir largement graissé la région avec de la vaseline, on essaie de réduire la tumeur. Au besoin, on peut tenter la même opération sous le chloroforme ou l'éther ou après cocaïnisation en règle de la région. Il existe un moyen qui rend le succès de la réduction presque certain. Ce moyen consiste à placer quelques sangsues, non pas sur la tumeur, mais à son voisinage, au pourtour de l'anus. La petite saignée une fois faite, la tumeur se réduit facilement et la réduction persiste.

Il va de soi que l'on ne tentera pas la réduction s'il y a menace de gangrène ou gangrène déjà déclarée. On se contentera alors de saupoudrer la tumeur avec quelque poudre antiseptique (iodoforme, xéroforme, aïrol) et on attendra les événements.

Là où le rôle du médecin cesse, c'est quand il s'agit d'hémorroïdes proclidentes formant une tumeur irréductible au niveau de l'anus ou bien apparaissant à l'anus au moindre mouvement ou au moindre effort (toux, étternuements). Ces cas appartiennent de droit au chirurgien ; nous n'avons donc pas à en parler ici.

## Les hémoptysies dans la tuberculose et leur traitement

PAR

A. F. PLICQUE

L'importance et la fréquence des hémoptysies dans la tuberculose sont très variables. Dès le début, sous l'influence de poussées congestives intenses et répétées, elles peuvent prendre un caractère alarmant. Cette complication s'observe surtout dans la phthisie fibreuse et chez les tuberculeux arthritiques. Sa signification pronostique est beaucoup moins grave en réalité qu'en apparence. L'évolution de ces tuberculoses à début bruyant est souvent, en effet, par la suite remarquablement bénigne. Chez la femme, même dans la forme vulgaire de la tuberculose, il n'est pas rare de voir des crachements de sang survenant à chaque période menstruelle ; ces hémorragies supplémentaires qui s'observent surtout en cas d'aménorrhée sont presque toujours tolérées d'une façon remarquable. A la période de cavernes on peut, par suite de la rupture d'anévrysmes de Ramussen, observer des hémoptysies beaucoup plus graves. Leur abondance les rend souvent mortelles et quelquefois foudroyantes. Leur traitement diffère, d'ailleurs, peu de celui des hémoptysies du début. Ce sont ces dernières qui seront ici particulièrement étudiées.

\*\*\*

L'hémoptysie précoce dans la tuberculose est peut-être l'événement le plus favorable qui puisse survenir. Cette assertion peut sembler très paradoxale, et cependant, en réalité, bien des tuberculeux ont guéri parce qu'ils avaient débuté dans leur affection par une hémoptysie abondante. C'est un accident effrayant pour le malade et pour sa famille, lequel ne prête pas aux illusions comme la toux persistante, l'amaigrissement, les petites poussées fébriles qui, souvent, constituent les seuls modes de début. La nécessité d'un traitement aussi précoce que possible dans la tuberculose, avant les signes d'auscultation nets, avant la constatation des bacilles dans les crachats, est aujourd'hui un des points les mieux démontrés. Cette nécessité se heurte souvent à de grandes difficultés pratiques. Après une hémoptysie même peu abondante, les avis du médecin seront mieux appréciés et mieux entendus ; l'occasion sera favorable pour imposer les mesures si indispensables et si difficiles à faire accepter : traitement sérieux, interruption des occupations, repos complet.

Existe-t-il des hémoptysies essentielles non tuberculeuses ?

Cette question, comme celle des pleurésies non tuberculeuses, est une agréable matière à discussion scolastique. En pratique, le diagnostic tuberculeux doit toujours être admis. L'erreur la plus grave qui puisse en résulter est d'envoyer quelques mois à la campagne une malade atteinte de rétrécissement mitral pur, ou une hystérique. Cette mesure n'aura, au fond, que des avantages. Le dommage résultant d'une erreur en sens inverse serait autrement grand.

Si la première hémoptysie peut être avantageusement utilisée pour décider le malade à des mesures sérieuses, il importe, néanmoins, d'en prévenir le retour. Les causes occasionnelles doivent être bien connues. La gymnastique respiratoire, les exercices même légers des bras, les marches forcées, l'exposition à un soleil ardent, les fatigues vocales (chant ou conversations trop prolongées) sont une cause fréquente d'hémoptysie. Le coût a une influence beaucoup plus grande encore. Le traitement médicamenteux, enfin, n'est pas toujours étranger aux hémoptysies : le fer donné à tort dans la forme pseudo-chlorotique de la tuberculose, l'arsenic, les sulfureux ont une action congestive incontestable ; un médicament nouveau actuellement à l'essai, l'acide cinnamique et ses dérivés, ne doit, en cas de tendance aux poussées congestives, être employé qu'avec beaucoup de prudence. L'acide cacodylique doit également à cet égard être surveillé.

La répétition, l'extrême abondance de certaines hémoptysies les rend graves par elles-mêmes. Mais, en réalité, l'élément fondamental du pronostic, c'est la fièvre. Une hémoptysie avec élévation de la température est toujours sérieuse. Quand cette élévation persiste, il est rare qu'on ne constate pas ultérieurement des signes de ramollissement et de destruction pulmonaire assez étendue. Il existe même une phtisie hémoptoïque galopante ; cette forme a été bien décrite par Peter.

\*\*\*

Repos absolu au lit dans une chambre bien aérée, non chauffée, respiration d'un air frais, telles sont les premières indications hygiéniques. Le malade qui vient d'avoir une hémoptysie doit garder un silence absolu, éviter tout mouvement. Il doit plus que jamais discipliner sa toux. Toute visite sera strictement défendue. L'alimentation, qu'il est si important de continuer, sera donnée par très petites quantités à la fois. Elle sera exclusivement liquide : lait, bouillon, jaune d'œufs. Ces liquides seront froids mais non glaités ; Sabourin accuse justement les boissons glacées de produire des réactions congestives dangereuses.

Dans les hémoptysies apyrétiques d'abondance médiocre, l'opium suffit très souvent. On peut le donner seul par pilules de 0 gr, 01 toutes les deux heures. Behier l'associait à l'eau de Rabel.

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| Extrait.....      | 0 gr. 10  |
| Eau de Rabel..... | 3 grammes |
| Eau.....          | 160 —     |

Par cuillerées à soupe dans la journée.

On peut l'associer à l'ipéca. Dieulafoy donne, par exemple, toutes les heures une des pilules suivantes :

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Ipéca .....            | 0 gr. 05  |
| Extrait thébaïque..... | 0 gr. 002 |

S'il est nécessaire d'agir vite, on peut avoir recours aux injections sous-cutanées de morphine. Grancher et Hutinel regardent leur action comme égale, sinon supérieure aux injections d'ergotine.

Mais l'opium donné seul et donné par la bouche a un avantage sérieux. Il provoque la constipation. Or, les efforts de défécation sont une cause fréquente de rechute dans les hémoptysies. Il est donc très utile de maintenir, après un crachement de sang sérieux, la constipation pendant trois ou quatre jours. Il faudra faciliter la première garde-robe, par un lavement d'huile ou un suppositoire glyceriné.

Si l'hémoptysie persistait, on aurait recours à l'application de nombreuses ventouses sèches. L'application d'une vessie de glace sur les parties génitales, scrotum ou grandes lèvres, a une action réflexe puissante. Cette action est plus sûre que l'application sur le thorax. Un contact de quelques minutes suffit. Quand ce moyen échoue, l'application de la ventouse Junod constitue une précieuse ressource ; mais cette application est assez délicate. Le vide doit être assez grand pour arrêter l'hémoptysie ; il ne doit pas être poussé jusqu'à provoquer la syncope. En cas de défaillance, il faut laisser rentrer dans la ventouse un peu d'air. A défaut de ventouse Junod, on emploiera des ligatures faites à la racine des quatre membres. Ces ligatures seront modérément serrées, de façon à arrêter seulement la circulation veineuse.

Quand il s'agit d'hémoptysis non plus très abondantes, mais fréquentes, répétées, l'iodoforme est le meilleur médicament prophylactique. Son administration est facile soit en pilules, soit, si ces pilules fatiguent l'estomac, en injections sous-cutanées.

En cas d'hémoptysie abondante et fébrile, le mieux est d'employer directement et d'emblée l'ipéca. Si la quantité de sang est considérable, on donnera d'emblée une dose massive, 3 grammes en trois paquets, à dix minutes d'intervalle. Souvent le premier effort de vomissement provoque le rejet d'un énorme flot de sang accumulé. Ce rejet ne doit pas effrayer ; il est bon de prévenir la famille de sa possibilité. Après cette secousse favorable, on voit s'arrêter l'hémoptysie. Quand celle-ci est moins brutale, on peut donner l'ipéca à dose fractionnée. Jaccoud donne 0 gr. 10 tous les quarts d'heures ; on interrompt dès qu'apparaissent les premières nausées. On reprend si le pouls devient plus rapide, si la température remonte, si les crachats réapparaissent colorés.

Le sulfate de quinine, dans cette forme, a une action à la fois contre la toux et contre les hémorragies. Une dose de 1 gramme par jour est suffisante. Grimbert de Cannes a recommandé l'association du sulfate de quinine et de l'ergot de seigle.

Le tartre stibié a une action analogue à celle de l'ipéca ;

mais la dépression qu'il provoque est plus intense. La digitale a une efficacité réelle. Après les hémoptysies abondantes, elle peut être doublement utile en raison de cette efficacité et comme tonique du cœur. Dans les hémoptysies survenant au moment des règles, Daremberg conseille chaque jour deux grandes cuillerées à bouche de la potion suivante :

Eau ..... 200 grammes  
 Bromure de potassium..... 10 —  
 Teinture alcoolique de digitale.... L gouttes.

Parmi les formules complexes associant différents médicaments, les deux formules suivantes, dues à Lebert et à Guéneau de Mussy, méritent enfin d'être connues :

Ergotine..... } àà 0 gr. 05  
 Tannin..... }  
 Extrait d'opium..... 0 gr. 015

Pour une pilule. Quatre à dix dans la journée (Lebert).

Extrait de ratanhia pulvérisé..... 0 gr. 20  
 Ergot de seigle..... 0 gr. 15  
 Digitale pulvérisé..... 0 gr. 02  
 Extrait de jusquiame..... 0 gr. 01

Pour une pilule. Quatre à six par jour (Guéneau de Mussy).

Comme l'iodoforme, ces pilules trouvent surtout leur emploi dans les hémoptysies à répétition.

Une dernière remarque qui paraîtra bien banale est nécessaire pour terminer. L'auscultation, même sans qu'on invite le malade à tousser ou à respirer fortement, les chocs de la percussion, doivent être soigneusement évités, non seulement au cours, mais dans les premiers jours qui suivent une hémoptysie. Cet examen est une cause fréquente de rechute. Mieux que l'examen direct, le thermomètre renseignera, d'ailleurs, sur la marche des lésions.

## Traitement du Muguet chez les Nouveau-nés

PAR

M. LABBÉ

La stomatite crémeuse, causée par le muguet, est une affection très fréquente chez les nouveau-nés.

Pour qu'elle se développe, il faut que les deux conditions suivantes soient réalisées : 1<sup>o</sup> l'apport dans la bouche de l'enfant du germe pathogène, le saccharomyces albicans. 2<sup>o</sup> un état particulier de la bouche et du tube digestif, favorable au développement de ce champignon.

Cet état est réalisé : 1<sup>o</sup> par la stomatite érythémateuse, avec desquamation de l'épithélium, qui précède généralement l'apparition du muguet ; 2<sup>o</sup> par l'acidité du milieu buccal, qui est elle-

même la conséquence d'une fermentation acide de ce milieu ou d'une auto-intoxication par troubles gastro-intestinaux ; c'est qu'en effet, le muguet apparaît principalement chez les enfants atteints de gastro-entérite infectieuse aiguë ou de gastro-entérite chronique avec athrepsie.

De ces considérations pathogéniques, découle le traitement du muguet.

1<sup>o</sup> Le muguet étant une affection contagieuse, les enfants qui en sont atteints doivent être, sinon isolés, du moins l'objet d'attentions spéciales.

Les objets qui leur auront servi, tels que cuillers, tétines de biberon, bouts de sein, linges, compresses, devront être soigneusement mis de côté et désinfectés ; ils ne devront jamais servir en même temps à un enfant dont la bouche est saine.

La nourrice qui donne le sein à un enfant atteint de muguet devra se désinfecter attentivement le mamelon après chaque tétée, par des lavages à l'eau boriquée, suivis d'une application de vaseline boriquée ; elle ne donnera pas le sein à d'autres enfants.

L'allaitement au biberon devra être fait avec un biberon bien nettoyé, et du lait stérilisé ; on lui substituera, chaque fois qu'il sera possible, l'allaitement par la nourrice.

Inutile de rappeler que l'usage des suçons et autres objets que l'on employait autrefois pour calmer les enfants dans les crèches, et qui passaient d'un enfant à un autre, doit être sévèrement proscrit.

Le danger de leur emploi, qui favorise la transmission de toutes les maladies contagieuses, est bien connu, et ils ont aujourd'hui disparu de presque toutes les maternités, crèches et hôpitaux d'enfants.

Bien entendu, on redoublera de précautions lorsqu'on se trouvera en présence de ces enfants dont l'intérieur de la bouche, le dos de la langue et la face interne des joues sont rouges, secs, desquamés et atteints de stomatite érythémateuse.

2<sup>o</sup> Il ne suffit pas d'éviter l'apport du *saccharomyces albicans* dans la bouche, il faut encore mettre la cavité buccale en état de résister à l'infection, si celle-ci se produisait. Pour y parvenir, il faut s'adresser à la maladie générale, dont le muguet n'est le plus souvent qu'une complication, guérir la stomatite érythémateuse qui précède le muguet et lutter contre l'acidité du milieu buccal.

a) La maladie générale est, le plus souvent, une gastro-entérite aiguë ou chronique, quelquefois la tuberculose ; nous n'avons pas à étudier ici la thérapeutique de ces affections.

b) La stomatite érythémateuse des enfants peut être prévenue par une bonne hygiène, par quelques lavages de la bouche avec un tampon imbibé d'eau de Vichy, et au besoin par quelques lavages antiseptiques, avec de l'eau boriquée à 3 pour 100 par exemple. Mais, il faut toujours employer des antiseptiques très dilués, de peur d'augmenter l'irritation et la desquamation de l'épithélium buccal ; ce serait, en effet, priver la bouche de son

moyen de protection le plus efficace à l'égard des bactéries, ce serait agir contre le but qu'on se propose.

Grosz (de Buda-Pesth) emploie comme moyen prophylactique chez tous les nouveau-nés sains de son service, les attouchements, quotidiens de la pointe de la langue à l'aide d'une brosse douce, imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100.

c) L'acidité du milieu buccal sera combattue par les alcalins. Trois ou quatre fois par jour, la bouche de l'enfant sera nettoyée soigneusement avec un tampon d'ouate imbibé d'eau de Vichy, d'eau de chaux, ou d'une solution de bicarbonate de soude à 5 pour 100, de façon à enlever l'enduit crémeux ; puis, elle sera badigeonnée avec un tampon d'ouate ou un pinceau trempé dans un collutoire boraté formulé ainsi :

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Glycérine pure..... | 20 grammes |
| Borax .....         | 5 —        |

Le miel, qui peut fermenter dans la bouche, ne doit pas être employé pour le collutoire ; on se sert toujours de la glycérine. On peut aussi ajouter au borax du bicarbonate de soude, ou remplacer ce sel par du benzoate de soude, du chlorate de soude, ou du carbonate de soude.

Le traitement par les alcalins suffit habituellement pour guérir le muguet buccal. Mais quand la stomatite est très résistante, et surtout quand le muguet a gagné le pharynx, l'œsophage ou l'estomac, ce qui tient souvent à une véritable intoxication acide, produite sous l'influence de la gastro-entérite, les lavages et badigeonnages de la bouche ne suffisent plus : il faut administrer les alcalins à l'intérieur. On s'adressera alors soit à l'eau de Vichy pure ou mêlée au lait, soit au borate de soude pris en potion à la dose de 0,50 à 2 grammes par jour.

M. Hutinel préfère à l'administration interne des alcalins, qui sont souvent mal supportés chez les enfants, les lavages de l'estomac avec de l'eau de Vichy.

Ces lavages se font deux fois par jour, au moyen d'une sonde de Nélaton n° 20, reliée par un tube en verre à un tuyau en caoutchouc, dont l'autre extrémité s'adapte à un entonnoir de verre. La sonde est facilement déglutée par l'enfant et introduite jusque dans l'estomac. On verse alors 150 grammes d'eau de Vichy dans l'entonnoir tenu élevé, puis quand presque tout le liquide est passé dans l'estomac, on abaisse rapidement l'entonnoir, et l'estomac se vide comme au moyen d'un siphon. Cette manœuvre est répétée deux ou trois fois, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

3o Il est des cas de muguet fort rebelles, qui ne cessent pas par l'emploi des alcalins ; l'usage des antiseptiques est alors indiqué.

Presque toutes les substances antiseptiques ont été essayées : la nitrate d'argent à 2 ou 3 pour 100, l'acide borique à 4 pour 100, le permanganate de potasse à 1 pour 250, le sublimé à 1 pour 2,000, l'eau oxygénée, le perchlorure de fer, peuvent être em-

ployés sous forme de badigeonnages, répétés une ou deux fois par jour. Mais, ces substances ont le grand inconvénient d'être irritantes et toxiques, et doivent toujours être maniées avec la plus grande prudence chez les enfants ; l'acide phén. que est absolument proscrit.

On a encore employé la saccharine (Fourrier) : cinq badigeonnages par jour, avec une cuillerée à café dans un verre d'eau de la solution suivante :

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Saccharine.....   | 1 gramme |
| Alcool à 60°..... | 50 —     |

Baginsky ordonne la résorcine à l'intérieur : toutes les deux heures, une cuillerée à dessert d'une solution de résorcine à 1 pour 100 ou 1 pour 200.

Ce sont là des remèdes auxquels on ne doit, chez les enfants, recourir qu'à la dernière extrémité, si le traitement par les alcalins a complètement échoué. Or, dans la grande majorité des cas, les lavages de la bouche avec des solutions alcalines, l'application des collutoires alcalins et le lavage de l'estomac à l'eau de Vichy, font merveille.

Lorsque le muguet se montre rebelle à ces moyens, c'est le plus souvent que l'état général est fort grave, et, dans ce cas, le petit malade est emporté rapidement.

---

## PRATIQUE MEDICALE

---

### Traitement du muguet par le tampon boriqué

---

M. le professeur Th. Escherich (de Graz) a dernièrement essayé dans sa clinique un nouveau traitement du muguet, lequel traitement, fort simple, lui a donné des résultats très satisfaisants.

Ce traitement consiste à donner à l'enfant un tampon à sucer qu'on prépare de la façon suivante :

On prend un petit tampon d'ouate hydrophile stérilisé qu'on saupoudre de 0,20 centigrammes environ d'acide borique finement pulvérisé et contenant une petite quantité de saccharine. Le tampon ainsi préparé est alors ficelé dans une petite bande stérilisée de soie ou de batiste fine, et mis dans la bouche de l'enfant, ordinairement un nourrisson.

Les enfants acceptent fort bien ce tampon qu'ils sucent toute la journée, dans l'intervalle des repas, et que souvent ils gardent même pendant la nuit dans la bouche. La salive dissout peu à

peu l'acide borique, et la cavité buccale se trouve ainsi constamment baignée par un liquide relativement antiseptique, qui va détruire l'*oidium albicans* et empêche sa pullulation. Le tampon est renouvelé toutes les vingt-quatre heures, et, pour qu'il reste propre quand l'enfant ne s'en sert pas, on le met dans un verre stérilisé, pourvu d'un couvercle.

L'effet de ce traitement, employé à l'exclusion de toute autre médication, est très remarquable dans les cas récents. Dans ces cas notamment le muguet disparaît presque complètement au bout de vingt-quatre heures, et, au bout de quarante-huit heures, on n'en trouve plus trace, et cela sans qu'il soit survenu de la stomatite, de l'inappétence ou des troubles digestifs.

Dans les cas anciens ou dans lesquels le muguet est très étendu, on obtient les mêmes résultats si l'on a soin de nettoyer préalablement la cavité buccale du muguet qui la recouvre. Ce nettoyage mécanique se fait avec un tampon ou un linge ou un pinceau, trempé dans une solution antiseptique quelconque.

Ce traitement n'a jusqu'à présent échoué que chez les nourrissons pour ainsi dire moribonds, incapables d'exécuter des mouvements de succion, et dont le muguet recouvrait en nappe la bouche et le pharynx.

---

## Le traitement de l'athérome

---

Dans une autre très remarquable clinique, le professeur Potain a exposé ses idées sur le traitement et l'hygiène de l'athérome artériel, que nous résumerons en quelques lignes.

Les lésions du début sont curables ; on peut lutter contre l'endopériartérite et contre la prolifération conjonctive initiales. Plus tard, quand il y a dégénérescence graisseuse ou calcaire, la lésion est inattaquable. La conclusion est donc que la curabilité de la maladie dépend de la proportion entre les lésions en activité, en voie d'évolution, et les lésions de dégénérescence, et, aussi que pour la thérapeutique à employer, il faudrait apprécier l'état des lésions. Mais à côté des plaques calcaires, il en est d'autres qui sont à l'état de prolifération conjonctive. Par suite, il n'y a rien d'absolu dans le pronostic de la curabilité, et, d'autre part, en intervenant avec la certitude d'être impuissant contre des cicatrices ou des foyers de dégénérescence, on a toujours l'espoir d'agir contre les foyers jeunes et d'empêcher de nouvelles formations morbides.

Le traitement à mettre en œuvre contre l'endartérite proliférante, c'est le traitement ioduré.

M. Potain prescrit l'*iodure de sodium* à la dose de 0.30 à 0.60 centigrammes, ou bien l'iode unie ou tannin, sous forme de sirop iodotannique.

A l'iode, on associe l'arsenic et on alterne de manière à poursuivre la médication pendant de long mois. Après 3 semaines d'iodure, on accorde huit jours de repos en faisant prendre l'arsenic (sous forme de granules de Dioscoride), et le quinquina.

La médication des accidents doit être connue de tous. S'il s'agit d'ischémie, il faudra faciliter la circulation. On emploiera la trinitrine, les stimulants diffusibles, l'alcool. Et cette conduite sera sage et profitable au malade si réellement une action spasmodique est en jeu. Mais dans les cas d'accidents cérébraux par congestion de voisinage, la même pratique que je viens de donner comme excellente sera désastreuse. Il importe donc que vous pesiez attentivement dans quelle mesure il y a spasme et dans quelle mesure il y a état congestif. Si ce dernier l'emporte, vous saignerez le malade. C'est dans des cas semblables que les anciens obtenaient de bons résultats en appliquant des sangsues à l'anus.

S'il faut savoir intervenir quand les accidents éclatent, il est encore préférable de chercher à les prévenir. Les malades s'ingénient eux-mêmes à trouver les moyens pour les éviter. Se sentant accablés, ayant des brisements des membres, voyant l'insuffisance de leurs fonctions, ils ont recours à toutes sortes de procédés pour essayer de se relever. Et alors, ils boivent des liqueurs réconfortantes et l'eau de mélisse doit les régénérer ; ils ont recours aux médications, issues des découvertes de Brown-Séguard. Ces médicaments utiles entre les mains d'hommes instruits et honnêtes, ont causé de formidables accidents chez les gens dont l'ambition était de se rajeunir, mais qui n'ont fait en les employant que préparer leur mort. Il faut se résigner à avoir son âge ; et se stimuler, donner à ses organes un appétit pour le sang que les artères ne pourront contenter, c'est jouer un jeu dangereux.

Il faut éviter à l'économie tous les à-coups. Il faut détourner d'elle toute suractivité passagère à laquelle elle n'est pas habituée ou dont elle est déshabituée. La désaccoutumance est dangereuse, quand on veut la rompre, et c'est pourquoi l'inertie est aussi mauvaise que le trop d'activité. Un exercice modéré de toutes les fonctions est utile. C'est le bon côté de la médication d'Értel qui habitue les gens à un travail modéré en les faisant marcher sur une pente bordée de poteaux numérotés, en leur mesurant et dosant l'exercice comme un médicament.

Recommandez donc à vos malades d'éviter les grands repas, les boissons abondantes, le travail intellectuel ; dites-leur de ne pas faire de longs voyages en voiture, plusieurs de leurs pareils s'en sont mal trouvés. Ils fuieront les émotions violentes ; plus d'un de nos hommes politiques n'y ont point résisté, car ils les subissent mal à leur âge avancé. La joie est aussi chose à craindre ; les grandes joies sont pour les jeunes gens. Pour me résumer, enfin, je puis réunir tous ces préceptes dans cet aphorisme :

L'art d'éviter les accidents de l'athérome, c'est de recommander la modération toujours, l'excitation jamais.

## Le traitement des hernies (\*)

PAR

LE DR FÉLIX LAGRANGE

Le traitement des hernies comporte trois indications : 1. réduire la hernie quand elle fait issue. 2. maintenir la partie herniée dans sa cavité naturelle ; 3. rendre impossible une nouvelle issue de la hernie. Cette dernière indication s'appelle la *cure radicale* de la hernie. On sait qu'elle est déjà bien difficile à obtenir à obtenir par l'opération sanglante. Bien que le traitement gymnastique n'y prétende pas d'une manière générale, on peut citer bien des cas où des exercices méthodiques, suffisamment persévérants, ont donné des résultats curatifs aussi durables que le bistouri.

Mais nous parlerons surtout des deux premières indications auxquelles les procédés de la Mécanothérapie permettent de satisfaire, plus sûrement et plus complètement que ceux d'aucune autre méthode.

1. La *réduction* de la hernie se fait couramment à l'aide du *taxis* ; et l'on sait que le *taxis* n'est qu'une sorte de massage manuel. La Mécanothérapie, dans les cas de réduction difficiles, peut seconder ce procédé manuel de deux façons : à l'aide du massage et à l'aide des mouvements passifs.

Le meilleur procédé de massage mécanique dans un cas de réduction difficile est le massage par trépidation. On sait en quoi il consiste et quelle variété de formes présentent les branches terminales du grand *vibrateur* de Zander. Suivant le siège, le volume et le degré de résistance de la partie herniée, on se servira soit de la grande pelote, soit de la moyenne, soit d'une des petites ; et l'on sait que, parmi celles-ci, une est conique, une autre aplatie dans le sens vertical, une autre enfin tout à fait sphérique et en caoutchouc creux, de manière à adoucir considérablement les sensations de contact, tout en transmettant des vibrations très énergiques.

L'effet du massage vibratoire est à la fois de produire une pression de dehors en dedans, comme le fait la main dans le *taxis* manuel, et de développer, en outre, grâce à la vibration, des contractions péristaltiques dans les fibres lisses de l'intestin, comme pourrait le faire l'électrisation. Ce mouvement "vermiculaire," qui se propage assez loin le long de l'intestin, sollicite les anses intestinales restées en place à attirer dans l'abdomen la partie herniée. Il faut joindre à cet effet excito-moteur de la vibration

(\*) Les Mouvements Méthodiques et la "Mécanothérapie."

un effet de circulation sur les petits vaisseaux qui sont dilatés, turgescents et augmentent le volume du paquet herniaire.

Ainsi la pression de la pelote repousse la hernie vers l'intérieur de l'abdomen, en même temps que les contractions péristaltiques développées dans l'intestin tendent à l'y attirer ; pendant que, d'autre part, l'action à la fois mécanique et vaso-motrice des vibrations en facilite la réduction en en diminuant la turgescence.

Un autre élément essentiel de réduction peut être fourni par certains mouvements qui s'exécutent dans l'attitude de la flexion *passive* du tronc. On a déjà fait ressortir l'efficacité de ces exercices. Lucas-Championnière a communiqué à l'Académie de médecine une série d'observations d'où ressort l'utilité des exercices modérés de bicyclette, sinon pour guérir les hernies, au moins pour les faire disparaître. La Mécanothérapie nous offre beaucoup d'exercices, plus méthodiques que le sport vélocipédique et qui permettent d'arriver plus sûrement au même résultat. D'abord l'appareil B<sup>7</sup> de Zander, qui n'est autre chose qu'une bicyclette fixe, dans laquelle l'effort musculaire est presque complètement annulé, le mouvement pouvant conserver une amplitude aussi grande qu'on le désire. Cet appareil permet de satisfaire à un desideratum signalé par Championnière dans l'usage commun de la bicyclette : c'est l'abaissement facultatif du siège et, par conséquent, l'augmentation du degré de flexion des lombes sur l'abdomen. Plus le siège est bas et plus se trouve diminuée la tension abdominale (et, par conséquent, la poussée du dedans au dehors qui tend à faire sortir l'intestin), plus se trouve augmenté l'effet de massage exercé par la cuisse sur le pli de flexion de l'aîne, c'est-à-dire la pression répétée qui tend à repousser l'intestin dans l'abdomen. Disons, en outre, que, dans l'appareil B<sup>7</sup>, le patient repose, non sur une étroite selle, comme dans la machine de sport, mais sur un siège large et confortable, qui en permet l'usage aux malades de tout âge. Enfin, la disposition des pédales est telle que le malade peut être assis beaucoup plus en arrière que dans la bicyclette usuelle.

Il y a un autre exercice, celui-là tout à fait *passif*, plus spécialement indiqué que tout autre pour favoriser la rentrée des hernies, c'est la *flexion passive du bassin*, telle que la provoque l'appareil E<sup>8</sup>, représenté figure 38. C'est le même appareil qui est employé pour obtenir la réduction spontanée des hémorroïdes (p. 269) et des prolapsus utérins. Le malade se couche sur un plan horizontal formé de deux planches capitonnées, juxtaposées bout à bout. La crête iliaque doit correspondre à la ligne d'affleurement de ces deux planches, dont l'une, celle qui correspond aux membres inférieurs et au bassin, se soulève et retombe d'un mouvement lent et régulier, en formant avec le plan horizontal un angle de 45 degrés maximum, dont le sommet correspond aux pieds, et l'ouverture à l'abdomen.

Ces alternatives de flexion forcée et de retour à l'extension, pendant lesquelles la paroi abdominale demeure dans le relâche-

ment complet (puisque les muscles n'ont aucun rôle actif) favorisent au plus haut degré le retour dans les cavités abdominales de toutes les parties solides ou liquides qui pouvaient en être sorties. Le patient, au moment de la flexion, semble, suivant une image triviale mais expressive, " avaler son ventre." Il se produit un véritable effet d'*aspiration abdominale*, dont on a très nettement conscience quand on subit ce mouvement et qui est vraisemblablement dû à la propagation plus facile de l'aspiration thoracique à toute la masse viscérale, momentanément libérée de la tension des muscles. On favorise, du reste, beaucoup cet effet, qu'on pourrait appeler le *reflux des viscères*, en faisant coïncider une profonde *inspiration* avec chaque temps de flexion forcée du bassin.

Le docteur Vermeulen a imaginé une autre manière d'employer l'appareil E<sup>3</sup> dans le traitement des hernies — comme aussi dans celui de toutes les " descentes " et de toutes les *ptoses* en général : — c'est de faire coucher le patient, non plus à plat ventre mais sur le dos. Dans cette attitude, les viscères se trouvent soumis, au moment où la planche mobile se soulève, aux conditions dans lesquelles agit le plan de renversement de Chéron. Depuis fort longtemps, le docteur Chéron, ce distingué praticien, utilise, pour le traitement des ptoses viscérales, la position oblique renversée, et il a imaginé, pour appliquer ce traitement, un plan horizontal susceptible de s'incliner dans une direction telle que le bassin de la personne qui s'y couche soit plus élevé que sa tête. Les malades atteints d'*entéroptose*, de *hernies*, de *prolapsus utérins* ou d'*hémorroïdes* sont soumis, sur cet appareil, à des séances de position " renversée " dont ils retirent le plus grand profit. L'appareil de Zander pourrait constituer un plan de renversement semblable à celui de Chéron : il suffira pour cela d'arrêter et de fixer l'appareil dans le moment où il fait son angle de 45 degrés. Mais il est préférable de l'utiliser pendant qu'il est en mouvement - le patient supportent mieux la position renversée quand elle alterne à courts intervalles avec la position horizontale.

Tels sont les moyens que nous offre la Mécanothérapie pour faciliter la rentrée des parties herniées dans leur lieu habituel de domicile. La troisième indication du traitement est de les y maintenir.

Cette troisième indication du traitement des hernies revient à modifier les conditions qui favorisent la production des hernies dites " de faiblesses," tout en veillant à ne pas provoquer les causes qui peuvent produire les hernies dites " de force." Or les premières, qui sont permanentes chez les sujets disposés aux hernies, consistent dans la faiblesses des muscles qui soutiennent les viscères et tendent les anneaux aponévrotiques de l'abdomen. Les autres, qui sont passagères et accidentelles, résultent de la compression exagérée que peuvent infliger aux viscères de la cavité splanchnique les mouvements d'un *effort abdominal*.

La formule du traitement sera donc de faire travailler méthodiquement les muscles de la paroi abdominale et du plan

cher du bassin, dans la mesure voulue pour en augmenter la force sans produire de compressions viscérales excessives : c'est-à-dire, pour prendre un criterium précis, sans provoquer le phénomène de l'effort abdominal.

Or l'expérience nous enseigne que la meilleure condition pour fortifier et même développer les muscles n'est pas l'intensité de l'effort musculaire, mais sa répétition fréquente. Il est même des systèmes athlétiques, visant à porter au maximum le développement des muscles, qui préconisent l'emploi quotidien des exercices de *petits poids*. Tel est le système du célèbre athlète Sandow, qui fait soulever cent fois de suite un altère de 4 livres par des sujets qui auraient la force de soulever 40 kilogrammes.

Il faudra, chez les hernieux, choisir toute la série des appareils qui mettent en jeux les muscles abdominaux et les muscles du plancher périnéal, en ayant soin de graduer la résistance du contrepois à un degré très inférieur à la force des muscles actionnés. On compensera le peu d'énergie de chacun de ces mouvements actifs en en multipliant le nombre, et l'on aura soin, pour se mettre à l'abri de toute compression viscérale, de faire faire l'inspiration pendant la période active du mouvement. On sera sûr ainsi de maintenir la glotte ouverte et, par conséquent, d'éviter la condition essentielle de l'effort.

Quant à l'énumération des appareils à mouvements actifs indiqués pour les hernieux, elle serait absolument identique à celle des appareils qui conviennent pour les dyspeptiques, les constipés, etc. En un mot, elle comprendrait tous les appareils de la gymnastique *abdominale*, en y ajoutant les appareils de la gymnastique *gynécologique*, qui visent à fortifier le plancher du petit bassin. Nous verrons qu'il faut préconiser, dans ce but, l'appareil A<sup>5b</sup> pour le mouvement d'adduction active des jambes dans la position demi-couchée. Dans cette position, il est d'observation que le travail des adducteurs de la cuisse provoque la contraction synergique des muscles du périnée (voir fig. 39, p. 270).

*Pansements au salicylate de méthyle.* M. Gallois.— Depuis quelque temps j'ai employé le salicylate de méthyle en pansements pour certaines affections.

J'ai obtenu de bon résultats dans des cas de : furonculose, abcès sous-unguéal, adénite suppurée, etc.

Pour faire le pansement, je conseille d'imprégner un linge ou un peu de coton hydrophile de salicylate de méthyle pur, et de recouvrir d'un imperméable. Le pansement doit être renouvelé tous les jours.

Les seuls inconvénients sont l'odeur et un peu de douleurs, de cuisson, qui disparaît généralement à partir du troisième pansement.

## Congrès international de médecine de Paris, 2-9 août 1900

Le comité exécutif français rappelle aux membres du corps médical canadien les articles du Règlement contenant les conditions d'admissibilité au congrès et d'inscription pour communications dans les sections.

### I. CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU CONGRÈS

Seront membres du congrès :

1. Les docteurs en médecine qui en feront la demande.
2. Les savants qui seront présentés au comité exécutif français par leur comité national.

Tout membre au congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 francs (\$5.00) au trésorier général du congrès, Dr Duflocq, 64 rue de Miromesnil, Paris, ou au Dr J. T. Loranger, secrétaire, 999 rue Saint-Denis, Montréal. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier ou à leur comité national, les membres du congrès devront écrire lisiblement leurs noms, qualités et adresse, joindre leur carte de visite et indiquer dans laquelle des 27 sections et sous-sections ils veulent se faire inscrire.

### II. CONDITION D'INSCRIPTION POUR COMMUNICATIONS DANS LES SECTIONS

Tout membre du congrès qui désire faire une communication dans sa section devra faire parvenir au secrétaire de cette section, avant le 1er mai 1900, le titre et le résumé de sa communication.

Pour faciliter cette formalité, le comité exécutif rappelle les noms et adresses des secrétaires des sections à Paris :

1. Anatomie comparée : Auguste Petit, 6 rue Saint-André des Arts.
2. Anatomie descriptive : Riffel, 7 rue de l'École de Médecine.
3. Histologie et Embryologie : Retterer et Loisel, 15 rue de l'École de Médecine.
- Physiologie, Physique et Chimie biologiques : Dastre à la Sorbonne ; Gley, 14 rue Monsieur le Prince ; Weiss 23 avenue Jules-Janin.
5. Pathologie générale et Pathologie expérimentale : Charrin, 11 avenue de l'Opéra ; Roger, 4 rue Perreault.

6. Anatomie pathologique : Letulle, 7 rue de Magdebourg.
7. Pathologie interne : Rendu, 28 rue de l'Université ; F. Vidal, 155 boulevard Haussmann.
8. Médecine de l'Enfance : Marfan, 30 rue de la Boétie.
9. Thérapeutique : Gilbert, 27 rue de Rome.
10. Pharmacologie, Chassevant, 70 rue de Rennes.
11. Matière médicale : Chassevant, 70, rue de Rennes.
12. Neurologie : P. Marie, 3 rue de Cambacérès.
13. Psychiatrie : Ant. Ritti, Asile de Charenton, Seine.
14. Dermatologie et Syphiligraphie : G. Thibierge, 7 rue de Surennes.
15. Chirurgie générale : Walther, 21, boulevard Haussmann.
16. Chirurgie de l'Enfance : A. Broed, rue de l'Université ; Villemin, 58 rue de Notre-Dame-des-Champs.
17. Chirurgie urinaire : Desnos, 31 rue de Rome.
18. Ophthalmologie : Parent, 26 avenue de l'Opéra.
19. Laryngologie, Rhinologie : Lermoyez, 20 bis rue de la Boétie.
20. Otologie : Castex.
21. Stomatologie : Dr Ferrier, 22, rue Boissy d'Anglas.
22. Obstétrique : Dr Champetier 28, rue de l'Université.
23. Gynécologie : Dr Hartman, 4, Place Malesherbes.
24. Médecine légale : Dr Mottet, 161, rue de Charrol. Dr Thoinot, 8 rue de l'Odéon.
25. Médecine et chirurgie militaires, M. Catteau, au ministère de la guerre.
26. Médecine navale : M. Langier, ministère de la marine.
27. Médecine coloniale : M. Kermorgant, ministères des colonies.

---

## NOTES DIVERSES

---

*A. Martin. Les suites de l'ovariotomie.*— Sous ce titre, l'auteur étudie les complications tardives qui peuvent survenir chez les ovariectomisées, à savoir la distension de la cicatrice, une hernie secondaire et des troubles généraux résultat du défaut de sécrétion interne des ovaires enlevée au cours de l'opération.

Pour ce qui est de la distension de la cicatrice, un ancien travail d'Abel a montré, qu'avec l'asepsie et la suture à étages, le nombre des hernies secondaires a considérablement diminué. Le même fait ressort aussi de la statistique personnelle de M. Martin.

Ainsi, sur 350 ovariectomies faites jusqu'en 1895 chez des malades ayant pu être suivies, les cicatrices défectueuses furent trouvées dans 41 pour 100 des cas ; et sur ce nombre, la moitié

avait des hernies. Par contre, sur les 89 cas opérés depuis 1897, et dans lesquels on a fait la suture à étages, les cicatrices défectueuses avec hernies ne furent notées que chez sept malades, soit dans 8,9 pour 100 des cas.

A l'occasion de cette enquête, on a pu constater que le port d'une ceinture avec ou sans pelotte à compression n'exerce aucune influence sur la solidité de la cicatrice ou sur la formation ultérieure de la hernie. Un autre fait qui a été mis en évidence, c'est que ces hernies, comme on le savait déjà, sont, dans l'énorme majorité des cas, indolores, c'est-à-dire qu'elles n'occasionnent pas de douleurs ni de troubles fonctionnels.

Quant au traitement de la distension de la cicatrice, avec ou sans hernie, c'est, d'après l'auteur, l'excision du tissu distendu avec suture, cette fois, en étages. Sur neuf femmes opérées de cette façon depuis plus de deux ans, une distension de la nouvelle cicatrice n'a été notée que dans un cas. Sur neuf autres, opérées depuis plus d'un an, six ont pu être suivies : chez aucune d'elle il n'y a eu de récurrence. D'une façon générale, les résultats sont meilleurs chez les femmes chez lesquelles les bords de la cicatrice sont durs, presque tranchants, que dans les cas où ces bords sont mous et flasques.

Pour ce qui est de phénomènes résultant de l'absence de la sécrétion ovarienne, l'auteur a essayé de les combattre par l'administration de l'ovarine. Ce traitement a donné les résultats suivants :

Chez trente femmes ayant subi l'ablation des deux ovaires (soit pour néoplasme, soit pour ovarite) et qui furent traitées par l'ovarine, quatorze se sont déclarées notablement améliorées, mais, chez les autres, l'amélioration n'a été que passagère ou même nulle. Chez trente-neuf autres chez lesquelles les ovaires ont été enlevés en même temps que l'utérus, le traitement par l'ovarine a donné des résultats plus ou moins appréciables dans 17 cas, des résultats nuls dans 14 cas ; huit malades seulement furent définitivement débarrassés de leurs troubles.

R. ROMME.

*Communication sur le traitement de la pneumonie par la saignée et les injections hypodermiques de sérum artificiel.* M. Regnaud (de Marseille).—Chez les sujets vigoureux atteints de pneumonie grave, j'ai conseillé de pratiquer une saignée de 150 à 300 grammes suivie d'une injection hypodermique de 200 à 600 grammes d'eau salée à 7 pour 1000. Dès la fin de l'injection (qui a toujours été hypodermique), une amélioration parfois surprenante a été notée dans la physionomie du malade, dans la cyanose des extrémités, dans l'énergie et la régularité du cœur, dans la tension artérielle. Après une période réactionnelle plus ou moins intense, durant laquelle les phénomènes semblaient s'aggraver, il s'est produit une véritable crise artificielle : abaissement brusque de la température, débâcle urinaire (hypoazoturie), sudorale et intestinale. Cette crise a été souvent définitive ; après elle, le malade entrait

immédiatement en convalescence. Quelquefois, cependant, il a été nécessaire de renouveler l'injection de sérum.

*Préparation et propriétés de la levure sèche.* M. Adrian.—J'ai pu préparer cette levure en soumettant la levure fraîche à une dessiccation rapide à basse température, et en faisant absorber l'humidité par des substances étrangères inertes. On obtient ainsi un produit qui a conservé la coloration grisâtre de la levure fraîche, son odeur vive de levain. Lorsqu'on l'examine au microscope, on constate que les cellules sont restées rondes et sont seulement plus petites que dans la levure fraîche. La levure sèche conserve intactes les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la levure ; elle est capable, en effet, de faire fermenter en trois ou quatre heures une solution sucrée, à la température de 20° ou 25°. Elle agit efficacement sur certaines dermatoses.

Si nous voulons interpréter les faits connus, au point de vue de l'analyse physiologique de l'action de la levure, nous devons nous en tenir à ce qui est établi. L'expérience nous montre qu'une levure sèche, qui ne contient que l'invertine, est inactive ; donc les propriétés de la levure préparée selon mes procédés sont dues soit à une zymase restée intacte, soit à l'action du ferment vivant.

Reste maintenant à savoir si l'extraction convenable des zymases totales, ou, mieux encore, de la zymase vraiment active de la levure, ne permettrait pas de substituer avantageusement celle-ci à la levure sèche elle-même. J'ai déjà entrepris des recherches dans cette direction, mais elle ne sont pas encore terminées.

*Traitement de dysenterie aiguë.* M. André Martin.—Le traitement rationnel de la dysenterie aiguë, sous toutes les latitudes, doit être différent de celui de la diarrhée simple. A la fois diététique et thérapeutique, il doit reposer sur l'asepsie des voies digestives.

Cette aepsie peut être obtenue, dès le début, par la méthode évacuante en général, par les purgatifs salins, en particulier, auxquels se rattache l'ipéca, et par le régime exclusivement maigre.

Les antiseptiques chimiques ne jouent qu'un rôle auxiliaire et ne peuvent que seconder l'action des deux premiers procédés.

Certaines formes, et, dans toutes, certains phénomènes fournissent des indications spéciales et formelles. Au phénomène douloureux, répondent les bains de siège chauds et les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ou d'acide phénique.

Aux évacuations et aux hémorragies profuses répondent encore l'ergotine ou l'ergotinine, les bains de siège et aussi les irrigations rectales chaudes, simples ou additionnées d'antiseptiques : naphthol b, permanganate de potasse, acide borique, etc.

Le collapsus, l'adynamie ne réclament pas seulement l'éther et la caféine, mais les injections salines qui, chez les enfants surtout, ont une efficacité bien supérieure.

En aucun cas, à aucune période de la maladie, ne doivent

être employés l'opium donné par la bouche ou le rectum, le sous-nitrate de bismuth, le tanin, le ratanhia, le nitrate d'argent ou l'acétate de plomb en lavement, etc., ni, en général, aucun des médicaments qui ont une action d'arrêt sur les glandes de l'intestin.

*Intoxication bizarre par l'antipyrine.* M. Klein.—J'ai observé le cas d'une femme de vingt-neuf ans, chez laquelle une dose de 50 centigrammes d'antipyrine provoqua, une demi-heure après l'absorption, une éruption papuleuse localisée au côté gauche du corps.

Cette éruption se produisit dans la suite, non seulement chaque fois que la malade absorbait de l'antipyrine, mais même par simple contact, lorsqu'elle maniait de l'antipyrine entre ses doigts.

Pour s'assurer qu'il ne s'agissait pas là de phénomènes hystériques, je versai, à l'insu de la malade, de l'antipyrine dans son café.

L'éruption se reproduisit.

M. BIZE.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Les Mouvements Méthodiques et la " Mécanothérapie " par le Dr Fernand Lagrange. Félix Alcan, éditeur.

Ce livre est comme le complément de la *Medication par l'exercice*, où ont été étudiées, d'une manière générale, toutes les formes de mouvements corporels que peuvent utiliser l'Hygiène et la Thérapeutique.

Ici, l'auteur a voulu restreindre son étude à une forme particulière de mouvements, les *Mouvements Méthodiques*, afin de pouvoir entrer plus à fond dans les détails pratiques du sujet.

On sait que les mouvements " méthodiques " ne sont pas les seuls applicables au développement du corps, à la conservation de la santé et au traitement des maladies. Le précédent volume passait, justement, en revue, à côté des exercices réglés et prescrits, toute une série d'exercices *libres*, dont la Thérapeutique et l'Hygiène peuvent tirer aussi très bon parti : jeux de plein air, exercices de sport, mouvements naturels et spontanés.

Mais les mouvements méthodiques, eux-mêmes, peuvent être appliqués suivant des méthodes diverses. Bien des procédés différents ont été proposés et expérimentés pour provoquer systématiquement des mouvements, pour en régler la forme, l'étendue et le degré d'énergie. Ce travail se limitera à un seul de ces procédés, à celui qu'on peut dire sans conteste le plus com-

plet et le plus sûr de tous, au procédé " mécanique " ou *Mécanothérapie*.....

Toutefois, le lecteur ne devra pas chercher ici des détails munitieux de technique sur l'emploi des appareils de mécanothérapie. L'ouvrage n'est pas écrit pour l'instruction des spécialistes qui, d'ailleurs, apprendraient bien plus vite les choses du métier dans un Institut de Mécanothérapie que dans un livre.

Ce qui importe, aujourd'hui où la Mécanothérapie est enfin installée en France, c'est d'en donner une idée aussi exacte que possible aux médecins de pratique courante en leur fournissant des documents suffisants pour qu'ils puissent prescrire, à bon escient, ce mode de traitement.

Et nous devons dire que l'auteur a pleinement atteint son but.

Nous avons lu et relu certains passages du volume avec un véritable profit. Les indications du traitement y sont exposées de manière claire et précise de même que les résultats qu'on est en droit d'en attendre. Nous signalons surtout aux lecteurs les chapitres suivants : " Le traitement hygienique, l'hygiène de la respiration, les maladies de l'appareil respiratoire, de la nutrition, du cœur, le traitement préventif des déviations, le traitement des déviations confirmées, des troubles de la coordination motrice, le traitement des hernies, chapitre que nous avons voulu reproduire.

---

## NOTES DIVERSES

---

La diphtérie vient de se déclarer à Herkirner, N. Y.

On craint que la famine actuelle qui sévit dans l'Inde ne soit encore plus désastreuse que celle de 1896.

On signale tous les jours de nouveaux cas de fièvre jaune à Miami et à Key West.

La picotte fait des ravages sérieux au Texas.

Les médecins de la république Argentine ont formé une ligue antituberculeuse.

Les cas de maladies infectieuses sont de plus en plus fréquents à Liverpool.

*The Lancet* existe depuis 76 ans, le premier numéro a été publié le 5 octobre 1823.

Depuis 1882, la syphilis a augmenté de quinze par cent dans l'armée anglaise.

Suivant les statistiques, le soleil luit 3,000 heures en Espagne, pendant l'année, 2,700 en Italie, 2,600 en France, 1,700 en Allemagne, et seulement 1,400 en Angleterre.