

MALADIES
de
L'INTESTIN

Lactimase

Ferment lactique pur 2 à 6 comprimés par jour
COUTURIEUX, 57 Av. d'ANTIN
Paris.

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



JUILLET 1911

SOMMAIRE

- 481.—L'ulcus du duodénum par le Dr Albert Mathieu (*suite*).
490.—L'exploration radiographique de l'estomac par le Dr Paul Aubourg.
493.—Quelques mots sur le « Caecum mobile », par le Dr Pierre Duval.
503.—Technique de l'examen du rectum colon terminal, par le Dr R. Bensaude.
508.—Techniques pratiques d'exploration gastrique, par P. Carnot et P. Baufflé.
518.—Régime habituel des artérioscléreux, par le Dr Josué.
523.—Crampe des écrivains et épilepsie Jacksonienne. (F. L.)
625.—Bibliographie.

FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul vrai produit de ce nom
dérivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants. — Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologique et rhino laryngologique à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie. — Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- C.-R. PAQUIN, Prof. à l'Université Laval. Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Professeur à l'Université Laval. Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- A. VALLÉE, Professeur à l'Université Laval. Anatomo-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- O. LECLERC, Professeur agrégé, chargé du cours de matière médicale, Interne à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
- G. PINAULT.
- ACHILLE PAQUET.
- ALEX. EDGE.
- JOS. VAILLANCOURT.
- E.-M.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

REVUE DES JOURNAUX

L'ULCUS DU DUODENUM

(Suite)

Par le Dr Albert MATHIEU,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Mais, à côté de l'ulcus juxta-pylorique dénommé à tort ulcus duodénal par les Anglo-Américains, il y a des cas d'*ulcus duodénal vrai*, dans lesquels l'ulcération siège à distance du pylore, en plein duodénum, sans aucun contact avec l'anneau pylorique sans que celui-ci soit entamé ou touché. Ces faits d'ulcus duodénal vrai sont, à l'autopsie ou sur les pièces de résection, beaucoup plus rares que les faits d'ulcus pylorique ou d'ulcus mixte. Sur 22 pièces d'autopsie et 11 pièces provenant de résections chirurgicales recueillies par J. Moutier et par moi depuis trois ans, nous avons trouvé 29 fois un ulcus gastrique ou gastro-pylorique sans lésion ulcéreuse ou cicatricielle du duodénum, 3 fois un ulcère du duodénum adjacent à l'anneau pylorique qui était légèrement entamé par la lésion ulcéreuse, et une fois seulement un ulcus de 12 millimètres de diamètre situé en plein duodénum, à un centimètre et demi de la falaise pylorique. Depuis cette époque, sur

Syphilis
Artério-sclérose, etc.
(Ioduro-Enzymes)
Todure sans Todisme

Todurase

de COUTURIEUX.

57, Ave. d'Antin, Paris,
en capsules dosées à 50 ctg. d'iodure et 10 ctg. de Levurine.

une trentaine d'interventions chirurgicales, j'ai vu, avec Ricard et Labbey, 2 cas d'ulcus situé à l'union de la première avec la seconde partie du duodénum. D'après Souligoux, ses collègues de l'hôpital Tenon: Ménétrier, Caussade, Gouget, Parmentier, qui surveillent d'une façon fort attentive toutes les autopsies de leur service, lui ont affirmé que pour eux l'ulcère du duodénum était environ cinq fois moins fréquent que l'ulcus gastrique.

Il semblerait donc, en somme, que si l'ulcus du duodénum est peut-être plus fréquent que ne l'admettait H. Collin, il reste notablement plus rare que l'ulcus gastrique d'une façon générale, mais plus particulièrement encore que l'ulcus pylorique et juxta-pylorique.

IV. *Tableau symptomatique de l'ulcus duodénal vrai.*—Si l'ulcus duodéno-pylorique et même l'ulcus duodénal situé dans le voisinage immédiat du pylore se confond complètement par sa physiologie pathologique et par sa séméiologie avec l'ulcus pylorique et juxta-pylorique, il n'en est pas de même pour l'ulcus duodénal vrai, c'est-à-dire pour l'ulcus situé en plein duodénum, à distance du pylore. Les observations rapportées récemment à la Société de chirurgie par H. Delagènière, Tuffier et Souligoux, et celles que nous avons nous-mêmes présentées à la Société médicale des hôpitaux, auxquelles nous pouvons ajouter un cas récent d'une netteté schématique, pourraient servir à en établir le tableau clinique, et ce tableau, nous le reconnaissons avec plaisir, ne diffère pas dans ses traits essentiels de celui qu'avait tracé Bucquoy, il y a près d'un quart de siècle, dans sa magistrale étude.

Il convient du reste de décrire des formes cliniques différentes, suivant que l'ulcus duodénal est récent ou invétéré, simple ou compliqué.

Ulcus récent.—Ici il convient de distinguer la *forme latente* et la *forme commune*.

Ulcus latent.—L'ulcus latent du duodénum est relativement fréquent. Depuis longtemps on sait que la perforation est une

complication grave de l'ulcus du duodénum, et Dieulafoy a insisté avec raison sur les cas dans lesquels cette perforation survient d'une façon inattendue chez des malades qui ne présentaient auparavant que des phénomènes vagues et imprécis de dyspepsie ou même qui paraissaient jusqu'aux derniers jours présenter une santé excellente.

Deux des malades cités par Tuffier à la Société de chirurgie n'auraient éprouvé que des malaises digestifs si légers qu'ils n'avaient jamais consulté un médecin.

Forme commune.—Ce que nous venons de dire de l'ulcus duodénal latent montre combien il est difficile de fixer la date de début de cette lésion. Comme, d'autre part, l'ulcus duodénal procède habituellement par poussées paroxystiques plus ou moins prolongées et quelquefois séparées les unes des autres par des mois ou des années de digestion très bonne ou de dyspepsie légère, sans gravité apparente ni caractères précis, il en résulte que, à chacune de ces poussées nouvelles, les conditions paraissent être celles d'un ulcus de date récente, bien qu'il ait pu subsister, dans la période intercalaire qui les sépare, sinon une ulcération, tout au moins des lésions cicatricielles susceptibles de prédisposer à des accidents ultérieurs.

Quoi qu'il en soit, ces poussées paroxystiques, isolées ou successives, sont caractérisées par des phénomènes douloureux et surtout des douleurs tardives que calme l'ingestion des aliments, quelquefois par des vomissements, et assez souvent par des hémorragies.

L'appétit est conservé et, s'il y a habituellement de l'hyperchlorhydrie, il n'y a aucun signe de grande dilatation de l'estomac, de sténose pylorique, ni même d'hypersécrétion stomacale marquée et persistante.

Reprenons, pour les étudier d'un peu plus près, ces différents éléments symptomatiques.

Phénomènes douloureux.—Les douleurs se produisent sou-

vent deux ou trois heures après l'ingestion des aliments; elles sont quelques fois très intenses, surtout dans les formes invétérées de l'ulcus. Elles retentissent surtout vers la droite, vers l'hypochondre droit, vers la région du flanc droit. Elles peuvent aussi retentir dans le dos; mais peut-être n'observe-t-on pas les douleurs constrictives de la base du thorax qui sont si fréquemment accusées pendant les paroxysmes de l'ulcus pylorique ou juxta-pylorique, douleurs que je crois sous la dépendance d'un spasme du pylore. Ces crises sont quelquesfois très violentes, atroces.

De plus, à la palpation de la région épigastrique, on constate souvent de l'endolorissement surtout à droite et au-dessus de l'ombilic, vers la région vésiculaire, et certains malades éprouvent spontanément une douleur dans cette région, qui s'accroît par la station debout et par la marche.

La douleur à droite a été notée par Tuffier dans trois cas. Elle existait dans les quatre cas personnels d'ulcus vrai du duodénum que nous avons eu l'occasion d'observer. Delagénère la signale également chez 4 de ses malades. Cependant, chez trois d'entre eux, le pylore était touché par la lésion. On comprend du reste qu'avec des lésions à la fois pyloriques et duodénales étendues, la symptomatologie puisse être complexe et mixte.

Dans un cas d'ulcus duodéal, à l'examen radioscopique pratiqué par Béchère, il existait un point douloureux très net au niveau de l'angle supérieur du duodénum; or, la laparotomie exploratrice, pratiquée par Labey, a montré que c'était là le siège de la lésion ulcéreuse.

Hémorragies.—Les hémorragies sont une manifestation fréquente de l'ulcus duodéal: elles ne sont, du reste, par elles-mêmes, qu'un signe d'ulcération. Seule l'existence exclusive d'hémorragies mélaniques et l'absence, la rareté ou le peu d'intensité de l'hématémèse peuvent constituer une présomption pour la localisation sous-pylorique de l'ulcération. Mais il n'y a là rien d'absolu. Il peut se faire, comme nous l'avons vu chez une ma-

lade atteinte d'un ulcus du coude qui unit la première à la seconde partie du duodénum, que l'hématémèse soit considérable et répétée, et au contraire le mélæna peu accusé. En revanche, il peut se produire que, avec un ulcus gastrique, le mélæna soit plus important que l'hématémèse.

A signaler particulièrement les suintements hémorragiques continus possibles là, comme ils le sont d'une façon générale au cours de l'ulcus.

État de l'estomac.—L'hyperchlorhydrie est la règle au cours de l'ulcus duodénal, de même qu'elle l'est au cours de l'ulcus gastrique; mais elle ne s'accompagne pas d'hypersécrétion continue dans les cas purs et typiques. On ne constate pas de liquide le matin à jeun, ou on peut n'en constater que d'une façon passagère au cours d'une exacerbation ainsi qu'en témoigne l'examen extérieur de l'abdomen, et plus nettement encore l'examen radioscopique que Béchère et moi nous avons pratiqué dans quatre cas. L'estomac n'est pas dilaté, il n'y a de contraction péristaltique visible perceptible ni à la simple inspection de l'abdomen ni à l'examen radioscopique. Ce sont là des points importants à noter, car ils indiquent l'intégrité du pylore.

Phénomènes dyspeptiques.—L'appétit est conservé; les vomissements sont plus rares que dans les cas d'ulcus pylorique.

Parfois les malades n'éprouvent que des signes de dyspepsie banale, pesanteur, malaises tardifs peu accentués avant que se produisent soit une crise douloureuse intense, soit une hémorragie mélénique, soit encore des signes de perforation.

Bucquoy avait été frappé de la facilité avec laquelle les malades, après une crise douloureuse, pouvaient se réalimenter, se remonter et réparer leur faiblesse et leur anémie. Cela se rencontre aussi, à vrai dire, au cours de l'ulcus juxta-pylorique.

Ictère.—L'ictère avait été signalé déjà au cours de l'ulcus duodénal. Il s'est montré dans un cas rapporté par Souligoux à la Société de chirurgie et dans un de ceux que nous avons présen-

tés à la Société médicale des hôpitaux. Son apparition chez les malades qui accusent des crises douloureuses et de la douleur permanente vers la région pyloro-vésiculaire est de nature à faire penser à la lithiasé biliaire et à ses complications.

Ulcus duodénal invétéré.—Dans l'ulcus duodénal invétéré, les phénomènes douloureux tendent à devenir permanents et à s'exagérer. Ils ne sont plus guère ou ne sont plus du tout calmés par l'ingestion des aliments ou du bicarbonate de soude. Les paroxysmes douloureux ne sont plus séparés par des périodes de rémission aussi franche. Tout cela s'explique par la permanence de l'ulcération, qui peut avoir déterminé la perforation des parois et la production d'adhérences avec les organes voisins et en particulier avec le pancréas. Le malade s'affaiblit, devient cachectique, et l'on se demande alors s'il ne s'agit pas, soit d'une lésion primitivement cancéreuse, soit d'un ulcéro-cancer.

Les adhérences, la péri-duodénite, la rétraction cicatricielle peuvent produire une tumeur dont il est difficile, même au cours de la laparotomie, de déterminer la nature.

Parfois, comme dans un cas de Peyrot et de Souligoux et dans un autre de Tuffier, l'évolution ultérieure montre seule qu'il ne s'agissait pas d'une lésion épithéliomateuse.

Dans l'observation de Peyrot et Souligoux, la masse indurée, constatée lors d'une première intervention, avait disparu spontanément. Six mois plus tard, il ne restait plus qu'une sténose sous-pylorique sans tumeur qui a amené à pratiquer la gastro-entérostomie, avec le plus grand succès du reste.

Formes compliquées.—L'hémorragie est un symptôme habituel; ce n'est pas, à vrai dire, une complication de l'ulcus duodénal. Cependant, elle pourrait être considérée comme telle en raison de son abondance, de sa répétition et de sa continuité, circonstances qui justifient l'admission d'une *forme hémorragique de l'ulcus duodénal*.

Les complications les plus habituelles de l'ulcus duodénal

sont la perforation suivie de péritonite localisée ou de péritonite aiguë généralisée et la transformation néoplasique.

Ulcus perforé.—Il est classique d'admettre que la perforation de l'ulcus duodénal est plus fréquente que celle de l'estomac. C'est une affirmation qu'il conviendrait de réviser avec des faits observés à la lueur des connaissances actuelles. Quoi qu'il en soit, cette perforation, qui peut éclater brusquement d'une façon imprévue au cours d'un ulcus duodénal latent, peut donner lieu, comme l'ulcus gastrique, à une péritonite généralisée ou à une périgastrite suppurée. Rappelons seulement que la perforation duodénale provoque souvent au début des phénomènes douloureux à droite vers la région pelvienne et cæcale; de telle façon que l'idée vient naturellement d'une appendicite nécrosante, suraiguë.

La forme limitée de la péritonite perforative peut produire l'abcès gazeux sous-phrénique ou sous-hépatique, ou encore donner lieu à une collection purulente qui tend assez volontiers à se propager vers l'ombilic.

Comme complication tardive, il convient de signaler la *sténose sous-pylorique*, qui, si elle n'est pas sous-vatérienne, ne se distingue en rien en clinique de la sténose pylorique.

Il ne nous est pas possible, à l'heure actuelle, de dire quelle est la fréquence relative de l'*ulcéro-cancer du duodénum*. Nous rappellerons que l'une de ces formes est l'*adénome à type brunérien* décrit par Hayem.

Diagnostic différentiel.— Nous nous contenterons ici de brèves indications.

Le problème comporte un diagnostic de lésion et un diagnostic de localisation.

Diagnostic de lésion.— C'est avec les accidents de la lithiasé biliaire que la confusion est le plus facile, en raison de l'existence de crises douloureuses sous-hépatiques qui peuvent s'accompagner d'ictère.

Dans la *lithiasé biliaire*, les crises douloureuses sont plus

espacées, de durée beaucoup moindre; elles ne sont pas quotidiennes, elles sont moins régulièrement tardives et elles ne sont pas calmées par les alcalins. Il n'y a pas d'hémorragies, pas de mélaena. Le diagnostic peut être cependant très difficile, et, dans certains cas, une opération entreprise contre une lithiase biliaire supposée a abouti à la découverte d'une lésion ulcéreuse du duodénum: nous en connaissons deux exemples.

Nous ne faisons que rappeler la nécessité du diagnostic différentiel à faire dans certains cas entre l'ulcus duodénal invétéré et l'ulcéro-cancer, entre la sténose sous-pylorique et la sténose pylorique, entre la perforation des voies biliaires et celle du duodénum. Nous laissons de côté encore toutes les possibilités exceptionnelles.

Diagnostic de localisation.—Il y a un ulcus caractérisé par les douleurs tardives quotidiennes, calmées par l'alimentation et les alcalins, par des poussées paroxystiques, plus ou moins éloignées, d'une durée de plusieurs semaines, par des hémorragies latentes ou visibles à l'œil nu, par de l'hyperchlorhydrie dans la plupart des cas.

Contrairement à ce qui se passe avec la localisation pylorique ou juxta-pylorique, il n'y a ni hypersécrétion continue durable, ni liquide à jeun, ni dilatation de l'estomac, ni contractions péristaltiques visibles.

Ces signes négatifs sont, du reste, communs à l'ulcus gastrique situé à distance du pylore et à l'ulcus duodénal vrai. Toutefois, dans l'ulcus gastrique, le plus souvent un ulcus de la petite courbure, il semble qu'il n'y ait habituellement ni le retentissement de la douleur à droite, — signalée cependant dans un cas d'Achard — ni surtout la douleur à la palpation vers la région pyloro-vésiculaire.

Traitement.—Le traitement médical de l'ulcus duodénal ne diffère en rien de celui de l'ulcus gastrique ou de l'ulcus juxta-pylorique. Il n'y aurait donc pas de sanction pratique aux efforts

faits pour établir le diagnostic différentiel de cette localisation, sans la nécessité qui s'impose, à l'heure actuelle, de réglementer avec le plus de précision possible le traitement chirurgical de l'ulcus.

Or, l'intervention chirurgicale semble plus urgente à la période initiale de l'ulcus duodénal qu'à la phase correspondante de l'ulcus pylorique ou juxta-pylorique. Il est d'une utilité beaucoup moins grande dans les cas d'ulcus gastrique vrai que dans ceux d'ulcus duodénal ou d'ulcus juxta-pylorique.

Enfin l'ulcus duodénal paraît justifier tout particulièrement l'exclusion, alors que la gastro-entérostomie suffit dans la plupart des cas d'ulcus juxta-pylorique. Les hémorragies répétées, continues comme dans un cas de Quénu, l'ancienneté de l'ulcération, l'étendue des adhérences périphériques, les poussées subaiguës de péri-duodénite justifieraient particulièrement cette exclusion. Et cela d'autant plus que le duodénum se prête mal aux résections étendues.

Nous nous contentons d'indiquer ici les termes généraux de ce problème de thérapeutique médico-chirurgicale. Il appartiendra à l'avenir de le résoudre. Il ne pourra l'être en tout cas que lorsque l'étude comparative de la clinique et de la physiologie de l'ulcus dans ses localisations diverses sera suffisamment avancée, suffisamment précisée.

L'EXPLORATION RADIOGRAPHIQUE DE L'ESTOMAC

(AÉROPHAGIE, CANCER, ULCÈRE, PTOSE, BILOCULATION)

Par le Dr Paul AUBOURG,

Chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Boucicaud.

La radiographie est actuellement d'une pratique courante comme mode d'exploration de l'estomac, pour étudier son mode de remplissage, sa forme, sa situation, ses rapports, son temps d'évacuation, sa mobilité. L'emploi des *écrans intensificateurs* en radiographie rapide, a permis, depuis quelques mois, d'obtenir couramment, même chez de forts sujets, d'excellents clichés de la poche stomacale. Je rappelle que ces écrans, qui restent un secret de fabrication, deviennent phosphorescents sous l'influence des rayons X, et émettent des radiations violettes ou ultra-violettes qui réduisent les sels d'argent, d'où la réduction du temps de pose lorsqu'on les met en contact avec le côté gélatine de la plaque. Cette diminution du temps de pose a réalisé un immense progrès en radiographie: car la brièveté de la pose est une condition majeure de l'obtention d'un bon cliché, par suite du maximum d'immobilité du malade dans le minimum du temps de pose. Et aujourd'hui il est facile d'obtenir *en moins de deux secondes* un bon cliché de n'importe quelle région. La radiographie viscérale a très largement bénéficié de la possibilité de ces radiographies ultra-rapides et j'ai pu obtenir une série de clichés de la traversée du tube digestif montrant l'anatomie morphologique et la physiologie motrice de chaque segment du tube digestif avec présentation de clichés de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle, du cæcum, de l'appendice iléo-cæcal, des côlons, du rectum.

Ces radiographies sont le complément nécessaire de l'examen radioscopique pour obtenir un examen complet par les rayons X. Radiographie et radioscopie ne sont pas deux méthodes différentes: ce sont deux temps successifs de l'examen radiologique, qui se complètent mutuellement. Et si la radioscopie de l'estomac montre le mouvement, le péristaltisme, le fonctionnement même, la radiographie donne des images durables, impersonnellement signées, de nombre de détails qui surpassent en précision et en finesse les images fugitives et personnelles aperçues sur l'écran fluorescent. La radiographie est donc l'illustration d'un moment de l'examen à l'écran et doit actuellement remplacer le simple calque qui jusqu'ici accompagnait l'examen radioscopique: le cliché est donc un calque perfectionné, à en juger par les radiogrammes présentés ces derniers temps à la Société de Radiologie médicale de Paris: cancer du pylore avec encoches caractéristiques (Béclère), radiographies du duodénum (Desternes, Aubourg), radiographies de l'intestin grêle avec les replis de Kerking (Aubourg), radiographies du cæcum tuberculeux (Desternes), radiographies d'ectopies intestinales (Chilaiditi), radiographies de sténose du côlon iléo-pelvien (Souligoux et Aubourg).

L'intérêt des clichés réside dans le fait que l'aspect de l'estomac, même normal, ne répond nullement à la description des anatomistes. Les rayons X permettent de faire la bioscopie et la biographie de l'estomac en travail, et autre chose est l'estomac du cadavre, inerte, en position couchée, le ventre ouvert, autre chose l'estomac vivant, en pleine fonction, en position habituelle, c'est-à-dire en position debout, telle que nous le prenons maintenant en radiographie.

Ces notions actuellement classiques de la forme, de la situation, des rapports, du fonctionnement de l'estomac, étudiés à l'aide des rayons X, ont une importance capitale dans la pathologie de l'organe et, sans entrer dans les détails des résultats radiolo-

giques dans toutes les affections de l'estomac, je signalerai quelques points typiques.

Tout d'abord, l'*estomac normal* descend beaucoup plus bas, qu'il n'est généralement décrit et chez l'adulte, c'est la règle de trouver le bas-fond au-dessous de la crête iliaque (87 p. 100 des cas). Pour la *ptose vraie*, d'une fréquence inattendue, il n'est pas rare de rencontrer le bas-fond au niveau du détroit supérieur: l'estomac est assis sur la vessie ou sur l'utérus. Par contre, ces ptoses et les accidents qu'elles provoquent sont très améliorés par le port d'une ceinture et un régime spécial dont il est facile de contrôler les effets locaux par un nouvel examen aux rayons X.

L'*aérophagie*, que les travaux de Leven et Barret ont mise en lumière, se rencontre couramment, et la présence d'une poche à air, qui soulève le diaphragme, explique les phénomènes cardiaques de compression après les repas, et donne lieu à une thérapeutique appropriée.

L'*ulcère de l'estomac* se traduit par une encoche sur les bords de l'estomac, douloureuse au palper sous l'écran et qui, malgré les massages locaux, ne prend pas le lait de bismuth. L'estomac est souvent le siège de contractions exagérées qui dépassent comme nombre et comme forces les contractions normales.

Le *cancer de l'estomac* se traduit, comme l'ulcère, par des encoches ou des parties, qui restent claires et déforment l'estomac: mais les contractions sont rares, s'arrêtent au niveau de la tumeur: parfois même il y a de l'antipéristaltisme. Et surtout l'évacuation de l'estomac est très retardée: c'est un signe également constaté dans les *sténoses pyloriques*; et la différence entre le temps de l'évacuation normale et de l'évacuation pathologique est une précieuse indication du degré de perméabilité du pylore et de l'état du muscle stomacal.

La *chorée de l'estomac* (Leven et Barret) est caractérisée par une excitabilité motrice remarquable de l'estomac, par une tendance aux spasmes et aux contractions du muscle gastrique et

de ses sphincters cardiaque et pylorique: c'est une maladie que peut seul révéler l'examen par les rayons X.

La *biloculation vraie de l'estomac* se révèle par des signes qui pourraient au premier abord en imposer pour une simple chorée; mais l'étude de la longueur des ondes péristaltiques, de leur forme, les précisions des clichés radiographiques, et surtout l'étude du mode d'évacuation quelques heures après l'absorption du lait de carbonate de bismuth, permettent un diagnostic précis et des indications de thérapeutique.

Ces quelques notions montrent l'intérêt de l'emploi des rayons X dans le diagnostic des lésions de l'estomac. Mais il convient de remarquer que les rayons X seuls ne donnent pas le diagnostic: ils n'en sont qu'un *des éléments*. Ils confirment le diagnostic clinique quand il est établi, l'orientent quand il est incertain, et donnent au clinicien *une* des preuves, dont le faisceau permet d'arriver à un diagnostic scientifiquement établi et par suite à une thérapeutique logique.

QUELQUES MOTS SUR LE « CÆCUM MOBILE »

Par le Dr Pierre DUVAL,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,

Chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Willms semble avoir le premier, en 1908, décrit sous le terme de « cæcum mobile » un syndrome clinique très analogue à celui

de l'appendicite chronique et qui, ne guérissant pas par l'appendicectomie, cède au contraire radicalement à la cœcexie.

De nombreux travaux, depuis 1908, ont tâché d'élucider cette question; bien que de nombreux points en soient encore très obscurs, on peut aujourd'hui essayer de distraire du syndrome appendicite chronique les troubles causés par la mobilité exagérée de l'anse iléo-cæco-colique.

Le terme « cæcum mobile » peut tout d'abord paraître mal choisi. Normalement le cæcum est mobile, il est revêtu complètement sur toutes ses faces par le péritoine; sa mobilité reconnaît comme limite que sa continuation avec le côlon ascendant fixé en arrière, et la dernière anse grêle attachée de très court par la racine du mésentère.

Par suite d'une anomalie de développement très fréquente (certains auteurs l'ont constatée dans 40 p. 100 des cas), le côlon ascendant dans sa moitié inférieure présente un méso postéro-interne; le feuillet postérieure du mésentère peut même passer directement à la face postérieure du côlon ascendant et sa racine d'insertion remonte plus ou moins haut sur le bord interne du côlon; bref, dans ces cas, il existe un segment intestinal mobile iléo-cæco-colique composé de la dernière anse grêle, du cæcum et de l'appendice, du côlon ascendant sur une plus ou moins grande hauteur. Ce segment n'est rattaché à la paroi abdominale postérieure qu'à sa terminaison même par l'accolement subit du gros intestin à la paroi abdominale postérieure et l'insertion du mésentère. Il présente une mobilité en tous sens d'autant plus grande que sa longueur est plus importante. Les troubles engendrés par cette mobilité anormale de l'anse iléo-cæco-colique constituent le « cæcum mobile ».

Etude du syndrome.—Le cæcum mobile frappe surtout la femme (75 p. 100) et l'adolescence de 15 à 25 ans (Stierlin).

Trois symptômes le composent; 1^o coliques; 2^o constipation; 3^o typhlatoxie et typhlectasie.

1° L'élément *douleur* domine : ce sont les douleurs types de l'appendicite chronique, les unes aiguës et de courte durée dans 86 p. 100 des cas (Stierlin), les autres prolongées, permanentes, sensation de pesanteur ou de tension (dans 77 p. 100 des cas, Stierlin). A la palpation, douleur au point de MacBurney.

Les douleurs aiguës peuvent s'accompagner de vomissements, sinon de pâleur, d'une sensation subite de défaillance, de nausées, parfois de perte de connaissance. Elles cèdent souvent brusquement à un changement de position bien connu des malades.

Les douleurs chroniques provoquent un état nauséux, une perte presque complète de l'appétit, et cette apathie particulière des intoxiqués intestinaux.

2° La *constipation* est variable, irrégulière et tenace, rebelle au régime ou au traitement, parfois coupée de crises diarrhéiques.

3° La *typhlatoxie et la typhlectasie* sont dévoilées par l'examen de la fosse iliaque. A la vue parfois, chez les sujets amaigris, une voussure dans la région cæcale : cette voussure peut être le siège de contractions visibles, la main peut la saisir et en apprécier le contour. Elle est élastique comme un coussin gonflé d'air (*Lufthissenartig*).

A la palpation, toujours, un gros cæcum gargouillant sous les doigts, parfois clapotant ; à la fuite des gaz sous la pression de la main, les malades accusent une douleur plus ou moins vive.

Vient-on à palper de l'épine iliaque vers l'ombilic, on sent que l'on peut déplacer le cæcum vers la ligne médiane. Vient-on surtout à coucher le sujet sur le côté gauche, la cuisse gauche étendue, la droite fléchit à angle droit, la palpation trouve la fosse iliaque vide, le cæcum a fui endedans et l'on ne retrouve plus ni son gargouillement, ni le pli formé par son bord externe.

Tel est le syndrome « cæcum mobile » dans ses points essentiels, en dehors de ses complications.

Pathogénie.—La *pathogénie de ces trois symptômes* est le point capital et encore très discuté.

La *douleur* est attribuée, soit à une torsion, coudure, inflexion de l'anse cæcale mobile, soit au tiraillement des nerfs mésentériques.

Curshmann, Klose, Graser, Haussmann, Delvoye et bien d'autres ne voient dans les douleurs aiguës, dans les « coliques cæcales » qu'une torsion brusque de l'anse, dans les douleurs chroniques qu'un déplacement douloureux du cæcum. Les adversaires de cette interprétation lui opposent la très grande fréquence de la mobilité anatomique du cæcum, et la rareté du syndrome « cæcum mobile ». Willms attribue les douleurs à la tension et à la torsion des nerfs du mésentère et du méso-appendice. L'une et l'autre de ces interprétations sont peut-être vraies, mais l'on ne saurait oublier de faire remarquer combien la cessation brusque de la douleur aiguë par un changement de position bien connu des malades, combien la cessation des douleurs chroniques par le port d'une ceinture qui « cale » le cæcum, sont des arguments en faveur de la théorie de la torsion du cæcum mobile.

La *constipation* est tour à tour considérée comme la cause ou l'effet du cæcum mobile et partant de la *typhlatonie* et de la *typhlectasie*.

Obrastzow, Lueger attribuent directement la distension du cæcum à la constipation. Klose, Fischler voient dans la constipation et le catarrhe cæcal chronique la cause de la dilatation colique.

Glénard considère la dilatation comme secondaire à un trouble mécanique apporté à la circulation des matières dans le cæcum par le ligament hépato-colique. Stierlin remonte volontiers au ligament splénique, mais il incrimine surtout les mouvements antipérisaltiques du côlon ascendant que Cannon a observés chez le chat et que lui-même croit exister aussi chez l'homme. Ils refouleraient le contenu du cæcum vers la valvule de Bauhin infranchissable, et les parois cæcales se distendraient devant l'élévation de pression.

Il est impossible de discuter toutes ces interprétations; les faits, les observations complètes font défaut.

Dans l'étude du « cæcum mobile » pourtant un fait précis domine.

Le cæcum mobile est anatomiquement constitué par une anomalie, par un arrêt de développement. Le côlon ascendant normalement plaqué à la paroi abdominale postérieure, la dernière anse grêle normalement rattachée de très court en arrière, sont devenus extraordinairement mobiles « voyageant de la vésicule biliaire à l'anneau inguinal gauche » (Trèves). Cette malformation n'est que l'arrêt à un stade d'évolution du gros intestin.

C'est donc incontestablement un arrêt de développement. Or, pourquoi ne pas voir dans la typhlectasie et la typhlatonie une malformation congénitale analogue au méga-côlon, pourquoi ne pas admettre un *méga-cæcum mobile congénital*? Robinson vient de publier des cas où le cæcum contenait jusqu'à 800 centimètres cubes de liquide. De ce méga-cæcum mobile congénital résulte la constipation. Osler, Marfan ne nous ont-ils pas montré que toute anomalie dans la longueur du gros intestin la provoque?

Quant aux douleurs, elles sont de plusieurs ordres. Les douleurs aiguës, les crises cæcales, ressortissent dans de nombreux cas à des torsions ou coudures passagères; peut-être aussi, dans des cas graves accompagnés de fièvre et de vomissements, ne sont-elles que la réaction péritonéale d'ulcérations de tension (*Dehnungsgeschwülste*) développées dans le cæcum; peut-être encore doivent-elles être expliquées par une véritable crise d'appendicite.

Les douleurs chroniques sont peut-être aussi d'origine mécanique, dues aux déplacements, à la constipation, à l'appendicite chronique concomitante.

Complications.—Le cæcum mobile présente deux grandes complications: l'appendicite chronique, le *volvulus du cæcum*.

Les relations de l'*appendicite chronique* et du cæcum mobile

sont le point le plus discuté, puisque c'est du syndrome appendicite que Willms le premier a distrait le cæcum mobile à cause de l'inefficacité de l'appendicectomie dans ces cas et de la guérison par la cæcopexie.

Stierlin a recueilli 52 cas opérés de cæcum mobile par Willms à la clinique de Bâle par cæcopexie.

Les résultats sont les suivants: 75 p. 100 guérisons, 16 p. 100 améliorations, 9 p. 100 non guéris.

A cette statistique il oppose des statistiques d'appendicites chroniques opérées: Haberer, 90 cas, 50 guérisons seulement et, dans 40 cas, persistance de constipation et de coliques; Klemm, 13 cas d'appendicite avec dilatation du cæcum, dans 3 cas aucun résultat. Stierlin est persuadé que dans ces échecs il existait un cæcum mobile, que la cæcopexie eût guérie. Une observation plus nombreuse, plus longue, permettra seule de juger cette question. Aussi bien peut-on penser *a priori* que l'appendicite chronique doit bien souvent accompagner le cæcum mobile, et que la guérison ne pourra être obtenue que par l'association de l'appendicectomie et de la cæcopexie.

Le *volvulus du cæcum*, (Zoege von Manteuffel 1890, Haussmann 1900, Faltin 1902) nécessite, pour se produire, la mobilité anormale de l'anse iléo-cæco-colique, tout comme le volvulus du côlon pelvien ne se produit que sur une anse colique trop longue, à trop long méso.

Le cæcum put se déplacer suivant deux modes principaux: *a*) bascule autour d'un axe transversal; *b*) rotation autour d'un axe vertical.

Dans la bascule autour d'un axe transversal ou légèrement oblique en bas et à gauche, la face antérieure du cæco-côlon devient postérieure et s'accôle à la face antérieure du côlon ascensus-gastrique, voire même prérénal gauche. La dernière anse grêle est entraînée de ce fait et, demi-tordue sur son axe transversal, remonte avec le cæcum.

Dans la rotation sur l'axe vertical qui constitue purement le volvulus du cæcum, le cæco-colon entraînant le grêle tourne sur son axe propre. Le degré de rotation est variable, un demi-tour, un tour, jusqu'à plusieurs tours complets; la rotation peut se faire de gauche à droite, grêle en avant, de droite à gauche, grêle en la gauche ou sous le foie.

Il se produit fréquemment une combinaison entre la bascule et la rotation, et le cæcum tordu sur son axe vertical remonte vers la gauche ou sous le foie.

Consécutivement à ce changement de position, se développent des lésions secondaires, dont la première est la dilatation localisée de l'anse. Le cæcum peut atteindre des dimensions énormes, la stagnation des liquides septiques cause des ulcérations muqueuses, même des perforations. Le mésentère s'infiltre, devient cartonneux, une adénopathie chronique se développe.

Ces volvulus du cæcum peuvent être aigus ou chroniques, passagers ou définitifs:

Aigu, lorsqu'il y a compression des vaisseaux, l'iléus par torsion (*strangulations-ileus*) est réalisé; ceci ne se produit que dans la torsion sur l'axe vertical combiné ou non à la bascule; la bascule ne peut réaliser qu'un iléus par coudure (*obturations-ileus*).

Chronique, le cæcum peut contracter des adhérences avec les organes voisins, le déplacement devient définitif: c'est l'occlusion chronique incomplète.

Dans l'étiologie du volvulus, deux points sont importants: l'âge et la race des malades.

Le volvulus frappe surtout les jeunes sujets: il a été observé chez un nouveau-né de neuf jours. La race semble un facteur plus important encore: la Finlande, l'Allemagne, l'Angleterre fournissent presque tous les cas publiés.

Les travailleurs manuels, par les efforts qu'ils déploient, y sont surtout exposés.

Les symptômes du volvulus du cæcum se présentent sous deux formes bien distinctes.

La première, qui correspond à un déplacement momentané du cæcum, est appelé par Delvoye « coliques cæcales ». En réalité, c'est le syndrome même du cæcum mobile, dans ses douleurs aiguës, cessant par un changement de position, avec la dilatation aiguë localisée du cæcum, des nausées, des vomissements, une suspension momentanée des gaz. Tout rentre spontanément dans l'ordre.

Hausmann attribue cette crise à la bascule sur l'axe transversal, Faltin à une torsion légère sur l'axe vertical.

La seconde forme constitue purement le volvulus : torsion aiguë et non passagère, avec oblitération des vaisseaux.

Dans un grand nombre de cas (16 sur 40), le malade souffre depuis de longues années de douleurs abdominales aiguës et passagères, ou chroniques.

La crise débute même souvent par ces douleurs habituelles, simples coliques cæcales, puis brusquement l'occlusion aiguë s'installe. Le syndrome est celui de l'iléus par strangulation.

Les signes locaux sont d'une netteté particulière. L'anse dilatée, paralysée, sans contractions péristaltiques, occupe la région péri-ombilicale.

Cet iléus a une évolution habituelle de huit à dix jours, mais Faltin a vu le cæcum gangréné et perforé à cinquante-cinq heures, Sargent a publié 6 cas de mort en vingt-quatre heures.

Le pronostic en est très grave. Sur 17 cas non opérés, Sargent trouve 17 morts.

Diagnostic.—Le diagnostic clinique du cæcum mobile est actuellement encore difficile, car le syndrome lui-même est encore discuté. Dans l'appendicite chronique avec cæcum dilaté, il est fort difficile de distinguer ce qui se rapporte à l'appendicite ou au cæcum mobile.

Le diagnostic est encore affaire de doctrine.

Mais, dans les grands déplacements avec typhlectasie importante, la radiographie ne permet plus aujourd'hui d'hésitation. En montrant avec une parfaite netteté les déplacements et la dilatation de l'anse cæco-colique, elle impose le diagnostic.

Le diagnostic de volvulus aigu du cæcum mobile est fort difficile: il n'a pu être posé, d'après Haussmann, que dans 8 cas. L'étranglement interne est facilement reconnu, la cause en échappe et le volvulus cæcal est une surprise opératoire.

Les signes locaux, la dilatation paralytique de l'anse cæcale permettraient seuls de faire au début le diagnostic.

Traitement.—Le traitement du cæcum mobile comporte des indications opératoires peu précises, puisque le syndrome est en lui-même encore discuté.

Le problème se pose actuellement de deux façons différentes. Le diagnostic appendicite chronique est posé, et, au cours de l'intervention, on découvre un cæcum mobile. Faut-il ne lui prêter aucune attention; convient-il de lui rapporter partie ou totalité des symptômes, et de faire la cæcopexie, ainsi que l'a conseillé Willms?

J'avoue que, pour ma part, depuis quelques années je fixe toujours le cæcum lorsqu'au cours de l'appendicectomie je le trouve vraiment mobile. Trois points fixent la bande intérieure au péritoine pariétal, au point de vue où il se réfléchit dans la fosse iliaque.

Stierlin, sur 43 cas de cæcopexie, donne 75 p. 100 de guérison et 16 p. 100 d'amélioration.

La pratique de la cæcopexie mérite d'être très sérieusement envisagée au cours de l'appendicectomie.

Lorsque, au contraire, le diagnostic de cæcum mobile est cliniquement posé, quelles sont les indications thérapeutiques?

Haussmann recommande les massages, la reposition manuelle du cæcum au moment des coliques, et une hygiène alimentaire rigoureuse.

Willms, Stierlin conseillent d'emblée la cœcopexie avec appendicectomie.

Il semble logique, à l'heure actuelle, dans l'incertitude même d'interprétation du syndrome, de conclure à la nécessité de l'appendicectomie, l'appendicite étant peut-être la cause de la totalité ou de partie des symptômes. Au cours de l'intervention, la cœcopexie est alors un complément utile.

Dans les grandes typhlectasies, dans le méga-cæcum, il semble logique de délaisser les typhloplicatures dont l'effet est toujours temporaire, les typhloplexies plus ou moins compliquées, et de recourir d'emblée à la résection iléo-cæcale. Cette thérapeutique très radicale ne convient naturellement qu'aux grandes typhlectasies à syndrome grave.

Dans le volvulus aigu, Sargent donne, et cela se conçoit, 100 p. 100 de mortalité en dehors de l'intervention. La résection iléo-cæcale donne 50 p. 100 de guérison.

C'est donc cette dernière opération très rationnelle qui constitue le traitement de choix; elle nécessite l'intégrité de l'anse cæco-colique.

Cette revue rapide et élémentaire du cæcum mobile montre que cette affection, à peine dégagée du syndrome appendicite chronique, doit fixer l'attention et appeler de nouvelles observations.

Les faits connus nécessitent le plus grand intérêt.

TECHNIQUE DE L'EXAMEN DU RECTUM ET DU COLON TERMINAL

Par le Dr R. BENSAUDE,

Médecin des hôpitaux de Paris.

Les affections de la partie terminale du gros intestin sont souvent latentes, et, lorsqu'elles se traduisent par des symptômes fonctionnels, ceux-ci varient relativement peu d'une affection à l'autre. Ici, comme à l'œsophage, des maladies anatomiquement très dissimilaires présentent la plus grande analogie dans leur expression clinique, de sorte que leur diagnostic repose presque entièrement sur les renseignements fournis par l'examen objectif. Tout progrès fait dans l'exploration de cette partie du gros intestin mérite donc d'être vulgarisé; aussi avons-nous cru utile de rappeler en quelques mots la technique des procédés les plus récemment conseillés: l'aspiration de la muqueuse rectale, le sondage, l'examen radiologique et l'endoscopie recto-colique. Inutile de dire que ces procédés ne sauraient se substituer aux méthodes classiques (l'inspection, la palpation, etc.) qui constituent toujours la base de tout examen clinique.

Aspiration de la muqueuse.—Pour rechercher les états pathologiques (plaques muqueuses, hémorroïdes, abcès, etc.) occupant la partie inférieure du canal sphinctérien, Gant a conseillé d'introduire chez la femme deux doigts dans le vagin et de presser sur la muqueuse rectale de façon à la faire saillir au dehors. Dans le même but, Strauss préconise l'application d'une ventouse de Bier sur la peau préalablement nettoyée et bien séchée de la région anale. On parvient ainsi à faire l'inspection d'une région qui

échappe aux procédés habituels et même à l'endoscopie, puisqu'elle se trouve cachée par le fait même de l'introduction du tube.

L'exploration à l'aide de sonde a été délaissée depuis que la radiologie est venue montrer que les sondes flexibles pénétraient rarement au delà de l'ampoule rectale. On peut cependant, avec une technique appropriée et en imprimant à l'instrument des mouvements de rotation, arriver jusqu'à l'entrée de l'S iliaque, souvent jusqu'à sa partie moyenne, mais très exceptionnellement jusqu'à 30 ou 35 centimètres. La sonde de Stille, qu'on peut enduire d'huile au fur et à mesure de sa pénétration, paraît la plus recommandable. La sonde est surtout utile lorsqu'on combine l'endoscopie avec le sondage. L'endoscopie conduisant directement sur une tumeur, il est facile de faire pénétrer la sonde dans la lumière du rétrécissement, et d'en mesurer la hauteur : « Tant que la sonde est maintenue dans la filière, ses œilletons latéraux se trouvent fermés par la constriction même. Mais, aussitôt qu'elle a dépassé la limite supérieure du néoplasme, les gaz et les matières liquides passent librement et apparaissent au niveau du pavillon (Okinczyc). » La sonde peut encore servir à rechercher la consistance d'une tumeur en la comparant à celle de la muqueuse environnante et enfin à porter en amont du rétrécissement un lavement de bismuth lorsqu'on veut faire un examen radiologique.

Pour explorer radiologiquement la partie terminale du gros intestin, il faut qu'elle soit remplie de bismuth ; celui-ci peut être administré par voie buccale ou rectale.

Administration par voie rectale. — Le malade étant dans la position genu-pectorale, on lui donne un lavement de 30 à 100 grammes de carbonate de bismuth dans 200 à 1000 grammes de liquide. Je me sers comme M. Barret d'une solution gommeuse à 20 p. 100, plus facile à manipuler que l'huile ; le mélange doit être fait avec le plus grand soin. Il est inutile de se servir de sondes plus longues que les canules ordinaires. Après l'admi-

nistration du lavement, le malade se couche sur le côté gauche en gardant le bassin surélevé, et l'examen radiologique aura lieu au bout de cinq à vingt minutes. On peut aussi sous le contrôle de l'écran donner un lavement bismuthé et suivre *de visu* la progression du liquide dans l'intestin (Tuffier et Aubourg). La solution bismuthée pénètre jusqu'à l'angle colique gauche, à moins de sténose organique ou spasmodique ou d'un état d'atonie très prononcé. Si le liquide est suffisamment abondant, il remplira le gros intestin dans son ensemble.

Comme la partie à examiner pourrait être cachée par d'autres segments de l'intestin remplis de bismuth, il est bon de faire exécuter au malade la manœuvre recommandée par Chilaïditi, grâce à laquelle le petit bassin se dégage presque entièrement.

Pour l'*administration du bismuth par voie buccale*, il faut donner une dose d'environ 60 grammes de carbonate ou mieux (Hertz) d'oxychlorure de bismuth et examiner le malade six, quinze, vingt heures après et même plus. Ce procédé a donc l'inconvénient d'exiger des explorations radiologiques répétées, mais il offre l'avantage de ne pas altérer la forme et la tonicité normale de l'intestin. L'administration buccale est surtout utile pour distinguer les constipations purement rectales des autres. Si, par exemple, on prend deux malades dont l'évacuation ralentie ne se fait qu'au bout de soixante-dix heures, on trouvera chez l'un soixante heures après le repas de bismuth, celui-ci accumulé dans le cæcum et le côlon transverse, tandis que chez l'autre tout le bismuth sera parvenu au rectum au bout de vingt heures. Le premier souffre donc d'une constipation d'origine cæcale ou colique, tandis que chez le second la constipation a surtout un siège rectal. Inutile d'insister sur l'importance thérapeutique d'une telle constatation.

L'*exploration endoscopique* exige une préparation préalable du malade; on lui fera prendre, la veille de l'examen au soir, un lavement d'un litre d'eau, et le jour même, trois ou quatre heures

avant l'examen, un lavement de trois quarts de litre d'eau, en lui recommandant d'introduire un suppositoire à la glycérine aussitôt qu'il l'aura rendu, de façon à débarrasser complètement l'intestin de ce qu'il pourrait encore contenir. Si les malades sont sujets à la diarrhée, on leur prescrira quelques gouttes de laudanum aussitôt qu'ils se seront présentés à la salle après le lavement donné trois ou quatre heures avant l'examen.

Un des facteurs les plus importants pour la réussite d'un examen endoscopique est la *position* du malade. La plus généralement employée est la position genu-pectorale, qui permet le déplissement des parois de l'intestin par l'arrivée de l'air. Le malade est placé à genoux sur le bord d'une table assez élevée, rembourrée ou recouverte d'un petit matelas. La tête reposant sur la table, les jambes doivent former un angle droit avec les cuisses, le dos restant légèrement concave.

Les instruments employés sont tous construits d'après un même titre et comprennent tous un tube, un mandrin et un appareil à éclairage.

L'introduction de l'appareil comprend deux phases: la première avec mandrin, la seconde sans mandrin. Pendant les cinq premiers centimètres, l'instrument, légèrement chauffé et bien huilé, est introduit pour ainsi dire à l'aveugle, muni de son mandrin, à travers la région sphinctérienne. Il n'est généralement pas besoin d'employer d'anesthésique local pour traverser cette région; dans quelques cas seulement, on est obligé d'avoir recours à un tampon d'ouate imbibée de cocaïne, à 1/50°. Jamais on n'a besoin d'anesthésie générale. Arrivé à 5 centimètres, on enlève le mandrin et on se laisse guider par la vue jusqu'à la fin de l'exploration. Après avoir quitté la région sphinctérienne, l'instrument est dirigé en haut et en arrière de façon à suivre l'ampoule rectale. A 11 centimètres, on le met dans la position horizontale et on cherche l'entrée de l'S iliaque, puis on incline l'instrument en bas et en avant pour examiner la branche ascendante de l'anse sigmoïde.

Quelquefois la recherche de l'orifice de l'S iliaque est difficile et, pour le trouver, il faut dire au malade de respirer profondément ou, si cette manœuvre ne réussit pas, avoir recours à l'insufflation.

Pour pratiquer l'insufflation, l'instrument étant fermé par une glace, on insuffle aussi peu d'air que possible à la fois et dès que le malade se plaint d'une sensation de gêne ou de ballonnement, on doit cesser l'insufflation et même lever la glace obturatrice, de façon à faire sortir l'excès d'air insufflé. L'insufflation, en déplaçant la muqueuse, facilite la découverte de l'S iliaque.

Au cours de l'examen, on aura parfois besoin de nettoyer le tube et de débarrasser l'intestin des matières qui l'encombrent. Dans ce but, on se sert de tampons d'ouate montés sur des baguettes de bois qu'on jette aussitôt après usage.

Arrivé au point maximum de profondeur qu'on peut atteindre, on retire doucement l'appareil en complétant alors les renseignements recueillis en l'introduisant, et cela d'autant mieux que l'on n'est plus préoccupé par les manœuvres de l'introduction.

Mais il ne faut jamais perdre de vue ces deux préceptes de toute endoscopie : ne jamais employer de force ; ne jamais pousser le tube si l'on ne voit pas la lumière du conduit à examiner.

Comme la partie terminale de l'intestin est fréquemment le siège d'affections malignes, le but principal de la recto-sigmoïdoscopie est de distinguer celles-ci des affections bénignes (hémorroides, polypes, sténoses, procto-sigmoïdites simples, ulcéreuses ou hémorragiques, affections nerveuses, etc.). qui peuvent les simuler et, d'autre part, de découvrir l'existence du cancer, alors qu'il ne se traduit par aucun signe pathognomonique et est encore opérable. L'endoscope peut encore servir à prélever pour l'examen microscopique des portions de tissu malade, à guider le médecin dans les dilatations et les rétrécissements du rectum, à permettre le traitement local de certaines lésions inflammatoires et ulcéreuses ou l'application de tubes de radium sur les lésions can-

céreuses. Le rectoscope rend donc les mêmes services dans les maladies de la partie terminale de l'intestin que le laryngoscope dans les maladies du larynx et le cystoscope dans les affections vésicales.

—:00:—

TECHNIQUES PRATIQUES D'EXPLORATION GASTRIQUE

Par P. CARNOT et P. BAUFLE

I. — *Technique du tubage*

Nous ne décrirons pas les divers modèles de sonde, non plus que la technique de leur introduction.

Nous nous servons, personnellement, de l'extracteur de suc gastrique de Senorans (chez Gentile), composé d'un tube de caoutchouc s'adaptant sur un flacon gradué à deux tubulures, dans lequel on peut faire le vide avec une poire en caoutchouc épais. Ce modèle très propre, très maniable, permet, notamment, de voir et de mesurer les liquides pendant l'extraction.

Le tubage peut se pratiquer : à jeun, après repas d'épreuve, après divers autres modes d'excitation gastrique.

a. *Tubage à jeun.*—Le matin, après le jeûne de la nuit, chez un sujet normal, l'estomac est vide, et le cathétérisme ne ramène rien (ou une minime quantité de liquide inférieure à 20 cc.)

A l'état pathologique, on peut retirer une grande quantité de liquide avec des débris alimentaires : ces liquides résiduels permettent d'affirmer l'existence d'une sténose pylorique.

D'autres fois, le liquide obtenu est moins abondant, limpide, acide, digérant l'albumine, présentant les caractères du suc gastrique : il s'agit généralement alors d'hyperexcitabilité sécrétoire.

Enfin, si l'estomac a été lavé la veille au soir, on peut rechercher dans le liquide recueilli par tubage la présence d'albumine ; positive, cette réaction indiquerait l'existence d'une surface ulcérée au niveau de l'estomac, habituellement d'un néoplasme (épreuve de Salomon).

b. *Tubage après repas d'épreuve.*—Il permet d'apprécier le suc gastrique provoqué par l'ingestion d'aliments. Les repas d'épreuve ont une composition très variable suivant les auteurs ; pratiquement, le *repas d'Ewald* est suffisant ; sa formule est la suivante :

Pain blanc.....	60 gr.
Thé léger sans sucre.....	200 gr.

Le tubage se pratique, d'ordinaire, une heure après la fin du repas, au moment de l'acmé des phénomènes digestifs ; parfois, au lieu d'un tubage unique on en fait plusieurs en série, de demi-heure en demi-heure, pour suivre l'évolution de la digestion. Le liquide retiré est un peu visqueux à cause du mucus, brun jaunâtre, d'odeur non désagréable, rappelant celle du pain.

Dans beaucoup de cas, ce repas est trop simple pour permettre d'apprécier le travail digestif. On peut alors utiliser le repas d'épreuve de Riegel (une assiette de bouillon, 150 gr. de beefsteak, 50 gr. de purée de pommes de terre, 35 gr. de pain). L'extraction de ce repas, plus copieux, doit être alors, plus tardive (3 heures).

c. *Tubage après plusieurs autres modes d'excitation gastrique.*—1° *Epreuve de l'alcool.*—On peut exciter la sécrétion gastrique par une petite quantité d'alcool, qui fournit des renseignements sur l'activité sécrétoire de la muqueuse, sans gêner en rien les dosages (comme le font les albumines des repas

d'épreuve) : par exemple le sujet peut absorber 10 cc. d'alcool absolu étendus de 20 centimètres cubes d'eau distillée (P. Carnot).

2° *Repas fictif*.—Un autre procédé, recommandé par l'un de nous, (basé sur les expériences de Pawlow, relatives au suc d'appétit), est le *repas fictif* : on donne au malade un repas composé de pain, de viande grillée et de beurre. Il doit mastiquer ces aliments lentement, mais sans les déglutir et sans boire ; après chaque mastication, il rejette le bol alimentaire. Ce procédé donne facilement (quoiqu'on en ait dit) du suc gastrique pur, sans débris alimentaires contenant presque la totalité de HCl à l'état d'acide chlorhydrique libre ; de plus, la pepsine n'est pas fixée sur les aliments comme après un repas d'épreuve. L'analyse est donc plus exacte et plus facile. La quantité de suc sécrété, ainsi que la proportion de ferments et d'acides donnent une image exacte de la capacité sécrétoire de l'estomac, et renseignent aussi sur le réflexe d'appétit. Après le repas à l'alcool ou le repas fictif, il suffit d'attendre de quinze à trente minutes pour pratiquer le tubage.

II.—*Examen du suc gastrique in vitro.*

Lorsque le liquide ne contient pas de parcelles alimentaires volumineuses, il n'est pas nécessaire de le filtrer ; mieux vaut, en tout cas, centrifuger, la filtration étant souvent lente et difficile et retenant une certaine quantité d'acide et de ferment de pepsine. L'examen du liquide comporte la recherche, qualitative et quantitative, des acides et des ferments.

I.—*Recherche et dosage des acides*.—Nous n'indiquerons ici qu'une méthode clinique, facile à utiliser par tous.

a. *Recherche et dosage clinique de HCl, libre et combiné organiquement*.—*Qualitativement* de nombreux réactifs ont été proposés :

On peut utiliser, très simplement le papier bleu de Tournesol qui rougit en milieu franchement acide, le papier au rouge Congo qui vire au noir en présence d'HCl libre, la solution à 0 gr. 20 p. 1000 de vert brillant (Lépine) qui vire du bleu au vert, puis au jaune en présence d'HCl libre. Pour plus de précision, on emploie :

Le réactif de Boas,

Alcool à 90°.....	100 gr.
Sucre blanc.....	3 gr.
Résorcine.....	1 gr.

Le réactif de Gunzbourg,

Phloroglucine.....	2 gr.
Vanilline.....	1 gr.
Alcool absolu.....	30 gr.

Ces deux réactifs s'emploient de la même manière : on chauffe doucement dans une capsule de porcelaine, sur la flamme d'un bec Bunsen, quelques gouttes de réactif et quelques gouttes de suc gastrique. S'il y a de l'acide chlorhydrique *libre*, au moment où le liquide s'évapore, il se produit une coloration rouge vermillon.

Quantitativement, on peut se contenter du *réactif de Topfer*, au diméthyl-amido-azo-benzol (DAAB), qui, à lui seul, permet de faire l'analyse qualitative et quantitative. Sa formule est la suivante :

Diméthyl-amido-azo-benzol.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	100 cc.

I ou II gouttes en présence de quelques centimètres cubes de suc gastrique donnent une coloration rouge-groseille, avec l'acide chlorhydrique libre ; une coloration orangée, avec l'acide chlorhy-

drique combiné organique; une coloration jaune-serin, avec les chlorures ou en l'absence d'acide.

Pour l'analyse quantitative, il faut en outre :

Une burette de Mohr ou, à la rigueur, un compte-goutte normal,

Une solution décinormale de soude,

Une solution alcoolique de phénolphtaléine à 1 p. 100.

On met, dans un verre à expérience, 55 cc. de suc gastrique, auxquels on ajoute une petite quantité d'eau, II gouttes du réactif de Topfer et II gouttes de la solution à la phénolphtaléine; s'il y a de l'acide chlorhydrique libre, le liquide devient rouge-groseille. On fait alors tomber, goutte à goutte, la solution de soude contenue dans la burette de Mohr, en lisant la graduation, et on s'arrête lorsque la coloration vire du rouge au jaune orangé; à ce moment, tout l'acide chlorhydrique libre est neutralisé et le nombre de cc. employés donne la quantité d'HCl libre.

On continue la réaction jusqu'à ce qu'on obtienne une coloration jaune-serin et le nombre de cc. employés dans cette deuxième phase de l'analyse exprime la quantité d'acide en combinaison organique. On continue à laisser tomber la soude jusqu'à coloration rouge de la phénolphtaléine virant au rouge au milieu alcalin; à ce moment, toute l'acidité du suc gastrique est neutralisée et le nombre de cc. employés depuis le début de l'analyse, représente l'acidité totale du suc gastrique.

On sait que 1 cc. de la solution décinormale de soude correspond à 0,00365 d'HCl et, comme on a opéré sur 5 cc., il suffit de multiplier par 200 pour reporter au litre les valeurs de HCl libre, des acides organiques et de l'acidité totale, exprimées en acide chlorhydrique. Cette méthode, simple et rapide, est suffisante en pratique, surtout pour des résultats comparatifs, etc.

b. Recherche de l'acide lactique.—Lorsque l'acidité totale est élevée, et que la quantité d'acide chlorhydrique est faible, on doit soupçonner la présence de certains acides organiques, en

particulier l'acide lactique qui sera mis en évidence au moyen du réactif d'Uffelmann. On mélange 1 goutte d'une solution concentrée de perchlorure de fer à 20 cc. d'eau phéniquée à 20 p. 100; le réactif, bleu-améthyste, vire au jaune s'il y a de l'acide lactique.

Les acides acétique et butyrique se reconnaissent à l'odeur.

II. *Recherche et dosage des ferments de suc gastrique.*—L'existence des ferments (pepsine, lab-ferment) se reconnaît par la méthode des digestions artificielles; mais auparavant, il faut s'assurer que le suc gastrique est acide; sinon on ajoute quelques gouttes d'une solution décinormale d'acide chlorhydrique. Le mieux est de ramener le suc à la neutralité, puis d'ajouter d'une quantité d'acide correspondant à 3 p. 1000. On doit faire des digestions comparatives avec le suc naturel et avec le suc ramené à un taux uniforme d'acidité.

a. *Recherche de la pepsine.*—Plusieurs procédés permettent de la mettre en évidence. Ici encore, nous n'indiquerons que les procédés les plus simples.

1° *Epreuve de la fibrine colorée de Grutzner et Gehrig.*—Une certaine quantité de fibrine, obtenue par battage, est lavée à l'eau, à l'alcool, puis plongée pendant quarante-huit heures dans une solution concentrée de carmin; elle est ensuite lavée de nouveau jusqu'à ce que l'eau de lavage ne présente plus de coloration et elle est conservée dans la glycérine. On met quelques fragments de fibrine dans un petit tube contenant 2 à 4 cc. de suc gastrique et on porte le tube à l'étuve à 37° pendant un temps déterminé (deux heures habituellement); la matière colorante est mise en liberté en quantité proportionnelle à la quantité de fibrine digérée; l'intensité de coloration du liquide permet d'apprécier très facilement le pouvoir digestif du suc gastrique.

2° *Epreuve de l'édestine*.—On prépare la solution suivante :

Edestine (globuline extraite de la graine de chanvre).....	1 gr.
Solution décinormale d'HCl.....	300 cc.
Eau distillée.....	700 cc.

On répartit, dans une série de tubes, 2 centimètres cubes de cette solution et on ajoute à chacun d'eux des quantités croissantes de suc gastrique dilué dix ou vingt fois dans une solution décinormale d'HCl, soit 1/10, 2/10, 1/2, 1 centimètre cube. Ces tubes sont mis à l'étuve à 37° pendant une heure. Après ce temps, on ajoute à chaque tube quelques gouttes d'ammoniaque ou d'une solution de sulfate de magnésie: l'édestine non digérée précipite sous l'influence de ces réactifs, et le précipité obtenu est d'autant moins abondant que la digestion a été poussée plus loin, c'est-à-dire que le suc gastrique est plus actif.

Ces deux méthodes permettent de déceler la présence de pepsine dans le suc gastrique, et d'apprécier sa quantité, l'une par l'intensité plus ou moins grande d'une réaction colorante, l'autre par la formation plus ou moins abondante d'un précipité.

Mais d'autres procédés permettent d'obtenir des résultats comparatifs plus précis, faciles à exprimer en chiffres.

3° *Epreuve de Hammerschlag*.—On prépare une solution d'albumine d'œuf, à 1 p. 100 (en partant de la poudre d'ovalbumine sèche qu'on trouve dans le commerce et qui se conserve inaltérable) à laquelle on ajoute quelques centimètres cubes d'une solution décinormale d'HCl.

10 centimètres cubes de ce mélange sont mis dans deux tubes à essai, et on ajoute 5 cc. d'eau dans l'un des tubes, 5 cc. de suc gastrique dans l'autre; les deux tubes sont placés à l'étuve à 37°, pendant une heure. On précipite ensuite l'albumine par le réactif d'Esbach et la différence en hauteur des deux précipités est proportionnelle à la quantité d'albumine digérée.

4°. *Tubes de Mett.*—Cette méthode offre une très grande facilité d'appréciation, et donne, pratiquement, de très bons résultats. On prend des tubes de verre de 20 centimètres de longueur environ et de 2 millimètres de diamètre; ils doivent être soigneusement lavés à l'acide sulfurique, à l'alcool, à l'eau et bien desséchés; on les remplit de blanc d'œuf par aspiration, puis on coagule l'albumine en le plongeant pendant quelques minutes dans l'eau bouillante; on ferme enfin leurs deux extrémités avec une goutte de cire. (Les tubes qui contiennent des bulles d'air sont inutilisables et doivent être rejetés). Les tubes ainsi préparés peuvent être conservés pendant très longtemps. Au moment de l'emploi, on détache, avec une petite lime à ampoule, un ou deux segments de 15 millimètres qu'on met dans une quantité indéterminée de suc gastrique (2 ou 4 centimètres cubes), pur ou préalablement ramené à un taux uniforme d'acidité de 3/1000. Après douze ou vingt-quatre heures de séjour à l'étuve à 37°, suivant les commodités de l'opérateur, on mesure à chaque extrémité, avec un double décimètre (gradué en $\frac{1}{2}$ millimètres) la longueur du cylindre d'albumine digérée et on additionne la longueur trouvée à chaque extrémité du tube. Les quantités de pepsine du suc gastrique sont proportionnelles aux carrés des vitesses de digestion (loi de Schutz et Borissow). Usuellement, on exprime simplement la valeur digestive par le nombre de millimètres digérés.

b. *Recherche du ferment lab.*—Sa présence est mise en évidence de la manière suivante: dans un tube à essai contenant 5 cc. de lait on ajoute V gouttes de suc gastrique et on porte le tube à l'étuve à 37°; normalement, le lait est coagulé après dix à quinze minutes. Si le ferment lab est peu abondant ou absent, la coagulation peut être retardée ou nulle. En diluant le suc gastrique à 1/10, à 1/20, à 1/100 et en notant à quelle dilution la coagulation cesse de se produire, on peut apprécier le pouvoir du ferment lab.

III.—Estimation de l'activité gastrique *in vivo*

Parmi les procédés permettant d'apprécier l'activité gas-

trique dans les conditions mêmes de son fonctionnement physiologique, *in vivo*; nous relaterons la réaction desmoïdale de Sahli, l'épreuve des perles d'éther de Meunier, l'épreuve de Ogata-Schmidt (ou recherche des fibres conjonctives dans les selles). Ces méthodes dérivent toutes de ce que le tissu conjonctif cru n'est digéré que sous l'influence du suc gastrique, et qu'il est, à peu près, inattaqué par le suc pancréatique.

a. *Réaction desmoïdale de Sahli*.—Une pilule de bleu de méthylène de 0gr,05 est disposée sur une mince lamelle de caoutchouc dont on ramène les angles, et dont on forme une petite pochette, liée avec un catgut O O, préalablement assoupli par un séjour de quelques heures dans l'eau; on fait trois tours modérément serrés autour du pédicule, de telle sorte que les circulaires soient juxtaposés et non imbriqués et on termine par un nœud de chirurgien. Plongé dans un verre d'eau, le sachet ainsi préparé doit gagner le fond et ne pas laisser diffuser le bleu de méthylène.

Le malade l'absorbe à la fin du repas et on recueille les urines en notant soigneusement le moment d'apparition du bleu ou de son chromogène. Normalement, le bleu passe après cinq à sept heures: l'épreuve est alors positive. Mais elle peut être retardée (douze, dix-huit heures), ou négative. Positive, elle permet d'affirmer la présence du suc gastrique actif; négative, elle doit faire soupçonner soit une évacuation trop rapide du contenu gastrique (ce qui est rare), soit l'absence d'activité chlorhydropeptique. Cette méthode élégante donne de bons résultats; mais le catgut chirurgical est parfois médiocre comme tissu conjonctif pur; on doit, enfin, tenir compte, dans l'élimination du bleu, de l'état de l'intestin, du foie et des reins.

On peut, d'ailleurs, remplacer le bleu par un autre indicateur, tel que l'iodure de potassium qu'on recherche dans la salive ou dans l'urine (en ajoutant quelques gouttes d'acide nitrique et quelques centimètres cubes de chloroforme).

Dans la méthode précédente on peut remplacer la pilule de

bleu de méthylène par une perle d'éther (Meunier). La digestion du catgut est alors indiquée par une éructation caractéristique, survenant normalement une heure ou une heure et demie après l'absorption.

b. Epreuve de Ogata-Schmidt.— On recherche dans les selles, le tissu conjonctif absorbé soit avec les aliments habituels (viande crue), soit sous forme de repas d'épreuve, ou mieux enfermés dans un petit sachet de mousseline facile à retrouver dans les selles.

Le contenu, délayé et broyé dans l'eau, versé dans une plaque de verre (de Petri) et vu, sur fond noir, montre les fibres conjonctives sous forme de filaments blanchâtres, résistant à la traction. Au microscope, on le distingue facilement du tissu musculaire en ce qu'il n'a pas de striation; l'addition d'une goutte d'acide acétique entre lame et lamelle le rend transparent; elle opacifie, au contraire, le mucus.

On peut, pour plus de sûreté, faire digérer les fragments douteux dans une solution chlorhydro-peptique: s'il s'agit de tissu conjonctif, il est digéré en quelques heures, tandis que les muco-membranes peuvent rester plus de vingt-quatre heures intactes.

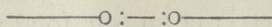
c. Appréciation de la motricité gastrique.— Pour l'apprécier, on a proposé de faire prendre au sujet au moyen de la sonde, une quantité déterminée d'huile d'olive émulsionnée (Mathieu), de phosphate de sodique (Roux et Laboulais), d'un sel de fer (Meunier), et on pratique le tubage une heure ou deux après cette ingestion: il est possible par la quantité restante, de se rendre compte ainsi de la quantité qui a franchi le pylore, mais il n'est généralement pas facile de retirer la totalité de la substance qui se fixe sur les éléments organiques de l'estomac.

On peut aussi faire ingérer une substance qui traverse l'estomac sans s'y décomposer, et qui se dédouble seulement dans l'intestin: salol (sachet de 1 gramme); iodipine (une cuillerée à café); iodoforme (pilule de 0gr,10). Normalement, l'acide sali-

cylique passe dans l'urine (où on le décèle avec le perchlorure de fer) après une heure environ; l'iode se retrouve dans l'urine et aussi dans la salive après le même laps de temps. Ces méthodes donnent des résultats assez médiocres.

La radioscopie, après ingestion d'une soupe au bismuth, est un procédé beaucoup plus sûr, pour l'étude de la tonicité et de la motricité gastriques: malheureusement elle n'est pas à la portée de tous les cliniciens.

Paris Médical, juin 1911.



REGIME HABITUEL DES ARTERIOSCLEREUX

Par le Dr JOSUÉ,

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Beaucoup de médecins redoutent de donner une alimentation suffisante aux artérioscléreux et surtout de leur faire ingérer de la viande. Ils partent de cette idée que l'artériosclérose est souvent la conséquence d'erreurs de régime; ils craignent aussi de voir survenir des accidents toxiques. Certes, ces faits sont réels et il convient de mettre les malades en garde contre l'abus de l'alimentation carnée. Il y a aussi des cas, notamment, quand la dépuración rénale est défectueuse, qui nécessitent le régime lacté, lacto-végétarien ou déchloruré. Mais il ne faut pas oublier que ce sont des régimes d'exception qui trouvent leurs indications dans des circonstances précises.

On voit, par contre, des malades entachés d'artériosclérose ou simplement soupçonnés d'en être atteints, qui sont soumis à des régimes d'inanition par crainte de l'intoxication. J'ai fréquemment observé chez ces malades, surtout s'ils continuent à mener une vie active, des troubles attribuables à une alimentation trop restreinte. Ils se plaignent d'une sensation de lassitude profonde, ils sont incapables de travailler, ils sont nerveux, découragés, ils souffrent de maux de tête, ils dorment mal la nuit, ils ont mauvaise mine, ils maigrissent. Quand le traitement a été institué sur de faibles indices d'artériosclérose, l'apparition de ces symptômes ne manque pas de confirmer le médecin dans son diagnostic, et il maintient le régime dans toute sa rigueur, s'il ne l'aggrave. Or, il suffit le plus souvent d'alimenter ces malades d'une façon plus substantielle pour que les troubles s'amendent et finissent par disparaître.

Les conséquences de cette erreur de régime peuvent être plus graves encore. Un sujet présente quelques légères manifestations liées à l'artériosclérose. On le soumet d'une façon permanente à un régime d'inanition. Au bout d'un certain temps, on voit parfois l'artériosclérose progresser rapidement et des troubles graves s'installer. Le traitement a été à l'encontre du but qu'on se proposait.

On ne maintiendra pas non plus indéfiniment des malades au régime lacté absolu, sous prétexte qu'ils ont une petite quantité d'albumine dans les urines, sans autre symptôme. Les accidents liés à une dépuration rénale insuffisante constituent seuls une indication. Il ne faut pas continuer le régime lacté, une fois les accidents guéris, même si l'albuminurie persiste. J'ai observé des malades soumis au régime lacté depuis de longs mois, qui présentaient les troubles signalés plus haut avec, de plus, une notable quantité d'albumine dans les urines (jusqu'à 1 gramme et 1^{er},50 par jour). Il a suffi de changer le régime, de donner en plus des légumes et un peu de viande, et dans certains cas de

supprimer le lait, pour voir les troubles morbides rétrocéder et l'albumine tomber à l'état de traces ou même disparaître.

*
* *

Tant que l'artérioscléreux ne présente pas d'accidents nécessitant des précautions spéciales, le régime sera *mixte*, léger, peu riche en viande. Les mets seront peu relevés par des épices ou par du sel. L'alimentation sera essentiellement constituée par des potages, des viandes rôties préparées sans sauces, des poissons faciles à digérer et très frais (soles, merlans, truites de rivière), cuits au beurre ou frits, des légumes cuits sans assaisonnements, du pain en quantité modérée, des œufs absolument frais, des fromages peu fermentés, des fruits cuits ou crus.

Certains médecins interdisent le bouillon aux artérioscléreux. Ils s'appuient sur des considérations théoriques et redoutent l'action toxique des substances en dissolution. Il nous semble que ces craintes sont exagérées. Le bouillon dont la valeur nutritive est presque nulle, rend néanmoins de réels services en tant qu'appétitif et peptogène. On le permettra donc, s'il n'y a pas de contre-indication, comme des manifestations d'insuffisance rénale. Mais on interdira aux malades d'en absorber de grandes quantités, comme certains auraient tendance à le faire.

On laissera les malades manger de la viande en quantité modérée. Ils auront de la viande à midi, mais ils s'en abstiendront en général au repas du soir. Les malades pourront prendre des viandes noires ou des viandes blanches : poulet, veau, porc frais, bœuf, mouton. On veillera à ce que la viande soit très fraîche. Les viandes faisandées ou marinées, le gibier, sont au contraire défendus. Certains interdisent les viandes noires : bœuf, mouton, et n'autorisent que les viandes blanches ; cette interdiction ne nous semble pas justifiée. On recommandera de surveiller spécialement la viande de veau qui devient assez rapidement le siège de fermentations, sans odeur de putréfaction.

Certains mets sont particulièrement nuisibles aux artérioscléreux. On interdira le gibier de toute espèce; la viande d'animaux tués par poursuite est très toxique. On défendra les ragouts, les sauces, les mets épicés, les condiments, les cornichons, les pickles, les hors - d'œuvre. Les pâtés de viande, ou de gibier, le foie gras, la charcuterie seront interdits. Les malades s'abstiendront de homard, d'écrevisses, de crevettes, de coquillages, de moules, d'huîtres, de caviar, de poisson fumé ou mariné. Les poissons dont la chair est toxique ou indigeste, comme le saumon, le maquereau, le brochet, ne seront pas permis ou seront seulement autorisés de temps en temps et en petite quantité.

Tous les aliments seront peu salés, pour prévenir, dans une certaine mesure, l'accumulation du chlorure de sodium. Mais il ne faut pas supprimer complètement le sel de l'alimentation en dehors des cas de rétention chlorurée. Le sel est utile. Les malades qu'on laisse trop longtemps et sans nécessité au régime déchloruré perdent l'appétit, ont du dégoût pour les aliments, digèrent mal et s'affaiblissent.

On recommandera aux malades de manger lentement et de mâcher avec soin. On surveillera l'état des dents. Souvent les troubles digestifs reconnaissent pour cause la division et l'insalivation défectueuses des aliments.

Comme boissons aux repas, on recommandera de l'eau avec un peu de vin rouge ou blanc, ou de l'eau bouillie pure, ou de l'eau minérale (Vittel, Evian, Contréxeville, etc.) additionnée de vin. On ne boira pas continuellement de l'eau minérale; il ne faudra en faire usage que par périodes. Les artérioscléreux pourront prendre du lait aux repas, mais seulement si cette boisson leur plaît. Il n'est pas utile de prescrire le lait en temps ordinaire et sans indication spéciale, surtout si le malade ne l'absorbe qu'avec répugnance; dans ce dernier cas, on réservera l'usage du lait pour les moments où il est indispensable. On pourra encore re-

commander des boissons chaudes aux repas, comme la tisane, le thé très léger. Certains malades prennent volontiers une tasse d'infusion de camomille une demi-heure après le repas.

On ne permettra les boissons alcooliques, vin pur, champagne, bière, cidre, qu'en petite quantité. On est souvent obligé d'en interdire absolument l'usage, les malades se laissant sans cela trop facilement entraîner à dépasser la mesure. Il faut, par contre, défendre absolument les apéritifs, les liqueurs. Ces prescriptions ne sont pas toujours faciles à faire observer à des malades qui font un usage immodéré de boissons alcooliques sans s'en rendre compte.

Les malades prendront du thé et du café avec modération. Le thé et le café forts sont interdits.

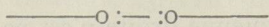
On défendra aussi le tabac sous toutes les formes. On sait, en effet, l'action nocive du tabac sur le cœur et les artères. Cette interdiction doit-elle être absolue? Oui, sans doute, quand le malade présente des accidents cardio-aortiques, angine de poitrine, etc. Mais, s'il n'y a aucune contre-indication spéciale, si le malade souffre trop de la privation de tabac, on pourra lui permettre de fumer, mais très peu: pas plus d'un ou deux cigares très légers par jour. Le malade prendra de plus la précaution de ne pas séjourner dans les endroits où il y a de la fumée de tabac.

La quantité des aliments ingérés sera modérée. Le malade se tiendra dans la moyenne mesure. Si la nourriture doit être suffisante, il faut éviter les repas trop copieux. Mais on ne peut pas poser de règles s'appliquant à tous les malades. On appréciera les quantités nécessaires dans chaque cas particulier. Un sujet menant une vie relativement active consomme plus qu'un homme ayant des occupations sédentaires. On tiendra compte, dans la plus large mesure, des variétés individuelles.

Le malade prendra une quantité modérée de boissons. Il se trouvera souvent bien, de boire le matin en se levant et le soir avant de se coucher un verre d'eau fraîche (stérilisée); ou, pen-

dant quelques mois, quinze jours ou trois semaines par mois, un verre d'eau d'Evian (Cachat) ou de Vittel (Grande Source), et les autres jours, de l'eau ordinaire.

J'ai souvent recours enfin au traitement suivant qui permet une vie relativement active et une alimentation suffisante à des malades présentant déjà des troubles assez sérieux. Ce traitement constitue aussi un excellent moyen pour prévenir les accidents chez les sujets peu atteints. Pendant trois jours par mois, le malade reste couché et se met soit, au régime lacté absolu, soit au régime lacto-végétarien. Il est essentiel que le malade garde le lit pendant ce laps de temps; il faut qu'il soit au repos absolu, à l'abri des préoccupations d'affaires et des émotions. La *cure des trois jours par mois* n'est utile qu'à cette condition; mal appliquée, elle crée, au contraire, une cause de fatigue et de surmenage.



CRAMPE DES ECRIVAINS ET EPILEPSIE JACKSONIENNE



Voilà une association morbide assez bizarre; tout au moins peut-on dire qu'elle n'est pas banale.

Le sujet dont Enrico Morselli a publié l'histoire (*Riforma-medica*, 20 février 1911) est un employé de commerce, âgé de vingt-sept ans; des convulsions de l'enfance l'ont fait strabique, mais lui ont laissé une intelligence suffisante pour se faire une situation.

Les crises jacksoniennes dont souffre le malade ont marqué leur début lorsqu'il eut dépassé l'âge de vingt et un ans; elles sont de deux sortes: les unes légères et fréquentes, les autres graves et

rares. Les premiers annoncées par des fourmillements et du tremblement de la main droite, raidissent et agitent le membre supérieur, puis le membre inférieur; pas de perte de connaissance, mais le malade ne peut parler parce que sa langue et son visage sont crispés; ces accès peuvent se reproduire plusieurs fois par jour, ils ne durent qu'un instant et n'entraînent aucune fatigue. Les attaques jacksoniennes graves s'annoncent comme les précédentes; mais elles convulsent violemment tout le côté droit du corps; elles s'accompagnent de perte de connaissance et sont suivies de prostration; le malade en a eu une dizaine en tout. Il n'a eu également que cinq accès sous une autre forme, celle de crises de narcolepsie: subitement le malade tombe endormi, sans avoir présenté ni tremblement, ni convulsions. Il n'y aurait, et tout au commencement de l'accès seulement, qu'un peu de raideur du côté droit du corps; l'état de somnolence dure plusieurs heures.

L'épilepsie jacksonienne droite n'est pas compliquée de parésie appréciable; mais notre employé est gaucher, il presse à gauche 58 au dynamomètre contre 46 à droite et, ce qui est plus important, les réflexes sont exagérés à droite.

En même temps que l'épilepsie jacksonienne s'établissait, certains troubles se développaient qui affectaient le sujet dans sa faculté d'écrire. Actuellement la crampe des écrivains est typique: attitude spéciale du sujet, fixation du coude sur la table, porte-plume serré convulsivement, échappées de la plume, écriture déformée, papier taché et troué, oscillations journalières de la difficulté d'écrire, le syndrome est complet et le diagnostic ne saurait être douteux un seul instant.

Tout commentaire affaiblirait la saveur de cette histoire. Il est évident ici que l'épilepsie jacksonienne, affection à paroxysmes, et la crampe des écrivains, affection à symptômes permanents, ont même étiologie; tous deux expriment un état morbide de l'écorce psycho-motrice de l'hémisphère gauche créé par l'encéphalite dont le sujet a souffert à l'âge de deux ans. La faiblesse relative de la

main droite a été, pour la crampe fonctionnelle, une cause prédisposante, et ainsi se trouve établie une confirmation nouvelle de l'opinion qui tend à assigner une origine constitutionnelle et organique aux névroses d'occupation ou crampes professionnelles.

F. L.

Paris Médical.

—: 00: —

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL DE CULTURE PHYSIQUE, par le Dr C. C. PAGÈS.
— VIGOT Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine,
Paris. Un vol. in-18 jésus, cartonné, avec 86 figures dans le
texte. 3.50 fr.

D'abord vétérinaire et zootechnicien, puis physiologiste et médecin, *hygiéniste* avant tout, le Dr Pagès a consacré ces vingt dernières années à l'étude et à la pratique de la culture physique, dont il est devenu on peut dire le *premier ingénieur*; et le petit livre qu'il nous donne aujourd'hui n'est que le résumé de ce qu'il a appris. Tous ceux qui l'ont suivi en sa longue préparation devinent ce qu'il a pu faire ensuite dans un domaine aussi captivant et aussi neuf que le développement corporel; ils devinent aussi que la sûreté de méthode et l'originalité de style tant remarquée dans les ouvrages précédents, n'ont pu que s'accroître par le mûrissement naturel de l'esprit avec l'âge; on y sent si peu l'effort qu'on ne s'aperçoit pour ainsi dire pas que le livre est bien conçu et bien écrit.

Le Dr Pagès veut une culture physique commode: une route, à la rigueur une piste dans cour ou jardin, deux exercices de chambre et quelques haltères suffisent.

Il la veut facile, par la douceur et la simplicité de l'effort: les effets en seront plus lents, mais ils seront aussi plus sûrs; ce que l'on

n'obtient pas chez l'individu on l'obtient dans la race. Aussi ces exercices préférés sont-ils des élastiques dont on peut graduer infiniment la résistance; avec la marche et la course de vitesse, celle-ci très modérée, et un peu d'haltères, ils permettent d'obtenir, sans grand déplacement, sans grand dérangement et pour *ainsi dire dans la famille*, les conformations les plus belles et les santés les plus solides. L'Auteur ne vise pas les avantages des gymnases d'écoles de culture physique, mais il croit que l'avenir est à l'enseignement à domicile.

Ce qui le préoccupe avant tout, c'est la *santé*, et tous les exercices qu'il recommande ont principalement pour but de renforcer les viscères. Même au point de vue des diverses fonctions il subordonne la force au sentiment et à l'idée et met invariablement le muscle au service de l'intelligence et du cœur. Il n'y a donc pas que le sédentaire banal qui tirera un grand profit de sa méthode, mais aussi celui qui désire acquérir une haute culture intellectuelle.

Chaque série d'exercices est précédée de considérations physiologiques qui en expliquent les effets; et ces considérations sont si simples et si claires que tout le monde peut les comprendre; l'auteur a fait ainsi, sans le rechercher, un véritable ouvrage d'enseignement populaire supérieur.

Dans ces explications préliminaires comme dans les exercices eux-mêmes, tout est conçu et exposé avec une grande ampleur; et l'on va avec une extrême aisance des racines de la vie végétative jusqu'aux fruits de la vie animale. On sent ici l'influence du positisme que le Dr Pagès a connu très complètement sans y rester.

Enfin la femme, qu'on néglige dans les traités habituels, est l'objet d'un chapitre peu étendu mais fort intéressant; pour elle encore plus que pour l'homme, l'auteur insiste particulièrement sur les exercices de beauté, aussi bien de la forme que du teint et de la bonne senteur.

L'ouvrage est illustré de 86 figures: les unes représentant les divers mouvements, les autres les principaux types, hommes ou femmes, que l'on peut considérer comme formant l'avant-garde du progrès physique. Pas plus dans l'illustration que dans le texte on ne trouvera de choses superflues; l'auteur semble même s'y être appliqué comme pour montrer le retentissement sur l'esprit d'une méthode de culture corporelle qui exclut tout effort inutile.

GUIDE PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE - HOSPITALIÈRE
ET DE L'INFIRMIER-BRANCARDIER. *Bandages usuels.*
— *Premiers soins d'urgence.* — *Relèvement et transport des*
malades et des blessés, par le Dr Edmond MORIN (Publié sous
le patronage de la Société de la Croix Rouge, Union des
Femmes de France).—VIGOT Frères, Éditeurs, 23, Place de
l'École-de-Médecine, Paris. Un vol. in-8^o écu avec 200 figures.
2.25 fr.

Ce petit livre essentiellement pratique et qui enseigne d'une façon succincte, mais complète et précise, tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour parer d'*urgence*, en ville ou à la campagne, à tous les accidents de la vie ordinaire, industrielle, ou de sports à outrance que nous vivons, vient combler une lacune dans l'enseignement des membres de toutes les sociétés de secours — brancardiers, secouristes, infirmiers volontaires, sauveteurs, etc., ainsi que pour les infirmiers et infirmières des sociétés de la Croix Rouge.

L'auteur a divisé son livre en trois parties. *Dans la première*, il a traité par lésions les bandages les plus usités dans les hôpitaux militaires et civils, ainsi que dans les dispensaires, soit à l'aide des bandes soit par les pleins de Mayor. Chaque bandage décrit avec un soin minutieux est représenté par une figure qui le rend très compréhensible.

La seconde partie comprend les premiers soins d'urgence pour tous les accidents isolés ou collectifs: incendies, déraillements, désastres publics, etc.

Ce sont d'abord les généralités: manière d'aborder et de déshabiller les blessés, puis les soins particuliers dans la syncope, l'asphyxie, la pendaison, la submersion, les attaques de haut mal, etc., etc.; dans les fractures, les luxations, les entorses, dans les plaies de toutes natures, dans le hémorragies, etc.

Enfin dans la *troisième partie*, l'auteur a traité du relèvement et transport des malades et des blessés par tous les moyens employés, depuis le brancard improvisé jusqu'à l'automobile. Dans ces deux dernières parties, le style est clair, concis et mis en lumière par de nombreuses figures.

Les qualités multiples de ce petit livre, très complet et d'un prix fort modique, le placent au premier rang et en font le compagnon

fidèle et indispensable de tous ceux qui veulent apprendre à secourir leurs semblables, ainsi que de tous les amateurs de sports en tous genres, sans oublier les sociétés de préparation au service militaire, dont chaque membre devrait au moins savoir, ainsi que tout soldat, panser une plaie et arrêter une hémorragie.

LA NEURASTHÉNIE RURALE. *Fréquence, causes sociales et individuelles. Études psychologiques et cliniques de la neurasthénie chez le Paysan contemporain*, par le Dr Raymond BELBÈZE.— VIGOT Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École-de-Médecine, Paris. Un vol. in-16. 3.50 fr.

L'auteur de ce livre, qui a étudié la neurasthénie dans le milieu purement rural où il vivait, a tiré des 200 observations qu'il a pu recueillir des conclusions intéressantes, qu'il expose dans un ouvrage fortement documenté.

La névrose lui est apparue, même chez les ruraux primitifs, comme une affection de psychisme supérieur, faisant en quelque sorte *régresser* le neurasthénique. Son extrême fréquence (30 pour cent environ des sujets) serait conditionnée par la détresse économique locale qu'aggrave une intense dépopulation, et beaucoup aussi par la « *neurasthéniculture* » contemporaine, qu'elle soit familiale, scolaire ou littéraire. L'insuffisance alimentaire actuelle, la consanguinité, et surtout l'intoxication exogène ou endogène ont pour lui la valeur de causes efficientes. Séméiologiquement parlant, l'*Aboulie* lui est apparue comme un fait essentiel et même primitif, et la *Peur* (surtout la peur de la responsabilité) comme un signe de la plus haute importance. La réflexion douloureuse, la *phrontidophilie*, pour employer un néologisme de l'auteur, ainsi que l'exagération des actes aperceptifs seraient aussi des symptômes caractéristiques. Après une étude des neurasthénies féminine et infantile, et des frontières de la névrose, l'auteur pose brièvement de fermes conclusions pronostiques et s'occupe du Traitement où il expose ses vues personnelles, que leur originalité et leur importance pour le sociologue, le psychologue et le praticien rural (et même urbain) rendent intéressantes et tout à fait *actuelles*.

Le professeur Rémond (de Metz) présente excellemment cet ouvrage au lecteur.