

PAGE

MANQUANTE

Clinique obstétricale

PAR M. LE DR PAUL BAR

Le traitement du placenta prævia

Les dangers auxquels expose le placenta prævia, se résument en deux mots : l'hémorragie, l'infection. Ce qu'est l'infection, je vous l'ai dit dans de précédentes leçons ; je vous ai montré comment les femmes ayant un placenta prævia font par suite des hémorragies successives qu'elles subissent, très facilement, avant même le début du travail, des infections souvent bénignes, parfois graves, dont je vous ai décrit les modalités. Quant à l'hémorragie, je n'ai pas besoin de vous la décrire, ici légère, là considérable, tantôt unique, tantôt à récidive.

Que sera donc le traitement ? Il visera, vous le comprenez immédiatement, un double but : éviter l'infection et arrêter l'hémorragie. Je ne m'occuperai ici, je vous le dis tout de suite, que de la femme en travail.

Je vous rappelle comment se produit l'hémorragie. L'utérus se contractant pousse l'œuf vers le col, et l'œuf tend à ouvrir celui-ci, à le dilater ; en même temps le segment inférieur se distend. La distension du segment inférieur, pensait-on autrefois, ne pouvant être accompagnée d'une distension parallèle du placenta inséré sur lui, le segment inférieur et le placenta glissent l'un sur l'autre ; le placenta, en un mot, se décolle plus ou moins. Aujourd'hui on attribue, dans ce décollement placentaire, le rôle prépondérant à la traction exercée par les membranes ; l'œuf étant poussé par la contraction utérine, les membranes s'étirent, s'allongent pour pénétrer dans le col, et lorsque le placenta est inséré bas, cet étirement des membranes détermine sur le bord inférieur du placenta des tiraillements qui le décollent, d'où hémorragie.

En somme, c'est la traction des membranes sur le placenta qui le décolle et provoque l'hémorragie, et cette traction est le résultat du travail et de la distension du segment inférieur qui s'ensuit.

Nous pouvons chercher à agir sur l'hémorragie elle-même : de même qu'on place une pince sur un vaisseau qui saigne, ici on tamponne. Ou bien nous pouvons chercher à agir sur la cause première de l'hémorragie, c'est-à-dire empêcher les membranes de tirer sur le placenta et de le décoller, et on est d'accord sur le grand avantage qu'il y a à activer le travail, et à diminuer ainsi la durée de l'hémorragie. On l'activera, bien entendu, par le moyen qui comportera le risque minimum d'exten-

sion du segment inférieur, qui contribuera ainsi le mieux à restreindre l'hémorragie.

Du jour où les anciens accoucheurs ont distingué des autres variétés d'hémorragie celles dues à l'insertion vicieuse, ils ont préconisé et pratiqué la précipitation de l'accouchement.

C'est ainsi que l'accouchement précipité dans les hémorragies de l'insertion vicieuse du placenta remonte à Ambroise Paré. Connaissait-il le placenta prævia ? On peut le penser d'après les écrits de ses contemporains. Paré mourut en 1590, or en 1582 Libaut écrivait : " Quelquefois aussi que l'arrière-faix vient le premier, quel accouchement est appelé " filius ante patrem ", très dangereux sur tous les autres : aucune fois l'arrière-faix rompu fait une effusion de sang qui remplit tellement la matrice qu'elle ne peut pousser hors l'enfant ; aussi que, quand la vessie est trop pleine, on ne peut pisser." En 1599, Guillemeau, élève favori de Paré, décrit dans son " Heureux accouchement " l'accouchement forcé. Il rapporte, en effet, l'histoire de la propre fille d'Ambroise Paré, sur laquelle il eut à intervenir en pratiquant cette opération : " ce que j'avais vu faire à M. Paré son père ", déclare-t-il, ce qui ne laisse aucun doute, qu'il tenait cette méthode de son maître. Louise Bourgeois, vers la même époque, préconise, elle aussi, l'accouchement forcé. Mais quelle brutalité dans cet accouchement des anciens accoucheurs ! Certes on sauvait ainsi des femmes, mais on remarqua vite les dangers de cette intervention. Aussi n'est-on pas étonné de voir Mauriceau s'en détacher. Il ne méconnaissait pas qu'il fallait aller vite ; aussi conseille-t-il l'accouchement rapide, mais non plus forcé. " Et même, lorsque la perte de sang est fort médiocre, dit-il, on peut en ce cas commettre l'accouchement à l'oeuvre de la nature." Mauriceau eut le mérite d'apporter un tempérament à la méthode primitive, d'en limiter les indications ; il eut aussi celui de préciser la cause des hémorragies dues à l'insertion vicieuse, de montrer enfin, que le traitement de celles qui sont peu importantes, pouvait être réalisé par la rupture des membranes.

Pendant tout le XVII^e siècle nous assistons au développement des idées de Mauriceau. Peu, son rival, va même beaucoup plus loin que lui et se prononce franchement contre l'accouchement forcé. Au XVIII^e siècle, Levret, Smellie tentent de limiter encore l'accouchement forcé ; ils pratiquent l'extraction lente. Tel était l'état des esprits quand vint Puzos.

Puzos bénéficie de l'effort de deux siècles et montre que l'accouchement forcé est nettement une mauvaise opération. Il conseille de rompre les membranes, et il ne fait l'accouchement que dans les cas très graves.

Peu de temps après lui, en 1776, Leroux (de Dijon), son élève, publie ses " Observations sur les

perles de sang de femmes en couches" : d'après lui, il faut rompre les membranes, aller chercher un pied et au besoin l'abaisser, ce qu'avait déjà dit Puzos. Mais Leroux, même dans les cas très graves n'accepte pas l'accouchement forcé, tant celui-ci est dangereux, et il en fait une admirable critique. Après la rupture des membranes, il conseille l'extraction différée et propose le tamponnement. Il accepte donc les idées régnantes -- délivrer vite la femme, rompre les membranes, abaisser un pied, -- mais pour peu que l'extraction ne soit pas très simple, il préconise non l'accouchement forcé, mais l'emploi du tampon, grâce auquel on peut éviter l'accouchement forcé.

Chez nous, la méthode du tamponnement se répandit. Paul Dubois l'accepta sans proscrire la rupture des membranes.

Enfin, Tarnier donnait le conseil de recourir au tamponnement qu'il considérait comme le traitement de choix, le préférant même à la rupture des membranes.

Et cependant, en 1864, Braxton Hicks avait fait connaître sa méthode, consistant à aller à travers le col incomplètement dilaté chercher un pied et à l'abaisser dans le vagin : méthode qui se répandait en Angleterre, en Allemagne, mais peu chez nous, où le tamponnement était toujours accepté.

Survient l'ère antiseptique. On reconnut mieux les inconvénients du tampon, qui s'infectait facilement. On pensa qu'il suffirait de charger le tampon de substances antiseptiques pour faire disparaître tous ses défauts : on imbiba donc celui-ci de sublimé à 1 pour 4.000, d'acide phénique à 2 pour 100 on lui incorpora de l'iodoforme. L'effet sur la muqueuse vaginale fut souvent désastreux.

Entre temps, Schröder, en 1877-78, avait repris l'étude du mécanisme de l'hémorragie. Ses idées se répandaient. Le professeur Pinard les adoptait, et préconisait chaleureusement la rupture des membranes. En même temps, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, les interventions se faisaient plus actives ; Bonnaire préconisait sa méthode de dilatation bimanuelle du col, Champetier de Ribes son ballon, Bossi son dilatateur métallique ; on reprenait ainsi l'idée directrice des anciens accoucheurs : faire accoucher rapidement la femme.

C'est ainsi que peu à peu on s'est éloigné du tamponnement, moyen médiocre, qui peut présenter des dangers d'infection, moyen infidèle qui n'a guère pour lui que la facilité d'exécution et l'arrêt momentané de l'hémorragie.

Le meilleur traitement est d'activer le travail. Cette méthode est-elle une ? Non. Divers facteurs doivent influencer sur le choix du mode d'intervention. L'hémorragie dans le placenta praevia est loin de se présenter toujours avec une gravité identique. Suivant que l'insertion est latérale (haute ou bas-

se), marginale, enfin centrale, l'hémorragie varie. Elle est, d'une manière générale, d'autant plus répétée et abondante que le placenta s'insère plus près de l'orifice cervical, pour être à son maximum dans l'insertion centrale. Il faut aussi tenir compte du degré de la dilatation du col au moment où on intervient, et enfin de la gravité des phénomènes de choc chez la malade. En réalité, ce qu'on voit dans la pratique, c'est non un placenta praevia, ce sont des cas particuliers dans lesquels l'accoucheur doit, par la connaissance des avantages et des risques de chaque manœuvre, apprécier ce qui est le mieux dans le cas qu'il observe.

Cela dit, étudions les moyens que nous avons à notre disposition.

A la base du traitement est la "rupture des membranes," préconisée par Mauriceau, Puzos, Leroux, Braxton-Hicks, Simpson, Pinard ; acceptée, mais comme moyen secondaire, par Tarnier. Il n'est pas toujours facile d'atteindre les membranes : parfois, lorsqu'on a affaire à un placenta central, il faut avec le doigt, remonter au-dessus du bord de celui-ci pour les trouver et les rompre. On ne doit pas, d'autre part, oublier que le but n'est pas de les perforer, de manière à faire écouler le liquide amniotique, mais qu'on se propose de les rompre largement pour empêcher tout tiraillement exercé par elles sur le placenta.

On fera donc cette rupture largement. Elle sera souvent suffisante si le placenta est relativement haut, latéral, si le travail est déjà avancé ; elle pourra ne pas l'être, si le placenta est très bas ou si le travail débute.

Faut-il donner des chiffres ? Sur 73 cas colligés par Juge, élève de M. Pinard, 45 fois la rupture des membranes suffit.

En somme, dans tous les cas d'hémorragie un peu sérieuse par insertion vicieuse du placenta, on fera la rupture des membranes. Mais si l'hémorragie est violente, si l'accouchement paraît devoir être long, on devra, en outre, précipiter le travail.

Comment ? Si le col est dilaté, ce sera chose facile. Mais s'il n'est pas dilaté, irons-nous faire l'accouchement forcé ; c'est-à-dire forcer le col, introduire la main, chercher rapidement un pied et extraire le plus vite possible ? Non.

L'accouchement forcé, brutal, alors que le col n'est pas ouvert, est aujourd'hui vraiment abandonné. L'accouchement forcé des anciens accoucheurs a été, si je puis ainsi dire, adouci, et ce qu'on fait aujourd'hui c'est "l'accouchement activé."

Quels moyens avez-vous à votre disposition ? Il faut dilater le col ; pour cela, il y a 3 méthodes :

- 1° Ou bien dilater vite le col par pression directe ;
- 2° Ou bien le dilater de haut en bas ;
- 4° Ou bien l'ouvrir par des incisions.

La première méthode consiste à dilater le col par pression directe de dedans en dehors, sans aller trop vite, et pour la réaliser nous avons deux moyens : la dilatation digitale ou manuelle et la dilatation avec des instruments métalliques. La dilatation manuelle peut se faire soit avec une seule main, soit avec les deux mains, comme dans le procédé de Bonnaire : on introduit successivement 1, 2 doigts, puis 3, 4 ; à la fin, 6 et 8 qu'on écarte, et l'on arrive ainsi en trois quarts d'heure, en une heure, à avoir une dilatation suffisante. Quant aux instruments métalliques, l'un des meilleurs est le dilateur de Bossi.

Que donne la dilatation rapide du col, soit manuelle, soit instrumentale ? Assure-t-elle une dilatation suffisante pour faire passer la tête ? Pas toujours. Rappelez-vous que la dilatation normale au cours de l'accouchement ne consiste pas seulement en l'ouverture du col, mais encore en une ampliation du segment inférieur. Or, par la dilatation artificielle, on ouvre bien l'orifice, mais on ne fait pas l'ampliation du segment inférieur.

A-t-on même un orifice toujours suffisant ? On l'a dit ; ce n'est pas exact, surtout si l'enfant est à terme.

Ces opérations sont même pleines de dangers, quand il en est ainsi. De plus, quand on a affaire à une grande multipare dont le col est malléable et déjà ouvert, dont les parties molles sont très souples, on peut mener ces opérations à bien sans trop de risques ; mais s'il s'agit d'une primipare, on ne réussit souvent qu'en déchirant le col.

Or, quand il y a déchirure et quand le placenta est inséré bas, facilement la déchirure atteint la zone d'insertion placentaire où les vaisseaux sont très dilatés et les risques s'accroissent.

Voulez-vous quelques chiffres fixant les résultats donnés par ces méthodes dans le traitement de l'insertion vicieuse ? Voici d'abord la méthode de Bossi.

Bossi (" Actes de la Soc. ital. de gyn. ") donne une statistique de 66 cas de dilatation du col dans l'insertion vicieuse du placenta : mortalité maternelle, 7,5 p. c. ; mortalité fœtale, 15 p. c.

On pouvait espérer que la méthode manuelle de Bonnaire, qui permet de sentir mieux ce qu'on fait, donnerait des meilleurs résultats. Elle avait été très accueillie en Hollande. En 1903, le Pr Treub en a publié 35 cas : mortalité maternelle 5,7 p. c. fœtale 14,3 p. c. Treub recommanda donc vivement cette méthode.

Mais Treub donna, en 1908, une nouvelle statistique de 36 cas, de 1903 à 1907, comprenant 10 femmes mortes (soit 18,25 p. c.) et 20 enfants morts (soit 48 p. c.) ; il signala les dangers de déchirure et se montra moins partisan de la méthode : ainsi se trouvent confirmées les réserves que j'ai faites

à plusieurs reprises (Leçons de pathologie obstétricale, 1900, " Société obstétricale de France, " 1905).

Donc, les méthodes de dilatation plus ou moins brusque sont des méthodes à indications limitées et qui ne sont pas sans comporter des risques.

Une autre méthode d'ouverture du col consiste à faire des " incisions " ; non pas de petites incisions multiples ; mais " l'opération césarienne vaginale " de Dührssen. Büttner en a récemment montré les avantages. Nous connaissons mal cette opération ; qui ne s'est pas répandue chez nous. Elle peut causer des hémorragies sans qu'il y ait placenta praevia. S'il y a placenta previa, il semble que les craintes doivent être encore plus grandes. Il ne paraît pas que la césarienne vaginale doive se répandre.

Reste alors une dernière méthode, consistant à dilater le col de haut en bas avec un " ballon " ; on peut enfin pratiquer la " version de Braxton Hicks."

Vous connaissez le " ballon de Champetier de Ribes," vous savez comment on le place dans l'œuf une fois placé, il comprime le placenta, il remplace la poche des eaux et il dilate le col, surtout si on appuie son action par quelques traction. Tarnier, sur 48 cas a eu une mortalité maternelle de 8,33 p. c., une mortalité fœtale de 58,33 p. c.

Dührssen et Küstner (en se servant du colpeurynter) ont eu, sur 28 cas, 28 mères guéries (mortalité 0 p. c.) et 16 enfants vivants (ou (57 p. c. donc mortalité fœtale 43 p. c.)

Une dernière méthode est " la version de Braxton Hicks " : on abaisse un pied dans le vagin (c'est le siège du fœtus qui va jouer le rôle du ballon), et on peut appuyer le mouvement de descente du membre par quelques tractions sur le pied.— Cette méthode est efficace contre l'hémorragie, elle a l'avantage de terminer vite l'accouchement avec un minimum de lésions maternelles. Mais, pour réussir la version de Braxton Hicks, celle-ci doit être faite peu de temps après la rupture des membranes. C'est une opération qui n'est pas toujours facile, et souvent les tentatives échouent. Par l'emploi de ce procédé, la mortalité maternelle est comprise entre 5 et 7 p. c. Mais elle est dangereuse pour l'enfant, et expose en particulier aux viciosités du cordon. Dans une des statistiques les plus récentes, Hammerschlag donne une mortalité fœtale de 84 p. Aussi cette méthode est-elle aujourd'hui vivement critiquée.

* * *

Comment donc faire un choix entre ces procédés que je viens de vous présenter et dont je vous ai indiqué le fort et le faible ?

Aurez-vous recours au tamponnement ? Non en

général : c'est une mesure provisoire, un moyen d'attente. Vous l'éviterez autant que possible.

En somme, à la base du traitement se trouve le plus souvent la rupture des membranes. Mais elle ne suffit pas toujours. Plusieurs cas peuvent alors se présenter.

Premier cas : la femme ne saigne pas, mais vous craignez que l'hémorragie se produise. — alors :

a) Si la dilatation est complète ou presque, faites la version de Braxton Hicks ou même, si elle est possible, la version proprement dite suivie d'extraction ;

b) Si la dilatation est moins avancée, mais le col perméable, ferez-vous la version de Braxton Hicks ? Non. La dilatation rapide suivant la méthode de Bonnaire ou celle de Bossi ? Non. Vous emploierez le ballon, un gros ballon et en appuyant si c'est nécessaire, son action par des tractions, vous obtiendrez vite la dilatation ;

e) Enfin si la dilatation est nulle ou presque nulle, vous pourrez recourir à l'instrument de Bossi, non pour dilater complètement le col, mais pour commencer la dilatation, aller jusqu'à 5 ou 6 centimètres, puis vous appliquerez un ballon.

Deuxième cas : la femme continue à saigner, il y a une hémorragie grave qui persiste. — Dans ces conditions :

a) Si la dilatation est assez avancée, faites la version de Braxton Hicks, malgré les risques qu'elle comporte pour l'enfant, puis tirez ;

b) Si le col est seulement perméable, le ballon étant un moyen qui ne va pas assez vite, faites la version de Braxton Hicks, et, si l'hémorragie continue, tirez sur le fœtus ;

c) Enfin avec une dilatation presque nulle, commencez celle-ci avec le dilatateur de Bossi, puis faites la version de Braxton Hicks.

Ce schéma a un défaut. Toutes ces méthodes sont suffisantes dans les cas légers, mais elles sont souvent insuffisantes dans les cas graves. Elles sont par fois d'exécution difficile, et, de plus, elles peuvent être dangereuses, exposent à des déchirures. On sent enfin qu'elles sont souvent aveugles. Voilà pourquoi on a pensé supprimer ces risques et ces difficultés, et on s'est demandé s'il ne fallait pas leur substituer l'accouchement par la voie haute. On a donc fait "l'opération césarienne." Les résultats en pareil cas n'ont pas été brillants ; voici les statistiques :

Zinke . . .	8 cas,	3 mères	mortes
Guicciardi	16 "	4	—
Montuoro . .	27 "	5	—
Ranieri . . .	34 "	5	—

Soit : mortalité maternelle 13 à 20 p. c. ; mor-

talité fœtale 19 p. c. On voit donc que le bénéfice pour le fœtus est réel : nous sommes loin des 50 à 80 p. c. de mortalité des autres méthodes. Mais la mère court un risque énorme ; elle est souvent infectée, et en état de shock, aussi la mortalité de 13 à 20 p. c. après l'opération césarienne reste très élevée et fort supérieure à celle de 5 à 7 p. c. qu'on a dans les autres méthodes. Si on songe que les fœtus naissent généralement prématurés, les indications de l'opération césarienne se limitent aux cas où l'état du col est tel que l'on doit craindre de trop grands délabrements, partant de trop grands risques dans l'accouchement par les voies naturelles.

Peut-être sommes-nous, d'ailleurs, à la veille d'une nouvelle évolution. Si l'abandon du tampon est un progrès, il y a les cas graves, où la vie s'en va avec le sang ; si on n'arrive pas à abaisser le pied, si l'accouchement brusqué ne réussit pas, que reste-t-il ? L'opération de Porro ? Mais c'est une mutilation, un pis-aller. L'opération césarienne conservatrice ? Mais nous savons les risques particuliers qu'elle présente ici, chez des femmes quelque peu infectées. Récemment Sellheim a proposé une opération nouvelle, "l'opération césarienne supra-symphysaire" ; consistant à décoller la vessie du péritoine, et à arriver au segment inférieur par-dessus la vessie et par-dessous le péritoine décollé et refoulé, en évitant d'ouvrir celui-ci, en faisant par conséquent une opération extrapéritonéale ; le segment inférieur est incisé et l'enfant extrait par cette incision. Sur 8 cas, il y a eu 8 succès pour les mères. C'est un procédé vraiment intéressant, et quand je me trouverai en présence d'une femme ayant un placenta prævia et perdant beaucoup de sang, avec un col fermé, volontiers j'aurai recours à la section supra-symphysaire de l'utérus que Krœnig a pourtant le tort de vouloir faire dans tous les cas, car elle est une opération de clinique, qu'on ne doit tenter que dans des conditions d'installations parfaites.

Soupe de carottes contre les troubles digestifs des nourrissons

M. Ernest Moro prescrit, contre les entérites et les auto-intoxications de l'enfance, une soupe préparée de la manière suivante : peler 500 gr. de carottes, faire cuire dans l'eau pendant trois quarts d'heure. Passez, ajoutez un litre de bouillon gras, 6 grammes de sel et 50 grammes de viande.

Cette préparation représente 235 à 260 calories par litre. Elle combat la constipation et les troubles digestifs et favorise l'hydratation de l'organisme.

Elle est contre-indiquée dans les cas d'oedème.

D'après M. ERNEST MORO (*Journal de médecine de Paris*, no 51, 19 décembre 1908, p. 502).

L'action du médecin et la dépendance des phénomènes

PAR MM.

H. HUCARD,

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hôpital Necker

CH. FIESSINGER

Membre correspondant
de l'Académie de Médecine

La grande révolution médicale du XVI^e siècle a été un retour vers les doctrines hippocratiques. La révolution thérapeutique du XX^e siècle sera une confirmation de ces mêmes doctrines. Toutes les découvertes modernes ne font que prolonger et qu'élargir la majesté des avenues ouvertes par le grand maître. Deux principes directeurs inspiraient sa thérapeutique : l'action providentielle de la nature, la dépendance réciproque des phénomènes. En regard de ces nécessités majeures, que pèse le poids d'un effort humain ? Le médecin ne pourra jamais que suivre, en disciple obéissant, les indications de la nature et ménager dans son intervention l'intégrité des connexités organiques.

Tous les progrès thérapeutiques qui ont planté leur drapeau, un drapeau dont les plis résistent à l'usure du temps, se sont inspirés de la maxime hippocratique. Les médications spécifiques sont celles qui réalisent dans leur plénitude les conditions de la formule. Elles devancent les réactions curatives, les reproduisent dans le sens où celles-ci se fussent opérées spontanément. La diphtérie, livrée à sa marche naturelle, guérit du jour où les humeurs de l'organisme ont acquis des propriétés défensives qui les protègent contre l'agression des toxines diphtériques. Que fait la sérothérapie antidiphtérique ? Elle fournit dès le premier jour à l'organisme les principes antitoxiques qu'il n'eût sécrétés que péniblement et bien plus tard.

Le tréponème de la syphilis est mal combattu par les cellules de l'organisme. Leurs efforts impuissants ont besoin d'être secondés. Le secours dont elles ont besoin, elles le trouvent dans le mercure. Il en est de même de la fièvre palustre. La quinine vient à bout de l'hématozoaire comme le mercure du tréponème. Il est à remarquer les hautes doses médicamenteuses nécessaires. Dès qu'il ne s'agit que d'exciter la vitalité cellulaire, les doses faibles, parfois souvent la diététique bien dirigée, sont suffisantes. Les chiffres élevés des médicaments ne doivent être abordés que dans des conditions exceptionnelles ; quand ils n'épuisent pas leur action sur un parasite qu'ils attaquent directement, c'est la cellule vivante elle-même qu'ils désorganisent ; tel n'est pas le but de la médecine.

L'avenir de la thérapeutique dans les maladies infectieuses réside dans la découverte d'agents mé-

dicamenteux qui s'attaquent directement au microbe pathogène et à ses poisons. Pour les maladies générales non infectieuses, celles qui ne résultent pas d'une pénétration microbienne, la branche de salut sera cherchée ailleurs, non pas dans les sécrétions microbiennes, mais surtout dans les sécrétions cellulaires. Le système nerveux commande à l'organisation des lignes de défense. C'est lui qui apporte, à chaque organe en souffrance, les armes de combat : formation de ferments de divers ordres : cytotoxines, anticorps, toutes substances qui existent à l'état normal. La thérapeutique de demain aura pour fonction — vis-à-vis de chaque altération humorale ou cellulaire — tout d'abord de faire ingérer ces ferments de défense ou encore de prescrire les éléments médicamenteux qui emprunteront leur mode d'action à ses agents fermentatifs.

Une double voie est ouverte au médecin pour atteindre ce but : la stimulation du système nerveux qui exprime des tissus ou organes défaillants toutes les réserves d'énergie qu'ils renferment, et ensuite l'apport direct des ferments médicamenteux, que ceux-ci soient d'origine chimique (ferments métalliques de M. Albert Robin) ou bien plutôt organiques.

L'opothérapie tend à remplir cette dernière condition : fournir à l'organisme les substances dont il a besoin pour régénérer l'organe malade. La thyroïdine supplée au manque de fonctionnement de la glande thyroïde en rendant au corps vivant les principes nécessaires à sa croissance. C'est le manque d'action du remède dans le myxœdème. L'opothérapie rénale, ovarienne, hypophysaire, exerce une action sur la sécrétion des glandes correspondantes. Mais quelle incertitude ne couvrent pas la régularité des leurs effets ! Si la macération de reins de porc excite la fonction urinaire, si l'ovarine semble stimuler la fonction ovarienne, si l'hypophysine augmente l'amplitude et modère l'accélération des battements cardiaques (L. Rénon), rien n'est moins assuré que la persistance de ces actions curatives. Chacune de ces substances est un composé d'éléments différents : la macération de reins, dùt-elle renfermer des principes excito-sécrétoires, est aussi riche en principes toxiques ; sans doute Castaigne détruit ces principes toxiques par le contact, avec le suc gastrique, de la macération rénal ; seulement rien ne prouve que toutes sortes d'impuretés ne continuent pas d'amoindrir et d'altérer par leur présence les effets de la substance excito-sécrétoire qui, pour réaliser sa plénitude d'effet, devrait être isolée dans sa pureté.

L'extraction à l'état de pureté des ferments dont la présence assure la fonction de l'organe, voilà une des tâches qui incombent à la thérapeutique de demain. Il en est encore d'autres. De même que, pour guérir la diphtérie, il faut du sérum antidiphtérique et non pas du sérum d'un animal sain,

ainsi pour les affections organiques, il pourra se faire que certaines productions antitoxiques n'apparaissent qu'à l'occasion de la maladie. On devra expérimentalement réaliser sur l'animal l'affection dont on prétend guérir l'homme, et les substances de défense retirées des organes malades pourront, inoculées à l'homme, combattre la maladie similaire à celle de l'animal qui vient d'être sacrifié.

Toute cette thérapeutique féconde est encore loin de nous. Nous guérissons très rarement les organes malades par l'apport des substances cellulaires contraires. Tout ce qui est en notre puissance, c'est la formation indirecte et incertaine de ces substances par l'action exercée sur le système nerveux. La thérapeutique par l'action psychique du médecin, par les agents physiques, voilà de ces médications qui ne périront pas. Quant à l'hygiène diététique et aux remèdes médicamenteux, ils devront toujours être compris et ordonnés de la manière qui permettra aux réactions nerveuses de défense de se préparer et de combiner leurs effets au mieux de l'intérêt du malade.

Dans les applications de la méthode, c'est toujours le principe d'Hippocrate qui nous servira de guide. Lors de l'évolution d'une maladie aiguë "il ne faut rien mouvoir ni innover, disait-il, avec des remèdes ou tout autre irritant. Laissez faire la nature." Nous laissons faire la nature, nous contentant de presser avec prudence la direction du mouvement favorable que la nature allait prendre. Il nous faut user, dans l'espèce, d'une circonspection qui ne se relâche pas. La molécule protoplasmique, forme élémentaire de la matière organisée, est en effet d'une délicatesse extrême, et toute agression thérapeutique non concertée sur un plan de réserve et de mesure, au lieu d'aider au relèvement des molécules désassemblées, risque de les abattre tout à fait.

Tout malade qui sort du cabinet du médecin, avant même d'avoir pris le remède, doit être remonté par un sentiment de réconfort et d'espoir. Si les paroles du médecin n'ont pas produit cet effet salutaire, ce n'est pas la maladie du patient qui est trop grave, c'est l'action morale du médecin qui a manqué de pénétration et d'adresse. Il faut rendre au malheureux confiance en soi ; à ce prix seulement il retirera de la médication l'efficacité totale qu'elle est susceptible de produire.

Si les consultations des hôpitaux n'assurent à ceux qui les fréquentent que des soulagements passagers et incertains, ces échecs tiennent maintes fois à la rapidité de l'examen, à la sécheresse de cœur qui fait tendre d'une main indifférente l'ordonnance au pauvre diable. Il attend, avec une telle expression d'angoisse, le mot d'encouragement et de bonté qui ne vient pas. Le médecin qui n'attache pas un sentiment d'émotion et de pitié à la pratique de son art, perdra, du fait de cette incapacité ou de cet

oubli, les fruits les plus sûrs de son instruction et de sa peine.

La bonté du médecin, ses paroles compatissantes exercent des effets stimulants et curateurs. Le système nerveux du malade, favorablement impressionné, traduit cette excitation légère par un accroissement probable dans la production de l'énergie nerveuse. Celle-ci, allant actionner les organes en souffrance, y rétablit les fonctions troublées, s'efforce de réaliser des restaurations cellulaires. Sans doute, dès qu'une maladie organique est en jeu, l'amélioration n'est jamais que temporaire. Le malade n'en a pas moins traversé une période d'atténuation à la faveur de laquelle a glissé dans son âme quelque espoir fugitif d'une guérison, quand même possible.

On s'étonne de voir les pauvres affligés de tuberculose et de cancer, de maladies incurables, changer si souvent de médecin, s'adresser à des empiriques, invoquer les secours de l'au delà. Toutes ces allées et venues, ces supplications et ces prières n'ont pour but que d'alimenter cette flamme de l'espérance. Une fois éteinte, c'en est fait de la lutte. Le mal à pris définitivement le dessus et la résignation inerte du patient laisse creuser, sans tentative de résistance, les dernières tranchées qui assureront la reddition prochaine de la place.

A notre époque d'utilitarisme, de machinisme, de raison ergoteuse et étroite, il n'est point mauvais d'établir que, au point de vue scientifique, le cœur et le sentiment ont gardé leur place. Les malheureux couchés sur le lit d'hôpital, bousculés par les soins hâtifs et impatients des infirmières, en savent quelque chose. Il n'y a qu'à voir leurs pauvres figures ravagées où toute expression suppliante s'est effacée, dans la certitude où ils sont qu'aucune main secourable se tendra vers eux. Bientôt, les râles d'agonie encombreront leur gorge et ils se verront mourir au milieu de l'indifférence de tous et dans le bruit non interrompu des conversations particulières.

En ce qui est de l'action psychique du médecin et de la bonté envers les malades, notre époque positive et sèche marque un recul.

Un des inconvénients qui rabaisent la valeur de la spécialisation à outrance est le voile dont pareille méthode couvre les réactions réciproques des phénomènes. Tout un champ de l'organisme se trouve obscurci par l'abus de la méthode. Un tel soignera l'estomac sans se soucier du système nerveux, tel autre l'utérus, le cœur, le rein ; aucun ne se dira que ces organes appartiennent à des natures vivantes et de sensibilité diverse. Au XVIII^e siècle, J.-J. Rousseau agissait ainsi pour l'homme. Il l'isolait de son milieu, le transformait en entité abstraite. Nombre de méthodes thérapeutiques modernes sont inspirées d'une pareille formule. L'antisepsie sto-

macale transformait l'estomac en cornue de laboratoire ; c'est, en effet, une cornue, mais d'une nature bien spéciale. La méthode ne tenait pas compte de la différence qui sépare un vase inerté d'un réservoir contractile et vivant. A part cela, l'antisepsie stomacale fournissait matière à des considérations ingénues et dogmatiques.

Ce que le médecin doit savoir, c'est qu'il existe au moins deux sortes d'estomac : ceux des natures épaisses et frustes, ceux des esprits délicats et fins. Les premiers digèrent des cailloux, les seconds sont incommodés par tout repas trop relevé ou copieux. Les émotions, secousses morales de tout ordre ont peu prise sur les âmes paresseuses et non vibrantes ; ces chocs nerveux retentissent, au contraire, en répercussions tumultueuses sur les natures d'élite. L'estomac et tout le tube gastro-intestinal traduisent, par les troubles fonctionnels qui les atteignent, la blessure morale imprimée sur le système nerveux. Quand ils ne sont pas l'effet d'une excitation portée sur la muqueuse stomacale (excès de table, de boisson), la plupart des types de dyspepsie apparaissent comme l'aboutissant d'une détresse psychique, et c'est en corrigeant celle-ci qu'on guérira le malade. Journallement des médecins voient des déprimés anxieux qui affirment, soutiennent, ne pouvoir tolérer le moindre aliment ; il suffit de rendre à ces malheureux confiance en eux-mêmes, de répondre à leur affirmation par une affirmation contraire pour voir souvent le trouble dyspeptique se dissiper avec une rapidité merveilleuse. En quarante-huit heures, des malades, qui supportaient avec peine quelques potages légers, se remettent à table et mangent de tout.

De pareils renseignements commandent la conduite du praticien. Plus le système nerveux de son dyspeptique sera affiné, plus on aura chance, en modifiant les conditions mentales du sujet, d'obtenir l'amélioration cherchée ; les mentalités vulgaires ne seront jamais remuées avec le même succès. Quand de pareils sujets digèrent mal, le traitement local du trouble gastrique sera institué dans toute sa rigueur ; il y a peu d'espoir d'amélioration avec la psychothérapie toute simple.

Ces notions générales ne s'appliquent pas seulement aux troubles dyspeptiques. Dans toute la pathologie, la double part doit être réservée, d'une part, au degré de nervosité du malade, de l'autre à son trouble local. Les médicaments seront distribués avec d'autant plus de parcimonie qu'ils s'adresseront à des natures plus délicates. Les femmes, les enfants, tous les nerveux rentrent dans une même classe. Les adultes froids et pondérés, non par éducation, mais par défaut de sensibilité, appartiennent à l'autre. A eux l'arsenal de drogue et les coups de fouet médicamenteux.

Chez les cardiaques, les phtisiques, autant que pour les dyspeptiques, l'influence du système ner-

veux joue son rôle. Une parole rassurante formulée avec fermeté a plus d'une fois fait cesser des palpitations, calmé des angoisses, abaissé légèrement un degré fébrile.

Mêmes réflexions à l'occasion des maladies des reins et des albuminuriques ; nombre de ceux-ci ont vu baisser leur taux d'albumine du jour où, l'espoir de la guérison leur étant garanti, ils se remettent à un régime alimentaire habituel. Le rein mobile, chez la femme, est souvent l'occasion d'un nervosisme angoissant. Plus le médecin parlera du rein mobile, plus il aggravera la souffrance. Il faut certifier l'absence de gravité, faire porter une ceinture, replacer le malade dans son cadre d'occupations habituelles. La relation entre le système nerveux et les organes génitaux est tout aussi intime. Ce sont les obsessions à propos d'un suintement urétral, les douleurs névralgiques, celles-ci si fréquemment localisées dans la région ovarienne de la femme. Que d'opérations et d'ablations des annexes inutiles pour cris de souffrance d'un organe douloureux, mais qui n'est point lésé anatomiquement ! Si l'abus de ces interventions chirurgicales est moindre qu'il y a quelques années, il ne laisse pas de continuer à chercher sa justification dans maintes conditions où il n'a que faire. Une femme a guéri d'une salpingite. Elle souffre encore. Il s'agit d'une névralgie fixée sur un organe primitivement enflammé. Le chirurgien enlève les annexes. Une saison hydrothérapique et l'action psychique du médecin auraient suffi pour amener la guérison.

Sans doute les paroles ne suffisent pas toujours : le trouble local est trop accentué. N'importe ! Il y aura toujours moyen de le réduire en rendant confiance. L'influence du moral sur le physique est bien plus considérable qu'on ne l'imagine. Bien maladroit le médecin qui ne jouerait pas d'une arme aussi puissante.

Après les répercussions sur le système nerveux, les réactions des organes entre eux : poumon sur cœur, cœur sur toute l'économie, quand la fibre cardiaque fléchit, estomac et intestin sur utérus. Cette dernière sorte de troubles est souvent mal connue. MM. A. Robin et Dalché (1), en créant le chapitre des fausses utérines, ont montré que nombre de congestions locales avec rougeurs, granulations, exulcérations du col, guérissent non avec un traitement local, mais avec la médication qui rétablit l'équilibre dans les fonctions gastriques ou de l'intestin.

Une autre répercussion curieuse, trop peu connue en pratique, est celle que l'estomac et le tube digestif exercent sur le rein. Dès qu'il existe des troubles digestifs, l'albumine peut paraître dans les urines. Qu'il s'agisse dans l'espèce de substances albumineu-

(1) Traitement médical des maladies des femmes. Paris, Rueff, 1909.

Clinique Médicale

Les gastropathies hystériques en général

PAR M. LE DR ROUX, A L'HOPITAL
ST-ANTOINE, PARIS.

ses qui, n'ayant pas subi l'élaboration digestive, passent à travers la muqueuse intestinale, pénètrent dans le sang et sont rejetées par le rein qu'elles lèssent au passage (2), peu nous importe. Ce qu'il convient de connaître, c'est que l'albumine urinaire, quelle qu'en soit la cause, qu'il s'agisse de néphrites ou de simples troubles fonctionnels, augmente dans tous les cas où il y a trouble digestif. D'où la nécessité de surveiller les digestions de tous les albuminuriques et au cas où celles-ci fléchissent, d'ordonner un régime diététique approprié.

L'action morale du médecin ayant puissance d'action sur les réactions gastro-intestinales, on voit donc que par le seul procédé de son intervention psychique, le médecin a chance de modifier favorablement l'albuminurie.

On sait que les vices de nutrition exercent des répercussions multiples sur de nombreux organes ; ceux-ci à leur tour se montrent affectés de troubles variés entrant en balancement les uns avec les autres. Une crise de goutte guérit une diarrhée, une migraine, un eczéma. Telle bronchite chronique se dissipe avec une poussée d'eczéma ; une alimentation sévère a pouvoir d'opérer le même effet curateur que l'éruption cutanée ; un régime lacto-hydrrique poursuivi pendant quelques jours améliorera des dyspnées très pénibles qui s'accompagnent d'un encombrement de sibilances dans les bronches. Comment s'opèrent ces réactions des organes les uns sur les autres ? A la faveur des excitations nerveuses et aussi probablement des sécrétions internes. C'est ainsi que Hallion (1) a obtenu la vaso-dilatation des vaisseaux du corps thyroïde par l'injection d'ovarine. A la thérapeutique de tenir compte de tous ces renseignements.

Dans le corps vivant rien n'est isolé : "L'ensemble est lié à l'ensemble", disait Hippocrate ; "il l'est aussi à chaque partie et dans chaque partie ; il y a des parties pour concourir à l'ensemble".

L'action psychique du médecin agit sur cet ensemble et de là sur les parties qui en dépendent. L'ensemble, c'est le système nerveux. Un médecin qui embrasse d'une vue large les particularités inhérentes au système nerveux de ses malades, et aussi le mode des réactions réciproques qui signalent le jeu de leurs organes, ce médecin a toute chance de faire dès aujourd'hui une thérapeutique dont les lignes traceront la route à la thérapeutique de demain.

In Journal des Praticiens.

(2) CASTAIGNE, Congrès de médecine, octobre 1907.

(1) Académie de médecine, 12 novembre 1907.

Les dyspepsies nerveuses, l'hystérie gastrique, les associations diverses des gastropathies organiques au terrain hystérique constituent un chapitre assez neuf de la pathologie. Quels sont les caractères de ce groupe de malades ? Quels doivent être les principes directeurs de notre action thérapeutique dans ces cas-là ?

Avant de parler d'hystérie gastrique, il faut savoir d'abord ce qu'on entend par un hystérique. On a donné de l'hystérie des définitions variées, dont trois surtout sont à retenir étant partiellement exactes. D'après Bernheim, de Nancy, seuls sont hystériques les malades doués d'une émotivité exagérée, se traduisant sous forme de crises de nerfs.

Pour Babinski, l'hystérie est une affection morale ou psychique caractérisée par l'auto-suggestibilité. Enfin, Pierre Janet insiste sur l'absence de volonté chez ces malades.

Au point de vue pratique, ces trois définitions se complètent l'une par l'autre, car on trouve à la fois chez les hystériques : émotivité exagérée, suggestibilité exagérée, et défaillance — extraordinaire dans certains cas — de la volonté. Ce sont ces trois particularités qui composent le terrain hystérique sur lequel nous voyons se développer des gastropathies bizarres dans leur évolution, et toutes spéciales par leurs indications thérapeutiques.

D'abord les hystériques, d'une manière générale, ont des réactions émotionnelles exagérées. On connaît la crise d'hystérie, avec convulsions, larmes pleurs : ce n'est que l'exagération des phénomènes normaux que nous présentons tous sous l'influence de l'émotion. La crise d'hystérie n'est qu'une émotion poussée à son paroxysme, avec une mise en scène théâtrale. Elle se produit à l'occasion d'une émotion, se renouvelle spontanément, par suite de l'absence de volonté ; il en est de même pour les vomissements à répétition ; la continuité du phénomène pathologique tient au défaut d'inhibition des centres nerveux.

Le second caractère, sur lequel a insisté Babinski, est la suggestibilité : "Tous les accidents hystériques, a-t-il écrit, peuvent être reproduits avec une exactitude rigoureuse par la suggestion chez certains sujets en état d'hypnose ; ils peuvent guérir sous une influence psychothérapeutique."

Il est bien certain, en effet, que les hystériques sont suggestibles ; mais encore faut-il s'entendre sur ce terme. Qu'est-ce que la suggestibilité ? C'est l'acceptation passive d'une idée, en dehors de tout raisonnement, sur la simple affirmation, sans motif logique de détermination. Par exemple, voici une série de malades, pris au hasard, se plaignant



de douleurs variées. A tous, appliquons-leur un badigeonnage inoffensif composé de bleu de méthylène dissous dans du collodion. Disons-leur que ce topique va les guérir. Trois cas vont se présenter, créant des groupes différents de sujets : les uns — ceux-là constituent la rareté — ne sont nullement suggestionnés par cette médication et viendront vous déclarer qu'ils n'ont rien ressenti de particulier. Ces sujets peuvent être considérés comme sains d'esprit.

Dans un deuxième groupe, on trouve des individus qui, tout au contraire, raconteront qu'ils ont éprouvé des accidents épouvantables, qu'ils ont souffert atrocement, que ce remède leur a fait un mal horrible ; il s'agit alors sûrement de nerveux accentués ; cette intolérance purement imaginaire est, le plus souvent, un signe de malformation pathologique de l'esprit ; ce sont des auto-suggestibles, et presque toujours des antisociaux, quelquefois ces gens-là sont à la limite de l'aliénation.

Reste le troisième groupe, le plus considérable : qui auront éprouvé une amélioration plus ou moins considérable. Certains d'entre eux seront légèrement soulagés, d'autres beaucoup. Dans ce dernier groupe qui représente, somme toute le type normal ou physiologique, les hystériques se distinguent par leur plus grande suggestibilité. Mais on ne peut pas dire que la suggestibilité soit un symptôme spécifique de l'hystérie, puisque ce caractère se retrouve, plus ou moins développé, chez d'autres individus ne présentant aucun trouble psychique.

Ce qui caractérise l'hystérie : ce n'est pas le pouvoir d'accepter une idée sans preuves et simplement affirmée, mais celui de réagir fortement : c'est ce que Bernheim a appelé la "plasticité organique."

Prenons une neurasthénique et une hystérique, qui, toutes deux, craignent ou espèrent une grossesse. La première se borne à éprouver de l'inquiétude morale, tandis que, chez la seconde, l'organisme merveilleusement influencé par l'idée qui l'obsède, va reproduire trait pour trait les symptômes et les signes objectifs et physiques de la grossesse : ses règles s'arrêtent, ses seins augmentent de volume et présentent un rudiment de sécrétion lactée, son ventre se ballonne ; on assiste à une fausse grossesse. Des phénomènes analogues se produisent sous l'influence des drogues : c'est ainsi que prennent naissance les vomissements incoercibles chez certaines hystériques. De même, l'idée d'une paralysie, qui, chez une neurasthénique, déterminera tout au plus une faiblesse des bras, par exemple, amènera au contraire une impotence complète du membre chez l'hystérique.

Le troisième caractère qui a une grande importance puisqu'il sert de base au traitement, est le trouble de la volonté : les hystériques ne savent pas vouloir. Charles Richet a depuis longtemps insisté sur ce point. C'est ce qui se voit, notamment, dans les vomissements incoercibles de la grossesse : le plus souvent, quand l'intoxication n'est pas prépondérante, il s'agit de troubles purement et surtout névropathiques et ces vomissements cè-

dent en 48 heures à la méthode psychothérapique. Or, comment se développent-ils ? Normalement, la grossesse entraîne des réactions digestives, nausées vomissements, au début, puis vers le quatrième mois cela diminue et disparaît.

Chez l'hystérique, les vomissements, au lieu d'être passagers, vont devenir permanents.

Il en est de même pour l'anorexie hystérique, signalée autrefois par Lasègue.

Quand on étudie ces cas-là, on s'aperçoit qu'au début il s'agit de jeunes filles ou de jeunes femmes qui diminuent simplement leur alimentation dans un but de coquetterie, pour ne pas grossir et garder leur taille mince ; mais, peu à peu, par suite du défaut de pouvoir inhibitoire de leur volonté, l'habitude prend le dessus, et elles s'acheminent vers l' inanition et l'amaigrissement cachectique.

On se rend parfaitement compte que c'est le défaut de la volonté qui a permis le développement de ces troubles, car ils disparaissent rapidement dès qu'on a isolé la malade dans une maison de santé, et stimulé sa volonté par une psychothérapie énergique.

Le terrain sur lequel va se développer l'hystérie gastrique est donc constitué par : une émotivité excessive, une grande suggestibilité, ou plutôt une plasticité organique, un défaut de volonté.

Pour déceler cet état mental, sous-jacent aux troubles digestifs pour lesquels on viendra vous consulter, on aura recours à un certain nombre de stigmates psychiques et intellectuels. On recherchera certains caractères somatiques qui sont en rapport avec une émotivité exagérée. Telle sera l'hyperesthésie à la pression du plexus solaire ; la malade traduit son émotivité par une petite crise de nerfs, la tête renversée en arrière, les yeux mouillés de pleurs, la respiration suspirieuse.

Dans certains cas cette sensibilité hystérogène fera défaut, mais il sera facile de constater, ou, pour mieux dire, de créer par suggestion des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie à la piqûre d'épingle sur la surface de l'abdomen. Il convient, du reste, de n'attacher aucune importance au sens dans lequel se fait l'altération de la sensibilité, contrairement à l'opinion de Gilles de la Tourette qui rattachait l'anesthésie à l'anorexie et l'hyperesthésie aux vomissements. Ces phénomènes étant dus à la suggestion, le point sur lequel on a trouvé de la diminution de la sensibilité aurait pu tout aussi bien présenter une exagération de celle-ci sans qu'il soit permis d'en tirer une conclusion quelconque au point de vue diagnostique.

On peut encore déterminer la production d'un autre signe caractéristique de l'hystérie : la catalepsie musculaire, consistant dans la contracture et la rigidité permanente d'un membre, avec conservation de l'attitude donnée. Il suffit d'affirmer au malade qu'il ne peut plus remuer son bras, par exemple.

La catalepsie musculaire indique un degré plus marqué encore de suggestibilité que les signes précédemment énumérés.

Quant au défaut de volonté, comment le reconnaître et l'apprécier ? C'est une recherche assez dif-

ficile, parce qu'il n'existe pas de stigmates permettant de mettre en évidence cette défaillance du pouvoir inhibiteur. C'est un état qui se révélera de lui-même par la réaction des malades au traitement psychique qui aura été institué. S'agit-il, par exemple, de vomissements incoercibles hystériques ? On cherchera si en encourageant le malade, en augmentant son pouvoir volontaire de notre propre volonté, il est possible d'arrêter ces vomissements. Quand une malade se présente à la consultation avec ce symptôme, M. Rioux lui dit de revenir avec un morceau de pain et un litre de lait, et lui ordonne de manger en sa présence et sans crainte : elle ne vomira pas. En effet, elle mange et ne vomit pas. Quelquefois, on fait entrevoir l'éventualité d'un sondage, si la malade continuait de vomir ; et, neuf fois sur dix, la menace suffit pour imprimer à la volonté défaillante du sujet une force d'inhibition suffisante pour empêcher les mêmes accidents de se reproduire. Dans d'autres cas, les malades sont plus rebelles ; il faut les menacer de la douche ou enfin les soumettre à l'isolement dans une maison de santé. Il faut, dans ces cas-là, être sévère et confiant dans l'efficacité de ce moyen thérapeutique, sans s'inquiéter hors de propos des pleurs et des récriminations de la malade qu'on sépare momentanément des siens, car presque toujours cette crise de désespoir aboutit à une prompt guérison.

Les gastropathies hystériques se divisent du reste en deux catégories : dans l'une, l'hystérie semble bien agir seule, tandis que dans l'autre elle est associée à une infection organique, par exemple à un ulcère de l'estomac ; mais il en résulte une symptomatologie toute spéciale : en d'autres termes, les gastropathies organiques combinées avec le terrain hystérique constituent des formes hybrides qu'il faut connaître aussi bien que les formes hystériques pures ; les premières sont représentées principalement par les gastralgies et hématomés hystériques ; les secondes, par le vomissement, l'anorexie et le tympanisme hystériques.

Le sous-nitrate de bismuth dans les affections de l'estomac

Les phénomènes d'intoxication que provoque parfois le sous-nitrate de bismuth sont dus à la formation de nitrates dans l'intestin. M. G. Lion propose en conséquence, pour éviter toutes les chances d'empoisonnement, d'employer le sous-azotate neutre de bismuth.

Ce sel est insoluble dans l'eau et sa valeur thérapeutique semble, ainsi que permettent d'en juger les récentes expériences, égale à celle du sous-nitrate.

Par M. G. LION (*Société médicale des hôpitaux*, 2 avril 1909).

Thérapeutique Médicale

La respiration de Cheyne-Stokes

La respiration de Cheyne-Stokes passe pour comporter un pronostic très sombre. Depuis une vingtaine d'années (Duinin, Hallopeau et Petit, Fraentzel, Rendu, Merklen, Rabé, etc.), cette croyance a subi des démentis nombreux. Personnellement nous comptons un malade qui ayant présenté pendant quelques semaines du Cheyne-Stokes, il y a vingt-et-un mois, continue de vivre avec l'affection cardio-rénale dont il est atteint. Des guérisons ont été observées par d'autres.

La respiration de Cheyne-Stokes se rencontre dans les affections cérébrales, cardiaques, rénales, certaines toxi-infections, intoxications (Huchard, "Traité Clin. des Malad. du cœur et de l'oorde, 1899. T. I, p. 128). On sait en quoi consiste ce rythme respiratoire : une série de mouvements respiratoires d'abord petits et superficiels, puis plus amples et plus rapides. Une diminution progressive dans l'amplitude et la rapidité de ces mouvements se poursuit ensuite, jusqu'à une pause respiratoire complète, accompagnée de somnolence légère ou tarpeur.

Ce rythme respiratoire, lié à une irritation des centres nerveux, s'observe avec des lésions cérébrales ou en dehors de toute altération organique. Les lésions cérébrales consistent en hémorragies, foyers de ramollissement cérébral qui peuvent atteindre la protubérance et le bulbe (Taylor), s'accompagner de lésions de dégénérescence des pneumogastriques (Tembrey), tumeurs du cerveau et du cervelet, affections aiguës des méninges.

Quand il n'existe pas de lésions, un double élément mécanique et toxique semble en jeu. Sans doute s'agit-il, en cas d'affection cardiaque, d'un certain degré d'oedème des centres nerveux, mais accompagné d'une excitation par substances toxiques. M. Huchard, en effet, insiste sur ce fait que dans l'asystolie des cardiopathies rhumatismales, le Cheyne-Stokes est bien plus rare que dans les cardiopathies artérielles, associées, on le sait, à une insuffisance rénale. L'asystolie des enfants ignore ce rythme respiratoire. Si le Cheyne-Stokes provenait d'une simple action mécanique produite par l'oedème cérébral, il devrait être aussi fréquent dans les cardiopathies rhumatismales. Ce qui n'est pas observé. Cependant, à n'en pas douter, l'action mécanique exerce son rôle. De même que dans les affections rénales chroniques, l'urémie peut apparaître seulement quand le cœur fléchit (urémie d'origine cardiaque), ainsi la respiration de Cheyne-Stokes, commandé par la maladie rénale, peut ne se montrer qu'à cette période ultime où le cœur se laisse distendre. Cette constatation revêt en pratique une importance considérable ; elle

permet, en réduisant la distension cardiaque, de guérir le trouble respiratoire.

Il en résulte des différences notables dans le pronostic de la respiration de Cheyne-Stokes suivant la cause qui le produit. Nous étudierons ce rythme respiratoire : 1^e dans les affections rénales; 2^e les affections cardiaques; 3^e les affections cérébrales; 4^e les toxi-infections et les intoxications.

1^e. La forme la plus grave est celle qui est liée à la maladie rénale chronique non compliquée d'insuffisance cardiaque. On combat le trouble par le traitement de l'urémie rénale: émissions sanguines, régime lacto-hydrique. Seulement, comme le Cheyne-Stokes est d'ordinaire un accident ultime de l'urémie rénale, les médications demeurent impuissantes. Les injections de morphine (4 à 5 milligr.), d'héroïne (2 à 3 milligr.), donnent les meilleurs résultats, comme traitement palliatif. Les injections de sérum extrait de la veine rénale de la chèvre (Teissier, Acad. de Méd., 6 octobre) ont besoin de confirmation pour faire admettre leur efficacité. Dans les maladies rénales aiguës, le pronostic est moins grave, car les forces du malade ne sont pas encore à bout et les émissions sanguines abondantes ont chance de réussite. Seulement le Cheyne-Stokes est bien moins fréquent que dans les formes chroniques.

2^e. Une des variétés beaucoup moins grave, est celle qui subordonne les troubles de l'insuffisance rénale à ceux de l'insuffisance cardiaque. Le sujet a un coeur très dilaté, plus ou moins arythmique, son foie est gros, les urines renferment de l'albumine en plus grande quantité (de 30 à 40 centigr., le chiffre monte à 1 gramme et 2 grammes et au-dessus), les jambes sont enflées. L'insomnie est opiniâtre, l'agitation parfois extrême, la diurèse fait défaut. Chez un de nos malades, la quantité d'urine des vingt-quatre heures ne dépassait pas 300 grammes. Dans de pareilles formes où la distension cardiaque se surajoute à la lésion rénale, des résurrections peuvent être obtenues. Le double traitement que nous avons institué avec M. Huchard depuis cinq ans: réduction de liquides par la diète lacto-hydrique (1500 grammes dans les 24 heures, par verres à Bordeaux, trois à quatre jours de suite avec un tiers, puis moitié de lait et digitaline cristallisée à doses infinitésimales et prolongées (1-10 de milligr., soit 5 gouttes de la solution à 1-1000, 10 jours de suite, interrompre 5 jours et reprendre 10 jours), l'association de cette double médication est susceptible de réaliser des miracles. L'adjonction de la théobromine ne sera tolérée qu'à partir du 3^e ou 4^e jour, quand l'anurie est marquée; la médication du premier jour en irritant le rein qui ne fonctionne plus, risque de produire la déchéance immédiate de l'organe. Chez un malade mourant, et qui n'urinait plus que 300 gr., nous avons obtenu avec cette médication, le 1^{er} jour, 600 gr. de liquide, le 2^e jour, 700, le 3^e jour 1000. A ce moment, on ordonne, en plus de la digitaline et du régime lacto-hydrique, 50 centigr. de théobromine à midi et le soir. L'urine monte à 2000 gr., puis 2500 gr. Le malade va bien mieux, il commence à sortir et à se promener trois semaines plus

tard. Cette observation sera publiée plus tard. Il est à remarquer que de pareils succès ne s'observent guère que chez les sujets où des abus digitaliques n'ont pas été opérés antérieurement. De hautes doses de médicament ont vite fait d'épuiser la musculature cardiaque et de la rendre insensible à une excitation digitalique ultérieure.

La morphine peut être utilisée en injection sous-cutanée comme dans le Cheyne-Stokes d'origine rénale simple. Seulement on redoublera de précautions. Un coeur distendu supporte malaisément les hypnotiques à haute dose. On se contentera d'une dose de deux à trois milligr. de morphine, de un ou deux milligr. d'héroïne. Encore cette dose de trois milligr. peut-elle faire tomber un malade dans une somnolence de 24 heures, comme nous l'avons observé chez un sujet qui n'en a du reste éprouvé d'autre inconvénient. Aux doses de 5 à 6 milligr. donnés du coup, le remède devient dangereux. Avec un centigr., la mort a pu suivre quelques heures plus tard.

Cette dose de deux à trois milligr. est sans danger. Elle calme le malade, régularise la respiration. Il est rare qu'il faille y recourir plus d'une fois dans les 24 heures. Ajoutons que la morphine ne calme pas seulement la dyspnée: elle apaise l'excitabilité parfois extrême du malade. Celle-ci peut être telle qu'elle rejette à l'arrière-plan tous les autres phénomènes. Un jour nous vîmes arriver chez nous un malade âgé de 72 ans, et souffrant soi-disant d'une maladie nerveuse que la valériane et les bromures ne parvenaient pas à apaiser. C'était, en réalité, un cardio-rénal atteint d'un rythme de Cheyne-Stokes. Il ne dormait pas les nuits, refusait de se coucher, ne décolérait pas le jour. Cinq jours après sa visite à notre cabinet, il mourait subitement. Au médecin de songer à cette cause d'erreur. En dehors de la morphine, les autres moyens adjuvants: sirop d'éther, inhalations d'oxygène, ne jouissent, en regard des médications précédentes, que d'une action très précaire.

A partir du quatrième ou cinquième jour, le malade remplacera son régime lacto-hydrique par une nourriture plus substantielle: une bouillie au lait sucrée (350 gr. de lait dans la bouillie, matin, midi et soir), et un verre de lait de 150 gr. un peu plus tard, un verre de lait en plus à 10 heures et 4 heures (250 gr.), puis peu à peu en plus: à midi, riz au lait, crèmes cuites, pommes de terre cuites à l'eau sans sel, fruits cuits et, le soir, un oeuf à la coque. En résumé, le régime alimentaire tel que nous l'avons, avec M. Huchard, décrit chez les cardiaques.

Il va sans dire qu'en cas d'épanchements pleuraux ascitiques, oedème dur des extrémités, le praticien devra provoquer leur évacuation par les moyens habituels. On sait en effet combien la présence d'un de ces obstacles peut entraver l'impulsion du muscle cardiaque.

La continuation de la prescription digitalique empêche le coeur de se dilater à nouveau; le régime de réduction (lacto-hydrique), renouvelé une à deux fois par semaine maintient l'intégrité de la dépuraction urinaire.

3^e. Dans les maladies cérébrales le Cheyne-Stokes, offre une gravité très inégale au hasard de la maladie organique en jeu. Quand elle est peu étendue, la guérison

peut s'ensuivre, comme Fraentzel (*Vorlesungen über die Krankh. des Herzens*, 1889) l'a montré chez un infirmier atteint d'hémorrhagie cérébrale et qui reprit ses fonctions ou comme Taylor le constata chez un sujet qui avait fait un traumatisme crânien (*Soc. Médéc. et Chirurg. d'Angleterre*, 8 janvier 1907).

Quand la lésion est étendue ou est d'ordre aigu, la mort est d'ordinaire rapide. Le médecin pourra avoir recours aux *injections d'huile camphrée* (1-10 d'huile éthéro-camphrée (éther et huile d'olive à parties égales). La ponction lombaire ne semble guère indiquée. Ou la lésion est minime et la ponction lombaire est inutile ou la lésion est étendue et la ponction lombaire demeure inefficace.

4e. Les *toxi-infections* et les *intoxications* ne livrent place à aucune considération spéciale. Il faut traiter la maladie initiale, supprimer l'agent toxique. Le Cheyne-Stokes a été rencontré dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, la grippe (Fluchard), la variole, le choléra, la pneumonie. En pareil cas deux des facteurs dont nous avons parlé précédemment: d'une part l'affaiblissement cardiaque, de l'autre la toxi-infection combinent leur action. Le pronostic est grave néanmoins des cas de guérison ont été constatés (fièvre typhoïde, Dunin).

Le traitement sera à la fois *toni-cardiaque* (injections d'huile camphrée, digitaline) et *éliminateur* par la voie rénale (diurétiques). On ne donnera pas trop de liquides, crainte de distension cardiaque. Dans la diphtérie on pratiquera des injections de sérum antidiphtérique à hautes doses.

Ajoutons que certaines intoxications médicamenteuses sont susceptibles de produire le même accident (*morphine* à hautes doses, *bromures*). Ces faits appartiennent à la série la moins grave. Il suffit de supprimer le médicament pour avoir droit d'espérer la guérison. Une malade de Gibson, âgée de 73 ans et convalescente de pneumonie, avait pris 10 gr. de bromure. Un Cheyne-Stokes se déclara et se prolongea pendant quatre jours pour cesser avec la suppression du médicament (cité in *Thèse Rabé*, p. 63).

(CH. FIESSINGER,
in *Jnal. des Praticiens*).

Observation Clinique

Respiration de Cheyne-Stokes sans pronostic immédiatement fatal

A. B. . . . , quarante-six ans, est venu pour la première fois à ma consultation, le 9 mai 1907, pour troubles dyspnéiques et insomnie. Gros foie, arythmie, oedème des membres inférieurs, albuminurie (1 gr. 50 par litre), éthylisme. J'institue le régime lacté et prescris pilules de digitale, scille et scammonée, à 5 centigr. à la dose de 6 pilules pendant quatre jours, puis 1 pilule de 5 centigr. de sulfate

de spartéine pendant les huit jours consécutifs. En même temps, diurétiques (stigmates de maïs). Amélioration sensible. Je dois recommencer ce traitement toutes les six semaines environ, à cause des écarts que fait le malade au régime lacto-végétarien que je lui ai recommandé. Après une cure d'eau de Vittel (source salée) faite à domicile pendant vingt et un jours, je cesse de voir A. B. . . le 29 décembre 1907.

Le 9 mars 1908, je suis appelé en toute hâte. Pour la première fois, je constate la respiration de Cheyne-Stokes et l'aggravation de l'affection cardio-rénale. Je fais une piqûre de morphine; dès le lendemain, j'institue le triple traitement (digitaline cristallisée, théobromine et diète lacto-hydrique. En outre, le malade est devenu d'une excitabilité extrême et il réclame tous les soirs une piqûre contre son insomnie opiniâtre; si je la lui refuse, il m'envoie chercher au milieu de la nuit.

Redoutant la morphinomanie, je diminue la dose d'alcaloïde d'une façon insensible et à l'insu du malade. J'arrive à n'injecter que 5 milligr. puis 4, puis 2 milligr. 5 de morphine. Je constate que cette dose est suffisante pour combattre dyspnée et insomnie. Toutefois, le Cheyne-Stokes reparait dès que je reste plus de deux à trois jours sans faire de piqûre.

Le 20 juillet, tableau effrayant. Le malade est mourant; le Cheyne-Stokes intense; état comateux, algidité des membres. À peine 200 gr. d'urine par jour; l'urine est comme du mortier et renferme 3 gr. 4 d'albumine. Sans qu'il s'en aperçoive, je fais au malade trois piqûres d'éther et d'huile camphrée dans le courant de la journée. A la troisième, légère amélioration, diurèse, reprise de connaissance. Le lendemain, digitaline, lait et limonade. Le surlendemain, continuation de la digitaline (1-10 de milligr. par jour et 2 cachets de théobromine. Le troisième jour, j'obtiens 1,200 gr. d'urine ne renfermant que 1 gr. 5 d'albumine. Je pratique tous les soirs une injection hypodermique de 2 milligr. 5 de morphine et continue le traitement pendant dix jours.

Le 20 août, disparition du Cheyne-Stokes. Je remplace le régime lacté, que refuse le malade, par un régime lacto-végétarien déchloruré (potages au lait, crèmes cuites, fruits en compote, bouillon et purée de légumes, biscottes, le tout sans sel).

Toutes les trois semaines, je reviens tantôt à la digitaline, tantôt (lorsqu'il y a constipation) aux pilules de digitale, scille et scammonée, le tout accompagné toujours de théobromine (1 gr. par jour).

À part l'insomnie et surtout l'hyperexcitabilité de ce malade, nécessitant tous les deux à trois jours une injection de 2 milligr. 5 de morphine, les symptômes cardiaques, hépatiques et rénaux sont améliorés. Tous les jours, dès que le temps le permet, il fait une promenade d'une heure environ.

Je dois signaler toutefois, en août et septembre derniers, que, malgré la dose minime de morphine injectée, le malade resta plongé, près de trente heures consécutives, dans une torpeur qui ne fut pas sans m'inquiéter, surtout

la première fois. Néanmoins, cette somnolence n'eut aucune conséquence fâcheuse.

Cette observation a pour but de montrer l'efficacité du traitement préconisé, en ces dernières années, par MM. Huchard et C. Fiessinger. Elle est une nouvelle preuve que la respiration de Cheyne-Stokes, même pendant plusieurs mois consécutifs, ne comporte pas forcément un pronostic fatal.

(CH. FIESSINGER,
in Jnal. des Praticiens).

Traitement de la chorée

Ruhrah de Baltimore vient de recommander le repos au lit pour les petits choreiques.

Après un long séjour au lit, dans les conditions hygiéniques les plus parfaites possibles, le malade voit son agitation cesser et ses membres se calmer. Dès lors on lui permet de se lever, en ayant soin de commencer par quelques instants seulement, et en augmentant graduellement la durée de la position debout. Si les mouvements reviennent, on recommence en remettant l'enfant au lit.

La moyenne de la durée du traitement est de quarante jours.

Il faut remarquer que les signes de guérison consistent non seulement dans l'absence des mouvements, mais aussi dans l'augmentation, du poids.

La chorée est une névrose fréquente chez les enfants, se rencontrant surtout chez les nerveux, les héritiers d'une tare nerveuse, qui ont déjà présenté des convulsions au berceau, et aussi chez les nerveux accidentels : c'est une maladie contre laquelle la thérapeutique a épuisé son arsenal le plus varié. C'est un peu un de ces troubles, dont on a pu dire jusqu'ici, que le meilleur traitement était six semaines d'Hôpital.

Dans ce nouveau traitement, quel est le plus puissant facteur ? est-ce le repos ? est-ce le temps le plus grand des maîtres ?

Le docteur Ruhrah de Baltimore, qui nous donne le fruit de son expérience s'est-il posé cette question à l'Hôpital Garrett, en relatant les quarante cas qu'il a observés et sur lesquels il s'appuie, pour recommander le cure du repos ? Nous l'ignorons : c'est un traitement de plus, mais nous attendons avant de conclure.

SEVERIN LACHAPELLE.

RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA VILLE DE NEW-YORK SUR L'APPROVISIONNEMENT DU LAIT

Membres de la Commission : MM. les Drs L. Emmet
Holt, A. Jacobi, J. D. Bryant, T. M. Prudden
et R. G. Freeman

Pendant que d'un côté la Commission Royale Anglaise sur la tuberculose déclare avec l'école française que la tuberculose bovine est transmissible à l'homme, de l'autre, la commission médicale de New-York, déclare que "le risque de transmettre la tuberculose par le lait est bien petit et ne peut exister que dans les cas de tuberculose bovine avancée, alors que les tubercules auront envahi les glandes du pis de la vache."

Même dans ce dernier cas le risque serait sérieusement amoindri, par le mélange du lait de la vache tuberculeuse avec le lait des autres vaches.

A ce sujet, il importe de se souvenir que Gebhard nous a déjà dit que le lait tuberculeux dilué à 1 pour 40, 1 pour 50, 1 pour 100 perdait ses propriétés virulentes, et que nous nous sommes appuyés depuis longtemps sur ce fait pour toujours donner la préférence au lait d'un troupeau de vaches, plutôt qu'au lait d'une seule vache.

Nous sommes tout de même entre deux courants, dont l'un entraînant avec lui la doctrine, nous porte à croire à la possibilité de la contagion, et dont l'autre roulant sur les faits variés justifie le doute.

Or nous savons combien il est imprudent de faire des législations appuyées sur des faits hypothétiques apparemment vrais, mais dont la vérité scientifique n'a pas été établie.

Quand on voit Koch lui-même persister à nier l'identité des deux maladies chez la vache et chez l'homme, et maintenir debout sa compétence supérieure en la matière, il nous incombe, il nous semble, un double devoir : être sages et ne pas tomber dans "l'emballement" : il ne faut pas crier au feu avant que le feu ne soit à la maison.

SEVERIN LACHAPELLE.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Contribution à l'étude clinique du salicylarsinate de mercure (enésol)

Le salicylarsinate de mercure, ou enésol, introduit dans la thérapeutique depuis 1904, est un sel qui contient 38,46 pour 100 de mercure et 14 pour 100 d'arsenic métalloïdique dans une combinaison où ces deux éléments se trouvent sous une forme dissimulée.

M. Trégoat montre tous les avantages qu'il y a, dans le traitement de la syphilis, à se servir d'un composé mercuriel où l'élément Hg fait partie d'un groupement moléculaire complexe, plutôt que de s'adresser à des sels dont la constitution moléculaire est le plus simple possible. Il rappelle, avec Bodin, que la constitution moléculaire des corps et surtout que les groupements ioniques, quand il s'agit de sels dissous et dissociés, exercent une influence capitale sur les réactions physico-chimiques auxquelles se réduisent en dernière analyse les actions médicamenteuses dans l'organisme.

Aux sels de formule simple, plus actifs sous de faibles doses, mais toxiques et nocifs aux éléments anatomiques, il préfère donc les sels de composition moléculaire complexe et à principe actif dissimulé comme l'enésol, que l'on emploie à doses plus fortes, qui réduisent à leur strict minimum les effets nocifs du mercure sur les éléments anatomiques, et peuvent être utilisés presque immédiatement sans avoir besoin d'exiger de l'organisme un travail considérable d'élaboration avant de pouvoir se répandre dans les tissus.

L'enésol tire, en outre, un autre avantage de l'élément arsenical qui entre dans sa composition. Le rôle de l'arsenic doit être envisagé à deux points de vue : d'abord dans son action antisypilitique, aujourd'hui indéniable après les dernières recherches, mais déjà entrevue autrefois et utilisée par Ricord ; en second lieu, dans son action dynamique et correctrice de l'action débilitante du mercure quand le traitement est prolongé.

L'auteur étudie ensuite la toxicité de l'enésol, qui est 67 fois moindre que celle du biiodure ; son élimination, qui est rapide, semble persister de 4 jours à 1 semaine. La posologie, portée par Bruc jusqu'à 12 centigrammes de sel en injections hypodermiques, est le plus souvent et dans les cas ordinaires de 6 centigrammes (une ampoule de 2 centimètres cubes), injectés quotidiennement dans la masse musculaire.

Recherchant ensuite les indications plus particulières qui peuvent être assignées à l'enésol, du fait de sa composition, l'auteur signale tout d'abord les ressources que l'on peut en tirer chez les malades longtemps traités au mercure et qui, habitués au médicament, n'en éprouvent plus aucun effet. Dans ce cas, la substitution de l'enésol aux préparations simplement mercurielles a permis d'obtenir une régression des lésions que le mercure ne donnait plus.

Comme autres indications, l'auteur signale les syphilis chez les débilisés, les tuberculeux, les nerveux (avec quelques auteurs, M. Trégoat attribue à l'enésol une action élective sur les syphilis du système nerveux) : dans les localisations cutanées, l'arsenic entrant dans la composition de l'enésol ajoute son activité propre à celle du mercure ; enfin, chez les syphilitiques en état de misère physiologique, et chez les vieillards, l'enésol a sur les autres sels mercuriels des avantages indéniables.

L'auteur signale encore les indications spéciales que tire ce produit du fait de l'indolence des injections, qui le rend plus recommandable chez les malades timorés, et du fait de son absence de toxicité qui en fait le meilleur sel mercuriel chez les enfants.

Comme contre-indications, l'auteur n'en remarque aucune autre que celle de la médication mercurielle. Il se demande simplement si, en présence d'une syphilis maligne et qui nécessite une intervention immédiatement efficace, il n'y aurait pas intérêt à s'adresser provisoirement, et malgré leurs inconvénients, au calomel ou à d'autres sels dont l'action serait plus rapide. Il est à remarquer cependant que l'auteur n'a pas employé l'enésol à des doses supérieures à 6 centigrammes, et s'est privé certainement à ce point de vue d'une des qualités de l'enésol qui permet, par sa faible toxicité, d'administrer de hautes doses de mercure (aux doses de 12 centigrammes) dans les cas d'urgence.

G. TREGOAT, *Thèse, Paris.*

Le traitement de la pleurésie fibrineuse et séro-fibrineuse

Il ne semble pas trop radical à l'auteur de soigner comme de nature tuberculeuse les cas de pleurésie primitive, même dans les formes les plus légères et chez des sujets d'une bonne santé apparente. Le traitement général est celui même de la tuberculose au début. Le repos, l'air pur et une bonne alimentation sont de la plus grande importance. S'il s'agit d'une tuberculose fermée, il faudra mettre les malades à l'abri de la contagion par les tuberculoses ouvertes.

Il faut éviter d'affaiblir les malades par des purgations, des diaphorétiques ; on peut supprimer le chlorure de sodium, encore que cette mesure n'ait pas une grande valeur dans les épanchements d'origine inflammatoire.

La thoracentèse s'impose si l'épanchement est abondant, s'il exerce quelque compression sur les organes ; elle doit être immédiate si l'épanchement est double.

Quant à la quantité de liquide à évacuer, on admet généralement qu'on continue l'évacuation jusqu'au bout, à moins qu'on ne soit arrêté par la toux, la dyspnée ou quelque autre accident.

L'extensibilité du poumon causée par la présence des fausses membranes semble, dans les observations de l'auteur, avoir joué un rôle dans la production de l'expectoration albumineuse, d'autant que celle-ci peut survenir à la suite de la soustraction d'une faible quantité de liquide.

Dans les cas de longue durée et compliquées il faudra redouter les hémorragies, les ruptures de poumon et le pneumothorax. Dans tous les cas il ne faudra jamais forcer l'aspiration.

Par FRED. T. LORD (*Boston med. and s. J.*, 15 avril, 1909).



Le véronal dans les cas d'insomnie d'origine nerveuse

L'insomnie est très souvent associée aux maladies nerveuses. L'auteur a eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas avantageusement traités par le véronal. Deux malades atteints d'asthme et privés de sommeil ont passé de bonnes nuits en prenant, en se couchant, 0,30 de véronal, en outre les crises nocturnes d'asthme diminuèrent. De petites doses de véronal ont paru avoir le même résultat que les grandes en ce qui concerne ces dernières.

Dans deux cas de diabète chez des sujets nerveux,

le véronal a remplacé avantageusement la morphine pour combattre l'insomnie, en même temps la céphalalgie et la douleur lombaire que ressentait les malades ont disparu.

L'auteur a encore obtenu de bons résultats dans l'insomnie chez des hystériques et des neurasthéniques, qui ne dormaient que trois ou quatre heures.

Par BERGER (*Merk's Archives*, mai 1909).



La tannigène contre la diarrhée des nourrissons

Le tannigène est une poudre gris jaune, dépourvue d'odeur et de saveur, insoluble dans l'eau. Administré dans les cas de catarrhe intestinal ou d'entérite infantile, il fait rapidement disparaître la fétidité des selles et la diarrhée.

Le médicament doit être prescrit sous forme de poudre ou de cachets. Les doses varient suivant l'âge du malade. On donnera 0 gr. 25 lorsque le nourrisson n'a pas trois mois, 0 gr. 40 jusqu'à un an. On fera prendre, aux enfants de deux ans, 0 gr. 40 à 0 gr. 50 toutes les trois heures.

D'après M. LJASCHENKO (*Journal de médecine de Paris*, no 51, 19 décembre 1908, p. 502).

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Les aliments essentiels

M. L. Pascault expose dans ce travail, les règles qui permettent d'établir les bases d'une alimentation rationnelle. Il étudie, en particulier, les modifications que doivent imprimer au régime les saisons, l'âge des sujets, leur sexe, leur profession. Les conclusions auxquelles il aboutit peuvent être résumées de la manière suivante :

A) Age. — le "Enfance." — Conseiller l'allaitement maternel.

Donner ensuite, de manière progressive, les bouillies claires au lait, aux farines de blé, d'avoine ; les crèmes d'orge, de riz, puis le lait caillé, les purées de légumes secs, les œufs, les pâtes (vermicelle, etc.), le pain complet rassis, les gâteaux secs, les pommes de terre et enfin les légumes frais (épinards, salades, artichauts, carottes, petits pois), les fruits juteux (fraises, cerises, prunes, etc.)

Lorsque l'enfant aura atteint sept ans, permettre la viande au repas de midi.

Défendre le café, le thé, l'alcool, les épices, les bonbons.

Prescrire comme boisson l'eau pure, les tisanes d'avoine, de pommes, de réglisse, légèrement sucrées avec du miel. Laisser prendre en quantité très modérée, les confitures, les entremets, les pâtisseries.

2^e " Vieillesse. — Diminuer ou supprimer les excitants (viande, alcool, thé, café, mets épicés). Restreindre la ration. Proscrire les substances grasses, les fruits crus, les salades. Recommander les aliments antitoxiques, tels que lait caillé, amidons de digestion facile (riz, pommes de terre, pâtes alimentaires, pain complet), les mets sucrés (miel, puddings, crèmes, gâteaux légers), les légumes frais, les fruits juteux.

Le régime de la vieillesse se rapproche donc de celui de l'enfance.

B) Sexe. — Diminuer la ration chez la femme, car elle doit, toutes proportions gardées manger moins que l'homme. Ordonner, au cours de la grossesse, une nourriture antitoxique (lait, légumes, fruits) et pendant l'allaitement le régime de l'enfance, car il excite la sécrétion lactée.

C) Profession. — le "Travail cérébral. — Ne pas abuser des excitants (café, thé, chocolat, viande, alcool) en raison de leur action nocive. Permettre les aliments qui ne surchargent pas l'estomac. Conseiller au besoin, le régime des vieillards.

2^e "Métiers sédentaires" (Gemployés, etc.). — Mêmes recommandations.

3^e "Petits travaux manuels" (menuisiers, serruriers, etc.) — Fournir à l'organisme du combus-

tible sous forme d'amidon, de sucre et de graisse. Éviter la suralimentation.

4e "Travaux de force-lenteur" (cultivateurs, terrassiers, etc.) — Prescrire l'amidon, les aliments celluloseux et les graisses (blé, seigle, avoine, orge, riz, maïs pâtes, pommes de terre, châtaignes, légumes secs ou frais plats gras, ragoûts, salades fortement assaisonnées d'huiles, fromages, pain complet), le vin, le cidre, la bière coupés d'eau. Défendre le café et l'eau-de-vie.

5e "Travaux de force-vitesse" (sports, garçons de café, etc.) — Donner du sucre, quelques excitants, les aliments à combustion et à digestion lentes : les fruits secs ou frais, crus ou cuits, le miel, les confitures, le chocolat, les gâteaux, le riz, les crèmes, les céréales, les pâtes alimentaires, le pain, les pommes de terre, les légumes frais, le beurre, les graisses d'assaisonnement, les œufs, le fromage. Recommander le régime végétarien, car il facilite le travail musculaire.

Réduire les boissons prises à table, afin de ne pas surcharger l'estomac. Boire, en dehors des repas de l'eau pure, des eaux minérales faiblement alcalines, des infusions aromatiques chaudes (thé léger, café noir très étendu.)

D) Saison. — le "Été." — Nourriture peu abondante, légère (régime alimentaire des sédentaires, des intellectuels, des vieillards.)

2e "Hiver." — Ingérer des graisses en raison de leur pouvoir calorifique.

Les besoins énergétiques, conclut l'auteur, peuvent être couverts par les amidons, le sucre, les graisses, les albumines et les sels minéraux contenus dans les produits végétaux, les lait et les œufs. Ces aliments sont ceux qui s'adaptent le mieux au fonctionnement de l'organisme.

Par M. L. Pascault, (Revue des maladies de la nutrition. No 10 octobre 1908, pages 446-479). —

Sarcome volumineux du rein propagé à la surrénale et à la colonne vertébrale

Par le Dr Eug. Latreille

Par certaines localisations insolites, les métastases secondaires, au cours des néoplasmes malins, rendent parfois difficile, l'interprétation symptomatique d'ensemble, et partant, plus instructives les constatations nécropsiques. — Dans le but de faire connaître une modalité particulière d'évolution néoplasique, nous croyons utile de signaler un cas rapporté l'an dernier, à la Société anatomique de Paris, par le Dr Eug. Latreille, de Montréal. Il s'agissait d'un homme de 52 ans, entré à Lariboisière, dans le service de M. le Prof. Raymond, pour des signes de compression médullaire. Le malade présentait bien dans le flanc gauche, une énorme tumeur, facile à délimiter, mais la symptomatologie complexe laissait le diagnostic imprécis. Seules les recherches post-mortem firent voir l'étendue du

mal : la tumeur du flanc gauche : un volumineux sarcome du rein, avait proliféré secondairement au niveau des 3ème, des 4ème et 5ème vertèbres dorsales ce qui rendait compte des phénomènes de compression ; cependant la néoplasie n'avait pas arrêté là son envahissement et s'était généralisée jusqu'à la surrénale, particularité que l'auteur s'est appliqué à mettre en relief. Enfin, nous renvoyons le lecteur aux Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris (juin 1908) où se trouve analysée plus au long cette intéressante communication, que le Dr Latreille avait appuyée de pièces histologiques nombreuses.

LUDOVIC VERNER, M. D.

L'albuminurie orthostatique

L'albuminurie orthostatique est rare avant l'âge de dix ans : elle est commune à la puberté. On l'a constatée chez 5 p. 100 de la population scolaire, chez 50 p. 100 des enfants atteints de manifestations scrofuleuses. Les filles sont plus souvent affectées que les garçons dans la proportion de 6 à 1. En dehors de la scrofule on rencontre souvent la neurasthénie vasomotrice, se manifestant par des alternatives de pâleur et de rougeur : il peut y avoir de l'urticaire et de l'œdème : la pression sanguine varie beaucoup avec le changement de position.

On a montré dans ces derniers temps que la lordose de la colonne lombaire dans l'attitude verticale est très considérable dans beaucoup de cas en raison de la faiblesse des muscles du dos. Le traitement de la lordose fait disparaître l'albuminurie même dans la position verticale.

Wright a trouvé que la coagulabilité du sang est diminuée dans quelques cas et a guéri l'albuminurie par le lactate de calcium. Cependant les lactates de strontium et de magnésium ont la même efficacité.

Le traitement de l'albuminurie orthostatique doit être dirigé contre la cause éventuelle, scrofule, neurasthénie vasomotrice ou lordose. Le repos au lit et la diète lactée ne sont indiqués que s'il y a des symptômes d'intoxication. Dans les cas ordinaires il faut prescrire l'exercice. Les sujets éviteront la station debout. Si l'urine diminue et s'il y a rétention des chlorures, on diminuera la quantité de chlorure de sodium de l'alimentation et l'on augmentera la quantité des liquides.

Le pronostic est favorable, l'albumine disparaît généralement de l'urine après la puberté. Des sujets qui ont été suivis pendant vingt ans ont présenté des reins parfaitement normaux.

Par Victor Scheel (The med. Review, avril 1909.).

