

PAGES

MANQUANTES

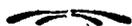
Le Bulletin Médical de Québec



JUILLET 1907

SOMMAIRE

- 479—Conférence sur les dyspepsies, faite à Trois-Rivières le 3 juillet 1907, par le Dr Arthur Rousseau.
- 504—Maladies aiguës broncho-pulmonaires, par H. Triboulet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
- 514—L'ophtalmo-réaction à la tuberculine, par M. Maurice Letulle.
- 518—Traitement de la syphilis par l'anicarsinate de soude suivant le procédé de Paul Salmon, par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.
- 523—Les bouillons de légumes, l'eau de riz et la diète hydrique dans le traitement des diarrhées des enfants, d'après Variot.



INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

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

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- J. CATELLIER**, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN**, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de
l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT**, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique
médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS**, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique
chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile
de Beauport. Membre de la société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL**, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN**, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à
l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER**, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du
dispensaire.
- N. A. DUSSAULT**, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino-laryn-
gologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU**, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. VERGE**, Chef du département d'Electrothérapie à l'Hôtel Dieu.
- C. R. PAQUIN**,
- F. X. DORION**, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHER**, Médecin du dispensaire. Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD**, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN**, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND**, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIROIS**, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE**.
- ACHILLE PAQUET**, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. Fiset, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLI-
QUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. I-
NAULT, P. LAGUEUX, E. DON.**

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN**, Président ; **D. BROCHU, E. TURCOT, C. VERGE, P. FAU-
CHER, A. SIMARD, E. MATHIEU, A. MAROIS**, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

MEMOIRES

Messieurs,

Les pressantes et trop aimables invitations des officiers de votre société m'ont poussé à un acte de témérité que j'ai encore imprudemment aggravé par le choix du sujet de mon entretien. J'aurais dû assurément faire mon début, comme conférencier, sur un théâtre plus modeste, et il eût été sage aussi, pour un essai, d'aborder une question moins redoutable que celle de la dyspepsie.

Faut-il en accuser la faiblesse de la génération présente ? Faut-il incriminer nos cuisinières ou plus généralement nos habitudes alimentaires vicieuses ? Je laisse pour le moment de côté cette question des responsabilités devant le mal. Je constate seulement que jamais la dyspepsie ne semble avoir fait autant de victimes que de nos jours. Elle est l'objet d'une préoccupation pour ainsi dire générale. On en parle beaucoup dans le monde ; nos salles de consultation ne cessent de retentir des plaintes qu'elle inspire ; les nerveux timorés, avant d'être atteints, s'empressent de nous demander secours contre ses menaces, quand alléchés par la réclame, ils ne s'adressent pas aux charlatans qui remplissent les journaux médicaux mêmes de leurs théories intéressées.

Aussi, par son importance autant que par l'attention qu'elle éveille dans le public, la dyspepsie est-elle une des questions médicales qui intéresse le plus le médecin praticien. Depuis quelque vingt ans elle a suscité des recherches cliniques et expérimentales nombreuses et importantes et, ces études se pour-

suivant aujourd'hui aussi activement que jamais, elle reste encore pleine d'actualité. Nos connaissances, en effet, sont loin d'être fixées sur ce chapitre de la pathologie. C'est un sujet souvent rebattu, mais encore neuf sous certains aspects; et l'on ne sait s'il expose plus celui qui l'entreprend à la banalité des choses cent fois redites ou à la confusion que des études incomplètes et des révisions incessantes des notions acquises rendent plus difficilement évitable, à mesure que des observations nouvelles nous font mieux voir la complexité du problème à élucider.

A considérer son étymologie, comme rien ne se fait bien que suivant l'ordre naturel, le terme dyspepsie ne nous semble avoir été créé que pour signifier une déviation du processus normal de la digestion. Et M. Mathieu le définit excellemment, d'une façon simple et compréhensive lorsqu'il l'applique à toute viciation de la digestion, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas lésion de l'appareil digestif.

Tous les auteurs ne l'entendent pas dans ce sens large, et il est arrivé que, pour vouloir l'adapter étroitement à différentes conceptions pathogéniques, en a tantôt limité sa signification, tantôt on l'a altérée de telle façon qu'il a servi à désigner des états dans lesquels il ne s'agissait de rien moins que de troubles de la digestion, et je ne suis même pas sûr que pour quelques-uns il ne soit permis de parler de dyspepsie que dans les cas où l'estomac n'est pas malade.

L'accord sera d'autant plus difficile, sur cette question de la dyspepsie, que les interprétations les plus dissemblables que l'on en a données renferment à peu près toutes une bonne part de vérité et s'appuient sur l'observation juste de certains faits. Le syndrome dyspeptique est en effet quelquefois réalisé par une névrose ou par une psychose; il peut résulter d'une névralgie ou d'une névrite des nerfs stomacaux ou du plexus solaire; de

même que les vications de la motricité de l'estomac, les altérations de sa fonction chimique sont aptes à la constituer ; et cet ensemble de perturbations fonctionnelles sansitives, motrices ou sécrétoires, qui sont à la base de toute dyspepsie, et par lesquelles elle se manifeste, se rattachent vraisemblablement dans le plus grand nombre des cas, mais non toujours, à une surirritation et à une congestion de la muqueuse gastrique ou même à son inflammation.

Il n'existe donc pas une dyspepsie, mais des dyspepsies. Sur ce point la plupart des pathologistes s'entendent ; mais presque tous aussi veulent qu'il y en ait une vraie et d'autres fausses, et il se trouve malheureusement que la vraie n'est pas la même aux regards de tous, et pour en déterminer la nature, pour en fixer les limites on dispute en multipliant les équivoques. Souvent ainsi d'excellents auteurs, qui ne sont pas loin de penser la même chose, ne cessent de se combattre que parce qu'ils s'obstinent à envisager la question à un point de vue différend et à s'attribuer les uns aux autres ce que jamais ils n'ont voulu dire.

Certaines de ces équivoques seraient faciles à dissiper, mais c'est faire un travail plus profitable que de chercher à étudier de près les éléments constitutifs des dyspepsies considérées dans leurs sens le plus général comme un trouble des fonctions stomacales. Bien mieux que la discussion des nombreuses théories pathogéniques émises, cette étude nous servira à comprendre de façon précise ce qui est à la base de cette affection et nous permettra d'en déterminer les origines.

Trois fonctions principales sont dévolues à l'estomac, une fonction chimique, une fonction motrice et une fonction sensitive. La digestion sera troublée toutes les fois que, pour une

cause ou pour une autre, isolément ou simultanément, sera empêché l'exercice régulier de ces fonctions

De tout temps on a pensé que l'estomac jouait un rôle considérable, sinon exclusif, dans les transformations chimiques des aliments. Et depuis Hippocrate jusque vers la fin du dix-huitième siècle on fut d'opinion que la dyspepsie ne résultait que d'un vice de ces transformations. Plus tard, lorsque, grâce à facilités de l'exploration de l'estomac par la sonde au cours des digestions, les études sur le chimisme gastrique purent être appliquées à la clinique, on espéra que la connaissance des sécrétions gastriques dans les états pathologiques apporterait la solution entière du problème des dyspepsies. Cette confiance excessive dans les méthodes chimiques a entraîné une réaction telle qu'aujourd'hui il est vraiment dangereux de passer pour arriéré d'oser, à propos de dyspepsie, s'arrêter à considérer la fonction chimique de l'estomac.

Il est de mode en effet de lui contester toute importance. La digestion stomacale n'est-elle pas superflue? n'est-elle pas inutile? et importe-t-il au bon fonctionnement du tube digestif qu'elle se fasse bien ou mal, ou qu'elle ne se fasse pas du tout? La digestion intestinale seule a de la valeur et tous les travaux si patiemment édifiés sur les variations pathologiques des sécrétions stomacales, sur les adultérations du chyme par les produits des fermentations microbiennes et des transformations alimentaires anormales, n'ont rien à faire dans l'interprétation des dyspepsies. Toute cette chimiâtrie est aujourd'hui aussi discréditée en certains milieux qu'au temps où, sous les traits de sa verve caustique, Trousseau la vouait au mépris de ses contemporains.

Il est inutile de m'arrêter à de pareilles exagérations. Sans doute l'estomac n'est pas indispensable. Il peut être suppléé,

suivant une loi générale de la nature qui—pour mieux en assurer la persistance—lie autant que possible à plusieurs organes, plutôt qu'à un seul, les fonctions essentielles. L'intestin et ses glandes annexes peuvent supporter la tâche qu'il laisse inaccomplie. Mais nous ne sommes pas autorisés à déduire de cela qu'avec les six litres de suc actif qu'il secrète par jour, il n'accomplit pas un travail extrêmement profitable et qu'il serait dangereux de laisser à l'intestin.

Mais là n'est pas le fonds du débat. Il s'agit de savoir si les défaillances et, plus encore, les déviations de l'estomac dans l'accomplissement de sa fonction chimique n'engendrent pas les souffrances qui manifestent l'état dyspeptique. On le croyait généralement il y a quelques années à peine, et le type chimique des sécrétions gastriques servait à diviser la dyspepsie en hyperchlorhydrique et en hypochlorhydrique, et on décrivait de l'affection des manifestations différentes suivant l'un ou l'autre de ces types.

En réalité les formes symptomatiques de la dyspepsie ne paraissent pas être étroitement sous la dépendance du type chimique des sécrétions, ce qui ne veut pas dire que les altérations de ces sécrétions sont étrangères à l'apparition des symptômes dyspeptiques. Ainsi souvent l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion entraînent des manifestations douloureuses spéciales. La coïncidence habituelle de ces crises gastriques avec l'hyperchlorhydrie ou l'hypersécrétion, leur caractère particulier qui consiste dans une sorte de sensation de brûlure, leur apparition au moment de l'acmé de la sécrétion chlorhydrique et leur disparition sous l'influence des alcalins et des substances albumineuses établissent, de façon non douteuse, leurs rapports avec ces troubles sécrétoires. Les mêmes troubles sécrétoires il est vrai, chez certains sujets, se manifestent tout autrement que par

de pareilles crises douloureuses ou même ne se signalent par aucun symptôme morbide, et nous savons aussi que dans l'hyperchlorhydrie les douleurs disparaissent sans que le chimisme soit modifié. Mais nous devons en conclure seulement que l'hyperchlorhydrie et l'hypersecretion ne sont pas les causes suffisantes des crises douloureuses et non pas qu'elles ne participent pas à leur production, ni même qu'elles n'en sont pas vraiment les causes efficientes.

L'hypochlorhydrie par elle-même ne se traduit par aucun signe spécial; mais d'autres altérations du chyme, celles en particulier qui résultent de fermentations anormales, provoquent des symptômes dyspeptiques. Peu importe qu'ici comme dans l'hyperchlorhydrie, la modalité de la souffrance, liée surtout à l'irritabilité propre de chaque sujet, soit variable dans différents cas pour une même altération du suc stomacal. Il n'en reste pas moins qu'une telle altération est la véritable cause de la souffrance toutes les fois que l'estomac, tolérant pour le chyme normal, réagit d'une façon morbide au contact d'un suc altéré.

Ajoutons aux considérations précédentes que les viciations du chyme sont l'origine d'auto-intoxications qui portent leurs effets sur le système nerveux stomacal, aussi bien que sur le reste de l'économie; que, sans préjuger de la question fort débattue des rapports de la sécrétion et de la motricité, il est certain, et je reviendrai plus loin sur cette question, que les variations du chimisme influencent la motricité gastrique. Après cela, nous accorderons, si l'on veut, que les altérations du chyme, auxquelles nous venons de nous reporter, sont aussi le produit de la stase et ne découlent pas exclusivement d'un vice de sécrétion; mais nous serons en droit de conclure que les troubles variés de la fonction chimique stomacale, subordonnés

principalement aux actes sécrétoires, représentent un des éléments constitutifs essentiels de la dyspepsie.

Les troubles sécrétoires ne consistent pas seulement dans des modifications qualitatives des sucs digestifs comme l'anachlorhydrie, l'hypochlorhydrie et l'hyperchlorhydrie ; dans des modifications quantitatives comme l'hypo et l'hypersecrétion ; mais ils comprennent aussi des modifications évolutives qui font accomplir ou plus vite ou plus lentement qu'à l'état normal le cycle de la digestion. Le tubage de l'estomac et les procédés d'analyse du suc gastrique nous permettent de nous rendre compte de ces anomalies et de nous expliquer par suite, dans une certaine mesure, la rapidité ou la lenteur extrême des digestions. Il n'entre pas dans le cadre que je me suis tracé de vous décrire les différentes variétés d'anomalies sécrétoires. Du reste si je vous signale qu'elles sont, de toutes celles que l'on peut relever dans l'examen de l'estomac, les plus propres à nous révéler, aussi bien que la valeur fonctionnelle des glandes sécrétantes, l'état de congestion ou d'inflammation de la muqueuse gastrique, ne vous en aurais-je pas dit assez pour vous faire voir jusqu'à quel point les recherches chimiques s'imposent dans l'étude des dyspepsies.

Le plus grand nombre des auteurs cependant, pour résoudre le problème des digestions pathologiques, se soucient beaucoup plus de déterminer l'état de la motricité stomacale, et je vous avoue que je ne suis pas prêt à affirmer qu'ils font erreur.

L'estomac est une sorte de réservoir qui livre automatiquement à la digestion et à l'absorption intestinales, avec le résidu non transformé des aliments, les produits élaborés dans sa cavité. Cette évacuation de l'estomac doit s'accomplir suivant un mode régulier et dans des limites de temps qui lui assurent chaque jour, après chaque repas ou du moins pendant la dernière

partie de la nuit, un repos complet à l'état de vacuité. L'intermittence de son travail est en effet la condition de son bon fonctionnement. Or, bien souvent son évacuation est retardée, et par contre aussi, mais exceptionnellement, lorsqu'il y a exagération de la motricité ou insuffisance du pylore, il peut se vider trop hâtivement. Mais l'estomac, lorsqu'il est vide, n'est guère sujet à souffrir que d'un besoin plus ou moins opportun d'aliments. Il en résulte que l'accélération de la motricité évacuatrice, généralement, n'entraîne pas, de son côté, de graves désordres. Elle en entraîne plutôt du côté de l'intestin, dans lequel elle projette brusquement un chyme insuffisamment élaboré et un suc souvent hyperacide. Je n'insisterai pas sur ce point, je n'ai pas à m'occuper ici de l'intestin, et j'arrive immédiatement à la question de l'insuffisance absolue ou relative du muscle gastrique.

L'estomac normal, lorsqu'il est vide, se retracte de manière à effacer sa cavité, et il se moule sur son contenu quand il renferme des aliments. Si le muscle stomacal est forcé, son adaptation imparfaite à son contenu est la cause du clapotage que l'on obtient à jeun après l'ingestion d' $\frac{1}{2}$ verre d'eau. A ce signe on distinguera la dilatation de la distension stomacale. Un estomac même considérablement distendu peut avoir conservé sa tonicité, son élasticité et sa contractilité, mais non pas un estomac dilaté. La perte de ces propriétés, qui peut affecter un estomac de petite dimension, suppose plutôt habituellement une augmentation de volume de l'organe et toujours, bien entendu, une diminution de son pouvoir moteur.

La conséquence de cette faiblesse motrice sera la stagnation plus ou moins prolongée des aliments, la subintance des digestions et même la stase proprement dite, caractérisée par la présence à jeun dans l'estomac d'une quantité notable de résidus alimentaires

La lenteur de l'évacuation stomacale peut du reste être produite aussi, et plus souvent même, en l'absence d'affaiblissement véritable de la paroi musculaire, par des déplacements ou ptoses de l'estomac, par une sténose sous pylorique, par un rétrécissement organique ou spasmodique du pylore. Dans ces cas, quoique souvent renforcé par l'hypertrophie compensatrice, il est impuissant encore à accomplir le travail accru par l'obstacle, il se laisse distendre, et dans l'estomac distendu, comme dans le dilaté, la stagnation va modifier profondément les phénomènes digestifs. La sécrétion ne s'accomplira plus suivant son cycle régulier, mais deviendra continue, plus abondante, et peut-être, par un effet en retour, le trouble sécrétoire, influençant l'activité pylorique, exagérera-t-il la stagnation. Le retard apporté à l'absorption du chyme, comme le vice de ses transformations, feront appel à la pullulation microbienne et des fermentations anormales actives s'établiront avec production de gaz, d'acides divers, d'éthers composés, de toxines, de produits ammoniacaux. La muqueuse stomacale sera irritée, congestionnée et enflammée. Elle deviendra hyperesthésique et ne supportera plus le contact des aliments usuels. Le malade sera torturé par des douleurs ou il éprouvera des sensations pénibles variables de pesanteur, de plénitude ou de gonflement. Il aura des éructations plus ou moins désagréables par leur fréquence ou leur odeur, des régurgitations aigres et amères, et même des vomissements. Sans compter les troubles à distance, portant sur la peau, sur les muqueuses, sur les appareils respiratoires et circulatoires, sur le système nerveux et dont je ne vous répéterai pas la liste lamentable que vous connaissez.

Je me borne à vous indiquer comment l'insuffisance absolue ou relative de la motricité peut commander l'apparition de quelques manifestations gastriques de la dyspepsie.

Une mention spéciale doit pourtant être faite du spasme pylorique dans cette revue rapide des perturbations de la motricité stomacale. Il est considéré en effet à juste titre comme la clef de nombre de situations pathologiques de l'estomac dans les dyspepsies simples ou compliquées d'ulcères.

Normalement l'orifice pylorique est fermé par une contraction tonique qui s'oppose à la pénétration immédiate du bol alimentaire dans l'intestin, en même temps qu'une contraction semblable du cardia empêche son reflux dans l'œsophage. Peu à peu, néanmoins, les liquides s'engagent à travers l'orifice au moment entrouvert ; mais le suc acide de l'estomac irrite la muqueuse duodénale d'où part immédiatement un réflexe qui fait de nouveau et plus vivement contracter le pylore. A différents intervalles, de petites quantités du mélange fluide des sécrétions et des produits dissous iront solliciter le réflexe duodénal, jusqu'à ce que, le cycle de la digestion ayant atteint sa phase de déclin, l'orifice pylorique s'ouvrira plus largement devant un liquide inoffensif au duodenum, et la bouillie alimentaire s'engagera elle-même dans l'intestin.

Que pour une raison ou pour une autre, le cycle de la sécrétion se prolonge, qu'elle produise un suc plus riche en acide chlorhydrique ou plus abondant, la contraction stomacale du pylore deviendra plus persistante et plus forte, et, si la sécrétion est continue, on ne verra à aucun moment se produire la détente pylorique normale.

Des rapports étroits unissent donc à l'état pathologique la sécrétion et la motricité stomacale. Par le spasme pylorique qu'ils provoquent, l'hyperchlorhydrie l'hypersécrétion ou de simples troubles de l'évolution sécrétoire peuvent amener un retard de l'évacuation stomacale et la stase. Mais l'influence

qu'exercent l'une sur l'autre les fonctions motrices et sécrétoires peut s'établir en sens inverse.

Alors c'est le spasme primitif du pylore qui, prolongeant le contact des aliments avec la muqueuse gastrique, produit l'hypersécrétion et parfois l'hyperchlorhydrie avec toutes leurs conséquences. C'est qu'en effet le spasme pylorique n'est pas toujours subordonné au même mécanisme. Une ulcération, une simple fissure au niveau ou au voisinage du pylore, des troubles nerveux primitifs, centraux ou périphériques, le déterminent facilement. Il n'est pas surprenant par suite qu'il entre fréquemment en jeu dans des gastropathies d'origines diverses.

Par lui-même il est quelquefois fort douloureux et, sans avoir absolument raison, on a pu exprimer une partie de la vérité en lui attribuant les crises gastriques de l'hyperchlorhydrie et de la gastro-succhorrée. S'il coïncide avec de l'intolérance gastrique, des vomissements en sont la conséquence, au cas où le cardia cède. Et, si ce dernier résiste, alors apparaissent ces sensations angoissantes de plénitude, de distension ou de constriction épigastrique, des suffocations qui signalent l'indigestion et que l'association des spasmes des deux orifices stomacaux réalise encore de façon si trompeuse, chez certains malades dont l'estomac est complètement vide de solide, de liquide et même de gaz.

Les perturbations motrices du cardia n'ont pas, comme celles du pylore, des effets ni très pénibles, ni très graves. A part les malaises sérieux dont je viens de parler, qu'il occasionne simultanément avec le spasme du pylore, le spasme du cardia peut bien créer une impression, désagréable par sa persistance, de serrement à la gorge ou au niveau du sternum, dont se plaignent nombre de malades, mais le mal n'est pas grand. Lorsque les aliments sont parvenus dans l'estomac, il est normal

qu'une contraction ferme du cardia leur supprime toute issue possible vers la bouche, et conséquemment le spasme du cardia ne peut, à lui seul, être une source de danger. Ce n'est qu'accidentellement, et par la coexistence d'autres désordres moteurs, qu'il peut réellement avoir un rôle pathologique appréciable.

L'insuffisance absolue ou relative du cardia s'écarte davantage de l'ordre naturel. On doit lui rapporter l'éruclation qui afflige et obsède, on peut dire, tant de gastropathes, et qui survient dans tous les cas où l'orifice cardiaque se ferme mollement ou que dans la cavité gastrique les gaz sont à un état de tension plus forte que sa résistance normale. De plus, et cette notion mérite de n'être pas laissée dans l'oubli, l'insuffisance absolue du cardia, congénitale ou acquise, fonctionnelle ou liée à une disposition anatomique vicieuse, qui très habituellement est due à une sorte d'incoordination des mouvements gastriques et œsophagiens, est la condition d'apparition de ces phénomènes dyspeptiques très communs ou bien singuliers que sont : l'aérophagie, la régurgitation, le mérycisme et la rumination.

Tel est le bilan des troubles de la motricité dans la constitution de l'état dyspeptique où ils se combinent souvent avec les troubles de la sécrétion. Je vais vous esquisser maintenant le tableau des troubles de la sensibilité stomacale qui s'enchaînent également de telle sorte avec ceux des autres fonctions qu'ils en deviennent pour ainsi dire inséparables.

L'estomac est pourvu d'une sensibilité générale très obtuse à l'état physiologique et jouit en outre d'une sensibilité spéciale qui constitue la faim. Je ne m'arrêterai pas à vous parler de cette dernière. Les modifications de la faim ne sont pas certes sans influence sur les phénomènes de la digestion qu'un bon appétit excite et que l'anorexie entrave ; mais elles doivent être considérées comme un effet, plutôt que comme l'un des élé-

ments de la dyspepsie, et elles n'ont pas, en tout cas, avec cette affection, des rapports ni aussi étendus, ni aussi importants qu'en ont celles de la sensibilité générale.

L'exaltation de la sensibilité générale— dans l'espèce il ne saurait guère être question de son atténuation—tantôt donne à l'estomac la sensation plus ou moins vive et douloureuse d'excitations mécaniques, physiques et chimiques que normalement il subit à son insu ; tantôt elle est inconsciente, et alors elle n'est pas moins capable, pour cela, d'éveiller des réactions morbides variées. C'est en effet que souffrir et se plaindre ne doivent pas, comme l'a dit Lasègue, et qu'on s'est plu à le répéter tant de fois, être considérés comme les caractéristiques de la dyspepsie.

La souffrance est trompeuse. Elle va jusqu'à se localiser sur l'estomac, indépendamment de l'exercice de toute fonction spéciale de cet organe ou de son altération matérielle, et fréquemment elle manifeste des phénomènes que leur régularité absolue devrait laisser passer inaperçus. Elle se rattache alors à une hyperesthésie stomacale, qui, avec toutes les sensations possibles de chaleur, de brûlure, de plaie à vif, de plénitude et de distension qu'elle peut déterminer, ne saurait probablement que par exception constituer la dyspepsie vraie, s'il n'en résulte aucune perturbation quelconque des fonctions primordiales de la sécrétion et de la motricité.

Les troubles, même latents, de ces deux fonctions essentielles sont, au contraire, parfaitement aptes à créer un état dyspeptique réel, pourvu que silencieusement tout au moins, localement ou à distance, ils portent injure à la santé.

Mais que si, dans certains cas, aucun désordre conscient ou inconscient, local ou éloigné, ne résulte d'une altération sérieuse dans la constitution ou le fonctionnement de l'estomac, nous ne dirons plus qu'il y a dyspepsie. C'est que l'estomac

n'est alors le siège d'aucune de ces réactions exagérées et nocives qui sont l'essence de la morbidité. Il peut être amoindri ou annihilé dans certaines de ses fonctions, modifié dans ses dispositions anatomiques ; c'est un organe en état d'infirmité plutôt que de maladie. Il s'est adapté parfaitement à des conditions nouvelles compatibles avec l'exercice profitable et l'ajustement harmonique des facultés qui lui restent. Or, une réaction n'est pas morbide nécessairement parce qu'elle est nouvelle et non préétablie aux conditions changeantes de sa production ; elle tient plutôt ce caractère de ce qu'elle est variable et n'est pas, le mieux possible, adaptée de façon durable aux besoins réels de l'organisme ou de l'une de ses parties. Dans les cas qui nous occupent, il n'existe donc pas de réaction morbide et partant pas de dyspepsie véritable.

Vous comprenez, par les considérations qui précèdent, que si la dyspepsie, comme toute réaction organique, est sous la dépendance du système nerveux, elle n'a pas toujours pour point de départ un trouble nerveux primitif, et que, particulièrement, elle ne résulte pas dans tous les cas, comme on l'a dit, d'une hyperesthésie stomacale. Celle-ci n'est souvent, en réalité, que la condition fondamentale de ses manifestations extérieures.

Nous avons vu comme la douleur, sous toutes ses formes, est produite secondairement à des troubles préexistants, par l'hyperchlorhydrie et par l'hypersecretion, par l'atonie, la dilatation et la distension stomacale, par les spasmes des orifices. Dans ces cas, et je laisse à dessein de côté les circonstances où elle se rattache à des lésions nettes de l'estomac, dans ces cas le trouble sensitif peut bien influencer, augmenter, et de fait il augmente souvent les désordres antérieurs ; il ajoute un élément nouveau à la dyspepsie ; mais il ne la crée pas : elle est déjà constituée, du moins en partie, au moment où il apparaît.

Mais les choses ne se passent pas toujours de cette façon ; et je ne méconnais, ni ne cherche à amoindrir le rôle des troubles de la sensibilité dans la genèse de la dyspepsie. Il est véritablement considérable, souvent même prédominant. Tant de causes en effet, soit par une action directe sur les terminaisons nerveuses, soit par l'intermédiaire des centres cérébro-spinaux et ganglionnaires, exaltent la sensibilité stomacale. Ce sont des maladies générales, infectieuses des intoxications ou auto-intoxications ; ce sont des affections fonctionnelles ou organiques du cerveau et de la moelle ; ce sont encore les souffrances du poumon et du cœur et, avant tout, des organes abdominaux, qui se réfléchissent sur le plexus solaire et en déterminent l'hyperesthésie ; c'est enfin—pour ne pas trop m'arrêter à une énumération qui pourrait être longue—l'excitation répétée, intense de la muqueuse gastrique. Sous leur influence, la fonction sensitive souvent se trouble avant les fonctions sécrétoire et motrice, et l'on voit alors l'hyperesthésie dominer les autres perturbations fonctionnelles de l'estomac.

Avec la sensibilité, l'irritabilité stomacale est accrue, et conséquemment les réactions vont dépasser les limites ordinaires, ou s'écarter de leur mode régulier, soit dans le domaine des actes sécrétoires, soit, et plus peut-être, dans celui des actes moteurs, soit encore dans les retentissements qu'elles ont sur le cerveau, sur le cœur, sur le poumon et sur d'autres organes.

Ainsi, par l'effet d'un trouble sensitif primordial, toutes les fonctions stomacales seront viciées. Je ne reviendrai pas sur la viciation de chacune d'elles. Pour la fonction sécrétoire, elle consistera dans des modifications quantitatives, qualitatives ou évolutives ; pour la motrice, elle sera constituée par de l'atonie, de la parésie ou du spasme. L'acte digestif sera compromis suivant le mécanisme que je vous ai exposé, et rien d'essentiel

que son origine ne différenciera cette dyspepsie nerveuse des autres variétés de l'affection.

Elle s'explique, du reste, avec facilité par le jeu du plexus solaire qui tient sous sa dépendance toute l'innervation gastrique, sensitive, sécrétoire, motrice et vaso-motrice. L'hyperesthésie stomacale se reporte à ce plexus ou elle en dérive. Que de quelque façon elle en trouble le ressort, tous les désordres gastriques deviennent possibles avec leurs irradiations éloignées que justifient pour une grande part, dans la dyspepsie commune même, les connexions anatomiques et physiologiques de ce plexus important avec le cerveau et la moëlle, aussi bien qu'avec les centres nerveux viscéraux.

C'est donc, messieurs, que la part des troubles de la sensibilité est grande dans la constitution de la dyspepsie. Je crois inutile de m'appesantir sur ce point et d'ajouter à ce qui précède pour vous donner, aussi nettement que je le puis faire, une idée plus complète de cette affection. Mais, après l'avoir étudiée dans ses éléments constitutifs essentiels, ne devons-nous pas, pour la mieux connaître, l'envisager dans ses facteurs étiologiques principaux ?

Je ne reprendrai pas ici le plan que j'ai suivi dans la définition de la nature des troubles dyspeptique ; une disposition semblable serait défectueuse et porterait à la confusion. La plupart des causes de la dyspepsie, quoique pouvant exercer, et de fait exerçant spécialement leur action sur l'une des fonctions stomacales, atteignent souvent en effet les autres en même temps. Du reste, je me soucie peu d'en faire une revue méthodique qui serait fastidieuse et ne vous apprendrait rien. Je trouve préférable, et plus conforme d'ailleurs à l'idée maîtresse qui m'a guidé jusqu'à présent, de me limiter à quelques points

fondamentaux de ce chapitre d'étiologie et de pathogénie que je prétends considérer brièvement.

Des nombreuses questions qui s'y posent, il n'en est certes pas une qui soit plus discutée ni, à vrai dire, plus discutable et qu'il importe pourtant plus de résoudre dans la pratique, que celle de savoir si l'inflammation, ou du moins, la congestion de la muqueuse gastrique est la condition habituelle et à peu près constante de la dyspepsie.

A ce sujet, parmi les pathologistes, les opinions les plus extrêmes existent. Les uns prétendent que, suivant le mot célèbre de Broussais, il n'y a pas de dyspepsie, qu'il n'y a que des gastrites. Les autres soutiennent que la dyspepsie n'est symptomatique d'aucune lésion, qu'elle est essentielle, subordonnée, toujours à un trouble nerveux primitif, central ou périphérique, que l'inflammation de la muqueuse gastrique — peu importe qu'elle soit exceptionnelle ou fréquente—est toujours un phénomène accessoire dans cette affection et n'a rien à faire avec les manifestations dyspeptiques.

Pourtant les observations anatomo-pathologiques et cliniques de M. Hayem, qui ont été refaites par les adversaires mêmes de ses théories, ont établi, pour la sécrétion de l'estomac, que ses variations en qualité sont pour ainsi dire constamment liées à une gastrite parenchymateuse, à une hypertrophie des glandes sécrétantes; que ses variations en quantité et ses variations dans le temps se rattachent soit au même état, soit à une congestion ou à une inflammation mixte ou intestinale de la muqueuse. Il a montré encore, comme bien des faits pathologiques relevés en dehors de l'estomac le laissaient supposer, que l'infiltration inflammatoire de la muqueuse modifie les aptitudes réactionnelles de la tunique musculaire et influence son énergie contractile: et en outre que directement elle n'a pas des effets

moindres sur l'irritabilité nerveuse générale de l'organe et sur le réveil de la sensibilité consciente.

Aux interprétations pathogéniques de M. Hayem on a trouvé à opposer quelques raisons plus ou moins valables, dont les unes prouvent le caractère peut-être trop exclusif, comme celle qui s'appuie sur le fait de la production, sous une influence nerveuse, de tous les désordres gastriques possibles dans des cas où il semble difficile de supposer une lésion même passagère de la muqueuse : dont une autre au moins, que l'on considère cependant comme des plus importantes, est sans trop dire bien inattendue. Elle invoque la fréquence plus grande de la gastrite que de la dyspepsie, et l'absence de manifestations gastriques extérieures dans des cas de gastrite avancée.

A l'encontre de ce raisonnement, l'histoire pathologique de la plupart des organes n'est-elle pas là pour nous démontrer que si les réactions morbides sollicitées par des anomalies matérielles peuvent être plus ou moins vives et variables, elles n'en doivent pas moins être considérées comme essentiellement imputables à ces anomalies. Dira-t-on, par exemple, parce que des cas d'induration pulmonaire étendue se rencontrent qui évoluent silencieusement, sans provoquer ni toux, ni dyspnée, dira-t-on que la toux et la dyspnée, dans les autres cas analogues d'induration, supposent une altération nerveuse primitive indépendante en quelque sorte de l'état anatomique. Non, évidemment, et en conséquence, tout en restant éclectique en face du système opposé—et précisément à cause de la fréquence reconnue de la gastrite chronique, nous inclinons à accepter que l'interprétation de M. Hayem répond à la généralité des faits de dyspepsie.

L'estomac n'est pas à mettre dans un ordre à part entre tous les organes. Le plus exposé, peut-être, aux mauvais trai-

tements, aux injures de toute sorte, comme les autres, il réagit de façon morbide, surtout lorsqu'il est lésé et parce qu'il est lésé. Et nul doute que, par le progrès des connaissances, il lui advienne ce qui est arrivé à l'ovaire, après l'avènement de la chirurgie abdominale : on le dépossèdera d'une partie de ces névroses qu'on lui a attribuées illégitimement dans notre ignorance de certains processus congestifs ou inflammatoires passagers dont il peut être le siège.

L'estomac donc, sous l'influence des irritants appliqués à sa surface ou circulant dans ses vaisseaux, comme le pharynx, par exemple, se congestionne et s'inflamme avec une facilité variable suivant ses susceptibilités morbides. Et c'est dans une irritation stomacale que nous devons toujours chercher en premier lieu la cause de la dyspepsie.

Remarquez, messieurs, que rechercher cette cause, c'est la démontrer au malade plutôt que lui demander l'aveu spontané de ses habitudes vicieuses. Bien des personnes qui ne s'en doutent pas et, par suite, qui ne l'avouent que sur démonstration du médecin, mangent trop ou trop vite, des aliments mal préparés ou de mauvaise qualité, pris irrégulièrement et à peine mastiqués, au milieu des fatigues d'un travail suspendu un instant pour les repas ou seulement à demi interrompu.

Combien de malades encore qui s'excusent plutôt qu'ils ne s'accusent de leurs excès d'alcool et de tabac, de thé et de café ! combien qui croient sincèrement ne pas faire usage de médicaments quand ils s'alimentent quotidiennement de toniques, de calmants et de purgatifs ! A tous ces artisans de leur propre misère, un traitement approprié à la gastrite rendra le bien-être et la santé.

Cependant, malgré l'enquête la plus scrupuleuse, vous échouerez souvent, chez les dyspeptiques, à relever des écarts

diététiques notables, ou les écarts que vous trouverez chez eux, comme du reste les manifestations gastriques elles-mêmes, vous sembleront négligeables, en regard — si je puis ainsi m'exprimer — du masque de souffrance qui les enveloppera tout entiers. Vous aurez alors à trancher l'énigme des rapports de la dyspepsie et des névroses centrales, en particulier de la neurasthénie. Que vous la résolviez d'ailleurs dans un sens ou dans un autre, vous vous rencontrerez avec plusieurs des plus considérables parmi le grand nombre de ceux que la même tâche aura tenté.

Suivant généralement les tendances acquises par sa spécialisation, on rapporte la neurasthénie à la dyspepsie ou la dyspepsie à la neurasthénie, et que l'on penche vers la première ou la dernière de ces théories, on a vraisemblablement tort d'être absolu.

Il n'est pas douteux que la neurasthénie ne puisse créer une viciation de l'acte digestif. Le nier serait méconnaître l'action du système nerveux central dans l'innervation gastrique, et ce serait aussi bien ignorer de nombreux faits d'observation clinique.

La neurasthénie résulte d'une sorte de faiblesse irritable du système nerveux caractérisée, simultanément dans plusieurs parties de l'organisme ou successivement dans une seule, par des phénomènes d'excitation et des phénomènes de dépression, entre lesquels ces derniers sont les plus nets, les plus accentués et marquent le terme ultime du mal. On comprend dès lors que la neurasthénie puisse entraîner non seulement des symptômes nerveux gastriques, mais aussi des troubles des fonctions motrices et sécrétoires, où l'excès apparaîtra passagèrement et par exception, où le défaut représentera au contraire un des états pathologiques les plus communs et les plus persistants contre lesquels le médecin puisse avoir à lutter.

Mais, oserais-je le dire, je ne crois pas que, fréquemment, la dyspepsie—pardonnez-moi cette expression un peu affectée, mais qui a le mérite de bien rendre ma pensée—sorte entière dusein de la neurasthénie. Alors, est-ce la dyspepsie qui engendre généralement celle-ci? La dyspepsie est certainement apte à faire et elle fait apparaître des états asthéniques qui, je le concèderai si l'on y tient, ne sont peut-être pas la neurasthénie vraie, mais en tout cas qui lui ressemblent comme une jumelle à sa sœur.

Pour quiconque a pratiqué les gastropathes, les cas ne se comptent plus dans lesquels une modification diététique améliore, pour ainsi dire, instantanément une prostration nerveuse accentuée, et chez lesquels la surveillance incessante du régime alimentaire est la condition indispensable du maintien du bien-être et de la vigueur.

Malgré tout, il ne paraît pas *généralement* vrai de dire, sans restriction aucune, que la dyspepsie engendre la neurasthénie, non plus que d'affirmer que la première a son origine dans celle-ci. Si l'une quelconque semble habituellement issue de l'autre, elle ne l'est en réalité qu'en partie dans la généralité des cas.

La vérité est donc qu'elles sont d'ordinaire, je ne dis pas absolument, mais relativement indépendantes, étant nées chacune sous l'influence de ses causes propres, ou isolément sous l'influence d'une cause commune. Ce facteur étiologique commun, qui provoque leur coexistence fréquente, consiste dans une prédisposition héréditaire qui se décompose en deux éléments distincts, ayant leur action propre: une faiblesse native de l'estomac et une faiblesse semblable du système nerveux.

Que cette dégénérescence héréditaire nerveuse et cette même dégénérescence organopathique de l'estomac se rencon-

trent fréquemment l'une à côté de l'autre, il est facile de se l'expliquer. D'une part, en effet, le neuro-arthritisme est une des grandes causes de la dégénérescence nerveuse ; d'autre part, les écarts diététiques qui, avec une hygiène générale vicieuse, produisent le neuro-arthritisme avec ses conséquences, amènent en même temps—par épuisement fonctionnel prolongé dans une série de générations—une altération native de l'estomac.

Il est donc acquis que deux prédispositions morbides héréditaires distinctes, l'une de l'estomac, l'autre du système nerveux, peuvent facilement se trouver rassemblées à l'origine de la dyspepsie et de la neurasthénie. Or, pour le système nerveux, cette prédisposition morbide est d'une importance capitale, car à elle seule elle réalise une sorte d'inaptitude fonctionnelle qui constitue presque toute la névrose.

Vous observez tous, Messieurs, un grand nombre de neurasthéniques. Ils sont légion dans notre pays où pourtant la vie est facile et douce, où la lutte pour l'existence n'est nullement incertaine et dramatique. De tous ces malades la plupart, notez-le, sont fils neurasthéniques, et chez la plupart aussi la maladie s'est produite sans l'intervention de causes déterminantes actives, comme l'excès de travail cérébral, la fatigue physique prolongée le surmenage émotionnel, et simplement par l'effet de causes banales, comme le travail modéré, la croissance, les maladies générales, les infections, les auto-intoxications digestives et autres.

C'est donc que la prédisposition morbide domine ordinairement l'étiologie de la neurasthénie, et ne demande pour la créer de toutes pièces, que le concours d'agents fort accessoires. Nous nous rendons compte ainsi de l'éclosion fréquente de la neurasthénie à la suite de la dyspepsie, sans être obligé de la subordonner absolument à cette dernière. Et de la même fa-

çon, pour la même raison, le développement habituel de la dyspepsie chez les neurasthéniques doit être considéré souvent comme indépendant de la névrose ; car l'estomac subit aussi vivement que le système nerveux l'influence de ses tares héréditaires.

Et puisque je suis ainsi amené à vous parler du rôle de la prédisposition organique dans l'étiologie de la dyspepsie, j'en profiterai seulement pour vous signaler qu'on ne lui a pas fait, tant s'en faut, la part qui lui revient justement. Nous ne saurons jamais trop jusqu'à quel point, suivant le mot célèbre d'Auguste Comte «les morts gouvernent les vivants,» et comme nous payons les fautes commises par une succession de générations ancestrales, et comme notre lignée subira la peine de nos vices.

Je ne tends pas à dire, par là, car prédisposition et prédestination sont deux choses différentes, que les fils de dyspeptiques hériteront fatalement du mal de leurs parents, mais qu'ils auront sérieusement à le craindre et que pour l'éviter ils devront ne pas s'écarter des règles d'une hygiène sévère. D'ailleurs tous ces enfant le prouvent qui, sans raison apparente notable, manifestent dès la naissance, par des troubles gastro-entériques, la débilité native de de leurs organes digestifs. Et plus significative encore dans l'espèce, est la forte proportion de gastropathes adultes dont l'histoire pathologique est la suite et la reproduction fidèle des antécédants familiaux.

J'aurais encore à parcourir une longue liste de causes, pour arriver à exposer dans leur ensemble les origines de la dyspepsie. Ce serait le surmenage, ce seraient les émotions, les chagrins, les déceptions, dont l'action déprimante porte si singulièrement sur les fonctions digestives ; ce serait l'hystérie capable de tout faire presque autant que de tout simuler ; ce

seraient certaines affections organiques des centres nerveux, comme le tabès, la paralysie générale dont l'influence sur l'estomac éclate dans des manifestations caractérisées cliniquement ; ce serait la série des affections pulmonaires cordiaques, abdominales, dont le retentissement bruyant sur l'estomac est bien connu, et au sujet desquels je tiens à souligner l'importance particulière des désordres intestinaux hépatiques et utéro-ovariens ; ce seraient encore les maladies générales, infections, intoxications et d'autres encore que j'omets.

De toutes j'aurais à essayer de pénétrer le mode d'action sur le système nerveux stomacal, sensitif, sécrétoire, moteur ou vaso-moteur ; ou sur la muqueuse gastrique, par l'intermédiaire d'altérations sanguines génératrices d'irritations et d'inflammations. Mais à quoi cela conduirait-il, sinon à des redites et à des longueurs insupportables pour vous, fatigantes pour moi. Le mécanisme pathogénique de ces causes, ne le voyez-vous pas nettement à la lumière des connaissances que j'ai tâché de vous rappeler ?

Là-dessus, messieurs, je termine, en vous remerciant de m'avoir prêté une attention soutenue dans les développements forcément incomplets et, je crains bien, quelque peu obscurs, de mon sujet. A la fin de ce travail, mes craintes du début se trouvent justifiées, je m'aperçois qu'il m'était impossible de vous le présenter d'une façon tout à fait convenable quant à la forme, suffisante quant au fonds. Je m'en console parce qu'il n'importait pas tant en somme de vous faire saisir ma propre conception de la dyspepsie que d'en soumettre à votre réflexion personnelle le problème compliqué.

Vous saviez déjà que le *remède* à la dyspepsie, qu'on vous a sans doute demandé mille fois, n'existe pas ; vous saviez aussi et j'espère vous avoir pénétré davantage de cette certitude

qu'il serait illusoire de le chercher. Un traitement rationnel des formes nombreuses de ce mal repose sur la connaissance aussi complète que possible des conditions propres à altérer dans chaque cas le mécanisme délicat du fonctionnement stomacal. Il est parfois difficile de les déterminer toutes, mais il faut se souvenir que les difficultés de la connaissance en pathologie sont la raison d'être du médecin et qu'à moins de s'appliquer consciencieusement à les surmonter, il faut renoncer à donner à chacun de nos malades le secours qu'il attend de nous, la direction sûre, discrètement ordonnée, de laquelle peut dépendre sa destinée et son existence.

En présence des dyspeptiques, nous serons sans doute souvent tentés d'accuser notre impuissance. Mais ne l'exagérons pas. Elle n'est jamais absolue, et je vous donne, comme preuve de cette affirmation la formule consolante proposée par M. Debove au sujet du traitement des dyspepsies : " Il n'y a pas, dit-il, un rapport constant entre la forme de la dyspepsie et le traitement dont elle est justiciable." Cette formule exprime son opinion qu'un même traitement peut convenir à différentes variétés de l'affection.

Que les difficultés théoriques et pratiques de son étude ne nous rebutent donc pas : que plutôt elles nous attirent. L'esprit doit se piquer en face de la vérité qui se laisse entrevoir. Elle nous invite, nous croirons la saisir bien des fois ; mais elle n'aura montré qu'un de ses nombreux aspects. Nous ne sommes pas près de la tenir tout entière, car elle s'étend bien au delà de ce que nous pouvons maintenant atteindre.

ARTHUR ROUSSEAU.

3 juillet 1907.

MALADIES AIGUES BRONCHO-PULMONAIRES

EXPECTATION ET THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE (ABCÈS DE
FIXATION)

Par H. TRIBOULET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

En dehors de la spécificité morbide qui permet au clinicien de poser un diagnostic étiologique précis (satisfaction scientifique), chaque maladie peut revêtir, chez les divers individus, des allures d'atténuation ou d'exaspération de tel ou tel symptôme ou de plusieurs d'entre eux. Ces différences, en plus ou en moins, dans l'intensité des symptômes, constituent, pour chaque cas particulier, autant de problèmes, de pronostics, de la solution desquels dépend la satisfaction pratique du médecin et de sa clientèle. Si, dans les cas légers et favorables, la joie platonique d'un diagnostic savant s'accommode bien de la simple expectation, et est entretenue par les heureux efforts spontanés de l'organisme, il n'en va plus de même pour les cas graves : alors, aux incertitudes et aux amertumes du pronostic sévère s'adjoignent les angoisses et les hésitations de la thérapeutique.

Je n'ai pas la prétention d'indiquer en quelques lignes *tout* ce qui peut se faire dans *tous* les cas ; je voudrais seulement fixer les idées sur certaines indications dominantes en raison desquelles la considération pronostique, pour un fait donné, conduit à l'action thérapeutique. Pour cela, j'envisagerai ici quelques éléments de physiologie pathologique afférents à l'évolution de certaines maladies aiguës, et je tâcherai d'en tirer la sanction, sous forme du traitement de choix.

Dans cet exposé, je vais me limiter à l'étude des maladies aiguës de l'appareil respiratoire, du type des broncho-pneumonies pseudo-lobaires, ou des pneumonies, congestions pulmonaires, etc., (en dehors de la tuberculose). Mais il sera facile au lecteur de généraliser pour d'autres maladies aiguës (érysipèle, fièvre typhoïde, etc.)

Il y a, pour justifier ma manière de faire, une raison primordiale, c'est que les variétés d'affections aiguës des poumons représentent des syndromes morbides à symptomatologie très nettement limitée et définie, à évolution courte,—et à terminaison favorable spontanée, dans la majorité des cas.— Avec un ensemble de symptômes plus ou moins accentués, localisation variable de siège et d'étendue, fièvre moyenne ou forte, pouls rapide, urines troublées et chargées, désordres digestifs et nerveux, la maladie se déroule un certain nombre de jours, puis, à un moment donné, se prépare et se réalise un syndrome majeur qui est le phénomène de la *CRISE*.

L'enseignement hippocratique nous a légué sur le pouls, la sueur et les urines des notions fondamentales auxquelles les recherches modernes n'ont rien ajouté que des explications. Avec le progrès scientifique, l'étude des urines a pu porter sur l'albumine, sur la *crise des chlorures*, et, en justification des détails de température, sur la *crise leucocytaire*, mais, plus compliquée, notre interprétation aboutit aux mêmes constatations : une cause minime ou moyenne (*ACTION*) trouble plus ou moins l'organisme ; celui-ci, après un temps variable, se ressaisit (*RÉACTION*), et met en jeu les éléments de la crise normale. Alors, comme disait notre vieux maître à tous :—*consensus unus, conspiratio una*, alors, dans l'organisme, tout conspire, tout consent.—Inutile d'insister longuement sur ces faits démonstratifs, dont le schéma ci-contre est familier à tous.

Toutefois, si normale, si simple que soit la réaction, nous ne la connaissons jamais trop ; notre rôle doit consister à en approfondir les détails pour avoir une conviction solide, sinon même inébranlable, sur la valeur des crises spontanées, et pour justifier notre thérapeutique, dite d'*expectation*. Cette expectation, nous la déguiserons, pour l'enlourage, sous forme de certaines prescriptions qui sont désormais du domaine public médical, et qui comprennent les boissons variées, tisanes légèrement diaphorétiques et diurétiques, le vin sucré, aliment-médicament si préférable à l'alcool, l'eau de Vals, etc. Puis, ce sera quelque potion répondant aux formules classiques :

Julep gommeux 120 grammes

Acétate d'ammoniaque 3 —

avec ou sans xxx gouttes de teinture de digitale, avec ou sans adjonction d'oxyde blanc d'antimoine, à 20 ou 25 centigrammes (1). Cette préparation vaut mieux que le kermès, dont la couleur teinte l'expectoration et peut simuler le crachat rouillé. Vous pourrez encore donner, soit en cachet, soit en suppositoire, 40 ou 50 centigrammes de quinine. En même temps, le foyer congestionné ou hépatisé sera soumis à la révulsion par les ventouses scarifiées (5 à 8), à la période du point douloureux, ou pendant quelques jours à la sinapisation.

Voilà, je le repète, ce que peut être, je dirais presque ce doit être expectation. A moins d'indications, n'allons pas au delà, car nous ne devons pas oublier que nous sommes en présence de maladies à évolution *spontanée*, à terminaison spontanée par crise, qui évolueront, qui guériront, *quoi que nous fassions*, à moins que, justement, nous n'allions faire trop énergiquement le contraire de ce que nous avons à faire, violant le grand principe hippocratique : *primo non nocere*.

(1) Ces formules peuvent s'appliquer aux adultes comme aux enfants.

* * *

Si j'ai parlé d'*expectation*, si je la recommande quand elle est de mise, je n'oublie pas qu'il faut *expectare*, mais aussi *spectare* ; notre rôle est de savoir regarder, et nous pouvons vite voir que tout n'est pas toujours de la simplicité que nous venons d'envisager ; il nous faut non seulement voir, mais aussi *prévoir*. Je cite au hasard de l'observation clinique.

Soit une de ces pneumopathies, si fréquentes en période de grippe, ou évoluant chez un taré (diabète, alcoolisme, etc.) : la cause est toute-puissante, brutale, l'organisme affaibli, sinon usé ; il y a lieu de craindre l'évolution maligne, la non-résorption des exsudats broncho-pulmonaires, le passage à l'hépatisation grise : les crachats sont suspects ; au souffle congestif s'adjoignent des sibilances, des bruits de gargouillement ; ou bien il y a du collapsus bronchique. D'autre part, ce sera un symptôme fonctionnel, ou un symptôme d'ordre général qui fixe l'attention : dyspnée trop vive, cyanose marquée, excitation ou dépression nerveuse, pouls hypertendu ou affaîssé, à fréquence insolite (112, 120, 140 !), urines rares, sueurs non critiques. Qu'on parle alors d'infection, d'intoxications profondes, de réactions organiques insuffisantes, hépatiques, rénales, etc. ; qu'on rattache tout à la cause première ou qu'on soupçonne des complications, peu important nos explications, un fait est là qui domine tout : le pronostic est *grave*, il est *mauvais*, il est *détectable*. L'effort de la *matura medicatrix* ne s'accomplit pas ; en vain, l'attendrions nous ; quel va être notre rôle ? *expectation* ou *médication* ?

La première méthode ne sied qu'à certaines situations dans lesquelles un seul symptôme fonctionnel, plus bruyant que terrible, ne reste en cause que momentanément (dyspnée, tachycar-

die, vomissement, et surtout excitation nerveuse); en toute autre circonstance, il y a lieu d'agir, et parfois d'urgence.

Secours d'urgence, c'est bien ainsi que se pose souvent la question. Dans ces faits de non-réaction organique pour lesquels, notre impression clinique étant mauvaise, la situation se trouvant pour le malade à cet état d'incertitude qu'on peut qualifier trivialement, mais expressivement, de rouge ou noir, il y a lieu d'agir, et de guider ce qu'on doit faire d'après la physiologie pathologique générale des maladies aiguës.

En théorie, le rêve, c'est la médication spécifique, tel un sérum curateur. A défaut de ce *deus ex machinâ*, il nous reste l'organisme en qui nous chercherons à solliciter, à encourager, à appuyer la réaction, à éveiller la crise.

En pratique, faisons comme nous pourrons, mais agissons, logiquement, si faire se peut.

« La maladie, dit un aphorisme, est bien au poumon, mais le danger peut être au cœur ». Il peut être aussi au bulbe : le malade présente de la stase sanguine, de la congestion passive ; le malade est un intoxiqué, un infecté.

En présence de malades dont l'une des courbes ci-contre nous retrace à peu près l'histoire clinique, j'ai à m'appliquer le reproche de pusillanimité. Dans quelques cas, je suis passé de quelques ventouses scarifiées à une petite saignée de 200 à 250 grammes ; j'ai donné un peu de digitale, j'ai fait faire quelques piqûres d'huile camphrée ; j'ai même *risqué* une petite injection bien tardive de collargol, et j'ai tenté au *dernier* jour de provoquer un abcès de fixation par la térébenthine.

Eh bien, je n'ai pas, sans doute, la prétention de « sauver » tous les malades, mais je n'hésite pas à déclarer que ma thérapeutique a été ici trop hésitante, trop tardive et trop timide.

En présence d'une intoxication prononcée, il fallait agir

brutalement, et, quelles que soient les opinions à ce sujet, je dis qu'il eût fallu une large saignée, d'au moins 500 grammes. Pas de demi-mesures ; une saignée de 200 grammes en est une. Je le dis avec d'autant plus de conviction que, même insuffisante, la saignée en question avait donné lieu à une réelle esquisse de réaction, à une petite crise partielle. Quant à l'abcès de fixation, et je vais insister davantage sur ce détail de thérapeutique, il est intervenu trop tard. De telles réflexions ne sont pas que des formules de regrets, elles sont des affirmations profitables pour nous conduire à mieux faire, si nous voulons bien envisager d'autres faits.

Voici un cas grave (pneumonie grippale, contagion de mari et femme), à localisation formidable sur les deux tiers d'un poumon, avec une température et un pouls à peu près acceptables, mais avec une respiration à 68. Le sujet est en orthopnée, cyanosé, couvert de sueurs presque visqueuses. Le deuxième poumon menace de se prendre (et se prend effectivement le jour suivant). Nous sommes ici en présence d'une situation complexe dont je tire trois indications formelles :

Première indication : la localisation, le foyer, démesurément étendus ;

Deuxième indication : un cœur à soutenir à tout prix ;

Troisième indication : éviter coûte que coûte le passage de tels foyers à l'hépatisation grise.

1° Dans le premier sens, j'ai fait appliquer, en moins de vingt-quatre heures, vingt ventouses scarifiées sur la région dorsale, où le souffle était au maximum ;

2° Comme toni-cardiaques, on a donné l'huile camphrée et la spartéine ; huile camphrée à 1710° en ampoules de 1 c. c. à deux et trois reprises en vingt-quatre heures ; la spartéine en ampoules de 1 c. c. à la dose de 2 centigrammes, deux en vingt-

quatre heures. Mais, *pas de caféine*, comme vous l'a dit Claisse, et comme nous ne le répéterons jamais assez. Comme l'alcool, comme l'éther, la caféine n'est qu'un argument ultime et d'usage tout exceptionnel : son action, d'ailleurs toute transitoire, est trop excitante pour l'écorce cérébrale

3° Enfin, pour répondre à la troisième indication, voulant provoquer une leucocytose rapide et efficace, j'ai eu recours à l'injection de térébenthine, à l'abcès de fixation.

ABCÈS DE FIXATION. — Je ne referai pas ici l'histoire de cette médication, si bien exposée par Fochier, de Lyon. De ce que certains abcès apparaissent parfois au seuil de la convalescence, à titre de phénomènes précritiques, on avait cru pouvoir conclure que, peut-être, une suppuration provoquée pourrait hâter la crise ; on avait supposé qu'il se faisait, ainsi une dérivation de la maladie, une fixation de germes nocifs.

Bien qu'il en soit tout autrement de l'explication, l'action des abcès de fixation n'est pas contestable, dans certains cas, et nous allons passer en revue les principales particularités de cette méthode thérapeutique.

A quel moment doit-on intervenir par l'abcès de fixation ? Quand la *gravité* du cas fait craindre l'hépatisation grise (âge, épuisement, diabète, alcoolisme, grippe infectieuse, maladie antérieure (fièvre éruptive), etc.); d'ordinaire du cinquième au neuvième jour.

CONTRE-INDICATIONS. — Il n'y en a pas : ni l'état de faiblesse, ni la vitalité douteuse des téguments (diabète), ni la présence d'*albumine* dans l'urine.

Où doit-on faire l'injection ? A la face externe de la cuisse, dans l'hypoderme, au-dessus de l'aponévrose superficielle. Le choix de cette région s'impose parce que le malade n'appuie pas dessus, parce que la surveillance en est aisée et le pansement facile.

LA DOSE. — L'essence de térébenthine *rectifiée* à la dose de un demi c. c. dose suffisante. Un centimètre cube est peut-être trop, et nous l'avons vu provoquer un trop bel abcès avec large décollement.

EFFETS. — *Localement.* — Rien d'intéressant comme de suivre l'évolution de l'abcès : en vingt-quatre heures au plus tôt, entre vingt-quatre et trente-six heures d'ordinaire, parfois après quarante-huit heures ou même après soixante-douze heures seulement, on voit un léger gonflement de la peau, *avec ou sans rougeur* ; puis, au palper on dénote un peu de fluctuation. L'abcès est formé on l'ouvre tôt ou tard, peu importe : la guérison en est simple, pour ainsi dire spontanée, sous le pansement.

Effets généraux.—L'abcès ne fixe rien, en fait de microbes; il est *amicrobien* ; mais il a sollicité la leucocytose, il a indiqué la réaction, la crise, qu'il a peut-être préparée. Quoi qu'il en soit, si l'abcès ne fixe pas de microbes, qu'on me permette ce mot, *il fixe les idées* du clinicien : *avec l'abcès*, nous pouvons affirmer une réaction favorable de l'organisme ; *quand il n'y a pas d'abcès*, nous sommes sûrs de n'avoir pas avec nous l'effort libérateur de l'économie. En dehors de toute valeur thérapeutique, ceci peut permettre déjà d'accorder à l'abcès de fixation une singulière importance en matière de pronostic.

Je n'ai pas l'intention de me livrer ici à une enquête statistique considérable, je rapporterai simplement ces chiffres personnels : sur une série de 8 cas traités par les abcès de fixation, dans 5 cas, l'abcès s'est constitué et les malades ont guéri ; dans 3 cas, pas d'abcès et ces trois cas furent mortels.

Je ne puis résister à rapporter brièvement deux de ces faits cliniques dont l'enseignement me paraît d'utile portée.

La première de ces deux dernières courbes concerne une

femme de quarante-deux ans, atteinte de pneumonie du sommet, avec température à 41°.

Baignée pendant plusieurs jours, soumise au traitement par le collargol intraveineux, cette malade reçut une première, puis une seconde dose de térébenthine à trois jours de distance. Rien n'y fit; la pneumonie passa à l'hépatisation grise et la malade mourut.

Or, la thérapeutique avait cependant eu prise sur un des éléments de la maladie; nous avons eu, pour ainsi dire, une guérison thermique; mais il s'est agit là d'une crise partelle, d'une crise dissociée, car les urines sont restées rares; il n'y a pas eu de crise chlorurique (3 gr. 50 seulement) le pouls s'est maintenu constamment à 120, même à la défervescence; et le système nerveux resta intoxiqué (délire excitation).

L'autopsie nous en révéla la cause sous l'aspect d'un gros foie graisseux d'alcoolisme. Cette malade avait justifié un autre adage hippocratique: *Natura deficiente, omnia vana*.

En contraste, voici la courbe d'une femme de soixante-treize ans, amenée dans le coma, et qui resta dans cet état les trois premiers jours. Dès le matin de son arrivée, nous reconnûmes tant bien que mal l'existence d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire, et nous fîmes alors à cette malade une injection de térébenthine à la cuisse. Pendant quarante-huit heures, rien ne fut appréciable, mais le matin du troisième jour, en palpant la région injectée, nous constatâmes une ébauche de fluctuation cependant que la moribonde esquissait quelque mouvement de défense à la douleur provoquée. Le pronostic, jugé alors moins mauvais, se confirma dans le sens de l'amélioration, comme l'indique d'ailleurs cette courbe, très lente, mais sûre.

* * *

Je le répète, les statistiques, ici assez probantes, sont choses

déliçates ; on peut, à propos des abcès de fixation, comme pour toute question thérapeutique, discuter le pour et le contre. La guérison aurait peut-être eu lieu sans cela? m'objectera-t-on. Mes chers lecteurs, ne nous lançons pas dans le dialectique ; nous ne sommes pas devins, soyons médecins, *medici qui medicant*, suivant convictions bien arrêtées, et de tout ce qui précède retenons, si vous le voulez bien, deux choses. Par Hippocrate, souvenons-nous :

1° Qu'il y a des règles de l'expectation : *il y a des choses qui font du mal*, et apprenons alors à nous abstenir ;

2° Que, s'il y a des choses qui font du mal, *il y a par contre des choses qui font du bien*, et apprenons à agir, pour l'entourage, pour nous-mêmes, et surtout pour nos malades. Quand nous aurons appris à fond le maniement de ces choses utiles : la balnéation, la saignée, les abcès de fixation, qui peuvent favoriser les crises salutaires, nous saurons aider la nature et nous agirons avec conviction, parce que à bon escient.

Contrairement à ceux qui ne croient à rien et qui doutent de tout, soyons, sinon optimistes, du moins confiants en nos ressources, fruit de l'expérience de nos devanciers, de notre observation et de nos réflexions, et peut-être, au lieu de n'envisager qu'en désespérés le traitement des cas graves, pourrons-nous nous attacher avec plus d'assurance à la *thérapeutique de l'espoir*.

(*La Clinique, 12 Juillet 1907.*)

L'OPHTHALMO-RÉACTION A LA TUBERCULINE

SA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DANS LA TUBERCULOSE
PULMONAIRE

Par M. Maurice LETULLE

La nouvelle technique préconisée par A. Calmette pour l'emploi de la tuberculine par le procédé de l'ophtalmo-réaction offre de remarquables avantages sans aucun inconvénient notable. Elle est d'un procédé simple, jouit d'une absolue innocuité et permet, en vingt-quatre heures, d'être fixé, par exemple, au sujet d'un sommet pulmonaire considéré comme « suspect » ou même comme déjà « infiltré » de matière tuberculeuse.

Les travaux les plus récents ayant établi, d'une façon qui paraît certaine, que l'épreuve négative, c'est-à-dire l'absence de réaction, permet de considérer le patient comme indemne, à l'heure actuelle, de tout foyer bacillaire *en évolution*, on comprend combien grande est la portée et quelle est la valeur séméiologique de l'expérience en question.

Je viens, pour ma part, d'en faire, la preuve, à plusieurs reprises, à l'hôpital, en étudiant l'ophtalmo-réaction sur des malades considérés comme non tuberculeux, d'une part, et, de l'autre, sur des hospitalisés dont les poumons me paraissaient suspects de bacillose.

Sur 50 patients, pris au hasard dans mes salles d'aigus, 19, c'est-à-dire près de 40 p. 100, réagirent à la goutte de tuberculine au centième instillée sur leur conjonctive. (1) Et, parmi eux, je relève deux cas de néphrite saturine, deux cancers de l'estomac, une aortite chronique avec insuffisance aortique et enfin

(1) M. Letulle.—*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1907, 28 Juin

une morphinomanie avec néphrite chronique ; cette dernière malade entraît mourante à l'hôpital, couverte d'ulcérations de la peau et d'abcès sous-cutanés causés par les piqûres de morphine. L'autopsie nous démontra, quatre jours après la réaction positive, l'existence d'un mall de Pott lombaire compliqué de deux abcès par congestion, qui justifiait singulièrement, après coup, l'abus prolongé de la morphine.

Cette observation me paraît suffisante à établir la valeur diagnostique de l'ophtalmo-réaction. J'en donnerai pourtant encore une parce qu'elle a trait à un convalescent de fièvre typhoïde et qu'elle montre bien l'utilité grande d'une enquête par la tuberculine.

Au cours d'une dothiémentérie grave compliquée d'ulcérations gutturales et de multiples hémorragies intestinales, un de mes malades fit une congestion très marquée du sommet du poumon droit. Entré en convalescence très tard, au bout de quarante-cinq jours au moins, il reste faible, inappétent, avec un sommet droit peu perméable, transsonnant fort, vibrant d'une façon très marquée ; la température rectale n'est pas suffisamment hypothermique et monte même, certains jours, vers 38°. Bref, tout mon service et moi-même penchons vers la tuberculose pulmonaire « réchauffée » par une fièvre typhoïde grave et prolongée.

Or, l'ophtalmo-réaction nous donne tort et nous force à conclure à : convalescence entravée par une infection légère et persistante du tube digestif chez un *ancien tuberculeux du sommet droit guéri*. Force nous est de considérer l'hyperémie pulmonaire typhoïd que comme ayant été au contraire de ce que nous soupçonnions, une tentative inflammatoire restée vaine sur un « sommet cicatrisé » depuis longtemps.

* * *

La valeur pronostique de l'ophtalmo-réaction ne me paraît pas moindre que sa valeur diagnostique. Voici une jeune infirmière de Boucicaut ayant contracté une fièvre typhoïde légère, de bonne allure, et arrivant déjà, vers le seizième jour, aux oscillations en lysis qui préparent l'heure de la convalescence.

L'épreuve ophtalmique est faite et donne une forte réaction positive. Le sommet du poumon droit avait paru peu perméable et, bien qu'aucun signe d'hyperémie pulmonaire ne s'y fût manifesté au cours de la maladie aiguë, nous le surveillions. La preuve est faite et oblige notre pronostic à demeurer très réservé tant que la convalescence ne sera pas depuis de longues semaines terminée. Et même, on peut dire que l'obligation d'une « cure de convalescence » très prolongée, durant de longs mois, s'impose davantage encore,, renforcée par la constatation d'une tuberculose circonscrite, mais en évolution.

Citons encore un fait utile à notre démonstration : depuis tantôt trois ans, j'ai soigné à plusieurs reprises, à Boucicaut, un jardinier, âgé aujourd'hui de cinquante-sept ans, pour une tuberculose chronique du poumon droit. Cette tuberculose se caractérise aujourd'hui par tous les signes habituels à la sclérose du sommet compliquée d'emphysème généralisé aux trois lobes du poumon. Revenu il y a sept mois dans mon service, le malade, épuisé par la misère, a vécu parmi nos tuberculeux et a repris vite des forces et du poids (7 kilogrammes). Ses crachats ne contiennent pas de bacilles et sa bronchite, prédominante au sommet, est-elle encore symptomatique d'une bacillose en évolution ? J'avoue ne connaître aucun autre moyen que l'épreuve par la tuberculine, utilisable en clinique et permettant de répondre à coup sûr à une pareille question. Il est certain que l'injection sous-cutanée de doses minimes de tuberculine donne-

rait la solution du problème. Mais combien l'ophtalmo-réaction est plus simple et plus pratique ! Grâce à elle, il devient inutile de suivre, thermomètre en main, plusieurs heures durant, avant, pendant et après l'injection sous-cutanée, les oscillations de la température rectale. Chez mon vieux client, la réaction négative m'a permis de lui dire : « Vous n'êtes plus tuberculeux, » et de le traiter en conséquence.

* * *

Les indications thérapeutiques fournies par l'ophtalmo-réaction ne manquent pas d'intérêt. Sans parler des cas où la révélation d'une tuberculose légère, latente même, oblige le médecin à instituer une cure spéciale et à redoubler de précautions hygiéno-diététiques, il est bon de songer aux réactions négatives qui viennent bouleverser de fond en comble un diagnostic formel de tuberculose et libérer, si l'on peut ainsi dire, le malade de la maladie que nous lui prêtions à tort.

J'en citerai un exemple pour terminer. Une jeune fille de vingt ans, entrée dans mes salles pour un embarras gastrique fébrile léger, nous offrait le sommet du poumon droit le plus « suspect » qu'il se pût voir : submatité sous-claviculaire, transsonance exagérée, rudesse de l'inspiration avec tonalité élevée, voix et toux retentissantes, tout y était, bien net, bien placé, concordant. La question de savoir si nous nous trouvions en présence d'une tuberculose au début ne nous paraissait même pas discutable.

La convalescence étant survenue, je n'osais, obéissant au règlement inique qui nous empêche d'envoyer à l'asile national du Vézinet toute maladie dont les poumons sont même suspects de tuberculose, signer la « feuille du Vesinet. » L'ophtalmo-réaction négative, en montrant que nos terreurs étaient vaines

et qu'il s'agissait d'une *vieille cicatrice d'un sommet, parfaitement guérie*, a rendu à la jeune fille un signalé service.

Ce fait, à lui seul, suffirait pour justifier l'expérience réitérée de l'ophtalmo-réaction sur tous les malades et, en particulier, dans tous les cas où les moyens d'investigation clinique sont insuffisants pour établir l'âge d'une lésion tuberculeuse et sa guérison possible.

(*La Presse Médicale*, 3 juillet 1907).

— 0-0 —

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'ANILARSINATE DE SOUDE SUIVANT LE PROCÉDÉ DE PAUL SALMON

Par H. HALLOPAU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis, Membre de l'Académie de Médecine.

Mon cher collègue,

Vous voulez bien m'offrir l'hospitalité dans vos colonnes pour y entretenir vos lecteurs de cette nouvelle médication; je l'accepte de tout cœur, car, si je ne me trompe, votre journal est surtout rédigé par d'anciens internes et je suis de ceux qui conservent le fétichisme de l'internat.

C'est avec un certain scepticisme que j'ai accueilli mon ancien interne et ami Paul Salmou, lorsqu'il est venu me demander de traiter par une nouvelle préparation arsenicale un certain nombre de syphilitiques de mon service; je craignais une insuffisance d'action de ce composé organique, ayant vu de ses congénères ne faire preuve que d'une activité insuffisante; j'avais présent à l'esprit ce fait qu'une pièce de 20 francs, restée pendant vingt-quatre heures dans une solution d'hermophényl,

en avait été retirée sans trace. d'amalgame, et je n'avais pas obtenu du cacodylate de soude, non plus que de l'arrhéniel, les résultats que j'en attendais ; le composé organique s'y combine avec une telle puissance avec le métal qu'il en réduit outre mesure l'action efficace.

Cependant, le produit arsenical nouvellement préconisé avait en sa faveur son action si remarquable sur la maladie du sommeil, bien mise en relief dans le récent rapport de M. Laveran, et le tréponéma n'est pas sans analogies avec le trypanosome ; mon scepticisme a été d'ailleurs bien vite mis hors de cause par les faits cliniques ; après quatre injections de 75 centigrammes et une de 60 centigrammes, pratiquées à deux jours d'intervalle pour une syphilide serpigneuse de la lèvre remontant à un an. chez une vieille femme atteinte d'un cancer de l'utérus avec albuminurie et cachexie profonde, la cicatrisation était presque complète et se parachevait très rapidement ; concurremment, chez un jeune homme atteint d'une syphilide papuleuse en pleine activité, l'éruption s'effaçait en peu de jours nous nous sommes fait dès lors un devoir d'employer chez les syphilitiques de notre service cette médication si active.

Avant de vous indiquer le résumé de mes observations, permettez-moi de vous dire pourquoi je n'ai pas adopté, pour désigner le produit, la dénomination d'*atoxyl*, nom de guerre que lui assignent les fabricants allemands ; c'est que, ainsi que l'a fait judicieusement remarquer ici même mon excellent collègue Lafay, il s'agit d'un produit isolé en 1863 par M. Béchamp, qui l'avait désigné, d'après sa composition chimique, par un vocable très voisin de celui que nous adoptons comme représentant, suivant M. Fourneau, sa structure exacte ; le nom d'*atoxyl* est d'ailleurs des plus défectueux et de nature à induire en erreur le public médical, car il s'agit d'un produit éminemment toxique qui doit être administré avec de minutieuses précautions sous peine d'être nuisible. Il y a enfin une autre raison pour ne pas se servir de l'étiquette allemande, c'est que le produit fabriqué sous ce nom n'est pas pur.

Nous en avons eu le pressentiment lorsque nous avons vu les accidents d'intolérance se manifester dans 50% des cas chez des malades traités en ville avec des préparations de cet *atoxyl* et présenter plusieurs fois en caractère pénible, tandis qu'à l'hôpital Saint-Louis le chiffre de ces troubles n'avait atteint que 17% et ils avaient été presque constamment des plus bénins ; le nombre de 50% est également celui qu'accusent MM. Ulenhuth,

Hoffmann et Roscher avec des doses qui n'ont pas dépassé 60 centigrammes ; l'écart entre les effets des deux produits était trop considérable pour qu'il n'y eût qu'une simple coïncidence. Or la chimie est bientôt venue confirmer les données de la clinique en effet, M. Duret, qui a bien voulu, sur notre demande, faire des recherches dans cette direction, a constaté que le produit allemand donne, avec la solution de nitrate d'argent, un dépôt d'un blanc rougeâtre qui indique la présence d'arsénites et d'arséniates, corpstoxiques, à l'état libre. Ayons donc soin, dans nos prescriptions de choisir le nom d'*anilarsinate de soude* ou si, se laissant influencer par la routine déjà établie, on préfère celui d'*atopyl*, d'y ajouter la qualification de *français*.

Ces phénomènes d'intolérance doivent-ils faire renoncer à cette médication ? Mais, si l'on éliminait de la thérapeutique tous les produits toxiques, il faudrait renoncer à toute médecine active, car on ne pourrait mettre en usage, ni l'opium, ni la belladone, ni la digitale, ni la cocaïne ; il en serait de même pour le mercure et l'iodure de potassium, puisque l'on n'emploie le premier avec efficacité que si l'on côtoie la salivation et la diarrhée et que l'on compte, rien que dans ces dernières années, au moins douze cas de mort par cette médication ; d'autre part, l'iodure est assez souvent mal toléré ; nous l'avons vu chez un malade produire la cécité : presque tous les médicaments sont des poisons ; il faut savoir s'en servir ; il en est ainsi pour l'anilarsinate de soude.

Nos observations personnelles, relatives à l'action de ce médicament, s'élevaient à soixante-douze le jour de notre communication à l'Académie : elles mettent en évidence la puissante activité de la médication. Comme M. Salmon, nous avons vu, sous son influence, les roséoles s'effacer en peu de jours, les syphilides papuleuses s'effacer rapidement et passer à l'état de simples macules, des ulcérations précoces et tardives se cicatriser les douleurs disparaître du jour au lendemain, des exostoses s'aplanir, etc., ; et ces effets bienfaisants nous ont paru maintes fois survenir beaucoup plus promptement qu'avec ceux que l'on obtient du mercure et de l'iodure. Avouerai-je que je n'ai pas essayé le traitement par le gaiac, non plus que par la salsepareille, que M. Lafay cite avec éloges dans sa spirituelle plaidoirie contre le soi-disant nouveau médicament ; nous demanderons à notre collaborateur d'établir par des observations démonstratives qu'ils peuvent entrer en concurrence avec ce produit : une simple

tisane au lieu de ces métaux dangereux, ce serait l'idéal ! N'insistons pas.

Par contre, il y a lieu de faire une étude comparative avec le cacodylate et l'arrhénil, qui renferment, comme le remarque si justement M. Lafay, encore davantage d'arsenic ; s'y dégage-t-il suffisamment de sa composition organique pour avoir une activité thérapeutique suffisante ? Nous ne le croyons pas, d'après ce que nous avons observé dans d'autres maladies.

Nous n'avons pas besoin de dire que, pour l'anilarsinate, l'ombre au tableau est la toxicité de ce produit ; on est porté, par la tolérance parfaite à l'égard des premières injections, à les renouveler à plusieurs reprises, et, bientôt, on est arrêté par des accidents qui surviennent constamment si l'on arrive à un chiffre qui varie suivant les sujets et suivant les doses ; c'est ainsi que nous avons vu des malades bien tolérer jusqu'à neuf injections de 75 centigrammes, tandis qu'exceptionnellement d'autres ont éprouvé des accidents après la quatrième ; ces accidents ont été presque constamment d'une grande bénignité et surtout d'une très courte durée : les malades accusaient des douleurs gastriques et abdominales, des sensations pénibles de courbature dans les membres, parfois un état vertigineux et au bout de quelques heures, tout rentrait dans l'ordre ; chez une de nos malades de la ville, qui n'avait reçu que cinq injections à 50 centigrammes d'atoxyl *allemand*, plus une dose de 25 centigrammes ingérée le dernier jour par mégarde, les troubles ont éclaté soudainement et avec une grande violence : aux phénomènes indiqués ci-dessus se sont joints des vomissements, des lipothymies, de l'obnubilation cérébrale ; ce n'est qu'au bout de quarante-huit heures que les phénomènes ont disparu ; cette personne était de très petite taille ; c'est là un élément dont il y a lieu de tenir grand compte. Chez d'autres malades, qui avaient présenté des signes aigus d'intolérance, il s'est produit ultérieurement une certaine fatigue cérébrale et un léger trouble de la vue.

Nous avons rapporté ces troubles morbides à deux faits principaux : l'*accumulation du produit dans l'organisme* et sa *décomposition mettant en liberté des sels toxiques* : ces décompositions se produisent sous l'influence du milieu organique comme elles le font spontanément au bout d'une quinzaine de jours dans les bocalx pharmaceutiques ; elles se font plus ou moins rapidement et activement chez les différents sujets, d'où la différence dans la date et l'intensité de leurs manifestations.

Il faudra trouver un composé arsenical plus stable et aussi actif : nous croyons pouvoir affirmer, d'après les résultats obtenus avec l'anilarsinate de soude, que le jour où l'on obtiendra ce produit, ou aura, de par ce fait, dans la main la guérison de la vérole.

En attendant, est-il possible d'éviter les accidents que nous venons de relater avec une certitude assez complète pour que le médecin et les malades ne reculent pas devant l'emploi thérapeutique de la nouvelle médication ? Nous en sommes convaincu et, en fait, nous n'en voyons pour ainsi dire plus se produire à l'hôpital non plus qu'en ville, depuis que nous procédons ainsi qu'il suit : chez un malade de stature moyenne, nous pratiquons d'abord une injection intra-fessière, au lieu d'élection, de 0,75 centigrammes ; deux jours après, deuxième injection au même chiffre ; peut-être 0,60 centigrammes de celle-ci suffiraient-ils ; ces doses représentent celle dont on a reconnu la puissance et l'innocuité dans la maladie du sommeil ; trois jours après, injections à 0,40 ou 0,50 centigrammes que l'on renouvelle quatre fois à ce même intervalle, et ensuite, pause pendant une quinzaine de jours, suivant les indications de Paul Salmon ; la médication doit être immédiatement suspendue s'il se produit n'importe quel trouble précurseur ; les doses initiales doivent être abaissées à 0,50, 0,40 et même au-dessous pour les sujets de petite stature : avec ces précautions, fondées sur l'accumulation progressive du médicament dans l'organisme, nous n'observons plus aujourd'hui aucun trouble notable.

A quels intervalles faut-il renouveler la médication ? Doit-on l'employer seule ou concurremment avec le mercure ? Ces questions sont encore à l'étude. Ce que nous pouvons dire, c'est que le mercure ne doit pas être administré simultanément avec l'anilarsinate, car il provoque par lui-même la décomposition redoutée : chez un de nos malades de la ville qui avait éprouvé, après une série d'injections faites avec l'atoxyl allemand, quelques phénomènes pénibles d'intolérance, ces mêmes phénomènes se sont reproduits neuf jours après sous l'influence d'une injection d'huile grise : le mercure a donc dissocié les reliquats d'anilarsinate que contenait encore l'organisme. Si, comme nous le pensons, il faut prescrire le mercure, c'est un laps de temps après la cessation des séries d'injections arsenicales.

Nous nous proposons d'adopter, pour notre part, la façon d'agir suivante : deux des séries indiquées ci dessus de médica-

tion par l'anilarsinate avec quinze jours d'intervalle entre chacune d'elles ; puis, après un repos de quinze jours, cure mercurielle de deux mois suivie d'une cure iodurée d'un mois ; retour alors à la médication arsenicale en une série et ainsi de suite pendant quatre années consécutives. Peut être pourrait-on être moins prodigue si l'on arrive par des expériences sur des animaux à constater que, sous l'influence des premières séries médicamenteuses, le tréponéma disparaît complètement de l'organisme qu'il infectait.

Dès à présent, nous pouvons considérer comme très probable que la nouvelle médication exerce sur la syphilis une action abortive dans la stricte acception de ce mot : en effet, MM. Metchnikoff et Salmon ont inoculé la syphilis à sept macaques ; deux d'entre eux ont reçu ensuite des doses d'anilarsinate : or, ces deux derniers seuls ont été exempts de chancres indurés ; on est donc en droit d'espérer qu'une injection de ce produit, pratiquée après un rapport infectant, amènera l'immunité chez l'homme.

Tels sont, mon cher collègue, dans leur ensemble, les faits que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie dans ses séances du 4 et du 11 juin : je suis heureux de pouvoir confirmer ainsi, par mes observations personnelles, la haute valeur de la médication nouvelle que l'on doit à M. Salmon.

(*La Clinique*, 5 juillet 1907.)

—o—

LES BOUILLONS DE LÉGUMES, L'EAU DE RIZ ET LA DIÈTE HYDRIQUE DANS LE TRAITEMENT DES DIARRÉES DES ENFANTS

D'après M. VARIOT

Le bouillon dit « de légumes » a jout, on le sait, d'une grande vogue pour le traitement des gastro entérites infantiles.

La formule qui est considérée comme le prototype est celle de M. Méry, la voici :

Eau.....	1 litre
Pommes de terre.....	65 grammes.
Carottes.....	65 —
Navets.....	25 —
Haricots et pois secs.....	25 —

Faire cuire pendant trois heures et ajouter 5 grammes de sel en ayant soin de ramener la quantité au litre.

Passer le bouillon.

Ensuite, ajouter une cuillerée à café de farine de riz pour 100 grammes de bouillon et laisser cuire un quart d'heure (1).

La formule de M. Comby, connue sous le nom de « bouillon de légumes secs », est la suivante :

1° Cesser l'usage du lait et le remplacer par la décoction végétale ;

2° Donner, chaque trois heures, un biberon de 150 grammes ou une tasse de 200 à 250 grammes (suivant l'âge) de la décoction végétale pure ou additionnée de crème, d'orge ou de riz (une cuillerée à café ou à dessert). Faire une bouillie ;

3° Faire bouillir trois heures dans 3 litres d'eau une cuillerée à soupe (30 grammes) de :

Blé	} bruts ou décortiqués.
Orge perlé	
Maïs concassé	
Haricots secs	
Pois secs	
Lentilles	

Les légumes décortiqués donnent un bouillon plus nourrissant. A la fin de la cuisson, ajouter 5 grammes de sel. On passe ; il reste environ un litre de bouillon qu'on ne gardera pas plus de vingt-quatre heures.

4° Pour les enfants sevrés, on pourra faire des potages plus épais, avec riz semoule, tapioca, pâtes, etc.

M. Variot (1) se basant sur des analyses chimiques de ces différents bouillons est arrivé à la conviction qu'ils ne sont pas *nourrissants*.

Comme, d'autre part, le bouillon de légumes s'il a un grand

(1) Voici, par comparaison, la recette du *potage au légumes* empruntée à la *Gastronomie pratique* d'Ali-bab, ouvrage récent et déjà célèbre dans le monde de l'art culinaire.

Pour six personnes, prenez :

- 1,500 grammes de bouillon ;
- 500 grammes de cœur de chou coupé en morceaux ;
- 500 grammes de carottes coupées en rouelles ;
- 100 grammes de navets coupés en rouelles ;
- 60 grammes de petits pois fraîchement écosés ;
- 60 grammes de haricots verts émincés ;
- 25 grammes de beurre ;
- 15 grammes de farine ;
- 125 grammes de crème ;
- Un filet de vinaigre, sel, poivre.

succès chez les gens aisés, est compliqué à faire dans la classe ouvrière, à cause des pesées nombreuses et précises qu'il nécessite, M. Variot reste fidèle à l'eau de riz dans les gastro-entérites infantiles et particulièrement les diarrhées estivales.

« Cette décoction, dit-il, surtout riche en amidon, est d'une préparation extrêmement simple, il suffit pour l'obtenir de faire bouillir deux cuillerées à soupe de riz dans un litre d'eau pendant une heure.

Voici, d'après M. Chevalier, préparateur à la Faculté, quelle est la teneur de l'eau de riz en principes fixes.

EAU DE RIZ

Eau de riz avec 50 grammes de riz par litre d'eau additionnée de 4 grammes de sel.

Extrait sec à 100 degrés après filtration sur une étamine, 8 à 17 grammes par litre très variable suivant la qualité du riz et suivant la manière dont on le fait cuire. Les riz glacés fournissent un extrait plus important.

Par filtration sur papier Chardin.

Extrait à 100 degrés, 3,60 environ ; une partie du chlorure de sodium reste fixée sur le riz.

L'extrait est constitué en grande partie par de l'amidon hydraté ou partiellement solubilisé. Il ne contient qu'une très faible quantité de matières azotées et de sels.

Lorsqu'un enfant est atteint d'une diarrhée intense, nous supprimons entièrement le lait et nous remplaçons les tétées par des prises d'eau de riz ; nous faisons donner en outre des lavements matin et soir avec une poire en caoutchouc chargée d'eau de riz. Depuis longtemps nous avons renoncé à faire pénétrer profondément des sondes en gomme dans l'S iliaque et dans le côlon ; la muqueuse de ces régions est très vascularisée au cours des entérites graves, et le contact des sondes pourrait être offensif.

Sauf le cas où les enfants vomissent et où nous administrons par cuillerées à soupe la solution de citrate de soude à 5 p. 300, nous ne prescrivons aucun médicament, surtout aucune préparation opiacée. La plupart des gastro-entérites doivent être considérées comme des toxi-infections d'origine alimentaires et il est préférable de laisser les évacuations intestinales s'effectuer librement que de paralyser par l'opium les contractions du

(1) *Clinique infantile*, n° 12, 15 juin 1907.

tube digestif. La meilleure manière d'éviter la résorption des poisons intestinaux est de laisser libre cours à la diarrhée.

Il est bien probable que l'action sédative de l'eau de riz sur la muqueuse digestive est due à l'amidon cuit qu'elle contient ; mais son efficacité dans les gastro-entérites, connue de temps immémorial, est absolument incontestable. »

M. Variot prolonge l'usage exclusif de l'eau de riz pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivant la gravité des cas et suivant l'apparence des selles ; puis il commence par faire ajouter prudemment à l'eau de riz un tiers de lait stérilisé, puis la moitié, puis les deux-tiers, et il revient graduellement à l'alimentation antérieure.

Les injections sous-cutanées de sérum artificiel ou de plasma de Quinon sont réservées pour les cas graves de choléra infantile.

« Etant donnée la quantité extrêmement faible de principes fixes dans l'eau de riz, son emploi exclusif pendant un jour ou deux, au cours des gastro-entérites, équivaut à peu près à la *diète hydrique* proprement dite. Celle-ci consiste à ne donner à l'enfant que de l'eau pure bouillie ou stérilisée pour éviter d'introduire dans le tube digestif aucune substance fermentescible.

Dans les formes très graves de gastro-entérites, cette diète rigoureuse peut être nécessaire, mais elle est très difficile à faire accepter par les mères pour peu qu'on la prolonge : « c'est là ce qui a fait la fortune des bouillons de légumes compliqués que l'on a substitués, à tort selon nous, à l'eau de riz qui remplit les mêmes indications et qui a fait ses preuves de tout temps et en tous pays.

Bon gré mal gré, il faut que nous tenions compte de l'état d'esprit du public et nous avons beaucoup de peine à lui faire admettre que l'eau pure puisse être une médication suffisante pour une maladie grave du tube digestif. L'eau de riz a l'avantage de paraître une boisson alimentaire, et il était vraiment bien inutile de compliquer la décoction du riz par l'addition de morceaux de carotte ou de navet pesés à un gramme près. Nous sommes obligés dans la pratique de faire des concessions aux habitudes et aux préjugés populaires et bon nombre d'infusions, de décoctions de plantes n'agissent guère autrement que par l'eau chaude. »

(*Gazette des hôpitaux*, 20 juin, 1907).