

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. V

MAI 1899

N° 10

TRAVAIL ORIGINAL

Grossesse avec hydrorrhée persistante pendant soixante jours (*)

PAR

M. LE DOCTEUR JOS. E. DUBÉ

Il y a quelques mois je voyais, avec mon ami le Docteur Kennedy une femme âgée de 28 ans, enceinte pour la deuxième fois et rendue au cinquième mois environ de sa grossesse. Enceinte pour la première fois, il y a quatre ans elle ne présenta rien de particulier au cours de la grossesse jusqu'au huitième mois, ou elle fut accouchée artificiellement, sous chloroforme, sans que nous sachions pourquoi. Son médecin a peut-être craint un rétrécissement du bassin et n'a pas voulu attendre la fin du neuvième mois. C'est possible, mais il n'y a pas de rétrécissement du bassin tout de même, comme nous l'avons pu constater par l'examen de la malade.— Cette femme a toujours été bien portante et cette deuxième grossesse évoluait normalement lorsque tout à coup après un grand accès de rire elle commença à perdre du liquide par les organes génitaux. Tous les jours à la suite de cette première perte, elle perdit de 50 à 200 grammes de liquide amniotique, et

(*) Travail lu à la séance du 27 avril 1899.

cela pendant 60 jours. Elle accoucha alors au septième mois d'un enfant vivant qui mourut 10 minutes après la naissance. En examinant cette femme, je palpai un utérus tendre et plus petit qu'un utérus contenant un foetus de 5 mois. Cet utérus suivait parfaitement les contours du foetus et ce dernier emprisonné de la sorte ne faisait aucuns mouvements spontanés ou provoqués. La mère qui avait bien senti les mouvements de son enfant quelques temps même après le début de l'hydrorrhée, ne les sentait plus maintenant. Les bruits du cœur s'entendaient bien à l'auscultation. Le col utérin était long et pas plus perméable qu'au cinquième mois d'une grossesse normale. Quelle pouvait être la cause et le modus de cette hydrorrhée persistante ? Pour les auteurs l'hydrorrhée consiste dans l'écoulement hors des organes génitaux d'une certaine quantité de liquide provenant de l'utérus. On a tour à tour accusé la rupture d'une hydatide, où la déchirure des membranes d'un œuf jumeau ayant cessé de se développer, ou enfin l'ouverture de l'allantoïde. Ces théories ne sont plus admises aujourd'hui par les auteurs qui admettent l'hydrorrhée déciduale et l'hydrorrhée amniotique, suivant que le liquide vient de la caduque ou de la cavité amniotique.

L'hydrorrhée déciduale est une rareté et pour bien se rendre compte de sa production il suffit de lire l'observation du cas de Duclos, rapporté dans la thèse de Basset : " Il s'agit " d'une fille, enceinte de 6 mois, qui vint consulter Duclos " pour un écoulement jaunâtre qui se produisit tout à coup. " Trois semaines après elle se suicida ; à l'autopsie, Duclos " trouva que les membranes étaient intactes, mais qu'il y " avait entre la face interne de l'utérus et les membranes, " deux poches situées sur les parties latérales et à quel- " que distance l'une de l'autre. Elles étaient remplies " d'un liquide transparent, d'un jaune citron . . . C'était " évidemment un décollement partiel des membranes et le " liquide que l'on trouvait était une exhalation de la paroi

“ interne de l’utérus . . . On remarquait encore sur la sur-
“ face interne de l’utérus une plaque de la largeur d’une
“ soucoupe de 6 à 7 centimètres de diamètre. Les mem-
“ branes n’adhéraient pas en ce point ; il y avait une poche
“ qui s’était affaissée, ne contenant plus qu’une légère cou-
“ che de liquide semblable à celui des deux autres . . . Les
“ eaux qu’avait perdues cette femme avaient été certaine-
“ ment renfermées dans cette poche et c’est par le décolle-
“ ment qui en partait, se prolongeant juspu’au col, qu’elles
“ s’étaient échappées. Le liquide s’était donc accumulé
“ entre la paroi utérine et les membranes. ” (Ribemont-
Dessaignes et Lepage, Page 695.)

Aujourd’hui d’après Hégar, Schroeder, Cohenstein, le
liquide hydrorrhéique serait du à l’inflammation des
glandes de la caduque et résulterait d’une endométrite sé-
reuse.

L’hydrorrhée amniotique est plus fréquente que l’hy-
drorrhée déciduale et survient surtout dans les derniers
mois de la grossesse. “ Elle est caractérisée par ce fait que
“ l’écoulement est continu, qu’il présente parfois des
“ petits jets successifs et que le liquide amniotique peut
“ être reconnu, dans certain cas, parce qu’il contient des
“ débris de l’enduis sébacé du fœtus. (Ribemont-Dessaignes
et Lepage, Page 697.)

Aujourd’hui, d’après Hegar, Schroeder, Cohnstein du
liquide hydrorrhéique serait du à l’inflammation des
glandes de la caduque et résulterait d’une endométrite
séreuse.

L’hydrorrhée amniotique est plus fréquente que l’hy-
drorrhée déciduale et survient surtout dans les derniers
mois de la grossesse. “ Elle est caractérisée par ce fait
“ que l’écoulement est continu, qu’il présente parfois des
“ petits jets successifs et que le liquide amniotique peut
“ être reconnu, dans certains cas, parce qu’il contient des
“ débris de l’enduis sébacé du fœtus. ” (Rib. Dess. et Le-
page, p. 697).

Les auteurs ont émis plusieurs théories pour expliquer la production de l'hydrorrhée amniotique. "Beaude-
"loque pensait que le liquide s'écoulait par transsudation
"à travers les pores de l'amnios et du chorion. Shapfer
"a fait remarquer que cette transsudation qui existe au
"moment du travail, ne se produit pas pendant la grossesse.
"Pinard a observé récemment un cas dans lequel l'amnios
"n'existait pour ainsi dire pas, et où le liquide s'écoulait
"d'une manière intermittente probablement par filtra-
"tion à travers le chorion." (Rib. Dess. et Lepage.)

Pour Puzos et Hildebrandt l'hydrorrhée paraît causée par la rupture du chorion dans une poche amniotique. "Le
"liquide s'accumulerait dans cette poche soit par filtra-
"tion, soit en passant à travers une fissure de l'amnios."
(Rib. Dess. et Lepage.)

"Presque toujours disent Ribemont Dessaignes et
"Lepage, l'hydrorrhée provient de la rupture simultanée
"des deux membranes de l'œuf (chorion et amnios).
"Cette rupture se fait au voisinage du col ; d'abord
"petite, elle s'agrandit au moment du passage de l'enfant
"et se confond avec la solution de continuité qui se pro-
"duit sur la poche des eaux. Dans certains cas la déchi-
"rure se fait en un point assez élevé de l'œuf et peut
"être retrouvé sur les membranes après la délivrance ;
"ce fait signalé par Mauriceau, Mme Lachapelle, Capuron,
"etc., a été contrôlé par Bouchacourt, Cazeaux, Tarnier,
"qui ont recueilli des membranes sur lesquelles on trou-
"vait une ou plusieurs ouvertures plus ou moins grandes."
(Page 698).

Bonnet et Grimodie croit que l'hydrorrhée au cours de la gestation peut être une forme d'hydropisie localisée d'origine cardiaque. (Paris, 1897).

Bar, dans le bulletin de la société d'obstétrique de Paris du 6 avril 1898, cite la possibilité de la rupture du chorion et de l'amnios, avec passage du fœtus dans la cavité utérine et il continue à vivre. Dans le bulletin du

19 janvier 1899 de la même société, Maygrier cite un cas analogue avec présentation du placenta. Ces cas sont rares, puisque les cas de Bar, celui de Maygrier et un troisième rapporté au Congrès de Bordeaux de 1897, par Tarnier étaient lors de la communication de Maygrier, les seuls connus. La malade de Maygrier âgée de 24 ans et multipare perdit du liquide amniotique pendant 58 jours. La malade de Tarnier perdit pendant 58 jours, et celle de Bar, un mois environ.

Le placenta dans le cas de Maygrier "était épais, "lourd ; il pesait 540 grammes. La face utérine était "oedématisée ; les cotylédons étaient gros, pâles, dissociés "par des sillons assez profonds. L'insertion des mem- "branes se faisait dans tout son pourtour à 3 centimètres "environ du bord placentaire, laissant ainsi à nu tout un "bourrelet de cotylédons exhubérants ; le placenta était "donc largement bordé ou marginé."

"Mais ce qu'il y a de plus caractéristique ajoute "Maygrier, c'est la disposition de la poche membraneuse, "qui paraît très petite, étant donné le volume du fœtus. "En recherchant les capacités comparatives du sac mem- "braneux et du fœtus, Maygrier trouve que le sac rempli "d'eau, contient 450 grammes de liquide, et que le fœtus "plongé dans un récipient plein d'eau y déplace 2 kg. 203 "de liquide. Il y a donc entre la capacité de la poche "formée par les membranes et le volume du fœtus, une "différence de 1 kg. 753 en faveur du fœtus. La conclu- "sion qui s'impose, c'est que le fœtus n'a pu séjourner jus- "qu'au bout dans le sac amnio-chorial, qu'il a dû s'échap- "per des membranes au moment où celles-ci se sont rom- "pues, et qu'il a vécu alors en rapport direct avec les "parois utérines."

Dans le bulletin du 16 février 1899 de la même société d'obstétrique, M. L. Dubrisay rapporte un cas analogue à celui de M. Maygrier. Ici encore le placenta est marginé et le sac amniotique est trop petit pour contenir

le fœtus né vivant du terme de 7 mois environ. La malade de Dubrisay perdit en moyenne 80 grammes par jour de liquide amniotique pendant 110 jours.

Que s'est-il passé dans le cas que nous rapportons ce soir ? Malheureusement mon ami le docteur Kennedy qui a présidé à l'accouchement prématuré de sa patiente, n'a pas été capable de conserver le placenta en entier, à cause des adhérences très grandes qu'il présentait avec la paroi utérine. Le placenta a dû être enlevé par morceau et la cavité utérine nettoyée avec le doigt et la curette. Il nous manque évidemment un élément de diagnostic qui nous aiderait beaucoup pour l'étude de ce cas d'hydrorrhée prolongée.

En procédant par l'étude seule des symptômes cliniques présentés par la malade, nous pouvons éliminer l'hydrorrhée déciduale tout d'abord, parce que d'après les auteurs, c'est une forme d'hydrorrhée exceptionnelle et ensuite à cause de la persistance de l'écoulement dans notre cas. En effet, dans l'hydrorrhée déciduale, la femme perd une certaine quantité de liquide en une fois, et rarement l'écoulement se reproduit, et surtout se reproduit tous les jours. " Si l'écoulement, disent Ribemont-Dessaigues et Lepage, est abondant d'emblée, s'il dépasse 500 grammes, il y a lieu de penser qu'il s'agit du liquide amniotique ; il en est de même lorsque l'écoulement persiste par petites ondées quotidiennes ou lorsque l'accouchement se déclare peu de temps après l'apparition du premier flot " (Page 696). De plus, il est rare que dans l'hydrorrhée déciduale, l'existence du fœtus soit compromise. L'enfant généralement naît vivant et à terme. Nous, nous croyons donc, et pour les raisons énumérées ci-dessus autorisés à croire à l'existence d'une hydrorrhée amniotique dans le cas que nous vous présentons ce soir.

Avons-nous eu en outre la fortune d'observer un cas analogue à ceux rapportés par Bar, Maygrier et Dubrisau ? L'existence seule du placenta avec des membranes beau-

coup trop petites pour contenir un fœtus de 7 mois, nous permettrait de l'affirmer. Cependant si nous comparons les signes cliniques offerts par notre patiente avec ceux existant dans les cas présentés à la société d'obstétrique de Paris, nous les croirions calqués les uns sur les autres, tant il y a ressemblance. En effet, notre malade était, comme les autres citées plus haut, une multipare.

La première perte de liquide arrive au cinquième mois ; la patiente de Maygrier commence à perdre au sixième mois, celle de Dubrisay au cinquième. Dans les trois cas on ne peut trouver des causes connues de l'accident. Dans l'observation de Dubrisay la malade avait eu de la fatigue la semaine qui précéda la perte par suite de l'indisposition de son petit garçon.

Maygrier dit que la rupture des membranes se fit sans cause connue. Notre malade nous dit que c'est après un très fort accès de rire qu'elle commença à perdre. Devons-nous attacher à ce fait l'importance d'une cause certaine de l'hydrorrhée ?

Nous ne le croyons pas.

Où commence cette déchirure des membranes, qui en s'agrandissant, permet au fœtus de passer dans la cavité utérine et de se développer en contact avec la paroi de l'utérus ? Ni Bar, ni Maygrier, ni Dubrisay n'ont cherché à résoudre ce problème. Il nous semble que cette rupture de l'amnios ne doit pas se faire au niveau du col, parce qu'alors l'accouchement deviendrait inévitable à la suite de la perte totale du liquide amniotique. C'est en effet ce qui arrive chaque fois que les membranes sont rupturées artificiellement, dans un but criminel ou non, dans le cours de la grossesse.

Il faut, croyons-nous, pour que la grossesse puisse continuer son cours aussi longtemps que dans les cas rapportés ci-dessus, que l'ouverture de l'amnios se fasse tout d'abord assez haut au-dessus du col, afin de ne permettre qu'à une certaine quantité de liquide de s'échapper du premier

coup. L'utérus ne revient alors que très peu sur lui-même, et n'est pas tenté d'expulser fœtus et placenta comme il le ferait si l'ouverture placée plus bas laissait passer brusquement tout le liquide amniotique. Chaque jour les malades perdent à nouveau du liquide parce que celui-ci se reproduit sans cesse, et en plus parce que les membranes se déchirent de plus en plus, en gagnant le col utérin. Quand l'ouverture est assez grande les membranes se rétractent et le fœtus passe dans la cavité utérine. Pour nous la lenteur avec laquelle se font ces choses explique la tolérance du muscle utérin.

Nous ne parlerons qu'en passant des erreurs possibles de diagnostic. Il ne faut pas, en effet, prendre pour de l'hydrorrhée l'urine que la femme enceinte perd parfois involontairement, ou bien le liquide des organes génitaux chez quelques femmes après une injection vaginale. Il s'agit alors d'un peu de liquide retenu par le vagin au cours de l'injection vaginale.

Le traitement consiste à mettre la malade au repos et à administrer au besoin, contre les contractions utérines le laudanum en lavements.

REPRODUCTION

DE L'APPENDICITE

PAR

M. LE PROF. DIEULAFOY

Dans sa dernière séance, l'Académie a entendu deux importantes communications, l'une de M. Ferrand, l'autre de M. Pinard. Avant de revenir sur ses communications, permettez-moi d'abord de répondre à l'invitation que M. Pinard a si courtoisement adressée à ses collègues. Jugeant avec juste raison que le traitement de l'appendicite est lié d'une façon intime au diagnostic de cette terrible maladie, M. Pinard, donnant l'exemple, nous a invités à préciser les éléments de ce diagnostic.

C'est en effet grâce à un diagnostic bien fait qu'il nous est permis de décider, et même d'imposer l'intervention chirurgicale en temps voulu ; c'est grâce à un diagnostic bien fait que nous pouvons écarter toute idée d'opération chez un malade dont les symptômes simulent l'appendicite, alors que l'appendicite n'existe pas.

Je vais donc apporter ma modeste contribution au diagnostic de l'appendicite, et je puiserai mes arguments dans les 64 cas d'appendicite que j'ai eu l'occasion d'observer depuis trois ans ; je dis 64, car depuis ma récente communication à l'Académie, trois nouveaux cas sont venus s'adjoindre à ma statistique, l'un dans mon service de l'Hôtel-Dieu (opéré par M. Marion), les autres en ville (opérés par M. Segond). J'ajoute que ces 64 cas ont tous été vérifiés par l'opération, c'est dire que les symptômes et le diagnostic ne peuvent être entachés d'erreur, chose essentielle pour la discussion que nous allons entreprendre.

~

Avant d'aborder le diagnostic de l'appendicite, il est utile d'établir solidement les bases sur lesquelles ce diagnostic doit reposer ; voyons donc par quels signes, par quels symptômes se trahit l'entrée en scène et l'évolution de la maladie. Pour la facilité et la vérité de la description, passons en revue les différentes modalités de l'appendicite.

Dans une première catégorie, je place les appendicites qui revêtent au début une apparence bénigne : les douleurs sont localisées à la région appendiculaire, mais elles sont peu violentes et elles n'atteindront pas une vive intensité. La fièvre est nulle ou peu s'en faut, les vomissements font généralement défaut, la constipation est la règle. L'examen méthodique du ventre permet, dès les premières heures de la maladie, de localiser le maximum de la douleur au point de Mac Burney ; dans cette même région la défense et l'hyperesthésie cutanée sont facilement appréciables. Ce sont ces formes-là qui grossissaient autrefois le bilan de la typhlite dite stercorale. Aujourd'hui, le diagnostic est devenu facile, le pronostic seul est impossible car, malgré ses apparences de bénignité, malgré l'absence de symptômes bruyants et fébriles, pareille appendicite, ne l'oublions jamais, peut aboutir dès le troisième ou quatrième jour, d'une façon insidieuse, à la gangrène appendiculaire, aux accidents péritonéaux, à la toxi-infection du malade, qui mourra s'il n'est pas opéré à temps.

Le cas suivant peut servir de type à cette appendicite insidieuse d'apparence bénigne. Le 8 avril 1898, c'était un vendredi, je fus appelé dans une famille dont je suis depuis de longues années le médecin. Un jeune homme de vingt-cinq ans, dans le courant d'une excellente santé, avait été pris, la nuit précédente, de douleurs abdominales qu'il croyait être de simples coliques. Il s'administra un purgatif et, n'ayant point de fièvre, il sortit dans la journée de vendredi ; mais se sentant mal à l'aise et les douleurs abdominales persistant, il rentra se coucher. Quand je vis ce jeune homme, le vendredi soir à neuf heures, je le trouvai sans fièvre, la température était à 37°2 et le pouls à 78. Le ventre était partout souple et indolore, excepté à la région appendiculaire, où je constatai une douleur assez vive avec légère défense musculaire et hyperesthésie cutanée. Sans être mauvais le facies laissait à désirer. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une appendicite d'apparence bénigne, sans réaction fébrile. Le lendemain, samedi, la situation était sensiblement la même, pas de fièvre, pas de vomissements ; mais la triade symptomatique, douleur, défense musculaire, hyperesthésie cutanée, était toujours localisée à la région appendiculaire. Je vis cinq fois ce jeune homme dans la journée du samedi, et malgré mon ardente conviction à faire opérer tout individu atteint d'appendicite, même d'apparence légère, je sentais que je serais obligé de me violenter quelque peu pour en arriver à prendre une décision.

Le lendemain matin dimanche, 18 avril, troisième jour de la

maladie, aucun symptôme nouveau ne s'était déclaré ; il n'y avait ni fièvre, ni vomissements ; le pouls n'était même pas à 80, mais la nuit avait été pénible et les douleurs appendiculaires avaient été plus aiguës. Ma décision fut aussitôt prise et j'eus la mission difficile d'annoncer à la famille qu'il fallait le jour même recourir à l'opération, mission d'autant plus pénible que ce jeune garçon, aux yeux de son entourage, ne présentait pas l'ombre de danger. La famille accepta le verdict et se soumit sans mot dire. Je priai M. Hartmann de venir voir le malade et de se charger de l'opération.

L'opération fut pratiquée le jour même, à 4 heures, et nous eûmes la preuve une fois de plus qu'en fait d'appendicite il faut opérer sans perdre un temps précieux, car, malgré l'apparente bénignité de la maladie, l'appendice était gangrené et la péritonite était déclarée. Ce jeune homme guérit. Que fût-il arrivé, je vous le demande, si perdant mon temps à appliquer le traitement dit médical, je me fusse contenté de quelques grains d'opium ou de quelques centigrammes de belladone, alors que le foyer toxi-infectieux appendiculaire préparait ses coups mortels ? Et ces appendicites d'apparence bénigne ne sont pas rares, il s'en faut ; je pourrais vous en citer une douzaine de cas vérifiés par l'opération. On pressent ce que donnerait la temporisation en pareille occurrence.

Dans une deuxième catégorie, je place les appendicites qui trahissent d'emblée leur gravité par des allures bruyantes. En quelques heures, en moins d'une journée, les douleurs de la fosse iliaque droite acquièrent une très vive intensité. La température monte rapidement, le pouls est accéléré, les vomissements sont précoces et fréquents. A l'examen du malade, on constate souvent que le ventre est endolori en différentes régions ; mais, si cet examen est pratiqué avec méthode et précision, c'est à la région appendiculaire que la triade douloureuse symptomatique apparaît au maximum : douleur très vive au point de Mac Burney, défense musculaire et hyperesthésie cutanée très accentuée à la même région. De toutes les variétés d'appendicite, c'est certainement celle-ci dont le diagnostic présente le moins de difficultés, car la netteté et la violence des symptômes ne laissent place à aucune hésitation.

L'exemple suivant résume bien le type des appendicites de cette catégorie. Dans la nuit du 23 au 24 juin 1896, un enfant de sept ans, n'ayant jamais eu le moindre trouble intestinal et s'étant couché en fort bonne santé, fut pris de douleurs de ventre bientôt

suivies de vomissements M. Landowski, qui vit le petit malade le lendemain matin, constata la localisation des douleurs à la fosse iliaque droite au point de Mac Burney. Les douleurs étaient devenues très intenses, la fièvre était très vive, la température à 40°, le pouls à 135. Appelé vingt-quatre heures après par notre confrère, qui dès la veille avait porté le diagnostic d'appendicite, je considérai la situation comme des plus graves : la douleur et la défense musculaire existaient dans la fosse iliaque droite, le facies était grippé, le ventre ballonné, le pouls petit et très accéléré, la température était toujours fort élevée, les vomissements persistaient ; en un mot, tout indiquait une péritonite diffuse, sans qu'il fût possible de dire à quel moment les accidents péritonéaux avaient succédé aux accidents appendiculaires. Nous fûmes d'avis que l'opération devait être immédiatement pratiquée, et M. Rou-tier en fut chargée.

L'enfant fut opéré à midi, c'est-à-dire trente-six heures après le début des accidents. A l'ouverture du ventre, on constata une péritonite séro-purulente diffuse sans tendance à l'enkystement ; l'appendice était déjà gangrené et perforé ; c'est dire que la situation était des plus alarmantes. L'examen de cet appendice me démontra que la gangrène et la perforation étaient sous-jacentes à un calcul appendiculaire qui avait transformé le canal en cavité close. L'enfant fut sauvé, mais vous pressentez ce qui serait sûrement arrivé sans l'intervention chirurgicale hâtive.

J'ai observé une vingtaine de cas de ce genre ; il en est que j'ai fait opérer dès le commencement du second jour, dès la fin du premier jour ; tous ces malades à appendicites violentes et opérés d'une façon précoce ont guéri ; j'ai la conviction qu'ils seraient morts si on avait temporisé ; et si l'on avait laissé le mal aboutir à ces formes où la toxi-infection ne pardonne plus, quoi qu'on fasse.

Ces appendicites d'allure bruyante, très douloureuses, sont, je le répète, les plus faciles à diagnostiquer, mais d'autre part, c'est en pareil cas qu'il faut se méfier des améliorations factices qui surviennent assez fréquemment après la première éclosion des accidents, améliorations apparentes, qui feraient croire, si l'on n'était pas prévenu, à une amélioration réelle alors que le danger est là, imminent et terrible. Avis aux temporisateurs qui pour opérer attendent le refroidissement de l'appendicite.

Dans une troisième catégorie, je place les appendicites qu'on pourrait appeler *larvées*. Certes, la triade douloureuse symptomatique n'y fait pas défaut, mais elle est en partie masquée par

d'autres symptômes qui dominent la scène. Chez un malade, par exemple, les vomissements alimentaires ou bilieux sont le symptôme dominant et simulent une vulgaire indigestion. Que de fois cette erreur est commise dans les familles ! que de fois le médecin n'est appelé que douze heures ou vingt-quatre heures après la soi-disant indigestion, alors que les vomissements associés à la triade douloureuse, qu'on retrouve quand on sait la chercher, n'étaient que le prélude de l'infection appendiculaire ! J'ai été le témoin de six ou sept cas de ce genre, notamment chez deux jeunes enfants que je voyais, l'un avec M. Rénon, le 22 avril 1897, l'autre avec M. Laval, le 23 mai 1897 ; les parents crurent à une simple indigestion, et en réalité ces enfants étaient atteints de gangrène appendiculaire et de péritonite diffuse ; ils ne durent la vie qu'à l'opération très hâtive que je fis pratiquer par M. Routier.

Dans quelques circonstances, l'appendicite larvée est défigurée ou masquée dès son début par une diarrhée profuse et abondante, que j'ai appelée diarrhée de défense ; on dirait que sous l'influence d'un acte réflexe, l'intestin, par une abondante crise sécrétoire, cherche à se débarrasser de l'ennemi. La triade douloureuse symptomatique de l'appendicite n'y fait pas défaut, mais il faut la mettre en saillie malgré le symptôme diarrhéique. Ce sont ces crises diarrhéiques qui contribuent à fausser le diagnostic et la pathogénie de l'appendicite ; il faut bien se garder de les prendre pour une entérite ou une entéro-colite. Je ne connais pas de plus bel exemple de cette forme larvée de l'appendicite que le cas dont il a été question ici à propos des accalmies traîtresses : la jeune femme que j'avais vue avec MM. Pinard et Segond fut prise de diarrhée dès ses premières douleurs appendiculaires, elle eut six garde-robes dans la nuit et deux garde-robes dans la journée suivante.



Telles sont les principales modalités de l'appendicite ; mais qu'il s'agisse de la forme en apparence bénigne, qu'il s'agisse de la forme intense et bruyante, qu'il s'agisse enfin de la forme larvée, c'est la *triade douloureuse* qui est notre fil conducteur, c'est elle qui nous permet de dépister et de préciser le diagnostic de l'appendicite.

Cette triade se compose de la douleur appendiculaire, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie cutanée. La douleur appendiculaire a des caractères qu'il faut bien connaître ; elle

n'atteint jamais d'emblée toute son intensité comme la douleur soudaine en coup de poignard consécutive à l'ulcus de l'estomac ou du duodénum. Pour si aigu que soit le début de l'appendicite, les douleurs appendiculaires sont *graduellement croissantes* ; interrogez avec soin les malades, tâchez d'obtenir non pas des réponses vagues, mais une réponse précise, et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure, après quelques heures, que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité, et encore même cette intensité n'est-elle pas toujours excessive.

La *localisation* de la douleur fournit au diagnostic l'appoint le plus considérable et à supposer que la douleur s'étende en divers sens, en haut vers la région inguinale, à supposer qu'au moment où vous examinez le malade son ventre tout entier soit douloureux, vous arriverez néanmoins, par une exploration attentive et méthodique, à localiser la région où la douleur a éclaté et le lieu d'élection où elle a acquis sa plus vive intensité. Ce lieu d'élection (point de Mac Burney), occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. C'est à ce niveau, que j'ai nommé région appendiculaire, que débute la douleur de l'appendicite ; c'est là que, par la palpation, vous constatez son maximum d'intensité ; c'est là qu'une légère pression vous permet de sentir la défense musculaire, c'est-à-dire la contracture et l'induration du muscle sous-jacent ; c'est là, enfin, que, par le chatouillement de la peau, vous provoquez une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs, hyperesthésie qui se traduit par des mouvements réflexes parfois douloureux et étendus à une partie de la paroi abdominale.

Muni de ces signes cardinaux, il s'agit de les appliquer au diagnostic de l'appendicite. Je ne voudrais pas abuser de votre patience en discutant le diagnostic de toutes les maladies qui, de près ou de loin, peuvent simuler l'appendicite, mais je dois insister tout particulièrement sur l'entéro-colite et la typhlo-colite, trop souvent confondues avec l'appendicite. Que l'entéro-typhlo-colite soit glaireuse, muco-membraneuse, sableuse, elle se présente avec un ensemble de symptômes dont la note dominante est la diffusion et la généralisation des douleurs. Ces douleurs, sous forme de coliques intestinales, occupent surtout le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant ; dans les cas assez nombreux où le cæcum participe à la poussée douloureuse, la douleur cæcale est bien voisine, il faut en convenir, de la localisation de la douleur appendiculaire. Mais alors même que la

douleur spontanée ou provoquée existe à la fosse iliaque droite, nous avons en faveur du diagnostic de la typhlo-colite la diffusion des douleurs, parfois très vives, qui suivent le trajet du côlon transverse et du côlon descendant. Pareille dissémination ne se voit pas au cas d'appendicite. De plus, chez le malade atteint d'appendicite, la défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée localisée à la zone appendiculaire sont les symptômes pour ainsi dire constants ; tandis qu'ils sont nuls ou insignifiants au cas d'entéro-colite. L'analyse des déjections après une crise d'entéro-colite permet fréquemment de retrouver les mucosités, les membranes, le sable qui sont les témoins de la crise intestinale ; rien de pareil au cas d'appendicite.

Le sujet atteint d'appendicite est presque toujours, pour ne pas dire toujours, pris d'appendicite dans le cours d'une excellente santé ; il n'a pas de passé intestinal, c'est du moins ce que j'ai constaté dans les 64 cas de ma statistique, tandis que le sujet pris d'une attaque d'entéro-colite vous raconte que depuis des mois ou des années il est sujet à des dérangements intestinaux ; un refroidissement, un aliment indigeste, une fatigue, provoquent chez lui des coliques, de la diarrhée ; il traverse souvent des périodes de constipation, il surveille avec soin ses garde-robes, il a plusieurs fois remarqué dans ses déjections des mucosités, des glaires, des membranes et plusieurs fois aussi il a eu des crises douloureuses analogues à celles que vous constatez ; en un mot, il a un passé intestinal.

Nous ne saurions trop appeler l'attention sur ce diagnostic différentiel de l'appendicite et de la typhlo-colite. Aujourd'hui surtout que l'appendicite inspire aux familles et aux médecins une terreur salutaire, il faut se garder de voir partout l'appendicite, il faut éviter de conseiller l'opération pour une appendicite qui n'existe pas. Si j'insiste avec quelque complaisance sur ce point, c'est que j'ai vu ces temps derniers une dizaine de personnes chez lesquelles j'ai déconseillé l'opération alors que l'opération allait être pratiquée. Ces personnes-là avaient des entéro-colites, elles avaient des typhlo-colites, muqueuse, membraneuse, sableuse, elles n'avaient pas d'appendicite. J'ai eu, il y a quelques mois dans mon service à l'Hôtel-Dieu, un malade qui avait été opéré d'appendicite alors qu'il n'avait que de l'entéro-typhlo-colite. Le médecin et le chirurgien, avec une bonne foi et une complaisance dont je ne saurais trop vous les remercier m'ont envoyé le malade et l'appendice. L'appendice était absolument sain, je vous le montre dans ce bocal ; quant au malade, il a continué

malgré l'opération sa crise d'entéro-typhlo-colite muqueuse. Il avait, du reste, été pris six mois auparavant d'une crise semblable qui avait été considérée et traitée comme une appendicite et qui aurait pu, par conséquent, par erreur, être portée à l'actif des appendicites guéries par le traitement dit médical.

* * *

Après avoir répondu à l'invitation de M. Pinard concernant le diagnostic de l'appendicite, que M. Ferrand me permette de lui adresser quelques observations relativement au traitement dit médical dont il a entretenu l'Académie.

Les purgatifs formellement proscrits par quelques-uns sont préconisés par M. Ferrand. L'opium, tant vanté par certains médecins, ne trouve pas grâce devant notre collègue, c'est même pour lui " un agent plus dangereux qu'utile." Le vrai médicament de l'appendicite serait, pour M. Ferrand, la belladone qui " loin de suspendre les sécrétions de l'intestin et d'en paralyser la motricité favorise, au contraire, ces deux ordres de fonctions.

Ces différentes théories thérapeutiques, qu'il s'agisse de purgatifs, de belladone ou d'opium, prouvent que les anciennes doctrines, concernant la pathogénie de l'appendicite planent encore sur nous, tant il est difficile de déraciner les erreurs invétérées ; elles prouvent qu'on ne s'est pas encore suffisamment affranchi des idées qui tendent à solidariser l'appendice avec le reste de l'intestin. Que peut faire à l'appendicite, je vous le demande, qu'on administre ou non quelques grammes de magnésie, quelques grains d'opium ou quelques centigrammes de belladone ? Il y a là un canal appendiculaire qui vient d'être hermétiquement fermé ; il y a là une petite cavité close absolument isolée de l'intestin et dans laquelle se fait à couvert la terrible toxi-infection que vous savez ; que peut lui faire qu'on administre ou non le purgatif, la belladone ou l'opium ?

Non seulement le traitement dit médical est entaché de nullité, mais il n'a même pas le mérite d'arriver à temps. En effet, à la première alerte, au premier signal douloureux qui nous révèle l'entrée en scène de l'appendicite, *le mal est déjà fait*, le canal est bouché, la toxi-infection qui s'élabore dans l'étuve appendiculaire a commencé ses ravages, et nul ne sait où ces ravages s'arrêteront ; les colonies microbiennes exaltées traversent les parois de la cavité close, les vaisseaux appendiculaires se thrombosent, la gangrène est imminente, les toxines se résorbent,

et pendant ce temps-là vous discuterez les propriétés respectives de la belladone et de l'opium !

Nous les connaissons, du reste, les résultats du traitement médical : il donne 30 pour 100 de mortalité, nous a dit M. Chauvel, sans compter que les malades qui n'ont pas succombé à cette première attaque appendiculaire sortent de là avec un appendice altéré, prêt aux récurrences souvent mortelles à brève ou à longue échéance, ainsi que nous l'a si bien démontré M. Reclus dans sa dernière et intéressante communication.

Notre honorable collègue M. Ferrand, dans son éloquent plaidoyer en faveur du traitement dit médical, nous cite les opinions de plusieurs chirurgiens qui prêchent la temporisation et s'abritent derrière le traitement médical. Loin de moi de critiquer en rien la conduite de nos collègues et amis, mais sur cette question vitale du traitement de l'appendicite il faut pourtant bien nous entendre et nous compter. Oui, quelques chirurgiens, et des meilleurs, prêchent la temporisation ; il sont temporisateurs. Que faut-il donc entendre par temporisateurs ? Lisez les compte rendus ou les bulletins de la Société de chirurgie et vous y trouverez la réponse. Le chirurgien temporisateur redoute l'opération de l'appendicite pendant sa phase aiguë et fébrile ; il préfère attendre que l'appendicite soit refroidie. L'on nous dit : " Une simple douleur du côté de l'appendice avec une réaction locale et générale modérée et tendance régressive, sous l'influence du traitement médical rigoureux, ne commande pas à mes yeux l'opération." Je demanderai à ce chirurgien ami ce qu'il entend par le traitement médical rigoureux, et je lui citerai une dizaine de cas où des gens atteints d'appendicite " peu douloureuse avec une réaction locale et générale modérée " seraient probablement morts s'ils n'avaient pas été opérés à temps, car ils étaient en pleine péritonite et leur appendice était perforé ou gangrené. Un autre chirurgien temporisateur pratique le traitement médical " en revoyant son malade matin et soir, notant chaque fois avec précision sa température, son pouls, l'état de son facies, se tenant prêt, au moindre changement défavorable, à modifier sa ligne de conduite et à opérer s'il le juge convenable." Je répondrai à notre honorable collègue que l'accentuation des lésions est loin d'être en rapport avec l'accentuation des symptômes cliniques, et qu'est même assez fréquemment pendant une amélioration trompeuse ou pendant une accalmie traîtresse que le coup mortel se prépare.

Un autre chirurgien nous dit " que dans les formes plasti-

ques et rassurantes de l'appendicite on peut, sans danger, attendre la fin de la période aiguë et opérer pour ainsi dire à froid." Je répondrai à mon collègue et ami que je ne connais pas les "formes rassurantes" de l'appendicite, car j'ai vu mourir plusieurs malades, alors que l'on se croyait en droit d'être rassuré.

En résumé, je ne trouve dans les différentes formules employées par les temporisateurs rien qui puisse me convaincre. En fait d'appendicite, hélas ! chacun temporise à sa manière, le malade temporise en faisant appeler trop tard son médecin, le médecin temporise en faisant appeler trop tard le chirurgien, le chirurgien temporise avec l'espoir souvent déçu que le traitement dit médical lui permettra d'attendre le moment d'opérer l'appendicite à froid, et ces *temporisations subintrantes* vous savez où elles conduisent.

En opposition avec les temporisateurs, il y a les radicaux, ceux qui, sans phrase, sans amendements, sans concession, préconisent l'opération *toujours et en temps voulu* ; ce qui veut dire l'opération aussi précoce que le nécessitent les circonstances. La phalange de ces chirurgiens et médecins radicaux compte un nombre important d'adhérents et s'accroît tous les jours. M. Reclus, en parlant ainsi de ma formule intransigeante de radical endurci reconnaît "que cette formule est peut-être, à cette heure, la plus raisonnable, celle qui évitera le mieux les catastrophes, vu l'impossibilité pour la clinique actuelle de prévoir à ses débuts la marche certaine de l'appendicite quelle qu'elle soit." M. Pinard est dans les mêmes opinions quand il nous dit : "Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention."

Radical, notre collègue M. Chaput, quand il nous dit "que toute appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, parce que cette opération précoce peut seule sauver des malades que l'expectation tuerait à coup sûr." Radical, notre collègue M. Segond, quand il nous dit : "Certains chirurgiens prétendent qu'on opère trop les appendicites : or, je suis convaincu qu'on ne les opère jamais assez ; cette déclaration est, je pense, assez claire. . . J'ai vu les désastres que peut entraîner la temporisation, je n'ai jamais regretté d'avoir opéré trop tôt." Radical, notre collègue M. Hartmann, quand il nous dit : "Au début d'une appendicite, notre devoir est d'agir chirurgicalement ; si j'avais une appendicite je me ferais opérer, non dans les vingt-quatre heures, mais dans les douze premières heures." Radicaux, nos collègues Pozzi, Poirier, Routier, Kirmisson, Tuffier, Michaux "qui veu-

lent qu'on opère rapidement et chacun apporte à l'appui de l'opinion qu'il soutient d'excellents arguments " (Hartmann.)

Je me trouve donc, il me semble, en assez bonne compagnie pour mener le bon combat, et je n'ai pas à me repentir d'une formule que j'avais faite, avec intention, un peu draconienne ; cette formule, contre laquelle notre collègue M. Tillaux a protesté à la Société de chirurgie, alors qu'il aurait pu porter ses doléances à la tribune de l'Académie, où j'aurais eu l'honneur de lui répondre.

En résumé, je crois que le moment n'est pas éloigné où nous serons tous d'accord, ou presque tous, pour nous entendre sur le seul traitement vrai de l'appendicite, et je me permets de reprendre une fois de plus mes anciennes conclusions :

Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Avec un diagnostic bien fait, avec l'opération pratiquée au moment voulu et suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents.

Traitement des ulcères de l'estomac

PAR

M. LE DOCTEUR G. JORISSENE (de Liège)

Si la question du traitement applicable aux ulcères de l'estomac revient fréquemment à l'ordre du jour, c'est qu'elle n'a pas encore été résolue à la satisfaction des médecins et surtout des malades. On n'en doutera guère en lisant, à la fin des exposés les plus convaincus et les plus encourageants dans la forme, cette conclusion un peu effrayante, que l'affection est durable, très durable, que les récidives sont communes, que le traitement, même régulièrement suivi, n'amène une guérison complète ou douteuse qu'au bout d'un temps indéterminé, souvent long.

En réalité, cela n'est pas étonnant si l'on considère, d'une part, l'indocilité et l'imprévoyance des malades, à peu d'exceptions près, et, d'autre part, les méthodes irrationnelles et contraires aux lois physiologiques prônées contre cette affection.

Nous nous proposons, déjà depuis plusieurs années, d'écrire quelques lignes pour demander, simplement, aux auteurs des di-

verses méthodes préconisées, comment ils conciliaient les données de la science en physiologie stomacale et leurs procédés de traitement ; car, nous l'avouons, nous n'avons jamais réussi à deviner le raisonnement qui les avait conduits à leurs conseils et formules : presque partout, nous nous sommes heurté à des contradictions inexplicables. Or, l'article publié sous la signature de M. Romme dans *La Presse Médicale* du 17 décembre, à propos de la méthode préconisée par M. Gaucher, nous décide à émettre franchement notre opinion, parce que, en dépit des excellentes choses que formule cette méthode, nous estimons que l'oubli des conditions physiologiques s'y manifeste sous maints rapports.



Une chose incontestablement bonne et sur laquelle appuie M. Gaucher, c'est le repos. Tout le monde est aujourd'hui d'accord sur ce point, et il n'est plus besoin d'insister sur la nécessité du *repos absolu au lit* dans les cas légers comme dans les cas les plus graves ; il n'y a de différence que dans la durée du repos : cela est clair et simple.

Mais, sur le *repos de l'estomac* lui-même, chose évidemment plus importante encore, nous ne connaissons aucune méthode vraiment logique et conforme aux exigences fonctionnelles de l'organe.

Cruveilhier avait déjà proclamé la nécessité d'imposer le repos à l'estomac ; l'idée n'est donc pas neuve ; et elle était probablement venue auparavant déjà à l'esprit de beaucoup de praticiens. Pour mettre l'estomac au repos, Cruveilhier conseille le régime lacté et beaucoup d'auteurs ont répété ce qu'avait dit le Maître. Pour ne citer qu'un exemple, on lit, dans la "Thérapeutique des maladies de l'estomac,"² de M. Mathieu cette phrase catégorique : "Le repos sécrétoire de l'estomac est obtenu dans une large mesure par l'usage du lait, etc." Puis il ajoute : "Il s'agit maintenant de *saturer* les acides en excès, surtout l'acide chlorhydrique." On trouve des propositions analogues dans les *Manuels* de Strümpel, de Vanlair, de Ziemssen et autres.

M. Mathieu et ceux qui, depuis Cruveilhier, pensent à peu près de la même façon (encore est-il que Cruveilhier et d'autres auteurs ne songent pas à *saturer* les acides) me permettent-ils de demander ce qu'ils entendent par *repos sécrétoire* de l'estomac ? Le lait se digère-t-il tout seul et sans l'intervention sécrétoire de l'estomac ? Il nous semble que plus l'aliment est complet, varié, plus la digestion sera complexe elle-même, ou il

n'y a plus de logique au monde. Or, le lait est l'aliment le plus complet qui existe, puisqu'il suffit à la nutrition de l'enfant pendant plusieurs années.

Ah ! si l'on disait que le lait — et, selon nous, cela n'est vrai qu'à l'état physiologique, et avec une administration convenable, naturelle, méthodique de cet aliment — ne provoque aucune sécrétion *superflue* de la muqueuse stomacale, on se rapprocherait sans doute de la réalité. Mais, la sécrétion nécessaire, proportionnelle, elle existe en quelque sorte fatalement. Aussi la conclusion s'impose-t-elle : il n'y a pas avec le lait de repos sécrétoire.

A cette faute de logique s'en ajoute une autre ; et nous ne sommes pas le premier à la faire remarquer, car M. Potain et d'autres s'en sont aperçus dès longtemps. En effet, le lait, dès qu'il se caillbote dans l'estomac, ne fournit-il pas une quantité considérable d'acide lactique ? Ne se forme-t-il pas encore d'autres acides aux dépens des corps gras inclus dans le lait ? Et tous ces acides, ne s'ajoutent-ils pas à l'acide chlorhydrique que sécrète l'estomac lui-même ? Or, qui donc admettra que l'estomac supportera la présence de tous les acides sans réagir, sans se mouvoir ?

Est-ce vraiment là un aliment bien choisi pour obtenir une digestion imperceptible et procurer l'immobilisation à l'estomac délabré d'un ulcéreux ?

Une accumulation d'acides en un estomac ulcéré, c'est-à-dire déjà atteint d'hyperchlorhydrie ! En vérité, comment a-t-on pu en arriver à une pareille déduction ? N'avait-on pas reconnu, depuis des siècles, que l'acidité du contenu stomacal augmentait les douleurs rongeantes chez les malheureux patients ? Ne savait-on pas que ces malades, par instinct, mangent souvent de la craie pour se soulager ? Le traitement par les alcalins n'avait-il pas eu des instants de vogue à différentes époques ?

Cruveilhier et d'autres avaient totalement perdu la chose de vue : c'est leur excuse. Mais nous ne trouvons plus d'explication pour le système préconisé par M. Mathieu et les nombreux médecins qui combinent les alcalins, pour détruire les acides, avec le lait qui en provoque la formation.

Si le lait a besoin d'acides pour arriver à la peptonisation, et personne n'en doute, les doses fortes d'alcalins et d'alcalino-terreux que l'on y ajoute n'aboutiront qu'à en suspendre la digestion. Le lait demeurera non digéré dans l'estomac pendant un temps variable ; puis, une partie sera entraînée telle quelle

dans le duodénum et ira se peptoniser comme elle le pourra dans l'intestin grêle ou y subir des fermentations irrégulières ; une autre partie sera reprise au bout d'un certain temps par les acides sécrétés par l'estomac, quelquefois en quantité énorme, comme l'ont vu Schiff et Herzen ; cela se produit quand les substances neutres ont séjourné dans le sac gastrique comme corps à demi inertes et quand il n'y a plus d'alcalins pour s'emparer des sécrétions glandulaires. Bref, nous sommes convaincu que ce travail digestif est souvent trop incorrect.

Quand, en d'autres cas bien connus, on additionne le lait d'une certaine quantité d'eau de chaux, d'eau de Vichy, de Vals, etc., de bicarbonate de soude, on n'a nullement en vue de supprimer la sécrétion acide de l'estomac ; au contraire, on désire la provoquer, mais on la veut régulière, normale. On donne les alcalins pour que les acides anormaux, souvent pré-existants, soient mis hors d'état de nuire ; et l'on a justement observé qu'en tenant ceux-ci en respect, on facilite la sécrétion et l'action bienfaisante de l'acide chlorhydrique.

Ceci est bien différent de la prétention de saturer tous les acides du suc gastrique et d'obtenir, quand même, une digestion complète.

Dans un estomac ulcéré, les acides permettent-ils la guérison des plaies ? Nous n'irons pas jusqu'à l'affirmation intransigeante que ceux qui préconisent l'alcalinisation à outrance pour la cure de l'ulcère ; mais nous avouons que l'expérience et les documents scientifiques ne permettent pas de savoir si la guérison est incompatible, dans les cas légers au moins, avec la présence de certains acides dans l'estomac, surtout si leur dose est normale. Nous lisons dans le *Scalpel* du 27 février 1897, p. 215, que, selon M. Godart-Danhieux, " l'emploi des alcalins diminue la douleur, arrête la corrosion des bords de l'ulcère par l'acide chlorhydrique, tend à faire disparaître les spasmes du pylore et éloigne donc les dangers d'hémorragies." Tout cela est bel et bien, et nous sommes enclin à en croire quelque chose ; mais, ni M. Godart ni d'autres n'ont pu le témoigner. L'acide borique, l'acide tannique n'empêchent pas, en général, la cicatrisation des plaies ; il conviendrait d'étudier l'acide lactique et chlorhydrique à ce point de vue. Nous ignorons si on l'a tenté. En tous cas, ce que la clinique nous enseigne de façon irréfutable, c'est que l'excès des acides et la *présence d'acides anormaux* aggravent l'état des ulcères stomacaux.

Il est donc illogique de prescrire le lait pour améliorer ces

ulcères et amener un repos désirable de l'organe ; il est encore plus illogique de donner, dans le même but, à la fois du lait et des alcalins.

M. Gaucher ne tombe ni dans l'un ni dans l'autre travers, puisqu'il ne permet aucune nourriture par la voie stomacale à ses ulcéreux. Cette méthode, comme on sait, n'est pas nouvelle et nous ne savons trop à qui il faudrait en faire honneur ; quant à nous, nous la pratiquons depuis vingt-cinq ans sans en rechercher la paternité.

Nous dirons tout à l'heure en quoi nous la pratiquons différemment de M. Gaucher, aussi bien que M. Ewald et de plusieurs médecins allemands ; mais, ce que nous affirmons, dès maintenant, c'est que nos confrères, croyant éviter un danger, ont couru au-devant tête baissée. Ils n'ont pas plus supprimé les acides que Cruveilhier ou ceux qui ont imaginé la fâcheuse combinaison du lait et des alcalins ; partant, il n'ont pu obtenir l'immobilité qu'ils recherchent si scrupuleusement pour l'estomac. Ils ne donnent, d'ailleurs, aucune preuve qu'ils l'aient obtenue et que la cavité gastrique ne contient plus d'acides ; ils se contentent de l'admettre ; cependant la longueur de leur traitement aurait dû les mettre sur leurs gardes de les amener à le juger comme peu efficace ou, du moins, comme lentement efficace.

L'erreur commise est d'administrer la nourriture quotidienne en lavements. En effet, comme on donne des aliments solubles, que ceux-ci sont peptogènes, dès qu'ils circulent dans le sang, l'activité de l'estomac se manifeste ; il sécrète de la pepsine et de l'acide chlorhydrique qui, n'étant pas utilisés ni absorbés par un contenu quelconque, s'attaquent à l'organe lui-même. Il y a longtemps, d'ailleurs, que Schiff a démontré que l'action des peptogènes se produit aussi bien lorsqu'ils sont introduits par le rectum ou par les veines que par la bouche. Les expériences de Herzen, chez un fistuleux, relatées dans son ouvrage sur la digestion stomacale (1886), ont confirmé les nombreux essais pratiqués sur les animaux.

La situation faite à l'estomac est donc défavorable à la guérison de l'ulcère ; le repos cherché, le repos sécrétoire n'existe pas, et, bien plus, les sécrétions ne trouvent à s'employer que sur la muqueuse et la plaie béante.

M. Gaucher donne à ses lavements la composition suivante : bouillon, vin, peptone ; des excitants et des peptogènes, donc tout ce qu'il faut pour agir à la fois sur le système nervoso-moteur et sur l'appareil sécrétoire de l'estomac. Ceux qui prescrivent

des œufs, du lait ne sont pas plus avisés ; et il en est (Boas) qui y joignent de l'amidon ; or, la dextrine est également un peptogène et un acidogène.

Ajoutons que, par crainte des vomissements et des gastrorrhagies, on n'accorde qu'une ration parcimonieuse d'eau ou de glace aux patients ; ceux-ci n'ont donc pas même la chance de diluer les éléments destructeurs sécrétés par leur estomac ou de les chasser vers l'intestin à la faveur d'un certain volume de liquide.

Faut-il insister sur les conséquences des injections intra-veineuses de sérum artificiel ? On a prouvé que l'eau, par l'accroissement qu'elle apporte à la masse du sang, augmente le pouvoir sécrétoire de l'estomac. Tout ce qu'on peut dire en faveur du sérum artificiel, c'est que le chlorure de sodium en excès diminue la production d'acide chlorhydrique.

La plupart des écrivains terminent leurs conseils sur le traitement de l'ulcère stomacal, en recommandant beaucoup de prudence lors du retour au régime complet ; puis, par une aberration inconcevable, ils ne manquent jamais d'établir un règlement tout d'abord exceptionnelle, et, en second lieu, anti-physiologique.

Les Allemands ont donné la gamme sous ce rapport et on a pris le ton dans les autres pays. Nous aurions bien à relever quelques avis bizarres sur le choix de certains aliments ; mais nous passerons sur ces détails ; ce qu'il y a de plus grave à dénoncer, c'est la multiplicité des repas.

Les médecins répètent, comme le vulgaire : " Mangez peu, mais mangez souvent ! " Nous n'imaginons pas comment un praticien, après un certain nombre d'années écoulées à observer et à diriger des malades, s'écarte à ce point des données physiologiques. Un estomac sain ne digère le plus souvent un repas complet qu'en trois heures ; il en faut quatre ou cinq pour la transformation totale de quelques substances compactes, peu pénétrables aux acides et à la pepsite. Or, un estomac sur lequel se sont produites les ulcérations, n'est jamais un organe sain : il y a gastrique chronique avant et après l'ulcération. Si l'organe n'était pas sévèrement malade, il ne s'y ferait, *sauf de rares exceptions*, aucun travail érosif. La conclusion immédiate de cette constatation doit être, *a priori*, que la digestion est plus longue en pareil cas que dans une muqueuse normale. Loin de conseiller des repas fréquents, on doit donc insister, au contraire, sur leur éloignement.

En outre, quelle singulière façon de rentrer dans le régime

ordinaire, que de changer l'ordre suivi avant la maladie et destiné à être repris quand la guérison sera définitive ! Ne semble-t-il pas vraiment qu'en cette affection, où le raisonnement pouvait intervenir avec fruit, on ait accumulé à plaisir les contradictions et les préjugés ?

On oublie encore une fois que la physiologie a démontré l'épuisement de la fonction pepsinogène après un repas normal. Cette fonction se suspend, comme la matière rouge de la rétine s'épuise par la vision ; et il faut un certain temps et la présence dans le torrent circulatoire de matière peptogènes pour que cette fonction se rétablisse. En attendant, il est inutile de fournir des aliments à l'estomac, qui n'en peut rien faire ; le résultat de leur présence intempestive est une production funeste et excessive de mucus ; les aliments s'en enveloppent, s'en pénètrent et deviennent indigestes ; ces fermentations anormales se développent ; la gastrite, quelques jours atténuée, retrouve les éléments habituels qui l'entretiennent, et les microbes se multiplient, fabriquent leurs toxines. Pourquoi s'étonner alors des prétendues rechutes ? On les a préparées.

Dans un article de *La Revue de thérapeutique* sur le traitement de l'ulcère de l'estomac (1894), il est dit que le nombre des repas doit être réduit lorsque les viandes reparaitront dans les menus.

Mais, en vérité, comment l'estomac pourrait-il s'accommoder aisément de tous ces changements ? Une des lois qui régissent les êtres vivants, c'est la périodicité, une périodicité souvent étonnante par sa régularité. Lorsque l'heure du repas arrive, les organes digestifs se préparent à recevoir la nourriture ; si celle-ci n'arrive pas, il y a auto-digestion, c'est-à-dire destruction. Par contre, quand l'heure n'est pas arrivée, l'organisme, en général, et l'organisme digestif, en particulier, ne sont pas prêts ; on les oblige à une mauvaise besogne en leur servant un repas intempestif.

Ces règles ne sont pas le résultat d'une physiologie théorique ; elles reposent sur l'observation des faits ; le lavage de l'estomac et les études suivies par des hommes expérimentés nous ont appris tout ce qu'il y avait à connaître sous ce rapport ; il n'y a qu'à relire les notes de Beaumont, de Bondlot, de Richet, de Schiff, de Herzen, de Faucher et autres pour être édifié.

Plus que jamais, depuis quelques années, les réformateurs de la médecine ont péché contre les doctrines le mieux établies et se sont écartés des exemples fournis journellement par l'instinct

remarquable des animaux. Nous ne sommes aucunement enclin à croire, comme Jean-Jacques, que tout est pour le mieux dans la nature abandonnée à ses impulsions, mais nous estimons que si elle peut être amendée, elle ne supporte pas d'être contrecarrée brutalement. Nous avons des organes imparfaits, notre rôle est de suppléer à leurs déficiences. Les aliments sont grossiers, infectieux, surchargés d'éléments inutiles ou nuisibles ; nous prouvons notre pouvoir intelligent en les émondant, en les triturant, en les cuisant, en les additionnant de substances modificatrices (levures, vinaigres, condiments, etc.). Le reste n'est qu'erreur ou chimère. Or, malheureusement, toute erreur ou toute chimère se paient chèrement dans la vie.

Cependant, il ne sera pas difficile de découvrir une méthode conforme aux lois peu réductibles de la physiologie, au milieu de nos critiques et des systèmes si peu logiques qui ont cours aujourd'hui. En ce qui nous concerne, nous n'avons guère varié de ligne de conduite depuis vingt-cinq ans.

* **

Notre manière de faire est basée sur ce que la pratique nous a fait reconnaître de la diversité des causes auxquelles il faut attribuer les ulcères de l'estomac.

Même dans les cas légers, nous prescrivons le *repos absolu au lit*. Après avoir recherché, le mieux possible, la forme de l'estomac, nous réglons l'attitude nécessaire à l'évacuation facile par le pylore des liquides, d'abord, puis des divers aliments qui seront introduits dans la cavité gastrique ; souvent le décubitus latéral droit est utile pendant un quart d'heure ou même davantage au moment où l'on veut que l'estomac se vide ; cela concerne les estomacs dilatés, déviés, distendus, le pylore étant sur un plan plus élevé, de beaucoup, que le fond et la grande courbure de l'organe. Ces précautions sont très précieuses pour la suppression des douleurs. Nous recommandons donc le silence ; les mouvements vifs du diaphragme doivent être évités.

Le repos est plus ou moins prolongé suivant les accidents. Deux jours suffisent pour des ulcérations récentes : il en faut huit ou dix dans les cas graves d'hématémèse.

Le *repos de l'estomac*, lorsqu'il n'y a pas eu hématémèse, s'obtient par l'abstinence de toute nourriture, sauf celle prise en lavements, et l'usage continu d'eau alcalinisée ou additionnée d'eau de chaux. La bicarbonate de soude est préférable quand

la langue est saburrale, quand il y a des vomissements de mucosités, de mucus assez épais, de matières peu acidulées ; l'eau de chaux combat mieux l'acidité quand la langue est assez nette, ou rouge, irritée, qu'elle soit humide ou sèche. Ces boissons agissent bien à une température tiède, de 30° à 35°. Il faut en administrer beaucoup, mais en quantités modérés à la fois, assez pour saturer constamment, et au fur et à mesure de leur production, les sécrétions acides de l'estomac et entraîner les mucosités.

Du moment où l'on sature sans discontinuer les acides de l'estomac, on peut administrer des lavements nutritifs et des injections intra-veineuses de sérum. C'est en cela que diffère essentiellement notre manière de faire de celle ordinairement indiquée : nous donnons les alcalins ou les alcalino-terreux quand l'estomac est vide, pour éviter l'auto-digestion, et nous choisissons un décubitus approprié à l'évacuation rapide de l'eau ingérée, pour opérer un lavage continu de la muqueuse.

Dans certains cas, nous remplaçons l'eau par une décoction légère de condurago. Les malades s'en trouvent à souhait et aiment à varier, d'ailleurs, leur boisson.

Les lavements nutritifs se composent de jaunes d'œufs, de vin, de sel ; parfois nous y ajoutons quelque médicament nervin, lorsque la neurasthénie est marquée.

En cas de fièvre herpétique, nous donnons, le premier jour, du salicylate de soude, du salol ou de l'antipyrine en lavement, de façon à abattre promptement la réaction fébrile.

S'il y a hématomèse, nous n'abandonnons pas l'eau de lavage, mais nous la donnons à 30° au maximum, jamais froide. Dans les cas d'hématomèse grave, nous administrons d'abord de la glace, puis de l'eau alcaline glacée, en même temps qu'un sac de glace est appliqué à l'épigastre. Dès que l'hémorragie a cessé, nous administrons la boisson tiède, et abondamment, comme en cas ordinaire. Qu'on remarque bien qu'il est indispensable d'amener l'évacuation rapide de cette eau par un décubitus convenable. En cas d'hématomèse, les déplacements du malade seront toujours passifs ; celui-ci ne doit pas même chercher à aider ses gardes. Une fois mis dans l'attitude voulue, il est maintenu au moyen de coussins.

Nous avons prescrit mainte et mainte fois le nitrate d'argent avec succès prompt et décisif. A l'heure où il doit être administré, on supprime pour une demi-heure toute boisson. Nous ne dépassons pas 5 milligrammes en pilule (kaolin comme excipient), et nous donnons deux ou trois doses seulement par jour.

Nous n'employions pas d'autre hémostatique avant l'introduction en thérapeutique de l'ergotine Yvon et de la Bombelom. Depuis lors, si la situation paraît très sérieuse, nous pratiquons une ou plusieurs injections sous-cutanées d'ergotine.

La morphine ne nous a semblé indiquée que rarement, en cas de grande agitation nerveuse.

Nous n'avons jamais eu recours au perchlorure de fer ; le fer est un ennemi des estomacs gastritiques, et il y a toujours gastrite quand il y a ulcère. L'acétate de plomb nous déplairait moins, mais il nous répugne d'intoxiquer nos malades.

Nous n'avons pas eu l'occasion de nous servir de ces moyens, quoique nous ayons soigné un grand nombre d'hématémèses abondantes et graves ; comme nous n'avons enregistré aucun décès, nous nous félicitons d'avoir laissé de côté les moyens équivoques.

Dès que nous permettons l'alimentation par la bouche, à savoir lorsqu'il n'existe plus ni douleur spontanée, ni douleur à la pression, ni vomissements, ni nausée, ni dyspepsie, ni état saburral de la langue, nous prescrivons des jaunes d'œufs délayés dans de l'eau ou dans du bouillon ; rien d'autre pendant deux jours, mais en quantité progressive, dans les cas ordinaires. Le système est prolongé jusque pendant cinq jours dans les situations plus sérieuses. Ces aliments font moins d'acide que le lait.

Puis, viennent les biscottes délayées dans du bouillon pour compléter la nourriture ; enfin, suivant le goût des malades, des crèmes blanches ou du jus de viande ; ce qui ramène bientôt la viande et quelques légumes légers, comme chicorée de Bruxelles, endives étuvées, etc.

Le nitrate d'argent est continué une quinzaine de jours, en observant les précautions sus-mentionnées ; deux pilules suffisent.

Une tasse de boisson alcaline ou alcalino-terreuse précède les repas.

En cas d'indigestion menaçante, nous faisons administrer une tasse d'eau tiède et salée avec deux cuillerées à bouche de peptone pure. Cette méthode nous a rendu d'éminents services en une foule d'autres circonstances dont il ne peut être question ici. Elle a pour effet d'activer la digestion et d'évacuer rapidement le contenu stomacal dans le duodénum. Aussi, avons-nous soin de faire acheter un flacon de peptone dès le moment où l'alimentation par la bouche est reprise ; la précoce administration du remède est évidemment utile. On verra que dix minutes suffisent régulièrement pour dissiper tous les symptômes alarmants et supprimer les douleurs ; quelques éructations se produisent, puis

un sentiment de dégagement et de bien-être annonce la fin des accidents. Nous ne saurions donc trop recommander cette façon d'agir, toujours heureuse et toujours inoffensive.

La constipation est rare ; mais elle ne doit être combattue que par des lavements simples.

Ainsi, le lait joue un rôle assez effacé dans notre traitement et les alcalins ne viennent plus troubler l'évolution normale des digestions. Quand ils interviennent dans le traitement, ils ne contrarient aucune fonction et ils suppriment les effets d'un fonctionnement inutile de l'estomac. Nous restons logiques avec nos prémisses et nous ne laissons pas dépérir nos malades.

La guérison n'a jamais tardé plus de quinze jours à se montrer complète et décisive ; huit jours suffisent le plus souvent.

CLINIQUE MEDICALE

(Service de M. le Professeur Combemale)

L'heure du médicament

MESSIEURS,

Je vous entretiendrai aujourd'hui d'une question de thérapeutique clinique, que j'estime importante et complexe, malgré le reproche de futilité que certains médecins ne craignent pas de lui attribuer ; je vous entretiendrai du moment de la journée où doivent être administrés les médicaments prescrits. Vous serez en effet à peine livrés à vos propres forces que cette question se dressera devant vous, avec d'autant plus d'insistance que le milieu social que vous visiterez sera plus élevé. Pour ne pas faire au hasard une réponse quelconque, quelques notions vous sont nécessaires comme viatique ; je me propose de vous les donner aujourd'hui.

Pour prendre sur ce point les déterminations les plus justes, il n'est pas inutile de vous rappeler : 1. que les conventions sociales sur lesquelles repose la vie en commun, ont coupé la journée de vingt-quatre heures en différentes parties, consacrées à la table, au sommeil, au travail, etc. ; toutes, suivant la maladie à traiter, ne sont donc pas propices pour absorber les médicaments ;

2. de plus, nos organes eux-mêmes ont leurs exigences, et ne fonctionnent pas toujours avec la même activité ; il en découle, aux périodes d'inactivité relative, une réceptivité moindre vis-à-vis de l'effet médicamenteux, et aussi un aide moindre pour la pénétration du médicament ; l'estomac, par exemple, a une sécrétion intermittente, dont la continuité, provoquée par l'ingestion de médicaments, devient vite un état morbide que l'on connaît bien sous le nom de gastrite médicamenteuse ; 3. enfin les médicaments ont eux-mêmes une manière d'agir : leur action n'est pas toujours immédiate ; un certain temps est nécessaire parfois ; et encore certains ont-ils un effet éloigné et un effet prochain que l'on cherche à dissocier ; ensuite leurs effets locaux et leurs effets à distance ne sont pas à dédaigner pour la question qui nous occupe. L'heure à laquelle on doit prendre un médicament ne peut donc pas être indifférente, vous le voyez, Messieurs, à tenir compte, — et vous le devez — de ces raisons majeures.

Quand je parle de l'heure du médicament, vous avez compris qu'il s'agit de médicaments ingérés ; néanmoins, cette question gagne à être étendue et à comprendre aussi tous les autres modes de pénétration dans l'économie de substances médicamenteuses. Quelques exemples vous montreront vite au reste que la chose s'applique à toute voie d'entrée.

L'injection hypodermique est susceptible en effet de certaines restrictions, sous le rapport de l'heure à laquelle on la pratique. Voici, en effet, la piqûre de morphine si répandue et si utile dans nombre de circonstances. A moins d'urgence absolue, si le malade vient de manger ou va manger, vous ne la ferez pas parce que la solution de morphine non fraîchement préparée a des propriétés vomitives ; et que cet effet secondaire mérite toujours qu'on s'y arrête, si l'on veut ménager au patient des tourments inutiles ; cette injection doit être faite aussi loin que possible de l'heure du repas.

Un exemple semblable nous est fourni par les injections de caféine, si communément employées chez les cardiopathes chroniques ; où il importe de ne pas faire cette piqûre à n'importe quel moment de la journée, tard, dans l'après-midi, par exemple ; l'excitation que procure la caféine, se produirait la nuit et le sommeil serait troublé d'une façon plus ou moins marquée. Aussi, si on a le choix pour l'administration de la caféine, on fera de préférence cette injection le matin.

La majeure partie des questions qui vous seront posées relativement à l'heure du médicament auront trait au médicament

ingéré ; cependant les médicaments introduits par voie rectale n'en ont pas moins leur heure. Ainsi, prenez l'exemple du malade atteint de fissure anale : le suppositoire destiné à calmer la douleur devra être introduit immédiatement après la défécation, et non à un autre moment de la journée. De même le constipé par accumulation des matières fécales dans l'ampoule rectale, à qui vous aurez prescrit des ovules rectaux, devra introduire son cône glycérimé le soir au coucher ou bon matin, afin de ramollir les matières par contact et imprégnation prolongée, et non au petit bonheur dans la journée.

La pénétration des médicaments dans l'économie par inhalation exige aussi de faire l'acte médicamenteux à une certaine heure, sous peine d'échec ou d'intervention inutile. Les vrais asthmatiques savent bien qu'en intervenant dès le début de leur angoisse respiratoire par des inhalations d'éther, de pyridine, d'iodure d'éthyle, ils réduisent l'intensité de l'accès, que l'action de fumer une cigarette de datura ou de brûler dans leur chambre du papier nitré au coucher leur assure une nuit tranquille. Vous ne devez, Messieurs, en savoir moins que vos malades ; or vous n'obtiendrez pas ces bons résultats si vous conseillez ces pratiques dans le courant de la journée. Ce qui, dans le cas de l'asthme, doit être prescrit pour le jour, c'est le traitement général par l'iodure de potassium, dont j'aurai l'occasion de vous entretenir tout à l'heure.

De même, messieurs, pour le gargarisme, les irrigations nasales, le lavage de l'estomac : toujours il vous fixer l'heure à laquelle l'opération doit être faite. Les réflexes nauséux qui accompagnent le gargarisme ne sont pas toujours faciles à éviter ; aussi le moment qui suit l'ingestion d'aliments n'est pas à recommander, surtout chez les enfants pour pratiquer le lavage du nez, attouchements du pharynx, ou gargarismes. Quand aux lavages de l'estomac, les heures auxquelles il faut les pratiquer ont une telle importance diagnostique et thérapeutique que je me réserve de vous en parler à fond dans une prochaine leçon.

Les topiques, qui sont d'une si grande ressource dans les maladies cutanées : l'hydrothérapie, le massage, les bains, d'un usage si généralisé dans les névropathies, ne doivent pas davantage être appliqués à n'importe quel moment de la journée.

Certains topiques, d'autre part, sont utilisables seulement la nuit, à appliquer sur le visage ou les parties découvertes à raison d'une coquetterie bien placée du reste. Le bain, en particulier le bain frais surtout, ou les pratiques hydrothérapeutiques adminis-

trées, d'autre part, en pleine digestion, sont nuisibles, on ne saurait trop le dire : le résultat de cette infraction à l'heure du médicament serait vraisemblablement une congestion cérébrale.

L'heure du médicament importe donc beaucoup, que ce soit la voie digestive, les voies rectale, pulmonaire, cutanée, hypodermique ou tout autre que l'on ait choisie pour porter le médicament dans l'économie. Elle n'importe pas moins suivant les maladies auxquelles s'adresse le médicament.

Parler de l'heure du médicament, c'est, en effet, parler surtout du médicament ordonné, en tenant compte de bien des raisons, d'ordre plutôt minime dans une maladie chronique. Mais n'est-il pas aussi important de savoir préférer telle ou telle heure pour donner, avec le maximum d'effet et avec certitude, le médicament nécessaire, dans un épisode aigu au cours de maladies chroniques. Voici le paludisme, maladie chronique d'ordinaire, débutant et se manifestant à intervalles irréguliers par séries de paroxysmes. A quel moment le sulfate de quinine, destiné à "couper" l'accès de fièvre intermittente ordinaire, doit-il être donné ? Ceci a une bien plus grande importance, vous le sentez. Deux notions d'observation pure vous guident dans ce cas : d'abord, nous savons que le sulfate de quinine ne produit ses effets antipyrétiques dans le cas de fièvre due à l'hématozoaire de Laveran, que six heures environ après l'ingestion ; ensuite vous n'ignorez pas que, quel que soit le type, l'accès de fièvre revient à heure fixe. Six heures donc avant cette heure fatidique, la dose de sulfate de quinine prescrite aura dû être absorbée, pour éviter le retour de l'accès lorsqu'il s'agit d'une fièvre paludéenne au type tierce ou au type quarte ; l'étude de l'heure de l'accès sera donc à faire, et même si ces types sont imbriqués, chacun des accès y correspondant revient avec une régularité qui facilite l'emploi à l'heure voulue du médicament spécifique. Que si enfin il y a péril immédiat, l'ingestion cédera la place à l'injection hypodermique à hautes doses ; la périodicité perd dans ce cas ses droits, et du reste la continuité des phénomènes fébriles, comateux ou tout autres a remplacé cette périodicité d'un si grand secours dans les circonstances ordinaires. Il n'y a plus d'heure pour le sulfate de quinine dans ce cas.

Voici un autre exemple : une variété d'asthme bronchique est caractérisée par ceci, qu'à l'occasion d'une bronchite, des accès de dyspnée spasmodique avec toux surviennent chaque nuit pendant huit ou dix jours consécutifs, entre minuit et deux heures du matin, simulant l'accès d'asthme. La bronchite, cause de

tout ce mal, doit donc être traitée, mais à son heure, et par les préparations de belladone. Quelque forme pharmaceutique que ce soit peut être prescrite, mais la prise de cette préparation se fera nécessairement le soir ; vers dix heures, au coucher, vous ferez prendre par exemple cinq centigrammes d'extrait de belladone et les accès seront calmés, sinon abolis : notez que l'atropinisation diurne, même exagérée, ne produirait pas cet excellent résultat.

Il en est de même pour les accès de douleur dans la sciatique. Ceux-ci sont surtout intenses au début de la nuit ; lorsque le malade est depuis quelques instants dans son lit, la douleur se réveille, est alors insupportable. Donnez dans ces cas du salophène, du bleu de méthylène, de l'antipyrine, mais retenez que l'action du médicament sera doublée si vous avez soin de le donner une ou deux heures avant le coucher, car le médicament exercera dans ce cas son action analgésique, alors que débute l'accès.

Pour fixer à bon escient, Messieurs, l'heure du médicament à ingérer, il faut connaître : a) la rapidité d'action du médicament ; b) sa durée d'action ; c) l'effet qu'on en veut obtenir ; d) l'action locale du médicament sur l'intestin. J'étudierai successivement ces points devant vous.

Mais pour établir l'heure du médicament au mieux pour votre malade, il faut aussi tenir compte de ses habitudes ; vous tenterez tout d'abord toutefois de corriger chez votre malade ses opinions erronées et lui démontrerez ce qu'exigerait l'emploi régulier du médicament que vous proposez ; puis en cas d'impossibilité réelle ou d'opinions préconçues, vous transigerez au mieux.

a) *Rapidité d'action du médicament.*—Il est de notion vulgaire que tous les médicaments n'agissent pas avec la même rapidité ; quelques exemples toutefois ne vous seront pas inutiles. C'est ainsi que les purgatifs ont une rapidité d'action très variable. Les uns agissent une ou deux heures après l'absorption, comme podophyllin, les purgatifs salins ; ils " débouchent " les gens pressés, sans profit du reste bien souvent pour l'état anatomique qui engendre la constipation ; s'adressent à eux avant de partir à leur travail le matin les constipés et les sédentaires. D'autres purgatifs comme le calomel, l'aloès, la rhubarbe, agissent moins rapidement, de six ou huit heures après l'absorption ; aussi doivent-ils être pris le soir au coucher. Enfin, les huiles, les purgatifs doux tels que la manne, les médicaments contenant du sucre, etc. n'agissent que douze et quinze heures après l'ingestion, en raison de ces différences dans la rapidité d'action, des

précautions sont à prendre pour leur ingestion et le moment de l'effet prévu.

Prenez les antithermiques : ils agissent pour la plupart très vite. L'antipyrine commence à agir un quart d'heure après l'ingestion, tandis que le sulfate de quinine a une rapidité d'action beaucoup moindre et fait attendre son effet pendant plusieurs heures, quand il en a un. Selon le but cherché, immédiat ou éloigné comme antithermique, vous prescrirez donc l'antipyrine ou le sulfate de quinine et l'heure de leur ingestion sera modifiée suivant le cas. Supposez un fébricitant tuberculeux au premier degré dont vous voulez combattre sur le champ la fièvre imminente ou effective : vous donnerez un cachet d'antipyrine de quinze à trente minutes avant l'accès de fièvre, vers trois heures du soir, par exemple.

Parmi les sédatifs, la rapidité de l'action est aussi très variable : voici la morphine, la codéine, qui en un ou plusieurs quarts d'heure atteindront le but cherché, quelle que soit la préparation employée. Les bromures, eux, font attendre leur effet pendant plusieurs jours, et ce n'est guère qu'au bout de trois jours que la sédation arrivera, même à doses massives de huit grammes. De même parmi les hypnotiques, il y a le chloral qui, à deux grammes, sidère pour ainsi dire le malade et le fait dormir immédiatement tandis que le sulfonal met une heure avant de calmer le malade.

Suivant les indications, et je n'apprendrai pas si cette démonstration, la rapidité d'action du médicament a donc son intérêt ; ce qui en découle, à savoir l'heure où le médicament doit être ingéré, tire son importance de cette nécessité d'arriver à temps pour, suivant le cas, empêcher la douleur, la fièvre, l'embarras intestinal, etc.

b) *Durée d'action.*—Suivant qu'un médicament a une action durable ou passagère, en d'autres termes qu'il s'attarde dans l'économie ou est éliminé rapidement, il faudra ne donner qu'une seule prise dans la journée ou la répéter plusieurs fois ; dans ce dernier cas intervient la question des heures pour l'ingestion. Parmi les exemples de médicaments à durée d'action très différente, bien que produisant le même effet, il en est qui sont très vulgaires.

Voici par exemple une malade qui a une hémorrhagie utérine, qu'il est indiqué d'arrêter. On a recours dans ce cas à l'ergotine ou à l'ergot de seigle qui a une action immédiate ; quelques moments après l'hémorrhagie s'arrête ; mais l'action vaso-constric-

tice de l'ergot est vite épuisée, et au bout d'une demi-heure, d'une heure de temps, il faudrait recommencer. Mais si vous donnez, en même temps que l'ergot, de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, l'action de l'hydrastis tarde, il est vrai, à se produire, mais, une fois produite, cette action dure longtemps, et répétée plusieurs jours entretient la vaso-constriction qui empêche l'épistaxis utérine de continuer. L'ergot est le médicament d'urgence, l'hydrastis le médicament de tout repos. Le prise de l'un doit être immédiate, répétée au besoin, sans se laisser arrêter par le moment où l'on intervient ; l'heure du second est celle que l'on préférera dans la journée.

L'iodure de potassium nous fournit un exemple non moins frappant, C'est un vaso-dilatateur aux doses thérapeutiques ordinaires, qui a une durée d'action assez limitée pour douze à quinze heures seulement. Afin d'éviter l'accumulation et aussi pour avoir un effet continu, la prise doit en être renouvelée tous les jours. Mais besoin est-il d'avoir une vaso-dilatation momentanée pour parer à la syncope de l'angor pectoris par exemple, l'iodure n'est plus de mise ; l'inhalation de nitrate amylo, par sa vaso-dilatation périphérique instantanée, atteint au contraire le but ; par contre sa durée est courte. Le moment pour le nitrite d'amylo on le sent est toujours venu, en cas d'urgence ; pour l'iodure, il y a un choix nécessaire.

c) *Effet à obtenir.*—La plupart des médicaments, messieurs, suivant la dose ingérée, donnent lieu à des effets différents ; vous connaissez cette loi de pharmacologie générale. Il en résulte que pour obtenir tel effet plutôt que tel autre, tel ou tel médicament devra être ingéré à telle heure ou à telle autre.

Voici quelques exemples à l'appui. L'ipéca, en tant que vomitif ; peut être donné à toute heure, son action se produira toujours ; mais si vous l'employez comme anti-hémoptoïque, je vous ai appris qu'il convient de le donner à faibles doses, par paquets de dix centigrammes, toutes les vingt à trente minutes, afin d'entretenir l'état nauséux qui précède le vomissement et qui est si utile pour diminuer la tension artérielle pulmonaire. Le tartre stibié participe de propriétés analogues. Comme vomitif donnez cinq centigrammes de tartre stibié en une fois et à un moment quelconque ; comme purgatif, fait dissoudre cinq ou même dix centigrammes dans un litre d'eau ; en en donnant par petites verrées toutes les demi-heures, on a un effet purgatif. De même encore, messieurs, pour la bicarbonate de soude ; sa posologie est tout à fait spéciale suivant l'effet cherché. Pris dix minutes avant

le repas, l'action est celle d'un véritable appétitif ; pris après le repas ou à la fin de la digestion, c'est un neutralisant des acides en excès dans la sécrétion gastrique. L'effet à obtenir modifie donc dans la prescription détaillée l'heure à laquelle le médicament doit être pris.

d(*Action locale sur l'estomac.*—Nombre de substances peuvent être données sans aucun inconvénient à jeun, avant ou après le repas. Quelques uns cependant, et non des moins employées, ont une action bien connue et bien étudiée sur le suc gastrique et la muqueuse sécrétante, et, pour éviter cette action ou pour en profiter, le moment de leur administration est choisi en conséquence. Pour déterminer le moment le plus propice à la prise de ces médicaments, il faut tenir compte de plusieurs choses : de l'action locale du médicament sur l'estomac ; de l'action des phénomènes digestifs sur le médicament ; de l'action du médicament sur la digestion stomacale.

L'action locale se manifeste tantôt par la douleur, — il s'agit alors d'une irritation localisée, — tantôt par une activité physiologique plus grande, une sécrétion gastrique plus abondante, un temps moindre pour l'estomac à se débarrasser de son contenu, — Il s'agit alors simplement d'excitation. L'une et l'autre forme d'action locale peuvent être à craindre, mais la douleur doit être évitée. Aussi, une règle de conduite intervient-elle ici que vous aurez toujours présente à l'esprit pour les médicaments nouveaux aussi bien que pour ceux qui vous sont connus : " Les irritants solubles doivent être dilués afin de répartir sur l'estomac tout entier cette action qui ainsi affaiblie, amène alors la seule excitation ; " sous réserve de ce subterfuge, ces médicaments peuvent être administrés à jeun sans inconvénient. Quant aux irritants insolubles, ils devront toujours être donnés au moment des repas, afin de noyer l'irritation qu'ils provoquent dans l'excitation générale, alors en train de se produire.

Il faut bien savoir aussi que la forme pharmaceutique sous laquelle tel médicament, anodin de lui-même, est employé peut provoquer l'irritation et nécessiter le choix de l'heure du repas ; telle est la pilule, très employée en raison de sa commodité, mais que certains malades abandonnent en raison de l'irritation locale qu'elle entraîne, de la gastralgie qu'elle éveille quand elle doit être avalée à jeun ; certains purgatifs inemployables autrement qu'en pilule, sont délaissés au grand dam des spécialistes, — et c'est justice — ; car sous l'afflux du premier jet gastrique la pilule se désagrège pour donner une poudre ou une résine inso-

luble, qui continue, au contact de la muqueuse, son action irritante locale, d'où la douleur. Il en est de même, messieurs, pour le cachet qui se prend, à mon avis, d'une façon irrationnelle ; vous n'ignorez pas que pour le faire glisser, le patient avale une gorgée d'eau seulement. Le pain azyme qui est l'enveloppe protectrice du médicament à travers l'œsophage est vite dissous dans l'estomac, et alors il se passe ce que je vous ai décrit pour la pilule : le sac vidé, il y a une poudre insoluble, irritante au contact d'un point limité de la muqueuse stomacale. Et cela parce qu'il y a très peu de liquide ingéré : que le malade prenne le cachet avec un verre de liquide ou pendant le repas, et la douleur, fâcheuse quelquefois, mais non toujours contre-indiquée, comme la douleur si commune avec le naphthol, la quinine, etc., n'existera plus ; à sa place sera une simple excitation généralisée, profitable souvent, rarement nuisible.

Il n'y a pas que les pilules et que les cachets qui provoquent de la gastralgie : toutes les solutions médicamenteuses concentrées en sont là : l'iodure de potassium, le bromure de potassium si usités, le premier mélangé à la bière du repas, le second à du lait dans l'intervalle des repas, sont, ainsi dilués, complètement sans action locale irritante. Il y a aussi les vins médicamenteux pris avant le repas, avec une telle abondance que, sortis des officines des pharmaciens, c'est maintenant chez les épiciers, dans les cafés, qu'on va les quérir ou les consommer. L'action de l'alcool sur l'estomac à jeun est doublée de celle du quinquina, de la gentiane et des amers épiléptisants dont on les sature ; aussi cette absorption provoque-t-elle facilement de la gastralgie, que l'estomac perverti prend pour de l'appétit, un appétit vite satisfait du reste. En effet, ingérer avant le repas des vins alcooliques, c'est amener une vive réaction glandulaire, laquelle provoque une hypersécrétion immédiate mais qui ne se continue pour des excitations alimentaires moindre ; aussi, au moment du repas, l'estomac ne secrète-t-il plus la quantité du suc gastrique nécessaire à la digestion. C'est donc un non-sens que de prendre un apéritif avant le repas ; l'heure de ce médicament, l'apéritif alcoolique, sonne rarement, pourrait-on dire.

Pour approprier exactement l'heure de la prise aux effets maxima du médicament, besoin serait aussi de tenir compte des phénomènes digestifs sur le médicament. Malheureusement, il faut bien avoir le courage de l'avouer, ces notions sont peu connues encore ; le rôle des alcalins dans la digestion sort à peine

des limbes et la dissolution ou bien la formation de corps chimiques nouveaux, sous l'influence des sucs digestif, n'a encore tenté aucun chercheur. Je serai donc mal venu à vous entretenir de faits sans précision, d'hypothèses. Jusqu'à plus ample connaissance, négligez ce facteur dans la détermination de l'heure du médicament.

Tenez au contraire grand compte, messieurs, de l'action du médicament sur la digestion stomacale pour choisir telle ou telle heure, quand vous ordonnerez tel ou tel médicament ; les uns en effet l'interrompent, d'autres l'enraient, certains au contraire la favorisent.

Parmi les premiers se trouve l'eau chloroformée, préconisée comme antiputride, qui empêche l'évolution dans les limites normales de la digestion stomacale ; le naphтол et la saccharine sont aussi de ce nombre, bien que médicaments très usités dans les troubles divers par auto-intoxication intestinale ; ils n'en arrêtent pas moins la digestion ; dans cette catégorie se rencontrent aussi les antiseptiques comme la créosote, l'iode, l'ichthyol, dont l'emploi est si généralisé. Tous doivent être donnés en dehors des repas, dilués ou en suspension étendue, et de préférence une heure avant. Alors l'estomac est vide et il n'y a pas à craindre que la digestion ultérieure soit troublée de leur fait.

Toute une catégorie de médicaments quotidiennement prescrits ont une action moins brutale sur la digestion, tels l'iodure, le bromure de potassium, les sels de fer, de cuivre, de mercure ; ils ne font que retarder la digestion normale, ce qui est néanmoins d'une importance capitale. Ferré a montré depuis quelque temps que les bromures amènent une dyspepsie notable et provoquent par auto-intoxication des éruptions acnéiques, si des précautions ne sont pas prises. Mais déjà avant lui, l'haleine fétide du malade qui les prend en faible dilution aux repas avait été remarquée. Aussi dans tous les asiles où l'on est au courant de ces faits, est-ce très dilué, et le matin à jeun ou bien trois ou quatre heures après le repas du soir, de leur action locale sur l'estomac et aussi de l'action d'arrêt qu'on donne la ration de bromure. On doit agir de même pour les iodures : c'est fortement dilués et à jeun qu'il convient de les prendre en raison d'arrêt qu'exerce l'iode sur les amylacés contenus dans les aliments, dont la digestion se trouve de ce fait enrayée. Il y a cependant une exception à cette règle. Quand on se trouve en présence d'un malade présentant facilement de l'iodisme, essayez de donner l'iodure au

milieu du repas. Dans tous les autres cas, c'est à jeun et de préférence dans le lait, dans la bière, disent les syphiligraphes, que l'ingestion de l'iodure doit être faite.

Parmi les sels métalliques, laissons les sels de fer, cause de tant des dyspepsies chlorotiques, à raison des orgies de fer qui se commettent chaque jour, je vous en reparlerai bientôt ; laissons les sels de cuivre, maintenant peu usités : mais occupons-nous des mercuriaux. Voilà certes une question pratique. Les diasases diverses qui ont une action si importante pour la digestion sont brutalement annihilées par les sels de mercure solubles, et la dyspepsie gastrique survient vite, le fait est d'observation vulgaire, chez celui qui prend le sirop de Gibert à ses repas. Aussi, est-ce à jeun que ce médicament si utile doit être donné, et toujours dilué. Vous pouvez cependant donner le mercure au moment du repas, alors adressez-vous à la forme pilulaire qui se mélange moins intimement à la masse. En passant, je relèverai une erreur communément répandue. On a prétendu que le calomel pris en même temps que des aliments salés se transformait en sublimé. Il n'en est rien, et Patein l'a définitivement démontré ; il n'y a aucune crainte à donner, malgré la coutume, du calomel au moment des repas. Le calomel peut être pris à quelque moment que ce soit sans aucun inconvénient ; son insolubilité dans les premières voies assure son innocuité pour l'estomac et pour la digestion.

Il y a aussi, messieurs, des médicaments qui favorisent l'action digestive : ceux-là, vous concevez que le moment opportun de leur digestion c'est le repas, mais encore importe-t-il de connaître si c'est le début ou la fin du repas qu'il faut choisir. Voici les amers, par exemple ; ce sont des excitants locaux légers. Parmi eux rentrent le quinquina, le quassia, la gentiane, la noix vomique, etc. ; sous forme de gouttes, de teintures, ou mieux de poudres, ils incitent la muqueuse gastrique à sécréter modérément. Faites-les donc prendre en se mettant à table, à doses minimes ; le bol alimentaire viendra par derrière qui brassera le tout et généralisera la sécrétion au profit d'une digestion plus facile : le début du repas convient donc pour les amers. De même, mais pour une autre raison, que la physiologie à l'usage des gens du monde vous apprend et que je ne vous expliquerai pas par suite, la pepsine doit être portée dans le ventricule gastrique dès la première bouchée, afin de favoriser l'acte chimique de la digestion. Par contre, c'est au milieu du repas que l'arsenic, le fer,

doivent être absorbés ; leur action favorisante sur les actes chimiques n'a plus la même netteté que pour l'exemple ci-dessus, mais le suc gastrique, riche en acide chlorhydrique, coule plus abondamment sous leur influence quand leur ingestion survient à la suite du repas. A la fin du repas enfin doivent venir les médicaments, tels que l'acide chlorhydrique qui favorisent la période terminale de la digestion gastrique.

A étudier l'action locale du médicament sur l'estomac pour connaître l'heure de l'ingestion, il faut donc tenir compte surtout de l'action sur l'estomac et de celle sur la digestion ; et, règle générale, une poudre doit être donnée pendant le repas, mais un irritant soluble doit être donné dilué et à jeun. Voilà un guide que je vous engage à suivre ; vos erreurs à sa suite seront rarement cruelles.

Action du médicament sur la digestion intestinale. — On ne connaît guère, pour les médicaments, leur action sur la digestion intestinale. La plupart d'entre eux sont sans inconvénient marqué. Les uns donnent un peu de diarrhée pris à jeun ; on a la ressource alors de les donner au moment des repas. D'autres provoquent un peu de météorisme, des mictions imprévues ou fréquentes, à raison d'une absorption trop rapide du véhicule, et c'est bien souvent pour les dames, que cela gêne dans leurs habitudes de ne pas absorber beaucoup de liquide, un vice rhéhibitoire : je note en passant que la vogue de certaines eaux purgatives repose sur ce qu'il en faut pour beaucoup peu d'effet. D'autres médicaments cependant empêchent l'absorption intestinale et ceci est beaucoup plus grave. Parmi ces médicaments, il faut citer l'huile de foie de morue, que la mère de famille donne, sans consulter et sans compter, à ses enfants ; on a remarqué, en effet, remarque mise amplement à contribution par les étudiants allemands, experts en cérémonies bachiques, que l'absorption d'un verre d'huile permettait de nombreuses libations sans succomber à la nécessité de mictions fréquentes, l'absorption des liquides étant entravée par la couche huileuse, qui revêt émulsionnée tout le tractus intestinal. En raison de cette propriété contraire à l'assimilation des aliments, l'huile de foie de morue ne doit jamais être prescrite au moment des repas, mais au moins une heure avant ou à la fin du repas ; de cette façon elle ne gêne plus l'absorption intestinale.

Voilà, messieurs, des notions qui, je l'espère, vous seront profitables, et qu'il vous serait difficiles, à moins de recherches inter-

minables, de trouver dans les auteurs. Tous ces faits, c'est à la clinique que vous devriez les apprendre un à un, au fur et à mesure des occasions ; mais dans nos salles, avec des religieuses qui connaissent trop bien leur devoir, le chef de service oublie le plus souvent de préciser le moment auquel doit être donné le médicament qu'il prescrit, et cet enseignement se trouve de ce fait un négligé. C'est pourquoi j'ai voulu combler par cette leçon cette lacune de mon enseignement.

Etude clinique sur le Strophantus

(*Strophantus : A Clinical study*) ; par Reynold W. Wilcox, *professor of medicine and therapeutics at the New-York post graduate medical school and hospital. (The American Journal of the Medical sciences.)*

Cet important travail porte sur une douzaine d'affections cardiaques variées, avec tracés sphygmographiques à l'appui.

Le strophantus agit directement sur le muscle cardiaque, et n'exerce qu'une action faible ou nulle sur les vaisseaux, comme l'ont établi Fraser, Yeo, Delsaux. Son principe actif étant très soluble se diffuse très rapidement dans l'économie ; ainsi s'expliquent les rapides effets de l'administration du strophantus. Cette rapidité d'action rend ce médicament précieux dans les cas qui réclament une médication urgente. Une heure après son administration le pouls est manifestement plus fort en même temps que disparaissent ses intermittences et ses irrégularités. Et ces effets ne sont pas temporaires mais se prolongent longtemps.

L'auteur pense que les résultats obtenus dans ces cas sont supérieurs à ceux que procure la digitale ou les autres médicaments cardiaques auxquels on a recours d'ordinaire, et les divergences d'opinion ne tiennent qu'à la déféctuosité des préparations employées ; il importe de se servir d'une préparation active, bien titrée, toujours identique à elle-même.

Les avantages que le strophantus possède sur la digitale sont les suivants : il agit rapidement, puisque le pouls est modifié en une heure ; il n'exerce pas de phénomènes vaso-constricteurs ; son pouvoir diurétique est plus prompt : il ne produit pas de troubles digestifs ; il ne donne pas lieu aux accidents d'accumulation ; il réussit mieux chez les enfants et présente moins de

dangers chez les vieillards. Il est donc à souhaiter que l'usage du strophantus se répande de plus en plus, puisqu'il possède maints avantages sur la digitale, dont le plus précieux est de ne pas exercer cette vaso-constriction, qui constitue le danger de la digitale.

En dehors des cas qui présentent une dégénérescence avancée du myocarde ou s'accompagnent de désordres circulatoires d'ordre mécanique trop intenses, l'auteur estime que le strophantus est le médicament de choix :

1. Dans tous les cas de faiblesse du muscle cardiaque, d'arythmie et quand nous voulons établir une compensation ;
2. Dans tous les cas de dégénérescence artérielle ou l'on a besoin de rendre les contractions cardiaques plus énergiques sans agir sur les vaisseaux, dans l'artério-sclérose des vieillards ;
3. Dans tous les cas d'affections cardiaques où la diurèse est nécessaire, on peut l'obtenir par le strophantus grâce à la vigueur qu'il donne aux contractions cardiaques ;
4. Dans tous les cas de faiblesse cardiaque où l'on a besoin d'agir vite, car son action est rapide, et dans tous les cas où la médication doit être longtemps continuée, car il n'y a ni *accoutumance* ni *intolérance stomacale*.
5. Dans tous les cas d'affections cardiaques chez les enfants ou les vieillards.

Ces conclusions viennent à 9 ans d'intervalle confirmer celles de M. Bucquoy qui disait à l'Académie en 1889 :

Dans 20 cas de *lésions mitrales*, les effets ont été en général remarquables. Les phénomènes les plus graves cèdent avec rapidité. Les urines deviennent plus abondantes, les œdèmes et la congestion disparaissent, le pouls se relève et diminue de fréquence, l'oppression et les palpitations sont moindres et le malade accuse souvent une sensation de bien-être depuis longtemps inconnue.

J'ai obtenue aussi de ces améliorations rapides dans bon nombre d'*asystolies* liées, soit à l'insuffisance mitrale simple, soit à l'insuffisance combinée au rétrécissement mitral.

Dans les cardiopathies de l'*enfance* l'extrait de strophantus donne d'excellents résultats et est très bien toléré.

Dans les *lésions aortiques*, l'*insuffisance aortique*, les *lésions athéromateuses des artères*, l'extrait de strophantus a donné des effets remarquables chez des sujets assez jeunes encore pour que le cœur puisse réagir. Les tracés montrent le relèvement du pouls et l'augmentation de la diurèse.

Dans l'*angine de poitrine* de forme et d'origine diverses, l'extrait de strophantus a fait disparaître les accès, là même où les médications les plus diverses avaient échoué pendant des années. Un cas bien frappant est celui d'un médecin qui depuis quatorze mois prend chaque jour 4 granules d'extrait de strophantus. Les accès d'angine de poitrine fréquents et violents, qui ne cédaient qu'aux injections de morphine et contre lesquels la spartéïne, la caféine, la trinitrine, l'iodure de sodium, n'avaient produit que peu de soulagement, ont cédé à cette médication. Le pouls est devenu plus fort et plus régulier, le sommeil, fréquemment interrompu par un cauchemar et des palpitations, est devenu plus calme et réparateur.

En résumé, dit M. Bucquoy, nous pouvons conclure de toutes ces observations que l'extrait de strophantus est un médicament cardiaque de premier ordre. La facilité avec laquelle il est toléré permet d'en continuer longtemps l'emploi. L'accoutumance n'en détruit pas les effets. Il ne s'accumule pas dans l'économie comme la digitale ; il n'exerce pas non plus sur l'estomac l'action nauséuse qui oblige souvent à abandonner la digitale. Le seul symptôme d'intolérance observé est un peu de diarrhée, sans colique, et qui cesse avec la suspension du médicament.

Il a d'abord employé la teinture et y a renoncé parce qu'il l'a trouvée infidèle. Les teintures, dit-il, contiennent des quantités variables de substances actives. La qualité et la provenance du strophantus, le mode de préparation, etc., influent beaucoup sur la composition du remède. La teinture a même été préparée quelquefois avec des semences épuisées et un médecin des hôpitaux de Paris en a administré jusqu'à 80 gouttes sans obtenir d'effets sensibles. Il a donc adopté l'usage de l'extrait préparé par M. Catillon qui lui a donné des résultats toujours identiques et souvent remarquables.

La dose quotidienne est en général de 4 granules pris à intervalles égaux en commençant par 2 granules le jour, puis 3 et 4 les jours suivants. Cette dose est bien tolérée, ses effets sont complets. Une dose plus élevée ne paraît pas plus efficace et peut provoquer la diarrhée.

Revue Médicale des Sociétés Savantes

MM. Chibret et Izarn ont imaginé un procédé de recherches des alcaloïdes et leucomaines qui peuvent exister dans l'urine. Ce procédé est basé sur l'action du réactif iodo-ioduré employé dans des circonstances déterminées qui rendent plus sensible l'apparition du précipité.

On prépare un soluté de cocaïne à $\frac{1}{800}$ ou en verre 2 cent. cubes dans un tube à essai lavé d'abord à la potasse, puis à l'eau distillée, on ajoute 3 gouttes d'acide azotique, puis 3 gouttes de réactif iodo-ioduré. Il ne se produit aucun précipité ni trouble visible par transparence, mais en faisant varier convenablement l'éclairage on constate l'existence d'un léger louche et d'un léger opalescence déterminée par un précipité excessivement tenu qui reste en suspension dans le liquide. Cette opalescence sert de terme de comparaison quand on opère avec l'urine dans les mêmes conditions. On dilue celle-ci d'une quantité d'eau telle qu'on obtienne une opalescence identique avec celle produite par le soluté de cocaïne à $\frac{1}{800}$. L'urine normale d'un sujet bien nourri donne l'opalescence lorsqu'elle est diluée à $\frac{1}{30}$ ou $\frac{1}{40}$. Dans l' inanition le taux de solution tombe à $\frac{1}{50}$; il s'élève au contraire à $\frac{1}{100}$ et même à $\frac{1}{200}$ chez les sujets surmenés ou suralimentés.

M. Thibierge signale un cas de maladie d'Addison observé chez un nègre atteint de syphilis. La coloration de la peau était devenue beaucoup plus foncée qu'à l'état normal et la pigmentation de la muqueuse nasale très intense.

M. Landouzy présente une femme de 44 ans chez laquelle M. Faure a pratiqué la résection partielle de l'estomac. Il s'agissait d'un épithélioma qui retrécissait le pylore. Les trois cinquièmes du corps de l'estomac ont été réséqués, et le tégumentum a été remis à la portion conservée. L'opération a parfaitement réussi et actuellement le sujet a engraisé de 10 kilogrammes.

M. Fernet signale la guérison d'un cas de gangrène pulmonaire traité par la pneumotomie. L'opération fut pratiquée par M. Lejars qui trouva dans le poumon une cavité remplie d'un pus fétide et contenant un fragment de poumon gangrené. La poche fut évacuée, lavée et drainée. Il se produisit tout d'abord de l'amélioration, mais peu à peu le malade s'affaiblit, la dyspnée

s'accru et le malade succomba au bout de six semaines. L'autopsie revela l'existence d'une tuberculose aiguë qui avait pris naissance sur un ancien foyer gangreneux et s'était ensuite généralisé aux deux poumons.

M. Budin signale l'abaissement de la température chez les enfants débiles. Sur 191 nouveaux nés observés pendant une période de trois années et dont la température rectale était seulement de 33° ou inférieure à ce chiffre : 139 sont morts, ce qui représente une mortalité de 98%. Le refroidissement n'a pas été la seule cause de la mort, mais bien le facteur principal. En effet, en prenant toutes les précautions pour empêcher ce refroidissement la mortalité s'est abaissée à 26,5 par 100.

MM. Gilles de la Touralk et Chipault indiquent un mode de percussion méthodique du crâne qui permet de déterminer l'épaisseur de la paroi ; ce renseignement est très important lorsqu'il s'agit de pratiquer une trépanation. La percussion peut être pratiquée soit avec le doigt, soit avec un petit marteau : le sujet doit tenir la bouche fermée.

MM. Charrin et Levaditi ont observé combien variait la teneur en eau des différentes zones de l'intestin. Si l'on ajoute 3 centim. cubes de culture tétanique dans deux ances intestinales de même longueur, fermées au deux bouts on retrouve plus tard de 10 à 20 cent. cubes dans l'anse située au niveau du duodénum, tandis que dans la seconde anse placée vers l'extrémité inférieure de l'ileon on ne retrouve plus que 2 cent. cubes ou même plus du tout de liquide ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on en rencontre 4 ou 5 cent. cubes ; autrement dit il s'accumule du liquide dans les portions de l'intestin voisines de l'estomac, alors que, dans les plus éloignées, la résorption prédomine.

M. Curtis a publié sur les parasites du cancer un travail dont voici les conclusions : Le cancer humain n'est pas cultivable sur les milieux usuels, ni inoculable aux animaux habituellement employés dans les laboratoires. Le micro-organisme du cancer, si toutefois il existe, échappe jusqu'à présent à toutes les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales.

M. Marinresco relate un cas de molaria des centres nerveux. En général les manifestations nerveuses que l'on observe dans le paludisme présentent deux caractères distinctifs : ils sont habituellement de durée éphémère, et dans un certain nombre de cas ils sont justifiables du traitement par la quinine. M. Marinresco a

observé un cas dans lequel la quinine n'a produit aucun effet thérapeutique, et les troubles nerveux ont été permanents ; la malade est morte dans le coma avec une température de 36.5. A l'autopsie le cerveau et autres centres nerveux présentaient un aspect tout spécial ; la substance corticale offrait une coloration d'un gris mat, et la substance blanche était également un peu grise. Sur des coupes de l'écorce traitées par la méthode de Vissel on compte que les vaisseaux capillaires étaient dilatés et renfermaient un grand nombre d'éléments pigmentés noirâtres. Ces coupes sont les éléments parasitaires découverts par M. Laveray.

CHRONIQUE

Par suite d'une erreur presque incompréhensible, un enfant vient de sortir aveugle d'une opération qui, précisément, avait pour but de lui conserver la lumière.

Epouvantable malheur, si l'on songe surtout que le jeune homme héritera d'une très grande fortune et que toutes les joies de l'existence lui étaient promises dans cet avenir qui s'ouvrait tout rose devant lui et qui, désormais, sera plus sombre que la nuit, plus triste que la mort.

Nous n'y saurions penser sans frémir, et c'est bien sincèrement, bien profondément ému que nous offrons à la famille éplorée, l'expression de toute notre sympathie.

Mais il ne faut pas nous borner à plaindre le pauvre enfant. Il faut nous souvenir qu'il est une autre victime à qui nous devons la haute estime confraternelle qu'il a toujours méritée et, dans le malheur qui le frappe, la sincère sympathie à laquelle il a droit.

Et nous croyons être d'accord avec la grande majorité de nos confrères en lui en offrant ici l'expression, si du moins, nous nous en rapportons aux entrevues publiées et qui, toutes, sont de médecins canadiens-français. Hélas, trop de profanes lui prodiguent le blâme sans compter, à notre malheureux confrère et nous reprochent même

d'avoir émis des opinions favorables à l'opérateur et tentant d'expliquer son erreur. " Et si, nous disent-ils, un médecin canadien-français en eut fait autant, pensez-vous que ses confrères anglais l'eussent protégé comme vous l'avez fait " ? Certes, nous n'en savons rien. Et qu'il nous soit permis de nous réjouir de ce que les circonstances nous aient empêché d'en rien savoir, l'erreur, Dieu merci ne s'étant pas produite chez nous. Mais puisque nous n'en savons rien exactement, ne nous attardons pas à des suppositions plus ou moins probables qui, par leur incertitude même, pourraient peut-être faire naître en nous des sentiments mauvais. Envisageons plutôt la question à un point de vue plus conforme à notre sang français et à sa générosité naturelle.

Que nous importe, en effet, de savoir ce qu'on eût fait à notre place ? Il nous suffit de connaître ce que nous commandent l'honneur et la charité. Sachons continuer à défendre notre malheureux confrère anglais et cela, pour l'honneur de la confraternité, avec pour seule récompense le sentiment du devoir accompli.

ADELSTAN DE MARTIGNY.

Du sulfonal contre les sueurs nocturnes des phtisiques

Les sueurs nocturnes, chez les tuberculeux, sont à la fois une cause d'insomnie et d'épuisement rapide. Par la transpiration, il se fait une élimination abondante de matières organiques et salines : chlorure de sodium, albuminoïdes et graisses. Cette déperdition les conduit rapidement à la cachexie. Aussi doit-on intervenir contre ce symptôme par des médicaments appropriés ; l'acide camphorique, le tellurate de soude, l'agaric et surtout l'atropine, sont de précieux antisudorifiques. Ils tarissent ou diminuent, tout au moins, la transpiration ; mais ils n'ont pas de propriétés soporifiques, et l'insomnie, entretenue par la toux et

les muqueuses qui encombrent les bronches, n'est pas modifiée. Existe-t-il un remède qui soit à la fois hypnotique et antisudoral ? Le sulfonal, qui a des propriétés hypnotiques incontestables, a été expérimenté dans ce but et voici les résultats obtenus par les auteurs : utile à toutes les périodes de la tuberculose, il est particulièrement indiqué pour combattre les sueurs qui surviennent aux deux premières périodes.

A la dose de 1 à 2 grammes, chaque soir et administré vers huit ou neuf heures, le sulfonal a donné de bons résultats. Chez plusieurs malades, les sueurs ont disparu complètement après deux ou trois prises ; chez d'autres, la transpiration s'est localisée à une partie du corps, de préférence à la tête ; chez d'autres enfin, les sueurs ont cessé, mais les tuberculeux ont conservé néanmoins une certaine moiteur de la peau. En somme, au deux premières périodes de la tuberculose, on obtient toujours une diminution notable de la sudation et, dans quelques cas, sa disparition complète.

L'action du sulfonal s'épuise vite ; un malade chez lequel la transpiration avait disparu, vit reparaitre les sueurs après cinq jours de ce traitement (1 gramme chaque soir), et celles-ci se localisent à la tête.

Dans la plupart des cas, le sulfonal agit encore pendant quelques jours après qu'on a cessé de l'administrer (quatre jours chez un malade).

Le sulfonal donne rarement lieu à des accidents ; dans un cas cependant chez une malade neurasthénique et nerveuse, on constata des douleurs de tête et des bourdonnements d'oreilles qui disparurent, d'ailleurs, aussitôt après la suppression du médicament.

Son action antisudorale est nulle chez les malades arrivés à la troisième période de la tuberculose. Mais son action hypnotique se manifeste, et les tuberculeux auxquels le sulfonal procure un sommeil moins troublé et plus réparateur, en ont retiré quelque profit.

L'accoutumance est obtenue après un usage prolongé au delà de quinze jours.

N B.—Nous venons de recevoir trop tard pour insertion dans le présent numéro une lettre de M. le docteur Lozé, de Paris, et nous la publierons dans le numéro de juin.

Ce 3 mai 1899.