

doses de poivre cubèbe (2 à 4 gram. par jour) combattaient avec succès l'incontinence d'urine ; en établissant en même temps l'utilité de cet agent contre l'amnésie et le vertige idiopathique, il semble implicitement reconnaître que son efficacité dans l'incontinence dérive d'une stimulation cérébrale, et cette médication nouvelle confirme encore la théorie qui rattache le plus grand nombre des incontinenes nocturnes d'urine, chez les enfants, à un état particulier de torpeur du cerveau.

SECTION QUATRIÈME

MODIFICATEURS DE LA SÉCRÉTION SALIVAIRE

La salive proprement dite est le produit de la sécrétion des glandes dites *salivaires* : parotides, sous-maxillaires et sublinguales, qui forment une chaîne glandulaire autour de la mâchoire ; mais elle est fournie aussi par des glandules isolées, placées dans l'épaisseur de la muqueuse buccale. En général, on désigne sous le nom de *salive* le liquide complexe qui humecte la bouche, et que constituent la salive et les sécrétions propres de la muqueuse buccale et des glandes salivaires.

Cette sécrétion, dont l'abondance varie suivant une foule de conditions physiologiques, atteint en moyenne 1,500 gram. par jour chez l'adulte. La physiologie a intérêt à envisager isolément les salives fournies par les diverses glandes, et elle signale entre elles quelques différences, notamment au point de vue de la viscosité. En clinique, il convient de méconnaître ces distinctions et de ne s'occuper que du liquide buccal ou salive complexe.

Cette salive se présente sous l'aspect d'un fluide opalin, transparent, inodore, difficilement miscible à l'eau, laissant déposer du mucus par le repos. Elle a une pesanteur spécifique de 1,0043 à 1,0061, et contient de 0,35 à 1 pour 100 de matières solides, principalement composées de chlorures de potassium et de sodium, de carbonate de chaux et aussi de quelques traces de sulfocyanure de potassium, dont la présence, d'après les recherches, de Cl. Bernard, ne serait rien moins que constante. On trouve enfin, dans ce liquide, une substance gélatineuse, soluble dans l'eau, la *ptyaline*, qui paraît y être unie à la potasse, à la soude et à la chaux (Lehmann). La salive pure est toujours alcaline ;

toutefois la salive complexe présente souvent à jeun, et dans certains états morbides, une acidité qui, suivant Cl. Bernard, n'appartiendrait nullement à la salive, mais bien au mucus buccal, avec lequel elle se mêle. Les fonctions de la salive sont à la fois mécaniques et chimiques ; elle sert, en effet, à favoriser le glissement et la déglutition du bol alimentaire, en même temps qu'elle exerce sur quelques-uns de ses éléments une action transformatrice et une élaboration préparatoire à leur dissolution. Quoi qu'il en soit des théories admises en physiologie sur le rôle de la salive, il est un fait incontestable, c'est que l'intégrité de la sécrétion salivaire est d'une extrême importance et qu'il y a un grand intérêt à la ramener dans ses conditions physiologiques quand elle s'en écarte.

Ici, comme pour les autres sécrétions, nous trouvons trois modes particuliers d'action thérapeutique : 1° stimuler la sécrétion salivaire ; 2° la diminuer ; 3° modifier les qualités de la salive.

CHAPITRE PREMIER

Stimulants de la sécrétion salivaire

Nous conserverons ici l'ancienne distinction établie entre les *sialagogues* et les *sialorrhéiques*, analogue à celle qui sépare les *diaphorétiques* des *sudorifiques*, les sialagogues ramenant simplement la sécrétion salivaire quand elle est tarie, les sialorrhéiques l'exagérant au point d'en faire un flux véritable. Nous ne nous occuperons ici que des *sialagogues*, les moyens qui produisent une sialorrhée trouvant plus naturellement leur place dans la troisième partie de cet ouvrage.

Ces agents ont leur utilité dans deux cas différents : 1° lorsque, par une cause quelconque, il y a diminution notable ou arrêt de la sécrétion salivaire ; 2° quand, pour obtenir un résultat thérapeutique déterminé, il convient de déterminer la salivation.

1° L'asialorrhée existe à un certain degré dans toutes les affections fébriles, quand surtout elles s'accompagnent d'anhélation. La persistance de la fièvre et l'élévation de chaleur qui la caractérise, le défaut de mouvements masticatoires, la privation d'aliments sapides, susceptibles de stimuler les glandes salivaires, sont les causes de cette sécheresse de la bouche qui est liée au mouvement fébrile et qui constitue quelquefois pour les malades un supplice véritable. On la retrouve également chez les individus qui présentent une notable exagération d'une autre sécrétion : ainsi dans la suette, la glycosurie, les collections