

tion a suivi le traitement hydrominéral (1). Depuis cette époque, je puis ajouter dix cas de tachycardie paroxystique absolument guéris.

Comment expliquer ces faits? Plusieurs facteurs doivent être invoqués : le climat et les eaux qui ont une action sédative se manifestant favorablement sur l'éréthisme cardiaque, le goitre exophtalmique, l'angine de poitrine névrosique ; ensuite, les propriétés radio-actives très puissantes de ces eaux démontrées par les recherches récentes de Curie et Laborde, propriétés radio-actives exerçant une sédation tout à fait spéciale sur le système nerveux et l'appareil circulatoire.

Voilà bien des médications ; mais là où existe l'incertitude de la pathogénie règne l'incertitude du traitement. La richesse n'est qu'apparente ; elle cache une pauvreté thérapeutique.

(1) A. PIATOT, Traitement des maladies du cœur, de la goutte et du rhumatisme à Bourbon-Lancy, Mâcon, 1905. Quelques considérations sur les propriétés radio-actives des eaux minérales, Mâcon, mars 1905.

XXI. — CARDIOPATHIES ET ÉTAT NERVEUX

- I. CARDIOPATHIES ET ÉTAT NERVEUX. — Syncope, symptôme cardiaque mais non symptôme d'affection cardiaque. Syncopes mortelles dans l'insuffisance aortique artérielle, l'angine de poitrine, la maladie de Stokes-Adams, rarement dans la tachycardie paroxystique et l'adipose cardiaque. — Hémiplégie hystérique, polypnée, phénomènes angineux, syncopes, palpitations. Rétrécissement mitral et hémiplégie hystérique. Insuffisance mitrale et syncopes nerveuses. Fausse apparence de gravité dans les cardiopathies avec hystérie. Hystérie cardiaque et épilepsie cardiaque, ou plutôt hystérie et épilepsie chez les cardiaques. L'épilepsie et l'hystérie cardiaques n'existent pas. Erreurs de diagnostic.
- II. SOUFFLES ANORGANIQUES. — Quelques exemples, et exagérations commises au sujet de la fréquence de ces souffles extra-cardiaques. Appareil séro-graisseux du cœur. Cause anatomique des bruits extra-cardiaques permanents. Les faux cardiaques et le service militaire.

La marque suprême d'un bon médecin est de connaître la tendance des maladies, disait Borsieri. On pardonne plus volontiers à un médecin une erreur de diagnostic difficile à juger avec compétence, qu'une erreur de pronostic appréciable pour tout le monde. Plus qu'à toute autre affection peut-être, cet aphorisme est applicable aux affections du cœur, ou plus exactement à celles qui peuvent les simuler. Rappelons, à ce sujet, quelques faits montrant la réserve qu'il faut garder dans les cas de ce genre.

I. — Cardiopathies et état nerveux.

Une femme, atteinte d'un rétrécissement mitral avec léger degré d'insuffisance aortique, présentait de temps en temps une tendance à la syncope dont elle s'effrayait beaucoup et qui s'accompagnait d'une anxiété très pénible. Elle s'améliora cependant et put quitter l'hôpital, sans que cet état m'eût jamais préoccupé au point de vue du pro-

nostic. Car, je le répète souvent : *la syncope est un symptôme cardiaque, mais non un symptôme d'affection cardiaque*. Il en résulte que, lorsqu'on l'observe au cours d'une cardiopathie, il faut en chercher la cause et le point de départ ailleurs que dans le cœur. Il n'y a que quatre ou cinq maladies de l'appareil circulatoire où les syncopes sont observées : dans l'angine de poitrine et dans l'insuffisance aortique artérielle où elles sont ordinairement mortelles, dans la maladie de Stokes-Adams, rarement dans la tachycardie paroxystique et l'adipose cardiaque. Encore, peut-on soutenir que dans les quatre dernières maladies, la mort subite par syncope procède toujours de l'angine de poitrine coronarienne concomitante.

Une autre malade, atteinte d'un rétrécissement mitral, avait eu, un an auparavant, une attaque d'hystérie, suivie d'un état mental de forme particulière qui aurait pu faire penser facilement à des phénomènes cérébraux d'origine cardiaque. Récemment, on a constaté chez elle une légère hémiparésie gauche avec hémianesthésie sensorielle et sensitive qui, si elle n'avait été précédée d'autres accidents hystériques, aurait pu rendre le pronostic sévère ou très incertain ; car on sait que l'embolie cérébrale est relativement fréquente dans le rétrécissement mitral.

J'ai été consulté par un médecin dont le fils, à la suite d'un rhumatisme, ayant gardé un souffle d'insuffisance mitrale, avait présenté des syncopes à plusieurs reprises et sans cause apparente. Ces syncopes réitérées chez ce jeune sujet éveillèrent mon attention vers l'hystérie dont il présentait de nombreux stigmates ; l'insuffisance mitrale existait, mais elle n'était pour rien dans les syncopes, et c'était l'hystérie qui était la cause des accidents nerveux sans importance pronostique.

Ainsi, un cardiaque avéré qui a des *syncopes*, des *palpitations* violentes, une *polypnée* intense, des *phénomènes angineux* spontanés sans les caractères véritables de la

coronarite, doit être considéré comme suspect d'hystérie, et on ne doit se prononcer sur le pronostic qu'après l'avoir examiné attentivement à ce point de vue. L'hystérie peut donc se montrer dans les cardiopathies organiques, et c'est alors qu'elle devient l'occasion d'erreurs graves de pronostic.

Cette association de symptômes hystériques avec les cardiopathies donne à celles-ci une fausse apparence de gravité ; le fait est assez fréquent, mais il ne s'agit pas, comme on l'a dit, d'un rapport de cause à effet entre le rétrécissement mitral et l'hystérie. Le plus souvent, il s'agit d'une association *fortuite* qui a surtout de l'importance en raison des erreurs qu'elle fait commettre (1).

Il n'y a pas, à proprement parler, « d'hystérie, d'épilepsie ou de chorée cardiaques » produites ou entretenues par une maladie du cœur, mais il y a l'hystérie, l'épilepsie, la chorée chez les cardiaques. Exception est faite pour le pouls lent permanent avec attaques épileptiformes, qui est une maladie spéciale cardio-bulbaire, et pour quelques aortiques qui sont prédisposés, par le fait de leur affection valvulaire, à l'hystérie et surtout à la neurasthénie. En effet, certaines insuffisances aortiques tendent à créer chez quelques sujets un état de faiblesse irritable du système nerveux, et il ne s'agit plus ici d'une association fortuite, comme je le disais tout à l'heure, mais d'une relation de cause à effet.

II. — Souffles anorganiques.

A côté de ces faits, il convient de donner une place à ceux dans lesquels un souffle extracardiaque est la cause d'une erreur de pronostic. Ces souffles, qui méritent plutôt le nom de *cardio-pulmonaires*, ont des caractères assez nets permettant de les reconnaître facilement. Toutefois, il est des cas où la distinction est extrêmement difficile. J'ai cité un exemple curieux observé chez une femme albuminurique ;

(1) Voir à ce sujet la thèse de mon élève, Huc : *Maladies du cœur et névroses*, 1890, et *Journal des Praticiens*, 1891.

le souffle, à siège diastolique, était d'une si grande intensité qu'on put croire à une rupture valvulaire, et le diagnostic porté également dans d'autres services avait été celui d'insuffisance aortique. Cependant, cette malade étant morte brusquement d'une hémorragie cérébrale, l'autopsie montra qu'il n'existait chez elle aucune lésion valvulaire. Il s'agissait d'un souffle extracardiaque.

Ces souffles se montrent surtout au moment de la systole. Ceux de la période diastolique sont beaucoup plus rares, même exceptionnels; ils ont été étudiés dans mon service par mon ancien interne L. Magdelaine (1).

Ces bruits se produisent dans le poumon et sont déterminés par l'expulsion brusque de l'air contenu dans la lamelle pulmonaire en rapport avec le cœur, expulsion d'autant plus bruyante que le cœur se contracte avec plus de vivacité, comme chez les nerveux.

Laënnec, qui a découvert les bruits de souffle anorganiques du cœur, leur a assigné leur vraie interprétation pathogénique, avec leur siège pulmonaire et leurs caractères cliniques, au point de n'avoir presque plus rien laissé à dire de réellement nouveau à ce sujet. C'est pourquoi il importe de reproduire l'un des passages, un peu trop oubliés, où il a appelé l'attention sur les souffles « constatés chez des personnes qui n'ont aucune lésion de ces organes (cœur et artères) et qui sont attaquées d'affections très diverses ».

« Chez quelques sujets, les plèvres et les bords antérieurs des poumons se prolongent au devant du cœur et le recouvrent presque entièrement. Si l'on explore un pareil sujet au moment où il éprouve des battements de cœur un peu énergiques, la diastole du cœur, comprimant ces portions de poumon et en exprimant l'air, altère le bruit de la respiration de manière qu'il imite plus ou moins bien celui d'un soufflet ou celui d'une râpe à bois douce. Mais, avec un

(1) L. MAGDELAINE, Contribution à l'étude des souffles cardio-vasculaires (souffles diastoliques de la base). Thèse de Paris, 1897.

peu d'habitude, il est très facile de distinguer ce bruit du bruit de soufflet donné par le cœur lui-même. Il est plus superficiel. On entend au-dessous le bruit naturel du cœur, et, en recommandant au malade de retenir pendant quelques instants sa respiration, il diminue beaucoup ou cesse presque entièrement. La pression exercée par la diastole du cœur sur le poumon peut encore déterminer une crépitation dans le cas d'emphysème pulmonaire interlobulaire et souvent une variété du râle muqueux fort, analogue au cri du cuir, quand il y a peu de mucosités dans les bronches. »

Ainsi, Laënnec, en spécifiant que ces bruits de souffle apparaissent surtout lorsque les battements du cœur sont un peu énergiques, a démontré encore qu'ils sont d'autant plus fréquents que le cœur est plus irritable. C'est pour cette raison qu'on les rencontre surtout chez les nerveux, dans le goitre exophtalmique, dans certains états fébriles, la fièvre typhoïde en particulier, chez les saturnins et les tuberculeux, dans l'endocardite rhumatismale, où, contrairement à l'opinion commune, ils n'indiquent en aucune façon le début de l'endocardite aiguë; car l'endocardite s'annonce d'abord par des modifications de timbre et d'intensité des bruits valvulaires, qui deviennent « voilés, enrourés, sourds, un peu éteints », et ressemblent, comme le disait Bouillaud, au bruit du tambour recouvert d'un crêpe.

Une des malades de notre service, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, est un exemple de ce genre. Dès le premier jour, nous avons constaté un bruit de souffle n'accompagnant pas franchement la systole, mais la suivant (*souffle post-systolique* représenté par ces deux syllabes : *pā-foût*). Endocardite, pensiez-vous? Nullement; et j'ai dit que l'apparition d'un souffle, tout à fait au début, était la preuve qu'il ne s'agissait pas d'endocardite, mais bien d'un souffle cardio-pulmonaire. Celui-ci, provoqué par un peu d'excitation cardiaque, a disparu après quarante-huit heures, sans être accompagné de modifications dans le timbre et

l'intensité des bruits valvulaires, ce qui démontrait son origine anorganique.

L'étude de ces faits a une grande importance, et j'ai vu nombre de jeunes gens exemptés du service militaire pour des affections cardiaques qu'ils n'avaient pas, comme je l'ai démontré dans la thèse d'un de mes élèves sur ce sujet (1).

Ces bruits cardio-pulmonaires sont en général instables ; mais ils peuvent être aussi persistants, et cela quelquefois pendant très longtemps. Je connais un sujet qui, depuis quinze ans, présente un souffle extracardiaque sans aucune modification. On ne peut expliquer ce fait que par l'existence d'adhérences costopleurales fixant au devant du cœur d'une façon permanente la lame pulmonaire où se passent tous ces bruits.

Ils peuvent encore siéger dans la plèvre au niveau des trois grosses franges cellulo-graisseuses répondant à l'insertion diaphragmatique du péricarde, que Poirier vient de décrire. Comme il le fait remarquer, l'inflammation pleurale ou pré-péricardique se localise avec une prédiction marquée en cet endroit, c'est-à-dire au niveau de la pointe du cœur ; il peut en résulter des bruits de souffle extra-cardiaques plus ou moins permanents, dont la fréquence doit être grande si l'on en juge par la fréquence de la soudure de ces franges, soudure favorisée et produite par un travail inflammatoire antérieur (2).

Pendant une grande partie de sa vie, Potain a étudié patiemment et très longuement les caractères de ces souffles extra-cardiaques connus depuis Laënnec, et il est arrivé à un résultat inévitable, à l'exagération de leur fréquence. On en a vu un peu partout, et comme il était intéressant ou surprenant d'en constater avec les caractères d'une grande

(1) A. CHEVRON, Les faux cardiaques et le service militaire (*Thèse de Paris*, 1898).

(2) P. POIRIER, L'appareil séro-graisseux du cœur (*Presse médicale*, 1904).

intensité, beaucoup d'auteurs ont publié des cas de souffles dits « extra-cardiaques ou cardio-pulmonaires » et qui étaient manifestement d'origine ou de nature valvulaire. Parmi de nombreuses erreurs commises à ce sujet, en voici une dont je viens d'être témoin : Un malade présentait un souffle mitral tellement fort qu'on pouvait le percevoir à quelques centimètres de distance. Pendant sept années, on a vécu dans cette erreur, qu'il s'agissait d'une fausse maladie du cœur, et la conséquence a été que le malade a commis imprudences sur imprudences. Or, il vient de succomber à plusieurs atteintes d'œdème aigu du poumon. Ce pauvre malade était atteint d'une cardiopathie artérielle à forme myo-valvulaire que j'ai décrite, d'une de ces cardiopathies artérielles dont l'importance et la fréquence sont si grandes, et dont la méconnaissance devient une faute des plus graves à l'égard des malades. Faute plus grave encore : on voit des œuvres résumant une vie médicale tout entière, et dans lesquelles le nom de cardiopathie artérielle ou de cardio-sclérose n'est même pas prononcé !

Je me résume : Il est utile de prémunir les praticiens contre l'étrange abus commis sur la fréquence des souffles anorganiques. Les nier, ce serait une faute ; les voir trop souvent, c'est une erreur aussi grave.

XXII. — CŒUR ALCOOLIQUE

- I. MYOCARDITE ALCOOLIQUE. — Par stéatose myocardique ; par dissociation segmentaire du myocarde. Vago-névrite ? Atteinte de trois organes (cœur, foie, rein) sans artériosclérose.
- II. HYPERTROPHIE PLÉTHORO-ALCOOLIQUE. — Cœur de bière. Pléthore vasculaire et hypertension consécutive à l'ingestion d'une grande quantité de liquide ; parésie toxique du myocarde. Cardiectasie et thrombose cardiaque consécutive. Imminence de dilatation cardiaque, d'asystolie aiguë se terminant par une mort rapide.
- III. TRAITEMENT. — Rareté de cette forme de cœur alcoolique en France. Quatre indications thérapeutiques : supprimer la cause ; éviter les causes de surmenage du cœur ; surveiller le cœur alcoolique au cours des maladies infectieuses ; soutenir le cœur en imminence continuelle de dilatation et d'asystolie. Digitale, spartéine, strophanthus.

I. — Myocardite alcoolique.

On rencontre parfois à l'autopsie de malades parvenus à un âge peu avancé (trente à cinquante ans) des cœurs flasques, mous, plus dilatés qu'hypertrophiés, avec élargissement des orifices auriculo-ventriculaires et lésion à peine appréciable des appareils valvulaires.

Pendant la vie, on avait constaté les principaux signes d'une insuffisance mitrale (d'origine fonctionnelle), avec souffle systolique à la pointe, se propageant à la fois en dedans vers l'appendice xiphoïde et en dehors vers la région axillaire, avec une sorte d'hésitation arythmique de la systole, pouvant en imposer pour un rétrécissement mitral.

Ce qui avait frappé l'attention, c'était l'existence d'une *tachy-arythmie* très accusée, survenant par accès, avec abaissement plus ou moins considérable de la tension artérielle, s'accompagnant à peine d'œdème des membres inférieurs ; les urines étaient devenues promptement albumineuses, et le foie congestionné et douloureux au début avait

fini par subir assez promptement un mouvement de rétraction, avec production d'un léger épanchement abdominal.

Dans ces conditions, la mort subite s'observe quelquefois, et l'on ne trouve rien pour l'expliquer : aucune altération aortique, aucune lésion coronarienne, sauf peut-être la *névrite alcoolique du pneumogastrique* qui n'a pas été suffisamment recherchée, et une légère dégénérescence diffuse avec état granuleux de la fibre myocardique et dissociation segmentaire, qui a été constatée d'abord par J. Renaut (de Lyon) et son élève Mollard, puis par Aufrecht dans la myocardite alcoolique. L'adipose péricardique a été aussi assez souvent constatée.

Comme trois organes sont simultanément atteints, — cœur, foie et rein, — on a tendance à établir le diagnostic d'artériosclérose, alors qu'il s'agit d'une forme particulière de *myocardite alcoolique*, encore incomplètement étudiée au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la clinique. J'ai observé chez les grands buveurs une dizaine de faits semblables, dont quatre terminés par la mort subite, et on ne peut les faire rentrer dans l'histoire clinique de la cardiosclérose ou des diverses myocardites scléreuses étudiées par les auteurs. Du reste, d'après l'opinion peut-être trop exclusive de Lancereaux et de son élève Duclos, l'alcoolisme produit plus souvent, sur le système artériel, la stéatose que la sclérose. Mais cette stéatose, à la fois myocardique et coronarienne, est suffisante pour expliquer la fréquence de la dilatation cardiaque chez les alcooliques, alors que la sclérose vasculaire aboutit plus souvent à l'hypertrophie ventriculaire par le fait du rétrécissement du système artériel.

Cette myocardite alcoolique se rapproche beaucoup de celle qui a été signalée par Aufrecht, dans laquelle le début est annoncé par des troubles cardiaques ; puis, la maladie suivant son cours, le foie se prend ultérieurement, et cette participation est considérée comme une hyper-

trophie idiopathique ou une cirrhose commençante de l'organe; enfin la lésion rénale est interprétée comme une néphrite primitive, avec participation secondaire du cœur (1).

II. — Hypertrophie pléthoro-alcoolique.

Il existe encore une forme de *cœur alcoolique* signalée dès 1860 par Bauer, qui a rapporté une vingtaine de cas d'hypertrophie du cœur sans lésion valvulaire ni myocardique, puis par Bollinger, qui l'a constatée chez les grands buveurs de Munich et lui avait donné le nom de « cœur de bière » (*Bierherz*) ou « d'hypertrophie toxi-fonctionnelle, d'hypertrophie pléthoro-alcoolique » du cœur (2).

Mais Krehl, reprenant cette question, avait constaté dans ces cas des lésions scléreuses évidentes, et il est juste de rappeler à ce sujet que Corvisart avait parfaitement distingué les faits où l'induration du cœur survient « à une époque quelconque d'une dilatation préexistante », de ceux où « l'induration est la première affection qui se développe » en l'absence de toute dilatation qui ne peut alors s'effectuer. Alors les causes réelles de ces lésions étaient complètement inconnues.

D'après Bollinger et Bauer, chez les grands buveurs de Munich, qui absorbent jusqu'à 10 ou 12 litres de bière par jour, l'hypertrophie du cœur s'explique par un véritable état de pléthore vasculaire et d'hypertension consécutive à l'ingestion d'une telle quantité de liquide, et la dilatation par la perte d'élasticité du myocarde due à l'action de l'alcool. Il s'agit donc, comme on l'a fait observer, d'un véritable état de parésie toxique du myocarde, et, ce qu'il y a d'intéressant dans ces cas, c'est la production fréquente d'une véritable *asystolie aiguë*, survenant chez les alcooliques sous l'influence d'un travail pénible, d'un effort, du soulèvement d'un fardeau, asystolie pouvant se terminer

(1) AUFRECHT, *Therap. Monatshefte*, 1875.

(2) BAUER, *Thèse de Giessen*, 1860.

par la mort en dix ou quinze jours, comme on en a signalé quelques exemples.

Souvent, la cardiectasie est le phénomène prédominant, et l'on voit alors survenir tous les accidents dus à la *thrombose intracardiaque*. Mais il faut aussi tenir compte des phénomènes hépatiques (hypertrophie du foie, probablement par stase veineuse) et rénaux (albuminurie due moins à l'irritation du rein par l'alcool qu'à la stase veineuse). On observe encore assez souvent de la glycosurie.

III. — Traitement.

En résumé, le cœur alcoolique, qu'il s'agisse d'une myocardite segmentaire, d'une stéatose du myocarde avec ou sans surcharge graisseuse, d'une hypertrophie pléthoro-alcoolique, est un cœur surtout caractérisé par sa facile dilatation. Celle-ci survient rapidement sous l'influence de causes diverses : efforts, marches précipitées, cyclisme, surmenage. Elle peut encore être augmentée par le fait de maladies infectieuses parmi lesquelles la pneumonie occupe la première place, et c'est pour cette raison en grande partie que la mort est fréquente dans ces cas.

En France, nous observons rarement des faits analogues à ceux qui ont été signalés en Allemagne. Cependant il m'a semblé utile de les signaler pour aider au diagnostic entre la cardiosclérose et les diverses myocardites chroniques, pour fixer les indications thérapeutiques. Celles-ci sont de quatre sortes :

1° Supprimer la cause, c'est-à-dire interdire tout excès alcoolique, et malheureusement il est souvent trop tard ;

2° Le cœur alcoolique étant très dilatable, éviter les causes de surmenage ou d'excès de travail du cœur : tout effort, l'alimentation riche en toxines alimentaires ;

3° Surveiller et tonifier de bonne heure le cœur alcoolique dans le cours des maladies infectieuses, celles-ci pouvant par elles-mêmes produire la dilatation du cœur ;

4° Soutenir le cœur en imminence continuelle de dilatation et d'asystolie.

Pour remplir cette dernière indication, de petites doses de *digitale* ou de digitaline (un granule de digitaline cristallisée à un quart de milligramme pendant quatre jours, toutes les trois semaines ou tous les mois) sont ordinairement suffisantes.

On peut encore employer d'une façon continue (pendant deux mois; cesser pendant un mois, reprendre pendant deux mois, et ainsi de suite) des pilules ainsi composées :

Extrait de convallaria.....	10 grammes.
Sulfate de spartéine.....	1 gramme.

Pour cinquante pilules. Une pilule deux ou trois fois par jour.

Dans la myocardite segmentaire, J. Renaut (de Lyon) recommande beaucoup le *strophantus*, médicament qui assure d'une façon ménagée et soutenue l'activité nutritive de la fibre myocardique, et qui aurait l'incontestable avantage de pouvoir être continué pendant longtemps. On peut prescrire la *strophantine* en solution aqueuse d'après cette formule :

Eau distillée.....	300 grammes.
Strophantine.....	0 ^{gr} ,002

Dissolvez et filtrez. Deux cuillerées à dessert ou à soupe par jour.

Je préfère l'*extrait de strophantus*, à la dose d'un granule de 1 milligramme deux fois par jour, pendant trois semaines chaque mois. La *strophantine* est souvent trop active, en raison de son pouvoir toxique.

Nous avons vu que l'hypertrophie du foie et l'albuminurie étaient dues à la stase veineuse. Par conséquent, le *massage abdominal* est indiqué.

XXIII. — PRINCIPES DE CARDIOTHÉRAPIE

I. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Importance de l'hygiène, de l'alimentation et des agents physiques. Guérisons fonctionnelles et guérisons anatomiques. La cardiophobie et les pseudo-cardiopathies. — Cardiopathies médicamenteuses.

II. ÉVOLUTION DES CARDIOPATHIES. — 1° Adaptation des organes à la lésion; adaptation dans le rétrécissement mitral congénital, dans les affections valvulaires de l'aorte et de la valvule mitrale. Différences entre l'adaptation et la compensation. — 2° Compensation de la lésion. Cœur hypertrophié anatomiquement et atrophié au point de vue fonctionnel; myo-hypertrophie et scléro-hypertrophie; condamnation du système d'œrtel. Soulager le cœur pour le fortifier.

III. INDICATIONS GÉNÉRALES. — Prévoir la sclérose vasculaire (hypertension artérielle, pré-sclérose) et la prévenir par l'hygiène. Cardiopathies valvulaires, artérielles, veineuses. Réhabilitation de l'hypertension portale. Maladies par ralentissement de la nutrition commençant par le ralentissement de la circulation veineuse.

IV. INDICATIONS DE L'HYGIÈNE, DES AGENTS PHYSIQUES OU MÉCANIQUES. — 1° Hygiène alimentaire; climat, altitude, cures de repos opposées aux cures de travail. — 2° Agents physiques et mécaniques. Loi thérapeutique : adapter les moyens hygiéniques et médicamenteux à la puissance fonctionnelle des organes et de l'organisme. Massage abdominal.

I. — Considérations générales.

« Il n'y a pas de maladie chronique où, grâce à l'intervention de l'hygiène basée sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux, la médecine soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années l'échéance fatale. »

Voilà ce qu'en 1896 (1) j'écrivais sur l'avenir des cardiaques, et un grand clinicien qui s'est rarement trompé, Laënnec, avait dit : « On réussit à faire vivre pendant de longues années certains malades avec des affections du cœur plus ou moins graves. »

(1) H. HUCHARD, *Traité de thérapeutique appliquée*, fasc. X.