

ou on atténuer les désastreuses conséquences.

Là encore, dans cette importante branche de la pathologie interne, la dosimétrie, en tant que méthode thérapeutique, paraît appelée à supplanter d'une façon définitive tous les vieux systèmes démodés.

L'Observation qui suit en est une nouvelle preuve :

Marias M..., âgé de 36 ans, relieur de son état, marié et père de deux enfants, est atteint, depuis près de quatorze années, d'un ensemble de troubles gastriques différemment diagnostiqués et traités par les divers médecins successivement appelés à donner, sur le cas, leurs avis et leur soins. Hyperchlorhydrie, dilatation stomacale simple, ulcère rond, cancer, etc... tout a été tour à tour admis ; et chaque fois, le traitement fut dirigé en conséquence ; l'arsenal complet des amers, des alcalins, des nervins et des antiseptiques même a été épuisé sans succès ; le cathétérisme répété de l'estomac, suivi de lavage, n'a rien donné ; le régime sec, puis le régime lacté, n'ont amenée aucune amélioration notable. Et le malade, absolument désespéré, et au point de se déclarer prêt au suicide, se présente, le 3 janvier dernier, à la consultation de l'Institut dosimétrique.

Les antécédents héréditaires du sujet n'offrent rien de particulier. Ses antécédents personnels sont nuls pendant l'enfance et pendant l'adolescence. Ce n'est que vers l'âge de 22 ans que notre malade (alors robuste et pesant 90 kilos) a ressenti les premières atteintes de l'affection qu'il présente.

Depuis, le mal est allé toujours en progressant. Quelques légères rémissions ont pu, dans l'intervalle, se produire ; mais elles ont toutes été de très courte durée. L'adynamie et l'autophagie se sont progressivement poursuivies ; aujourd'hui, l'amaigrissement est extrême, l'affaiblissement considérable, la peau exsangue et décolorée, le facies empreint de la plus vive souffrance.

Voilà trois mois que, sans manquer un seul jour, le malade est pris, environ quatre heures après ses repas, de douleurs brûlantes intolérables, affectant la forme de crampes, et qui ne cessent qu'à lorsque l'estomac est évacué par vomissement. Cette évacuation est toujours précédée de pyrosis et d'éructions gazeuses. Les matières vomies, presque entièrement liquides, sont, au dire du sujet, toujours acides et de plus très abondantes, dépassant de beaucoup en volume la quantité d'aliments liquides ou solides ingérés. En dehors des crises, le malade ne ressent aucune douleur et l'appétit est conservé.

Le jour même de l'examen, pratiqué le 3 janvier au soir, entre quatre et cinq heures, nous assistons à l'évolution complète de l'accès. En notre présence quelques régurgitations acides se produisent ; les douleurs sont vives, lancinantes transfixives même du creux épigastrique ou rachis. L'estomac est volumineux, la palpation permet d'y percevoir un clapotage intense, en même temps qu'elle exaspère considérablement les douleurs ; une véritable tumeur liquide occupe toute la partie déclive de la grande courbure. Le malade, n'y tenant plus, nous demande à provoquer lui-même le vomissement qui doit mettre fin à ses souffrances, et il rend aussitôt, sous nos yeux, plus de 500^{cc} d'un liquide de couleur gris sale et au milieu duquel surnagent quelques aliments. L'accès est terminé : les douleurs cessent, les signes physiques constatés à la région épigastrique ont totalement disparu.

Nous complétons rapidement ces premières indications par l'examen des autres appareils et organes. Ce qui permet de reconnaître chez notre sujet : de la lientérie passagère et quelquefois suivie de constipation ; de l'anurie intermittente ; enfin des symptômes neurasthéniques très marqués. Rien à relever dans l'examen des appareils cardiaque et pulmonaire.