

**PAGES**

**MANQUANTES**

# MEMOIRES

## DEUX CAS DE GASTROENTEROSTOMIE POUR STENOSE DU PYLORE CONSECUTIVE A L'ULCERE SIMPLE.

---

Nous avons eu à observer à la demande de monsieur le docteur Arthur Simard deux gastropathes, et nous avons communiqué ces deux observations à la Société Médicale de Québec avec quelques considérations sur l'ulcération. Sur un vœu émis par les sociétaires nous avons rédigé les notes que nous avons prises et nous les présentons aujourd'hui aux lecteurs du Bulletin Médical.

X.. 31 ans, 134 lbs, issu d'une famille de gastropathes, souffre de son estomac depuis l'âge de 11 ans. Le malade s'est mal observé, il renseigne mal sur son état antérieur à ces deux dernières années. Nous nous croyons toutefois en droit de conclure à une forme d'ulcère à répétition. Depuis deux ans les douleurs ont changé. Ce ne sont plus des douleurs très vives, elles sont continues, le malade a la sensation de tiraillement dans le dos et dans l'hypochondre droit. Il vomit presque tous les jours. Jusqu'à il y a 6 mois, le régime lacté l'a soulagé, mais aujourd'hui rien n'y fait, il souffre continuellement. Il vomit le matin à jeun et reconnaît facilement des aliments pris 4 ou 5 jours auparavant. L'amaigrissement est considérable (40 lbs). Nous revoyons le malade à jeun le lendemain; l'estomac clapote et fluctue largement jusqu'à trois travers de doigts au dessous de l'ombilic; le point épigastrique est très douloureux. Nous

passons la sonde et nous retirons près de 2 litres de liquide acide contenant des particules solides en abondance. Après lavage d'estomac, nous faisons prendre un repas d'épreuve Roux-Laboulais. (1)

Au bout d'une heure nous retirons 490 c. c. de bouillie stomacale. L'analyse donne les résultats suivants :

Non éliminé.....	515
Éliminé.....	85
Sécrétions.....	175

Le Gunzbourg est très intense, le vert brillant révèle des acides minéraux en abondance, le Biuret et l'Uffelmann sont négatifs.

Le diagnostic de sténose et d'adhérences pyloriques consécutives à un ulcère chronique à répétition est posé. L'intervention chirurgicale est proposée et acceptée non sans quelque hésitation.

Le 18 juin, à l'ouverture de l'abdomen, le Dr Simard constate une induration au niveau du pylore et la transformation fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique; il fait la gastro-entérostomie. Le malade souffre quelque peu pendant le reste de la journée, il vomit 2 ou 3 fois des matières noirâtres qui donnent le Weber positif. Nouveau vomissement le matin du 19. Le 20, on fait un lavage d'estomac; dans la nuit l'interne est appelé pour notre malade qui souffre de douleurs atroces; il croit à une perforation et prescrit un sac de glace loco dolenti. Le lendemain tout est rentré dans l'ordre et le malade explique sa douleur en disant « que les vivres ont pris l'ancien chemin. » Nouveaux lavages d'estomac le matin et le soir du 21 et le 22 on commence le tubo-gavage à la poudre de viande. Il en est de même les jours suivants. Le malade se lève le 1<sup>er</sup>

(1) 400 grammes de solution phosphate et 60 grammes de pain.

jour, il n'a plus aucune douleur, commence à manger, et finalement quitte l'hôpital 20 jours après son opération.

Nous l'avons revu le 2 octobre. Il mange, malgré nos conseils, tout ce qui se présente et n'éprouve aucune douleur ; poids le 2 octobre, 182 lbs.

Y... frère du précédent, veut comme son frère se faire guérir. Son histoire est superposable à la précédente sauf pour quelques particularités. Il est âgé de 42 ans, souffre depuis 25 années, pèse 130 livres. Avec le Dr Rousseau à qui nous avons montré ce malade la veille de son opération, nous avons empli son estomac et évalué sa capacité à 2 litres sans provoquer de réaction. Même diagnostic que le précédent. A la palpation, nous avions cru sentir une petite tumeur, que nous n'avons pu retrouver les jours suivants, nous l'avions presque oubliée quand l'opération nous l'a remise à la mémoire. En effet à l'ouverture du ventre le Dr Simard a constaté une masse dure encerclant le pylore sur la nature de laquelle il hésite à se prononcer. Néoplasie ou sténose fibreuse commandaient la même indication. Les adhérences pyloriques entravant la pylorotomie, on fait la gastroentérostomie. Le choc opératoire est plus considérable, le malade vomit pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération. Trois jours après l'opération, c'est-à-dire le 23 septembre, on commence les lavages d'estomac et les tubogavages le 25. Le 1 octobre le malade se lève et quitte l'hôpital le 2, n'ayant plus aucune douleur, commençant à s'alimenter naturellement.

## CONSIDERATIONS GÉNÉRALES SUR LES ULCÉRATIONS

---

L'ulcération de l'estomac est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru et qu'on le croit encore aujourd'hui, elle est devenue un fait banal depuis que la chimie a fourni à la clinique un moyen de la dépister. Combien de vieux hyperchlorhydriques, de vieux dyspeptiques masquent leur ulcère sous le syndrome des douleurs tardives ! Combien d'ulcérations sont des surprises d'autopsies ! Brinton dit en avoir rencontré dans 5% des autopsies qu'il a pratiquées.

Par ulcération on entend en général toute perte de substance, toute solution de continuité au niveau de la muqueuse gastrique quelqu'en soit l'étendue, la profondeur, la forme et le nombre.

Les auteurs s'entendent presque tous sur la classification de ces pertes de substances. Tour à tour on a employé des dénominations plus ou moins appropriées, plus ou moins descriptives, mais l'ulcère rond, l'ulcère perforant etc., ne désignent en somme qu'une seule et même lésion, l'ulcère simple de Cruveilhier. C'est vers 1835 que cet auteur a donné une définition péremptoire et décisive de cette lésion, définition que les évolutions scientifiques ont attaquée sans la démolir. On a pu compléter un peu, mais n'en rien retrancher.

Avec Roux, nous diviserons les ulcérations en 3 catégories : *A*, les érosions ponctuées ; *B*, les ulcérations aiguës ; *C*, l'ulcère simple.

Toutes n'ont pas la même importance clinique, mais il faut toutefois connaître leur existence possible pour ne pas se trouver complètement dérouterés en leur présence.

*A. Erosions ponctuées (punctiformes).*

Connues depuis Cruveillier, ces érosions ont été remises en honneur par Dieulafoy et Hayem. Ce sont de tout petits points du volume d'une tête d'épingle disposés en grappe ou en bouquet. Leur nombre toujours considérable varie entre 15 et 30 et même 100. On ne les perçoit bien à l'autopsie que si l'on a eu la précaution de faire macérer la pièce dans l'alcool ou dans le formol. Ce sont des lésions très superficielles qui n'intéressent jamais la *muscularis mucosæ*, donnent parfois lieu à des hémorragies d'où le nom, qu'on leur donne quelquefois d'érosions hémorragiques.

Les histologistes ont beaucoup étudié ces formes et comme toujours il arrive en pareil cas, on a édifié plusieurs théories assez séduisantes sur leur pathogénie. Chose sûre c'est que plusieurs états morbides peuvent les produire : ce sont d'abord les affections qui amènent une hyperhémie de la muqueuse gastrique comme la tuberculose, la cirrhose et l'asystolie.

On les voit encore naître au cours de certains états infectieux, E. G. la gastrite hémorragique pneumococcique ou le vomito negro appendiculaire de Dieulafoy.

Hayem les a rencontrées chez les gens qui ont l'habitude de boire de l'absinthe le matin à jeun.

Enfin on les voit apparaître pendant l'évolution de quelques affections nerveuses et on peut les reproduire expérimentalement en excitant les nerfs de l'estomac.

La série des observations est assez variée pour donner raison à toutes les théories, théorie circulatoire, théorie infectieuse, théories de la gastrite, théorie nerveuse et théorie d'élimination sur laquelle nous reviendrons plus loin en parlant des ulcérations aiguës.

Les érosions ne se manifestent par aucun signe clinique ;

ces malades en général ne souffrent pas de leur estomac, ce ne sont pas à proprement parler des gastropathies. Si les érosions annoncent leur existence, elles le font bruyamment par une grande hémorragie. Einhorn a toutefois donné un symptôme de la gastrite exfoliatrice suivant le nom qu'il a donné à cette catégorie d'ulcération. Si chez un patient, dit-il, on fait un lavage brutal de l'estomac et qu'on retire avec l'eau de lavage de petits lambeaux de muqueuse, on peut conclure à la gastrite exfoliatrice ou aux érosions suivant que la première ou la deuxième dénomination nous plaise davantage. C'est là, croyons-nous, un moyen de diagnostic bien précaire, puisque la lésion évolue d'une façon latente sans attirer l'attention du côté de l'estomac.

*B.* Au premier rang *des ulcérations aiguës* il faut citer l'exulceratio simplex de Dieulafoy, ulcération superficielle en coup d'ongle. Les bords, contenant des cellules de nécrose avec quelquefois une légère induration et réactions inflammatoires, sont taillés à pic. Au fond de l'ulcération on voit le petit vaisseau ulcéré qui a causé l'hémorragie. La gastrorragie est le seul symptôme de cette lésion. Elle arrive chez des personnes bien portantes sans passé gastrique le plus souvent, au milieu de l'état général le plus heureux. L'hémorragie se répète quelquefois le lendemain au point de devenir mortelle en 48 à 60 heures.

Nous avons vu que les érosions peuvent se rencontrer au cours des maladies infectieuses, il en est de même pour les ulcérations aiguës. L'agent pathogène arrive à la muqueuse gastrique par les voies ordinaires de dissémination. Toutefois l'action directe est plus rare ; l'on ne rapporte que quelques cas pour le bacille d'Eberth, qui se serait comporté vis-à-vis de la muqueuse gastrique d'une façon analogue à celle par laquelle il

ulcère les plaques de Peyer. Naumerk en Allemagne a constaté que la muqueuse gastrique comme la peau jouait un rôle vicariant, qu'elle aidait, suppléait même au mauvais fonctionnement des reins. On sait les lésions qu'entraîne le passage des toxines à travers le filtre rénal. Il se passerait au niveau de la muqueuse stomacale quelque chose de comparable à ce qui se passe dans le rein et l'estomac réagirait à sa façon en s'ulcérant. Le rein a sa néphrite toxique, l'estomac aurait son ulcération toxique. Ces ulcérations seraient de toutes les profondeurs, depuis la simple desquamation jusqu'à la perforation.

C'est là une théorie bien séduisante.

Le fait de trouver des ulcérations chez des femmes intoxiquées par des douches intrautérines de bichlorure de mercure, ayant présenté de l'anurie n'est-il pas une preuve à l'appui de la théorie de Naumerk? N'est-ce pas là aussi le mécanisme de production des lésions observées au niveau de la muqueuse gastrique au cours de l'urémie? . .

C'est encore dans cette catégorie connue sous le nom d'ulcérations aiguës qu'on a l'habitude de placer les pertes de substances occasionnées par l'ingestion de substances caustiques, mais nous n'en parlerons pas ici puisque cette forme ressort de la toxicologie.

Ici enfin se placent les ulcérations réflexes observées à la suite de brûlures étendues de la surface des téguments. Le mécanisme nerveux semble en être bien démontré par les expériences de Brown-Séquard. En effet ce savant expérimentateur a vu que la lésion ne se produisait pas chez le chien dont les nerfs avaient été préalablement sectionnés.

Les ulcérations aiguës comme du reste les érosions évoluent d'une façon latente : l'hémorragie, si elles ulcèrent un vaisseau,



la perforation, si elles gagnent en profondeur, sont leur seule annonce. Souvent aussi ce sont des surprises d'autopsie.

C. L'ulcère simple est entre toutes, la forme la plus intéressante.

C'est à Cruveilhier que reviennent l'honneur et le mérite d'avoir individualisé l'ulcère simple, d'en avoir fait une entité morbide spéciale n'ayant aucune parenté pathologique avec les ulcérations cancéreuses et d'en avoir donné une bonne description. Depuis on lui a donné différents noms, mais il vaut mieux s'en tenir à l'ulcère simple, puisque la lésion n'est pas toujours ronde, (ulcère rond) elle n'est pas toujours perforante, (ulcère perforant), elle ne reconnaît pas toujours l'auto-digestion comme facteur pathogénique (ulcère peptique). L'ulcus se différencie des formes précédentes par son évolution. Il révèle sa présence par une série de troubles gastriques assez bien définis ; pas toujours, puisqu'il peut évoluer vers la perforation d'une façon absolument latente. Il peut se développer à tout âge ; les débilités y semblent prédisposés. La femme pour une raison X paie un lourd tribut à la maladie de Cruveilhier, mais par contre la lésion se cicatrise bien mieux chez elle que chez l'homme.

On a accusé les boissons chaudes, les boissons froides ; l'abus d'alcool etc.

La petite courbure, le pylore et la face postérieure de l'estomac en sont le siège de prédilection. L'ulcère est généralement unique, mais on a noté des cas où il y avait deux ou trois lésions. La coexistence d'un ulcère de l'estomac et d'un ulcère de l'œsophage ou du duodénum ou des trois régions à la fois a été aussi observée.

Les bords en sont taillés à pic ; ils sont durs, saillants, quelquefois lardacés ; le fond est grisâtre. Les tissus environnants

sont plus ou moins infiltrés suivant l'âge de la lésion et ce à tel point que dans les ulcères très vieux il est impossible de dire si l'on a affaire à une induration ou à un néoplasme. L'ulcère est habituellement rond ou ovulaire, son cratère peut atteindre jusqu'à 5 millimètres de diamètre. S'il nous arrive de constater une lésion à contours très irréguliers, on est autorisé à croire à la fusion de deux ulcères. Sa profondeur est variable; d'abord circonscrit à la muqueuse et aux tissus sous-muqueux, il gagne en profondeur très souvent, il peut même gagner la séreuse. Le processus amène presque toujours des réactions péritonéales. Si par malheur l'ulcération se dirige vers une grosse artère, il peut en résulter des hémorragies foudroyantes.

L'ulcère se ferme en laissant une cicatrice lisse en général, mais cette cicatrice peut se rétracter et modifier les formes de l'estomac qui déjà fixé aux organes voisins par les réactions péritonéales verra ses fonctions motrices assez souvent compromises.

Joslin et Grennbourg ont suivi pendant cinq ans, 121 cas d'ulcère. 48 ont guéri, 37 sont morts pendant ce laps de temps et 36 sont revenus souffrant des mêmes douleurs. Comme on le voit la récurrence est assez fréquente puisque d'après ces observateurs elle surviendrait dans presque  $\frac{1}{3}$  des cas. Les causes qui amènent les rechutes sont assez variées.

Habeishon a suivi 60 malades pendant 40 années. Il a observé 31 récurrences :

9	fois à la suite d'erreur de régime
3	- - - - d'exercice violent
3	- - - - de mal de mer
5	- - - - d'émotions morales
3	- - - - à la suite de grossesse et d'allaitement,

c'est ce que les accoucheurs ont appelé hématomésis gravidarum.

La série en est assez pittoresque et on peut la résumer par quelques mots : toute déviation de l'organisme peut amener la récurrence d'un ulcère.

*Quel est son mécanisme de production ?* Voilà une question sur laquelle on a discuté à perte de vue. Sans nous arrêter aux théories qui ont vu de beaux jours, nous donnerons les plus accréditées aujourd'hui. L'ulcère apparaît presque toujours, sinon toujours chez des hypersécréteurs. Si on ajoute que l'ulcère peptique ne se présente pas chez les cancéreux gastroentéro-misés, tandis qu'on le constate assez souvent chez les ulcéreux qui ont subi la même opération, l'on voit que la sécrétion gastrique joue dans la pathogénie de l'ulcère un rôle qui pour n'être pas exclusif n'en est pas moins très important.

La clinique nous démontre que l'ulcère se rencontre chez les sujets dont l'état général est mauvais, dont l'estomac se vide mal, laissant longtemps en contact avec la muqueuse les sécrétions gastriques. Turck a vu l'ulcère se reproduire chez les chiens soumis à une hygiène défectueuse. Debove et Renault croient plutôt à une lésion spécifique de nature indéterminée.

La clinique et l'expérimentation semblent plutôt démontrer que trois facteurs entrent dans la pathogénie de l'ulcère : 1° un état général défectueux ; 2° un suc gastrique très riche en sécrétions ; 3° un estomac qui évacue mal son contenu.

L'ulcère se divise d'après son évolution en deux classes : l'ulcère à évolution moyenne durant trois, quatre, cinq semaines, et l'ulcère chronique se manifestant pendant trois mois, six mois, quelquefois même une année.

La symptomatologie de l'ulcère à évolution moyenne présente une certaine analogie avec les douleurs tardives de la gastrite chronique. La douleur est ordinairement plus intense.

Le point épigastrique (1) est sensible à jeun, ce qu'on n'observe pas dans la dyspepsie pure. C'est là à ce point qu'elle a son maximum d'intensité, elle est vive, brûlante, exagérée par la pression et quelquefois par les mouvements. Elle s'irradie quelquefois vers les parties avoisinantes. Le plus souvent elle est continue avec paroxysmes tels que nous avons vu des patients se tordre dans d'affreuses convulsions.

Ces malades vomissent et le rejet coïncide avec le maximum d'intensité de la douleur et lui est parallèle. Les vomissements ne sont pas toutefois suffisants à l'évacuation. L'estomac fluctue et clapote le matin à jeun ; si l'on passe la sonde, on en retire une bouillie contenant des particules alimentaires et du mucus. Si le malade n'a eu ni hématomases, ni méléna appréciables à vue de nez, on recherchera la présence de sang dans les vomissements ou dans les selles. Mathieu et Roux ont vu cette réaction positive 9 fois sur 14. La caractéristique de cette épreuve est de se présenter d'une façon intermittente. On fera donc bien de la répéter plusieurs jours de suite. *La présence intermittente de sang dans les selles est pathognomonique de l'ulcère*, mais si l'épreuve est négative, il ne faut pas s'empresser de conclure à la non existence de la lésion, puisque la négativité du Weber n'est pas un signe absolu.

Les manifestations de l'ulcère chronique durent plus longtemps, six mois, un an. Les troubles qu'il entraîne sont les mêmes que ceux de la forme précédente. Les réactions péritonéales sont beaucoup plus marquées vue la longue durée de la lésion. Le malade se plaint de sensation de tiraillement, de pesanteur dans le dos, au niveau de la pointe de l'omoplate et

(1) Nous avons dans un travail précédent sur les dyspepsies attiré l'attention sur la valeur sémiologique de la douleur provoquée par la pression à ce niveau. Nous avons donné les résultats des expériences de Roux qui ont démontré que ce point correspondait non pas au pylore, mais au plexus solaire.

dans l'hypochondre droit. Cette douleur peut être quelquefois aiguë et c'est probablement là l'origine du syndrome de douleur en broche de quelques auteurs.

Lorsque l'ulcère siège près du pylore, ce point est le siège de réactions sérieuses sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

L'ulcère chronique récidive très souvent d'où son nom d'ulcère à répétition.

Les complications qui surviennent au cours de l'évolution de l'ulcère sont la périgastrite, la péritonite localisée et les adhérences périgastrites, qui ne sont à proprement parler qu'une seule et même chose, l'aboutissant d'une réaction, réaction de défense, pénible par les ennuis qu'elle entraîne, heureuse car elle sera un excellent moyen de défense contre la perforation si elle se produit. La suppuration se trouvera enkystée dans ces adhérences et la cavité séreuse sera sauvée. La perforation n'est pas chose si rare puisqu'on l'observe dans 13% des cas. Si l'ulcération se creuse en profondeur et rencontre dans son œuvre de destruction un gros vaisseau, elle donne lieu à des hémorragies graves pour ne pas dire mortelles le plus souvent.

Comme complication tardive, il convient de dire quelques mots du rétrécissement du pylore. Par rétrécissement on entend tout obstacle au passage du bol alimentaire de l'estomac dans l'intestin. Ces obstacles sont de deux ordres; les obstacles d'origine endogastrique et les obstacles d'origine extragastrique. Les premiers seuls nous intéressent ici. Ces obstacles qui trouvent leur primum movens à l'intérieur de l'estomac sont le spasme et la sténose. Voici un malade dont l'estomac clapote le matin à jeun, la succussion hippocratique révèle un large bruit de flot; nous passons la sonde et nous retirons 200 à 300 c.c. d'un liquide dans lequel il est impossible de reconnaître macroscopiquement des débris alimentaires, nous con-

cluerons à un spasme du pylore. Au contraire la sonde nous donnera-t-elle jusqu'à 500, 700, 1000 c. c. et même plus d'un liquide dans lequel nagent des aliments que nous reconnaissons, nous pouvons affirmer la sténose. Dans le spasme, « l'hypersécrétion déborde la stase » comme le dit Mathieu ; dans la sténose la sécrétion est noyée dans la stase. Le spasme reconnaît pour cause l'élément nerveux, la sténose dit lésion organique. Il ne faudrait pas qualifier de spasme le fait de trouver accidentellement du liquide à jeun chez des gens qui ne souffrent à peu près pas de leur estomac. Non ; quelquefois, pour des causes qui échappent à notre observation, nous pouvons trouver du liquide à jeun, ce n'est pas de ces faits dont il s'agit, mais bien d'une stase habituelle. Au surplus pour Mathieu, tant que les liquides de stase ne dépassent pas 150 c. c. il n'y a pas lieu de s'en alarmer.

Nous avons vu plus haut quel rôle joue la stase vraie dans le déterminisme, nous n'y reviendrons pas. Nous avons vu comme le diagnostic de spasme est facile, il ne suffit que de le rechercher. Son traitement est celui de l'ulcère, il disparaîtra avec la cicatrisation, quand l'estomac aura réintégré ses fonctions normales.

Autre chose est la sténose ; et à ce propos nous dirons quelques mots du syndrome de Reichmann.

Depuis 100 ans on connaît les rétrécissements fibreux du pylore, mais ces lésions n'ont été bien étudiées que depuis 1880 alors que Leube introduisit la sonde dans la pratique médicale. En 1886 Bouchard décrivit la dilatation stomacale sans toutefois différencier l'asthénie de la sténose. Reichmann avait déjà décrit (1884) l'hypersécrétion continue. Riegel et Bouveret marchèrent à la suite du Polonais. On vécut longtemps sur ces idées. L'hypersécrétion continue avec stase alimen-

taire était à la mode, elle régnait en maîtresse. Mais des travaux faits en France et en Allemagne commencèrent à ébranler les esprits.

Chez les sujets atteints de la maladie de Reichmann, on trouvait soit une sténose, soit un ulcère. En 1896 Hayem démontra que chaque fois qu'il y avait hypersécrétion avec stase alimentaire il y avait sténose concomitante; n'avait-on affaire qu'à un spasme, la stase alimentaire n'était plus appréciable. C'était un coup mortel porté à la maladie, c'était la mise au point d'un syndrome observé dans les affections du pylore.

Mathieu, Soupeault, Laboulais, Hartmann, Boas et Schreider confirmèrent la doctrine de Hayem.

Doyen a le premier constaté le spasme. Au cours d'une opération pour ulcère il avait noté le fait qu'il ne pouvait passer le doigt à travers le pylore. Sa communication fut lettre morte jusqu'au jour où Mickulitz attira l'attention sur le même fait. Ce fut l'enterrement définitif de la maladie de Reichmann.

Le sténose se rencontre dans le cas d'ulcère juxtapylorique. Elle est la résultante des réactions qu'entraîne à sa suite l'ulcère chronique. Souvent la sténose s'organise par suite de cicatrisation de l'ulcère pylorique. On sait que ces cicatrisations compromettent les fonctions motrices, c'est le cas ici. Le pylore a perdu son élasticité; ses fibres musculaires sont remplacés par du tissu conjonctif qui prolifère au point de donner à la palpation la sensation d'une tumeur. L'on comprend déjà que la difficulté que présente le diagnostic différentiel de cette forme avec le néoplasme ne laisse pas de rendre le médecin assez perplexe, le chirurgien lui-même avec la pièce entre ses doigts hésitera à se prononcer.

Les douleurs de la sténose n'ont pas le caractère aigu de celles de l'ulcère en évolution; elles sont plus sourdes, ce sont

des tiraillements dus à la distension, de la gêne respiratoire par compression du diaphragme, des éructations putrides, et surtout, *ces malades vomissent*. Plus la sténose est serrée, plus ils vomissent, et par suite plus ils s'inanitent. Dans leur passé on retrouve l'histoire d'un ulcère chronique. L'estomac très distendu clapote largement. Sauf si l'estomac a été le siège de réactions inflammatoires souvent répétées, il y a eu des réactions péritonéales qui ont soudé l'estomac aux tissus voisins et ainsi fixé il ne peut plus se distendre.

Les liquides retirés par la sonde ou les vomissements, si on les recueille dans un verre, se disposent en 3 couches : au fond on reconnaît des aliments pris la veille, au milieu on voit un liquide louche, enfin à la superficie il y a une couche spumeuse due aux fermentations, couche qui augmente in vitro par suite de la continuation des phénomènes.

Les malades racontent souvent qu'ils ont reconnu dans les matières vomies des aliments pris 2, 3, 4 et même 6 et 7 jours auparavant. Il faudra bien faire préciser ici, car on est porté à exagérer. Une bonne enquête à ce sujet nous dira que le malade a reconnu des enveloppes de fruit, pruneaux, pommes, etc. Ce signe a une bonne valeur ; les rétentions de 2 ou 3 jours ne s'observent que dans la sténose vraie.

Les vomissements sont parallèles à la distention stomacale. Plus l'estomac est dilaté, plus ils sont abondants au point d'atteindre 4 et 5 litres par jour et il n'est pas très rare en pareille occurrence de rencontrer une vraie tétanie.

Le coma dyspeptique peut quelquefois s'observer. Il n'a rien de particulier si ce n'est de reconnaître le trouble gastrique comme facteur causal.

Entre le spasme pur et la sténose vraie on peut rencontrer



tous les intermédiaires, une association de l'élément nerveux et de la lésion organique à des degrés plus ou moins marqués.

« Peu ou point de médicaments », dit Cruveilhier, laissez reposer l'organe ». C'est une loi qui est en général peu suivie, l'estomac a beau se révolter, on le force à travailler quand même. Ce repos ne pouvant pas être absolu, c'est un repos relatif et ce repos, c'est le choix d'une alimentation qui passera presque inaperçue au niveau de l'estomac. On ne se fait pas une idée de la délicatesse, de la finesse de tact que présente le « sens gastrique », Il n'y a pas de réactifs chimiques, d'instruments de précision dans les sciences physiques, plus sensibles que la MUCQUEUSE DE L'ESTOMAC MALADE ; elle palpe tout, elle apprécie tout, jusqu'aux plus légères nuances. J'ai vu, dit toujours le savant observateur, des estomacs tellement délicats qu'ils reconnaissent que le lait qu'on leur donnait ne venait pas de la bête qui le leur fournissait ordinairement, qu'il était ou n'était pas de la première traite. »

« Après la guérison, la détermination du régime se fait par tâtonnement méthodique, par voie d'élimination. » Voilà ce que disait Cruveilhier sous la deuxième république. Il recommandait par-dessus tout d'être avare de purgatifs et de vomitifs pendant la maladie, et après, même longtemps après la guérison, par crainte de récurrence dont la fréquence s'explique par la fragilité du tissu cicatriciel qui n'a pas la souplesse de la muqueuse.

« Très peu de médicaments, beaucoup d'hygiène et encore plus de révulsion, disait Peter. »

Le traitement n'a pas changé, les indications sont celles établies par Cruveilhier : favoriser la cicatrisation et prévenir la récurrence. L'ulcère cicatrisera par le repos de l'organe et on préviendra sa réapparition par le régime.

La conduite à tenir en présence d'érosions ou d'ulcérations est la même, et c'est heureux parce que le diagnostic en est souvent bien difficile.

Un sujet vient d'avoir une hémorragie considérable, qu'allons-nous faire ? Dieulafoy conseille l'opération. Il ne faut pas oublier que Dieulafoy est souvent plus chirurgien que le chirurgien lui-même ; nombreux sont les cas opérés et les résultats démontrent que la chirurgie ne sauve que 60% tandis qu'une thérapeutique bien dirigée n'échouera que dans 4% des cas. Le traitement médical est donc ici le traitement le plus rationnel.

Ces malades seront mis au repos et à la diète absolue. On placera un sac de glace sur l'estomac. Quelques chirurgiens sont assez sceptiques sur les soi-disants bons résultats obtenus par l'application de glace. Ne servirait-elle qu'à maintenir les malades au repos, la glace aurait déjà sa raison d'être prescrite. On alimentera les malades par la voie rectale, on les fera boire par la même voie, employant par exemple la formule suivante :

Eau salée - - - 200 grammes.  
Un œuf entier.

On bien celle-ci de Boas :

Lait - - - 250 grammes.  
Jaunes d'œuf - - 2  
Sel de cuisine - - Une pincée.  
Vin rouge - - - 15 grammes.

Répéter 3 ou 4 fois par jour.

Daremberg croit que ces lavements alimentaires sont nuls ou à peu près. La pratique semble démontrer qu'ils valent un peu mieux que ne le croit cet auteur. Tripiier recommande les

lavements avec un litre d'eau à 48°. C'est là la pratique de Mathieu. Le chlorure de calcium en lavement à raison de 1 à 2 grammes par jour donne quelquefois de bons résultats.

On aura soin de continuer ce régime pendant 6 à 8 jours et plus s'il le faut. Toutefois au troisième jour on pourra permettre des pilules de glace par la bouche. Lorsque l'état général devient bon et que tout porte à croire que la lésion ne saignera plus on instituera le régime lacté. Le lait sera donné en toute petite quantité fréquemment répétée. On fera bien de donner en même temps du bismuth. Après 4 ou 5 semaines on reprendra l'alimentation d'une façon progressive.

Avons-nous affaire à un ulcère simple, le traitement diffère suivant que c'est ou non une forme hémorragique. Cette dernière sera traitée comme les ulcérations et les érosions hémorragiques.

Si l'ulcère ne donne pas lieu à un écoulement de sang en quantité notable, on soumettra le patient au régime lacté et au bicarbonate de soude pris à la dose d'une cuillerée à thé *au moment de la douleur*. On répètera la dose si la douleur ne cède pas. Si la douleur est vive et continue, on remplacera le bicarbonate de soude par le bismuth. Le malade devra prendre le matin à jeun 10 grammes de bismuth dans un verre d'eau. On lui recommandera de se coucher cinq minutes sur le dos, cinq minutes sur le ventre et cinq minutes sur le côté droit et sur le gauche. De cette façon la paroi stomacale sera pansée par un écran de bismuth et le contact du contenu ne causera plus de douleur.

Une heure après il prendra du lait et continuera d'en prendre toutes les heures jusqu'à concurrence de 3½ litres par jour (2500 calories). Deux heures après la dernière prise de lait, il recommencera la gymnastique du matin de façon à renou-

veler le pansement au bismuth à neuf. Il ne faudra pas laisser le malade se constiper; on combattra la constipation, si elle s'établit, par les lavements d'eau tiède ou d'huile. Quand la réaction de Weber aura été négative pendant 7 ou 8 jours de suite on reprendra l'alimentation. Mais ce sont des gens voués éternellement au régime des dyspeptiques, sinon une reclute les attend à brève échéance.

L'ulcère guérit définitivement dans 70% des cas par ce régime, mais il récidive et peut aussi passer à la chronicité. C'est alors que la chirurgie interviendra.

Les hémorragies qui se répètent malgré un traitement médical bien suivi sont une indication de faire intervenir le chirurgien. Malheureusement ces malades sont des débilisés et par suite dans de mauvaises conditions, l'opération leur sera peut-être fatale, mais à choisir, une issue probablement fatale vaut mieux qu'une autre certainement mortelle. On ne devra pas hésiter ici à livrer le malade au chirurgien et surtout ne pas attendre trop tard car ce serait trop requérir du chirurgien que de lui demander de s'acharner à lutter contre une mort inévitable.

Lorsque Rydygier eut publié son mémoire intitulé: « La première gastroentérostomie pour ulcère ». — « Ce sera la dernière », avait dit le Centralblatt. Ça n'a pas été la dernière, et même en Allemagne les succès en pareil cas sont nombreux. La médecine espère beaucoup de la chirurgie pour la guérison radicale de certaines formes rebelles à tout traitement. On armera le bras du chirurgien: 1° quand les douleurs ne seront pas améliorées par le régime lacté et le bismuth. 2° quand les douleurs reviendront facilement à chaque reprise de l'alimentation, 3° lorsqu'il y a une sténose assez serrée du pylore. L'opération de choix est sans doute la pylorectomie.

La gastroentérostomie n'est qu'un pis-aller ; Quénu, Kocher, Heindenhaim, Kronlein ont constaté la récurrence duodénale post opératoire ; de plus l'ulcère étant encore là peut subir la transformation néoplasique. Ce sont des complications qui méritent d'être attirées à l'attention. La pylorectomie est souvent rendue impossible par suite des réactions fibroïdes qui entourent le pylore ou bien fixent l'estomac aux parties voisines. C'est à la gastroentérostomie qu'il faut alors avoir recours. MM. les Drs Rousseau et Ahern nous disaient il y a quelque temps qu'ils n'avaient jamais observé d'ulcère peptique chez les gastroentérostomisés pour ulcère. Il n'y a pas de doute que cette opération donne de bons résultats, mais la récurrence duodénale a été quelquefois observée.

La pylorectomie n'a pas présenté les mêmes inconvénients et nous la croyons l'intervention de choix quand elle est possible.

DR ODILON LECLERC.

—(o)—

## CONSTIPATION ET COLITE MUCO-MEMBRANEUSE ET LEURS TRAITEMENTS

(Suite)

Nous avons vu dans un précédent article, ce qu'était la constipation atonique, et ce que l'on obtenait par un régime suivi et un traitement bien dirigé. Nous nous occuperons aujourd'hui de la *constipation spasmodique*, et d'un accident qui non seulement s'en rapproche, mais peut être considéré comme

l'effet immédiat de cette constipation: *la colite muco-membraneuse*.

*Constipation spasmodique.*—La constipation spasmodique est plus fréquente que la constipation atonique.—Au point de vue clinique, elle diffère de celle-ci, surtout par ce fait que le malade souffre. L'S iliaque est rétracté et douloureux à la palpation; c'est cette douleur qui indique le spasme analogue à celui des autres muscles. Le cœcum est aussi contracté et douloureux, quelquefois le phénomène s'étend à tout le colon transverse. Dans certains cas, le cœcum présente des alternatives de contraction et de dilatation que l'on peut faire apparaître par le simple palper. C'est le cœcum contractile de Mathieu.

Spasme et douleur, tels sont les principaux symptômes de la forme légère; mais si ces symptômes s'accroissent, si le mucus et les membranes apparaissent dans les selles, on arrive facilement au syndrome connu sous le nom d'entéro-colite muco-membraneuse, qui pour Mathieu et Roux, n'est qu'une exagération de la constipation spasmodique.

Le traitement sera donc à peu de chose près le même pour les deux affections.

*Colite muco-membraneuse.*—La colite muco-membraneuse, relève d'une affection inflammatoire du gros intestin. La constipation est le phénomène essentiel, mais elle peut être interrompue de débâcles précédées de vives douleurs. Ces débâcles peuvent être très rapprochées les unes des autres, mais se distinguent facilement de la diarrhée vraie, parcequ'elles sont composées de petites billes de matières fécales flottant dans une petite quantité de liquide. Le malade émet assez souvent en même temps, une à deux cuillerées à bouche de sable. Pour Dieulafoy cela indique que la colite se développe chez un arthritique; pour Mathieu, ce n'est qu'une manifestation inflamma-

toire de la muqueuse intestinale. Ce sable est constitué par des sels de chaux. On trouve encore dans les selles de ces malades, du mucus non coagulé, plus ou moins teinté de sang, mais dont on ne tient compte, que s'il dépasse en quantité 1 cuillerée à café. Il y en a souvent de 2 à 4 cuillerées à bouche. Enfin, on y rencontre des membranes plus ou moins longues qui en réalité sont surtout développées sous l'influence d'un mauvais traitement.

Les douleurs siègent sur le colon ascendant, l'S iliaque, s'irradient dans les cuisses, les reins, quelquefois dans la région vésicale, avec phénomènes de dysurie, et même incontinence. Ces crises peuvent être à paroxysme douloureux siégeant à l'angle droit du colon.

A la palpation, on trouve un S iliaque et un cœcum contractés et douloureux; le colon transverse est même souvent senti sous forme de corde.

Le spasme peut se produire sans cause, chez les nerveux en particulier. Il se développe après une poussée de colite aiguë, ce qui est fréquent chez l'enfant, ou après la dysenterie ou une entérite intense chez l'adulte. Enfin, il peut être d'origine réflexe, et consécutif à une lésion de l'utérus, des annexes, du foie, de l'appendice ou à une affection douloureuse de l'intestin.

Cette symptomatologie s'accompagne d'un état nerveux assez prononcé, qui pour certains auteurs, est consécutif à la maladie, et pour d'autres lui est antérieur. Pour Roux, cet état nerveux a précédé l'apparition de la colite; cependant les troubles constants, ne sont pas sans aider beaucoup la neurasthénie. Chez grand nombre de sujets tout ceci est accompagné de ptoses des organes abdominaux, et de relâchement de la paroi.

On peut distinguer quatre formes de colite :

1° La forme bénigne, se rapprochant de la constipation spasmodique pure et simple.

2° La forme grave continue sans douleurs très fortes, mais avec alternatives constantes de constipation et de débâcles, mucus, etc.

3° La forme à paroxysmes, rare chez l'adulte, avec fièvre assez élevée, passagère ou même continue, poussées diarrhéiques durant plusieurs jours, le tout pouvant faire croire à la fièvre typhoïde.

4° Enfin, les formes graves douloureuses ne laissant aucun répit au malade.

*Complications.*—Les complications de l'entéro-colite, quoique se produisant rarement, sont assez nombreuses.

C'est ainsi que l'on rencontre quelquefois chez ces malades des hémorragies intestinales de cause inconnue, et sans gravité particulière. Il arrive aussi de constater, surtout à la suite des grands lavages qui provoquent le spasme, des accidents d'obstruction intestinale. Lasègue et Mathieu ont décrit à la suite de crises de colite des poussées de dysenterie nostras. Enfin chez les enfants au-dessous de trois ans, la poussée de colite est très grave, et s'accompagne d'élévation thermique. A un âge un peu plus avancé, la forme de la maladie se rapproche plus de celle de l'adulte, avec cette différence, toutefois, qu'il y a toujours un retentissement assez marqué sur l'état général : amaigrissement, auto-intoxication, troubles de la croissance.

Mais l'accident le plus important, est sans contredit, l'appendicite. On sait que la question de la coexistence de l'entéro-colite et de l'appendicite a été fortement discutée l'année dernière à l'Académie de médecine, dans la Presse médicale, et même dans les journaux mondains. Ce fut une véritable reprise de la question, au point où elle était en 1897. Dieulafoy avait



émis l'opinion que : « Quantité de gens simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse sont indument opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. » .

On ne peut nier que sur le nombre de sujets opérés pour appendicite, il s'en trouve quelques cas chez lesquels on ne rencontre pas de lésions microscopiques de l'appendice. C'est ainsi que grand nombre d'hémorragies constatées microscopiquement, ont été considérées faussement comme de la folliculite hémorragique, alors qu'il ne s'agissait que de lésions traumatiques produites par le chirurgien. Letulle a longuement traité cette question, à la suite de la discussion de l'Académie de médecine. (1) Mais il est des malades, chez lesquels on rencontre en même temps et la typhlo-colite et l'appendicite, et ces cas sont assez fréquents. Ces malades ne sont pas toujours guéris de leur entéro-colite par l'appendicectomie ; ils sont cependant débarrassés d'un appendice qui les faisait souffrir, et pouvait même contribuer à entretenir l'inflammation de l'intestin.

Voici ce que J. L. Faure écrivait l'an dernier sur la question : « L'appendice a assez de tendance à s'infecter spontanément, par suite de son voisinage avec l'intestin, pour qu'il s'infecte plus facilement encore lorsque l'intestin est malade. »

Il est donc prudent d'examiner soigneusement le malade dans ces cas, et de ne pas conclure à l'absence d'appendicite, parcequ'il s'agit d'un sujet souffrant d'entéro-colite. Si le traitement ordinaire n'apporte pas le soulagement voulu, il est du devoir du médecin, d'appeler le chirurgien pour enlever l'appendice, qui sans donner de manifestations aiguës, souffre d'inflammation chronique. Le sujet pourra demeurer un « balafre

---

(1) Pré. Méd. No. 90, page 723, 10 novembre 1906.

de Plombières ou de Chatel-Guyon », mais il sera tout de même amélioré, et quelquefois guéri comme nous l'avons vu récemment pour deux malades dans le service de monsieur le docteur Simard.

*Diagnostic.*—Le diagnostic de l'entéro-colite est le plus souvent facile ; il peut cependant présenter quelques difficultés, surtout lorsqu'il s'agit de crises aiguës. C'est ainsi que dans certaines formes où la douleur siège à l'angle supérieur droit du colon, on pensera à la lithiase rénale, surtout s'il y a de l'irradiation du côté de l'uretère, de la vessie et du testicule. D'un autre côté, on pourra croire à de l'appendicite aiguë, à une affection des annexes, alors que le gros intestin seul est en cause. C'est par l'examen des selles que se complétera le diagnostic. Certaines formes graves chez l'enfant peuvent faire penser à la fièvre typhoïde.

*Traitement.*—La constipation spasmodique et l'entéro-colite relèvent du même traitement, qui varie seulement suivant l'intensité de l'affection. On cherchera d'abord l'origine du spasme intestinal. Si on ne trouve pas de cause réflexe, auquel cas il faudrait traiter la maladie primitive, on instituera un régime constitué surtout par des féculents et des graisses. Voici de quoi pourront être composés les repas :

Potages aux céréales, préparés au lait ou à l'eau.

Pâtes alimentaires sans œufs. (Macaroni, etc.)

Pommes de terre.

Légumineuses.

Beurre en quantité.

Pain grillé.

Si les douleurs ne sont pas trop marquées, on pourra donner des légumes verts et des fruits cuits ; mais ils seront évités si le spasme est douloureux, parcequ'ils augmentent trop la

contraction. Comme toujours, l'alimentation doit être assez abondante pour ne pas laisser dépérir le malade, on insistera surtout sur les farineux. Les repas seront pris en petite quantité à la fois et souvent répétés. Le lait est mal supporté dans ces cas, surtout chez l'enfant.

Les grands lavages de l'intestin qui constituaient autrefois le traitement classique de l'entéro-colite, seront autant que possible évités. On les donnera seulement au moment des poussées infectieuses qui se rencontrent quelquefois. Ces lavages ne font qu'augmenter et entretenir le spasme. De plus ils sont souvent la cause des émissions de membranes en quantité. S'il est nécessaire de les faire faire, on se servira d'un bock à injections muni d'un tuyau de caoutchouc d'environ 1 in. 50, et d'une canule à entéroclyse d'une longueur d'environ 20 à 30 centimètres. L'eau employée sera bouillie, refroidie à la température de 38° à 40° C., et on n'injectera pas plus de ½ litre à la fois. Le malade sera couché la tête basse, le bassin légèrement relevé par un coussin. Dans aucun cas le lavage ne doit être pratiqué debout ou assis. Le bock sera placé 20 à 25 centimètres au dessus du plan sur lequel repose le malade. Le tuyau de caoutchouc étant maintenu fermé, enfoncer la canule, préalablement enduite de vaseline, de 10 à 12 centimètres dans l'anus.

Parfois il est nécessaire, pour que l'eau pénètre, d'évacuer les matières fécales qui peuvent se trouver dans le rectum, par un lavement de ⅓ à ½ litre d'eau, avant que le lavage de l'intestin ne soit efficacement effectué. L'écoulement du liquide de lavage doit se faire lentement et d'une façon continue. Il faut dix minutes au moins pour un litre de liquide.

Le traitement des cas ordinaires, sera constitué simplement par des lavements d'huile pure. On se servira d'huile

d'olive de bonne qualité. Le malade sera couché sur le dos ou sur le côté gauche. Une fois l'opération terminée, il restera étendu sur le dos pendant au moins trois ou quatre heures ; pour cela le lavement sera pris de préférence le soir en se couchant, deux heures environ après le repas. On donnera ainsi 50 à 200 grammes d'huile. On se servira d'un entonnoir en verre avec tube en caoutchouc et canule à entéroclyse. L'entonnoir sera à 60 ou 80 centimètres au dessus du plan du lit ; l'introduction de l'huile doit être lente et continue. L'huile sera chauffée à 35° environ. Le malade fera tous ses efforts pour garder le lavement le plus longtemps possible. Le traitement sera appliqué tous les jours au début, puis tous les deux ou trois jours suivant les indications. Au moment de rendre le liquide, on donnera une petite injection d'eau tiède salée, ( $\frac{1}{2}$  litre environ).

Si les douleurs sont trop intenses, il est bon dans l'entérocolite de garder le malade au lit, du moins au début. En tous cas il ne faudra pas prescrire de gymnastique et de massage comme dans la constipation atonique. Fait-on du massage, il devra être léger.

S'il est nécessaire de donner des médicaments en attendant l'effet de ce traitement un peu long, on donnera l'huile de ricin, à petite dose, une à deux cuillerées à café tous les deux ou trois jours. Il peut être utile aussi de diminuer le spasme en donnant x à XII gouttes de teinture de Belladone ou 0 gr. 02 centigrammes d'extrait.

Le traitement réussit en général ; mais si les résultats ne sont pas satisfaisants, on aura recours à l'électricité appliquée avec prudence. Le courant galvanique sera employé, et l'on fera passer pendant 10 à 20 minutes tous les 2 jours, un courant de 50 à 60 milliampères entre la fosse iliaque droite et gauche.

On n'emploiera que des procédés de douceur, car dit Mathieu : « Le gros intestin demande à être pris par la douceur et non par la violence, sans quoi il proteste en se contractant davantage. »

Delherm (1) fait toujours, en plus des applications locales, des applications de statique et de haute fréquence pour calmer l'état général du malade. Il dit obtenir dans 25 à 30 p. 100 des cas, des selles spontanées régulières dès les premières séances. Après une quinzaine d'applications électriques, les selles deviennent quotidiennes ou à peu près.

Nous ne ferons que citer la cure hydro-minérale à Plombières, ou Châtel-Guyon. Cette dernière station pour les colitiques non nerveux, la première, au contraire, pour les neuro-arthritiques. Mais c'est une cure assez difficile à faire appliquer pour nous.

En usant avec persévérance de ce traitement, on obtiendra des résultats satisfaisants ; mais la patience est nécessaire, d'autant plus que ces malades sont souvent fort ennuyeux par suite de leur état nerveux.

A. VALLÉE.

—o—

## ANALYSES

**Xavier Delore et A. Chalier. Contribution à la Chirurgie thyroïdienne.** (*Revue de Chirurgie, octobre 1907*).

Dans le numéro d'octobre de la Revue de chirurgie M. M. Xavier Delore et André Chalier reprennent la question thyroï-

(1) Arch. des Mal. de l'App. digestif et de la Nutrition, No. 9, Sept. 1907. p. 513.

dienne envisagée surtout à un point de vue clinique. Ce travail de la clinique de M. le professeur Poncet est strictement basé sur l'observation de malades qui ont pu être suivis de près, et n'a en vue que l'étude des tumeurs bénignes suppurées ou non du corps thyroïde : goîtres simples, thyroïdites et strumites.

En clinique, on peut diviser les goîtres simples en *formes énucléables* solides ou liquides souvent confondues sous le nom de *kystes* et en formes *non énucléables* ou *goîtres diffus*.

Il ressort de cette étude que les goîtres énucléables constituent la grande majorité des cas. Les goîtres liquides ont très fréquemment un contenu hématique. Près de la moitié des kystes renferment du sang. L'hémorragie peut avoir été brusque d'où hématoécèles aiguës, ou bien l'hématoécèle s'est faite par poussées successives, alors on a la forme la plus fréquente, l'hématoécèle chronique.

Sous l'influence d'une cause quelconque, telle que traumatisme, efforts, maladies infectieuses, grossesse, parfois même sans cause apparente, un goitre jusqu'alors peu gênant, latent, ignoré même devient le siège de tiraillements, de lancées véritables, c'est l'hématoécèle qui se produit. En même temps il grossit, durcit, détermine des troubles de compression, qui décident les malades à consulter.

Les hématoécèles thyroïdiennes sont encore graves par les complications fréquentes qui les accompagnent. On connaît la tendance des liquides hématiques à s'infecter et à suppurer. Les hématoécèles thyroïdiennes n'échappent pas à cette loi générale et beaucoup de *strumites*, de l'avis des auteurs, relèvent de cette pathogénie. Ils vont jusqu'à soutenir après certains auteurs, que l'irritation constante du tissu thyroïdien par le contact du sang et par sa résorption n'est pas étrangère à la

formation des fibrômes du corps thyroïde, lésion d'ailleurs tout-à-fait exceptionnelle.

Des diverses modifications possibles des goitres, M M. Delore et Chalier rapprochent un certain nombre de *troubles nerveux d'origine thyroïdienne* qui sont le fait de goitres basedowifiés proprement dits ou de psychoses d'origine thyroïdienne sans basedowisme. En ce qui concerne les *goitres basedowifiés* qui doivent être nettement séparés des goitres exophtalmiques véritables, tant au point de vue des indications qu'au point de vue des résultats opératoires, tous les auteurs s'accordent aujourd'hui pour reconnaître l'efficacité du traitement chirurgical.

Les *psychoses d'origine thyroïdienne* bien mises en évidence par les recherches de Poncet et de ses élèves plus fréquentes qu'on ne pourrait le croire a priori sont aussi souvent améliorées, quelquefois guéries par un traitement chirurgical.

Quant à leur situation, les goitres présentent la variété plongeante soit à forme cervicale, soit médiastinale, relativement fréquente, et dont les dangers de compression qu'elle comporte ne peuvent être méconnus.

Les indications opératoires dans le traitement des goitres sont parfois d'une netteté parfaite. Toutes les fois qu'apparaissent des troubles fonctionnels engendrés par la compression des organes voisins, de la trachée en particulier, l'opération s'impose quelque soit la variété du goitre ou de la complication.

Pour Poncet et ses élèves l'indication opératoire est tout aussi impérieuse lorsqu'il s'agit de *troubles nerveux d'origine thyroïdienne* (goitres basedowifiés ou psychoses).

L'intervention ne se présente pas avec les mêmes caractères d'absolue nécessité lorsqu'il s'agit de goitres peu volumineux n'ayant jamais déterminé aucun incident. Cependant, M M.

Delore et Chalier sont d'avis de pratiquer l'opération. Et les raisons sont la dégénérescence cancéreuse fréquente, et les troubles fonctionnels parfois menaçants dûs à la production rapide d'hématocèle ou le développement d'une strumite.

Bref, on peut dire que tout goitre diagnostiqué, qu'il soit simple ou compliqué doit être opéré, et qu'il n'y a de contre-indication opératoire que celle qui relève de l'état de cachexie des malades, observé dans certaines formes de goitres anciens chez les vieillards.

Ceci s'applique aux adultes. Chez les enfants porteurs de goitres massifs on doit toujours tenter le traitement médical (iodothyriues, applications iodées etc.) avant de recourir au traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical comporte plusieurs manières de faire. D'abord, l'exothyropexie convient à certains cas d'urgence, lorsqu'une exérèse paraît contre-indiquée par la gravité des troubles fonctionnels ou par l'étendue des lésions locales.

La *thyroïdectomie partielle* et la résection ne s'appliquent guère qu'aux rares cas de goitres diffus, qui ont résisté au traitement médical.

L'*énucléation* soit massive, soit intraglandulaire (opération de Socin) constitue le procédé de choix, avec l'incision dite en cravate de Kocher plus ou moins modifiée.

Quant à la question de l'anesthésie elle est toujours ouverte. Les uns accusent l'éther, d'autres le chloroforme d'être dangereux, d'autres emploient de préférence l'anesthésie locale. MM. Delore et Chalier sont éclectiques avec une propension marquée pour l'anesthésie mixte (kélène et éther).

Maintenant, il faut savoir que les *thyroïdites et strumites* se rencontrent assez souvent, mais les *strumites proprement dites*,



ou suppurations de kystes sont beaucoup plus fréquentes que les thyroïdites.

Le traitement de choix est l'incision large suivie de drainage, qui comporte parfois l'établissement d'une contre-ouverture plus latérale ou plus postérieure pour assurer l'écoulement du pus des parties déclives et anfractueuses.

La guérison se fait souvent attendre; c'est pourquoi se pose la question de la strumectomie primitive ou l'ablation de la poche suppurée. Les opinions sont partagées et les auteurs inclinent à croire que la strumectomie trouve sa place comme intervention secondaire soit pendant la période fébrile qui continue, soit à froid, dans la période post fébrile.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que la strumectomie primitive dans un certain nombre de thyroïdites et strumites suppurées donne des avantages véritablement sérieux; suppression du foyer de rétention, unification d'une cavité pansée à ciel ouvert, guérison rapide sans complications pulmonaires.

A. SIMARD.

***Radiothérapie des leucémies et pseudo-leucémies.***  
(*La médecine internationale, octobre, 1907.*)

Il y a quelques années, la thérapeutique des leucémies était encore complètement illusoire. L'arsenic, même à haute dose, donnait bien une amélioration de l'état général, une augmentation des forces du malade, mais il n'avait aucune action sur le processus fondamental de la maladie et ne modifiait en rien la formule sanguine; quant aux autres modifications, elles n'avaient aucune valeur.

C'est donc une véritable révolution thérapeutique qu'a produit l'emploi des rayons X. Les premiers essais ont été faits

en Amérique- En 1902, Pusep cite deux cas de pseudoleucémie améliorés par la radiothérapie et Senn (de Chicago) signale les heureux effets des rayons X dans deux cas de leucémie. Bientôt les observations se multiplient en Amérique et en Allemagne puis le traitement est employé en France avec le même succès. Aujourd'hui de nombreuses observations ont entraîné la conviction dans tous les esprits. Ces faits ont été réunis dans un travail de M. Beaujard fait au laboratoire de radiologie médicale de M. Bécclère.

\* \*

L'action exercée par la radiothérapie sur les symptômes et sur l'état du sang est très remarquable dans les leucémies chroniques, myélogènes et lymphogènes ; dans les leucémies aiguës, le résultat jusqu'ici a été peu sensible.

Dès le début du traitement, l'état général s'améliore, la fièvre tombe, ainsi que les sueurs, l'apathie et l'anorexie. Un malade de M. Vaquez qui, depuis plusieurs semaines présentait de la fièvre et des frissons, cessa, dès le lendemain de la première séance de radiothérapie, d'avoir des frissons, et dix jours plus tard sa température redevint normale. Un an plus tard, après une longue interruption du traitement, fièvre et frissons reparurent, pour cesser encore après la première séance de radiothérapie.

Chez les leucémiques non fébricitants, dès la troisième semaine du traitement, on voit l'appétit se réveiller et les forces augmenter. Œdème et albuminurie disparaissent aussi après quelques semaines. Le poids augmente après avoir subi quelquefois une diminution passagère.

Ces avantages sont obtenus au début chez tous les malades, même chez ceux dont la maladie évoluera facilement.

Les organes hématopoiétiques hypertrophiés diminuent progressivement et reviennent en quelques mois à un volume presque normal. On voit des rates qui remplissaient au début tout l'abdomen, se réduire et déborder à peine les fausses côtes. Les masses ganglionnaires se réduisent de même, les ganglions deviennent mobiles, donnent une apparence de micropolyadénopathie et finissent par disparaître complètement. Malheureusement, ces guérisons ne sont pas définitives et les symptômes se reproduisent si l'on interrompt trop longtemps le traitement.

Le sang subit des modifications aussi importantes. L'hyperleucocytose diminue, le chiffre des leucocytes revient à la normale. En un mois, le nombre des leucocytes tombait de 800,000 à 8,000 dans le cas de Brown; en un mois avec 23 séances, il tombait de 1,250,000 à 8,000 dans un cas de Grawitz. La diminution n'est pas toujours aussi rapide; dans deux cas de leucémie myélogène observés par Beaujard, il fallut sept mois de traitement pour faire tomber les leucocytes au-dessous de 10,000. Souvent même, au début, il se produit une augmentation passagère du nombre des leucocytes, avant que celui-ci commence à se réduire décidément.

En même temps, la proportion des cellules anormales du sang décroît; les myélocytes diminuent puis disparaissent, ce pendant que les leucocytes normaux reprennent leur nombre physiologique. Là encore, on observe parfois au début une augmentation passagère des myélocytes.

En même temps, les hématies se multiplient, l'anémie se répare; dans un cas de leucémie lymphoïde de Beaujard, le malade, parti de 2,000,000, atteignait 3,000,000 après trois mois et dépassait 4,000,000 au septième mois; les hématies nucléées diminuent, puis disparaissent du sang.

L'amélioration est d'autant plus rapide que le traitement a été plus intense; elle est plus rapide et plus marquée dans la leucémie myélogène que dans la lymphogène. Malheureusement, les résultats obtenus ne sont pas définitifs; après trois semaines ou un mois de suspension du traitement, la récurrence survient.

Dans les leucémies aiguës ou subaiguës, le traitement n'a pas d'efficacité; Capps et Smith, Sabrazès, M. Labbé et Beaujard l'ont vu échouer.

Par contre, dans les pseudo-leucémies, la radiothérapie exerce la même action efficace sur l'état général, les tumeurs et le sang.

Le traitement est également efficace contre les leucémies cutanées et contre certaines formes d'adénopathies tuberculeuses (Bergonié).

\* \*

Le traitement doit être prolongé jusqu'à ce que le sang ait repris son aspect normal, c'est-à-dire jusqu'à ce que, dans la leucémie lymphoïde, les leucocytes polynucléaires soient remontés au taux physiologique et que, dans la leucémie myélogène, les myélocytes aient disparu de la circulation. A ce moment, les séances pourront être très espacées; une dose faible de loin en loin suffit à maintenir l'amélioration. On a pu jusqu'ici, entretenir la guérison relative chez des leucémiques pendant plusieurs années. Mais on ne connaît pas encore de leucémie guérie définitivement par ce traitement; généralement, après quelques mois de suspension thérapeutique, la maladie reprend son évolution. Le malade doit donc en être averti et se soumettre régulièrement à l'examen de son sang qui, seul, peut décider à temps si le traitement doit être repris.

DR VERGÉ.

***Procédé de Rudaux pour la ligature du cordon ombilical.***

Rudaux, jeune accoucheur des hôpitaux de Paris, vient de préconiser un nouveau mode pour la ligature du cordon ombilical qui offre un maximum de sûreté et l'emporte sur la ligature en bouchon de champagne de Budin. Son procédé est très simple. Une anse de fil est passée dans l'épaisseur du cordon à l'aide d'une aiguille quelconque en évitant de blesser les vaisseaux. Puis il faut couper cette anse par son milieu et avec chaque moitié, lier à fond la moitié correspondante du cordon. Ce n'est rien autre chose que la ligature que font les chirurgiens pour lier plus sûrement les gros pédicules vasculaires.

P. A. GASTONGUAY.

***Lutand. Action de la morphine sur l'appareil génital de la femme. (Medical Record).***

Lutand qui a une grande expérience touchant le traitement de la morphinomanie chez la femme, déclare que la morphine a pour effet d'arrêter la menstruation et de faire disparaître tout désir sexuel. D'autres auteurs affirment que la morphine produit le même effet chez l'homme pour ce qui regarde les désirs sexuels. C'est pourquoi Lutand pense que l'on peut administrer avec avantage la morphine aux femmes atteintes de ménorrhagies ou de métrorrhagies sans lésions, ou dans celles dues soit au fibrome ou au cancer. Pour ce qui regarde les premières, il y a des femmes dont la vie est menacée par des menstruations profuses ; ici la morphine agirait bien sans qu'il y ait danger que la patiente devienne morphinomane, pourvu que la drogue soit bien administrée. Dans le cas de fibrome, la morphine permettrait de diminuer les dangers de l'hémorrhagie pendant quel-

ques années, jusqu'à ce que la ménopause amène l'arrêt de croissance du fibrome par atrophie. Dans le cas de cancers utérins, c'est le devoir du médecin de faire prendre de la morphine à sa malade, attendu que c'est là le seul moyen de lui rendre la vie tolérable.

L'auteur ajoute qu'il a vu des cas où la morphine non seulement a rendu la vie tolérable, mais encore l'a prolongée. Elle retarde les échanges vitaux, diminue les sécrétions, ralentit l'évolution du néoplasme et de ce fait, la vie est prolongée.

P. A. GASTONGUAY.

**Netter.** (*Journal de Médecine interne*). Dans la diphtérie alors que toute lésion locale a disparu, si l'enfant reste pâle et anémié, se plaint de faiblesse générale, n'a pas d'appétit, a un pouls instable, petit et irrégulier, il est encore sous le coup de l'intoxication diphtérique.

S'il a des vomissements répétés, sans efforts, il faut craindre la paralysie bulbaire et la mort brusque à brève échéance.

Pour prévenir les accidents dus au sérum anti-diphtéritique, il est bon, d'après Netter, d'administrer le chlorure de calcium.

P. A. GASTONGUAY.

**Bergeron.** *Traitement de la coqueluche par les injections rectales d'acide carbonique.* (*Jour. de Méd.*)

Le Dr Bergeron conseille les lavements d'acide carbonique contre la coqueluche, et il a constamment obtenu de bons résultats.

Il administre après les quintes, 1 à 2 litres de gaz acide carbonique, entraînant quelques centigrammes de pyridine. Le malade peut manger immédiatement après l'injection rectale. II

ne faut pas hésiter à poursuivre les quintes durant la nuit. M. Bergeron a administré jusqu'à 3 et 6 injections dans les 24 hrs. Il prétend que la coqueluche la plus tenace résiste rarement à ce traitement plus d'une semaine et que les cas ne cédant qu'au bout de deux semaines constituent des exceptions.

P. A. GASTONGUAY.

— 0-0 —

## Thérapeutique

### LES COLLYRES AU NITRATE D'ARGENT ET AU SULFATE DE ZINC

Le professeur Verli nous fait remarquer dans la revue générale d'ophtalmologie, qu'on use de collyres au sulfate de zinc et au nitrate d'argent beaucoup trop forts; le premier est en général donné à des doses supérieures à 1%, et le second, à la dose de 1%. De semblables proportions sont inutiles et peuvent être nuisibles; il donne la préférence aux formules suivantes :

Sulfate de zinc..... 0 gr. 03  
Eau distillée..... 15 gr.

avec lavage abondant au moyen d'une solution d'acide borique à 3%

Sulfate de zinc..... 0 gr. 20  
Eau distillée..... 200 gr.

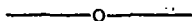
pour lavage oculaire deux fois par jour.

Nitrate d'argent..... 0 gr. 05  
Eau distillée..... 20 gr.

L'auteur nous met en garde d'employer des solutions de bichlorure de mercure qui provoquent une cuisson intolérable

des conjonctives à cause de l'alcool qui agit comme dissolvant primitif dans la formule de ce médicament. S'il est vraiment nécessaire de faire ces solutions, il donne la formule suivante :

x :	Bichlorure de Hg .....	0 gr. 25
	Chlorure de Sodium .....	0 gr. 50
	Eau distillée .....	2 litres (1)



### L'ACIDE SALICYLIQUE ET SES DÉRIVÉS

Du précis de Pharmacologie que vient de publier M. Professeur O. J. Pouchet, nous extrayons des renseignements utiles, sur le mode d'administration de l'acide salicylique et ses dérivés.

Vu son action irritante et son faible pouvoir de solubilité, l'acide salicylique est peu employé aujourd'hui. Il n'est guère utilisé que comme antiseptique. On doit toujours l'administrer en solution ou en potion.

Acide salicylique .....	1 gr.
Glycérine pure .....	20 gr.
Eau distillée .....	20 gr.

#### SOLUTION

Acide Salicylique .....	2 à 5 gr.
Rhum	} a a 60 gr.
Sirup. de quinquina	

#### POTION

Comme usage interne, l'emploi de l'acide salicylique est d'ailleurs de plus en plus abandonné,

Pour l'usage externe, ses applications sont fort nombreuses ; on l'emploie comme topique dans le traitement du chancre mou

(1) Revue gén. d'ophtal. no 9, 30 septembre 1906.



et pour la préparation de gazes et ouates aseptiques pour pansements. Elles sont au titre de 10%.

Comme poudre antiseptique, on utilise la formule suivante à 3% :

Acide salicylique .....	3 gr.
Poudre d'amidon .....	10 gr.
Poudre de Talc .....	37 gr.

Les pommades se formulent soit avec la lanoline, soit avec un mélange formé d'alcool absolu et d'huile de ricin, dans lequel l'acide salicylique est soluble.

Acide salicylique .....	3 gr.
Alcool à 90 .....	6 gr.
Lanoline .....	30 gr.

Acide salicylique .....	20 gr.
Alcool absolu .....	100 gr.
Huile de ricin .....	200 gr.

La première formule est préférable : le médicament s'absorbe mieux par la peau.

On associe l'acide salicylique et l'essence de thérébentine pour faciliter une absorption plus grande et réaliser en même temps une action irritante et congestive.

Lanoline	} a a	10 gr.
Acide salicylique		
Essence de thérébentine		
Axonge benzoïnée .....		70 gr.

Comme traitement abortif du furoncle, on peut employer l'emplâtre suivant :

Acide salicylique pulvérisé	} a a	2 parties
Emplâtre de savon		
Emplâtre diachylon .....		4 parties

*Le salicylate de soude* est le produit le plus souvent utilisé pour réaliser la médication salicylée. On l'administre aux

doses de 4 à 12 grammes par jour, par fraction de 2 grammes au maximum, par prise, à cause de son élimination rapide.

Il ne faut jamais l'administrer en cachet, à cause de l'action irritante de ce médiament, mais en solution diluée au moment des repas.

Voici une formule qui permet de dissimuler la saveur fort désagréable et même persistante.

x :	Salicylate de soude . . . . .	13 gr.
	Rhum vieux . . . . .	60 gr.
	Sirop d'écorce d'orange amère	} a a 100 gr.
	Eau distillée	

Une cuillerée à soupe à toutes les heures, dans une tisane appropriée.

Si nous voulons faciliter la tolérance du salicylate de soude, on peut ajouter à cette potion 6 à 10 grammes de bicarbonate de soude.

On peut également prescrire.

Salicylate de soude . . . . .	5 à 10 gr.
Sucre de réglisse épurée . . . . .	5 à 10 gr.
Eau distillée . . . . .	150 gr.

Pour combattre l'action irritante du salicylate de soude sur la muqueuse stomacale, il est bon de diluer 1 gr. de salicylate de soude dans un verre d'eau de Vichy.

La salicylate de lithine s'administre en solution, à la dose de 2 à 4 gr. par jour, avec une eau alcaline telle que celle de Vichy ou de Carlsbad.

Le Salicylate de mercure peut s'employer comme médicament mercuriel, en pilules de 2 centigr., aux doses de 5 à 13 centig. par jour ; mais on utilise aujourd'hui les injections intra-musculaires. On pratique de 6 à 20 injections, espacées de deux en deux ou de trois en trois jours, avec le mélange suivant :

Salicylate de mercure.....	0.20 gr.
Mucilage de gomme arabique..	0.30 gr.
Eau distillée.....	10 gr.

Ce sel possède l'avantage de ne pas être douloureux, de ne pas donner naissance à des indurations et de provoquer rarement des accidents toxiques.

Le salicylate de bismuth s'emploie aux doses de 1 à 10 gr. prodie en cachets ou en potion. Pour exalter ses propriétés antiseptiques et antidiarrhéiques, on peut l'associer à du naphtol, du salol, des préparations opiacées.

Dans les diarrhées dysentériques, on emploie la potion suivante:

Salicylate de bismuth.....	12 gr
Elixir de parégorique.....	15 gr
Glycérine pure.....	10 gr
Eau distillée de menthe.....	160 gr

à prendre par cuillerée à soupe d'heure en heure.

#### CONTRE LA BLÉPHARITE

Appliquer sur le rebord des cils, l'une des pommades suivantes:

R. Ichthyol.....	0.20 centig.
Oxyde de zinc.....	0.50 "
Vaseline.....	10 grammes
X. Résorcine.....	2.10 centig.
Oxyde de zinc.....	0.50 "
Vaseline.....	10 grammes.

#### SUR UN ANTI-ASTHMATIQUE EMPLOYÉ EN INHALATION D'APRÈS UNE FORMULE DE EINHORN

par SCHIFFER (*Munch. med. Woch.*, 9 juillet 1907).

Depuis plusieurs années, on emploie en Amérique un anti-asthmatique secret, qui réussit très bien dans les accès d'asthme.

L'auteur a demandé au professeur Einhorn d'analyser ce remède dont voici la formule :

Nitrite de cocaïne.....	1 gr. 028
Nitrite d'atropine.....	0 gr. 581
Glycérine.....	33 gr. 16
Eau.....	66 gr. 23

Dès que le sujet se sent menacé d'un accès d'asthme, il pulvérise dans le nez la solution avec assez de force pour que la poussière aqueuse pénètre à travers l'arbre respiratoire jusque dans les bronches. Si la sensation incommode qui annonce l'accès persiste, on peut renouveler la pulvérisation une demi-heure à une heure plus tard.

Dans la plupart des cas, une ou deux inhalations suffisent pour produire un soulagement complet et prévenir l'accès d'asthme. Si l'on n'obtient pas de résultat, assure l'auteur, c'est que l'application du médicament n'est pas correcte.

Les asthmatiques atteints gravement peuvent faire une pulvérisation le matin et le soir, et même une fois la nuit. Bien entendu, le traitement n'a qu'une valeur symptomatique et non curative.

On peut s'étonner de la quantité considérable de cocaïne et d'atropine contenue dans la préparation et on pourrait redouter une intoxication. Cependant Einhorn a montré qu'une pulvérisation faite durant trois minutes ne consomme que 0,00035 de nitrite d'atropine et 0,00062 de nitrite de cocaïne.

D'autre part, toute la quantité inhalée n'est pas absorbée. Au bout de quelques instants d'inhalation, le malade peut éprouver de la sécheresse de la gorge; il est bon de le prévenir de cette sensation, afin qu'il arrête la pulvérisation.

Des malades font usage de ce remède depuis cinq ou six ans, sans en avoir éprouvé aucune inconvénient.

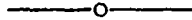
### MANIERE AGREABLE ET PRATIQUE D'ADMINISTRER L'HUILE DE RICIN

Prendre un verre ordinaire et le remplir à moitié avec de la bière. Verser avec précaution la dose nécessaire d'huile de manière qu'elle surnage le premier liquide.

Battre, d'autre part, une petite quantité de bière en mousse et déposer celle-ci sur l'huile de ricin.

Non seulement l'absorption se fait ainsi sans que l'on perçoive le goût d'huile, mais le médicament est bien toléré, les « renvois », s'il s'en produit, n'ayant absolument que le goût de bière.

On peut ainsi administrer l'huile de ricin à l'insu des malades, et nombreux sont ceux qui ont cru ainsi être purgés par une préparation qu'on leur disait être de la « Bière à la magnésie. »



### NOUVELLES

Plusieurs changements ont été opérés dans l'enseignement médical de l'Université Laval, nécessités par la retraite du Doyen, M. le Dr L. Catellier, et l'abandon du cours d'Anatomie descriptive par M. le Dr Ahern.

Dorénavant, M. le Dr Arthur Simard remplace M. le Dr Catellier à la chaire de Pathologie externe, et M. le Dr C. Dagneau, agrégé, occupera celle d'Anatomie descriptive. M. le Dr Albert Paquet agrégé, est nommé à la chaire d'Anatomie pratique et de médecine opératoire devenue vacante.

Le laboratoire pour l'enseignement de la Bactériologie à la Faculté, a été transféré à l'école de médecine et sera comme par

le passé sous la direction de M. le Dr R. Mayrand, Dermatologiste et chargé du cours de Bactériologie.

---

Un service spécial pour les maladies des enfants a été créé à l'Hôtel-Dieu dans des conditions excellentes que seul un citoyen éclairé comme l'Hon. Sharples pouvait le faire. Cette importante annexe à l'enseignement clinique sera sous la direction de M. le Dr R. Fortier, Professeur des maladies infantiles.

---

L'Université Laval vient de combler une lacune dans l'enseignement hospitalier par la création, conjointement avec les Dames religieuses de l'Hôtel-Dieu, d'un laboratoire de recherches et d'Anatomie pathologique, très complet et outillé pour répondre à toutes les demandes. M. le Dr Arthur Vallée, pathologiste de la Faculté, récemment arrivé d'Europe, est en charge du laboratoire. Il est entendu que les laboratoires sont ouverts aux médecins qui peuvent y faire tout examen aujourd'hui requis dans la pratique journalière.

---

La salle de dissection de l'Ecole a été complètement renouvelée, modernisée et un grand nombre de pièces anatomiques montées y ont été placées pour aider à l'enseignement de l'Anatomie.

---

### LIVRES NOUVEAUX

**Docteur Jules Roger (du Havre), "La Vie Médicale d'autrefois".** (Paris 1907—Ballière. éditeur).

Monsieur le Docteur Jules Roger que nous connaissons déjà par ses nombreux travaux sur l'histoire de la médecine, vient de publier, sous le titre "La Vie Médicale d'autrefois",

quelques pages très intéressantes. Ces chapitres malheureusement trop courts peuvent s'ajouter avec honneur à "Voltaire Malade" et "Madame de Sévigné Malade", qui nous avaient fort captivés il y a quelques années.

Ce n'est pas une histoire générale de la médecine en France que monsieur Roger a eu la prétention de faire ; il nous avertit dès le début du contraire. Il a simplement cherché, et ce qui plus est, il a réussi à réunir dans son ouvrage, "les faits historiques qui ne sont ni sans intérêt, ni sans portée philosophique pour ceux qui savent réfléchir".

Après quelques généralités sur la médecine aux premiers siècles, et sur les débuts de la Faculté de Paris, il passe à des sujets variés, mais de telle façon, qu'on ne peut tourner la page sans lire jusqu'au bout.

Dans le chapitre où il traite de la Faculté de Paris, par exemple, l'auteur rapporte quelques sujets de thèses comme ceux-ci, qui laissent à penser :

*"Doit-on saigner une jeune fille jolle d'amour !"*

*"Le libertinage amène-t-il la calvitie ?"*

*"Les littérateurs doivent-ils se marier ?" etc., etc.*

Puis il nous parle des prix élevés des examens à ce moment et se demande si ce n'est pas là un moyen de remédier à la pléthore médicale.

Gui Patin, Rabelais, Molière, Renaudot, voire même dame Boursier, la fameuse sage femme de Marie de Médicis, font tour à tour les frais des chapitres suivants. Quelques notions sur les usages et la discipline de la Faculté, les origines du journalisme médical, etc., etc., et le docteur Roger termine un livre des plus amusants où tout chercheur trouvera des renseignements utiles.

Les médecins, et même le monde extra-médical, qui s'intéressent à ces questions ou à l'histoire en général, ne manqueront pas de trouver beaucoup de plaisir à la lecture de ces pages.

A. VALLEE

**TRAITE DE L'HYPNOTISME expérimental et thérapeutique.** *ses applications à la Médecine, à l'éducation et à la psychologie*, par le Dr PAUL JOIRE, professeur à l'Institut Psychophysologique de Paris. — VIGOT Frères, Editeurs, 23 Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-8° écu avec 44 figures démonstratives . . . . . 4 fr.

Un grand nombre de personnes s'intéressent actuellement à l'hypnotisme.

Les philosophes y trouvent un merveilleux moyen d'analyse psychologique, qui leur permet de scruter les replis les plus ignorés de l'âme humaine.

Les médecins y voient une méthode nouvelle, qui permet de traiter efficacement un grand nombre de maladies rebelles à la thérapeutique ordinaire.

Le médecin psychologue, ambitionnant d'aller plus avant dans le soulagement qu'il peut apporter à l'humanité souffrante, découvre dans l'hypnotisme le moyen, non seulement de soulager les souffrances physiques, mais aussi de guérir les maladies et les souffrances morales.

Le prêtre, voyant l'hypnotisme entré définitivement dans le domaine scientifique, n'en blâme plus la pratique, et cherche lui-même à s'éclairer sur les bases de cette méthode scientifique nouvelle, et sur ce qu'on peut en attendre pour le soulagement des maux du corps et le développement des facultés de l'âme.

Le public enfin, le voit volontiers sortir du domaine du charlatanisme, et cherche à déchirer les derniers voiles qui l'entourent et en ont fait trop longtemps, grâce à l'ignorance, un instrument surnaturel.

A tous ceux-là, savants, chercheurs ou simplement curieux, s'adresse ce livre dans lequel l'auteur a d'abord donné l'analyse scientifique de l'hypnotisme, puis la méthode et les règles précises que doivent suivre ceux qui veulent l'employer.

Il a ensuite voulu prouver l'utilité de l'emploi de l'hypnotisme, en signalant un certain nombre des principales circonstances dans lesquelles on peut en faire usage, ce qui l'a amené à écrire les chapitres sur l'hystérie, les obsessions, l'alcoolisme, le trac des artistes, l'étude des arts, etc.



Enfin, allant plus loin que la plupart des hypnologistes, il a démontré par ses expériences la réalité de la suggestion mentale, et, par l'étude du osthéonomètre, l'existence d'une force nouvelle, émanant de l'organisme humain.

**INSTRUCTION POUR LE TRAITEMENT PAR L'HYPÉREMIE** du Dr SCHIEDEN, chirurgien en Clinique de l'Université de Bonn, traduit par Mme Fortoul, *Préface de Monsieur le Professeur agrégé TUFFIER.*—VIGOT Frères, Éditeurs, 23, Place de Médecine, Paris. Un vol. in-8° carré avec 13 fig. . . 1.25.

Dès son apparition la « MÉTHODE DE BIER » a attiré l'intérêt du corps médical allemand ; on l'a qualifiée « le plus grand progrès qu'ait fait la thérapeutique chirurgicale depuis LISTER. » Elle est la synthèse d'un ensemble de procédés qui ont tous un but commun : déterminer dans la région malade, une des manifestations de défense les plus fréquentes de l'organisme, la congestion, et aider à la guérison par cette congestion artificiellement provoquée.

La Méthode de Bier commence à se généraliser parmi nous ; c'est pourquoi, il était indispensable de mettre entre les mains des confrères non familiarisés avec la technique un petit « *Manuel d'application pratique de l'Hypérémie.* » L'ouvrage du Dr Schieden, traduit par Mme Fortoul, remplit bien ce but. L'auteur y prévoit tous les cas susceptibles d'être traités par l'Hypérémie ; il la rend facilement applicable et explique simplement et clairement la méthode de son Maître.

Les anciens maîtres en vénéréologie soignaient volontiers leurs patients gonorrhéiques en les soumettant à une diète légère et en leur donnant des breuvages adoucissants. Les propriétés adoucissantes du SANMETTO en font le remède idéal dans la gonorrhée.