

PAGES

MANQUANTES

5^e vol

Sept. 1903

MEMOIRES

DU CHOIX DE LA MAIN DANS LA VERSION PODALIQUE.

Par M. le Dr ALPHONSE LESSARD, de Québec.

Messieurs :

Ces quelques observations qui font le sujet de ce court travail n'ont pas le mérite d'une grande nouveauté ; la version, c'est de l'histoire ancienne en même temps qu'une opération bien ordinaire pour nombre de praticiens qui sont ici et que la longue expérience des accouchements a rendus maîtres en la matière ; mais ceux-là me permettront d'invoquer à l'appui des opinions que je me propose d'émettre cette même expérience pour en faire profiter les jeunes médecins auxquels je m'adresse d'une manière toute particulière.—Des circonstances m'ont favorisé, et je dois à la bienveillance d'un confrère, une bonne part des connaissances pratiques que j'ai acquises sur l'opération obstétricale qui nous occupe.

Le jeune médecin qui pour la première fois se trouve en présence d'une version à faire, est très rarement d'une tranquillité parfaite. Nous savons ce qui en est, nous avons tous passé par là. La plupart du temps, il ne connaîtra de cette manœuvre obstétricale que ce qu'il aura entendu au cours et lu dans ses livres ; pendant ses études médicales, aucun cas de ce genre ne se sera peut-être présenté aux cliniques d'accouchements, et il n'aura pour toute arme de combat que la théorie de l'opération qu'il doit pratiquer. S'il est seul, éloigné du secours d'un confrère plus vieux et plus expérimenté, il devra tenter cette intervention

1 Travail présenté au premier Congrès de l'Association des Médecins de Langue française, tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

au milieu d'un entourage dont les mauvaises dispositions sont le plus souvent à raison directe des difficultés à surmonter. C'est alors qu'il aura besoin de tout son sang froid, de toute sa prudence et surtout d'un mode opératoire simple, facile, rapide et pratique ; s'il le possède bien, qu'il agisse sans crainte, qu'il ose sans témérité, et le succès sera la récompense de son intelligente intervention. C'est une méthode de ce genre que je désire préconiser.

La version podalique, opératoire qui a pour but de transformer la présentation préexistante en une présentation de siège et de permettre l'extraction immédiate de l'enfant, se pratique, tout le monde sait cela, dans les cas de présentations transverses ou du sommet dans certaines conditions ; aussi, je ne mentionne que pour mémoire et qu'en passant les précautions antiseptiques d'absolue rigueur dans une manœuvre si dangereuse au point de vue de l'infection subséquente.

Y a-t-il lieu d'employer le chloroforme ?

Les auteurs nous le disent, mais dans la pratique, l'immense majorité des versions se font sans chloroforme. Les 14 versions dont il est question dans ces notes, ont été effectuées sans cet anesthésique, excepté chez une éclamptique qui naturellement se trouvait sous l'influence de ce médicament depuis plusieurs heures. Cependant, il peut servir quand l'utérus a des tendances à se tétaniser ; il aidera au relâchement des fibres musculaires de cet organe.

Après avoir fait mettre la femme en position obstétricale, l'accoucheur ayant mis habit bas, lave et antiseptise les parties génitales de sa patiente de même que la main et l'avant bras qui doivent y pénétrer.

Nous arrivons, Messieurs, à la question que je me suis proposé d'étudier dans ce travail ; à savoir : de quelle main doit on se servir pour pratiquer la version. Si l'on consulte les traités

d'accochement, on y trouvera une série d'axiômes, résumées de longues dissertations sur le sujet, et pouvant se formuler ainsi. Pour les présentations du sommet, quand l'occiput est à droite, vous devez introduire la main droite, et la main gauche quand l'occiput est à gauche. Pour la face, menton à droite, main gauche ; menton à gauche, main droite. Dans les présentations transverses, que le dos soit en avant ou en arrière, servez-vous de la main droite quand l'épaule droite occupe l'orifice utérin, et de votre gauche pour l'épaule de même nom. Voilà la théorie et comme toutes les théories, elle a certainement son beau côté, mais franchement, en pratique, les choses se passent-elles ainsi ? Je m'adresse à tous les médecins d'expérience, de bien plus d'expérience et d'habileté que moi, à tous ceux qui ont fait et font souvent des versions, et je leur demande si l'on doit attacher une grande valeur à toute ces théories. Pour ma part, je crois qu'on pourrait remplacer les axiômes des traités que j'ai mentionnés par celui-ci, beaucoup plus simple, ne prêtant à aucune équivoque et pouvant s'appliquer à tous les cas : servez-vous de votre main la plus exercée (dans l'immense majorité des cas, la main droite), introduisez-là, poussez-là au fond de l'utérus, et là, saisissez le premier pied ou le premier genou qui se présente, abaissez-le, et pourvu que vos le teniez bien, la version s'effectuera. Orientez vous bien, selon l'heureuse expression de Paul Dubois, et allez-y résolûment, que ce soit l'épaule droite ou l'épaule gauche, que l'occiput ou le menton soit à droite ou à gauche, dirigez bien votre main, le fond de la matrice n'est toujours pas un endroit assez grand pour qu'elle s'y promène pendant long temps et elle atteindra nécessairement les extrémités pelviennes du fœtus. Dans le cas où le dos de l'enfant sera en arrière, une fois la main rendue au fond de l'organe, elle n'aura qu'à contourner le bassin et à saisir le premier pied qu'elle pourra atteindre. Ce n'est pas ce que disent les traités, je le sais, mais je sais aussi

qu'il faut tenir compte de ce que la pratique nous enseigne, et que celle-ci est une grande maîtresse dans l'art des accouchements.

Et d'ailleurs que disait l'illustre Tarnier à la suite de son maître Dubois? " Nous préférons, disait-il, la manière de faire de notre maître, le professeur Paul Dubois, qui conseille de passer la main derrière le fœtus, la face dorsale regardant en arrière, la face palmaire en avant, et de l'enfoncer jusqu'au fond de l'utérus, sans se préoccuper des parties fœtales que l'on rencontre. Une fois, au fond de la matrice, on est maître de la situation; après, s'être orienté, rien n'est plus facile que de saisir les pieds. Nous n'attachons qu'une mince valeur à tous ces procédés; le mieux est d'enfoncer la main profondément en la faisant pénétrer là où l'on rencontra le moins d'obstacles. Les pieds sont souvent très haut; les jeunes praticiens qui ignorent ce fait, s'arrêtent à moitié chemin et échouent dans leur entreprise; ils auraient réussi avec un peu plus de hardiesse (Tarnier, *Accouchements*, Vol IV).

J'ai dit tantôt qu'il fallait saisir le premier pied qui se présente. Là encore, les traités nous parlent longuement de la grande utilité, pour ne pas dire la nécessité, de saisir soit le pied supérieur, soit le pied inférieur. Simpson, Barnes, Smith, Playfair, Bandelocque, Mme Lachapelle tiennent pour le premier, tandis que Duncan, A. Martin, Tarnier et autres recommandent le pied inférieur. Les premiers, pour repousser la manœuvre préconisée par leurs contradicteurs, invoquent le danger qui peut exister d'amener l'enfant, le dos en arrière, et d'accocher le menton sous l'arcade pubienne, si l'on tire sur le pied inférieur. Les autres rejettent l'idée de ce danger. Encore une fois, quelle utilité peut-on retirer au pratique de ces recommandations, et celles-ci méritent-elles réellement qu'on s'y arrête, et qu'on leur accorde une grande valeur? Saisissez le pied que vous pourrez et comme

vous pouvez pourvu que vous le saisissiez bien, et comme dit Maygrier, lors même qu'on saisit le mauvais pied, le danger de voir le dos en arrière et le menton se loger sous l'arcade pubienne est plus théorique que réel. En clinique, il n'est pas toujours facile ni possible de le conformer à des règles précises comme sur le mannequin (Tarnier, Accouchements, vol. IV). Il sera toujours temps, pendant la descente, de faire évoluer le dos du fœtus s'il n'y est pas déjà.

Enfin, lorsque la tête est dans l'excavation et les deux bras sortis, que l'expulsion définitive retardée et que l'enfant est menacé d'asphyxie, la meilleure méthode à mon avis, pour terminer rapidement l'accouchement, est celle de Matriveau, qui consiste à introduire deux doigts dans la bouche et à exercer des tractions sur le maxillaire inférieur pendant qu'un aide relève le corps de l'enfant et fait de la compression sur la tête à travers les parois abdominales de la mère.

À l'appui des prétentions que je viens d'émettre, j'ai 14 observations de version podalique à vous présenter. Le nombre en est petit, c'est vrai, et il ne manque pas d'accoucheurs dont les fastes obstétricaux présentent en nombre beaucoup plus considérables de ces interventions. Mais j'ai soigneusement noté et classifié celles que j'ai pratiquées, et je crois que le nombre est suffisant pour m'autoriser à parler comme je viens de le faire. Je me contenterai d'en faire la nomenclature au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire de la présentation, de la position et de la main dont je me suis servi, laissant de côté tout ce qui ne touche pas immédiatement à cette partie de mon sujet.

Dé ces 14 versions, 12 furent faites chez des multipares et 2 chez des primipares. Dans 4 cas, dont l'un eut pour cause l'éclampsie et un autre une insertion vicieuse du placenta, le sommet était la partie fœtale en présentation, dont 3 en O. I. G. A. et 1 en O. I. D. A.—Les 10 autres versions furent faites pour des pré-

sentations de l'épaule : l'épaule droite dans 7 cas, l'épaule gauche dans 3, le dos en avant 8 fois et le dos en arrière 2 fois.—Comme vous le voyez, messieurs, ces 14 observations présentent à peu près toutes les perspectives que l'on peut rencontrer, et dans chaque circonstance, qu'il y eût présentation de l'épaule droite ou gauche avec dos en avant ou en arrière, que l'occiput fut à droite ou à gauche, ce fut ma main droite qui opéra la version, et je puis certainement le dire, avec facilité et rapidité.

Je me souviens qu'à l'heure des premières occasions où j'eus à pratiquer cette opération obstétricale, a'ors que l'épaule gauche occupait l'orifice utérin en dorso-antérieure, ayant voulu faire les choses selon la théorie, j'introduisis la main gauche et je me mis à chercher les pieds. Je ne réussis pas, et je dus reprendre l'opération avec ma droite qui amena aussitôt un pied. Un praticien d'expérience aurait sans nul doute réussi, mais il ne faut pas oublier que j'étais alors assez novice dans les difficultés que présente la pratique des accouchements, et messieurs c'est pour les jeunes accoucheurs surtout, que je me suis permis d'émettre les conseils que vous avez entendus.

Je ne prétends pas m'insurger contre les procédés classiques indiqués par les maîtres, encore moins les mettre de côté tout-à-fait, mais lorsqu'une méthode simple et unique est à la disposition de tous, pourquoi ne pas l'adopter? Pourquoi, en pratique, (car c'est toujours au point de vue pratique que je parle), soumettre une opération de cette nature à une série de conditions et ne pas prendre une voie simple, facile et surtout unique? En obstétrique comme en chirurgie et en médecine, nous devons toujours chercher à simplifier une méthode, de manière à la rendre praticable pour le plus grand nombre, et par là étendre le cercle de ceux qui sont maîtres de leur art en leur facilitant les moyens de parvenir à ce degré de capacité.

CONFÉRENCE FAITE DEVANT LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTMAGNY.

DE LA DYSPEPSIE.

Mr le Président,

Messieurs,

L'idée de vous parler de la Dyspepsie m'est venue ici même à la suite d'une des réunions des membres de la Société Médicale. Quelqn'un de vous, Messieurs au cours d'un entretien sur les troubles gastriques, ayant déclaré que cette poutre de l'art médical lui était souverainement antipathique, cela m'a rappelé un mot d'un de mes anciens professeurs, justement célèbre "Messieurs disait-il, lorsque je vois entrer un dyspeptique, *vous savez*, dans mon bureau, *vous savez*, j'aime autant voir entrer *vous savez* le diable avec tous ces petits. "

Quelques années plus tard, lorsque j'entrai en pratique et que les hazards de la clientèle me placèrent en contact de cette classe intéressante de malades, je vis qu'il pouvait avoir raison et et je réalisai alors combien les notions que j'avais acquises au cours de mes études médicales étaient insuffisantes, et combien les différents auteurs alors en vogue, manquaient suivant moi, de clarté et de méthode, en traitant cette partie importante de la Pathologie. Je résolue donc de reprendre pour mon compte l'étude de ces affecticus, et de noter mes observations. C'est ce travail que j'ai coordonné, et que je soumetts à votre appréciation, tout en réclamant l'indulgence que l'on doit à tout débutant rempli de bonne volonté, et qui, ici, est prêt à faire l'impossible pour que la Société Médicale de Montmagny vive longtemps. •

Définition : — Et tout d'abord, Messieurs, disons qu'il n'y a pas de dyspepsie, mais des dyspeptiques ; de même qu'il n'y a pas de neurasthénie, mais bien des états neurasthéniques, et même encore qu'il n'y aura bientôt plus de Pneumonie mais seulement des pneumoniques. C'est qu'il est impossible au point de vue pratique, d'unifier une maladie extrêmement complexe dans ses manifestations morbides.

Malgré le nombre toujours croissant de malheureux dyspeptiques qui traînent leur doléance d'un bureau de consultation à l'autre, il s'en rencontre rarement deux d'un même traitement.

Il est donc difficile de donner une définition rigoureusement scientifique de la dyspepsie, et tout au plus pouvons-nous établir : " que c'est un catarrhe chronique de l'estomac, dépendant de différentes causes, et qui se résume en un syndrome dominant savoir : la difficulté de la digestion stomacale. "

Elle est encore caractérisée par une production anormale de mucus dans l'estomac ; d'altération soit de la quantité ou de la qualité du suc gastrique ; l'affaiblissement de la couche musculaire, ce qui prolonge le séjour des aliments dans l'organe ; et finalement, par l'altération dans la constitution anatomique de la muqueuse.

Division. — Mais sera-t-il plus facile d'établir une division des dyspepsies ? Je ne le crois pas. Malgré les recherches physiologiques modernes et les expériences du laboratoire, nous n'avons pas de classification qui satisfasse entièrement la critique. Pourtant on en a proposé plusieurs ; chaque auteur y est allé de la sienne, et toujours elle a paru insuffisante aux autres qui y ont ajouté ou retranché.

Quelques-uns ont divisé la dyspepsie d'après ses causes ; d'autres d'après la nature des lésions anatomiques de la muqueuse gastrique ; d'autres encore se sont basés pour cela, sur la différence des réactions du chymisme stomacal. Comme dans cette

étude, je n'ai en vue que la Dyspepsie ou catarrhe chronique proprement dit, j'ai pour la commodité du traitement surtout, diviser les états dyspeptiques en deux grandes classes, d'après la nature des troubles sécrétoires de l'organe digestif.

1° Dyspep. hyperchlorydrique, caractérisée par une production exagérée d'acide chlorydrique ou une fermentation acide anormale.

2° Dyspep. hypochlorydrique anachlorydrique ou apepsie dont la caractéristique est l'insuffisance des sucs gastriques.

On pourrait peut-être y ajouter une 3ème division : c'est la *dyspepsie nerveuse* ou *neurasthénique*.

Cette classification, bien que pouvant ne pas être des plus scientifiques, me paraît la plus utile au praticien, en ce qu'elle est basée sur une série de symptômes qui donnent à ces différents états leurs caractères spéciaux, et qui frappent tout particulièrement l'esprit du médecin à l'examen du malade.

Causes.—Les causes de la dyspepsie sont variées et deviennent de plus en plus nombreuses au sein des laborieuses populations de nos campagnes. Cette maladie qui semblait être autrefois le partage presque exclusif du citadin riche et bon viveur, s'attaque un peu partout à nos rudes habitants, et nos ancêtres, qui ne savaient pas même ce qu'était une mauvaise digestion, seraient bien étonnés, s'ils pouvaient voir leurs descendants soumis au régime sévère de la diète lactée.

C'est que nos aïeux qui viennent de France savaient d'abord se contenter d'une grande simplicité dans les mets, et qu'ensuite ils n'étaient pas aussi pressés que nous à table. Ils savaient causer gaiement même au sein de la famille, pensant avec raison, que le temps dépensé à prendre lentement un bon repas, n'était pas du temps perdu, toutes choses que nous semblons avoir oublié au contact de la prétendue civilisation anglo-américaine.

Avez-vous remarqué, messieurs, parmi notre population

mixte, à quelle nationalité s'attaque de préférence la dyspepsie ? N'avez-vous pas vu, que le français est presque le seul à ne pas se plaindre de mauvaise digestion ? C'est que les Français en général, savent manger, et en prennent le temps ; ils sont essentiellement causeurs à table, et d'ailleurs leur régime plutôt végétarien que carné, rendrait compte, selon quelques uns, de l'intégrité relative de leurs voies digestives. Toujours est-il que pour nous Canadiens-français nous mangeons trop et trop vite. Vous avez souvent assisté comme moi, n'est-ce pas, à un repas d'un de nos bons habitants, surtout lorsqu'il prend la peine d'avertir sa femme qu'il a faim. C'est alors un spectacle intéressant à suivre, où les bouchées se succèdent avec une rapidité vertigineuse au grand désespoir des dents qui ne trouvent à jouer qu'un rôle tout à fait nul. Encore, si les mets qu'il ingurgite étaient préparés avec soin, mais trop souvent ce sont des choses dures, coriaces et tout à fait étranges, que *Buies* aurait comparé à des éclats d'obus ou à des semelles de bottes allemandes ; quand ce n'est pas noyé d'un bouillon gras à nous donner le frisson de la tête aux pieds. Puis pardessus tout cela une grande tasse d'eau froide et alors notre homme s'il en a le loisir, est prêt à faire un somme. Comment voulez-vous alors, que l'estomac qui n'est ni de fer ni d'acier, qui n'a ni dents ni moulanges puisse résister longtemps à un tel surmenage ?

De tout cela il résulte qu'une première cause de dyspepsie réside dans les vices d'alimentation et les fautes d'hygiène. Un facteur important de cette catégorie est aussi l'usage immodéré des boissons fortes, thé, café, mais surtout des boissons alcooliques sous toutes leurs formes, et parmi nos compatriotes malheureusement, cette cause est tellement commune et banale qu'il est inutile de s'y arrêter longtemps.

Tout le monde connaît le catarrhe alcoolique des buveurs ; de ceux qui s'alcoolisent à petites doses encore plus que de ceux

qui font des excès périodiques.—Il est encore certain que l'usage immédiat du tabac, est une cause fréquente de dyspepsie pour certaines personnes qui prennent leur pipe trop tôt après leur repas, et qui voient alors leurs glandes salivaires sécréter outre mesure. Cette sécrétion n'étant pas déglutie régulièrement, le ferment qui lui donne son activité sur les aliments amylacés se trouve ainsi perdu pour l'estomac.

Un deuxième ordre de causes de dyspepsie tire son origine de certains états morbides généraux qui amènent infailliblement tôt ou tard le catarrhe chronique de l'estomac.

La tuberculose tient le premier rang par la fréquence ; puis viennent ensuite l'Anémie et la chlorose, le mal de Bright, le diabète et la goutte. Pour la Tuberculose, cela se constate tous les jours, et est d'une grande importance quant au pronostic et au traitement de cette affection. Car l'on prétend que les préparations créosotées, qui jouent encore un rôle si considérable dans la médication du tuberculeux, n'agiraient pas tant à cause de leur élimination par la surface broncho-pulmonaire, que par leurs propriétés antiseptiques locales sur la muqueuse gastrique, en empêchant certaines fermentations anormales, causes prochaines de dyspepsie.

Anatomie Pathologique.—Il y a peu de chose à dire touchant l'Anatomie Pathologique de cette affection au point de vue pratique, et la différence des lésions constatées à l'examen post mortem, provient de ce que la maladie était alors plus ou moins avancée.

Comme tous les organes composés d'éléments anatomiques vivants, l'estomac surexcité par les différentes causes citées précédemment, exagère d'abord ses fonctions physiologiques, puis bientôt, elle ne répond plus aussi bien au stimulant alimentaire, perd tôt ou tard sa puissance de contraction, et finalement, elle voit l'atrophie s'établir et infiltrer ses différentes couches.

Alors, dans un organe délaté, nous avons une muqueuse d'un gris pâle, recouverte d'un enduit visqueux et adhérent. Les veines en sont également délatées et présentent même des taches ecchymotiques, surtout si le catarrhe est sous la dépendance d'une obstruction des vaisseaux portes, comme c'est le cas dans certaines maladies du foie. Quelquefois, la muqueuse est irrégulièrement pigmentée, et présente une surface tellement rugueuse que cela a conduit certains auteurs à décrire une forme spéciale de dyspepsie appelée : polypeuse.

Chose singulière ces lésions sont surtout marquées à la région pylorique, ce qui rendrait peut-être compte de la fréquence relative des affections cancéreuses à cet endroit. L'histologie nous montre encore que l'inflammation est à la fois parenchymateuse et interstitielle. De la couche sous-muqueuse, partent des prolongements de tissu conjonctif, qui s'infiltrent à travers les glandes, les pressent, les étouffent, et font qu'elles ne sécrètent plus qu'une sorte de mucus dénué de puissance digestive.

A un degré plus avancé de dégénérescence, la membrane muqueuse est tellement atrophiée qu'il reste à peine trace de l'élément sécréteur. On observerait alors, selon Jaccoud 2 espèces d'atrophie sclérotique : 1° Atrophie avec amincissement des parois de l'estomac et dilatation de l'organe. 2° Atrophie avec épaissement considérable de ces mêmes parois, et réduction de l'organe. Et Dieulafoy ajoute : " Tandis qu'on n'est pas justifiable d'affirmer que tous les cas de catarrhe chronique se terminent par la cirrhose de l'estomac, il est au contraire vrai de dire, que le plus grand nombre de cas de dyspepsie chronique, s'accompagne d'atrophie de la muqueuse gastrique. "

Symptômes.—L'étude des symptômes de la dyspepsie est une des parties qui intéresse davantage le praticien en ce qu'elle lui demande les qualités de jugement et de tact, afin de dépister cette affection dès son origine. Car à moins de succéder à une

attaque aigue d'indigestion, le catarrhe chronique de l'estomac a un début tellement insidieux que le malade s'y trompe presque constamment, même s'il est médecin. En effet, avant que la perturbation dans les opérations gastriques retentisse sur la nutrition générale ou sur les autres fonctions de l'économie, il se peut que la catarrhe gastrique soit plutôt une indisposition qu'une maladie. De plus huit fois sur dix, le patient vient se plaindre à nous de toute autre chose que de son estomac. C'est pour une maladie de cœur, puisqu'il a des palpitations, et les extrémités fraîches, preuve selon lui, que le sang ne circule pas; ou bien c'est pour une maladie du cerveau parcequ'il a des étourdissements des vertiges, ou c'est parcequ'il a trop de bile et c'est dans le dessin d'avoir une purgation qu'il vient nous consulter.

Allous, en passant plus loin l'examen, vous l'amenez à nous parler de sa manière de vivre, de manger, et vous l'interrogez sur certains malaises qu'il doit éprouver après les repas et auxquels il ne faisait pas attention. Bientôt vous êtes fixé, et certains d'avoir affaire à un candidat de la dyspepsie.

Douleur : — L'un des premiers symptômes qui éveille l'attention du sujet est la douleur après les repas. A vrai dire ce n'est pas une douleur véritable, bien que cela puisse varier avec les individus. C'est plutôt une sensation de plénitude de gêne et d'oppression sentie à l'épigastre et constatée par le médecin lorsqu'il déprime avec la main mise à plat la paroi abdominale à la région sus-ombilicale. Cette douleur réveillée par la pression aussi bien que par la digestion est dans tous les cas sourde, de médiocre intensité, et en somme fort tolérable, tandis que les douleurs vraiment aiguës, brûlantes jaillantes ou térébrantes sont ordinairement le fait de lésions organiques ou ulcéreuses. A l'état de vacuité la sensibilité de l'estomac peut être normale, de même qu'il peut aussi y avoir une sensation pénible. Lorsque douleurs sont localisées et senties sous le sternum on les ap-

pèle : brûlants d'estomac, pyrosis, et quelquefois carliégi.

L'appétit ; — est presque toujours diminué, à peine le malade a-t-il commencé à manger qu'il a le sentiment de la satiété, souvent aussi le souvenir des souffrances qu'il a endurées pendant la digestion, l'éloigne de toute alimentation substantielle, dans d'autres cas, il y a un véritable dégoût, à tel point que la pensée seule des mets provoque des nausées.

L'appétit n'est pas également diminué pour toutes les substances. Tandis qu'il y a anorexie pour les substances animales il y a appétence, anormale par sa viracité, à l'endroit des acides, des fruits et des végétaux frais.

Quelquefois, cependant, l'appétit se conserve et le malade conscient de son impuissance digestive voit avec supplice les autres faire boniface à table ; ce sont les cas les plus difficiles à traiter. Souvent même, ils nous disent que leurs vivres ne leur profitent pas, et qu'ils sont obligés de manger de nouveau au bout d'une couple d'heure, parcequ'ils se sentent faibles et incapables au travail, croyant qu'il suffit de bourrer l'estomac pour que l'absorption et la nutrition se fasse vite.

Je vous assure qu'il est alors difficile de faire comprendre à ces individus qu'ils doivent abandonner les repas de crêpes au lard, et les persuader que ce n'est pas la quantité de nourriture ingurgitée qui nourrit, mais bien ce qui est digéré et absorbé.

Langue ; — La langue du dyspeptique peut rester nette mais le plus souvent elle est recouverte de l'enduit blanc jaunâtre propre au catarrhe buccale ; les bords et la pointe sont très souvent rouges ; elle est large étalée ; les papilles semblent grossies et le patient accuse souvent surtout le matin, diverses altérations du goût. Il y a, associé à ce catarrhe buccal une augmentation des sécrétions salivaires et pharyngées ; ou bien la bouche est sèche pâteuse, et le malade expectore une salive épaisse, sorte d'écume

d'un blanc laiteux qu'il ne manque jamais de nous faire remarquer.

Eruclations et régurgitations : — L'étude de ce symptôme est importante car de sa nature dépend, suivant moi, le genre de dyspepsie que nous aurons à traiter. Dans la forme hyperchloxydrique, les régurgitations et les vents d'estomac, comme les appelle le patient sont amères, fades, acides et quelquefois tellement irritantes, qu'ils provoquent à leur passage dans le pharynx une véritable sensation de brûlure : dans quelques cas, le malade renvoie un liquide aqueux clair et assez connue sous le nom de pituite.

Sous la forme hypochloxydrique ou a-pepsie les gaz sont inodores sans saveur, ou bien ont goût des aliments mangés au repas précédent. Quelquefois ils sont rejetés en telle abondance que ce'a a conduit certains auteurs à décrire une forme spéciale de catarrhe appelée dyspepsie flatulente.

Cette formation anormale de gaz est due au séjour trop prolongé des aliments dans l'estomac, et qui y subissent diverses fermentations, grâce à l'inactivité du suc gastrique et à l'action du mucus agissant comme ferment. Elle serait encore due selon qq. auteurs à une véritable sécrétion gazeuse, analogue à celle qu'on observe chez les hystériques. On a admis de plus, que ces gaz se forment parfois dans l'intestin et sont refoulés dans l'estomac par les contractions antipéristaltiques intestinales. Néanmoins, quelle qu'en soit la genèse, cette pneumatose gastro-intestinale est facile à constater par le bruit hydroaérique ou clapotement stomacal et par la percussion qui nous révèle la matité de la partie déclive, pendant que la région supérieure reste sonore. Si le malade vient de manger, l'épigastre est ballonné, sinon, la région sus-ombilicale est plutôt aplatie, tandis qu'audessous, le ventre, selon l'expression de Lanceraux, s'arrondit en un petit bedon.

C'est le signe de la dilatation de l'estomac, et quelquefois aussi des intestins, dilatation bientôt chronique grâce à l'affaiblissement de la tonicité des muscles viscéraux.

Nausées et vomissements.—On observe chez les dyspeptiques deux espèces de vomissements: alimentaires et non alimentaires. Le vomissement alimentaire qui a lieu de suite après les repas, ou une à deux heures plus tard, est le plus rare de tous. Les matières vomies, mêlées à d'abondantes mucosités sont plus ou moins modifiées par la digestion, mais pas dans le sens physiologique. Le retour de ces vomissements ne présente aucune régularité; ils peuvent persister pendant plusieurs jours de suite, à chaque tentative d'alimentation ou bien, ils n'ont lieu que de temps en temps, sans qu'il soit possible de saisir aucune relation possible entre la nature de l'alimentation et l'intolérance de l'estomac.

Le vomissement non alimentaire est le plus fréquent. Tantôt il y a rejet de matières visqueuses cohérentes et disposées en longs filaments; tantôt c'est un liquide abondant aqueux, transparent et inodore ou légèrement teinté de jaune; on y décèle la présence anormale d'acides butyrique, acétique et lactique, tandis que l'acide chlorhydrique est grandement diminué si toutefois même il en reste trace. Le caractère pituiteux des vomissements n'est jamais aussi marqué que dans le catarrhe chronique des buveurs, et dans ce cas les vomissements ont toujours lieu le matin à jeun.

Intestins.—Il est rare que l'estomac soit malade sans que l'intestin subisse le contre-coup du désordre gastrique. La continuité de la muqueuse de même que l'analogie dans les fonctions physiologiques et la constitution anatomique des deux organes rendent suffisamment compte de cette particularité.

La sécrétion intestinale peut être exagérée, et il se produit des crises de diarrhée le matin à jeun, ou après les repas, causées

par l'irritation qu'exercent sur la muqueuse les matières mal élaborées qui arrivent dans l'intestin, et le parcourt rapidement. Mais plus souvent qu'une hypersécrétion diarrhéique, c'est la constipation, le sécheresse de l'intestin qu'on observe, et en pratique nous sommes souvent ennuyés par ce syndrome parfois si tenace aux divers médicaments.

De même encore que pour la forme aïgue le catarrhe intestinal peut gagner le canal cholédoque et provoquer par rétention un ictère de durée variable.

Symptômes généraux : — Sous ce titre je grouperai certains symptômes réactionnels observés dans des organes autres que l'estomac et l'intestin car ainsi que je l'ai dit au début de cette étude la recherche des stigmates de la Dyspepsie ne doit pas être limitée seulement au tube gastro-intestinal. Ces symptômes ont été bien mis en lumière dernièrement par le Professeur Lanceaux dans une de ses cliniques, où il avait à traiter de la Dyspepsie à forme nerveuse. " Le cœur dit-il est l'organe qui réagit le plus expressivement. Le malade a des battements de cœur et des artères. C'est une sensation très pénible. On l'éprouve dans les artères du cou ; ce sont des secousses autant que des battements. Le cœur s'arrête puis se met à battre violemment, pour la plus grande angoisse du patient.

L'arythmie est constituée par des pauses suivies de palpitations. Outre cela, il y a encore des pincements, des déchirements dans la région du cœur sous le sein, véritables cardialgies dyspeptiques qui se reproduisent en nombre incalculable de fois chez ceux qui ne sont pas sages et qui ne suivent pas un régime convenable. Quelquefois cela s'accompagne de formillements sous le bras gauche et peut en imposer pour une attaque d'angine de poitrine.

Un autre groupe de symptômes d'apparence pulmonaire, de la dyspepsie, l'essoufflement dans la marche, la difficulté à cou-

rir ou à monter les escaliers, ajoutent encore à l'illusion d'une maladie cardio-pulmonaire. Mais on voit les mêmes malades qui étouffaient il y a deux heures monter quatre à quatre les escaliers quand leur estomac est vide. Dans le cortège de ces accidents vont souvent au premier plan les phénomènes encéphaliques. Le malade éprouve une céphalée frontale caractérisée par une pesanteur qui n'est pas très douloureuse. Il est moins apte au travail. Les vertiges sont très communs et se montrent après les repas, vers la fin de la digestion. Ils apparaissent ou sont plus pénibles quand le malade lève les yeux pour regarder un objet en haut. L'aphasie transitoire l'hémiplégie transitoire bien qu'incomparablement plus rares sont des accidents possibles "

Maintenant comment expliquer ces divers phénomènes !

En ce qui concerne les symptômes cardio-pulmonaires outre l'influence mécanique exercée par l'estomac dilatée de gaz sur le cœur et les poumons, je crois, et c'est aussi l'opinion de Lanceraux, que le système nerveux joue encore un rôle considérable dans la genèse de ces affections. Ces organes réagiraient à leur manière sous le coup d'impressions nerveuses reflexes à point de départ stomacal. Même chose pour les phénomènes encéphaliques ou ces influences gastriques, agissant sur le tronc basilaire produirait les vertiges, les étourdissements; et sur la sylvienne, l'hémiplégie et l'aphasie transitoire.

Le sommeil du dyspeptique est mauvais et troublé par des périodes d'insomnie plus ou moins longue, précédées de rêves pénibles ennuyeux, obsédants. Sur le matin, le malheureux finit par se rendormir, puis se lève tard, fatigué, éreinté " comme s'il avait fait la noce la veille ". La fatigue disparaît pendant le jour.

Avec tout cela, le moral de notre individu devient bientôt affecté. Il est sombre, jongleur, selon l'expression populaire, et tout l'ennuit. Il n'y a peut-être pas de maladie qui cause autant

d'anxiété au patient. Il s'épie continuellement, s'écoue, pense à son estomac en se demandant s'il pourra digérer le repas qu'il vient de prendre. Il parle à tout le monde de ses malaises, reçoit avec complaisance les conseils d'un chacun, il est toujours prêt à faire les remèdes les plus absurdes. Enfin, il devient tellement ennuyeux et impatient que son entourage finit par dire qu'il *a le cerveau troublé* ou le *mal imaginaire*.

Tels sont, Messieurs, les symptômes que nous offre l'étude de la dyspepsie, et de leur connaissance hâtive dépendra la plus ou moins grande efficacité du traitement.

Traitement.—Ce n'est pas sans une certaine appréhension que j'arrive au traitement de cette maladie, véritable bouteille d'encre du médecin, selon l'expression d'un confrère. Et tout d'abord, puisque, ainsi que j'ai dit au début, il n'y a pas de dyspepsie mais seulement des dyspeptiques, il s'en suit qu'il ne peut y avoir de traitement spécifique, mais bien une médication symptomatique, et d'après l'énumération que je viens de faire de tous les accidents qu'engendre une mauvaise digestion, l'on voit combien variés et nombreux seront les moyens destinés à remédier à chacun de ces états pathologiques. Ensuite n'oublions pas que nous avons affaire au plus capricieux de tous les organes, régi par des lois physiologiques encore obscurées, ou interprétées de manières différentes par les observateurs à mesure que nos moyens d'investigation se perfectionnent. Ce que l'on croyait vrai il y a dix ans ne l'est plus aujourd'hui dans certains cas.

A ce propos, laissez-moi vous rappeler la récente expérience d'un savant russe, le professeur Powlow, qui éclaire d'un jour nouveau la physiologie de la digestion. L'on croyait autrefois, et c'était l'enseignement classique, que l'excitation de la muqueuse buccale provoquait la sécrétion du suc gastrique et qu'un aliment introduit de gré ou de force dans l'estomac se digérait très bien, car sa présence seul suffisait à provoquer la sécrétion

d'un suc gastrique actif. On était loin de vouloir associer le cerveau à un acte purement chimique. Eh bien ! il paraît qu'on était complètement dans l'erreur, et par ses expériences, le savant russe semble avoir fait bonne justice de nos méthodes de gavage et de suralimentation.

Au moyen d'une série de repas servis à des chiens à fistules gastriques, il a démontré que la digestion était d'autant plus prompte et active que l'aliment, c'était ne la viande crue, plaisait davantage à l'animal, et qu'il pouvait d'avance s'en réjouir la vue. pourvu qu'il fut affamé. Or le même aliment introduit directement par la fistule gastrique, ou par la bouche, après bandage des yeux, ne provoquait qu'une sécrétion à peu près nulle. De plus, sur des chiens preposés de la même manière, si l'on coupe les deux nerfs pneumogastriques qui transmettent à l'estomac les ordres du cerveau, ce repas de viande crue qu'ils aiment et mangent avec avidité ne provoque plus aucunement la sécrétion du suc gastrique. Et le Dr Romme commentant ces expériences conclut : " Ainsi, ce qui provoque la sécrétion gastrique au moment du repas, c'est l'idée qu'on s'en fait, c'est le plaisir qu'on se promet des aliments qu'on va manger. Cela revient à dire que lorsque l'on mange sans plaisir, sans appétit, lorsqu'on se force à manger, les aliments tombent dans un estomac vide, ne contenant pas de suc gastrique, nullement préparé à faire le travail qu'on lui demande.

Ce travail se fera-t-il quand même, et, bon gré, mal gré, digèrera-t-il les aliments qui l'encombent ? Oui, nous répond la physiologie classique. Pas du tout ou très mal, nous dit Powlow et c'est Powlow qui a raison. "

Tout cela, à mon avis, doit nous donner une meilleure opinion de l'art culinaire et nous faire goûter davantage les délicatesses d'une table mise avec goût où les mets sont apprêtés de manière à exciter l'appétit.

Mais je reviens à mon dyspeptique qui attend anxieusement qu'on lui formule un traitement.

La première chose à faire est de chercher la cause et de déterminer si possible le genre de dyspepsie dont souffre le patient. Dans les cas très obstinés et de nature indécise il faut étudier soigneusement les divers phénomènes de la digestion, et voir si la dyspepsie n'est pas sous l'indépendance d'une affection constitutionnelle ou locale. (Maladie de cœur, tuberculose-diabète, cancer, ulcère etc). Or dans ces cas, il faut d'abord traiter la maladie primitive. — Il y a deux questions importantes à faire à un dyspeptique. 1° En combien de temps prend-il ses repas ? 2° Quelle quantité d'aliment ingurgite-t-il chaque fois ? Car en général, le $\frac{1}{4}$ des cas de dyspepsie, proviennent comme je l'ai dit au début de l'habitude de manger trop, et trop vite, joint à une mastication imparfaite d'aliments préparés souvent d'une manière peu convenable, le tout arrosé de copieux verres d'une eau quelquefois glacée.

Dans ces cas, il suffira d'obtenir du patient qu'il renonce fermement à ces mauvaises habitudes pour améliorer sa digestion. Lorsque le catarrhe dépend de l'usage immodéré des alcooliques ou du tabac, il faut faire cesser cet abus, ou du moins, le restreindre dans des limites raisonnables, ce qui est bien souvent difficile à moins de gagner la confiance entière de son client.

Traitement général et diététique. — Le traitement diététique est d'une importance capitale, et doit être approprié à chaque cas. Il est impossible de poser des règles absolues, car les susceptibilités individuelles varient extraordinairement quant à la tolérance des divers aliments et " ce qui est bon pour l'un peut être poison pour l'autre. " Il ne faut donc pas être trop arbitraire dans ses prescriptions et consulter un peu le goût et le désir de son patient. Les expériences du Professeur Powlow,

doivent nous confirmer davantage dans cette bonne habitude.

Mais disons d'abord un mot du régime lacté dont les indications se présentent à chaque instant dans le traitement des dyspepsies et qui est prescrit, trop indifféremment, quelquefois même au détriment du malade. D'après le professeur Simmont, il est important pour le médecin d'être convaincu que "beaucoup de malades ne sont réfractaires qu'en apparence au régime lacté, et ne le supportent mal, que parcequ'ils ne savent pas prendre le lait sous la forme qui lui convient. Les individus qui ne peuvent véritablement pas prendre le lait sont fort rares.

Monsieur Boas de Berlin, dans une très belle étude sur le régime lacté établit que le lait est non-seulement un excellent mode d'alimentation mais encore un agent curatif précieux dans les dyspepsies hyperchlorhydriques, ainsi que dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Il est aussi très utile dans la dyspepsie qui dépend de certaines affections générales : pléthisie, anémie, chloro-anémie, mal de Bright et congestion chronique de la veine porte ; de même aussi lorsque la dyspepsie est sous la dépendance de l'hystérie et de la neurasthénie ; dans ces deux dernières conditions surtout, le régime lacté joint au repos est très efficace.

Cependant, dans ces cas, lorsqu'il y a une fermentation acide très prononcée il peut arriver que le lait, à peine dans l'estomac s'altère, et provoque du ballonnement, des régurgitations acides, des douleurs, des vomissements. Enfin les signes d'une forte indigestion.

Les malades qui ont été pris de ces accidents repugnent ensuite au régime lacté, et même le refusent complètement, et cependant, ce régime est capable de leur faire le plus grand bien. Alors une désinfection préalable du tube digestif par les purgatifs, la diète hydrique, et les lavages de l'estomac mettra à l'abri de ces accidents. Si elle ne suffit pas, on dilue le lait au $\frac{1}{8}$

avec de l'eau alcaline, ou bien on ajoute à chaque verre à boire 5 à 10 gr. de Na_2CO_3 . Quelquefois le lait écremé ou bien encore le petit lait de beurre sera mieux supporté ; cependant, ce dernier fatiguera le patient plus vite que le lait ordinaire. On doit le donner à certaines heures fixes et en régler la quantité. On peut donner 6 à 8 onces toutes les 3 heures ; cela varie, mais il faut que le patient puisse prendre au moins trois à 6 chopines par 24 heures. D'une façon générale, le lait doit être bu bien chaud. Ainsi absorbé, il séjourne moins longtemps dans l'estomac. Au contraire, il doit être pris froid en cas d'excitation gastrique prononcée, surtout quand il y a tendance aux vomissements. C'est tiède qu'il excite le moins et la sécrétion et la mobilité de l'organe.

S'il y a intolérance intestinale manifestée par de la *diarrhée*, due à ce que le lait se coagule en bloc dans un estomac hyperacide lesquels caillots, rendus ensuite inattaquables par les sucs digestifs, irritent l'intestin au passage, il faut recommander au patient de *boire à petites gorgées*, et *alcaliniser fortement le lait*; souvent cette diarrhée est due à l'absorption d'un lait déjà fermenté ou trop riche en bactéries, on y remédie alors en faisant usage de *lait stérilisé*.

Un autre inconvénient du régime lacté, bien que plus rare, est la constipation qu'il ne faut pas laisser se prolonger outre mesure. On y remédie en conseillant les lavements froids quotidiens, l'usage de la graine de lin à la dose d'une cuillerée à soupe 3 fois par jour ou encore l'emploi des divers laxatifs usuels. Quelquefois le lait constipe parcequ'il n'est pas assez riche en matières grasses; on peut dans ce cas ajouter aux rations quotidiennes un peu de crème fraîche.

Certains sujets éprouvent pour le lait une répugnance invincible; dans ce cas il faut agir par la persuasion, et sinon imposer sa volonté à ces individus souvent névropathes ou alcoolis-

ques. Puis on peut masquer la *saveur du lait* par du thé, du café, du chocolat, ou diverses liqueurs: rhum, cognac etc. . . Il est rare qu'en variant ces artifices, on n'arrive pas à amener le malade à accepter enfin le lait pur.

Le régime lacté, par contre, est mal supporté et contraindiqué dans la dyspepsie hypochlorhydrique et anachlorhydrique, dans les cas d'atonie et de dilatation considérable de l'estomac à la période avancée du cancer, et dans les diarrhées chroniques de la tuberculose intestinale.

Cependant, dans un grand nombre de cas de dyspepsie chronique, il n'est pas nécessaire d'établir des règles aussi rigoureuses et il suffit souvent de retrancher du régime alimentaire certains aliments pour voir la digestion s'améliorer d'une manière surprenante.

(a) Ainsi dans la forme *hyperchlorhydrique* avec *fermentation acide* soit *acétique* ou *butyrique*, accompagnée de *flatulence* et éructations acides, il faudra retrancher de la diète toutes les substances dont les produits de décomposition peuvent concourir à la formation des acides c. a. d. les aliments *sucrés amylicés* et *gras*. Il faudra proscrire un régime alimentaire dont les *vian, des blanches* ou *saignantes* (hachées ou râpées ce qui est mieux) (aliment azoté) forment la base avec le *lait* le *grau* et les *œufs*

En fait de *graisse*, on ne permettra que le *beurre* de bonne qualité et très modérément.

Comme on ne peut supprimer complètement les féculents, ou qu'ils sont nécessaires à la nutrition, il faudra permettre un peu de *pain blanc vieux et roti* ainsi que des *purées* très *cuites* et bien *passées* de *pommes de terres*.

En faits d'aliments sucrés on peut permettre les *fruits murs* et *cuits*.

Comme boisson, le patient se servira d'*eau ordinaire pure* ou *additionnée* ne *quelques gouttes* seulement de *rum* ou ne *co-*

gnac ; ne pas boire *plus de deux verres* à chacun des deux principaux repas. Les malades doivent *mâchuer soigneusement* leurs aliments, et c'est pour cela qu'il vaut mieux leur donner les *viandes hachées*.

Ne pas faire plus de trois repas par jour.

Il faudra supprimer tout ce qui est une cause d'excitation de la muqueuse gastrique : alcool, vin, bière, liqueurs fortes, thé, café, boisson glacée ou trop chaudes, aliments excitants trop épicés ou trop salés, sauce fortes, salades, acides, gibier, viandes faindées, charcuterie, salaison, fromages, féculents, légumes verts riches en cellulose, viandes fibreuses, pâtisseries corps gras.

(b) Dans l'*hypochlorhydrie*, l'*anachlorhydrie* ou aepsie, malgré les considérations théoriques qui plaident en faveur du régime végétarien dans cette forme, le patient ne peut comme le montre l'expérience, se passer d'aliments carnés.

On est donc obligé de lui faire manger des *viandes*, mais en *petite quantité* et ayant été soumise à une *cuisson prolongée* (de façon à être réduites en une espèce de *purée*, de *bouillie*).

On pourra ainsi faire usage de *viandes hachées* ou *râpées*. On suppléera au défaut relatif de substances albumineuses d'origine animale, par certains *légumes riches en albumine* : *lentilles*, *fèves*, *pois*, et pas une quantité suffisante de *graisses*.—Pour enrayer autant que possible et les *fermentations* et les *putréfactions* qui se produisent si facilement dans l'intestin, par suite de l'absence ou de la réduction de l'*Ac. Hcl.* on interdira toutes les *boissons* qui fermentent facilement. *bière*, *cidre*, *vin nouveau* ; on fera bien *saler* les aliments, et on pourra même autoriser le malade à faire usage de certains condiments tels que poivre et moutarde.

Les troubles sécrétoires de l'estomac les plus fréquents sont ceux où la sécrétion gastrique n'est pas *complètement abolie*, mais seulement *diminuée*. Les cas de ce genre n'exigent pas de ré-

gime alimentaire spécial. On veillera seulement à ce que les *aliments soient toujours bien cuits* et réduits en petits fragments et pour stimuler l'estomac, on recommander l'usage des épices en petites quantité.

L'hygiène général du patient doit encore occuper le médecin; il faut voir au moral en même temps qu'au physique. Le dyspeptique est en général sombre, enclin au découragement, il est de plus porté à s'exagérer la gravité de sa maladie à laquelle il pense continuellement. Il ne faut pas tourner en ridicule ses craintes ni ses frayeurs, mais on doit l'encourager tout en compatissant à ses maux. Pour cela il faut que le médecin gagne sa confiance dès le début et qu'il ne cesse pas de lui promettre la guérison; peut-être même doit-il se montrer un peu charlatan; toutes les armes sont bonnes pour lutter contre cette maladie.

On conseillera l'exercice systematique soigneusement réglé, le changement d'occupation et d'air, le séjour dans les places d'eau, les voyages l'atmosphère des montagnes.

Traitement médical.—Lorsque le catarrhe débute avec une certaine acuité, que les douleurs sont marquées, et que l'intolérance gastrique est à peu près complète, Jaccoud pratique une forte révulsion à l'épigastre avec l'huile de croton ou un large vésicatoire, puis institue une diète appropriée. Lorsque les symptômes dominants sont l'anorexie complète, la langue étant chargée avec vomissements plus ou moins muqueux et que les matières rejetées sont entourées de mucus filant et visqueux il y a indication à donner des vomitifs. Les vomitifs sont des moyens puissants de nettoyer l'estomac, et de mieux disposer la muqueuse à l'action de certains médicaments. Aujourd'hui cependant ils tendent à être mis de côté pour être remplacés par les lavages de l'estomac qui sont moins violents moins déprimants tout en étant pour le moins aussi efficaces sinon plus.

Les laxatifs salins peuvent être employés dans le même but.

et comme la constipation est souvent une complication importante de la dyspepsie, ils ont ainsi double avantage.

On donnera de temps en temps un Sedlitz ou sulf. de Magnésie, le matin à jeun ou bien les eaux minérales alcalines.

S'il existe des troubles biliaires, de la congestion hépatique, il faudra toujours s'en assurer; le phosphate de Soude sera alors très utile; dans les cas sérieux Fenwick recommande une dose de Calomel ou pilules bleue suivi d'un laxatif salin.

(6) Dans la forme *hyperchloridrique* soit par exagération de sécrétion de l'ac Hcl après les repas, ou soit par fermentation acide, anormale, accompagnée d'éruclation et flatulence, les deux remèdes sont les *alcalins* et les *lavages de l'estomac*. On donne le *na 2 Co 3* à la dose de 15 à 20 grs. seul ou mieux combiné de *Bismuth* ou à la *Craie* 1 à 2 hrs après les repas, renouveler la dose au besoin

On vante fort aujourd'hui les effets magnifiques du Sous-Gollate de Bismuth dans la dyspepsie fermentative avec éruclations gazeuses.—D'après Flint on guérit les cas les plus désespérés en 4 ou 5 jours en le donnant à la dose de 5 grs. avant ou après les repas selon qu'il agit le mieux.

Pour diminuer la production d'acides, on donnera les *a. c. Minéraux* surtout *Hcl.* avant les repas. Pour enrayer ces fermentations anormales, on peut encore essayer l'*ac. Phénique* ou la *Créosote* seuls ou combiner au *Bismuth*. Quand la distention gazeuse est considérable et constante après chaque repas le *Charbon Médécinal* (Belloc) est excellent. Enfin dans cette forme on obtient de magnifiques résultats par les lavages gastriques (dont les Techniques, les médications et autres indications, sont assez connue sans que je m'y arrête plus longtemps. Voir G. M. page 305 1892 et N. M. journ, 95.-23 p. g.

La médication *alcaline intensive* doit être continuée encore quelque temps, mais à doses décroissantes, après la cessation des symptômes les plus aigus tels que douleurs et vomissements. On pourra certainement ainsi prévenir les complications de cette espèce de dyspepsie telles que les hémorrhagies, l'ulcère de l'estomac, et surtout la *dilatation* s'il est vrai, comme le pense Riegela que l'hyperacidité gastrique provoque un état spasmodique de l'orifice pylorique. Le régime alimentaire indiqué plus haut obéit à la même indication, et le régime végétarien recommandé à tort, par quelques auteurs, aurait pour résultat de favoriser la tendance à la dilatation puisque les *hyperchlorhydriques digèrent rapidement la viande et très lentement ou incomplètement les amylacés et les légumes.*

On rencontre souvent des patients qui se plaignent de *digestion acide*, de *pyrosis* et qui contrairement aux hyperchlorhydriques cités précédemment jouissent d'une bonne apparence extérieure. Cependant malgré leur santé apparente, ils souffrent toujours quelque temps après leur repas de crise gastrique qu'ils parviennent à contro'ler plus ou moins longtemps, soit en prenant *quelque nourriture*, soit des *alcalins*. Ce sont très souvent des gens qui mangent *très-salé*, et comme le *nacl* est un facteur important de la production en excès de l'ac. chlorhydrique, il suffit pour les guérir radicalement de leur prescrire une diète où le sel n'entre que pour donner seulement du goût à la cuisson des aliments.

(b) Dans la forme hypochlorhydrique, aza-chlorhydrique (Dyspepsie atonique) il y a diminution plus ou moins grande des deux principaux éléments de la digestion : *Hcl.* et *ferments*. Il faut donc ici adopter une médication qui rende à l'estomac les principes qui lui manquent, et en stimule l'action affaiblie.

Cette forme de dyspepsie se rencontre chez les *anémiques*, les *névropathes*, les *convalescents de maladie grave* ; dans les

dyscrasies *tuberculeuses, glycosuriques, cardiaques et albuminuriques* ; dans la *diathèse rhumatismale* (reconnaissable aux signes propres du catarrhe gastrique qu'elle produit bientôt, ainsi qu'aux douleurs erratiques, généralement exaspérées par les changements de température, par des attaques répétées de coryza et de catarrhe laryngo-pharyngé, par des éruptions prurigineuses de la peau, transpiration au moindre effort, etc., etc.)

Tous ces différents états sont justiciables de *l'acide chlorhydrique* : On doit certainement la donner à doses plus fortes qu'on le prescrit généralement : 15 à 20 gouttes à la dose, d'acide diluée donnée $\frac{1}{4}$ d'heure après les repas convient dans la plupart des cas.

Il va sans dire que s'il y a catarrhe de la muqueuse il faudra s'abstenir de la donner jusqu'à ce qu'on ait amélioré l'état local par des moyens convenables.

Lorsque l'Hcl semble inefficace, il faudra recourir aux acides minéraux forts *HNo₃, H₂SO₄* pour lesquels l'estomac témoigne une tolérance prodigieuse. Plusieurs auteurs les préfèrent même dans tous les cas.

Les principaux ferments digestifs qu'on donne dans ces cas sont la *PEPSINE ET PANCREATINE*, la première à la dose de 10 à 15 grs. en poudre, ou en solution avec l'Hcl. $\frac{1}{4}$ d'heure après les repas ; la seconde à la dose de 15 à 20 grs. en tablettes ou en poudre combinée au Na 2 co 3.

Les principaux médicaments stimulants de la muqueuse stomacale sont les toniques amers : *Gentiane, colombo, quassia*, et surtout la *strychnine* et son composé la *noix vomique*. On les donne seuls avant les repas, ou combinés à l'Hcl, ou au FER lorsque l'état général le reclame. Les *ALCOOLIQUEES en petite quantité* ont souvent de bons effets dans cette forme. Il en est de même du SEL ordinaire qu'on peut permettre librement, car il concourt à la formation de l'Hcl.

Dans tous les cas où l'on administre les amers, et la langue devient blanche, les intestins paresseux, et le malade fiévreux, il faut en suspendre l'administration pendant quelque temps. Il faut surveiller attentivement les intestins et soulager la constipation habituelle par de légers laxatifs.

STIMULANTS AMERS

R	Fr Colombo	Drach. vi
	Ac. Sulph. aromat	Drach. iss
	Syr. écorce orange	Onz. i
	Eau g. s. acl.	Onz. viii
	Dose : Onz. ss. ter in die.	

R	Ac. chlorydrique dil.	Drach. iss
	Ac. cyanhydr. dil.	M xx
	Infus. amère g. s.	Onz. viii
	Dose : Onz. ss. ter die.	

TONIQUES FERRUGINEUX

R	Citat. Fer et Quinine	grs. 48
	Tr. d'Orange	Onz. ss
	Eau	Onz. v ss
	Dose : Z ss. 3 fois par jour.	

R	Citrat- Fr Ammon.	gr. v
	Potass. Iodi	gr. ii
	Liq. Strych.	M. ii
	Eau	Z i

STIMULANTS NERVEUX

R

Liq. Strychnine	M v
Hcl. dilu	M x
Infus. amère	Onz. i

Pour une dose.

R

Fr. noix vomique	M x
Infus. Gentiane	Onz. i

Pour une dose.

Dans la dyspepsie des gouteux, les *alcalins*, l'eau de Vichy formeront la base du traitement avec des purgations fréquemment répétées et peu énergiques.

Si le foie est en défaut, ce qui arrive souvent, il faudra donner quelques préparations mercurielles, l'*extrait de Toroxacum*, la *Rhubarbe* qu'on fera ensuite suivre de la *médication alcaline* et des amers.

La dyspepsie qui s'accompagne de *boulimie*, de *sensation de vide* dans l'estomac, de diarrhée survenant presque aussitôt après l'ingestion des aliments est heureusement modifiée par 1 à 2 gts. de *Laudamun* seul ou combiné à la solution de Fowler avant les repas.

TRAIT. DE CERTAINES COMPLICATIONS

Nausées, vomissements : — On donne avec avantage une à deux gouttes de Créosote ou d'ac. carbolique, quelques gouttes de chloroforme, l'ac. prussique délué, la cocaïne, le Bismuth, l'oxalate de Cerium. et enfin le lavage de l'estomac.

Constipations : — On ne doit employer en général que la classe des laxatifs Sulph Magnésie, Cascara sagrada, eau minérale alcaline, la Glycérine, en suppositoire ou en injections.

Douleurs. Si pendant la période digestive il y a des crises

douloureuses, on peut les calmer par de petites pilules d'*Opium* et *Belladone* grs. $\frac{1}{4}$, le *Chloroform.* 20 grs, la *liqueur* d'*Hoffmann* enfin et surtout le *N^o 2 Co 3* quelque soit le trouble chimique de la sécrétion de l'organe 15 à 30 grs. dissouts dans de l'eau chaude calme merveilleusement les crises douloureuses qui surviennent 2 à 3 hrs après les repas. ou plus tard.

Contre l'*insomnie* de certains dyspeptiques la même dose donnée 4 à 5 hrs après les repas du soir soulagera bien des cas,

LA DYSPEPSIE NERVEUSE

U. Médicale, Mai 1898-99 267.

INDIGESTION, EMBARRAS GASTRIQUE, GASTRITE AIGUE

Trait. U. M. Mai 1902, pg, 291.

Enfin, Messieurs, et c'est la conclusion de cette étude, on vient de trouver dans le suc gastrique du chien des propriétés digestives puissantes. Le Dr Huchard analysant dans un article du "Journal des Praticiens", les propriétés de la *Gastérine*. c'est ainsi qu'on appelle cette sécrétion gastrique, ne craint pas de dire que "la *Gastérine* est aux maladies de l'estomac ce que la digitale est aux maladies du cœur". Ce serait donc un véritable spécifique de toutes les dyspepsies quelqu'en soit le trouble sécrétoire. Elle soulage puis guérit sûrement. Ce seul digestif renferme par cuillerée à soupe 1 gram. de Pepsine, 20 centigr. d'Hcl. et beaucoup de lab ou présure combiné à divers autres principes, tels que Potassium, Sodium et Fer. Malheureusement la dose active me semble très forte; me à dix cuillerées à soupe à chaque repas. De plus comme tous les éléments de ce suc digestif sont combinés à l'état organique, on ne peut le fabriquer, il faut le recueillir.

Il reste donc à souhaiter que les représentants de la race canine soient en quantité suffisante pour répondre au nombre toujours croissant de dyspeptiques.

Le "SANMETTO" dans l'Urethrite et l'Incontinence d'urins

Ayant eu d'excellents résultats avec l'emploi du "SANMETTO" dans les maladies génito-urinaires, je suis convaincu que ce remède possède des propriétés curatives depuis que je l'ai employé dans le cas d'un garçon âgé de 12 ans qui souffrait d'une rebelle uréthrite accompagnée d'incontinence. Le malade avait préalablement consulté deux ou trois médecins sans résultat, et me demanda de le guérir ou sinon de ne rien prescrire pour lui. Je lui prescrivis la formule suivante :

R

Huile santal, 3ij
Sanmetto g. s. ad 3iv
 mxx.

Sig.

Un drachme toutes les 4 heures..

En même temps repos au lit et diète appropriée au cas. Dans dix jours il était bien et ne présentait plus aucun symptôme des troubles précédents. A l'avenir je connaîtrai le spécifique pour ces cas là. J'ai toujours obtenu de bons résultats, de l'emploi du "SANMETTO."

WYATT C. HATCHER, M. D.

Brunswick, Georgie.

LE TRAITEMENT RATIONNEL DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

Par H. G. WETHERILL, M. D., Denver, U. S.

La différence entre la théorie et la pratique en ce qui concerne le prophylaxie et le traitement de l'infection puerpérale est l'opprobre de la science médicale du 20ème siècle, car connaissant la pathologie et l'étiologie de cette affection, nos méthodes de prophylaxie et de traitement bien appliqués devraient la faire disparaître. Le traitement rationnel préventif et curatif est possible même dans les conditions les plus défavorables. Le but de ce travail sera de plaider pour l'application à la pratique de l'obstétrique des méthodes chirurgicales.

Il est admis que les infections puerpérales les plus fréquentes et les plus sérieuses sont dû au streptocoque et que ces infections viennent du dehors, le plus souvent des mains ou des instruments du médecin, sans doute elles peuvent venir de la malade elle-même. Si la toilette des organes génitaux externes n'est pas faite avec les soins nécessaires, quelquefois l'accoucheur n'est pas responsable mais ordinairement il faut qu'il prenne une large part de la responsabilité: quand l'accoucheur arrive alors que la malade a déjà été infectée il n'est pas à blâmer.

Le moyen d'empêcher l'infection est d'appliquer les méthodes aseptiques à l'obstétrique et d'en indiquer l'importance à nos malades avoir les mains et instruments aseptiques, ainsi que le champ opératoire et les pièces de pansement, vider le rectum avant le travail.

L'Accouchement hospitalier diminue, non seulement les risques de septicémie d'éclampsie et de toutes les formes de dys-

toxicité, mais il donne les plus grandes facilités pour le traitement des complications et des accidents chez la mère et chez l'enfant.

Je ne parlerai que de deux moyens prophylactiques faciles d'application même dans les conditions les plus défavorables.

1° Le moins possible d'examen vaginaux.

2° L'usage habituelle des gants de caoutchouc.

La palpation externe suffit dans bien des cas, mais il faut avoir une certaine expérience pour se limiter à ce procédé.

Les gants de caoutchouc protègent en même temps l'accoucheur et la femme. Ils sont lisses, facilement stérilisables et n'ont aucun inconvénient.

Le traitement de la septicémie puerpérale doit être rationnel et en rapport avec les principes de la chirurgie moderne tels qu'appliqués dans la pathologie des autres organes, et avant tout il faut connaître les limitations et les dangers de l'usage de la curette et de la douche intra-utérine.

On emploie encore la curette dans cette maladie malgré que cette pratique fut formellement condamnée par les autorités les plus compétentes. Dans la septicémie avec rétention des produits de la conception en voie de putréfaction, l'usage de la curette est justifiable, mais il n'y a pas de doute que dans les variétés de septicémie vraie, streptococcique elle est la cause de dommages incalculables par une dissémination de l'infection et par l'ouverture de nouveaux champs d'absorption.

De plus l'administration d'un anesthésique, que son usage nécessite est une cause de danger dans les cas graves de septicémie puerpérale, car le Rein déjà surmené par l'élimination de toxines est en mauvaise condition pour cette tâche additionnelle.

En général un anesthésique ne doit pas être employé chez une malade septicémique. Si le pouls est de 120 ou au-dessus, et dans un cas de nécessité, son administration assombrit le pronostic.

Permettez-moi de dire ici que dans les types graves de la Septicémie puerpérale, le pouls et la physionomie sont les meilleurs indices de l'état réel de la malade. Car la température peut être normale, (et elle est rarement très élevée si ce n'est quelques heures avant la mort), tandis que dans un cas d'auto-intoxication la température monte de bonne heure, en même temps que le pouls n'est pas rapide ou mauvais, et le physionomie reste bonne.

Je ne dirai que peu de mots des douches intra-utérines et vaginales. Les solutions antiseptiques ordinairement employées peuvent faire du bien, mais de l'autre côté elles sont très dangereuses et comme on possède des moyens aussi bons et sans dangers ; je les ai totalement abandonnés.

Je ne mentionnerai le sérum anti-streptococcique et "Un-guentum Créde que pour dire que je n'y ai aucune confiance.

Les purgations sont dangereuses, il est vraie qu'elles favorisent l'élimination mais quand le péritoine est affecté elles servent à disséminer l'infection. L'injection d'une solution saline est d'une grande valeur dans ces cas ; son action étant opposée au sel d'Epsom en ce qu'elle remplit les vaisseaux sanguins et aide de l'élimination sans dépression.

Combien l'addition de formaline à cette solution peut aidé dans la lutte contre cette maladie cela est encore à l'étude.

Le Whisky, Strychnine, Cafféine, Spartéine, Quinine et Digitale sont tous d'une certaine valeur comme Stimulants ainsi que le chlorure d'adrénaline.

Les meilleurs résultats dans le traitement de cette maladie sont obtenus par l'usage des mêmes moyens que dans les autres infections intra-abdominales, avec l'addition de l'usage des tubes à drainage et des irrigations intra-utérines d'alcool tel que recommandés par R. Carossa en 1896, et mis pour la première fois devant les Américains par le Dr. Ed. Jall de Newark N. J. dans

un travail lu devant " *The American Society of Obstetricians and Gynecologists* en 1897 ; il faut de plus le repos absolu au lit, pas de purgation ni d'alimentation par la bouche, et s'il y a des nausées et des vomissements, lavages répétés de l'estomac avec le tube jusqu'à ce que les nausées cessent ; alimentation rectale au moyen des aliments stimulants et prédigérés en petite quantité toute les 4 ou 6 heures, solution salée par Rectum, en injection hypodermique ou intra-veineuse, strychnine ou autres stimulants par voie hypodermique.

Il faudra aussi traiter les conditions locales. Mon expérience dans le traitement locale pendant les deux dernières années à été si satisfaisant que vous me permettrez de donner les détails de cette méthode qui est une modification de la méthode alcoolique de Carossa. La malade est placée sur une table dans une bonne lumière.

Le vagin et les organes génitaux externes sont rendus aussi aseptiques que possible. Le vagin est asséché et un spéculum est introduit ; on abaisse lentement le col et le tient en place avec des pinces. Le canal cervical est asséché avec un morceau de gaze, et s'il y a ici des morceaux de membranes ou autre résidu fetal on les enlève avec un forceps. La cavité utérine peut être irriguée doucement avec une solution salée, ou même épongée avec de l'acide carbolique pur. Si les surfaces sont couvertes d'une membrane diphthérique ou streptococcique le surplus de l'acide phénique est enlevé par un morceau de gaze imbibé d'alcool.

Ensuite on introduit jusqu'au fond de l'utérus un tube à drainage à double courant.

De l'alcool à 50 p. c. est injecté par chaque tube au moyen d'une seringue en verre, le vagin est rempli de gaze et la malade est mise au lit de nouveau. Par ce moyen on a immédiatement un drainage parfait de la cavité infectée, on a aussi un moyen d'appliquer un antiseptique puissant, qui n'est pas toxique à

de courts intervalles au siège même de la maladie. Le volume de l'injection varie de deux à quatre onces souvent répété.

Les tubes et la gaze peuvent être laissés en place de trois jours à deux semaines, les tubes étant débarassés de toute obstruction au moyen des injections alcooliques. Mes résultats avec ce traitement ont été si satisfaisantes qu'au commencement je pouvais à peine les croire possibles.

Mais ils sont uniformément bons et à l'heure qu'il est je n'attends que les meilleurs résultats dans tous les cas, à l'exception des cas trop avancés.

Voici par exemple un cas d'endométrite septique après un avortement provoqué.

La malade à son entrée dans l'hôpital avait une température de 103, 8 et un pouls de 138, l'abdomen distendu et douloureux, son médecin pensait qu'elle devait mourir. Elle n'a eu ni anesthésique, ni curetage après l'introduction des tubes et l'injection d'alcool la température est tombée et quatre jours après était normale. Le cinquième jour elle a ôté les tubes elle-même et la température est remontée à 102° et le pouls à 120° les tubes replacés la température et le pouls sont rapidement revenus à la normale. Mon expérience des méthodes chirurgicales dans la septicémie puerpérale se résume ainsi " ne jamais opérer pendant la période aiguë excepté en dernier ressort car le pronostic est toujours très mauvais. J. D.

—oo—

LE SANMETTO DANS LES ETATS INFLAMMATOIRES DES ORGANES GÉNITAUX ET DANS L'INCONTINENCE.

J'ai prescrit le SANMETTO dans plusieurs cas dans ces dernières années. D'après mes expériences, ce médicament est une préparation supérieure pour combattre les états inflammatoires des organes génitaux et l'incontinence consécutive à une irritation de la vessie ou de l'urèthre.

St. Louis, Mo.

DR. PHIL. SCHOLZ,
Diplômé en 1889.

ANALYSE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ARTICULAIRES DE L'ENFANCE

Tous les praticiens savent que dans les cas de tuberculose articulaire de l'enfance, il ne faut jamais désespérer. Les formes les plus graves peuvent guérir spontanément. Il suffit d'y mettre un temps suffisant. C'est la conclusion qui se dégage également du rapport présenté au *Congrès de Madrid*, par M. le Pr. Albert Hoffa (de Berlin). À la clinique de von Mikulicz à Breslau, on est arrivé par les méthodes conservatrices à guérir les trois quarts des tuberculoses articulaires. La suppuration ne joue pas un rôle aussi fâcheux qu'on le pourrait croire ; toutefois quand des fistules existent, la gravité est un peu plus grande : la proportion des guérisons s'abaisse des $\frac{3}{4}$ au $\frac{2}{3}$.

Ce n'est pas que le traitement opératoire soit grave dans le jeune âge ; il assure environ 70 % de guérisons, c'est-à-dire un chiffre à peu près équivalent à celui que donne le traitement conservateur. Un inconvénient existe toutefois à l'actif de l'opération. Elle laisse les articulations dans un état fonctionnel plus mauvais. Après les résections et les arthrectomies, surviennent des raccourcissements considérables des membres, des attitudes vicieuses par contractures, des pseudarthroses. Le traitement conservateur permet le plus souvent d'éviter semblables suites ; quand la tuberculose articulaire est bénigne, la guérison peut être obtenue avec articulations tout à fait mobiles et conservation complète de la fonction. La tuberculose articulaire est-elle grave ? L'ankylose est obligée : quand les os sont cariés, les extrémités articulaires détruites, on ne saurait posséder un appui solide pour l'articulation qui a été malade qu'à condition de renoncer à l'espoir de conserver une articulation mobile. Le tout est d'obtenir une ankylose en bonne position (dans l'articulation du coude, position à angle droit avec avant bras en supination ; à la hanche, ankylose avec très légère position en flexion et ab-

duction ; au genou, en angle très obtus (150), l'extension complète étant incommode ; à l'articulation tibio-tarsienne, position à angle droit). Si ensuite l'ankylose n'est pas complète, si une certaine mobilité de l'articulation est obtenue, tout est pour le mieux.

D'autre part, même avec le traitement conservateur, des raccourcissements peuvent faire suite. On en réduira l'étendue en ayant soin, lorsque les extrémités osseuses sont atteintes, d'en limiter la pression réciproque : de cette façon sera diminué l'usure par frottement des os. L'immobilisation et la traction répondront à cette indication. L'immobilisation sera maintenue pendant un temps suffisamment long, jusqu'au moment où des mouvements passifs dans l'articulation ne provoqueront plus de contraction musculaire réflexe dans le domaine de l'articulation. Ce terme n'est atteint qu'au bout de longs mois. Il faut un an pour les cas légers de tuberculose articulaire ; en général les malades doivent rester 2 ou 3 ans sous la surveillance médicale. Le malade sera guéri lorsque les fistules, s'il en existe, se sont taries d'une façon durable et lorsque les malades peuvent utiliser leurs membres sans éprouver de douleurs et pendant longtemps.

Le traitement général en exaltant les forces de résistance de l'organisme, le séjour au bord de la mer constituent d'excellents adjuvants au traitement local. X.

Le SANMETTO dans la cystite chronique, l'Urétrite chronique et dans l'impuissance des vieillards.

Pour ceux qui peuvent y être intéressé :

Ceci est pour certifier que j'ai fait usage du SANMETTO sur une arge échelle et que je suis en mesure de le recommander dans la cystite chronique, et l'Urétrite chronique. Dans le traitement de l'impuissance sénile, il m'a donné de remarquables et brillants résultats. Je considère ce remède, après expériences cliniques décisives dans les maladies sus mentionnées, comme le *sinequa non* obligatoire pour le traitement de ces maladies.

THOMAS M BROWN M. D.

Oakland City, Ind.

LA GÉLATINE COMME MOYEN DE TRAITEMENT DES DIARRHÉES.

Depuis un an, M. le docteur E. Weill, professeur des cliniques des enfants à la Faculté de médecine de Lyon, a institué, en collaboration avec MM. A. Lumière et M. Péhu, une série d'essais de traitement de la diarrhée infantile par des solutions de gélatine à un taux défini, incorporée au contenu des biberons.

La gélatine commerciale renfermant un grand nombre d'impuretés et pouvant aussi contenir des agents infectieux, notamment des spores de bacilles tétaniques, il convient de n'en user qu'après stérilisation, encore que l'emploi de cette substance par voie digestive soit loin d'exposer le patient aux accidents redoutables qui sont propres aux injections sous-cutanées de sérum gélatiné, faites dans un but d'hémostase. Voici quelle est la manière de procéder, adoptée par MM. Weill Lumière et Péhu : après avoir préparé 500 grammes ou 1 litre d'une solution de gélatine à 10 p. c. on la filtre soigneusement et on porte le récipient dans un autoclave à 120°, pendant une demi-heure (en cas d'urgence, on pourrait se contenter d'une simple ébullition prolongée durant trois quarts d'heure). Puis, sans laisser complètement refroidir le liquide, on le répartit dans des tubes à essais, dont chacun contient 10 c.c. de la solution, c'est-à-dire 1 gramme de gélatine. Il ne reste plus qu'à incorporer le contenu de chacun de ces tubes au lait que renferme le biberon : à cet effet, comme la gélatine se solidifie à la température d'environ 22°, on doit au préalable, chauffer légèrement le tube au bain-marie.

On commence habituellement par administrer 3 grammes de gélatine dans les vingt-quatre heures, pour augmenter progressivement la dose à raison de 1 gramme par repas. Du reste, la gélatine purifiée étant dépourvue de toxicité et paraissant agir surtout mécaniquement, on peut sans inconvénient incorporer au contenu de chaque biberon deux tubes au lieu d'un seul, de façon à donner quotidiennement de 12 à 14 grammes de gélatine

La préparation serait très bien acceptée par l'enfant et ses effets ne tarderaient pas à se traduire par une diminution du nombre des selles qui, de huit à douze par jour, tomberait à trois puis à deux. En même temps, l'aspect des déjections serait rapidement modifié : les grumeaux disparaîtraient, les selles deviendraient plus consistantes et se rapprocheraient peu à peu du type normal, la teinte verdâtre s'atténuant et les matières devenant progressivement jaune d'abord, puis jaune franc. Ces modifications se manifesteraient souvent dès l'administration du quatrième ou cinquième tube de gélatine. L'amélioration serait parfois temporaire, mais, en pareille occurrence, il suffirait de reprendre la médication pour obtenir finalement la transformation complète de l'aspect des selles.

Il s'en faut, cependant, que l'emploi de la gélatine constitue un moyen toujours efficace et applicable indistinctement à tous les troubles digestifs aigus ou chroniques chez les nourrissons : cette médication serait surtout indiquée contre les gastro-entérites simples, avec selles fréquentes, diarrhéiques, modifiées au point de vue chimique et bactériologique, souvent accompagnées de vomissements, mais sans retentissement notable sur l'état général. Dans les cas de cette catégorie, l'addition au lait de gélatine stérilisée, chimiquement pure, en solution aqueuse, se montrerait de beaucoup supérieure aux remèdes usuels et produirait une amélioration, parfois en quelques heures. S'agit-il, au contraire, moins d'une gastro-entérite que d'une véritable infection digestive, où les phénomènes morbides, loin de rester localisés à l'intestin, intéressent toute l'économie (température très élevée, broncho-pneumonie sur-ajoutée, râles congestifs aux bases des poumons, spléno hépatomégalie, albuminurie), la gélatine, tout en modifiant rapidement les selles, resterait à peu près sans effet sur l'état général et sur les complications. Enfin, dans les cas de choléra infantile, les selles elles-mêmes ne subiraient aucune modification sous l'influence de la médication gélatinée.

X.

CLINIQUE MÉDICALE

LE SIGNE DE KERNIG DANS LA PNEUMONIE

Dans le service de M. F. Vidal (*Hôpital Cochin*), était alité ces temps derniers un homme atteint de pneumonie droite à forme migratrice. Le cœur était défaillant et ses battements sourds. En même temps on constatait un signe de Kernig des plus nets (contracture des fléchisseurs de la jambe lorsque le malade passe du décubitus dorsal dans la position assise) ; la ponction lombaire montre une lymphocytose très discrète. Souvent la ponction reste absolument négative. Le liquide est limpide sans pneumocoques, sans polynucléaires, les cultures restent stériles et les inoculations négatives. Quelques piqûres d'huile camphrée à 1/10 ranimèrent le cœur chez le malade permettant à la défervescence de s'opérer. Le signe de Kernig disparut. M. Vidal montre à ce propos quelle est parfois la difficulté de diagnostic avec la méningite cérébro-spinale. La confusion est excusable : les enveloppes de la moëlle peuvent être touchées à des degrés divers dans la pneumonie. S'agit-il d'une atteinte légère ? Le malade ne présentera qu'un signe de Kernig. Et depuis le signe de Kernig isolé jusqu'à la méningite cérébro-spinale au complet, tous les intermédiaires sont révélés par les signes cliniques et les résultats de la ponction lombaire (liquide absolument limpide et clair, ou au contraire trouble et riche en polynucléaires et en pneumocoques).

C'est là un symptôme qui n'est pas très rare au cours de la pneumonie. MM. Marfan, Sicard, en ont relaté des observations. M. le Dr Georget vient de consacrer un mémoire complet de cette question (*Th. Paris, 1903*). Le signe de Kernig au cours de la pneumonie apparaît à différents moments de son évolution. C'est pendant la défervescence : en même temps la fièvre remonte des troubles oculo-pupillaires apparaissent, de la raideur de la nuque, des contractures, des irrégularités de la respiration ; c'est le tableau clinique de la méningite à pneumocoques. La

ponction lombaire donne un liquide trouble, purulent, riche en polymucéaires et en pneumocoques. Parfois, au contraire, le signe de Kernig apparaît en pleine période aiguë, vers le quatrième jour, tantôt isolé, tantôt accompagné d'autres signes nerveux (délire, céphalée, troubles oculo-pupillaires). Mais la pneumonie n'est en rien modifiée dans son allure, la défervescence s'opère d'une façon normale et le Kernig disparaît en même temps que les signes physiques de la maladie. Dans les cas terminés par la mort, le Kernig persiste le plus souvent jusqu'à la fin, mais il peut disparaître pendant la période préagonique, alors que, chez le malade plongé dans le coma, la contracture a fait place à la paralysie.

D'abord considéré par M. Netter comme un signe spécial à la méningite, le Kernig a vu s'étendre son domaine. On le retrouve dans tous les cas d'irritation ou de lésion plus ou moins profonde et plus ou moins étendue des méninges. Son absence ne permet pas d'exclure la possibilité d'irritation ou de lésion des méninges. Il ne vaut que par sa présence (Roglet, *Th. Paris*, 1900) Le Kernig a été rencontré, outre les méningites, dans l'hémorragie méningée (Widal), la fièvre typhoïde. Aujourd'hui, il prend place dans le tableau de la pneumonie et montre par sa présence avec quelle facilité sont touchés les centres nerveux du pneumonique. M.

LE SANMETTO DANS L'IRRITABILITÉ ET L'INFLAMMATION DE LA VESSIE, DES VOIES URINAIRES ET DANS LES TROUBLES PROSTATIQUES.

Quand mon attention fut attirée pour la première fois sur le SANMETTO j'en ai eu une bonne idée parce que les principes qui le composent le recommandent pour le traitement de l'irritabilité et de l'inflammation de la vessie, des voies urinaires, des troubles prostatiques et d'autres affections semblables. Le SANMETTO se présente dans un véhicule agréable et sous une façon élégante, uniforme et sûre. Les expériences cliniques ont données raisons à ma première idée et justifiées les applications répétées que j'en ai faites.

St. Louis, Mo.

DR. I. N. LOVE,

Diplômé en 1872, etc.

RHINOLOGIE

NOUVEAU MODE D'EMPLOI DE L'ADRÉNALINE

Les simples badigeonnages d'adrénaline peuvent être remplacés par l'application d'une pommade à la vaseline. M. le docteur Mignon (de Nice) formule la pommade suivante. (*Arch. internat. de laryngologie, otologie et rhinologie*, mai-juin 1903) :

Adrénaline	0 ^{gr} . 03
Huile de vaseline	3 grammes.
Ajouter :	
Vaseline blanche	12 grammes.
Essence de géranium	3 gouttes.
Lanoline	15 grammes.

Cette pommade peut être utilisée dans les différents cas où l'on use de l'adrénaline : elle a déjà été employée contre les hémorroïdes et en rhinologie. Pour l'utiliser en rhinologie, M. Mignon conseille de badigeonner la muqueuse avec un portecoton recouvert du mélange. L'action est un peu moins rapide qu'après l'emploi de la solution au millième, mais elle est plus durable et se prolonge tant qu'il reste de la pommade sur la muqueuse.

On devra préférer la pommade à la solution dans beaucoup de cas où l'on voudra obtenir une ischémie persistante : rhinites aiguës, rhinite congestive à répétition avec ou sans hydropnée. Dans les cas de cautérisation de la muqueuse nasale, cette pommade est avantageuse pour empêcher la congestion secondaire. Dans les interventions sanglantes qui pourraient amener une hémorragie secondaire, il est préférable de commencer par un badigeonnage avec la solution au millième et l'on termine par une

application de pommade qui continue l'action ischémiant. Elle permet quelquefois, sans qu'il en résulte d'inconvénient, d'éviter de tamponner. Le tamponnement est-il fait par mesure de prudence? L'hémorragie a moins de tendance à se reproduire lorsqu'on retire le pansement. D.

—ooo—

LE SANMÉTTO DANS L'IRRITATION VÉSICALE ET DANS LA PROSTATITE.

J'ajoute avec plaisir mon certificat aux centaines d'autres qui attestent les mérites du SANMÉTTO. Dès son début j'en ai fait un usage très étendu et dépourvu de tout échec dans tous les cas typiques.

Dans l'irritation vésicale chez l'homme et chez la femme il est d'une action parfaite. Je ne dirais pas que tout cas est guéri, mais s'il y avait un insuccès parmi mes malades, je pouvais toujours dépister une entrave mécanique ou une condition tuberculeuse. Dans le traitement de la prostatite je n'ai jamais vu un médicament comparable au SANMÉTTO.

Je l'ai pris moi-même avec un brillant succès. Je n'ai guère besoin de dire que je l'ordonnerai toujours partout où il est indiqué.

Madison, Ind.

DR. THOMAS W. FORSHEE,

Diplomé en 1854.

NOUVELLE

VISITE DE LA "CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION" AUX LABORATOIRES DE MM. PARK, DAVIS CO. A DÉTROI, MICHIGAN, E.-U.

(Sur invitation spéciale de cette importante maison).

Le 29 Août 1903.

A toute réunion d'association professionnelle ou autre la question de savoir joindre l'utile à l'agréable, en est une qui se pose d'abord et de la première importance. Ce problème a été admirablement résolu à la dernière convention, tenue à London, Ont, de la "Canadian Medical Association". Le jeudi, 27 août dernier, les membres de ce Congrès étaient invités à aller visiter les laboratoires Park Davis, à Détroit, à environ 30 milles de London; aussi ceux de la même maison situés à Walterville, Ontario. Le voyage s'est fait sous les plus heureux auspices, et les hôtes ont comblé d'amabilités et de prévenances leurs invités médecins.

A l'arrivée du train spécial contenant ceux-ci à Walterville d'abord, le "party" au complet se dirigea vers les laboratoires canadiens, de P. D. Ici les visiteurs purent voir l'établissement pharmaceutique en opération. Cet édifice fait honneur à l'esprit d'entreprise de ses propriétaire, la maison P. D. a droit à toutes nos félicitations pour le quantité toujours croissante d'affaires qu'elle fait au Canada. Avant de visiter l'établissement américain à Détroit, le "party" s'embarqua à bord du coquet steamer "Owana" (nolisé spécialement par Park Davis pour l'occasion) et prit le lunch à bord, tout en se promenant pendant quelque temps, au son d'une musique entraînante, sur les eaux tranquilles du lac St-Clair. A deux heures p. m. le party débarquait aux quais spéciaux de la maison Park Davis à Détroit et com-

mençait la visite détaillée de l'établissement. Les nouveaux laboratoires de biologie et sérothérapie furent les premiers visités. Le coût de ces départements seuls s'élève à au-delà de \$200,000. Chaque département est en charge d'un expert, d'une expérience consommée et bien éprouvée avant d'en prendre charge. C'est ici que les fameux sérums et vaccins bien connus de cette maison sont préparés. *L'air de chaque chambre est ici filtré et stérilisé avant d'y pénétrer.* On voit jusqu'à quel point on pousse l'asepsie chez Park Davis. Le nombre des employés, étudiants et expérimentateurs est très considérable et un atmosphère disons-le sans arrière-pensée, peut-être plus scientifique que dans beaucoup d'universités où le sport l'emporte sur la science—semble imprégner cet établissement modèle.

Les écuries à vaccin sont d'une propreté idéale et celles du département biologique aseptiques on ne peut plus. Celles-ci comprennent une superficie de 46 000 pieds carrés et logeant une véritable ménagerie : 200 chevaux, à part les bêtes à cornes, chiens, ânes, mulets, singes, chèvres, cobayes, rats et souris, la pins, tortues, grenouilles, poules et pigeons. Le côté hygiénique de ces établissements est naturellement à la hauteur du reste.

A 6 heures-p. m. les invités se rendaient au Russell House à Détroit, où ils étaient les hôtes de Park Davis à un somptueux banquet admirablement servi. Après le dîner, de jolis discours furent faits à l'occasion de santés nombreuses. Sur l'Hotel de Ville de Détroit, en lettres de feu, se lisait le soir la légende suivante : "Bienvenue aux invités de Park Davis" (Welcome Guests of Parke Davis) En somme la journée du 27 août a été agréablement et utilement remplie pour la "Canadian Medical Association".

Communiqué.