

**PAGES**

**MANQUANTES**

# *Travaux Originaux*

---

## PÉRINÉORRAPHIE PAR INTERPOSITION DES RELEVEURS DE L'ANUS

---

Au point de vue anatomique et pathologique, on peut diviser l'utérus en deux segments : le premier, supérieur, est mobile, oscillant entre la vessie et le rectum, compris entre deux lames péritonéales qui, sur les côtés, englobant la trompe et les ligaments de l'ovaire, constituent les ligaments larges ; le second, inférieur, est plus fixe, recevant l'insertion de puissantes lames aponévrotiques se continuant avec le vagin, de sorte que, comme le dit Delbet, les deux organes sont associés, et ce sont les mêmes agents qui fixent à la fois l'un et l'autre.

Ces lames aponévrotiques si riches en éléments musculaires et élastiques, plus ou moins fortes, plus ou moins épaisses, renfermant les vaisseaux et les plexus nerveux si riches de ces organes, naissent de la partie latérale du corps et de la portion sus-vaginale du col, de la portion avoisinante du vagin, du dôme vaginal, pour se porter vers le détroit supérieur, et prendre insertion à l'aponévrose pelvienne supérieure : ligaments pubo-vésicaux, cervico-vaginaux en avant ; ligaments utéro-sacrés en arrière, et puissantes gâines hypogastriques de chaque côté. Ce sont là des organes qui par leur élasticité, leur texture riche en fibres musculaires, leur adhérence à la paroi, fixent solidement l'organe, tout en lui permettant le libre jeu de ses mouvements physiologiques.

L'étude anatomique et physiologique de ces différentes

lames m'entraînerait trop loin, et je ne puis que renvoyer aux travaux de Farabeuf et de Pierre Delbet. Je veux surtout insister ici sur le rôle que jouent le périnée et le releveur anal comme soutien de ces différents organes.

Du pubis au coccyx, rayonnant de la partie latérale de l'excavation vers son centre, s'étalent deux lames musculaires épaisses, résistantes, véritable sangle, véritable diaphragme. Plus bas, dans l'étage moyen et inférieur du périnée, se trouvent les deux lames si résistantes de l'aponévrose moyenne, l'une ischio-vaginale, l'autre ischio-vulvaire, renfermant le muscle transverse profond comblant l'espace compris entre les branches ischio-pubiennes. Plus bas enfin, ce sont les couches périnéales superficielles, le noyau fibreux du périnée et les muscles constricteurs, le coussin adipeux de la vulve et des fosses ischio-rectales, la peau où les fibres musculaires vaginales vont chercher leurs insertions ultimes. Les différents organes, urètre, vagin, rectum, se glissent entre ces différentes lames ; il n'y a pas de véritables orifices, mais des plans de clivage. C'est du reste une loi générale dans l'organisme. Qu'est-ce que le trajet inguinal, sinon un plan de clivage entre le grand oblique d'une part et le petit oblique et le transverse de l'autre ? Et nous pouvons dire que lorsque le plan de clivage sera détruit, que la paroi aura cédé, la hernie inguinale sera constituée. Il en sera de même pour cette autre hernie qu'est le prolapsus utérin, suivant l'expression de Trélat.

De plus, le muscle releveur anal, croisant sans prendre insertion les faces latérales du vagin, l'immobilise, le fixe, empêche par sa tonicité et sa contraction, le col de l'utérus de s'engager dans le trajet tout préparé qu'est le vagin. C'est lui qui résiste aux efforts de la pression abdominale et qui les dirige.

En inclinant l'axe du vagin en haut et en avant, il force

celle-ci à s'exercer à angle droit sur le plancher pelvien. En maintenant l'orifice vaginal en avant sous le pubis et en dehors de la ligne de pression, en fermant étroitement l'anneau vaginal et prévenant aussi la protusion des parois, il remplit toutes les conditions qu'exigeait Bouilly pour que le périnée remplisse activement son rôle de plancher, c'est-à-dire: "qu'il doit présenter une résistance et une tonicité telles que le vagin ne soit qu'une cavité virtuelle, qu'il existe un contact parfait et constant entre les parois vaginales antérieure et postérieure. Le soutien est encore mieux assuré, ajoute cet auteur, quand l'orifice vaginal est fermé et froncé, et quand le plan de la paroi vaginale postérieure se relève vers la fourchette, de manière qu'il y ait une obliquité marquée de la fourchette vers le vagin, de haut en bas, et d'avant en arrière. Dans ces conditions, l'effort et la pression abdominale appliquent plus intimement l'une contre l'autre les parois vaginales antérieure et postérieure, font tomber le périnée sans que la muqueuse du vagin ait tendance à faire saillie à l'orifice vulvaire."

On comprend très bien que, lorsque ces différents moyens de soutien ont cédé, lorsque par suite d'accouchements laborieux, le périnée a été distendu, déchiré, qu'aux tissus nobles a succédé un tissu de cicatrice, la paroi vaginale n'étant plus soutenue va céder sous la pression de la vessie ou de celle des viscères abdominaux; le tonus vaginal sur lequel Rell et Darveau ont tant insisté, étant détruit, le col et l'utérus vont se précipiter vers ce trajet tout préparé, et le prolapsus incomplet ou total n'est plus qu'une affaire de temps.

Lorsqu'on envisage le rôle que joue le releveur, il est tout naturel de comprendre que certains auteurs aient tenté de rétablir la statique pelvienne en rétablissant la fonction du muscle. Ziegenspeck fit le premier, je crois, la suture systématique du releveur, et dès 1896, Pierre Delbet érigea le procédé en princi-

pe. Pierre Duval et Proust lui ont donné plus tard la consécration anatomique.

L'opération que je préconise ici dans tous les cas de périnée insuffisante, a pour base essentielle la suture des deux releveurs faite de telle façon qu'un véritable rideau musculaire soit tendu entre le rectum et le vagin.

Je n'insisterai pas sur les précautions aseptiques nécessaires, mais je dirai cependant un mot de la préparation de la malade. Celle-ci sera purgée l'avant-veille, puis recevra le lendemain, veille de l'opération, un lavement. On pourra alors lui donner une ou deux pilules d'extrait thébaïque pour la constiper. La vulve sera rasée avec soin, et on multiplie les jours précédant l'opération, les injections vaginales à l'eau oxygénée. La peau du périnée et l'entrée du vagin seront nettoyées avec soin, savonnées la veille de l'opération, et recouvertes d'un pansement aseptique. Immédiatement avant l'opération, on procédera à un nouveau nettoyage du vagin, d'abord au savon, et qui devra être suivi d'une injection à l'eau oxygénée ou à l'oxygénure de mercure. Puis on procédera au savonnage du périnée qui sera ensuite passé à l'alcool.

Ceci étant dit, je passe à la technique de l'opération.

*1er temps.*—*Dissection et séparation du vagin et du rectum jusqu'au cul-de-sac péritonéal.*

Par deux pinces de Kocher fixées à 1 c. m.  $\frac{1}{2}$  et 2 c. m.  $\frac{1}{2}$  du méat urinaire, on tend le limbe cutanéomuqueux séparant le vagin de la peau du périnée. Puis avec des ciseaux droits et pointus d'un côté, on excise ce limbe sans s'arrêter et d'un seul coup.

On saisit chacune des lèvres disséquées avec une pince de Kocher et en les étalant, on aperçoit les débris cicatriciels qui séparent le rectum du vagin. Ici, il faut redoubler de prudence, disséquer à petits coups de ciseaux courbes les tissus, dirigeant

la pointe de l'instrument vers le haut de façon à éviter le rectum que l'on voit, facilement reconnaissable à sa paroi un peu blanchâtre et aux quelques vésicules qui rampent à ce niveau. Tout ceci se fait assez rapidement sans hémorrhagie notable, et il n'est nullement nécessaire de mettre un doigt dans le rectum, procédé qui nuit à l'asepsie finale.

Le noyau de cicatrice dépassé, le clivage entre les organes se fait avec la plus grande facilité, et on arrive en quelques secondes sur le cul-de-sac péritonéal blanchâtre. Ce cul-de-sac, on peut quelquefois l'ouvrir, et il y a intérêt à le faire, lorsqu'il descend très bas. En créant des adhérences artificielles entre les deux feuillets, on diminue les chances de glissement. Si on ne veut pas l'ouvrir, il faut lorsqu'il descend très bas, le refouler en haut. Pour une bonne opération, le décollement doit aller jusqu'au col utérin.

*2<sup>e</sup>me temps.—Recherche et suture des releveurs.*

Dans la majorité des cas, le doigt promené sur les parties latérales, vers l'aponévrose de l'obturateur interne, permet de sentir deux masses à grand axe antéro-postérieur d'aspect rougeâtre, plus ou moins étalées, plus ou moins volumineuses, mais toujours existantes. Ce sont les releveurs. On les dissèque avec grand soin le plus haut possible.

Reste à faire la suture. Delbet la fait toujours à fils perdus, et il se sert de catgut. Le premier fil doit être placé le plus haut possible. Comme les bords des deux releveurs sont toujours très écartés, il faut passer le fil en deux fois. Prenant une aiguille, on passe le premier point en enfonçant l'aiguille rasant la paroi externe, à droite de bas en haut, du rectum vers le vagin, à gauche de haut en bas, du vagin vers le rectum, et on noue solidement ce premier fil. On est tout surpris de voir les deux releveurs, sans qu'il se fasse de solution de continuité du côté de l'aponévrose obturatrice, se tendre comme un rideau

qui s'interposerait entre le vagin et le rectum, et il est facile de voir et de sentir la sangle efficace ainsi constituée.

On place ensuite un ou deux fils sur les releveurs en se rapprochant du pubis, puis deux ou trois fils qui prennent, en rasant l'aponévrose obturatrice, tout ce qui reste des débris musculaires entre les releveurs et la peau. Il faut tout affronter sans laisser d'espace mort. Aussi faut-il qu'un fil sur deux prenne les parties sous-jacentes déjà affrontées. Ces fils suffisent à faire l'hémostase, et il n'y a pas une seule ligature à poser.

On termine par la suture cutanée au fil d'argent. En général, on a trop de muqueuse vaginale, et on éprouve toujours une certaine difficulté à affronter la muqueuse du vagin à la peau, au niveau de la nouvelle fourchette. Si on la trouve trop exubérante, on peut en réséquer une portion, un lambeau transversal; mais même après cette résection, elle reste trop large, elle se plisse et se godronne, et l'affrontement n'est pas parfait. Si on voulait obtenir un affrontement parfait, il faudrait rétrécir le vagin, en réséquant un lambeau dont le grand axe serait dirigé du col de l'utérus vers la vulve. Mais on aurait alors une ligne de suture située dans la peau antéro-postérieure, à travers laquelle les sécrétions utérines, toujours suspectes, pourraient s'infiltrer dans l'épaisseur du périnée. Delbet ne fait que très rarement cette suture, et il préfère laisser quelques plis irréguliers qui s'effaceront, et conserver cette paroi vaginale qui recouvre et protège efficacement le périnée reconstitué.

Les suites opératoires sont très simples. La malade est constipée une huitaine de jours, et on la laisse uriner seule, sauf dans le cas de force majeure où il y a rétention d'urine. Après chaque émission d'urine, on la lave soigneusement à l'alcool et à l'eau oxygénée. On enlève les fils d'argents le dixième jour et les malades peuvent se lever le vingt et unième.

Le résultat opératoire est très satisfaisant. On voit de suite

que la vulve est rétrécie, l'aire du vagin oblique de haut en bas, d'avant en arrière, de la fourchette vers la paroi postérieure, et par le toucher, on sent nettement la résistance, la fermeté et l'élasticité du nouveau périnée.

Paris, 31 mars 1906.

P. A. GASTONGUAY M. D.



### RIEN NE SAURAIT LE REMPLACER

Il n'y a rien d'étonnant dans ce fait que le SANMETTO ait beaucoup de partisans parcequ'il est un médicament de toute sécurité.

D'après mon expérience rien ne saurait le remplacer. Le SANMETTO raisonnablement employé donnera toujours des résultats satisfaisants.

En m'exprimant de cette manière je ne veux pas dire que le SANMETTO est un médicament spécifique dans toutes les affections génito-urinaires, je n'insiste que sur ce fait que le SANMETTO employé dans les cas où il est indiqué donne toujours de bons résultats.

St. Louis, Mo.

DR. T. A. HOPKINS,  
Diplomé en 1894, etc.



# **Revue des Journaux**

---

## CHIRURGIE D'URGENCE

DE LA REDUCTION DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE (VARIÉTÉS  
ANTÉRO-INTERNES.

---

par le Dr G. MARTON

*Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux.*

---

Comment réduisez-vous une luxation de l'épaule ? — Par le procédé de Kocher. — En quoi consiste ce procédé ? — Ce procédé comprend plusieurs temps ; dans un premier, etc. . . .

Il est bien rare qu'à un troisième, troisième partie, on n'entende pas semblable dialogue entre un juge et un candidat ; le candidat sait le plus souvent au moins théoriquement en quoi consiste le procédé de Kocher ; son juge est satisfait, lui plus encore parce que l'échec est évité, et lorsqu'installé depuis quelque temps il est appelé pour une luxation de l'épaule, il se met en devoir d'appliquer un procédé qui lui a valu un si brillant succès à son examen.

Malheureusement les choses ne vont pas si bien en pratique qu'en théorie, et notre pauvre confrère a beau réaliser les quatre temps du procédé de Kocher avec une conscience digne d'un meilleur résultat, la tête de l'humérus s'obstine à ne pas reprendre sa place. Le malade gémit, le médecin qui voit sa réputation compromise par une luxation rebelle, s'énerve, recommence la manœuvre, échoue de nouveau, essaie des tractions vaines, et

finalement doit s'avouer vaincu. Quatre fois sur cinq les choses se passent de cette façon ; trois fois parce que le médecin n'a nulle notion de la façon dont la manœuvre doit être exécutée pour réussir, une fois parce que, si bien faite soit-elle, la manœuvre est incapable de réduire la luxation en question. Bien heureux encore si le circonflexe respecté lors du traumatisme n'est pas lésé pendant tous ces efforts.

Il serait temps, cependant, que l'on enseignât aux élèves que le procédé de Kocher est un *procédé détestable* entre des mains inexpérimentées et que l'on cessât de le décrire avec force figures à l'appui dans les livres de chirurgie comme méthode de choix. Qu'entre les mains d'un chirurgien qui a l'habitude des luxations de l'épaule, qui sait quelle valeur et quelle intensité il faut donner à chaque temps du Kocher, le procédé réussisse le plus souvent, la chose est certaine, mais employé par quiconque n'a pas cette habitude, il devient la source non seulement d'échecs mais encore de dangers.

La vogue du procédé tient à deux causes : à son élégance quand il réussit, et surtout au nombre de ses temps, quatre, qui font qu'il constitue une vraie *colle* à un examen. Aussi les examinateurs sont-ils enchantés de le demander aux élèves, qui, prévoyant la colle s'empressent d'y pourvoir, et comme ils se sont donnés la peine d'apprendre les quatre temps du procédé, ils estiment que c'est pour s'en servir le cas échéant.

Voilà les deux causes de la popularité du procédé de Kocher : voyons maintenant pourquoi ce procédé est mauvais.

1° Le procédé de Kocher est *douloureux*, et même très douloureux. Il y a quelque temps arrivait à la consultation de l'Hôtel-Dieu un malade atteint d'une luxation que l'on avait essayé de réduire en ville par ce procédé ; le malade nous suppliait de l'endormir parce qu'il avait tellement souffert qu'il disait ne plus pouvoir supporter aucun effort de réduction. Je lui per-

suadai de se laisser faire ; cinq minutes après la luxation était réduite, sans chloroforme, par la méthode que j'indiquerai tout à l'heure, et le cri du malade fut celui-ci : " Oh ! ce sont des roses à côté de ce que l'on m'a fait souffrir."

Si le procédé n'était que douloureux !

2° Le procédé de Kocher est *inconstant* dans ses résultats ; pour des raisons de mécanique qu'il serait trop long d'exposer ici, et dont quelques-unes sont certainement méconnues, du fait des lésions spéciales qui existent dans certaines variétés intracoracoïdiennes et dans la variété sous-claviculaire, le procédé de Kocher ne peut pas réduire ces luxations. Et réellement on ne peut pas exiger d'un médecin qui voit à peine une luxation de l'épaule par an, qu'il porte un diagnostic exact du degré de cette luxation. C'est déjà bien beau qu'il reconnaisse que la tête de l'humérus est déplacée. Par conséquent s'il a le malheur de tomber sur ces variétés de luxations il aura beau exécuter les mouvements de réduction de la façon la plus correcte, il échouera forcément. En clientèle il est toujours mauvais d'échouer là où un autre réussira quelques heures plus tard sans difficulté.

3° Le procédé de Kocher, enfin est *dangereux*. C'est grâce à lui que l'on voit se produire des paralysies du circonflexe par distension ou compression lors des manœuvres de réduction, et la meilleure preuve c'est que sur un nombre considérable de luxations, plus de cent, réduites à la consultation de l'Hôtel-Dieu, je n'ai jamais observé une seule de ces paralysies, alors que j'en ai vu autrefois assez fréquemment dans des luxations réduites par le Kocher. Et cette paralysie du circonflexe sera produite non seulement dans les luxations que l'on aura pu réduire, mais encore dans celles pour lesquelles on aura échoué ; échec doublé d'une aggravation pour le blessé.

Pour toutes ces raisons, je dis donc que l'on doit abandonner complètement le Kocher et employer un tout autre procédé. Ce

procédé c'est celui de *Melthe mis à la portée de tous*. Tout médecin qui *voudra bien suivre point par point les indications que je vais lui fournir réussira sûrement la réduction* ; s'il échoue, un chirurgien échouera également sous chloroforme, la luxation pourra être dite irréductible primitivement, et dans tous les cas jamais il n'aura aggravé la situation du malade.

A la consultation de l'Hôtel-Dieu il vient en moyenne de 20 à 25 luxations de l'épaule par an ; or je fais cette consultation depuis 1901, soit un total de cent luxations au minimum qui me sont passées entre les mains ; je puis affirmer sans crainte d'être contredit par un seul des élèves qui depuis cette époque ont suivi le service, que pas une de ces luxations n'est partie non réduite, et la réduction s'est toujours faite sans douleur. Je n'ai d'autre part jamais observé de paralysie du circonflexe. Couramment les externes réduisent ces luxations sans difficulté. Bien entendu, il ne s'agit que des luxations récentes, c'est-à-dire des luxations ne datant pas de plus de dix à quinze jours ; j'en ai réduit de plus anciennes, mais il n'y a rien de surprenant à ce qu'on échoue dans des luxations de 15 jours de date.

Je crois donc pouvoir dire : lisez attentivement ce qui va suivre, faites de même et vous réussirez.

Ceci dit, voici comment il faut agir : (1)

1° Faire asseoir le malade sur une chaise, auprès d'un arceau, d'un poteau, d'une poignée de porte, etc., pouvant servir de point d'appui pour la contre-extension ; placez le blessé de telle façon que ce soit le côté sain qui regarde ce point d'appui.

2° Passez sous l'aisselle du côté luxé le milieu d'une bande solide, d'une écharpe ou d'une alèze roulée dont *les deux chefs seront ramenés derrière le dos et la nuque* et vont se fixer au

---

(1) Extrait d'un ouvrage en préparation.— MARION : *Chirurgie des os et des articulations*, de la collection Berger-Hartmann chez Steinheil.

point d'appui. Il ne faut pas que l'un des chefs passe devant la poitrine, sans quoi le tronc peut glisser sous l'effort de la traction et l'omoplate ne se trouve pas immobilisé.

3° Une serviette étant roulée en cravate, en appliquer le milieu sur la partie postérieure de l'extrémité inférieure du bras, ramener les deux chefs en avant, les entrecroiser devant le coude, puis les faire passer de chaque côté de l'extrémité supérieure de l'avant-bras le plus près possible du coude et les nouer ensemble [de façon à faire une anse au moyen de laquelle va s'opérer la traction. On aura avantage à garnir la région antérieure du coude d'un peu d'ouate afin d'éviter que la traction ne devienne douloureuse à ce niveau.

4° Tout est prêt pour la réduction. Un aide quelconque, il y a intérêt à ce qu'il soit un peu lourd, la traction étant plus efficace, saisit avec ses deux mains l'anse formée par la serviette entourant le coude et plaçant ses pieds joints à trente ou quarante centimètres de la chaise sur laquelle est assis le malade, il se laisse doucement aller à la renverse. Pour que ses pieds ne glissent pas, le médecin pourra les caler avec un des siens. *L'aide ne doit pas tirer avec ses bras*, il doit les laisser étendus et n'agir que par son poids, afin d'éviter la fatigue. Ainsi pratiquée, la traction développe environ une force de 25 kilogs, pas davantage et c'est suffisant. Si au cours de la réduction l'aide était fatigué et demandait à être changé, un autre prendra sa place ; mais ce dernier *devra commencer à tirer ou plutôt à agir par son poids sur le membre avant que le premier aide ait cessé son action*, cela afin d'éviter que les muscles du malade ne puissent se ressaisir. Le second aide se mettra donc dans la position indiquée pour le premier avant que celui-ci ne lâche la serviette qui sert à la traction. Je le répète, n'importe qui peut servir d'aide.

Au moment où l'aide commence la traction le malade éprouve une légère douleur quand son bras est mis en abduc-

tion, puis pendant toute la durée de la traction la douleur est à peu près nulle en dehors de celle que la serviette agissant au niveau du corde peut provoquer à ce niveau ; celle-ci est du reste très légère.

5° Tel est le rôle de l'aide chargé de la traction ; quel est celui du médecin ?

Au moment où la traction a commencé, le médecin a saisi le poignet du membre luxé de façon à maintenir en flexion l'avant-bras sur le bras ; sans quoi la traction ferait étendre l'avant-bras et l'écharpe glisserait ; d'autre part il explorera l'épaule avec son autre main de façon à surveiller les mouvements de la tête humérale ; enfin il placera un de ses pieds en travers, devant ceux de l'aide de façon à les caler et à les empêcher de glisser.

Pendant toute la durée de la traction le médecin maintiendra l'avant-bras en flexion et imprimera quelques légers mouvements de rotation au bras de façon à sentir la tête de l'humérus pour en suivre la progression et pour en faciliter le déplacement. Il ne sera pas toujours possible de sentir cette tête en raison du gonflement ; la chose est de peu d'importance.

6° A quel moment la réduction sera-t-elle obtenue ? Cela dépend des cas.

En général après 5 ou 6 minutes de traction la tête a repris sa place ou est sur le point de la reprendre.

Par conséquent si le médecin ne parvient pas à sentir la tête, qu'il fasse tirer pendant cinq minutes, un peu plus sur les sujets très fortement musclés ; très souvent la réduction sera effectuée depuis longtemps quand il accomplira la dernière manœuvre. Dans d'autres cas un claquement perçu par celui qui fait la traction et par le médecin annoncera la réduction. Dans d'autres cas, enfin, la tête sera perçue et l'on pourra constater que peu à peu elle est revenue au dehors et qu'elle se trouve

située finalement sous la cavité glénoïde dans laquelle un mouvement d'élévation va la faire rentrer.

Donc soit au bout de cinq minutes, si l'on n'a rien senti, soit plus tôt si l'on a perçu le claquement caractéristique de la réduction, soit lorsque la tête paraîtra revenue suffisamment en dehors, si on a pu la sentir on exécutera la manœuvre qui assure la réduction.

Cette manœuvre s'exécute de la façon suivante. Le médecin place dans l'aisselle son avant bras qui soulève autant que possible l'humérus et il ordonne à l'aide de cesser brusquement la traction en même temps que lui, abaisse le membre avec la main qui tenait l'avant-bras du blessé, à ce moment l'avant-bras engagé sous l'aisselle sert de point d'appui à l'humérus; la partie inférieure de celui-ci se trouve rapprochée du tronc, sa partie supérieure constituée par la tête s'en trouve éloignée, en même temps qu'elle se trouve soulevée par l'effort de l'avant-bras en haut. Cette manoeuvre sert en somme à empêcher qu'au moment où la traction cesse, la tête ne puisse glisser de nouveau en dedans; le mouvement de bascule ainsi déterminé projette la tête en dehors et en haut et le fait rentrer si elle ne l'était pas déjà.

*Soins consécutifs.*— Le membre doit être immobilisé afin que la luxation ne puisse pas se reproduire au cours d'un mouvement intempestif. Cette immobilisation n'a pas besoin, du reste, d'être ni très sévère, ni très prolongée. On pourra appliquer l'écharpe de Mayor pendant quatre jours, à partir desquels on commencera le massage et la mobilisation; mais on pourra aussi se contenter de l'immobilisation réalisée au moyen d'un artifice vraiment très simple et très ingénieux, conseillé par M. Charles Nélaton: Remettez au malade ses vêtements en veillant à n'imprimer au membre que vous venez de réduire, aucun mouvement susceptible de reproduire la luxation, puis le dernier

vêtement, veston, pardessus, etc., étant placé, et boutonné de façon qu'il ne soit pas flottant, réunissez par une épingle de nourrice la manche du bras qui s'est luxé, au côté du vêtement. Ainsi, tout mouvement d'écartement du bras dans lequel la luxation pourrait se reproduire est prévenu et le malade conserve une légère mobilité de son épaule qui est plutôt favorable au retour rapide de ses fonctions. Si on croyait ne pas devoir utiliser ce moyen dans les tout premiers jours il serait certainement à employer quand on a commencé le massage au cinquième jour. A partir du 12<sup>e</sup> jour, toute liberté peut être donnée au bras.

Pour me résumer je conclus donc :

Abandonnez complètement le procédé de Kocher qui vous donnera des déboires. Employez le procédé de Mothe modifié comme je viens de vous l'exposer. Il est moins brillant que le Kocher, c'est vrai, mais il est moins douloureux, absolument certain dans ses résultats, parfaitement inoffensif pour le circonflexe. Clients et médecins s'en trouveront bien.





## LES FAUX GASTROPATHES

Par MM.

J. DEJERINE

Professeur à faculté.  
Médecin de la Salpêtrière.

E. GAUCKLER

Ancien interne des hôpitaux  
Méd. consult. à Pougues.

---

C'est un fait assez curieux, dans l'histoire médicale, que de voir la fortune acquise, la véritable efflorescence subie par certaines maladies, à certaines époques. Et si les circonstances épidémiologiques, si les conditions de la vie matérielle, sujettes à d'incessantes variations, ont susceptibles d'expliquer jusqu'à un certain point ce phénomène, d'autres causes plus banales, plus humaines, interviennent peut être dans cette espèce de culture intensive de quelques affections. C'est qu'il y a une sorte de "mode médicale," instinctivement suivie par les médecins, attentivement observée par les malades. Une affection est-elle à l'ordre du jour, elle obsède aussi bien les médecins qui la recherchent et volontiers la trouvent que les malades qui l'invoquent avec une facilité toute particulière, à titre d'explication de leur état, parce qu'ils en ont entendu parler autour d'eux, parce que, plus ou moins vaguement, ils en connaissent la symptomatologie théorique. C'est l'histoire de l'individu qui, lisant un livre de médecine, se croit atteint de toutes les maladies qu'il y trouve décrites. Et pour ce qui est des gastropathies, qui nous intéressent seules pour le moment, point n'est besoin de faire appel à une littérature scientifique. Derrière une abondante pharmacopée, la presse politique se charge de rappeler aux malades volontiers liseurs d'annonces médicales, qu'ils ont un estomac et qu'ils feraient peut-être bien de s'en occuper.

L'estomac est devenu de nos jours, sujet de conversation courante. Un tel a son régime, tel autre son médicament à fournir contre des maux dont l'estomac est considéré comme responsable. Quand on songe, d'autre part à l'importance normale des fonctions digestives, autour desquelles s'orientent, en somme, toute la vie, on conçoit aisément que l'estomac soit, pour le névropathe, le lieu d'élection de ses localisations, à la faveur des entretiens et des lectures journalières, à la faveur aussi de la trop grande aisance avec laquelle un certain nombre de médecins opposent la multitude et l'infinie variété des régimes et des médicaments à des troubles dont la nature organique effective, n'est pas, par eux, autrement scrutée.

Ce sont ces formes purement psychiques, purement nerveuses, des gastropathies que nous voudrions tenter ici de décrire, pensant que, s'il existe de faux urinaires, de faux génitaux, de faux cardiaques, il y a aussi dans la pathologie une large place pour de faux gastropathes. C'est là notion banale pour les médecins s'occupant spécialement d'affections gastriques ou d'affections nerveuses, qui, les uns par exclusion, les autres par inclusion, connaissent bien ces malades. Mais le grand public médical les ignore encore. Et nous n'en voudrions pour preuves que ce fait que la plupart des gastropathes fonctionnels, que nous avons pu voir, et pour lesquels le traitement a servi de pierre de touche, nous sont arrivés munis d'une quantité d'ordonnances, et après avoir effectivement soigné leur estomac pendant des années. Aussi nous a-t-il paru utile de montrer sous quelles formes se présentaient de telles affections, quelles étaient les caractéristiques qui permettaient de les reconnaître et quel était le traitement qui les guérissait.

\* \* \*

Très schématiquement, on peut décrire trois formes à ces gastropathies fonctionnelles, trois types entre lesquels évoluent

les malades qui passent volontiers par une gradation lente ou même quelquefois fort rapide de l'un à l'autre.

*Troubles dyspeptiques simples chez des neurasthéniques ; phobies de l'estomac ; pseudo-gastropathies caractérisées :* tels sont les trois échelons que l'on peut observer isolément chez des malades différents, comme on peut les voir s'établir successivement chez un seul et même sujet.

I.—*Troubles dyspeptiques simples chez des neurasthéniques.*

*Dès qu'on commence à s'inquiéter de ses fonctions digestives on digère mal.*—C'est là un fait connu de toute antiquité, c'est aussi la conclusion facile que l'on peut tirer des travaux de Pavlof qui a si bien montré, par l'expérimentation physiologique l'influence exercée par le psychisme sur les sécrétions gastriques. Or le neurasthénique, pour si peu déprimé qu'il soit, manque aisément d'appétit. La nourriture, psychiquement, lui répugne, comme lui répugne tout effort physique ou moral. Il devient, dès lors, aussi banal d'application que d'observation de concevoir suivant quel mécanisme le neurasthénique se plaint de troubles digestifs. Ces troubles digestifs ont leur objectivité dans des modifications effectives des fonctions gastriques, mais n'en sont pas moins pathogéniquement et thérapeutiquement d'ordre purement psychopathique. C'est en effet l'espèce d'anorexie mentale au petit pied, dont tous les neurasthéniques sont tributaires, qui les a créés. Et, de fait, la sensation ressentie de digestions lentes et pénibles, de pesanteurs après le repas, est constante chez les neurasthéniques. Mais dans cette classe de faits, la symptomatologie digestive est, en somme, noyée dans l'ensemble des phénomènes dont se plaignent ces malades. Il n'y a pas pour eux nécessité d'un traitement spécialement approprié. Pour la plupart, ils se rendent, compte de la nature contingente et accessoire de ces troubles ; ce sont les plus communs, mais aussi les moins intéressants des gastropathes fonctionnels.

II.—*Phobies de l'estomac.*

Tout autre est ici la symptomatologie. Elle s'installe d'ailleurs rarement au complet d'emblée. Plus souvent, parfois de lui-même, soit surtout parce qu'une intervention médicale fâcheuse est venue, par l'interrogatoire, par la thérapeutique, orienter le malade, le neurasthénique finit par concentrer toute son attention sur ses fonctions digestives. Ne présentant à ce degré aucune symptomatologie gastrique définie, ni vomissements, ni douleurs en rapport plus ou moins net avec l'alimentation, c'est purement et simplement un psychique, presque un mental. Il s'inquiète de son estomac, il a peur, et se crée, soit spontanément, soit avec l'aide du médecin toute une rigoureuse diététique. C'est chez ces malades que l'on trouve les plus singuliers, les plus paradoxaux et aussi les plus restreints des régimes.

S'observant d'une façon rigoureuse, ils classent les aliments. Celui-ci est presque indifférent, celui-là ne passe pas, cet autre au contraire, est merveilleusement toléré. Isolément absorbés, tels aliments se digèrent ; simultanément ingérés, ils ne sont pas supportés. Toute la vie du malade coule autour d'un nombre incalculable de prescriptions, ayant toutes trait aux fonctions digestives et qui, au fur et à mesure que l'affection s'installe, se multiplient et se compliquent.

Si dans la majorité des cas, "la phobie stomacale" est en somme secondaire, greffée sur un état neurasthénique qui s'est pour ainsi dire "concentré." quelquefois au contraire, c'est la psychose gastrique créée de toutes pièces par la thérapeutique qui rend le malade neurasthénique. Et le fait est surtout patent dans les classes moyennes ou pauvres de la société. Ce sont des économies lentement amassées qui fondent chez le médecin ou chez le pharmacien. C'est l'observation attentive de l'état gastrique qui dérive l'individu de sa besogne journalière. La dé-

chéance sociale est au bout, avec les facteurs d'affaïssement moral qu'elle comporte. Et l'état neurasthénique suit, rapide et grave parce qu'il s'agit en somme d'une existence abîmée, d'une vie à recommencer, d'un édifice à reconstruire dont les bases font défaut.

### III.—*Des pseudo-gastropathies fonctionnelles.*

Nous en arrivons, avec ce dernier groupe de malades, au point le plus délicat de notre étude. Jusqu'à présent il ne s'est agi que de sujets qui ne présentaient en somme aucune symptomatologie superposable à celle d'une affection gastrique définie, reconnue, décrite par les auteurs. Ici il en va tout autrement et les malades en présence desquels nous allons nous trouver offrent des signes nets d'affections gastriques classées. Vomissements alimentaires; vomissements tardifs se produisant plusieurs heures après le repas ou même le matin à jeun; pyrosis, renvois fades, éructations abondantes, douleurs au creux de l'estomac survenant spontanément ou après les prises alimentaires, douleurs vives à jeun calmées par les aliments ou par les boissons chaudes, tout s'y trouve diversement combiné. Ici vous prononcerez le mot de sténose pylorique avec stase, là vous direz hyperchlorhydrie, ici vous croirez à des fermentations gastriques. Quelquefois même la pensée d'un ulcère ou d'un cancer en voie de développement vous viendra à l'idée, si précise est la symptomatologie, si altéré est parfois l'état général, tant semble s'imposer l'existence d'une affection organique de l'estomac. Les éléments d'un diagnostic différentiel existent pourtant. Nous les passerons tout à l'heure en revue.

Quelle est la genèse de ces pseudo-gastropathies fonctionnelles? Il s'agit parfois de troubles gastriques, vrais à l'origine, mais *prolongés*. Ce sont des femmes ayant eu, à l'occasion d'une grossesse, les troubles digestifs d'observation courante que l'on connaît, ce sont des gens ayant présenté, à l'occasion d'excès d'ordre

éthylrique, les troubles que l'on conçoit, qui, alors que la cause pathologique a depuis longtemps disparu, continuent à souffrir psychiquement là où les éléments organiques de l'affection n'existent plus.

Dans d'autres circonstances, étape par étape, en passant par les formes successives que nous venons d'énumérer, la gastropathie s'est créée de toutes pièces.

Ailleurs, et c'est le cas le plus fréquent, les médecins sont responsables qui, par un examen trop prolongé, par la recherche de symptômes trop définis, ont produit, au bout d'un temps plus ou moins long, chez des névropathes, les phénomènes qu'ils avaient tout d'abord, vainement, mais trop obstinément recherchés.

Multiplés sont les causes et multiplés sont les effets. Et quelquefois l'étiologie est impossible à découvrir de ces manifestations gastriques dont un diagnostic serré finit par dépister la nature et qu'en dernier recours la thérapeutique, véritable pierre de touche, finit par juger.

Mais, avant d'entrer dans l'étude du diagnostic et du traitement de ces "fausses gastropathies" qui fera l'objet d'un prochain article, il nous paraît utile de fournir un certain nombre d'observations dont nous pourrions tirer de précieuses inductions.

A ce point de vue, nous resterons muets sur les troubles dyspeptiques simples des neurasthéniques. Ces manifestations sont la règle chez tous ces malades. Elles sont secondaires chez eux, passent pour le médecin au second plan et ne donnent jamais lieu à des difficultés sérieuses de diagnostic.

Plus intéressants sont les phobiques de l'estomac. Les observations en abondent. Et en voici un exemple qui nous paraît tout à fait caractéristique :

*Observation I.*—Il s'agit d'un malade de clientèle privée. C'est un homme de trente-six ans, officier d'infanterie dans une

ville du nord de la France. Il est malade depuis onze ans. Ayant échoué à Saint Cyr, il s'est engagé. Il a réussi à se faire admettre à Saint-Maixent. Là, il a énormément travaillé, s'est constamment surmené et est sorti de l'école absolument à bout. Il s'est trouvé alors en prise avec toute une série de difficultés de carrière qui l'ont moralement anéanti. Maigrissant rapidement, trente livres en quelques mois, il commence à s'inquiéter de son estomac. Il va alors voir une série de médecins. Les uns lui examinent son chlorisme gastrique, les autres lui ordonnent des régimes; il en est un qui lui fait subir des séances d'électricité statique. Dès lors, l'idée est fixée: le malheureux s'occupe exclusivement de son estomac et délaisse son métier. *Sans avoir jamais eu le moindre symptôme gastrique caractérisé*, il recherche quels sont les aliments qui passent aisément, quels sont ceux qui se digèrent moins bien. Faisant bloc de ses observations personnelles et des régimes divers qui lui ont été conseillés, il en arrive à restreindre progressivement son alimentation comme quantité et comme qualité, dans une mesure considérable. Son état s'aggravant, il se fait mettre en non-activité. Aux préoccupations de carrière se joignent dès lors des soucis matériels. Considérablement amaigri, il menait une existence pitoyable et paraissait sans issue.

Actuellement, ce malade est complètement guéri, a repris son existence normale et ne s'inquiète plus de son estomac.

C'est là une observation qui nous semble typique et qui montre comme quoi, avec une symptomatologie nulle et une thérapeutique complexe, on peut orienter le psychisme d'un malade d'une façon suffisamment solide pour que toute une existence en soit abîmée.

De tels malades, nous en avons vu un nombre considérable. Celui-ci supportait des œufs du jour et ne supportait pas des œufs de la veille. Un autre prenait sans difficulté des œufs pochés à

Peau, qui refusait des œufs à la coque. Et ce serait un chapitre plein d'imprévu que celui où l'on décrirait toutes les variétés de régimes et de prescriptions auxquels en arrivent ces phobiques, chapitre sans gaieté d'ailleurs, car il comporterait l'histoire de bien des déchéances morales, physiques ou sociales.

Plus intéressantes, parce que relevant d'un ordre de faits mieux connus, sont les observations de pseudo-gastropathies. Nous en donnerons un certain nombre.

*Observation II.*— Voici d'abord une bonne dame de cinquante-sept ans, soignée à la salle Pinel, lit no 16, dans le service d'isolement organisé par l'un de nous à la Salpêtrière. Elle y a séjourné du 28 Mars au 7 Juin 1905. C'est elle-même qui, tout d'abord, va nous raconter son histoire.

“ Souffrante de l'estomac depuis vingt-cinq ans, à la suite d'une émotion, j'avais perdu complètement l'appétit. Je n'éprouvais jamais le besoin de manger et j'avais un dégoût de la nourriture, surtout de la viande. J'ai consulté plus de cinquante médecins. Tous ont prescrit le régime lacté. Je n'ai jamais pu prendre plus de deux litres de lait et un ou deux œufs par jour, plus souvent rien du tout.

“ Dans tous les hôpitaux où j'allais aux consultations on regardait mon teint jaune, et partout même réflexion : “ Oh ! celle-là, rien à faire.” On était convaincu ou d'un cancer ou de lésions pyloriques. Il y a deux ans, on voulut m'opérer. Le médecin qui me soignait en dernier lieu, découragé, m'adressa à un spécialiste qui me tint en observation pendant dix-huit mois.

“ On me mit toujours au lait. Mais là, alors, je ne prenais presque plus rien, souffrant trop de douleurs d'estomac et de l'intestin. Je maigrissais toujours et j'étais complètement découragée. On essaya le lavage de l'estomac, plâtrage, gavage rien ne me réussit.”



Cette auto-observation a besoin d'être complétée sur quelques points, et en particulier sur le mode de début de l'affection qui nous a amené cette malade.

Elle avait, il y a vingt-cinq ans, un mari, mort depuis paralytique général, qui la brutalisait et qui voulut, un jour, intervertissant l'ordre des facteurs, la faire interner. Elle eut une peur intense et *sentit son estomac se fermer*. Depuis, la même sensation s'est reproduite chaque fois que la malade a eu une émotion. Et ces émotions étaient quotidiennes, provenant d'un fils qu'elle avait et qui manquait de toute espèce d'égards pour elle. Elle attendait avec angoisse sa rentrée à la maison. Dès qu'elle le voyait entrer, elle éprouvait une sensation de constriction et ne pouvait plus rien manger. Ainsi se sont développées et entretenues les manifestations de cette gastropathie, dont la symptomatologie était à un moment si caractérisée, qu'on songea à intervenir chirurgicalement.

Sur le séjour même de la malade à l'hôpital nous n'avons rien à noter de bien particulier. Le premier jour elle a pris 3 litres de lait. A la fin de la semaine elle en prenait cinq. Progressivement elle a été remise au régime ordinaire. Pesant 40 kilogrammes à son entrée, elle en pèse 52 à sa sortie. Elle a donc augmenté de vingt-quatre livres. Elle est partie complètement guérie. Revue depuis à plusieurs reprises elle s'est maintenue en excellent état.

Voilà donc un cas où l'examen brutal, avec l'apparence cachectique de la malade, avec la symptomatologie gastrique, permettait de poser le diagnostic de néoplasme. Il ne s'agissait en réalité que d'une gastropathie dont la nature fonctionnelle apparaissait à l'interrogatoire étiologique un peu poussé.

*Observation III.*— Ceci est l'histoire d'une autre malade, âgée de 36 ans, entrée salle Pinel, lit no 11, le 22 Mars, et sortie complètement guérie, le 5 Juin 1905, avec dix-huit livres d'aug-

umentation de poids. Voici ce qu'avant de partir, sur notre demande de relater elle-même son histoire, voici ce qu'elle nous a écrit :

“ Je suis enfant naturelle. Ma mère s'est mariée et a eu des enfants. J'ai toujours été traitée comme une étrangère. Comme j'étais d'un naturel très affectueux, j'en ai éprouvé un profond chagrin qui, à mesure que j'ai grandi, a grandi avec moi. Lorsque j'ai été en âge de travailler on ne me laissait aucun loisir. Il me fallait travailler sans relâche. J'ai été jusqu'à six semaines sans descendre dans la rue. Je me suis anémiée. J'ai eu trois fluxions de poitrine. Ensuite ma mère a fait une longue maladie. J'ai alors dû travailler jour et nuit. Puis j'ai eu la fièvre muqueuse. Je suis devenue alors très nerveuse, je ne mangeais plus, je ne dormais plus. J'avais constamment envie de pleurer, et, au lieu d'être encouragée, j'étais repoussée. J'ai mené cette triste existence jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans, âge auquel je me suis mariée. Ayant un bon mari, je me suis remise. Au bout d'un an j'ai eu un enfant. Il est mort en une journée. Mon état s'est alors de nouveau aggravé. Je suis restée plusieurs mois sans pouvoir manger. Je souffrais extrêmement de l'estomac. Il y a trois ans, j'ai eu un enfant qui a failli être tué. Mon état s'est alors aggravé au point que je ne prenais plus qu'un litre de lait par jour. J'ai consulté dix médecins qui m'ont soigné pour de la gastrite, de la dyspepsie, de la dilatation d'estomac. Aucun traitement ne m'a réussi.”

Si l'on interroge la malade sur la symptomatologie stomacale dont elle se plaignait, voici ce qu'on y trouve : pyrosis, douleurs extrêmement vives après les repas et en particulier quand elle a pris de la viande. Sensation de tension et de ballonnement après les repas avec lenteur extrême des digestions, douleur provoquée à la pression au niveau du creux de l'estomac

C'était plus qu'il n'en fallait pour que des médecins insuffisamment avertis fussent amenés à croire à l'existence effective d'une gastropathie.

Or, huit jours après son entrée, la malade prenait cinq litres de lait dans les vingt-quatre heures. Il a été en revanche assez malaisé de lui faire prendre de la viande. Au courant du mois d'Avril, elle y a consenti une première fois, puis s'y est refusée à nouveau. A ce moment là, il a fallu user d'énergie à son égard. Elle s'est décidée à réessayer l'alimentation carnée, et en une dizaine de jours elle est parvenue à prendre et à tolérer le bifsteak biquotidien dont autrefois une seule bouchée lui causait des douleurs intolérables.

A sa sortie de l'hôpital, son psychisme stomacal est complètement mobilisé. "Elle digère sans s'en apercevoir." De plus, il semble bien que, sous l'influence de son séjour à la Salpêtrière, elle ait réussi à brider un peu son émotivité et à prendre le dessus sur elle-même.

Voilà donc une seconde observation où, avec une symptomatologie stomacale suffisamment nette pour que plusieurs médecins s'y soient trompés, il ne s'agissait en somme que d'une fausse gastropathie. Le mécanisme de la localisation psychique progressive sur l'estomac s'y voit clairement. Émotive et ayant subi une série de chocs moraux, surmenée, c'est d'abord une neurasthénique. Puis, petit à petit, les diagnostics divers des médecins y contribuant pour une large part, c'est l'estomac qui a envahi puis occupé toute la scène. Elle a ressenti tous les symptômes qu'on avait recherchés sur elle. Et la preuve en est dans la diversité même des diagnostics établis

*Observation IV.*—Il s'agit encore d'une femme, âgée de quarante huit ans, entrée salle Pinel en juin 1905, chez laquelle d'aucuns auraient posé le diagnostic de sténose pylorique ou de maladie de Reichmann.

A elle aussi nous laisserons tout d'abord la parole :

“ Vous m'avez demandé quelques détails sur les causes de l'état dans lequel je suis arrivée ici. Très jeune j'ai été obligée de travailler énormément, mais comme j'étais d'une bonne constitution, quelques heures de repos réparaient mes forces.

“ Pendant le siège de 1870, j'ai eu beaucoup de privations mais je ne m'en suis pas ressentie. Aussi il me semble que le travail et les privations ne m'auraient jamais abattue. Seules les peines morales sont arrivées à la longue à détruire en moi l'énergie et la volonté. J'aurais pu être heureuse mais j'ai eu la funeste idée de vouloir garder ma mère avec moi dans mon ménage et, malgré tous mes efforts, je ne suis jamais parvenue à accorder ma mère et mon mari. Je ne suis arrivée qu'à vous rendre tous trois atrocement malheureux et cela pendant dix ans. Après ces dix années de lutttes et de larmes, je sus devenue très irritable et très nerveuse.

“ Au mois de Septembre 1896, sont apparus les vomissements avec un dégoût complet de toute nourriture. La nuit je rendais de l'eau et de la bile ; le jour je rendais à peu près tout ce que je prenais. Je suis arrivée à ne peser que 25 kilogrammes. Cela a duré trois ans et demi.

“ Au mois de mai 1902, j'ai perdu ma mère. Les vomissements, les douleurs que j'éprouvais sont réapparus. Comme cet état que j'étais impuissante à combattre, me faisait moralement boucoup souffrir, je me suis décidée à rentrer à l'hôpital. J'allai d'abord chez M. Barth, à Necker, qui me renvoya à la Salpêtrière en m'affirmant qu'on me guérirait. ”

Au cinquième jour cette malade prend cinq litres de lait. Le poids augmente rapidement. Au bout de trois semaines, la malade est mise au régime ordinaire. Elle digère avec la plus grande facilité tous les aliments qu'on lui donne. *Elle ne sait*

*plus qu'elle a un estomac.* Son poids avait augmenté de vingt deux livres quand, en fin juillet 1905, elle sort de l'hôpital.

*Observation V.*—Elle concerne une autre petite malade que nous avons eue à la salle Pinel (lit 20) pendant trois mois. Fort rétive au traitement pendant les premières semaines, elle a fini néanmoins par guérir.

Il s'agissait de phénomènes gastropathiques douloureux si mulant ce que l'on est convenu de décrire sous le nom de crise d'hyperchlorhydrie.

Agée de vingt-sept ans, elle souffrait depuis depuis l'âge de vingt et un ans. Petite fille, pas bien solide, mais très affective elle s'était dans son intérieur, heurtée à des parents froids qui lui reprochaient les soucis et les frais occasionnés par sa santé est devenu chez elle la préoccupation obsédante. Souffrant d'abord de simples troubles digestifs, elle a eu bientôt des phénomènes de gastropathie caractérisée. Pesanteurs, douleurs, pyrosis, vomissements après chaque prise alimentaire, impossible de supporter le lait " qui se caille sur l'estomac, " rien n'y manquait. La région épigastrique était même douloureuse à la pression à n'importe quel moment de la journée.

Cette malade est sortie de la salle Pinel le 12 janvier 1905. En Septembre nous avons reçu de ses nouvelles. Elle va à peu près bien. De temps à autre elle fait encore des excès de dépression au cours desquels elle souffre de l'estomac. Mais elle sait " qu'elle peut et qu'elle doit reprendre le dessus " et elle y arrive.

*Observation VI.*—C'est encore, abrégée, l'histoire d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui a passé trois mois 1905 à la salle Pinel. Elle se plaignait de maux d'estomac extrêmement marqués survenant deux à trois heures après les repas, avec aigreurs, sensation de brûlure, sensation de tension et de ballonnement abdominal, pesanteur, somnolence. Ici encore, la région épi-

gastrique était douloureuse, et la malade se défendait quand on s'efforçait de palper de ce côté-là. Ici encore, la thérapeutique s'était exercée et les mots,—les gros mots pour un organisme jeune et impressionnable,—de dilatation d'estomac, de dyspepsie hypochlorhydrique, de fermentations gastriques, avaient été prononcés et "ordonnés."

Le mécanisme de cette gastropathie fut assez long à dépister. Mais au bout de quelques jours on parvint à gagner la confiance de la malade et à savoir de quoi il retournait. C'était une tentative de déflorage qui était à l'origine de tout cette histoire.

Entrée à l'hôpital pesant 25 kilogrammes la malade en est sortie en pesant 56 kilogrammes et ne s'occupant plus de son estomac.

Tout récemment nous vous en de ses nouvelles et sa santé continue à être parfaite.

*Observation VII.*—Il s'agit d'une femme de quarante cinq ans, mère de famille, dont la vie a été fort dure. Elle a connu la misère après avoir eu de l'aisance. Elle a eu à sa charge pendant plusieurs années une sœur malade. Le mari est mort il y a six mois. Un de ses fils va se marier contre son gré.

Depuis des années, elle se plaignait de ses digestions qui étaient lentes et pénibles. Mais, à la suite de la mort de son mari, ce fut une bien autre affaire.

Vomissements même le matin à jeun, crampes calmées par les aliments, anorexie élective pour la viande, réveil au milieu de la nuit avec une sensation de vide stomacal, tels étaient les symptômes dont elle se plaignait. Pas de renvois acides, pas d'éruclations abondantes.

Cette malade est entrée salle Pinel le 1er Novembre. Au deuxième jour de son séjour, elle prenait 5 litres de lait. Le 15 Novembre, elle avait augmenté de 9 livres.

Rapidement mise au régime ordinaire qui est parfaitement

toléré, elle sort guérie de la Salpêtrière au bout de six semaines. Elle a pris 12 livres. Revue depuis, son état est resté excellent.

Avant d'entrer à la Salpêtrière, elle avait vu 9 médecins qui l'avaient tous soignée pour une affection gastrique dont le nom d'ailleurs différait suivant le médecin consulté. Il semble même que chez elle toute la psychose stomacale soit d'origine médicale. Se plaignant vaguement de ses digestions, elle a eu son attention fixée sur son estomac par l'interrogatoire et l'examen médical qui ont précédé l'apparition effective des signes antérieurement cherchés.

*Observation VIII.*—Cette observation tout à fait typique est celle d'une jeune femme de 28 ans, ancienne rhumatisante ayant au cœur une lésion mitrale médiocrement compensée d'ailleurs, et amenant un essoufflement rapide dans l'effort.

Chez elle, les troubles gastriques sont marqués surtout après les repas et surtout quand alors elle se donne du mouvement. Ils consistent en renvois fades avec éructations abondantes, en une sensation de lourdeur, de pesanteur, en du ballonnement après les repas. Quand elle marche de temps à autre avec une exacerbation de ces premiers phénomènes, apparaissent des vomissements.

Cette malade, au bout de quinze jours, avait augmenté de 4 livres, elle ne souffrait plus, elle ne vomissait plus. Il a fallu deux mois pour accomplir sa guérison.

Quel est, chez elle, le mécanisme de la production de ces troubles gastriques? Elle a eu une grossesse qui s'est terminée il y a six mois, au cours de laquelle elle a eu d'assez nombreux phénomènes gastriques et en particulier de très fréquents vomissements. C'est de la sorte que son attention a été pour la première fois attirée de ce côté-là. Mais sa grossesse n'a pas été sans influencer sur son état cardiaque, et quand après elle a voulu marcher, de l'essoufflement s'est produit rapidement. Le tout a

été mis par elle sur le compte de son estomac ; de là cette étrange gastropathie où les phénomènes s'exagèrent quand la malade marche, diminuent quand elle est au repos avec une régulière alternance.

Dans le cas particulier il y a bien une lésion somatique, mais elle est au cœur, pas à l'estomac. Et c'est l'orientation psychique antérieure de la malade qui est cause de cette fausse gastropathie.

Voici enfin une dernière observation.

*Observation IX.*—Mme. M. . . quarant-neuf ans entre salle Pinel le 4 Janvier 1905. Elle souffre d'une gastropathie qui remonte à 1870, gastropathie à reprises, qui s'exacerbant par intervalles ne s'est installée d'une façon définitive qu'en 1890. A ce moment, elle a eu une forte influenza. Elle est restée très fatiguée pendant un certain temps. Indispensable à son mari, qu'elle aide dans son petit commerce l'inactivité à laquelle elle s'est trouvée vouée lui a été extrêmement pénible. Moralement affaissée elle a été prise de troubles gastriques extrêmement marqués, avec vomissements tantôt muqueux, tantôt bilieux, jamais alimentaires. A l'état de ces vomissements, et sur le conseil de son médecin, elle attachait un intérêt extrême. Aussi bien se sont-ils prolongés jusqu'à son entrée à la Salpêtrière.

Elle en est sortie le 17 Février complètement guérie, ayant repris 10 livres de poids. Elle a été revue tout récemment. Les vomissements n'ont pas repris et tout permet de croire qu'ils ont définitivement disparu. Comme nous, la malade en est convaincue.

Lorsque chez cette malade on recherche le point de départ exact de la maladie, on arrive aisément à en fixer l'origine ou à en déterminer le mécanisme.

C'est à l'occasion des privations du siège de Paris qu'elle a ressenti les premiers troubles gastriques. Petite gamine de qua-



torze ans, fortement anémiée comme cela ne se conçoit que trop aisément, elle fut emmenée en consultation chez un médecin. *On lui soigna son estomac* et, avec les poudres et autres médicaments qui lui furent largement dispensés, elle entra de plain-pied dans la gastropathie fonctionnelle. Les quelques troubles digestifs qu'elle avait ressentis à la suite de l'étrange alimentation du siège étaient à l'origine mais la thérapeutique a assis ses troubles sur des bases sérieuses et, orientant le psychisme de la malade, a rendu définitif ce qui ne devait dans son essence être que transitoire. Les gastropathies fonctionnelles sont, des enfants du siège. . . . et des médecins.

Nous pourrions multiplier ces observations de fausses gastropathies. Il n'est pas d'années où, dans le service de l'un de nous à la Salpêtrière, ne passent une quarantaine de ces malades. Un certain nombre d'autres ont suivi simplement un traitement externe. Sans avoir de chiffres précis à donner, nous pensons que, sur 1,500 consultants annuels du mercredi à la Salpêtrière, il doit y avoir près de 200 cas analogues. C'est dire que ces "fausses gastropathies" constituent en somme quelque chose de très fréquent. C'est dire qu'il est important de savoir les diagnostiquer, de savoir les soigner. Ce sont ces deux points, diagnostic et traitement, que nous envisagerons dans un prochain article.



## LE TRAITEMENT PAR L'HYPERHÉMIE DE BIER

Par MAX BRENER, M. D. Buffalo N. Y.

---

C'est le mérite de Bier d'avoir déterré la vieille doctrine, perdue depuis longtemps, de l'utilité de l'hyperhémie et de lui avoir donné la place qui lui convient dans le traitement chirurgical par un emploi audacieux, c'est vrai, mais rationnel et scientifique. Bien avant Bier l'hyperhémie était employée comme méthode de traitement, et nous avons tous appliqué des cataplasmes, des ventouses, etc. Seulement nous voulions alors enlever du sang, combattre l'hyperhémie, ce qui est mal parait-il. Bier part de ce principe que la plupart des symptômes des maladies (et ici c'est la congestion qui nous occupe) ne sont pas des altérations fâcheuses des fonctions du système; que ces altérations doivent se produire dans certains cas avec la régularité d'une loi naturelle; en d'autres termes, pour lui, être malade c'est vivre de la façon la mieux adaptée à un état donné, amené par un facteur nuisible.

Ainsi par exemple l'utilité de la fièvre préconisée autrefois a été admise de nos jours. Au dix-huitième siècle Hunter disait déjà en parlant de l'inflammation " que la nature avec sagesse a pourvu le corps de moyens de défense."

On a accepté beaucoup plus facilement l'immunité acquise ou congénitale pour certaines infections et cependant ce n'est là qu'un moyen de défense de l'organisme. En se basant sur cette hypothèse et sur des observations faites au lit du malade Bier conclut que la congestion est le remède de la nature, quand les tissus doivent se régénérer ou quand l'organisme est attaqué, soit par une substance inorganique étrangère, soit par un être

organisé, comme les agents microscopiques. Malgré les nombreux moyens par lesquels on peut produire l'hyperhémie, Bier se borne à deux méthodes. Il produit la congestion active ou artérielle par les appareils à air chaud et la congestion passive ou vénéuse par la bande de caoutchouc et son appareil à ventouse. La forme mixte s'obtient par une large ventouse à suction, imitée de la ventouse de Junod, un français qui l'avait préconisée en 1834 ; on a alors sur une grande étendue une congestion intense, artérielle et vénéuse.

A cette congestion Bier attribue plusieurs effets importants. D'abord la douleur est diminuée. Chacun connaît les souffrances qu'endure le malade en proie à une arthrite gonorrhéique. Bier prétend qu'après une application de 30 à 60 minutes la douleur disparaît puis cesse tout à fait.

Une action non moins importante est l'effet bactéricide de cette congestion. Les expériences de Nodfzel sur les animaux ont prouvé ceci. Dans 51 cas sur 67 il est parvenu à injecter des doses fatales du bacille de l'antrax et des streptocoques dans des membres de lapins et à empêcher les effets de ces doses par l'application de la bande élastique sur le membre injecté. Ceci s'explique très probablement par le contact plus intime du sérum avec les bactéries. La congestion fait résoudre les inflammations, favorise la résorption des exsudats, de caillots sanguins dans les articulations, les gaines tendineuses etc. Bier compare le mode d'action de la congestion à celui d'un système d'irrigation ; si on arrête la sortie le terrain se sature d'eau ; quand tous les canaux sont remplis, le sol est gorgé et la quantité qui arrive doit s'écouler immédiatement. Le bandage ici sert à régler la sortie du sérum.

Maintenant pour ce qui regarde le traitement proprement dit on peut dire en général que les maladies infectieuses se trouvent

mieux de la congestion passive, et les maladies non infectieuses de la congestion active, mais ceci n'est pas rigoureusement vrai. La congestion passive est vraiment efficace dans la tuberculose des articulations, l'air chaud et la congestion active seraient nuisibles dans ce cas. Bier a pris la première idée de son traitement contre la tuberculose dans les observations de Fane et Travers en 1815 et de Louis en 1826, à l'effet que la sténose pulmonaire et la tuberculose coïncidaient souvent. Ces observations furent plus tard confirmées par d'autres et Frerichs put dire que la tuberculose pulmonaire était l'aboutissant des troubles de l'artère pulmonaire.

La façon la plus facile pour le praticien d'appliquer le traitement consiste dans l'usage d'une bande de caoutchouc, qu'on applique un peu serrée de façon à ce que chaque tour empiète de la moitié sur le tour précédent. La congestion doit être marquée pour être utile et le membre doit se gonfler mais il ne doit pas y avoir d'œdème, et le membre ne doit pas devenir bleuâtre.

La douleur et la presthésie doivent être évitées; les points-ronge vif que l'on trouve dans la septicémie aiguë et la froideur du membre sont des signes qui doivent faire enlever le lien le plus tôt possible. Le pouls artériel ne doit pas être arrêté, on doit toujours pouvoir le sentir facilement. Il n'est pas nécessaire de mettre la bande près de la lésion, au contraire il y a avantage à changer souvent l'endroit de son application. Exceptionnellement Bier applique la bande pendant 2 ou 3 heures chaque jour, jamais plus longtemps. S'il se forme des abcès froids dans le cours du traitement, ou si un malade porteur d'abcès froids désire se faire traiter, on ouvre les abcès par de petites incisions faites aseptiquement sous anesthésie locale, on applique une ventouse, on panse la plaie et on applique la bande au-dessus.

On peut remarquer tout de suite la différence: qu'il y a avec le traitement de Mikulicz qui prescrit de ne jamais ouvrir un abcès par une incision par crainte de l'infection mixte. Ceci n'est pas à craindre dans le traitement de Bier, la succion et la congestion passive produisent un écoulement continu de pus, de débris organiques et de sérum, et l'infection mixte ne peut se faire. On garde les ventouses dans une solution antiseptique, la plaie est tenue nette et pansée aseptiquement. On doit s'abstenir de curetter les abcès et de les drainer.

Les séquestres quelquefois doivent être enlevés; souvent cependant, s'ils sont petits, ils seront enlevés pas la ventouse, ou absorbés, ou réunis aux tissus sains.

Les contre-indications au traitement sont la dégénérescence amyloïde des reins, la tuberculose pulmonaire avancée, les grands abcès froids articulaires que l'on trouve quelquefois dans les genoux, et les positions vicieuses de l'articulation au début du traitement.

Le traitement hygiénique exempt, et ceci est un point important, de l'immobilisation de l'articulation malade, surtout dans les affections du poignet, du coude ou de l'épaule. On aura recours aux mouvements passifs et actifs après peu de temps et les malades porteurs de lésions du pied et du genou pourront marcher avec un appareil plâtré dit ambulatoire, ou avec un appareil à extension.

Voici un résumé intéressant des cas de tuberculose traités à Bone pendant 16 mois commençant le 1er avril 1903.

1° *Tuberculose du poignet.* Dix-sept cas dont quatre avec fistules ou plaies au début. Chez cinq, il y eut formation et ouverture d'abcès. Quinze guérisons avec conservation de mouvements, chez trois les mouvements sont complets, chez plusieurs de ces malades la radiographie avait révélé des changements anatomiques très marqués.

Les dix cas non guéris furent considérablement améliorés. Durée moyenne du traitement—douze mois.

2° *Tuberculose du coude.* Onze cas dont cinq avec fistules, chez huit malades, il fallut ouvrir des abcès. Huit guérisons dont deux chez des malades porteurs de fistules. La mobilité complète n'est revenue dans aucun cas, mais les mouvements avaient une amplitude suffisante. Les trois autres cas montrèrent une amélioration. Traitement moyen, neuf mois.

3° *Tuberculose du pied.* Articulation de Lisfranc, de Chopard ou de plusieurs articulations. Treize cas dont huit avec fistule. Six incisions d'abcès froids. Huit guérisons dont huit étaient des malades porteurs de fistules. Trois cas améliorés, un résultat nul. Il fallut faire l'amputation plus tard chez un de ces malades. Chez trois malades les mouvements furent parfaits, chez cinq, mobilité satisfaisante. Durée moyenne, dix mois.

4° *Tuberculose de l'épaule.* Un cas traité avec guérison parfaite.

5° *Tuberculose du genou.* Cinq cas, deux au début, un cas avec fistule. Trois furent guéris, deux avec mobilité parfaite, une légère ankylose. Les dix autres furent améliorés avec ankylose marquée

De tous ces malades, plusieurs furent renvoyés avec des résultats tellement satisfaisants que le chirurgien le plus habile n'aurait pu dire laquelle des deux articulations avait été affectée. Un résultat semblable ne peut être atteint par aucune opération chirurgicale. Par la méthode d'extension et de fixation, à laquelle on avait recours jusqu'en ces derniers temps on était heureux d'obtenir la guérison même au prix d'une ankylose totale. Bier commence les mouvements passifs peu de temps après l'application de son bandage.

Dans une autre série de malades pris suivant le hazard de la consultation du dispensaire on arrive aux résultats suivants : Guérison dans 88% des cas pour le poignet, 72% pour le coude et 61.5% pour le pied. *A suivre.*



# **Société Médicale**

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CHICOUTIMI ET LAC ST-JEAN., (suite)

---

Et que copie de cette résolution soit envoyée à tous les médecins du district et aux sociétés de secours mutuel. Adopté unanimement.

Proposé par Dr A. Bouchard, secondé par Dr Jos. Morin :  
Que les membres de la société médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean donnent leur concours et leur influence aux agents d'assurance, représentant les compagnies et les sociétés mutuelles dont le tarif est conforme aux résolutions ci-dessus, et que copie de cette résolution soit transmise aux agents et aux médecins du district.

Adopté unanimement.

Proposé par le docteur Paul Trudel, secondé par le docteur Jules Constantin,

Qu'un comité composé de M. M. les Drs. L. E. Beauchamp, Edmond Savard, A. Rivérin, A. Bouchard et Paul Trudel, soit chargé de recevoir et examiner toute plainte de la part des membres de notre association contre tout rebouteur ou charlatan et de prendre action en justice contre le dit rebouteur ou charlatan s'il y a lieu.

Adopté unanimement.

Le secrétaire est ensuite chargé de préparer un plan de la constitution et du tarif de notre Société médicale et de le soumettre à l'approbation de ses membres à la prochaine assemblée.

Comme il y a actuellement devant la Chambre des Communes un projet de loi ( Bill ), tendant à réglementer d'une manière satisfaisante la fabrication et la vente des médecines brevetées la société médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean croit de son devoir de donner son plus ferme appui au promoteur de ce projet de loi et adopte à l'unanimité la résolution suivante.

Proposé par les Drs. J. D. Warren et L. O. Gautier Secondé par les Crs. L. E. Beauchamp et J. Constantin.

1° Que la société médicale de Chicoutimi et Lac St. Jean a appris avec plaisir qu'un projet de loi est actuellement devant la Chambre des Communes qui réglemente la vente des médecines brevetées et oblige tout manufacturier de remèdes à indiquer sur les bouteilles, paquets et autres contenant des dits remèdes brevetés mis en vente, le pourcentage de chaque ingrédient composant ces dits remèdes.

2° Que la société médicale de Chicoutimi et Lac St. Jean espère que la vente de ces dits remèdes brevetés ne pourra être faite que par les pharmaciens ou par toute autre personne sur prescription d'un médecin.

3° Que copie de cette résolution soit transmise à M. Jos. Girard, notre député au parlement, le priant d'appuyer fortement le dit projet de loi et d'y faire inclure un article réservant la vente de ces remèdes comme dit plus haut.

4° Et que copies de cette résolution soient également transmises aux secrétaires des autres sociétés médicales, avec prière de le communiquer immédiatement à leurs sociétés respectives.

Adopté à l'unanimité.

La société médicale ayant appris que le feu avait dernièrement détruit de fond en comble la magnifique résidence de M. le docteur Beauchamp.

Il est proposé par le Dr. J. Constantin, secondé par le Dr. A. Riverin.



Que la société médicale de Chicoutimi et Lac St. Jean a appris avec peine qu'un incendie avait détruit complètement la magnifique résidence de notre confrère aimé, M. le docteur Beauchamp.

2<sup>c</sup> Qu'elle offre ses plus sincères sympathies à M. le Dr. et Mde. Beauchamp dans le grand malheur qui vient de fondre sur eux, espérant que la Providence saura leur rendre en succès ce qu'ils viennent de perdre par le feu.

3<sup>o</sup> Que copie de cette résolution soit transmise à la famille de M. le Dr. Beauchamp.

Adopté unanimement.

M. le Dr. Jules Constantin présente à la société médicale un très intéressant travail sur la mort apparente et la mort réelle.

La décomposition ou putréfaction cadavérique étant le seul signe absolument certain de la mort, et survenant longtemps après la mort apparente, rien alors ne nous empêche de croire, nous dit le savant conférencier, que dans bien des cas la vie persiste souvent plusieurs heures après la mort apparente.

La physiologie semble approuver cet énoncé, plusieurs médecins de renom le reconnaissent, et nombre de savants théologiens y croient.

Alors dans le doute, pourquoi ne pas administrer les sacrements de baptême ou de pénitence et l'extrême onction suivant qu'on a devant nous un fœtus à qui il ne manque que le mouvement pour nous faire croire qu'il a la vie, ou une personne sans connaissance et inerte, qui, une heure auparavant, conversait encore avec les siens.

Ecrit en style sobre et clair, pensées profondes et bien exprimées, le travail de M. le Dr. Constantin mérite nos plus sincères félicitations et la société médicale les lui offre franchement

M. le docteur J. Constantin propose, secondé par le docteur Frs Plourde.

Que des remerciements soient votés aux médecins de Chicoutimi pour la magnifique réception qu'ils ont faite à leurs confrères. Adopté

La séance est levée et chacun se dit au revoir en juillet prochain et à St. Félicien chez M. le président.

# Collège des Médecins et Chirurgiens

DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

## Bureau Provincial de Médecine

EXAMEN PRÉLIMINAIRE.

L'examen pour l'admission à l'Étude de la Médecine et de la Chirurgie, commencera MARDI, le 6 JUIN prochain, à Montréal, à 9 hrs. A. M., dans les salles de l'Université Laval, rue St-Denis.

Les certificats de bonne conduite ainsi que l'honoraire de l'examen, \$20, doivent être remis au moins dix jours d'avance entre les mains de l'un des secrétaires soussignés.

Une carte d'identité du candidat certifiée par le Directeur de son collège ou autre institution enseignante, sera exigée avant l'examen.

Cette carte peut être obtenue de l'un des secrétaires.

P. V. FAUCHER, M. D. Québec.

J. A. MACDONALD, M. D., Montréal.

29 Mai 1906.

Secrétaires.

# Collège des Médecins et Chirurgiens

DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

## Bureau Provincial de Médecine

EXAMEN PROFESSIONNEL ET LICENCE.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine, aura lieu MERCREDI, le 4 JUILLET prochain à Montréal, dans les Salles de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, rue St-Denis, à 10 hrs. A. M.

Les Candidats à l'Examen Professionnel, ou à la licence doivent remettre l'honoraire, \$40, entre les mains de l'un des secrétaires soussignés, au moins dix jours d'avance.

Le comité des créances s'assemblera MARDI, le 3 JUILLET prochain, à 9 A. M. les candidats doivent se présenter avec leurs diplômes et certificats d'admission à l'étude. Après cette date, aucun candidat ne sera admis.

Le Comité d'Examen Professionnel, se réunira MARDI, le 3 JUILLET prochain, A. M.

Des Bacheliers ès-Arts, ès-Sciences et ès-Lettres qui se proposent d'étudier la médecine pourront avoir leur brevet sans examen, en se faisant assermenter sur leurs diplômes respectifs, par l'un des Secrétaires, au moins huit jours d'avance, ou bien à leur choix, ils pourront prêter serment devant un juge Paix ou un commissaire de la Cour Supérieure résidant dans leur localité d'après une formule d'affidavit qu'ils pourront se procurer chez l'un des Secrétaires.

Ils devront ensuite adresser le dit affidavit avec leur diplôme, leur certificat de bonnes mœurs et leur honoraire à l'un des Secrétaires, au moins dix jours avant la date de l'assemblée du Bureau.

Tels certificats et diplômes seront renvoyé à leurs propriétaires, aussitôt leur authenticité reconnue.

P. V. FAUCHER, M. D. Québec.

J. A. MACDONALD, M. D. Montréal.

29 Mai 1906.

Secrétaires.

# Formulaire du Praticien.

## MIXTURES ANTI-ODONTALGIQUES.

Un malade souffre d'une dent cariée ; quel traitement local employer ? Les formules abondent. Introduire dans la cavité des caries dentaires un petit tampon de coton imbibé du mélange :

Teinture de benjoin.....	4 grammes
Laudanum de Sydenham....	} 2 —
Chloroforme .....	
Créosote pure.....	

Ou bien :

Teinture de benjoin.....	4 grammes
— thébaïque .....	} 2 —
Alcoolature de racines d'aconit	

Ou bien :

Essence de térébenthine....	30 grammes
Camphre .....	8 —

(PHARMAC. ANGLAISE).

Les préparations où entre l'acide phénique sont actives. M. Quincerot (*Théra. dent. spéc.*, Vigot frères, 1905, p. 224), conseille la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine..	} 0 gr. 02
Cocaïne .....	

Ajouter quelques gouttes d'une solution alcoolique très concentrée d'acide phénique cristallisé :

Acide phénique..... 0 gr. 50  
 Alcool à 90°..... quelques gouttes  
 faire entrer en déliquescence.

On peut adjoindre quelques gouttes d'essence de girofle. Recouvrir le pansement actif d'une boulette occlusive de collodion. Le tampon d'otate peut être directement saturé d'acide phénique pur et plongé dans des cristaux de chlorhydrate de cocaïne avant d'être introduit dans la partie cariée. Il convient d'exprimer dans du coton sec la boulette saturée d'acide phénique, de façon à empêcher l'excès du liquide de se déverser sur la gencive et de la brûler.

La préparation suivante est également efficace.

Ether sulfurique..... 6 grammes  
 Laudanum de Sydenham.. } 4 —  
 Baume du Commandeur ... }  
 Huile de girofle..... XX gouttes

Dans maintes circonstances, l'éther pur est employé par les malades, qui déclarent s'en trouver satisfaits.

Si la gencive est particulièrement douloureuse, on calmera à l'aide de frictions sur la gencive à l'aide du mélange :

Teinture d'iode.. ..... 4 grammes  
 — d'aconit..... } 2 —  
 Gaïacol .....

(DAUCHEZ).

Des tampons de coton hydrophile trempés dans l'eau bouillie chaude et appliqués sur la gencive à tout instant, amèneront également du soulagement. Dans le peuple, on emploie en applications locales la moitié d'une figue bouillie dans l'eau ; c'est un cataplasme gingival qui calme assez bien.



## MEMENTOS DE MEDECINE PRATIQUE

---

### Le traitement des otites moyennes suppurées

Bien que fréquemment reproduit dans ce journal, le traitement des otites moyennes suppurées intéresse le praticien par la fréquence journalière de cette complication.

M. le Dr Pierre Cauzard (*La Pédiatrie pratique*, 15 décembre 1905), recommande la conduite qui suit :

OTITES SUPPURÉES NON OUVERTE — a) *Tympan rouge, sans être bombé, saillant.*— Localement, le traitement sera à la fois résolutif, calmant et antiseptique. Il consistera non en lavages, mais en *bains d'oreille*, renouvelés très souvent. Ces bains sont chauds, aussi chauds que possible, la chaleur étant sédative. C'est ainsi qu'on versera dans l'oreille une petite cuillerée à café d'une des solutions :

Liqueur de Van Swieten . . . . . } 25 grammes  
Glycérine neutre à 30e . . . . . }

Ou.

Alcool à 90° . . . . . } 20 grammes  
Glycérine . . . . . }

Ou :

Phénolsalyl . . . . . 2 grammes  
Alcool à 90° . . . . . 10 —  
Glycérine à 30° . . . . . 20 —

Ou :

Eau distillée . . . . . 40 grammes  
Acide phénique . . . . . }  
Stovaine ou chlorh. de cocaïne } 0 gr. 50

Chauffer la cuiller au-dessus d'une flamme d'alcool ou de bougie ; Le liquide sera gardé dans l'oreille le plus longtemps possible, le malade étant au lit ou assis, la tête penchée du côté opposé sur l'oreiller ou une table. Le conduit de l'oreille est obturé avec un tampon de coton ordinaire non hydrophile, flambé légèrement.

Des compresses d'eau bouillie chaude, arrosées d'alcool boriqué saturé, seront maintenues sur la région auriculaire si les douleurs sont violentes.

L'antisepsie nasale sera concurremment mise en oeuvre. On connaît les huiles mentholées (1/100,) gomenolées (5/50,) résorcinéées (1/50), employées à cet effet. Ces huiles doivent être préparées à l'aide d'huile d'olive stérilisée, et utilisées matin et soir à l'aide d'un compte-gouttes (20 à 40 gouttes chaque fois), ou d'une cuiller à café. L'hygiène de la bouche sera faite par des gargarismes fréquents :

Borate de soude..... } 8 grammes  
 Chlorure de sodium..... }

P. 1 litre d'eau bouillie.

Ou :

Eau oxygénée à 12 vol.....200 grammes

Une cuillerée à bouche dans 1/2 verre d'eau bouillie salée (8 gr. par litre).

Ou :

Phénolsalyl ..... ..

Une cuillerée à café dans 1/4 de litre d'eau.

En cas d'état saburral, purgatif léger.

b) *Le tympan rouge et très tombé semble prêt à éclater.*—Il faut pratiquer la paracentèse d'urgence : l'incision sera faite largement, dans la moitié inférieure du tympan, soit en avant, soit en arrière, et toujours de bas en haut. Avant cette intervention, insensibiliser la membrane avec le mélange de Bonain :

Menthol .....	} 1 gramme
Chlorhydrate de cocaïne.....	
Acide phénique.....	

M. Cauzard préfère la formule suivante, moins caustique :

Menthol ..	} 1 gramme
Chlorhydrate de cocaïne.....	
Chloral.....	

Parfois, l'anesthésie générale est utile chez les malades in dociles.

**TRAITEMENT DES OTITES SUPPURÉES OUVERTES.**— Après la paracentèse, pansement du conduit avec de petites mèches de gaze ou de coton stérilisé et antiseptique. Renouveler le pansement deux à trois fois par jour. Il est préférable de ne pas faire à ce moment un lavage d'oreille, toujours difficile à pratiquer d'une manière aseptique. Si l'odeur ou l'abondance de l'écoulement rendent les lavages nécessaires, user d'une seringue stérilisable.

Les solutions alcalines ou antiseptiques. Les solutions alcalines stérilisées, non antiseptiques, grissent mécaniquement et facilitent la phagocytose

Sérum ordinaire (eau salée à 80/100). *Solution :*

Sulfate de soude.....	} 8 grammes
Chlorure de sodium.....	
Eau bouillie.....	1.000 —

Ou :

Borate de soude.....	} 8 grammes
Chlorure de sodium.....	
Eau bouillie.....	1.000 —

Les solutions antiseptiques comprennent le sublimé à 1/1000, l'acide phénique à 10/1000, le formol à 1/1000, etc.

On peut associer la substance antiseptique aux solutions alcalines.

Le lavage fait, le conduit de l'oreille sera vidé de l'eau du lavage, asséché avec du coton hydrophile et on y fera une instillation :

Acide phénique . . . . . 1 gr. 50  
Glycérine neutre . . . . . 30 grammes

Ou :

Eau oxygénée à 12 volumes, ou boriquée . . 50 grammes.

Si la suppuration est peu abondante, sans faire de lavages, on peut prescrire des bains d'oreille. L'eau oxygénée est une des meilleures substances à employer. Elle amène à la surface du conduit toutes les matières muco-purulentes du fond. Boucher ensuite le conduit avec une mèche de gaze ou de coton hydrophile stérilisés.

Quand la suppuration commence à diminuer, restreindre le nombre des lavages : un par jour, puis un tous les deux jours. Les instillations seront continuées, mais les formules seront modifiées.

Acide borique . . . . . q. s. p. saturer  
Alcool à 90° . . . . . 50 grammes

Ou :

Protargol . . . . . 1 gramme  
Eau distillée . . . . . 10 à 20 —

Ou :

Nitrate d'argent . . . . . 1 gramme  
Eau distillée . . . . . 20 —

3 à 6 gouttes seulement.

Plus tard, on supprimera lavages et instillations, et l'on prescrira des insufflations de poudre.

Acide borique porphyrisé . . 20 grammes.

Ou :

Acide borique porphyrisé . . . 15 grammes  
Salol pulvérisé . . . . . 5 —



Pour enlever ces poudres, s'il est nécessaire, on emploiera les bains d'alcool à 90°, qui dissout aussi bien l'acide borique que le salol.

Dans les cas d'*otite suppurée chronique*, on prescrira lavages, instillations, insufflations de poudre, comme ci-dessus. Seulement, si la perforation du tympan est petite ou située en haut, une parenthèse devra être faite largement, au point décline.



## A VENDRE

Un matériel de salle d'opération, comprenant: stérilisateur (Autoclave), table d'opération, boîtes, cuvettes, etc., etc., le tout en parfait ordre.

Pour conditions s'adresser à

**DR. R. PAQUIN**

Rue St-Jean, Québec.