pôle négatif est douloureuse et peut amener des hémorrhagies (1).

Depuis, Bacchi (*a*) s'est efforcé de démontrer, par des expériences nombreuses sur les animaux, que les dangers du pôle négatif étaient illusoires; il a surtout insisté sur ce point, que la quantité de gaz dégagée dans la tumeur ne peut avoir aucune conséquence grave.

Mais, un de mes élèves, le docteur Robin (2), qui a fait un travail fort complet sur le traitement des anévrysmes par l'électrolyse, a repris ces expériences, et, pour lui, l'application du pôle négatif dans l'anévrysme ne peut avoir que des inconvénients.

(1) Chez un chien, auquel on avait pratiqué l'électrolyse négative au niveau de la carotide droite, et qui était mort, cinq jours après, d'une hémorrhagie, l'autopsie fit voir nettement l'existence d'une perforation elliptique de 1 millimètre et demi de haut sur 1 millimètre de large, à bords festonnés, amincis, jaunâtres, sur l'artère carotide droite, au point d'implantation de l'aiguille communiquant avec le pôle négatif de la pile.

Sur un autre chien, Teissier fils a constaté aussi le début de ce travail d'ulcération. Quarante heures après l'électropuncture, on a ouvert l'artère fémorale droite entre deux ligatures. On a trouvé la paroi interne de l'artère profondément entamée dans une étendue de 4 millimètres tout autour du point de pénétration de l'aiguille correspondant au pôle négatif (*b*).

(2) L. Robin résume de la façon suivante une série de recherches entreprises au laboratoire de physiologie de la Sorbonne :

1° La coagulation des matières albuminoïdes se fait au pôle positif :

2° Les raisons qui doivent jusqu'ici faire repousser l'introduction du pôle négatif dans un sac anévrysmal, même avec les modifications proposées par Ciniselli, sont :

*a*. La moindre résistance du caillot; l'emprisonnement de molécules d'hydrogène dans le coagulum formé, amenant consécutivement sa dissociation et sa désagrégation partielle ;

*b*. La distension quelquefois très considérable de la poche par le gaz hydrogène;

*c*. Les hémorrhagies en nappe : l'inflammation et la formation de petits abcès aux points d'introduction des aiguilles; la suppuration et le sphacèle de la paroi artérielle, la production d'anévrysmes diffus dans les tissus voisins (*c*).

(*a*) Bacchi, *Revue critique sur le traitement des anévrysmes de l'aorte* (*Bull. de thérap.*, t. XCV, 1878).

(*b*) L.-J. Teissier, *De la valeur thérapeutique des courants continus*. Paris, 1878.

(*c*) Robin, *Sur le traitement des anévrysmes par l'électrolyse*. Thèse de Paris, 1879.



En Angleterre, dans une récente discussion qui a eu lieu à la Société de médecine de Glasgow (1), nous voyons la

(1) Voici en résumé les deux importantes communications d'Anderson et de Duncan à la séance du 11 mai 1879 de la Société pathologique et clinique de Glasgow; elles donnent une idée fort exacte de la pratique de l'électrolyse en Angleterre.

Anderson rapporte deux cas d'anévrysme thoracique dans lesquels, après l'insuccès des moyens ordinaires, entre autres de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme trois fois par jour pendant cinq ou six mois, il eut recours à l'électrolyse.

Le premier cas a déjà été publié. Il s'agit d'une femme qui a été assez soulagée pour pouvoir se livrer, pendant plus d'une année après sa sortie de l'hôpital, à un travail très rude; mais elle ne prenait aucune précaution et mourut par suite de la rupture de l'anévrysme dans la plèvre. La pièce présentée à la Société, dans la séance du 20 janvier 1874, démontra que la consolidation de l'anévrysme était complète.

Le second cas se trouve rapporté avec détails dans le *Glasgow Medical Journal* d'avril 1859, p. 298. Homme de cinquante-deux ans, admis à l'hôpital le 16 avril 1877, pour un anévrysme volumineux de l'aorte, dont il souffre considérablement depuis huit mois. A l'inspection de la poitrine, on trouvait une matité marquée et des pulsations visibles à la partie supérieure de la région précordiale, le centre des pulsations étant dans le troisième espace intercostal, près du sternum. A l'auscultation, on percevait un murmure systolique doux. On sentait le choc de la pointe du cœur dans le sixième espace intercostal, à deux pouces à gauche du mamelon; il y avait aussi de légers battements à l'épigastre. Les deux pouls étaient égaux.

Le 18 avril 1877, on commença le traitement par l'iodure de potassium; on en donna 1 gramme trois fois par jour, et le 29 avril on porta la dose à 1gr,50; repos absolu et régime modéré. On continua ainsi jusque vers le milieu du mois d'août; alors on ajouta 10 gouttes de teinture de *veratrum viride*. Le malade éprouva une certaine amélioration jusqu'en septembre, mais le 12 de ce mois, il remarqua une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit; la pupille était dilatée et paresseuse; il ressentait une espèce de constriction à la base de la langue. Le 20 septembre, douleurs dans les bras; battements plus marqués de la tumeur.

A partir de cette époque, l'état du malade devint de plus en plus mauvais. Vers le milieu d'octobre, la tumeur était très proéminente et molle, presque fluctuante même, et les parois de l'anévrysme étaient très minces.

Le 26 octobre on cessa l'iodure de potassium et le *veratrum viride*, et on donna à la place 14 gouttes de teinture de digitale toutes les quatre heures, mais on dut y renoncer le 10 novembre à cause du malaise qu'elle produisit.

Ces différents traitements s'étant montrés inefficaces, Anderson pratiqua la galvanopuncture le 3 décembre. Avant l'opération, la tumeur avait environ 4 pouces de diamètre, et faisait une saillie d'environ 1 pouce un quart au-dessus des parties environnantes. Les battements étaient très marqués. La pointe du cœur

même incertitude exister au point de vue de l'application de ces courants, et, tandis qu'Anderson n'emploie que le

était alors à 3 pouces et demi à gauche du mamelon; le pouls radial gauche était plus faible que le droit, et l'air entrait moins librement dans le poumon gauche que dans le droit.

L'opération dura une heure; l'aiguille réunie au pôle positif fut introduite dans le troisième espace intercostal gauche; quatre éléments furent employés pendant la première demi-heure, et six pendant la seconde. En enlevant l'aiguille, il sortit par la piqûre un sang noir; on fit la compression avec le doigt, mais le sang continua à s'épancher dans les tissus voisins d'une manière inquiétante, et le malade se plaignit d'une grande douleur dans le dos. On arrêta bientôt l'hémorrhagie par l'application du froid et une forte compression avec le doigt, et, pendant la journée, on maintint une compression modérée au moyen d'un sachet de sable. Le 7 décembre la tuméfaction causée par l'infiltration du sang avait beaucoup diminué et la douleur avait entièrement disparu. Le 8 décembre on prescrivit 15 gouttes de *veratrum viride*. L'amélioration continua, et le 7 février 1878 le patient quitta l'hôpital, neuf mois après son entrée et deux mois après l'opération. La tumeur était beaucoup plus petite et plus dure, les battements beaucoup moins marqués et la douleur nulle. Depuis qu'il a quitté l'hôpital, il n'a pas travaillé, mais s'est livré à un exercice régulier, parcourant quelquefois jusqu'à 10 milles à pied dans la journée. Toutefois l'amélioration a été constamment en progressant, et lorsque le malade revient à l'hôpital (5 mars 1879), bien qu'il y eût encore quelques battements et un léger murmure systolique, la matité est à peine sensible au niveau de l'anévrysme. L'état général du malade est entièrement satisfaisant, et lui-même disait qu'il était aussi bien que s'il n'avait rien.

Anderson employa la pile à courant continu et à grands éléments de Stöhrer, en ajoutant à la charge de chaque élément 4 grammes d'une solution d'acide chromique, de couleur vineuse, comme le recommande Althaus, pour augmenter les effets chimiques. Les aiguilles furent isolées jusqu'à un demi-pouce de leurs pointes par une couche de vulcanite; les aiguilles doivent être très aiguës, avec des pointes anguleuses, et il faut prendre bien garde qu'il n'y ait aucune inégalité à l'endroit où commence l'enduit isolant.

Anderson préfère le pôle positif, parce que le caillot est plus solide que celui qui se forme au pôle négatif. Dans chaque cas, immédiatement avant l'opération, il a essayé la pile sur du blanc d'œuf. Il peut survenir des accidents quand on se sert d'un courant trop intense, ou qu'on le fait durer trop longtemps. Il a employé en général de quatre à huit éléments, et il n'a jamais prolongé l'opération plus d'une heure; mais il n'y a pas de règle absolue à ce sujet. Il ne faut pas trop tenir compte du résultat immédiat, qui, au lieu d'être bon, peut être quelquefois mauvais pendant les premiers jours. Ce traitement n'est applicable que dans la minorité des cas. Lorsque l'anévrysme est situé très haut, ou qu'il comprend quelques-uns des gros vaisseaux, Anderson n'est pas bien sûr qu'on ne doive pas préférer la ligature périphérique.



courant positif, Duncan, au contraire, se sert du pôle positif et du pôle négatif. Il soutient que, lorsque l'on veut rem-

John Duncan (d'Édimbourg) dit que le seul traitement de l'anévrysme interne est l'électrolyse. Au cas relaté par Mac Call Anderson, il peut ajouter ceux de Cliffort Allbutt (de Leeds), de Simpson (de Manchester), de Holmes, Marcus Beck, Ciniselli, Benedict, etc.

Relativement à l'électrolyse, on peut se demander dans quel cas et de quelle manière on doit l'employer. Duncan l'a utilisée dans trois sortes de cas.

La première classe comprend ceux dans lesquels la mort par hémorrhagie externe était imminente; la peau était sphacélée, parfois dans l'étendue d'une pièce de deux sous. Ces cas, qui sont certainement les plus défavorables, étaient au nombre de cinq.

Dans le premier, il y avait une énorme tumeur extrathoracique qui avait saigné abondamment une heure avant l'opération. Il y eut un arrêt de l'hémorrhagie, mais la mort survint par épuisement au bout de dix jours. Dans le second, il y eut production abondante de gaz et légère hémorrhagie de la partie gangréneuse pendant l'opération. Le résultat fut une disparition presque complète de la tumeur. Le malade survécut cinq mois et mourut d'érysipèle et d'empyème. Dans le troisième cas, la mort survint la seconde nuit après l'opération, d'une hémorrhagie externe subite par le point gangréneux. Dans le quatrième, il y eut deux séances, qui produisirent une cessation complète des battements et une grande diminution du volume de la tumeur. La mort eut lieu cinq semaines après par rupture dans le péricarde. Dans le cinquième cas, on ne fit qu'une seule séance d'électrolyse. La portion sphacélée de la peau se sépara, l'orifice était fermé par un caillot solide; mais il se forma en ce point un abcès dans les parois de l'anévrysme, et la mort survint par hémorrhagie vingt et un jours après. On trouva un très gros caillot dans la tumeur.

La seconde classe comprend les cas dans lesquels il y avait une tumeur extrathoracique d'un certain volume, progressant en dépit du traitement par la méthode de Tufnell et par l'iodure de potassium, et dans lesquels, par conséquent, il y avait menace de mort par hémorrhagie externe. Duncan a traité six de ces cas par l'électrolyse.

Dans le premier cas, tumeur très volumineuse; après la première séance, durcissement et réduction de la tumeur; résultat stationnaire au bout d'une quinzaine de jours; nouvelle amélioration après la seconde séance, mais, cinq jours après, rupture dans la plèvre : mort.

Dans le deuxième cas, tumeur externe du volume d'une orange, à marche très rapide. Trois séances; amélioration légère et temporaire après chacune d'elles, mais mort par pression intrathoracique.

Troisième cas : trois séances, amélioration marquée après chacune d'elles; le malade fut perdu de vue pendant plusieurs mois, la tumeur augmenta; mort survenue par hémorrhagie externe.

Dans le quatrième cas, tumeur volumineuse; diminution considérable et progressive pendant cinq semaines, avec soulagement de la douleur. Le

plir rapidement la poche de caillots, il est absolument nécessaire d'user des deux courants.

Quant à moi, je maintiens jusqu'à nouvel ordre mon opinion, et les tentatives que j'ai vu faire ou que j'ai faites moi-même de l'application du courant négatif dans la tumeur ne m'ont pas encouragé à adopter la pratique de Ciniselli, et je vous conseille de n'user que du courant positif pour la cure des anévrysmes.

malade rentra alors chez lui et on n'en eut plus de nouvelles.

Dans le cinquième cas, tumeur du volume d'une demi-orange, à marche lente; après la première séance, diminution de volume, qui continue sous l'influence de l'iodure de potassium. Après six mois de ce traitement, le fils du malade apprit au médecin qu'il n'y avait plus de tumeur, et que son père allait bien.

Dans le sixième cas, tumeur petite; deux séances; au bout de sept semaines, la tumeur était presque de niveau avec la paroi thoracique; huit mois après, mort subite, mais pas d'hémorrhagie externe.

La troisième classe comprend les cas dans lesquels il existait une tumeur intrathoracique ayant résisté à l'action des autres moyens. Duncan a opéré dans deux de ces cas. Dans le premier, on sentait la tumeur dans la fosse jugulaire ; le *manubrium sterni* était en partie résorbé ; dyspnée considérable. Amélioration immédiate et progressive après l'opération; la malade, blanchisseuse et buveuse, reprit son métier et son vice; le mal récidiva, et la mort survint quelques mois après. Dans le second cas, il y avait une légère saillie dans le second espace intercostal droit; l'amélioration fut marquée après l'opération; mais le malade quitta l'hôpital avant la seconde séance.

Le choix du pôle à employer dépend du but que l'on propose. Par exemple, lorsqu'on s'efforce de prévenir une hémorrhagie externe, on a en vue de remplir le sac aussi complètement que possible; alors il faut introduire les deux aiguilles, se servir de deux pôles. On peut toutefois n'en employer qu'un seul s'il n'y a pas urgence. Dans les tumeurs intrathoraciques, Duncan est porté à croire qu'il vaut mieux employer le pôle positif, dans le but non de produire une grande quantité d'action électrolytique, mais de former un petit caillot, autour duquel la fibrine peut se déposer en couches successives. Le caillot du pôle négatif est si extrêmement mou, qu'il convient beaucoup moins dans ce cas. La durée des séances dépend aussi de leur objet immédiat. Si l'on veut remplir le sac, il faut y consacrer une, deux et deux heures et demie. Si l'on se propose de former un petit caillot comme noyau, environ vingt à vingt-cinq minutes suffiront. Le genre de pile ne paraît pas avoir une grande importance; mais il est essentiel, quelle que soit la pile employée, de l'essayer avec le blanc d'œuf avant l'opération (*a*).

(*a*) *The British Med. Journal*, 5 avril 1879.



Enfin, n'oubliez pas que, si dès la première application de l'électrolyse on obtient une amélioration très notable, si les battements diminuent d'intensité, si les douleurs pulsatives et de voisinage s'atténuent, si la tumeur décroît, cela ne suffit pas, et qu'il faut, pour produire dans la poche une coagulation complète et durable, recourir à de nouvelles applications de l'électricité. Il est nécessaire que ces séances ne soient pas trop rapprochées, on remarque le plus souvent, en effet, que l'amélioration n'est pas toujours immédiate: il arrive souvent que le lendemain de l'électrolyse la tumeur paraît prendre un développement plus considérable, puis les jours suivants ce gonflement cesse, la tumeur décroît et l'amélioration va en progressant.

Ceci est en rapport avec le résultat des expériences, qui nous montrent que, chez les animaux auxquels on pratique l'électrolyse dans les artères, l'oblitération ne se produit pas immédiatement après le passage du courant électrique, mais le lendemain ou le surlendemain de l'opération; on comprend aussi que, la première coagulation une fois obtenue, le caillot serve de noyau à des couches nouvelles de fibrine qui en augmentent l'épaisseur. Il faut donc attendre que l'amélioration ne fasse plus de progrès et que l'état reste stationnaire pour pratiquer une nouvelle application d'électropuncture, et cela a lieu le plus ordinairement au bout de trois ou quatre semaines.

Vous pouvez ainsi, en les espaçant, faire cinq, six séances d'électrolyse, et même davantage, si cela est nécessaire. Il est encore une autre raison qui doit vous faire espacer les séances d'électropuncture, c'est l'inflammation de la poche déterminée par le passage du courant; si vous opérez, en effet, lorsque la poche est douloureuse et enflammée, la douleur est alors si vive que le malade ne peut supporter l'opération. Attendez donc, pour faire une nouvelle électro-

puncture, que la tumeur soit peu ou pas douloureuse à la pression.

Après chaque opération, j'appliquais de la glace sur la tumeur; j'ai abandonné depuis cette pratique, comme plus défavorable que favorable, et je réserve l'usage des réfrigérants aux cas où, l'inflammation déterminée par le passage du courant étant trop vive, il faut en atténuer les effets.

Je n'ai jamais observé aucun accident pendant mes opérations d'électrolyse. Le plus souvent il ne se fait aucune hémorrhagie à la suite des piqûres, et lorsqu'un écoulement a lieu, il est tellement faible, qu'une légère compression avec le doigt et l'application de collodion ont toujours arrêté cet écoulement sanguin.

La douleur que détermine le passage du courant dans la tumeur est quelquefois assez vive; les malades courageux la supportent cependant bien; elle consiste le plus souvent en une sensation de tension dans l'intérieur de la poche; dans d'autres cas, elle est comparable à celle que déterminent certaines attaques d'angine cardiaque, c'est-à-dire que le malade éprouve une sensation pénible de serrement et de poids dans la tumeur, et il est probable que ce phénomène douloureux résulte de l'électrisation de quelque rameau du plexus cardiaque ou pulmonaire. Dans un cas même, et chez un malade que j'ai vu avec les docteurs Peter et Delpeuch, le passage du courant a déterminé une syncope grave qui a dû faire renoncer à l'électropuncture.

Reste une dernière question que je ne fais qu'effleurer ici : c'est l'action de l'électricité dans la cure de l'anévrysme. L'électricité, par sa présence, détermine-t-elle directement la coagulation, ou, au contraire, n'est-elle que le point de départ d'une inflammation qui produit à son tour cette coagulation? Je suis convaincu que c'est surtout en enflammant la poche



que l'électricité amène la cure de l'anévrysme de l'aorte. J'ai, pour baser cette opinion, d'abord le résultat des autopsies, qui montrent toujours des caillots adhérents au point où les aiguilles ont pénétré, puis la marche des phénomènes d'amélioration qui se produisent graduellement quelques jours après le passage du courant, et surtout mes dernières opérations, qui ont porté cette fois sur des anévrysmes du tronc brachio-céphalique.

Si l'électricité agissait en amenant immédiatement la coagulation autour des aiguilles, des embolies n'auraient pas manqué de se produire dans ces cas; et jamais, dans les deux faits d'anévrysme du tronc brachio-céphalique, il ne s'est produit un accident de cette nature. Dans l'une des observations, il s'agissait d'un de nos confrères, porteur d'un anévrysme de l'aorte et du tronc brachio-céphalique, amenant chez lui une gêne considérable dans la respiration, à cause de la compression de la trachée et de celle des récurrents. L'électropuncture, répétée plusieurs fois, amena le durcissement de la tumeur anévrysmale du cou et un notable soulagement, mais cependant ne put s'opposer à la rupture du sac dans la trachée, qui se produisit trois mois après le début du traitement par l'électricité.

Dans l'autre cas, il s'agit d'une femme que mon maître, Moutard-Martin, a bien voulu soumettre à mon examen et qui était placée dans son service à l'Hôtel-Dieu. Cette malade avait un anévrysme du tronc brachio-céphalique et, dès les premières séances, nous avons pu faire cesser la toux et diminuer le volume de la tumeur, sans produire aucun accident.

Aussi, en généralisant les faits, j'en suis arrivé à croire que la guérison d'une poche anévrysmale de l'aorte ne peut se produire qu'avec l'inflammation de cette poche et que la glace, comme l'électropuncture, n'amène la guérison qu'à

la condition de déterminer une endartérite curative (1).

Telles sont, messieurs, les considérations que j'ai voulu vous exposer à propos de l'électrolyse affectée à la cure des anévrysmes. J'espère avoir démontré que cette opération, qui paraît hardie, difficile à exécuter, est des plus simples et des plus faciles, et qu'une fois le diagnostic posé et établi, on peut sans danger, et j'insiste sur ce mot, sans danger, recourir à l'application de ce moyen. Je crois que la multiplicité des faits d'électrolyse fera que cette méthode se généralisera de plus en plus et prendra rang, le premier même, dans le traitement des anévrysmes de l'aorte.

Maintenant, quel résultat pouvez-vous attendre de cette méthode ? La guérison complète ? Ce sera là toujours un fait exceptionnel; même en admettant la coagulation complète de la poche, nous aurions là une tumeur solide qui gênerait la circulation. Cette coagulation complète est d'ailleurs fort difficile à obtenir ; si nous pouvions pénétrer sur tous les points de la poche anévrysmale, nous déterminerions, en effet, une enveloppe protectrice de caillots qui, tapissant complètement la poche, mettrait le malade à l'abri des ruptures. Malheureusement, il n'en est point ainsi, puisque nous sommes forcés de traverser la poche dans les points où elle vient se mettre en contact avec la peau, laissant souvent en dehors de l'action de l'électricité les points les plus menacés de rupture.

(1) Constantin Paul, persuadé, comme le croit Dujardin-Beaumetz, que l'électricité ne produit la guérison des anévrysmes qu'en y déterminant une inflammation plus ou moins vive, a proposé d'obtenir cette inflammation par la simple piqûre de la poche ; il conseille donc l'acupuncture : il a pratiqué cette acupuncture en suivant la méthode japonaise et a obtenu chez un malade, âgé de quarante ans, porteur d'un anévrysme de l'aorte, une amélioration caractérisée par la diminution des battements et de la douleur (*a*).

(*a*) *Société de thérapeutique*, séance du 12 mars 1879 ; *Bull. de thérap. méd.*, 1879, t. XCVI, p. 333.



Malgré ces mauvaises conditions, toujours l'amélioration s'est produite après l'application de l'électropuncture, les douleurs ont diminué ; les battements se sont apaisés et si l'on compare l'innocuité de l'opération d'une part, et le soulagement qu'elle produit d'autre part, il n'y a pas à hésiter un seul instant : il faut pratiquer l'électropuncture, tout en considérant la guérison complète et durable comme un fait exceptionnel.

D'ailleurs, c'est la seule méthode à employer, et notre pauvreté, en pareil cas, doit nous rendre moins exigeants pour les résultats.

Depuis que j'ai fait ces premières tentatives de l'application de l'électrolyse à la cure des anévrysmes, c'est-à-dire depuis près de dix ans, les faits qui s'étaient d'abord multipliés dans les premières années de mon expérimentation, comme cela a toujours lieu, lorsqu'il est question d'une nouvelle application thérapeutique, sont devenus de plus en plus rares, non pas que l'opération fût mauvaise en elle-même, mais parce que les bénéfices en sont en réalité très faibles. L'électrolyse en effet soulage les malades atteints d'anévrysmes de l'aorte, elle les améliore souvent, mais quant à la guérison, nous n'en possédons aucun exemple et, dans bien des cas, la médication iodurée surtout, appliquée au début de l'affection nous donne des résultats plus avantageux. Ceci nous explique donc pourquoi, en France du moins, nos prévisions ne se sont pas réalisées et pourquoi l'électrolyse reste un fait exceptionnel dans le traitement des anévrysmes de l'aorte.

C'est ici, messieurs, que se terminent les considérations de clinique thérapeutique que je voulais vous faire sur les maladies du cœur et de l'aorte.

Dans de prochaines leçons j'aborderai l'étude du traitement des maladies de l'estomac ; maladies chroniques

aussi, elles réclament, comme les précédentes, un traitement souvent fort complexe, et leur étude vous montrera l'importance et l'utilité d'une thérapeutique bien comprise et bien dirigée.

# TRAITEMENT

DES

# MALADIES DE L'ESTOMAC

## PREMIÈRE LEÇON

### DES PRINCIPES ALIMENTAIRES PRIMORDIAUX.

SOMMAIRE. — Des maladies de l'estomac. — Thérapeutique générale des maladies de l'estomac. — De l'hygiène thérapeutique. — De l'étiologie thérapeutique. — Divisions. — Des ingesta. — De l'aliment et de l'alimentation. Définition de l'aliment. — De la nutritibilité et de la digestibilité des aliments. — Expériences faites sur l'homme. — Fistules gastriques. — Anus contre nature. — Aliments lourds et légers. — Division des principes alimentaires. — Digestion des matières albuminoïdes. — Du suc gastrique. — Des matières albuminoïdes. — Des peptones, leurs caractères, leurs variétés, leur nature. — Valeur nutritive des principes albuminoïdes. — Digestion des fécules, des sucres et des graisses. — Des principes salins.

Des maladies de l'estomac.

Messieurs, les maladies du tube digestif, comme les maladies du cœur, sont des affections qui, souvent malgré leur chronicité, montrent cependant ce que peut la thérapeutique lorsqu'elle est bien comprise; aussi les ai-je choisies pour continuer mes leçons de clinique thérapeutique.

Dès le début de votre clientèle, vous serez, en effet, bien souvent consultés pour les troubles fonctionnels du tube digestif; et, comme ces affections, le plus souvent de longue durée, se présentent sous des formes protéiques et changeantes, vous devrez non seulement instituer un traitement convenable, mais encore modifier votre thérapeutique suivant