

PAGE

MANQUANTE

Les complications pancréatiques dans la lithiase biliaire

Le drame pancréatique

Jusque dans ces dernières années, on n'avait pas bien expliqué l'évolution de certains cas de lithiase biliaire dans lesquels l'affection, après avoir suivi une marche régulière plus ou moins longtemps et souvent sans même éveiller l'idée d'un pronostic grave, prenait tout d'un coup un aspect tout différent, et amenait rapidement la mort au milieu d'un cortège d'accidents presque foudroyants. Or, les travaux d'un certain nombre de chirurgiens français ou étrangers ont montré que ces faits s'expliquaient par des complications survenant du côté du pancréas ; mais ce sont surtout les recherches de M. Chauffard et les leçons que M. le Professeur Dieulafoy a consacrées à ce sujet qui ont montré le rôle considérable que pouvaient jouer les complications pancréatiques dans la lithiase biliaire. On trouvera dans un remarquable petit livre que M. le Dr René Gaultier a fait paraître récemment dans la collection des "Actualités médicales" l'histoire résumée de ces complications. Mais son travail est surtout destiné à montrer que, par la méthode de "coprologie clinique," qu'il a imaginée, on pouvait diagnostiquer l'état du pancréas et porter ainsi non seulement un diagnostic qui permet d'intervenir chirurgicalement avant que les accidents graves ne se produisent, mais aussi un pronostic.

De cette méthode, nous ne pouvons indiquer ici que le principe, car elle nécessite une technique assez compliquée. Lasée sur des examens multiples, demandant beaucoup d'expérience. Cette méthode consiste dans l'examen des fèces provenant d'un repas d'épreuve qui est délimité par l'absorption d'un cachet de carmin pris au commencement et à la fin. Les fèces ainsi délimitées sont recueillies et examinées au point de vue physiologique de la durée de la traversée digestive, au point de vue physique, macroscopique et chimique, suivant un modèle d'analyse préalable, et, du "syndrome coprologique" ainsi constaté, peuvent être tirées des conclusions diagnostiques suivant des formules au préalable déterminées par l'observation clinique et l'expérimentation. Ces formules, M. René Gaultier les a longuement étudiées et établies dans son "Précis de coprologie clinique". Disons seulement ici que la "formule coprologique du déficit pancréatique" se caractérise de la façon suivante indiquant l'absence de l'apport du suc pancréatique dans l'intestin.

Durée de la traversée digestive raccourcie. Augmentation de la quantité d'eau des fèces ; surtout quantité de graisse considérablement augmentée,

plus des deux tiers des graisses alimentaires ne sont point utilisées, et près des trois quarts des graisses neutres non dédoublées ; azote total augmenté dans des proportions notables, etc.

Ainsi, il est impossible d'apprécier d'une façon précise, par la formule de M. Gaultier, l'insuffisance pancréatique, son degré et, dans une certaine mesure, l'état de la glande qui vient ainsi compliquer d'une façon menaçante la lithiase biliaire.

Or une fois cette complication produite, la lithiase passe au second plan, et c'est la pancréatite qui joue le premier rôle.

Cette pancréatite peut alors revêtir plusieurs formes. Une première forme est la pancréatite chronique avec la douleur localisée dans la zone pancréatico-cholédoecienne de Chauffard, les vomissements parfois, et surtout l'amaigrissement extrême.

Mais la pancréatite peut revêtir encore deux formes suraiguës, d'allures foudroyantes : la pancréatite gangréneuse ou suppurative et la pancréatite avec hémorragie, et ceci nous amène à rappeler ici la belle description que M. Dieulafoy a donnée de cette complication sous le nom de "drame pancréatique."

"Il peut arriver que dans le cours des pancréatites chroniques, parfois même à une période qui semble donner peu d'inquiétude, et chez des gens qui pour le moment n'ont pas d'ictère, des accidents possibles et le plus souvent mortels éclatent soudainement. Le malade est pris de "douleurs atroces" à la région ombilicale, à l'épigastre, aux hypocondres. Ces douleurs angoissantes et excruciantes sont accompagnées de vomissements, de tendance à la syncope ; hyperesthésie abdominale et généralisée ; la constipation est absolue, il n'y a pas la moindre émission de gaz. En face d'une pareille situation, on pense à une péritonite aiguë, à un empoisonnement, à la perforation de l'estomac, du duodénum ou de la vésicule biliaire, on pense à une appendicite, à une occlusion intestinale aiguë, mais ce n'est rien de tout cela, c'est autre chose, et j'ai donné à cet épisode le nom de "drame pancréatique," afin de le bien distinguer de tout ce qui peut lui ressembler. Et en effet, soit à l'opération, soit à l'autopsie, on trouve, non pas une péritonite, non pas une perforation d'organe, non pas une appendicite, non pas une occlusion intestinale, mais on trouve les grands témoins anatomiques du drame, c'est-à-dire des îlots blancs (taches de bougies) de nécrose graisseuse, auxquels sont souvent associées des hémorragies pancréatico-péritonéales, lésions consécutives à une poussée de pancréatite aiguë presque toujours greffée sur une pancréatite chronique. La lithiase biliaire n'est pas indispensable à l'évolution de ces accidents, mais, pour rester fidèle au plan de ce chapitre, je ne retiens ici que les cas dans lesquels l'infection lithiasique biliaire et pancréatique sont associées. Et avant de présenter le tableau clinique du drame pancréatique, il est utile de faire connaissance avec ses deux principaux

témoins: la cytotéatonécrose, et les hémorragies pancréatico-péritonéales."

"Cytostéatonécrose."— Ici M. Dieulafoy décrit longuement les lésions pancréatiques caractérisées macroscopiquement par des îlots d'un blanc éclatant qu'on a comparés à du lait caillé ou à des "taches de bougie." Ces taches, qui sont disséminées un peu partout, au pancréas, à l'épiploon, au mésentère, même au médiastin, sont dues à la nécrose du tissu adipeux à laquelle M. Hallion a donné le nom de "stéatonécrose" et que M. Dieulafoy propose d'appeler plutôt "cytotéatonécrose" parce que dans ce processus on constate la disparition du noyau de la cellule adipeuse, qui ne se colore plus, qui est "mort."

On admet que cette destruction de la graisse, cette stéatolyse et cette cytotéatonécrose sont dues à la diffusion du suc pancréatique hors du pancréas sans qu'on puisse beaucoup expliquer comment cette action se produit à distance du pancréas. On ne connaît guère non plus la cause de la gravité extrême de cette lésion. En tous cas on peut dire, au point de vue clinique, que la constatation des "taches de bougies" au cours de l'opération doit faire porter un pronostic extrêmement grave.

Le drame pancréatique s'accompagne souvent aussi d'hémorragies au pancréas, ou en différentes régions de la cavité péritonéale.

À l'ouverture de la cavité péritonéale s'écoule souvent un liquide sanguinolent.

Des foyers hémorragiques diffus ou circonscrits superficiels ou profonds, peuvent occuper le pancréas, le voisinage du pancréas, le tissu cellulaire sous péritonéal, l'épiploon, le mésentère, la capsule adipeuse des reins, etc. Il ne s'agit pas d'hémorragies du pancréas déversées ailleurs; il y a hématome du pancréas et hématomes de l'épiploon, du mésentère, du tissu sous-péritonéal, etc.

Ces hémorragies, M. Dieulafoy les a nommées avec intention "pancréatico-péritonéales" afin de les distinguer de certaines hémorragies du pancréas qui sont associées à la suppuration, à la gangrène, à la lithiase de l'organe et qu'on décrit parfois en bloc, avec l'autre variété, sous la dénomination commune de pancréatite hémorragique.

Comment expliquer les hémorragies pancréatico-péritonéales du drame pancréatique? Il ne s'agit pas là d'un processus infectieux: on ne trouve aucun stigmate d'infection. Tout le mal vient d'un acte chimique toxique, la trypsine, un des ferments du pancréas digérant les albuminoïdes et la paroi des vaisseaux.

Après avoir analysé une série d'observations se rapportant à des pancréatites avec lithiase biliaire, M. le Professeur Dieulafoy termine ainsi son article.

... "Les observations dont je viens de donner le résumé concernent toutes des gens qui étaient atteints de lithiase biliaire; elles disent assez quelle est la gravité des pancréatites avec stéatonécrose et

hémorragies (drame pancréatique). Sur les 36 observations du mémoire de Lenormand et Lecène, on ne compte que 6 cas de guérison dus à l'opération précoce. Voici le résumé d'une de ces observations (Kahn).

Un homme, ayant eu quelques années auparavant une colique hépatique, est pris soudainement de douleurs abdominales violentes avec vomissements incessants et constipation absolue. Le ventre est météorisé, la région qui s'étend de l'ombilic à l'appendice xiphoïde est très tendue et extrêmement douloureuse. On porte le diagnostic de nécrose du pancréas avec réserves pour la péritonite par perforation ou par occlusion intestinale aiguë.

On fait une incision susombilicale qui laisse s'écouler un liquide hémorragique abondant.

On pratique une autre incision susombilicale et le même liquide s'écoule. On trouve de nombreux îlots de cytotéatonécrose sur les franges épiploïques, sur le mésentère et sur le péritoine pariétal. On avait ainsi sous les yeux les témoins anatomiques de la pancréatite. On draine les deux incisions et l'on referme le ventre. Le surlendemain de l'opération, le patient a une selle, les douleurs disparaissent et le malade guérit.

"Symptômes. Diagnostic. Traitement."— Je n'ai pas à m'étendre longuement sur les symptômes et sur le diagnostic du drame pancréatique, car nous les avons indiqués chemin faisant. Il est certain qu'au premier abord, tout fait pencher le diagnostic vers l'hypothèse de péritonite aiguë avec ou sans perforation d'organes (estomac duodénum, vésicule biliaire), ou vers l'hypothèse d'une occlusion intestinale aiguë. La brusquerie et l'intensité des douleurs abdominales, les vomissements, l'angoisse, la tendance au collapsus, sont faits pour dépister le diagnostic.

Toutefois "il faut penser à la pancréatite et au drame pancréatique": il faut faire une enquête sérieuse pour savoir si le malade n'est pas entaché de lithiase biliaire, cause fréquente de pancréatite: le malade est-il ictérique? a-t-il été ictérique? a-t-il eu des coliques hépatiques?

De plus, il faut chercher avec soin le siège principal de la douleur et de la défense musculaire qui, au cas de pancréatite, existent surtout dans les parages de la région ombilicale un peu au-dessous et à droite de l'ombilic.

En fin de compte, en face de la situation qui vient d'être exposée, et alors même que le diagnostic serait indécis, notre devoir est de recourir sans tarder à l'intervention chirurgicale. On risque, il est vrai, de commettre une erreur de diagnostic, mais qu'importe l'erreur si le malade a la vie sauve.

Supposons qu'on ait cru à tort à une péritonite, à la perforation d'un organe (estomac, duodénum ou vésicule), à une appendicite, à une occlusion intestinale aiguë, l'erreur elle-même aura été profitable au malade, car dans tous les cas, l'opération était indiquée. Et s'il s'agit réellement du drame pancréatique l'opération aura été pour le patient la seule chance de salut.

Du reste, dès le début de l'opération, le diagnostic se précise; le liquide sanguinolent qui sort par la plaie et les taches de bougie qui apparaissent à l'épiploon ou ailleurs permettent d'affirmer que le pancréas est en jeu. Il faut alors drainer le pancréas et drainer la cavité péritonéale. Si on a la chance d'arriver à temps, on peut compter sur un beau succès opératoire."

Chirurgie journalière

L'ANESTHESIE LOCALE

Ses indications et sa technique

Par le Dr. L. Kendirdjy, Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'anesthésie locale est entrée définitivement dans la pratique de la chirurgie courante et les services qu'elle rend journellement, aussi bien à l'opéré qu'à l'opérateur qui sait l'employer, en font une méthode précieuse que tout praticien doit avoir à cœur d'apprendre. Sa bénignité absolue permet de passer outre aux contre-indications d'ordre général que le malade peut présenter et qui empêchent ou, au moins, rendent très dangereux l'emploi du chloroforme ou de l'éther. D'autre part, il est telle intervention insignifiante par elle-même, mais non moins utile au malade qui le réclame, et dont la bénignité contraste avec la gravité réelle de l'anesthésie générale. Et il n'est pas logique de passer outre à cette gravité lorsqu'il s'agit d'une loupe à enlever, d'une circoncision ou de l'ablation d'un ongle incarné.

En ce qui concerne plus spécialement le praticien, l'emploi de l'anesthésie générale — dont personne n'oserait méconnaître les immenses bienfaits — nécessite la présence d'un aide suffisamment expérimenté pour mériter qu'on lui confie cette partie si importante de l'acte opératoire dont la responsabilité, en cas d'accident, retombe de tout son poids sur l'opérateur. Tout le monde est d'accord pour dire que les dangers du chloroforme sont imputables, en majeure partie, aux défauts de son mode d'administration. Or, cet aide habile et digne de confiance, le praticien ne l'a pas toujours sous la main, et il n'est pas inutile qu'il puisse et qu'il sache, le cas échéant, se passer de lui.

Donc, l'anesthésie locale est une méthode utile et, dans certains cas, indispensable à connaître. Mais pour qu'elle puisse donner tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, il faut se donner la peine de la posséder dans ses moindres détails puisque, aussi bien, aucun d'eux n'est négligeable. Ce n'est pas tout que d'avoir une seringue,

une aiguille et une solution anesthésique pour "opérer sans douleur". Il y a la "manière" de s'en servir, et cette manière ne s'acquiert qu'à condition qu'on y mette toute l'attention et toute l'intelligence voulues. Entre les mains d'un chirurgien expérimenté, le domaine de l'anesthésie locale s'étend, pour ainsi dire, indéfiniment. Néanmoins, il ne faut pas demander à la méthode plus qu'elle ne peut donner, et il est prudent de se tenir dans des limites raisonnables, de peur de la discréditer.

C'est dans ce but que nous voulons aujourd'hui exposer, aussi succinctement et aussi clairement que faire se peut, les règles fondamentales de la technique de l'anesthésie locale, en envisageant successivement l'instrumentation, la substance analgésique et la manière de s'en servir.

L'*instrumentation* consiste en une seringue et un jet d'aiguilles. Il y a deux variétés de *seringue* aussi bonnes l'une que l'autre et que nous employons indifféremment. L'une est la seringue de Pravaz, modifiée par Legrankl et munie de deux oreillettes qui donnent point d'appui à l'index et au médius de la main qui la tient. L'autre est la seringue en verre de Lühr, ou un modèle similaire, dont le petit inconvénient est d'être plus fragile, mais qui a l'avantage appréciable de toujours bien fonctionner et d'être d'un nettoyage facile. L'une et l'autre se stérilisent pas l'ébullition. Leur capacité doit être d'un centimètre cube, ce qui permet de facilement calculer la dose d'anesthésique injectée; autant de seringues, autant de centigrammes, puisque la solution dont nous allons nous servir est titrée à 1 pour 100. Détail important: le piston de la seringue doit glisser facilement et régulièrement, sans saccades, et s'adapter hermétiquement au corps de pompe pour qu'il n'y ait aucune fuite au moment de l'injection.

Les *aiguilles* seront les unes droites, en platine iridié, par conséquent inoxydables, les autres courbes, en acier. Ces dernières sont utiles dans certains cas, par exemple lorsqu'il s'agit d'opérer dans la bouche ou d'anesthésier le pourtour de l'orifice anal. L'aiguille doit être très acérée et l'on aura soin, avant de s'en servir, de voir si elle s'ajuste parfaitement à l'embout de la seringue de façon à faire corps avec elle.

La substance analgésique dont nous nous servons couramment est la *stovaine* (ou chlorhydrate d'amyléine) en solution aqueuse à 1 pour 100. La *stovaine* possède tous les avantages de la cocaïne, tout en étant trois fois moins toxique que celle-ci, dont elle n'a pas le pouvoir vaso-constricteur, si favorable aux syncopes. C'est dire que l'on peut en injecter une assez grande quantité sans faire courir aux malades le moindre risque. Théoriquement, on pourrait aller jusqu'à 50 à 60 centigrammes, mais en pratique, de telles doses ne sont jamais indiquées et l'on aura très rarement l'occasion d'atteindre ou de dépasser 15 à 20 centigrammes. Inutile de dire que la solution de *stovaine* doit être stérilisée à l'autoclave; le mieux est d'avoir à sa disposition un certain nombre d'ampoules Billon, titrées à 1 pour 100.

Nous voilà maintenant en possession de tout ce qu'il faut pour mener à bien une anesthésie locale. Quelle sera la *position* à donner au malade? Du temps de la cocaïne,

la réponse était formelle: le malade devait être couché pendant et après l'injection. Avec la stovaïne, cette règle n'est pas aussi inflexible, car la position assise ne présente plus les mêmes inconvénients (tendance à la syncope). C'est dire qu'on donnera à l'opéré la position que l'on jugera commode au point de vue de l'intervention.

La région opératoire étant convenablement nettoyée, le chirurgien, qui tient de la main droite la seringue chargée de stovaïne et armée d'une aiguille dont il aura, au préalable, vérifié la perméabilité — ce qui aura permis, du même coup, de chasser les quelques bulles d'air — étale avec le pouce et l'index de la main gauche la peau du malade et, d'un coup sec, y enfonce l'aiguille, non pas verticalement, mais très obliquement, presque parallèlement à la surface de l'épiderme, car il s'agit de pénétrer, non point sous la peau, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire, mais dans l'épaisseur même de la peau, en plein derme. C'est là un des points capitaux de la stovaïnisation locale. On saura que l'on est dans le derme d'abord à la résistance éprouvée, ensuite et surtout à l'apparition au niveau du point injecté, d'une boursouffure blanchâtre, piquetée comme une peau d'orange, et comparable, à la coloration près, à une plaque d'urticaire. A mesure qu'on injecte la stovaïne, l'aiguille est enfoncée devant soi, dans le derme, et la boursouffure s'étend dans le même sens. Avec le contenu d'une seringue, on peut produire une boursouffure large d'un centimètre, longue d'un à deux centimètres. D'un coup sec, on retire alors l'aiguille et la seringue; on recharge celle-ci et l'on enfonce de nouveau l'aiguille dans la partie terminale de la boursouffure, en plein dans celle-ci, pour que cette deuxième piqûre, faite en territoire déjà anesthésié, ne soit pas sentie. On répète ensuite la même manoeuvre que précédemment jusqu'à ce que l'on ait obtenu une ligne d'anesthésie de longueur suffisante; et, si les règles que nous venons d'énoncer ont été bien observées, le malade ne doit avoir senti qu'une seule piqûre, la première, dont il aura d'ailleurs été prévenu.

On se trouve alors en présence d'un bourrelet blanchâtre qui bientôt va rougir, mais qui n'en restera pas moins nettement visible, à cause de sa couleur qui tranche sur celle des téguments voisins et à cause de la rangée de petits points hémorragiques dus aux nombreuses piqûres. Cette rangée, qui se trouve dans l'axe même de la ligne de stovaïnisation, servira de point de repère et le bistouri devra tout à l'heure l'épouser.

Il s'agit ensuite, d'anesthésier le tissu cellulaire, peu sensible du reste. Pour cela, l'aiguille est enfoncée à travers le bourrelet cutané et ira déverser son contenu dans le tissu cellulaire, sur toute l'étendue de ce bourrelet. A cause de la diffusibilité plus grande du liquide à ce niveau, la zone de tissu cellulaire insensibilisée est toujours plus étendue que la zone cutanée proprement dite.

L'anesthésie survient très rapidement. A la rigueur dès que la dernière injection a été faite, on pourrait prendre en main le bistouri dont la lame ne devra pas s'écarter des limites du bourrelet. Mieux vaut cependant attendre quelques minutes et profiter de ce petit instant de répit pour "passer" la région opératoire à l'alcool et à l'éther.

Voilà, sommairement décrite, la technique de l'anesthésie de la peau et du tissu cellulaire pour une ligne d'incision unique, droite ou courbe. Voyons maintenant l'application de la méthode à un cas typique tel que l'ablation d'une loupe ou d'un lipome. Le tracé anesthésique sera une circonférence inscrivant, à son intérieur, la base de la tumeur et à travers laquelle l'aiguille ira déverser une certaine quantité de stovaïne dans le tissu cellulaire sous-cutané recouvrant la tumeur, à moins que celle-ci n'adhère à la peau, auquel cas le simple tracé circonferentiel suffit. Tout ce qui se trouve à l'intérieur de cette circonférence: peau, tissu cellulaire et face superficielle de la tumeur, sera alors anesthésié; mais la tumeur reçoit des nerfs également par sa face profonde, et il importe que ces nerfs soient stovaïnisés à leur tour. Pour cela, enfonçant l'aiguille, et dans le sens d'un rayon, on ira sous la face profonde de la tumeur — que nous supposons nettement circonscrite — et en ses quatre points cardinaux, injecter le contenu de deux ou trois seringues, selon les dimensions de la masse à enlever. Cela fait, le lipome se trouvera baigner dans la stovaïne par ses deux faces, et il sera, dès lors, facile d'inciser la peau, en diamètre ou en demi-circonférence, de disséquer la tumeur et de l'extirper, sans que le malade souffre.

Avec des variantes dans le détail desquelles nous ne pouvons pas entrer, mais qui se réduisent toujours à ces règles fondamentales, on peut arriver à pratiquer sans douleur nombre d'opérations bien réglées d'avance et bien limitées dans leur territoire: ablations de tumeurs cutanées et sous-cutanées, extraction de corps étrangers, excision de petites plaques de lupus ou de cancroïdes, résection partielle d'une saphène dilatée ou de paquets variqueux, etc., sans compter les extractions dentaires qui sont un des triomphes de l'anesthésie locale.

Pour ces dernières, il convient d'abord d'atténuer la douleur de la piqûre en anesthésiant la muqueuse de la gencive au niveau de la dent malade. Ce résultat s'obtient par l'application en cet endroit d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé de stovaïne et que l'on maintiendra en place pendant quelques minutes. Cela fait, on enfonce l'aiguille dans l'épaisseur de la gencive, de haut en bas pour la mâchoire inférieure, de bas en haut pour la mâchoire supérieure, et parallèlement à la surface de la dent. L'injection sera poussée lentement, à cause de la résistance éprouvée. Sous l'action de la distension produite par la stovaïne, la gencive blanchit et devient plus ferme. Une fois tout le côté externe de la gencive insensibilisé — et une seringue est, pour cela, plus que suffisante — on retire l'aiguille, on recharge la seringue et l'on enfonce l'aiguille verticalement dans le sillon alvéolo-dentaire. Cette manoeuvre est capitale, car c'est là que va pénétrer tout à l'heure le mors du davier pour opérer la luxation de la dent. L'aiguille ira jusqu'au fond de l'alvéole, et la stovaïne sera injectée à mesure.

Ce premier temps terminé, on injectera de la stovaïne dans l'intervalle qui sépare la dent à arracher des deux dents voisines, puis l'on anesthésiera le côté interne de la

gencive, en suivant les mêmes règles que pour le côté externe et en n'oubliant pas surtout l'injection dans le sillon alvéolo-dentaire. Toutes ces manoeuvres auront lieu le malade étant couché; on ne le priera de s'asseoir qu'au moment même de l'extraction.

A côté de l'anesthésie locale proprement dite, où la stovaïne est injectée là où devra porter l'instrument tranchant, se place une autre méthode, qui la complète et qui n'en est, d'ailleurs, qu'une application étendue; nous voulons parler de l'*anesthésie régionale*. Celle-ci consiste à insensibiliser une région en atteignant des nerfs qui se rendent à cette région. Injecter de la stovaïne sur le passage de ces nerfs, c'est réaliser leur *section physiologique* et obtenir les mêmes effets, mais momentanés, que ceux que produirait leur section anatomique.

Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'*opérer un ongle incarné*. A la base même de l'orteil, non plus dans la peau, mais sous la peau, en plein tissu cellulaire, lâche sur la face dorsale, dense et résistant sur les faces latérales et surtout sur la face plantaire, on injecte *lentement*, et en commençant par un point quelconque de la périphérie de l'orteil, le contenu d'une seringue pleine, en ayant soin de pousser l'aiguille en même temps que le piston de la seringue. Comme l'injection n'est pas faite dans le derme, la peau n'est pas anesthésiée sur l'instant. Elle ne le sera qu'au bout d'un certain temps — temps assez court d'ailleurs — par imbibition de la profondeur vers la superficie. La seringue étant vidée, on laisse l'aiguille en place, on recharge la seringue et l'on pousse une nouvelle injection devant soi. Lorsque tout un côté du contour quadrilatère de l'orteil a été ainsi imbibé de stovaïne, on procède, par continuité, à l'anesthésie du côté suivant, jusqu'à ce que l'on ait tracé, en fin de compte, une véritable *baguette anesthésique* à sa base. En procédant avec une sage lenteur, en laissant à la stovaïne le temps de se diffuser, et en ayant bien soin de n'enfoncer l'aiguille qu'en territoire préalablement insensibilisé, on ne doit laisser sentir au malade que la seule piqûre initiale.

Cinq ou six seringues d'un centimètre cube chacune suffisent amplement pour anesthésier un gros orteil. Celui-ci se tuméfie et bleuit, en même temps qu'il devient le siège de sensations de fourmillement d'abord, d'engourdissement ensuite, qu'accuse le malade et qui indiquent que l'effet désiré est obtenu. L'orteil est alors comme frappé de mort dans sa totalité, et le chirurgien pourra y tailler à sa guise sans que l'opéré éprouve la moindre sensation désagréable. Pour plus de sûreté, on peut, avant d'injecter la stovaïne, *mettre un lien un peu serré à la base de l'orteil*: la circulation veineuse est ainsi entravée et la stovaïne, retenue en amont de la ligature, voit son action devenir plus efficace et, surtout, plus durable.

Ce qui est vrai pour un orteil s'applique point par point aux doigts, et ainsi deviennent justiciables de l'anesthésie régionale: les ongles incarnés, les exostoses sous-unguéales, les orteils en marteau, les panaris, les corps étrangers des doigts, les désarticulations de phalanges, etc. Nous avons pu, il y a peu de temps encore, procéder, chez un garçon de sept ans, à l'ablation d'une volumineuse

exostose sous-unguéale du gros orteil, sans que l'enfant se fût départi un seul instant d'une sérénité parfaite.

Appliquée à la *circoncision*, l'anesthésie régionale se réalise au moyen d'injections-sous-cutanées, faites à la base de la verge. Le tissu cellulaire étant ici très lâche on voit se produire un bourrelet d'œdème volumineux; sept à huit seringues sont nécessaires. De plus, étant donnée l'innervation un peu spéciale du gland et du frein préputial, et la sensibilité exquise qui en résulte pour ces organes, il est indispensable, une fois terminée l'injection à la base du fourreau, de verser quelques centimètres cubes de la solution de stovaïne dans le sac préputial maintenu béant et vertical par l'aide et, surtout, d'injecter un demi-centimètre cube dans l'épaisseur même du frein, presque toujours court et haut inséré en cas de phimosis. Grâce à ce que l'on n'a pas injecté la stovaïne dans l'épaisseur même du prépuce, celui-ci n'est ni infiltré, ni déformé; sa section par delà le sommet du gland est nette, et la circoncision ainsi pratiquée satisfait aux conditions voulues d'esthétique.

S'agit-il maintenant de réséquer un *scrotum* atteint de varicocèle? Le malade étant couché, on refoule les testicules vers le périnée et l'on applique au-dessus d'eux une grande pince-clamp courbée qu'on peut serrer sans provoquer de douleur. Toute la portion de scrotum qui se trouve au-delà de la pince est à réséquer, et nous allons nous comporter vis-à-vis d'elle exactement comme à l'égard d'un doigt ou d'un orteil, c'est-à-dire, que nous aurons recours à l'anesthésie régionale. Au ras de la pince, à la base de cette portion libre du scrotum, nous injecterons, autant que possible dans le derme, la stovaïne, de façon à en faire tout le tour. Puis, nous pousserons le contenu de deux ou trois seringues dans l'épaisseur du tissu cellulaire où rampent vaisseaux et nerfs. Et ainsi, nous aurons réalisé la section physiologique de cette portion — moitié ou davantage du scrotum entier — en attendant que nous en pratiquions la section réelle, anatomique, suivie de ligatures et de suture.

Telles sont, brièvement énoncées, les règles fondamentales de l'anesthésie locale proprement dite et de l'anesthésie régionale. Celle-ci n'est, en définitive, qu'une extension de celle-là. Nous en avons assez dit pour montrer combien la méthode est précieuse, quelle sécurité elle confère et, partant, quels services elle peut rendre et à l'opéré et à l'opérateur. Et dans la pratique journalière de la chirurgie, sa place est marquée, plus grande que celle qu'on semble lui avoir assignée jusqu'ici.

(Ex. Journ. de Méd. et Chir. Pratiques, Paris.)



Diététique

Régime lacté et régime déchloruré dans la diététique des affections rénales. --- Leurs dangers. --- Leurs indications

Par le Dr J. Castaigne, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Médecin des hôpitaux.

En présence des affections rénales, nous disposons de deux principaux régimes diététiques, le régime lacté et le régime déchloruré. Mais encore faut-il savoir prescrire ces régimes quand ils sont indiqués, et je veux vous montrer aujourd'hui les écueils auxquels peut se heurter l'application exagérée et trop systématique de l'un ou de l'autre de ces régimes.

* * *

Prenons d'abord le régime lacté exclusif.

Il y a quelques années encore, la seule constatation d'albumine dans les urines constituait pour le médecin une indication immédiate du régime lacté, et souvent du régime lacté absolu. Depuis quelques années, on est revenu, à juste titre, de cette conception. Mais certains médecins suivent cependant encore ces anciens errements. Or, cette pratique présente trois ordres d'inconvénients :

1^o Le régime lacté entraîne souvent un état de dénutrition rapide. Il y a quelque temps, je vous ai montré une jeune fille de quinze ans, atteinte de néphrite chronique albumineuse simple : mise au régime lacté absolu, elle perdit 11 kilogrammes en moins de trois mois, et en arriva presque à un véritable état d'inanition ; par un simple changement de régime, en prescrivant un régime lacto-végétarien, puis de la viande, je la vis très rapidement reprendre ses forces.

En 1898, dans le service de M. Chauffard, je vis un malade atteint d'une forte albuminurie : il en était arrivé, du fait du régime lacté, à un état d'inanition tel que le pronostic était considéré comme fatal à bref délai ; comme ce malade réclamait à manger, je lui donnai cette satisfaction qu'on accorde à un mourant, et de ce jour son état s'améliora au point qu'il put très rapidement reprendre ses occupations ; aujourd'hui encore, bien que conservant la même albuminurie, il vit et mange comme tout le monde.

Est-ce à dire qu'il faille prescrire le régime courant à tous les malades atteints de néphrite ? Evidemment non. Cette ligne de conduite n'est indiquée que pour une catégorie de malades, pour ceux qui n'ont pas de troubles de la perméabilité rénale et éliminent bien leurs chlorures. Chez de tels malades, le régime lacté, sans diminuer en rien l'albuminurie, n'a, pour résultat que d'inanitionner les malades et d'en faire des proies faciles pour toutes les affections et spécialement pour la tuberculose. Dans cette catégorie de malades je fais rentrer la dégénérescence

amyloïde, la néphrite chronique albumineuse simple, l'albuminurie orthostatique sans trouble de perméabilité rénale : tous ces malades relèvent d'une alimentation normale et ne peuvent que souffrir du régime lacté ;

2^o Le régime lacté provoque souvent des troubles digestifs et, par leur intermédiaire, une augmentation notable de l'albuminurie. Il est, en effet, des malades qui supportent mal le lait ; d'autres, au contraire, arrivent à en ingérer de trop grandes quantités, jusqu'à quatre et six litres par jour. Dans les deux cas, ils sont exposés à des troubles dyspeptiques gastro-intestinaux : langue saburrale, haleine mauvaise, fermentations intestinales, avec selles diarrhéiques et granuleuses, traduisant une assimilation défectueuse du lait. De tels accidents peuvent, non seulement aggraver l'état général, mais encore augmenter l'albuminurie, par suite de la mauvaise assimilation et du passage dans la circulation d'albumines hétérogènes. J'ajoute que, même en dehors de ces troubles, beaucoup de malades, soumis indûment à un régime lacté exclusif, arrivent à se dégoûter de ce régime, qu'on ne pourra plus leur imposer lorsque, du fait de l'évolution de leurs lésions rénales, ils en sont devenus justiciables ;

3^o Il est des symptômes morbides contre lesquels le régime lacté est souvent impuissant quand il ne les aggrave pas, je veux parler des oedèmes et de la dilatation du coeur. Il arrive souvent, en effet, de voir des oedèmes résister au régime lacté, alors qu'ils cèdent rapidement au régime déchloruré. De même, vous verrez des malades atteints de néphrite chronique urémigène avec dilatation cardiaque, mis au régime lacté exclusif, ingérer des quantités considérables de liquide qui augmentant la tension de leur appareil circulatoire, ne feront qu'accroître leur dilatation cardiaque : chez ces malades, il suffira de réduire la quantité des liquides, en leur donnant, par exemple, du riz au lait très concentré, pour voir régresser tous les troubles cardiaques.

Voici donc établi le procès du régime lacté exclusif, qui doit être écarté, selon moi, dans tous les cas où il n'y a pas de troubles de perméabilité rénale, ni de troubles dans les éliminations chlorurées, c'est-à-dire en cas d'albuminurie orthostatique, de débilité rénale simple ou de néphrite chronique albumineuse simple. J'ajoute que ce régime est également contre-indiqué dans la dégénérescence amyloïde et dans la néphrite chronique hydropigène, auxquelles s'adresseront d'autres régimes.

Par contre, le régime lacté exclusif me paraît conserver deux grandes indications : les néphrites aiguës et la néphrite chronique urémigène, mais à des degrés différents.

Dans les néphrites aiguës, le régime lacté absolu doit être immédiatement institué, c'est le traitement de choix, le traitement indispensable en pareil cas, sans discussion.

Mais, dans la néphrite chronique urémigène, il s'agit d'une affection à évolution très lente, entrecoupée de périodes aiguës d'urémie : ici, le régime lacté absolu ne peut être imposé d'une façon continue, sous peine de voir les malades s'en dégoûter ; il faut, chez ces malades, prescrire un régime lacto-végétarien, avec chaque mois, pendant

quatre ou cinq jours consécutifs, un régime lacté absolu, accompagné de purgation, et prescrit systématiquement sans attendre les accidents urémiques; mais, si des accidents aigus d'urémie apparaissent, il faut alors immédiatement prescrire le régime lacté absolu, qu'on fera même précéder de plusieurs jours d'un régime hydrique.

* * *

Le régime déchloruré a constitué un progrès considérable dans le traitement des néphrites, car il permet à certains malades d'éviter l'inanition vers laquelle ils s'acheminaient avec le régime lacté, et il vient à bout d'accidents qui résistaient souvent au lait. Découlant des recherches de MM. Achard et Loeper sur les rétentions chlorurées, ce régime a été appliqué par M. Widal et ses élèves au traitement des néphrites avec oedèmes. Mais, comme pour le régime lacté, beaucoup de médecins ont généralisé l'emploi du régime déchloruré à toutes les néphrites: c'est là une pratique regrettable et qui expose à divers accidents.

10 Chez les malades atteints de lésion rénale, sans rétention chlorurée, le régime déchloruré est complètement inutile et parfois nuisible. En pareil cas, en effet, ce régime inconsidérément prescrit peut provoquer des troubles digestifs: l'estomac ne reçoit plus d'éléments chlorurés aptes à entretenir son fonctionnement glandulaire, et souvent alors les malades présentent des troubles digestifs multiples, dégoût des aliments, ballonnement de l'estomac, éructations, ralentissement de la digestion, diarrhée. J'ajoute que le régime déchloruré peut même, chez de tels sujets, augmenter le chiffre de l'albuminurie: j'ai même vu un étudiant, qui, n'ayant pas d'albuminurie, s'était soumis à titre d'expérience au régime déchloruré, présenter à sa suite une albuminurie franche. Il n'y a donc aucune raison de prescrire un tel régime en l'absence de troubles d'élimination des chlorures.

20 Si, au contraire, nous prenons les malades atteints d'une lésion rénale avec rétention chlorurée, les indications du régime diffèrent suivant qu'on est en présence d'une néphrite chronique hydropigène ou d'une néphrite chronique urémigène, s'accompagnant de rétention chlorurée sèche.

S'agit-il d'une néphrite chronique hydropigène? Ici, en dehors de la rétention chlorurée qui provoque l'oedème, il n'y a pas de troubles de perméabilité rénale, les éliminations azotées sont normales. Aussi le régime déchloruré est-il indiqué d'une façon absolue, c'est à cette catégorie de malades que s'adresse spécialement ce régime, et c'est chez eux qu'il donnera les merveilleux résultats que l'on sait. La perméabilité rénale étant normale, il faudra chez ces malades prescrire le régime déchloruré le plus large, avec légumes et viande, et, sous son influence, on verra très rapidement les oedèmes se résorber, les forces se relever, l'état général se transformer. Mais il arrive que ces maladies supportent mal le régime déchloruré prolongé: je vous citerai seulement l'exemple de ce malade actuellement soigné dans le service pour une néphrite chro-

nique hydropigène, avec grosse albuminurie de nature syphilitique: au bout de quelques jours de régime déchloruré, et par deux fois, il présenta des troubles gastro-intestinaux si graves qu'il n'arrivait plus à ingérer qu'un peu d'eau et de thé; avec un demi-gramme de sel par jour, qu'il ajoutait lui-même à ses aliments au moment des repas, tous ces phénomènes disparurent, et l'on vint à bout de l'anasarque et des troubles de l'état général. Ces cas d'intolérance ne sont pas exceptionnels, et il faut alors, comme chez notre malade, substituer au régime déchloruré absolu un régime hypochloruré.

S'agit-il d'une néphrite chronique urémigène? Beaucoup de médecins ne virent ici aussi que les dangers du sel et prescrivirent, comme dans les cas précédents, le même régime déchloruré, sans distinction. En voici un cas typique: il s'agit d'un homme atteint d'une néphrite chronique urémigène et qui présenta des crises d'angine de poitrine; M. Gilbert l'ayant mis au régime lacté, ce régime fut très bien supporté, et les accidents angineux disparurent. A quelques mois de là, un ami du malade, qui avait été guéri d'un anasarque brightique par le régime déchloruré, lui conseilla d'aller voir le médecin qui l'avait ainsi soigné; le conseil fut suivi, et le médecin, n'ayant pas fait la différence entre les deux variétés de malades, prescrivit, cette fois encore, le même régime déchloruré, y compris la viande; dix jours après, j'étais appelé en toute hâte auprès du malade, atteint d'une crise d'oedème aigu du poumon, qui ne céda que par une saignée abondante.

De tels cas sont fréquents, car chez ces malades le danger provient des aliments azotés, et spécialement de la viande, bien plus que du sel. Aussi, alors que les malades atteints de néphrite chronique hydropigène relevaient du régime déchloruré le plus large, avec viande, en cas de néphrite chronique urémigène au contraire, si l'on a recours au régime déchloruré, il faut le prescrire absolument végétarien, en supprimant rigoureusement la viande. Mais ces malades, en dehors de leur régime, ont souvent des troubles gastro-intestinaux relevant de phénomènes de petite urémie. Pour s'accommoder de leur régime, ils substituent habituellement au sel divers condiments: citron, épices, moutarde, qui sont susceptibles d'augmenter leurs troubles gastriques; on évitera cet abus des condiments en joignant une très faible quantité de sel à leur régime déchloruré.

* * *

Somme toute, il faut donc être extrêmement prudent, et surtout il ne faut pas être systématique à l'excès dans l'application des régimes alimentaires, aux néphrites, et les quelques grandes indications de ces régimes peuvent, selon moi, se résumer de la façon suivante:

Dans les néphrites aiguës, il faut toujours avoir recours au régime lacté absolu. Mais dans les néphrites chroniques, il faut distinguer plusieurs catégories de faits: si la perméabilité rénale est normale, même pour les chlorures, dans les albuminuries mal classées, les albuminuries orthostatiques, les albuminuries par débilité rénale, il est inutile et même nuisible de prescrire un régime exclusif, et spécialement le régime lacté, et il suffit de prescrire au

malade une alimentation suffisante; dans les néphrites chroniques hydropigènes, avec rétention chlorurée, mais sans imperméabilité rénale et avec élimination normale des autres substances et spécialement des substances azotées, il faut prescrire le régime déchloruré le plus large, avec viande; mais dans les néphrites chroniques urémigènes, où il y a non seulement rétention des chlorures, mais rétention des autres substances et spécialement de l'urée, il faut avoir recours à un régime déchloruré, avec un peu de sel au besoin, mais sans viande, c'est-à-dire un régime lacto-végétarien, qu'on entrecoupera de temps en temps par des périodes de régime lacté.

(Le Jnal. Médical Français.)

Médecine Pratique

THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

Par MM. Huchard et Fiessinger

LE SALICYLATE DE SOUDE

La thérapeutique renferme deux grands groupes d'agents médicamenteux : le *1^{er}* Ceux qui agissent à titre de spécifiques; ce sont : le "salicylate de soude, la quinine, le mercure, l'iodure de potassium, la digitale, le fer, les sérums antidiphthérique, antitétanique, antidysentérique, antiméningococcique." Le "collargol, les ferments métalliques," rentrent dans ce même groupement, mais à un rang inférieur; leur action spécifique demeure inégale et incertaine. *2^e* Ceux qui, sans s'attaquer à la maladie elle-même, corrigent heureusement les troubles fonctionnels qui en résultent. C'est l'histoire du "sous-nitrate de bismuth" dans les diarrhées et les maladies de l'estomac, du "bicarbonate de soude," de la "magnésie calcinée" ou "hydratée" dans les dyspepsies, de la "théobromine" dans les insuffisances rénales, de "l'arsenic" dans les états consomptifs et les anémies graves, de "l'opium" dans les maladies thoraciques et abdominales, du "chloral" dans les accidents tétaniques, "des purgatifs" dans les embarras gastro-intestinaux. Parmi ces derniers nous n'en retiendrons que deux : "l'aloès et le sulfate de soude." Userons-nous des vomitifs? Nous en possédons un excellent dans "l'ipéca." La "belladone" et le sulfate d'atropine" arrêteront notre attention dans les dyspepsies douloureuses et les sueurs nocturnes. Retenons maintenant encore les médicaments contre la douleur. "L'antipyrine et le pyramidon" nous fourniront le type de ces derniers.

Tous ces remèdes suffisent au praticien. S'il leur en adjoint d'autres, c'est moins pour mieux réussir que pour varier, faire prendre patience au

malade, exercer à la faveur de formules neuves une influence favorable sur le moral. Notre thérapeutique est presque tout entière composée de ces agents médicamenteux, qui rentrent dans le deuxième groupe.

Les anciennes pharmacopées n'en connaissaient guère d'autres, et cependant les malades guérissaient; à instruction également sommaire, les médecins se distinguaient les uns des autres par des succès de clientèle très différents; constatation qui nous démontre une vérité double: tout d'abord qu'Hippocrate disait vrai en affirmant la curabilité spontanée de nombre de maladies, et ensuite que la confiance dans le médecin a de tout temps compté comme une condition essentielle de la guérison.

Dans une série d'articles successifs, nous étudierons les indications modernes qui régissent l'administration de ces divers médicaments.

Nous commencerons par le "Salicylate de Soude." Il se présente sous forme de poudre blanche, de saveur douceâtre, soluble dans son poids d'eau. Le produit renferme 80 p. c. d'acide salicylique. Irritant à son entrée dans l'estomac, il s'élimine très rapidement par les voies urinaires, sous forme d'acide salicylique, d'où irritation possible du filtre rénal à la sortie du médicament.

Ces propriétés interdisent tout d'abord la prescription du médicament chez les sujets dyspeptiques et chez les rénaux. Dans le premier cas, c'est-à-dire auprès des estomacs délicats, on administère le salicylate par voie externe, sous forme de "salicylate de méthyle": après lavage de la peau avec du coton imbibé d'éther (pour enlever les matières grasses qui pourraient s'opposer à l'absorption) verser 1 à 2 cuillerées à café de salicylate de méthyle (4 à 8 gr.) sur un carré de gaze stérilisée. Entourer de coton et de taffetas gommé, maintenir par une bande. L'opération peut être renouvelée plusieurs fois par jour, jusqu'à concurrence de 15 grammes dans les 24 heures (4 cuillerées à café environ). On sait que 15 grammes de salicylate de méthyle en applications externes correspondent environ à 8 grammes de salicylate de soude par ingestion buccale.

Le salicylate de méthyle s'éliminant par les reins, comme le salicylate de soude, ne devra point être prescrit dans les cas d'insuffisance rénale.

Il est une troisième propriété: l'élimination rapide du médicament. Elle commande une particularité essentielle dans l'administration: le fractionnement indispensable des doses.

1.—"ACTION DE SECOND RANG, ACTION DOUTEUSE."

L'arme étant connue dans les grandes lignes de son maniement, voyons les indications de son emploi: le Le remède est spécifique dans le rhumatisme articulaire aigu; *2^e* son action est d'ordre secondaire, voire douteuse, dans les autres maladies. Tout de suite abandonnons, pour ne pas y arrêter, l'action antithermique et éliminatrice du remède.

On sait que la fièvre des états infectieux ne doit être combattue qu'autant que l'on s'attaque à sa cause. Le salicylate de soude combat la cause infectieuse du rhumatisme articulaire aigu; dans les autres pyrexies aiguës, il n'atteint que l'effet, c'est-à-dire la fièvre. Utile dans le rhumatisme articulaire aigu, il devient dangereux au cours des autres infections, la plus décevante des thérapeutiques consistant à dissiper une réaction spontanée de l'organisme — ici la fièvre — en respectant, sans y toucher, la cause qui la produit.

On ne prescrira pas le salicylate de soude dans telle fièvre, comme la fièvre typhoïde; on ne l'utilisera pas davantage pour une action d'un autre ordre, c'est-à-dire l'action éliminatrice et dissolvante. L'administration de salicylate de soude augmente, il est vrai, l'élimination d'acide urique, mais cet acide urique n'était pas antérieurement formé dans l'organisme. Ce sont les combinaisons de l'acide salicylique avec l'urée, qui augmentent l'excrétion de l'acide urique, laquelle, de ce fait, n'a rien de commun avec une dépuratation organique quelconque.

Le terrain se déblaie. Après les maladies où le remède n'agit pas ou mal, cherchons celles où il rend des services de second rang. Nous réserverons pour la fin le rhumatisme articulaire aigu où l'efficacité est immédiate et souveraine.

On a prescrit le remède dans les affections des "voies biliaires, les maladies nerveuses" (chorée, méningite cérébro-spinale névralgies, sciatique), les "intoxications" (maladie de Basedow), les "affections cutanées" (lichen plan), à titre préventif dans certaines maladies infectieuses comme "l'érysipèle," comme moyen curatif dans les "iritis rhumatismales," par le mode externe dans les "inflammations buccales" ou dans "l'hyperhidrose."

Négligeons l'administration du remède dans la "fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, les amygdalites non rhumatismales, la tuberculose." C'est de Renzi qui s'est érigé le promoteur du traitement de la tuberculose par le salicylate de soude: 2 gr. à 4 grs. par jour, le sujet étant en même temps soumis aux conditions d'air et de repos indispensables. Le "paludisme" s'est parfois bien trouvé de la médication. Les médecins anglais recommandent des doses de 0 gr. 60 à 1 gr., 20 toutes les 4 heures, dans les cas où la quinine est mal supportée. Le salicylate calmerait particulièrement les douleurs des membres inférieurs. Nous y consentons, mais nous comprenons peu qu'on emploie un pareil remède quand on possède avec la quinine un spécifique qui peut être administré par voie hypodermique. Quant à la prescription recommandée par quelques-uns, du salicylate de soude dans le "coryza aigu," où il a été associé au sulfate de quinine, il s'agit d'une médication trop agressive contre un mal bien insignifiant.

Le "Affections des voies biliaires." C'est dans les maladies des voies biliaires avec obstruction que

le salicylate de soude rend les services les moins contestés. Il favorise, fluidifie, augmente l'évacuement biliaire. M. Chauffard prescrit des cachets d'0 gr. 50 de salicylate et benzoate de soude à prendre trois fois par jour au moment des repas. Nous réduisons à 0 gr. 25 la dose de salicylate en raison de l'action irritante possible sur les voies digestives et le rein. Dix à quinze jours par mois, dans les cas de lithiase biliaire. Les dix premiers jours, nous nous contentons d'ordonner de l'huile d'olives: 100 grammes à jeun. On a aussi accordé au remède des propriétés antiseptiques, mais celles-ci sont douteuses sur le corps vivant. (Linossier).

2e Plus atténuée encore est l'action du remède dans certaines maladies du système nerveux. Ecartons tout de suite la "méningite cérébro-spinale" où Seibert (de New-York) ordonne le salicylate à la dose de 0. gr. 90, en lavements répétés quatre fois par jour. Avec la ponction lombaire suivie de l'injection intra-rachidienne de sérum anti-méningococcique, la méningite cérébro-spinale possède son traitement spécifique. Inutile de chercher ailleurs.

On comprend mieux l'action du remède dans la "chorée rhumatismale." En Russie, c'est une médication courante (4 cuillerées à dessert par jour) d'une solution de 2 à 4 p. c. pour les enfants. Les Français préfèrent l'antipyrine, dans la chorée, avec raison.

Le remède a été utilisé dans les névralgies, en particulier la "sciatique." Dans cette dernière maladie, nous employons souvent les injections hypodermiques, salicylate de soude, 20 centigrammes; eau distillée, 2 grammes, pour une ampoule stérilisée.

Une injection, quelques jours de suite. Parfois une suffit. Injecter profondément dans la région douloureuse.

3e Le succès du "salicylate de soude" dans certaines auto-intoxications, comme la maladie de Basedow, tient-il à ce fait que les basedowiens revendiquent une origine rhumatismale à leur maladie dans un tiers des cas? Quoi qu'il en soit, M. Babinski se loue fort de l'emploi de cette médication, aux doses de 2 à 3 grammes par jour. Les effets du traitement, s'ils apparaissent plus lents, se maintiendraient plus durables. Ici, nous demandons à faire une réserve. Le traitement faradique de la tumeur thyroïdienne associé aux préparations opothérapiques (hémato éthyroïdine), une cuillerée à café avant les repas, dans un peu d'eau, 10 jours de suite, puis la poudre d'hypophyse (0 gr. 10), trois fois par jour, (L. Rénon), dix jours de temps, assurent des résultats certainement supérieurs. Ajoutons que la maladie de Basedow est une bien singulière affection. Toute médication en laquelle le médecin a confiance entraîne des effets satisfaisants (Debove).

4e Entrons dans le domaine des affections cutanées. Le "lichen plan" peut être soulagé par le salicylate quand l'arsenic s'est montré infidèle.

Hartzell le recommande aux doses de 1 gramme, répétées trois ou quatre fois par jour. Sous l'influence de la médication, le prurit s'amenderait rapidement. Darier ne croit guère à ces heureux résultats. En dehors de l'arsenic, rappelons encore l'électricité sous forme de bains statiques et surtout de courants de haute fréquence. L'hydrothérapie avec douches tièdes constitue une autre méthode excellente de traitement. Le salicylate de soude ne vient que bien après.

5e L'emploi du salicylate de soude comme "traitement préventif de l'érysipèle" apparaît plutôt à la façon d'une curiosité de la boratoire que comme un mode de traitement entré dans la pratique, MM. Lortat-Jacob et Vitry ont démontré que l'injection intra-veineuse de petites doses de salicylate augmente la résistance du lapin à des inoculations consécutives d'une culture ne streptocoques. De là à proposer cette médication aux personnes entourant un érysipélateux, il y a loin et nul médecin n'y songerait.

6e Dans les "iritis rhumatismales," M. Darier emploie le remède en injections intra-veineuses.

Salicylate de soude	5 grammes
Caféine	0 gr.50
Eau distillée	25 grammes

Dose 2 à 3 centimètres cubes, soit 0 gr. 50 de salicylate, dans une veine du pli du coude. Les malades seraient calmés dès le début et l'inflammation locale s'atténue rapidement. Aux médecins qui useraient de cette médication, nous recommandons de faire préparer le liquide en ampoules stérilisées de 2 centimètres cubes; jamais les soins d'asepsie ne sont trop minutieux.

7e Le traitement "externe" par le salicylate n'occupe qu'un rang secondaire dans la pratique. Dans les affections pharyngo-buccales, on use plutôt de gargarismes ou de lavages à l'eau oxygénée (une cuillerée pour trois à quatre cuillerées d'eau de Vichy), de chlorate de potasse (une cuillerée à café par verre d'eau), de borate de soude (15 p. 500). Comme nous ne parlerons pas de ces différents médicaments, nous devons nous tenir au salicylate pour les soins de la bouche.

Salicylate de soude	20 grammes
Eau distillée	1000 —

Pour lavage de la bouche dans les différentes stomatites toutes les deux ou trois heures. M. E. Hirtz conseille, dans la stomatite aphteuse, les badigeonnages au salicylate en solution concentrée (20 p.c.). après les repas, soit trois à cinq fois par jour.

Mélangé à la poudre de talc ou au sous-nitrate de bismuth, le salicylate de soude combat l'odeur fétide dans "l'hyperhidrose du pied." Mais les bains de pied au formol (une cuillerée à soupe de formol du commerce par litre d'eau) suivi de poudrage a-

vec une poudre astringente, tannin ou alun, pour 10 grammes de poudre de talc agissent mieux.

II.—"ACTION SPECIFIQUE."

Si le salicylate de soude peut être remplacé, dans les diverses affections dont nous avons parlé, il n'en est plus de même au cours du rhumatisme articulaire aigu. Ici, il règne en maître et défie tout égal.

À l'enfant, on ordonne, dès la première apparition des douleurs articulaires, si atténuées qu'on les prend parfois pour des douleurs de croissance, 0 gr. 40 du remède par année d'âge et par vingt-quatre heures; la dose de 6 à 8 grammes est habituelle pour un adulte. La façon de prescrire des paquets de 2 grammes à renouveler trois à quatre fois dans le jour. Chaque paquet est dissous dans une infusion de feuilles de frêne, qui sera avalée par petites gorgées, de façon à être prise dans l'intervalle de deux heures environ: une tasse de tisane le matin, une autre dans l'après-midi, une autre dans la nuit. Cette dernière précaution est essentielle. "Pendant que le malade dort, le rhumatisme veille" (Huchard). La prescription nocturne du médicament semble un des meilleurs moyens propres à entraver l'apparition d'une endocardite.

À côté de la "voie stomacale," on peut encore utiliser la "voie hypodermique ou intra-veineuse." Nous ne signalons que pour la rejeter la méthode "intra-articulaire." Santini (de Sienne) préconise une injection intra-articulaire d'une solution aqueuse à 3 p. c. En dépit des précautions d'asepsie, la médication est dangereuse et nous y renonçons. La "voie hypodermique" ne donne pas grands résultats. Quand il s'agit d'une application locale, le salicylate de méthyle nous a semblé préférable (pur, aux doses de 8 à 15 gr.).

La voie "endo-veineuse" a été préconisée par Mendel. La veine du pli du coude étant distendue par un tour de crépon, on y injecte 2 centim. cubes par jour du liquide:

Salicylate de soude	8 grammes
Caféine	1 gr. 25
Eau distillée	50 grammes

L'auteur se loue fort de la méthode. Dans les formes habituelles du rhumatisme, elle ajoute une complication inutile au traitement. On ne recourra à ce procédé qu'après échec de la médication gastrique, unie aux applications externes. Les doses de 8 gr. à 10 gr. de salicylate peuvent devenir indispensables dans les formes graves. Elles sont la meilleure manière de prévenir le rhumatisme cérébral. Si celui-ci éclate on continuera, le remède, associé aux bains froids de 20° à 25° toutes les 3 heures, tant que la température dépasse 39°. Si l'estomac du malade est intolérant et que la voie externe (15 à 18 gr. de salicylate de méthyle) ne produise aucune sédation, alors seulement la voie

endo-veineuse sera utilisée. Le praticien se rappellera toujours que la manière la plus sûre de combattre certaines complications très graves, comme le rhumatisme cérébral, est encore dans la prescription précoce à doses suffisantes et continues de salicylate (2). Dans le rhumatisme chronique, les effets de la médication endo-veineuse seraient excellents. Mendel aurait soulagé de cette façon des malades où toutes les médications classiques seraient restées impuissantes.

Nous n'avons pas usé de la méthode, car dans les poussées aiguës du rhumatisme chronique, le remède à l'intérieur ou les applications de salicylate de méthyle nous ont toujours suffi.

Dans le rhumatisme aigu, une précaution indispensable est de continuer le remède après cessation 4 gr. pendant 5 jours encore, puis une dose de 2 gr. pendant 5 jours, puis de 1 gr. pendant 5 jours. En cas d'intolérance stomacale, le remède sera continué sous forme de salicylate de méthyle.

Les pommades à l'acide salicylique, moins actives ne sauraient convenir qu'aux sujets que le salicylate de méthyle impressionne trop désagréablement :

Onctionner les jointures douloureuses une fois par jour. Entourer de flanelle ouatée (Bourget).

Un malade qui souffre accepte le salicylate de

méthyle, en dépit de son odeur. Nous avons toujours vu les parisiennes les plus délicates s'accoutumer au remède.

Quelques inconvénients sont attachés à l'emploi de la médication. Outre les troubles digestifs et les accidents d'irritation rénale qui peuvent survenir, il faut compter avec la production possible de symptômes nerveux (bourdonnements d'oreille, surdité, vertiges). Langmead a observé sur des enfants des faits d'intoxication avec vomissements, somnolence progressive et coma. Il s'agit d'un syndrome rappelant les signes du coma diabétique et comme ce dernier, s'accompagnant d'acétonémie. La constipation favorisant cette complication, il est indiqué de pratiquer de larges irrigations intestinales ; de hautes doses de bicarbonate de soude administrées d'heure en heure : 1 gr. à 2 gr. par heure sont susceptibles d'amener les accidents.

Rappelons en outre que le salicylate de soude étant un dépressur de la circulation cardiaque ne saurait être administré dans les cas d'asthénie du myocarde. Au début des endocardites rhumatismales, le remède sera continué aux doses de 4 à 5 grammes (Potain, Huchard) pour être suspendu si des signes d'affaiblissement cardiaque se manifestent.

In Jnal des Praticiens.

NOTES EDITORIALES

Le Régistrare modèle et l'incurie de nos Gouverneurs

Oui, il s'agit du Dr. S. Boucher ! — Et avec tous ceux qui ont suivi dans ces dernières années l'amélioration dans l'administration des affaires du Collège des Médecins de la Province, nous ne trouvons pas de titre qui dise mieux le bon travail accompli par notre ex-Régistrare, hélas !

N'allez pas croire que nous exagérons en disant du Dr. Boucher qu'il a été le Régistrare Modèle : ses pairs le lui ont déclaré ! Je me demande si le mot "pairs" convient ici : puisque la "majorité" du Collège s'est montrée au-dessous de lui, au-dessous d'elle-même en n'étant pas à la hauteur de son plus élémentaire devoir, si clairement indiqué pourtant.

Nous savons tous dans quel pitoyable état étaient les finances du Collège depuis de longues années. Dans le plus grand désarroi sous l'administration Beausoleil, elles avaient été améliorées par son successeur, le Dr Marsolais, qui malgré ses années d'effort avec le Dr E. P. Lacha-

pelle n'avait pu réussir à mener à bonne fin la réorganisation.

Ce n'est cependant que sous l'administration du Dr Boucher, dont la tenacité et la méthode reconnues de tous complétèrent l'oeuvre commencée, que les arrérages furent collectés et que le système des irrégularités vit sa fin. Quelques mois de plus et du chaos sortaient la lumière et l'oeuvre parfaite.

Non seulement le Dr Boucher avait réorganisé les finances du Collège sur une base solide et rendu leur administration dorénavant claire et facile, mais en plus, l'expérience l'ayant instruit de tous les défauts — et nombreux ils étaient — de l'ancienne loi du Collège, le dévoué Régistrare avait pris une part active à la rédaction du nouveau projet de loi, scrupuleux qu'il était en toute occasion de protéger nos intérêts professionnels contre les "enjambeurs" de mauvais aloi.

Les Gouverneurs reconnurent le dévouement aussi éclairé qu'inlassable du Régistrare, et leur grandeur d'âme alla jusqu'à lui voter des félicitations, (sic) ... après quoi ils le décapitèrent ! *Que comedia !*

Nous disions que le Dr Boucher avait défendu nos intérêts contre certains groupements extra-professionnels envahisseurs : les faits sont là, voyez plutôt. Le Comité de Législation, composé des Drs S. Boucher, Laurendeau et Frs. de Martigny, avait rédigé après un long travail un projet de loi — nos félicitations — qui avait été finalement approuvé par le Collège en séance générale.

Par des ingérences et des influences, complaisantes autant qu'intéressées — qu'il y aurait avantage à mieux mettre en lumière encore, — ce projet de loi fut "dans la coulisse" modifié, — et non pas à l'avantage des médecins ! Ce n'est que par hasard que le Régistraire eut connaissance de ces subterfuges et de ces manoeuvres, malhonnêtes, n'est-ce pas ? et qu'il put arriver juste en temps à Québec pour défendre nos intérêts menacés. Il réussit à les sauver, grâce à l'assistance entr'autres du Président Normand et d'un autre Collègue de la Faculté de Montréal. Nous le nommerons dans l'instant car nous lui devons d'autres félicitations. Il était bien évident que les intérêts extra-médicaux déjoués dans leurs projets et manoeuvres chercheraient à punir le coupable. C'est ce qui arriva, et en associant leur désir de revanche à l'esprit "cantonal" d'un groupe de gouverneurs, et faisant passer le tout sous couvert de "charité pour un confrère", ils réussirent à écarter l'homme le plus précieux que nous avons.

Nous tenons à féliciter le Prof. Foucher d'avoir su défendre nos intérêts professionnels menacés et d'avoir par son vote soutenu la réélection du Dr Boucher.

Nous ne pouvons en dire autant à l'adresse de son Collègue délégué par la Faculté. Il DEVAIT à celui qui avait été le Régistraire Modèle autant qu'à son collègue de la Faculté, l'hommage et l'amitié de son vote. L'opinion est unanime sur ce point et la protestation que nous enrégistrons ici est celle de tous les collègues, aussi surpris que peinés.

Non pas que nous en voulions au nouveau Régistraire. Loin de là : nous avouons même que nous n'avons l'honneur de connaître le Dr Gauvreau que depuis une quinzaine de jours seulement, et encore n'est-ce que de nom !

Mais c'est juste au moment où l'on abolissait les positions distinctes de Secrétaire et de Trésorier pour les fondre avec celle de Régistraire et concentrer sur une même épaule toute une administration très compliquée, c'est justement ce moment, disons-nous, que l'on choisit pour mettre de côté l'homme le plus compétent que l'on eut encore trouvé et le remplacer par un successeur sans aucune expérience des affaires du Bureau, tant financières que légales.

Les discussions qui suivirent cette destitution et la nouvelle nomination n'ont que trop prouvé la véracité de nos dires.

Au Dr Boucher qui part vont nos regrets, — et par là nous exprimons les regrets de cette masse de nos collègues qui ont à cœur l'avancement de notre profession et l'administration régulière et sans favoritisme des affaires du Collège. Homme de principes, de devoir et de dévouement, il fut : il emporte notre estime et notre appréciation de ses services.

Au nouvel élu, le Dr Gauvreau, nous ne pouvons mieux souhaiter qu'il donne raison de dire de lui ce que l'on aime à répéter de son prédécesseur. Si nous regrettons le Dr Boucher, nous avons assez d'esprit de justice et de "fair-play" pour assurer son successeur de notre concours, lorsque l'occasion s'en présentera.

Le nouveau chirurgien de Notre-Dame

La Faculté, d'accord avec le Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame, vient d'attacher à cette institution le Dr. Benjamin Bourgeois, avec le titre de chirurgien et d'assistant à la Clinique Chirurgicale.

Parmi tous les jeunes en préparation de carrière, nul n'était mieux désigné à cette position que le Dr Benjamin Bourgeois.

D'une tournure d'esprit anxieuse de progrès, d'une parole facile et d'une plume élégante, d'un diagnostic éclairé et prudent servi par une dextérité et des ressources opératoires que nous avons eu l'occasion d'apprécier, le Dr Bourgeois est marqué pour atteindre loin et haut. Il est un crédit pour l'institution qui s'est assuré ses services.

La Faculté qui l'avait vu à l'oeuvre comme prosecteur et l'avait suivi de l'oeil durant son stage à l'Hôtel-Dieu, a fait oeuvre bonne et éclairée en l'attachant comme assistant à l'une de ses chaires les plus importantes.

Nous n'avons qu'un regret à exprimer : c'est que l'Hôtel-Dieu n'ait pas trouvé à propos de s'assurer les services de ce jeune chirurgien plein d'avenir. Hâtons-nous d'ajouter, en toute justice pour éclairer les collègues généralement surpris de ce fait, que le Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu à l'unanimité désirait s'attacher le Dr Bourgeois. Ce n'est pas faute d'avoir exprimé ses desirata si ses conseils et ceux de la Faculté n'ont pas été appréciés. Peut-être même y a-t-il mis trop d'insistance.

Les examens pour l'admission à l'étude de la Médecine

Dame Rumeur, qui semble bien savoir ce qu'elle raconte, en dit de belles au sujet des derniers examens pour l'admission à l'étude.

Espérons que le Comité d'Enquête saura faire justice des coupables par trop connus de tous côtés.

Ne semble-t-il pas qu'il y a trop longtemps que certain personnage est toléré à favoriser les irrégularités sur bien des théâtres.

Les Régistres trop rigides ne sont pas populaires! On peut en changer dans l'espoir d'avoir des gens plus dociles.

Nous comptons que le nouveau Secrétaire-Trésorier sera à la hauteur de sa position.

Le Conseil d'Hygiène de la Province et le Bureau de Santé de Montréal

Nous tenons à attirer l'attention de nos lecteurs sur le très intéressant rapport annuel du Conseil d'Hygiène de la Province.

Vous y lirez un excellent rapport du Dr Geo. Bourgeois, de Trois-Rivières, délégué au Congrès de la Tuberculose à Washington.

Vous y verrez aussi une étude documentée et établie sur des clichés photographiques, sur les logements insalubres par le Dr Elzéar Peltier, de Montréal. Vous y reconnaîtrez les façades prétentieuses et les plans de distribution de chambres de maisons montréalaises, sises sur la rue Durocher et Ste Famille, etc. entr'autres, qui sont une honte pour la civilisation moderne et un défi aux lois les plus élémentaires de l'hygiène.

C'est une preuve nouvelle, ajoutée aux milliers déjà accumulées, qu'il est plus que temps que le Bureau de Montréal s'intéresse à cette question "des logements salubres" et fasse édicter des lois de contrôle sur la construction.

Que fait donc notre Bureau de Santé civique? L'anarchie y règne-t-elle comme au Conseil de Ville?

Félicitons encore le Rédacteur du Bulletin Sanitaire du Conseil Provincial sur son dernier numéro. Il est très intéressant et plein de renseignements utiles. Les médecins le reçoivent déjà. Nous nous permettons de suggérer l'envoi de ce dernier numéro à toutes les maisons d'éducation, aux instituteurs et à tous les Curés de la Province: car il est très riche de conseils pratiques.

La Pensylvanie vote un million pour la lutte antituberculeuse

La Législature de la Pensylvanie a voté, l'an dernier, un million de dollars, au "Département d'hygiène de l'Etat" pour faire une lutte antituberculeuse intensive. Ce montant doit être employé, en deux ans, ainsi que suit: \$600,000.00 pour la construction d'un sanatorium et \$400,000.00 pour l'établissement de dispensaires anti-tuberculeux dans toutes les parties de l'Etat. Le sanatorium est en partie construit et une centaine de dispensaires avaient déjà été ouverts en novembre dernier. A cette même date de novembre 1908, l'Etat de Pensylvanie traitait, tant à son sanatorium qu'à ses dispensaires, neuf mille tuberculeux!

Sociétés Médicales

Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, 14 juin 1909

PRESIDENCE DE M. LE DR. J. LIPPE.

Le Secrétaire donne communication des résolutions adoptées à la dernière réunion au sujet de l'hôpital St-Euzèbe et transmet aux membres de l'association la réponse des autorités du dit hôpital; et fait remarquer que ces documents intéressent tous les médecins du district:

"Attendu qu'il a été publiée dans l'Etoile du Nord une annonce faisant connaître au public de ce district, que l'Hôpital St-Euzèbe était ouvert et prêt à recevoir des patients, pour traitement médical et chirurgical. Attendu que M. le Dr. Marion se titre comme médecin en charge de cette institution, et que de plus, un médecin de la ville de Montréal y viendrait tous les samedis;

Attendu que les membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette n'ont jamais été avertis de ces faits, qu'aucun n'a été invité d'y adresser ses patients, que nous ignorons les règlements concernant l'admission des malades au dit Hôpital:

Qu'il soit résolu, que cette Association prie respectueusement les autorités de l'Hôpital St-Euzèbe, de vouloir bien l'informer:

"1. Si les médecins de cette ville et du district ont le droit d'y placer leurs patients et d'en garder exclusivement la surveillance et le traitement;

"2. Quelle est la position réelle faite par les autorités de l'Hôpital à M. le Dr. Marion;

"3. Quelle serait celle faite aux médecins de la ville et du district qui pourraient y être appelés par des malades;

"4. M. le Dr. Marion est-il autorisé à s'intituler dans les journaux "médecin en charge de l'Hôpital St-Euzèbe?"

* * *

Hôpital St-Eusèbe, Joliette 7 avril 1909.

Monsieur Albert Laurendeau, M.D.,
St. Gabriel de Brandon,

Monsieur le Docteur,

J'ai pris connaissance de votre lettre du 29 mars dernier. Permettez-moi de vous exprimer ma surprise de vous entendre dire que *MM. les membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette n'ont jamais été avertis de l'installation de notre hôpital et qu'aucun n'a été invité à y adresser ses patients*, puisque je lis dans un entrefilet de l'Etoile du Nord, à la date du 7 janvier 1909, — inclus sous ce pli — que "les médecins du district sont

invités à y diriger leurs patients tout en se réservant le droit de les traiter eux-mêmes s'ils le désirent."

Depuis deux ans, le Dr. J. Marion sollicitait la charge de traiter gratuitement le personnel interne de notre maison, savoir : religieuses, novices, vieillards, et orphelines, etc., etc., moins les pensionnaires, qui, eux, se pourvoient à leurs frais en cas de maladie. Aucun autre médecin n'ayant fait application en ce sens, les autorités de l'établissement lui ont accordé ce qu'il demandait par le titre de "médecin en charge", sous la condition de se conformer au règlement de la communauté en ce qui concerne l'heure des visites, les traitements à donner aux malades, les remèdes, etc.

Un médecin de Montréal est en effet venu une couple de fois, mais il a discontinué sa clinique. La chose s'est faite à l'insu de l'autorité ecclésiastique et sans avoir été réglée préalablement par la communauté.

Voici maintenant la réponse à vos questions :

1. Si les médecins de cette ville et du district ont le droit d'y placer leurs patients et d'en garder exclusivement la surveillance et le traitement ?

Oui, tel que dit ci-dessus. Les médecins de la localité ont été informés de la chose, par le moyen du téléphone, dès l'ouverture de l'hôpital. C'est d'ailleurs ce qui est pratiqué par plusieurs d'entr'eux.

2. Quelle est la position réelle faite par les autorités de l'hôpital à M. le Dr. Marion ?

L'explication en est donnée plus haut.

3. Quelle serait celle faite aux médecins de la ville ou du district qui pourraient y être appelés par des malades ?

La même que celle du Dr. Marion à l'endroit de ses propres patients.

4. M. le Dr. Marion est-il autorisé à s'intituler dans les journaux "médecin en charge de l'hôpital St-Euzèbe" ?

Il n'a pas été question de cela entre lui et nous ; et je ne vois pas que le Dr. Marion ait une permission à nous demander pour se servir de son titre.

Il est donc bien entendu que les autres médecins, tout comme le Dr. Marion, ont le droit de faire entrer leurs malades à l'hôpital, pourvu qu'ils s'entendent avec les autorités de l'établissement pour la question de la rémunération, et qu'ils se conforment au règlement qui y est adopté.

J'ai l'honneur d'être,

Monsieur le Docteur,

Votre très humble servante,

(Signé) SOEUR OMER, Supérieure.

* * *

Aujourd'hui, ce vingt-troisième jour de juillet mil neuf cent huit, à une assemblée du conseil local de l'Hôpital Saint-Euzèbe, présidée par la Supérieure, il a été décidé à l'unanimité des suffrages :

D'accorder au Dr. Marion de Joliette, tel qu'il le demande par la requête ci-annexée, le titre de "Médecin en

charge de l'Hôpital Saint-Euzèbe" moyennant les conditions que voici :

1. Se conformer au règlement de la communauté en ce qui concerne l'heure des visites, les traitements à donner aux malades, les remèdes, etc., etc.

2. Donner gratuitement à la demande de la Supérieure, ses soins professionnels aux religieuses, aux soeurs novices et postulantes, aux pauvres, aux domestiques, ainsi qu'aux personnes données à la maison ;

3. Signer les certificats de décès.

4. En outre, la supérieure se réserve le droit d'admettre sans aucune formalité les malades indigents qu'elle jugera à propos de recevoir, à moins bien entendu, qu'il ne s'agisse de maladies contagieuses ;

5. Libre aussi à la Supérieure de refuser tel médeci nassistant si elle avait quelques raisons de le faire, raisons qu'elle ne sera pas tenue de faire connaître.

Fait et passé les jours, mois et an que dessus, à l'Hôpital Saint-Euzèbe, de Joliette.

SOEUR OMER, Supérieure.

* * *

M. le Dr. Gervais est nommé membre du tribunal de discipline en remplacement de M. le Dr. Bernard, actuellement en Europe.

—Le comité re charlatans fait rapport qu'il y a actuellement deux actions pendantes dont l'une contre Mi-reault et l'autre contre Ovide Destrempe. Ces causes devront paraître au prochain terme.

—MM. les Dr. Ducharme, de St-Félix de Valois, et Giroux, de St-Michel des Saints, sont admis membres de l'association. MM. les Dr. Lippé, Marion, Gaudet, Gervais et Martineau sont nommés délégués auprès de la société St-Jean-Baptiste pour les fêtes du 23 et 24 juin courant.

—L'Association prend connaissance d'une plainte de M. le Dr. Marion contre M. le Dr. Laporte. Renvoyée au "Tribunal de discipline."

Et la séance est ajournée au second lundi de septembre.

ALBERT LAURENDEAU, Sec.

Traitement des pleurésies Séreuses

Il est des épanchements à évolution aiguë qu'il faut savoir respecter, les ponctions à outrance ne conviennent qu'à l'infime minorité des cas. On ne ponctionnera, que si la main est forcée par l'abondance de l'épanchement ou la chronicité de l'épanchement, et c'est la cure rationnelle de la tuberculose par le repos et surtout la réminéralisation conseillée par M. le Pr A. Robin qui doivent constituer la base de la thérapeutique.

Chs. Monjour (Jnal Med. de Bordeaux.)

NOTES THERAPEUTIQUES

Traitement médical et chirurgical de l'érysipèle

Par Adolphe Bonnet (Med-Rec., 5 juin 1909)

Le traitement interne dans l'érysipèle n'a rien de spécifique, mais est dirigé contre l'asthénie cardiaque, l'hyperthermie, l'agitation et divers troubles organiques. L'auteur a employé l'eau-de-vie dans les cas qui n'étaient pas accompagnés d'accidents cérébraux et de délire. Contre les températures élevées, le bain tiède et les lotions d'eau localisée sont de beaucoup préférables aux antithermiques. Les troubles gastriques ont été combattus par le repos ou par des vomissements provoqués par des boissons chaudes. Dans les cas où la température est très élevée, il faut éviter même le lait et ne donner que de l'eau.

Le traitement local est très variable. Les applications d'ichthyol sont efficaces dans les cas légers d'érysipèle de la face. Sur le cuir chevelu, les applications constantes d'alcool à 25 ou 50 p. 100 ont donné des résultats satisfaisants. Le meilleur topique a été l'acide phénique pur qu'on applique avec un tampon, puis lorsque la surface est blanche, on lave rapidement avec de l'alcool. Il est important de bien toucher les bords de la lésion et de les dépasser de deux ou trois centimètres.

Cette méthode a été essayée avec avantage dans les cas graves et de longue durée. Si l'érysipèle progresse il faut répéter les applications au bout de dix à douze heures.

Lorsque l'infection devient phlegmoneuse, le traitement chirurgical doit intervenir. Dans les cas graves, la lésion a progressé malgré tous les traitements médicaux employés.

◆

Traitement de la septicémie suraiguë par les injections sous-cutanées d'eau oxygénée

Il y a neuf ans que l'auteur a inauguré le traitement de la septicémie suraiguë par les injections d'eau oxygénée; depuis, il a eu l'occasion d'observer cinq cas seulement, car il s'agit d'une complication fort rare et a obtenu des succès dans trois cas où le traitement a pu être institué assez tôt. Un cas de mort ne compte pas parce qu'il ne fut fait aucun traitement. Restent quatre observations ayant donné trois guérisons, alors que les traités trouvent que la moyenne de 5 p. 100 de guérisons est encore trop favorable. Un de ces cas par sa gravité et le résultat obtenu montre bien l'excellence de la méthode.

Voici, d'après l'auteur, comment il procède en face d'un blessé atteint de septicémie gangreneuse. Il faut d'abord encercler le membre, au niveau où s'arrête la crépitation gazeuse, d'une couronne d'injections hypodermiques d'eau oxygénée, qui doit infiltrer les tissus pour rendre la zone inhabitable pour le vibron. On doit employer en moyenne vingt seringues de Pravaz pour le membre supérieur vingt-cinq pour la jambe, trente pour la cuisse.

Avec le thermo-cautère on fera des incisions profondes sur toutes les plaques gangreneuses, puis dans les régions cuivrées ou crépitantes on fera, toujours au thermo de nombreuses cheminées pour donner issue à l'agent pathogène. On lavera largement ces trajets à l'eau oxygénée et on enveloppera le membre dans un immense pansement humide à l'eau oxygénée.

Les lavages, irrigations, pansements humides seront renouvelés trois fois par jour, les injections sous-cutanées matin et soir.

Par ce traitement la lésion se circonscrit, le sphacèle se limite et fait place à une plaie ordinaire. C'est alors seulement qu'on verra, selon les dégâts produits, la conduite chirurgicale à tenir. Il faut éviter toute amputation primitive, laquelle n'a jamais donné aucun succès.

Les injections d'eau oxygénée peuvent produire parfois une sensation d'emphysème sous-cutané qu'on pourra prendre pour la crépitation gazeuse. Mais le diagnostic différentiel se fait par l'examen de l'état local et général. Comme le traitement est inoffensif on continuera les injections d'eau oxygénée jusqu'à ce que le doute soit dissipé.

Par le Dr Pluyette (Marseille médical, 1 juin 1909.)

◆

Traitement de l'Otite aigüe et chronique

Laver l'oreille avec la solution boriquée suivante :

Ac. Boric	5 grammes
Eau stérilisée	500 cc.

Faire suivre de quelques gouttes de la solution suivante versées dans l'oreille.

Ac. Boric	5 grammes
Alcool rectifié	10 cc.
Glycerine jusqu'à 30 cc.	

Le Dr Blaydon Richards recommande chaleureusement cette méthode

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

La septicémie gonococcique

L'auteur rapporte l'observation d'un malade entré à l'hôpital avec tous les signes d'une fièvre typhoïde, fièvre, diarrhée, grosse rate, taches rosées, etc.

Au bout de quelques jours il fit de l'endocardite caractérisée par un souffle systolique, complication rare dans la fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic étant négatif, l'ensemencement du sang montra qu'il contenait des gonocoques.

Puis le malade fit une broncho-pneumonie double, avec crachats purulents contenant des gonocoques et des pneumocoques.

Le traitement ordinaire par les bains tièdes et la spartéine étant impuissant, on fit des injections du vaccin gonococcique de Wright à deux ou trois jours d'intervalle. Les deux premières injections n'empêchèrent pas le péricarde de se prendre à son tour, mais la température finit par céder à la suite de ces injections.

La malade fit de nouveau de la température au cours de sa convalescence, mais la recherche du séro-diagnostic montra qu'il s'agissait alors d'une fièvre typhoïde qui guérit au bout d'une vingtaine de jours.

L'auteur se propose dans des cas semblables d'avoir de nouveau recours au vaccin gonococcique.

Par Dieulafoy (Journal des praticiens, 17 avril 1909).

* * *

La radiumthérapie comparée à la radiothérapie

Le rayonnement des sels de radium possède toutes les propriétés générales du rayonnement Röntgen ; mais, au lieu d'être simple, il est complexe, et les 3 ordres de radiations, alpha, bêta et gamma, ont des propriétés très différentes. Les premiers sont très peu pénétrants et ne participent en rien à l'action thérapeutique : les rayons bêta sont en partie fortement déviés par l'aimant et peu pénétrants, les autres beaucoup plus : les rayons gamma ont, en partie, un pouvoir de pénétration supérieur aux rayons de Röntgen.

Si l'on résume les indications de ces deux genres de rayonnement, on reconnaît que si la lésion est inaccessible aux rayons de Röntgen, le radium est préférable, mais que si les lésions sont étendues en surface, l'action des rayons X sera infiniment plus rapide.

D'autre part, le radium, enfermé dans de petits tubes, peut être appliqué à des profondeurs considérables, et le sulfate de radium, en solution dans l'eau, constitue un liquide radio-actif pouvant être utilisé en injections dans certains néoplasmes.

Par Bécclère (Journ. des praticiens, 27 mars 1909.)

Les pneumocoques

Dans un livre publié récemment, M. Desguins (d'Anvers), attire l'attention sur certains états morbides mal définis, jusqu'ici confondus avec la grippe, la fièvre typhoïde, la méningite, la péritonite, l'appendicite etc., et qui méritent d'autant d'être reconnus. Ce sont les pneumocoques ou septicémies à pneumocoques, caractérisées cliniquement par la brusquerie du début, de violents frissons, la rapide ascension thermique, la céphalalgie et des hémorragies gastro-intestinales. Toujours la recherche du pneumocoque dans le sang, doit contrôler le diagnostic.

La pneumocoque, comme la vie du pneumocoque, a une courte durée. Elle n'est pas exempte de dangers cependant, et se complique souvent de myocardite ou de dilatation aiguë de l'estomac, et l'auteur, sur 65 cas observés, l'a vue 15 fois se terminer fatalement.

Maladie des saisons froides, Mr Desguins fait jouer un rôle aux souris dans sa propagation. On sait en effet que ces dernières (Journal de Med. et de Chirurgie pratique) sont en des terrains les plus favorables pour le pneumocoque et en sont le réceptacle habituel. Or, on a reconnu depuis longtemps que les épidémies de grippe ou d'influenza, sans cesse confondues, sévissaient en hiver de préférence et se prolongeaient parfois pendant le printemps. Mais, en réalité, cela est vrai surtout pour la septicémie à pneumocoques, et la raison de ce fait, de cette prédominance de l'épidémie pendant l'hiver, s'explique de la manière la plus naturelle du monde, quand on songe que c'est alors, quand il gèle, que les souris rentrent dans les bâtiments habités, où elle ont vite fait de trouver le chemin de l'armoire aux provisions. Aussi peut-on suivre très nettement les progrès de la période de décours de l'épidémie, qui se trouve être parfaitement parallèle aux périodes de froid et à l'élévation de la température. Plus un hiver sera rigoureux, plus la pneumocoque aura elle-même une durée considérable ; plus aussi elle fera de victimes.

Comme traitement l'idéal serait l'administration d'un sérum antipneumococcique, lequel a donné de bons résultats à Mr Desguins, mais il est difficile de se le procurer, de sorte que la thérapeutique reste en définitive symptomatique. Inutile d'ajouter que l'auteur attribue une grande importance à la destruction des rongeurs dans la prophylaxie.

LUDOVIC VERNIER, M. D.

