

**PAGES**

**MANQUANTES**

# Le Bulletin Médical de Québec



FÉVRIER 1907

## SOMMAIRE

### *Mémoires.*

- 243—Le traitement des septicémies chirurgicales et le collargol.  
Dr Albert Paquet.
- 249—De la protection sanitaire dans... et par l'enseignement.  
Dr S. Bernheim de Paris. *Suite.*
- 262—Kyste du Pancréas. Dr L. G. Pinault.

### *Thérapeutiques*

- 273—Haute Fréquence et hypertension artérielle. P. C. Petit,  
de Paris.

### *Médecine Pratique*

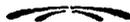
- 279—Le perborate de soude en chirurgie. Dr H. Chaput,  
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
- 281—Bouillon de légumes et son usage (Méry). Dr H. Sainfery.
- 282—Pommade de reclus. Dr H. Sainfery.

### *Société Médicale*

- 284—Société Médicale d'Arthabaska. Dr Omer E. Desjardins,

### *Formulaire*

- 286—Note sur une nouvelle formule d'injection hypodermique  
associant le camphre à la Caféine.



INAPPÉTENCE  
DYSPEPSIE—ENTÉRITES  
NEURASTHÉNIE  
CONSTIPATION

# Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.  
COUTURIER, 57, AV. D'ANTIN

## COLLABORATION SCIENTIFIQUE

---

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de  
l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique  
médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique  
chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile  
de Beauport. Membre de la société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à  
l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du  
dispensaire.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryn-  
gologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale,  
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. VERGE, Chef du département d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu.
- G. R. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHER, Médecin du dispensaire, Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIRDIS, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. Fiset, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLI-  
QUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. PI-  
NAULT, P. LAGUEUX, E. DION.

---

### DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

M. AHERN, Président ; D. BROCHU, E. TURCOT, C. VERGE, P. FAU-  
CHER, A. SIMARD, E. MATHIEU, A. MAROIS, Administrateur.  
R. FORTIER, secrétaire.

# MEMOIRES

---

## LE TRAITEMENT DES SEPTICEMIES CHIRURGI- CALES ET LE COLLARGOL

---

S'il est encore un certain nombre de points à éclaircir relativement à l'étiologie de la septicémie des plaies, si, en particulier, on ne connaît pas toujours exactement toutes les variétés microbiennes qui sont en cause, une chose est hors de doute : c'est que le meilleur moyen de s'en préserver consiste à recourir à une aseptie et à une antiseptie rigoureuses.

L'application que les chirurgiens ont faite de cette méthode leur a permis toutes sortes de tentatives opératoires, et les accidents infectieux qui étaient autrefois le cauchemar de la pratique chirurgicale sont devenus grâce à elle, d'une extrême rareté.

C'est ainsi que l'on a vu disparaître des services hospitaliers diverses complications de l'acte opératoire, la pourriture d'hôpital, l'érysipèle, l'infection purulente. La septicémie dans ses formes atténuées, comme la fièvre traumatique, le phlegmon circonscrit ou diffus, les suppurations, quoique rares dans les services bien organisés, se voient encore néanmoins, et la raison en est presque toujours une application défectueuse de l'aseptie.

Les modifications apportées au traitement des plaies accidentelles par cette méthode, les ont rendues également de guérison facile, et pour peu que l'on observe dans l'embaumement les conditions requises, si la plaie n'est pas trop contuse, la cicatrisation s'obtient tout aussi rapidement et sûrement que pour les plaies opératoires.

Les infections graves et souvent mortelles qui sévissaient autrefois à l'état endémique ou épidémique dans les services d'accouchement et même dans la pratique civile de cette spécialité, sont devenues grâce aux mêmes moyens prophylactiques d'une rareté remarquable.

Mais pour des raisons multiples, des causes qui souvent nous échappent, il se rencontre encore malheureusement un grand nombre de septicémies de cette nature. La propreté chirurgicale n'a pas encore pénétré dans l'esprit du public, voire même d'un certain nombre de médecins. D'ailleurs les difficultés que présente la méthode elle-même, l'entraînement nécessaire pour l'appliquer dans toute sa rigueur, empêcheront encore pendant longtemps sa vulgarisation dans tous les milieux, et l'accident infectieux en sera la conséquence.

Pour ce qui regarde les septicémies appelées autogénétiques, celles qui ont leur point de départ dans la lésion inflammatoire d'un organe, qu'elles soient d'origine ostéomyélique péritonéale, hépato-biliaire ou autre, la chirurgie, par des interventions plus précoces, plus complètes et mieux définies, réussit habituellement à en enrayer l'évolution, mais souvent aussi elle doit se déclarer impuissante, et nous avons tous l'occasion de voir mourir ces infectés, sur lesquels nos traitements tant médicaux que chirurgicaux ne produisent aucun effet.

Il ne sera peut être pas sans intérêt de passer en revue les différentes méthodes de traitement préconisées à l'heure actuelle contre l'état septicémique.

Tout d'abord il est évident qu'on ne devra jamais négliger les moyens propres à lutter contre la pénétration à l'intérieur des vaisseaux, des microbes ou de leurs toxines, et qu'il faudra aller à la recherche de la lésion initiale. Un traitement énergique institué à cet endroit, en prévenant les nouvelles inoculations et en drainant vers l'extérieur les produits infectés qui

y pullulent, assurera par là même au traitement général une action plus facile.

La septicémie bénigne, la fièvre traumatique, cédera presque toujours au plus simple des traitements, au bain antiseptique, ou lorsque la région rend ce procédé incommode, aux pulvérisations, aux pansements humides fréquemment renouvelés. S'il y a des clapiers où séjourne le pus, ils seront évacués, drainés avec soin, largement irrigués, et dès que cessera l'absorption des substances putrides, la fièvre et la septicémie cesseront avec elle. Mais dans les cas graves, lorsque les plaies seront profondes et anfractueuses, quand on se trouvera en présence de septicémie aiguë provenant d'un organe interne, la tâche du chirurgien sera plus délicate. Son intervention devra varier selon la nature et le siège de la lésion, et c'est tantôt par l'extirpation d'un fibrome utérin sphacélé, tantôt par une trépanation osseuse, tantôt par une résection intestinale, qu'on fera disparaître les phénomènes de septicémie qui l'accompagnent.

Dans les infections puerpérales le traitement local sous forme d'injections intra-utérines, d'irrigation continue, du curettage et du drainage, en atteignant la source du mal, sera souvent efficace, pourvu qu'il soit appliqué sans retard et avec rigueur.

Il n'en reste pas moins établi que malgré tous ces moyens, quand l'infection est virulente, l'intervention tardive, le nettoyage insuffisant ou impossible, les germes ou du moins, leurs produits de sécrétion pénètrent dans la circulation de telle sorte que l'empoisonnement persiste.

Il importe donc, devant l'impuissance du traitement local, bien entendu et bien appliqué, de recourir simultanément à un traitement général ayant pour but de fortifier la résistance et de faciliter la défense de l'organisme.

De quels moyens d'action pouvons-nous alors faire usage ?

Comme dans toutes les maladies infectieuses de longue durée, quand il n'existe pas de contraindication spéciale provenant des organes digestifs, du coeur ou des reins, il est nécessaire de recourir à une *diète généreuse* ; des aliments de digestion facile, les plus nutritifs, et les moins toxiques : les extraits de viande, les oeufs, les légumes fortement azotés, seront donnés en abondance. Le lait est très utile ; il agit à la fois comme aliment et comme diurétique. Le café additionné ou non de cognac, de rhum, est un tonique du coeur et un diurétique puissant.

La médication symptomatique instituée contre l'hyperthermie, la douleur, les troubles digestifs, ceux du coeur et des reins fournira un élément important à ce traitement complexe.

L'hyperthermie sera combattue surtout par la *balnéation froide*, les ablutions froides répétées ou les enveloppements dans le drap humide.

Les antithermiques chimiques à doses élevées et administrés d'une façon continue ont une influence plutôt fâcheuse, et ils devront céder la place aux bains froids qui, tout en abaissant la température, exercent une action stimulante sur le système nerveux.

Nous exceptons toutefois la *quinine* dont l'action stimulante est depuis longtemps reconnue. D'après les auteurs modernes cette action s'exercerait sur les leucocytes en augmentant leur nombre et leur pouvoir phagocytaire.

L'emploi de la *solution salée physiologique* sous forme d'injections hypodermiques, d'injections intra-veineuses ou rectales, à petites doses et fréquemment renouvelées est un des bons moyens que nous avons pour empêcher la déshydratation des tissus, pour relever le pouls et la tension artérielle, pour favoriser la diurèse et parer à la dénutrition.

Il s'agit là d'une méthode dont la valeur n'est plus à discuter et les auteurs sont unanimes à en recommander l'emploi.

La solution salée à 6‰ additionnée de 3 à 5% de *sucré de raisin* aurait une certaine valeur nutritive qui trouve une indication particulière dans les infections péritonéales rendant impossible l'alimentation par les voies ordinaires.

Nous ne croyons pas que les doses massives de 5 à 10 litres d'eau salée dans les 24 heures et même plus, destinées à effectuer le lavage du sang, rendent de grands services.

La diurèse apportée par ces injections ne comporte pas nécessairement un accroissement dans l'élimination des substances diverses dont le rein a mission de débarrasser l'organisme.

L'eau et le NaCl, il est vrai, s'éliminent alors en excès, mais il ne s'ensuit pas que les autres principes, ceux qu'on se propose pour ainsi dire de balayer, soient plus rapidement entraînés du sang vers l'urine.

Les résultats fournis jusqu'à présent par le *sérum antistreptococcique* ne sont pas probants. Le sérum de Marmorek dont on ne peut contester l'influence sur le streptocoque cultivé et renforcé par lui, a une action fort inégale sur les autres variétés de streptocoque qui sont nombreuses et assez mal caractérisées. Quand l'infection est mixte ou produite par d'autres microbes, son emploi paraît irrationnel. Cependant s'il était administré à hautes doses, souvent répétées, il agirait favorablement sur l'état général en produisant d'après certains expérimentateurs, une hyperleucocytose, laquelle toutefois ne serait que passagère.

En 1897 un médecin allemand, Crédy de Dresde, introduisit dans la thérapeutique l'argent colloïdal, le *collargol*.

Il fit diverses communications sur les effets par lui obtenus, à l'aide de ce médicament, dans les infections générales, et particulièrement dans la fièvre typhoïde. En 1902, Netter fit connaître à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris les résultats

de ses travaux sur le même sujet et il a depuis attiré l'attention par de multiples publications. C'est à lui qu'est due l'introduction du collargol dans la thérapeutique française.

Depuis ce temps on a rapporté de toutes parts une foule d'observations où l'influence de cet agent dans la fièvre typhoïde, la tuberculose, la pneumonie, l'érysipèle et autres infections, ne semblait nullement douteuse. La faveur considérable dont il jouit il y a 2 ou 3 ans a cependant diminué, car les résultats qui lui sont dus dans ces diverses maladies se sont montrés inconstants ou de peu de durée.

On a continué toutefois de s'en servir dans les états septicémiques et particulièrement dans la fièvre puerpérale, et Bonnaire, accoucheur des Hôpitaux de Paris le considère comme un remède précieux dont l'emploi est pleinement justifié par les résultats obtenus en France, en Allemagne, aux États-Unis et par lui-même.

Dans un article très élaboré publié dans la " Presse Médicale " du 21 novembre 1906, cet auteur nous communique le fruit de ses observations et de ses expériences. Quarante malades amenées du dehors en état d'infection grave, après avoir subi la thérapeutique habituelle sans résultat, ont été soumises par lui aux injections de collargol.

Cet traitement a toujours été dans son service institué alors que les autres méthodes s'étaient montrées impuissantes. En agissant ainsi, l'auteur voulait se mettre à l'abri des causes d'erreur dans l'appréciation des résultats : infections superficielles et bénignes curables quasi spontanément, guérison pouvant s'attribuer aux autres traitements concurremment employés.

Sur ces 40 faits, 27 ont eu une issue favorable—15 fois la guérison a été obtenue à la suite d'une seule injection, 7 fois il en fut pratiqué 2, 5 fois il y en eut de 3 à 5.

Sous les 13 femmes qui ont succombé, 9 ont reçu une

seule injection, dont 3 amenées du dehors la veille de leur mort, en désespoir de cause ; 3 ont eu deux injections ; une seule succomba à une longue cachexie malgré 5 injections.

La proportion de guérisons pour les cas traités par le collargol est donc de 10 pour 100. Cette mortalité est encore considérable, mais il faut tenir compte du fait que ces recherches ont porté presque exclusivement sur des faits particulièrement graves, dans des formes de septicémie rebelle à tous les traitements classiques préalablement mis en œuvre, et que dans la plupart des cas l'auteur s'est adressé au collargol comme à une ressource dernière.

Dans un prochain article nous rapporterons les quelques observations où il nous a été donné d'utiliser le collargol avec les résultats que ce médicament a donnés entre nos mains.

*A suivre.*

ALBERT PAQUET.

—(o)—

## DE LA PROTECTION SANITAIRE DANS...ET PAR L'ENSEIGNEMENT

Dr. S. BERNHEIM de Paris

*(suite)*

*Intérêt personnel de l'instituteur et du professeur à poursuivre cet enseignement sanitaire. Moyens pratiques.*—Mais, nous dira-t-on, quel intérêt personnel l'éducateur a-t-il de diriger ce mouvement sanitaire ? Est-ce pour le charger d'un nouveau fardeau et sa tâche n'est-elle déjà pas assez lourde ? Nous

répondrons d'abord qu'il y a un intérêt général, patriotique, auquel les membres de l'enseignement ne se déroberont pas. Leurs sentiments de générosité, d'abnégation et de solidarité nous sont trop connus pour que nous doutions un instant de leur dévouement. Mais il y va aussi de leur intérêt personnel, de leur sauvegarde individuelle, de leur avenir. C'est que, nous l'avons dit plus haut, les cas de tuberculose sont loin d'être rares parmi les instituteurs et les professeurs. — A cela rien de surprenant. — Comment en serait-il autrement? Tout actuellement prépare dans l'école les voies à la tuberculose. Pendant ses études à l'École normale, le jeune homme a un programme très chargé, se surmène intellectuellement et vit trop souvent dans un atmosphère confiné. A la sortie de l'École normale, ses appointements sont aussi réduits que sa dose de travail est excessive. Son organisme déjà affaibli est une proie facile pour le bacille avec lequel il fait trop souvent connaissance.

Mais abstraction faite de ce surmenage et de ce manque de ressources, le jeune instituteur rencontre d'autres causes de contagion. C'est d'abord l'insuffisance des locaux au point de vue des règles de l'hygiène.

Assurément la France, depuis un quart de siècle, a fait beaucoup pour l'enseignement, en particulier de l'enseignement primaire. L'école, ses instituteurs, son personnel ont été étendus, améliorés dans des proportions qui commandent le respect d'aussi prodigieux efforts. Les écoles se sont multipliées; les plus récentes, mais les plus récentes seulement, manifestent un juste souci des règles d'une hygiène, d'une disposition architecturale en rapport avec les données de la science nouvelle. Le jeune architecte doit être maintenant un hygiéniste. Le temps n'est plus où une belle façade tenait lieu de la bonne disposition du plan. Et l'aménagement intérieur, tout en satisfaisant au confortable et à la commodité, que nos pères aimaient à

trouver dans leurs appartements, doit satisfaire encore à des prescriptions d'hygiène et de salubrité dont ils étaient—et pour cause—tout à fait ignorants.

Mais si dans cet ordre d'idées beaucoup a été fait, beaucoup malheureusement reste à faire. Trop d'écoles sont encombrées, disposent d'un terrain trop étroit pour le personnel et les enfants qu'elles abritent. Trop de classes ont un cubage d'air insuffisant, ne donnent à respirer qu'un air confiné, chargé de miasmes, de poussières, de produits toxiques. Et l'air confiné agit à la façon d'un poison.

Il n'est vraiment pas étonnant qu'un jeune maître placé dans de si mauvaises conditions soit touché par le bacille de Koch. Le contraire nous surprendrait.

En France, dit le professeur Brouardel, les instituteurs sont particulièrement éprouvés par la tuberculose. A Paris et dans les grandes villes, le cinquième des maîtres est tuberculeux.

Le Dr. Maurice Bibet est encore plus pessimiste. La tuberculose, dit-il, cause chez les instituteurs le tiers et dans quelques régions la moitié des mises à la réforme et des décès. Les causes de cette fréquence seraient la présence, dans les écoles, d'enfants tuberculeux, l'état souvent défectueux et la mauvaise hygiène des écoles, l'absence de désinfection et le surmenage et surtout le surmenage vocal.

D'après notre expérience personnelle, nous pouvons affirmer que nombreux sont les maîtres de l'enseignement qui gagnent dans l'exercice de leurs fonctions les germes du mal.— La preuve nous en a été fournie par la Société antituberculeuse de l'enseignement primaire de la Seine. Sur 2,200 adhérents à cette société, nous avons vu défile: plus de 270 malades, qui ne sont pas tous des phthisiques, des consomptifs, mais qui sont la plupart touchés sous une forme quelconque. Encore cette œuvre si utile à tous les points de vue, n'est pas suffisamment comprise

de tous les sociétaires ; le jour où ils en comprendront mieux la portée, le jour où ils sauront que le moindre petit rhume, la plus légère bronchite, une lassitude prolongée, ou des troubles quelconques de l'organisme peuvent être les débuts de la tuberculose, ce jour le nombre de nos consultants doublera, et cela pour le plus grand bien de l'individu et de la collectivité. C'est, en effet, au début du mal, au moment où les lésions sont encore peu étendues, où l'organisme n'est pas encore intoxiqué et où le mal est encore limité, c'est à ce moment surtout que l'affection est facilement curable.

M. le Prof. Grancher conseille avec juste raison d'éloigner tous les enfants tuberculeux des milieux scolaires et de créer spécialement pour eux des *Écoles au grand air*. L'idée est excellente et on pourrait ainsi améliorer et même guérir un grand nombre de jeunes enfants qui auront un programme spécial plus hygiénique et mieux à la portée de leurs facultés physiques et intellectuelles. Mais ne pourrait-on confier l'instruction et l'éducation de ces jeunes êtres à des instituteurs, qui légèrement touchés eux-mêmes, pourront également profiter de cette vie au grand air et y rétablir leur santé chancelante ? Il y aurait là profit pour tout le monde, et personne mieux qu'un maître, ancien tuberculeux ou pré-tuberculeux, n'enseignerait les mesures à prendre pour se débarrasser de la maladie et pour redevenir bien portant.

Un fait est donc à retenir de cet exposé et doit rester gravé dans toutes les mémoires. La tuberculose est fréquente parmi les membres du corps enseignant ; elle est fréquente pour les causes que nous venons d'énoncer, et aussi parce que dans les écoles même bien construites au point de vue sanitaire, certaines autres règles d'hygiène, telles que le balayage humide, la large ventilation, le chauffage perfectionné n'existent pas encore ou ne sont pas appliqués.

Comment l'instituteur atteint de tuberculose se défend-il, se soigne-t-il, cherche-t-il à se guérir? C'est un point pratique que nous allons examiner maintenant.

On connaît la marche lente, insidieuse et longue de la tuberculose. Elle commence par miner sourdement l'organisme, le débilite, et travaille graduellement pour l'amener à la cachexie. Au début le mal est tolérable, et comme nous l'avons dit, ne demande le plus souvent qu'à s'arrêter, à guérir. Mais pour cela il faut se défendre dès la première heure et avec des armes qui ne sont pas à la portée de tout le monde. C'est qu'en effet si l'affection porte le nom de maladie du peuple, on pourrait dire que le remède n'appartient qu'à la classe des favorisés, des riches.

Les instituteurs appartiennent-ils à cette classe fortunée? Je me garderai de répondre à cette question.

Et cependant, s'ils voulaient, ils pourraient très facilement trouver parmi eux, autour d'eux, les éléments de la guérison. Ils n'auraient qu'à grouper les ressources, à se coaliser contre l'ennemi pour en triompher.

Ils n'auraient qu'à faire dans chaque département ce qu'ont déjà réalisé les membres de l'enseignement primaire de la Seine, de l'Yonne et de Seine et Oise. Quand ils voudront, ils pourront réaliser avec une cotisation minime une espèce d'assurance contre la tuberculose et par ce faible sacrifice établir dans le centre de chaque département un Dispensaire où le sociétaire atteint viendra une, deux ou plusieurs fois consulter des médecins compétents.

A ceux qui seraient placés dans de mauvaises conditions ou qui seraient trop gravement atteints, l'Oeuvre de la Tuberculose Humaine, à laquelle chaque société départementale pourrait s'affilier, tout en conservant son autonomie entière, indiquera un sanatorium peu coûteux pour les soigner et les rétablir

Et puisque nous avons mis en parallèle le Dispensaire anti-tuberculeux et le Sanatorium, examinons la valeur réciproque de ces deux institutions sociales et sanitaires.

*Dispensaires et Sanatoria.*—Tout d'abord, on parle beaucoup des sanatoria, même en France, actuellement, où l'on a été si longtemps à en accepter l'idée. Celle-ci, en tant que moyen de guérison des tuberculeux, nous est venue d'Allemagne, qui, élevant le sanatorium à la hauteur d'une institution d'État, a édifié dans ces vingt dernières années, grâce à des caisses d'assurances obligatoires, l'oeuvre colossale de ses sanatoria populaires, aujourd'hui au nombre de plus de 80, hospitalisant 20,000 phisiques indigents.

Devant un si formidable effort, les nations voisines se sont émues un peu. Et l'Oeuvre des Sanatoria populaires fera bientôt, espérons-le, son chemin même en France. Est-ce à dire, au cas peu probable, où elle serait en peu d'années complètement réalisée, c'est-à-dire, mise sur un pied tel qu'elle suffirait au traitement des 2 ou 300,000 tuberculeux pauvres de notre pays? Nous ne le croyons pas.

Certes, personne plus que nous ne souhrite pour notre patrie l'avancement du règne du Sanatorium, tout au moins des Sanatoria pratiques, efficaces, à la portée des indigents comme des petites bourses, et personne, croyons-nous, n'a plus combattu, dans sa sphère d'action, pour hâter cet événement. Il y a longtemps que, suivant d'un oeil attentif l'expérience qui se poursuit en Allemagne, nous nous sommes convaincu de l'utilité, de la place prépondérante du sanatorium dans la lutte anti-tuberculeuse. Mais il y a longtemps aussi que nous avons affirmé la nécessité d'envisager le problème de la lutte anti-tuberculeuse sous les deux faces: prophylaxie et traitement. La prophylaxie protégeant les collectivités partielles, les groupements professionnels, en vue d'arriver enfin à la protection de la So-

ziété tout entière ; la cure pratique s'adressant non plus aux menacés, aux prédisposés, aux tuberculeux de demain, mais aux tuberculeux de ce jour, à ceux qui sont venus trop tôt dans une société trop jeune encore et qui n'a pas appris à se défendre.

Nous ne nous lasserons pas de le répéter : c'est de ce double point de vue qu'il faut considérer la défense sociale contre la tuberculose ; c'est sous ces deux angles ayant la prophylaxie à son sommet, et la cure pratique à sa base, qu'il faut envisager, si on la veut efficace, la lutte anti-tuberculeuse.

Et toutes les contradictions, toutes les méprises, tous les mécomptes des organisateurs de cette lutte viennent de ce qu'ils n'ont considéré qu'un aspect du problème et une face de la question. En Allemagne, on a surtout envisagé le problème urgent du traitement, et l'on s'est rué sur le sanatorium. On voit aujourd'hui que, seul, il ne suffit pas à la tâche, et qu'il n'assure pas la prophylaxie. Et puisque la prophylaxie, quand il s'agit de défense collective, est sans doute supérieure à la question thérapeutique, qui ne s'adresse qu'aux individualités malades, puisque le dernier mot de l'hygiène est qu'il vaut mieux prévenir que guérir, l'Allemagne s'aperçoit qu'en essayant de guérir avant de prévenir, elle a mis, selon l'expression populaire, " la charrue avant les bœufs " et qu'il lui faut aujourd'hui, en créant des polycliniques, des dispensaires, des offices de santé reprendre son organisation de sous-œuvre pour l'asseoir sur des fondations un peu plus stables.

Nous sommes, personnellement, également éloignés des opinions extrêmes du sanatorium exclusif ou du dispensaire exclusif. La vérité, comme toujours, nous paraît se trouver dans une conciliation des contraires et dans le mutuel concours de ces deux outils de l'armement anti-tuberculeux.

*Nécessité de combiner les efforts du Sanatorium et du Dispensaire.*—Il est, en effet, un malentendu qu'il importe de dis-

siper : c'est celui qui consiste à voir dans le sanatorium et dans le dispensaire deux œuvres rivales, jalouses de leurs succès réciproques et se faisant mutuellement la guerre : rien ne serait plus faux.

D'abord les deux œuvres n'ont pas à être jalouses l'une de l'autre : tout au plus, s'inspirent-elles d'une égale émulation, par l'excellente raison qu'elles ne sont pas rivales ; et elles ne sont pas rivales parce que leurs moyens d'action, leurs ressources, leur clientèle de malades aussi sont tout différents.

Leurs moyens d'action diffèrent ; le sanatorium fait son possible pour réaliser, dans son expression la plus parfaite, la triade de Brehmer, qui reste comme leur évangile et leur credo :

Mais à vrai dire, ces moyens d'action ne sont pas ceux des dispensaires ; Ils font moins dans un sens, ils font mieux dans l'autre.

Ils font moins, dans un sens, car destinés à être des maisons de consultations et de secours au sein des grandes villes, créés pour les travailleurs surtout, ils sont bien forcés de se contenter du climat où la nécessité les a placés. Ils ne songent pas à réaliser la cure d'air ; (1) ils se bornent à la conseiller. Ils conseillent aussi la cure de repos ; mieux quelquefois, que de la conseiller, par l'assistance de la famille, ils mettent le malade à même de se reposer chez lui.

Pareillement pour la cure d'alimentation qu'ils essaient de réaliser dans la mesure de leur budget, et selon la bourse de leurs consultants.

Ils font moins que le sanatorium, ne pouvant sans doute offrir à chacun de leurs malades une villa dans les Pyrénées ou même un lit dans une belle campagne.

(1) Actuellement le Dispensaire antituberculeux des Mutualistes, "Fondation Emile Loubet" reçoit chaque jour dans un quartier excentrique de Paris (XIII) 80 tuberculeux qui font la cure d'air dans une admirable galerie de repos. Les résultats sont excellents

Mais ils font plus aussi, avec moins de frais, ils arrivent à une thérapeutique équivalente, tout en conservant au malade son foyer, tout en lui gardant, sans danger, sa famille à côté de lui, tout en lui permettant de travailler et de gagner sa vie ; foyer, famille, gagne-pain, trois compagnons si chers au travailleur que le cœur lui saigne quand il faut s'en séparer pour l'hôpital, voire même le sanatorium.

Ils font plus enfin que les sanatoria, puisque seuls, ils ont une mission prophylactique ; puisque s'ils guérissent avec plus de difficulté peut être, par contre, ils préviennent, puisqu'ils protègent la société toute entière contre la contagion.

Le sanatorium soigne les malades, mais ne peut rien pour les bien portants, qui sont, cependant, les plus nombreux et les plus intéressants au point de vue social. Le dispensaire traite aussi et soigne les malades (et souvent avec grand succès), mais surtout il protège le foyer, la famille, l'atelier, l'usine, l'enfance, tous les groupements partiels dont est faite la société tout entière.

Socialement, son œuvre dépasse donc celle du sanatorium, puisqu'elle est appelée, si on la réalise dans son intégralité, dans son véritable esprit et dans une proportion suffisante, à rendre superflue la mission du sanatorium dans un avenir évidemment éloigné.

Le dispensaire, à la rigueur (et encore une fois, ce serait un exclusivisme non désirable), pourrait se passer du sanatorium : le sanatorium ne saurait se passer du dispensaire.

Qui désignera les malades pour le sanatorium ? Quel service en fera le triage, les uns pouvant retirer un bénéfice immédiat d'un séjour dans un établissement fermé, les autres trop avancés déjà pour espérer une guérison durable et pour risquer une guérison problématique, qui n'est pas en rapport avec les sacrifices immédiats à consentir ? Qui servirait d'intermédiaire

entre le malade et le sanatorium, sinon le dispensaire, c'est-à-dire le bureau de consultations, de renseignements et de bienfaisance du tuberculeux ?

Et le malade revenu du sanatorium, amélioré ou guéri (mais d'une guérison toujours fragile), qui le suivra, qui le surveillera, qui le remplacera dans des conditions d'hygiène meilleures que celles auxquelles il doit souvent sa maladie ? Qui l'assistera, de nouveau, aux heures de détresse, de défaillance et de rechute ? Qui le détournera d'une façon permanente du cabaret, en lui répétant à satiété les dangers de l'alcool, qui, si le dispensaire n'est pas là pour exercer sa surveillance constante sur le repatrié du sanatorium, sur le réchappé de la maladie, sur son foyer, sur ses enfants ?

Dispensaires et sanatoria nous semblent tellement solitaires qu'on ne comprend guère la possibilité du sanatorium populaire, institution d'Etat, à l'usage des travailleurs, sans l'organisation préalable des dispensaires, sur une vaste échelle.

*Il faut commencer par le moyen le plus simple, le moins coûteux, le plus pratique.*—On voit donc quels services énormes le dispensaire peut rendre immédiatement à la classe moyenne. Nous pouvons affirmer, sans crainte d'être démenti, que la plupart des tuberculeux, qui s'adressent à lui dès la première atteinte, peuvent être remis promptement et reconquérir la santé. A cet établissement si modeste et sans prétention, qui est à la portée de tous, l'instituteur n'hésitera pas de s'adresser, pour connaître la vérité sur son état de santé, et ainsi seront dépistées un grand nombre de tuberculoses débutantes, dont on enrayera de suite la marche.

S'adressera-t-il avec la même facilité au sanatorium où il devra faire un long séjour ?

Mais à côté de ces raisons morales, à côté de tous ces avan-

tages incontestables, il y a une autre raison qui milite en faveur du dispensaire : c'est la question pécuniaire.

Lorsqu'on veut édifier un sanatorium destiné à une centaine de malades, il faut immobiliser immédiatement une somme importante, une première mise de fonds assez considérable.

L'entretien et le fonctionnement de cet établissement sont également très onéreux. Enfin, l'organisation et la mise en train du sanatorium sont encore pénibles et longues.

Rien de semblable n'existe pour le dispensaire qui peut être installé à peu de frais, qui peut fonctionner immédiatement et rendre de suite aux membres de l'enseignement tous les services qu'ils attendent d'une semblable organisation. C'est vraiment le moyen de défense pratique et efficace des petites bourses.

Ainsi donc : simplicité, modicité de prix, fonctionnement immédiat et facile, tels sont les grands avantages du dispensaire.

*Rôle vulgarisateur et moralisateur du dispensaire.*—Enfin les dispensaires, semés à profusion sur le territoire de France à l'usage des membres de l'enseignement et fonctionnant à l'image de celui qu'ont créé, sous les auspices de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine, les membres de l'enseignement primaire du département de la Seine, ces dispensaires seraient un puissant levier de lutte antituberculeuse, anti-alcoolique et anti-syphilitique.

Non pas que nos observations nous permettent de supposer qu'il existe parmi les membres de l'enseignement plus d'éthyliques ou d'avariés que dans les autres professions. Ce serait plutôt tout le contraire et la tuberculose suffit à y sévir. Mais ils ne sont, pas plus que personne, ni infallibles, ni indemnes. Et puis les dispensaires qui sont déjà des centres d'instruction antituberculeuse, deviendront aussi des centres d'éducation anti-alcoolique et de prophylaxie sanitaire.

Aussi les instituteurs de chaque département devraient-ils se grouper, ainsi que l'ont fait déjà quelques uns, pour fonder des sociétés, des unions de défense et de prophylaxie sanitaire dont l'expression et les moyens seraient, dans chaque département, un dispensaire où ceux d'entre eux qui sont malades pourraient venir consulter des médecins spécialistes, et où ces médecins leur feraient des causeries familières pour leur exposer les points essentiels de l'hygiène sanitaire.

*Les Sanatoria régionaux.*—Mais il y a plus. Plusieurs de ces sociétés d'enseignement départementales pourraient se fédérer, grouper leurs efforts et leurs ressources pour constituer une ligne régionale qui, en centralisant tous les revenus, serait peut-être assez puissante pour édifier plus tard un sanatorium régional destiné à leurs collègues malades. Est-ce que la France enseignante et universitaire ne pourrait pas être ainsi divisée en une demi-douzaine de territoires régionaux sur chacun desquels l'Union régionale de l'Enseignement édifierait un sanatorium ? Ainsi le Dispensaire, première ligne de défense, trouverait son complément dans le Sanatorium : l'un destiné à surveiller, à prévenir, à assister, l'autre à soigner les cas graves.

Récemment, l'Union nationale des Amicales a fondé un vaste Sanatorium dans la Creuse. Cet établissement admirablement installé, placé sous la direction savante de M. Ceuns, inspecteur d'académie, peut recevoir dès maintenant 150 instituteurs en puissance de tuberculose. Nous ne saurions assez féliciter cette initiative privée et cette nouvelle organisation. Quoique nous pensions que cet unique établissement ne sera pas suffisant pour recueillir tous les instituteurs français tuberculeux, nous sommes heureux cependant de voir que cette corporation si intéressante ne s'en tient pas aux formules creuses et aux mots et qu'elle en est venue à la pratique.

*Conclusions.*—Tels sont les conseils pratiques que notre

expérience nous permet de donner aux membres de l'enseignement. Qu'ils n'attendent pas, suivant notre habitude française, la manne du gouvernement.

Qu'ils prennent eux-mêmes l'initiative de ce généreux mouvement qui leur sera très utile et qui profitera au pays tout entier.—Qu'ils organisent de suite dans chaque département, et sans plus attendre, une Société anti-tuberculeuse pour protéger leurs collègues atteints de phthisie, pour les assister et les guérir. Du même coup, ils imprimeront le mouvement de défense et de protection sanitaire au pays tout entier, ils dirigeront ce mouvement de prophylaxie, d'assistance et de vulgarisation ; ils rendront tant de services que les pouvoirs publics ne resteront pas insensibles et leur prêteront un large appui et de puissants encouragements.

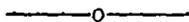
Il s'agit là d'une généreuse entreprise, que les membres de l'enseignement comprendront et dont ils apprécieront la haute portée humanitaire et patriotique. A la triplice formée par la tuberculose, l'alcoolisme et l'avarice, opposons la triple ligue de la science, de l'éducation et de la vulgarisation. Et de même que la France, par sa sagesse et sa vigilance, a déjà eu raison des vellétés guerrières d'une autre triplice, de même cette alliance éclairée, ces efforts communs et désintéressés finiront par triompher des trois fléaux humains.

La charité, comme l'instruction, comme l'éducation nationale, à la lumière des conquêtes de la science moderne et sous l'irrésistible poussée du progrès, ne sont plus restées l'apanage de quelques classes fortunées, qui s'en étaient faites autrefois les exclusives distributrices.

Le soleil de la solidarité sociale doit luire aujourd'hui pour tout le monde. Et c'est l'école, c'est l'enseignement à ses divers degrés qui portera le flambeau de la science dans toutes les intelligences admises désormais aux bienfaits de l'instruction.

Que l'école verse donc aussi dans le cœur de nos enfants les pures joies du bien accompli en commun chacun pour tous et tous pour chacun ; qu'elle verse dans leurs volontés les germes des initiatives fécondes et des viriles résolutions. Qu'au service, enfin, de ces facultés ainsi façonnées pour l'accomplissement des devoirs individuels et sociaux, elle s'applique aussi, par une instruction pratique et l'exemple habituel des choses de l'hygiène, à pétrir des corps robustes et vaillants pour la lutte de la vie !

DR SAMUEL BERNHEIM,  
Président de l'Oeuvre de la Tuberculose Humaine.



### KYSTE DU PANCREAS .



J'ai cru intéresser quelques confrères en rapportant le cas d'une malade que j'ai opérée pour un kyste du pancréas le 29 novembre, 1906.

Le 27 novembre, Mde J. O., de New-Richmond, P. Q., m'est envoyée par mon ami, le Dr E. G. Cyr, pour la soulager d'une tumeur abdominale.

Histoire de famille est négative. Histoire personnelle est bonne. Agée de 31 ans, Mde O. . . s'est mariée à 20 ans et eut 5 enfants, le dernier en mai 1905 ; accouchements normaux, forceps au 1er pour cause d'inertie utérine, relevailles heureuses, et santé parfaite jusqu'à 3 semaines après son dernier accouchement, date des premières manifestations de la maladie actuelle. Elle a toujours allaité ses enfants 12 à 16 mois, mais le dernier a été sevré vers l'âge de 9 mois parce que l'allaitement semblait la fatiguer plus que d'ordinaire.

Menstrues régulières durant 3 ou 4 jours depuis l'âge de 14 ans; ont fait leur réapparition de suite après le sevrage des 4 premiers enfants, et 4 mois après le sevrage du dernier; elles ont été irrégulières depuis (3 fois dans 5 mois.)

*Histoire de la maladie.*—Environ 15 à 20 jours après son dernier accouchement, qui fut normal et sans complication, la malade commença à sentir des douleurs dans les hypochondres et au creux épigastrique, douleurs très fortes accompagnées de nausées et de vomissements qui survenaient par crises de quelques jours de durée. Les crises revenaient par intervalle et alternaient avec des périodes variables (1 semaine à 2 mois) de repos presque complet jusqu'au mois de mars 1906, et s'installèrent alors pour ne plus disparaître. Quoique siégeant dans tout l'abdomen les *douleurs et les tiraillements* étaient plus intenses tantôt à l'épigastre, tantôt dans les flancs, tantôt dans le petit bassin et rappelaient les souffrances de l'enfantement.

Souvent, même avant le développement de sa tumeur, M<sup>de</sup> O a été obligée de garder le lit plusieurs jours tant les douleurs étaient fortes et quand elle se levait "*il lui semblait que ses intestins voulaient s'arracher et sortir de l'abdomen.*"

Depuis mars 1906 les vomissements et les nausées sont continus et augmentent de pair avec les paroxysmes douloureux.

Quelques mois après le début de la maladie la patiente a remarqué que lors de ses *fortes crises* la région épigastrique était le siège d'un gonflement inaccoutumé, gonflement qui disparaissait dès qu'un peu d'amélioration se faisait sentir. Mais au commencement de septembre et dans l'espace d'une semaine le ventre a pris le volume qu'il a lors de l'examen, c'est-à-dire celui d'une femme enceinte à 9 mois de gestation. Depuis le développement de la tumeur, les douleurs sont localisées surtout dans la moitié gauche de l'abdomen et le port d'une bande semble les

soulager. Vers le même temps l'appétit commença à manquer. Amaigrissement graduel dès le début de la maladie. Intestins sont réguliers, pas de diarrhée, il y a plutôt tendance à la constipation dans les quelques semaines qui précèdent l'admission de la malade à l'hôpital. Miction normale, essouffement à la marche.

*Examen.*—Température normale, pouls 120. Abdomen très distendu, plus qu'il n'apparaît généralement avec un utérus à terme. Tumeur un peu ovoïde à grand diamètre transversal et un peu plus grosse du côté gauche quoiqu'emplissant toute la cavité abdominale; mobile sur toute sa surface excepté dans les flancs et à la pointe du sternum où elle est immobile et rénitente.

L'examen vaginal ne découvre rien d'anormal, utérus mobile et de volume ordinaire; impossibilité absolue de sentir la tumeur par cette voie. Diagnostic. Kyste, peut être ovarien à long pédicule.

*Opération.*—Anesthésie par Ether; l'abdomen est ouvert sur la ligne médiane de l'ombilic au pubis, pas de liquide libre dans la cavité. La face antérieure de la tumeur est recouverte d'omentum sillonné de grosses veines dont quelques-unes ont le volume d'un porte plume. L'estomac est étalé sur le segment antéro-supérieur de la tumeur et y est intimement uni; la même union existe entre la face inférieure du kyste et le colon transverse qui est repoussé en bas presque dans le petit bassin où est comprimé tout le petit intestin. Après avoir exposé une portion du kyste en sectionnant, entre sutures, le ligament gastro-colique, je fais la ponction et je retire 11 pintes d'un liquide noir verdâtre. L'ouverture est agrandie et j'introduis la main à l'intérieur du sac qui se dirige en haut, en arrière et un peu à gauche dans la direction du Pancréas. (Inutile de dire que j'ai changé mon diagnostic.) La membrane

interne est lisse et fibreuse et semble se laisser séparer des autres couches. Vu l'union intime du sac avec la face postérieure de l'estomac, le duodénum, le colon transverse etc., union qui rend impraticable l'ablation totale de la tumeur, je tente avec succès le décollement de la membrane interne du sac que j'enlève complètement. Cette dissection doit être faite à petits coups et demande beaucoup de patience et de délicatesse, car à tout instant il y a danger d'ouvrir le tube digestif ou un vaisseau de gros calibre. Je résèque une partie de l'ovaire droit qui est kystique puis je suture l'ouverture du sac à la paroi musculo-péritonéale (marsupialisation), après avoir fait un lavage de la poche pour enlever tout reste de liquide kystique. Je fais un pansement à la Mikulicz et suture en 3 plans le reste de l'incision. L'opération a duré 1½ heure, et à part une petite alarme due à l'accumulation de mucus dans la trachée, s'est terminée sans accident.

*Suites opératoires.*—*1ère semaine*: pouls 130 à 115; température, 99° à 100°; écoulement purulent; pansement tous les jours; intestins fonctionnent deux fois le 3e jour.

*2ème semaine*: pouls 115 à 110; température 99° à 100°; l'écoulement est le même; pansement tous les jours, les intestins se vident chaque jour, aucune douleur, appétit revient. Etat général satisfaisant.

*3ème semaine*: Pouls 110 à 90; température 100° à 100.°5. Écoulement purulent, pansement journalier. Un peu de douleur dans la région de la vésicule biliaire; intestins réguliers.

*4ème semaine*: Pouls 90; température normale et reste telle jusqu'au départ de la malade, 8 semaines après l'opération. Écoulement diminue considérablement, il est de couleur blanc grisâtre et contient de fines globules de graisse qu'on peut voir à l'œil nu; pansement tous les deux jours, l'ouverture du sac

peut à peine recevoir un drain de la grosseur d'une cigarette, le reste de la plaie est cicatrisé par 1<sup>ère</sup> intention. La malade n'a plus de douleur, mange bien et semble engraisser.

*6<sup>ème</sup> semaine* : Tout va bien, la malade se lève et commence à marcher. L'écoulement s'arrête durant 2 jours et la fistule se ferme temporairement. Pouls et température normaux ; État général très bon.

*8<sup>ème</sup> semaine* : Départ de l'hôpital ; la fistule paraît définitivement fermée.

Je regrette beaucoup qu'un malentendu m'ait privé de l'analyse du contenu du kyste et de l'examen microscopique des parois du sac.

Le kyste du pancréas est bien connu depuis 20 ans à peine et quoique rarement rencontré il est la condition pathologique des organes profonds que le chirurgien est le plus souvent appelé à traiter.

*Étiologie.*—Il se rencontre aussi fréquemment chez l'un ou l'autre sexe d'après certaines statistiques, (Koerte sur 121 cas nota 60 hommes, 56 femmes et 5 de sexe non désigné) et plus souvent chez la femme selon d'autres. (Bas : 15 femmes et 9 hommes.)

Cette affection est plus commune vers l'âge moyen de la vie, (66 sur 121 étaient entre 40 et 50 ans,) cependant on a rapporté des cas où la maladie existait chez des vieillards et des jeunes enfants. La nature et l'origine de ces kystes sont obscures. On peut dire que la majorité sont des kystes par rétention et cette théorie a été défendue avec ardeur par Gems aux États-Unis et Boeckel en France. D'après cette théorie toute cause d'oblitération du canal principal de la glande ou de l'un de ses affluents produirait la rétention et l'accumulation du produit de sécrétion en arrière de l'obstacle. L'oblitération peut être causée par un calcul, par l'inflammation catarrhale du canal de

Wirsung, par une rétraction cicatricielle résultat d'une inflammation ou d'un traumatisme, catarrhe du duodénum, coudure du canal pancréatique ou par un calcul enclavé près de l'orifice du canal cholédoque, etc., etc. Dans un cas rapporté par Durante l'obstruction était due à un ver rond qui s'était engagé dans le canal de Wirsung.

Le traumatisme est reconnu comme un facteur étiologique fréquemment rencontré dans la formation de ces kystes et chez 33 des 121 observations recueillies par Koerte, la lésion était consécutive à un coup ou traumatisme quelconque. La plupart des auteurs s'accordent à dire que l'hémorrhagie n'est pas la cause première du kyste.

Minier croit qu'une dégénérescence kystique peut survenir dans le pancréas aussi bien et de la même manière que dans le rein, le testicule et la glande mammaire.

La théorie néoplasique est plus récente et a déjà acquis une grande valeur ; elle fait de ces kystes de véritables cysto-épithéliomes analogues à ceux de l'ovaire dont la pathogénie semble aujourd'hui bien établie. Les 2 théories peuvent être admises car une seule ne peut expliquer tous les cas.

Les kystes par rétention vraie sont généralement uniloculaires à parois fibreuses et communiquent avec un canal excréteur de 1er ou de 2ème ordre, ceux de nature néoplasique au contraire n'ont pas de communication habituelle avec les canaux. Ils sont multiloculaires ou monoloculaires avec des parois infiltrées de petits kystes ou de végétations nombreuses.

Pour Bas ils seraient de nature diverse : les uns seraient dus à une pancréatite superficielle, les autres des adénomes transformés en épithéliomes mucoïdes ou seraient dus à une monstruosité du développement, sorte d'adénome foetal.

*Anat. Pathologique.*—Ces kystes peuvent avoir leur point de départ dans n'importe quelle partie du pancréas, mais c'est

dans la queue et le corps qu'on les rencontre le plus souvent contrairement au cancer qui se développe surtout dans la tête de la glande. Sur 134 cas rapportés par Osler en 1898 la situation de la tumeur n'était pas mentionnée dans 90, elle occupait tout le pancréas dans 14, la queue dans 15, la tête dans 11 et le corps dans 4 cas.

Ils peuvent être uniques ou multiples et cela ne doit pas être oublié en considérant le pronostic et les possibilités de récurrence. Leur grosseur est variable, quelques-uns atteignent même le volume de gros kystes ovariens, les petits sont le plus souvent des trouvailles d'autopsie.

Martin en a vu un qui contenait 15 litres de liquide et celui que j'ai opéré tout dernièrement en contenait 11. Cependant, les observations de ce genre, sont assez rares. Le liquide contenu est généralement d'une couleur brun café ou brun rougeâtre, rarement clair (Osler,) la réaction en est le plus souvent alcaline et sa densité varie de 1007 à 1028. La forme de la tumeur est arrondie, la surface lisse et régulière est quelques fois parsemée de saillies inégales et offre une grande résistance. Quand il existe un pédicule il est toujours très court et le plus souvent le tissu pancréatique est détruit ou étalé à la surface de la tumeur.

En se développant le kyste acquiert des relations très variables avec les organes voisins surtout avec le foie, l'estomac et le colon transverse ; il peut être situé en arrière de l'estomac qu'il pousse en avant, il peut faire projection entre l'estomac et le foie ou entre l'estomac et le colon transverse ou rester en arrière du colon. Le déplacement de tous ces organes est quelques fois très grand et dans un cas rapporté, le colon transverse était poussé en-bas, en arrière de la symphise pubienne. Outre le déplacement des viscères, de sérieuses complications peuvent être le résultat de la pression exercée par la tumeur sur le cho-

leodque, le duodénum et les uréters, sans compter les adhérences nombreuses et solides qui s'établissent entre le sac et les organes qui l'entourent.

*Symptômes.*— Dans un grand nombre de cas la découverte d'une tumeur dans la région du pancréas n'est précédée d'aucun symptôme digne d'attention, mais généralement certains signes, certains troubles accompagnent le développement du kyste et le font suspecter avant qu'il ait pris un volume appréciable. Le plus prononcé de ces symptômes est la douleur, douleur qui peut survenir par attaques de courte ou de longue durée ou persister sans relâche durant des semaines, des mois, même des années. Elle est ressentie au creux épigastrique, ou dans la région du pancréas et, comme dans toute affection de cet organe, a une tendance à s'irradier dans le côté gauche et l'épaule gauche. Très souvent ces paroxysmes douloureux sont accompagnés de troubles dyspeptiques, nausées, vomissements, diarrhée et d'amaigrissement qui marche de pair avec la maladie. (Cependant Monro prétend qu'un grand nombre de ces malades sont remarquablement gras.) La tumeur fait son apparition un certain temps après l'établissement des symptômes précédents et se localise dans la région hypocondriaque gauche ou à l'épigastre. Si toute la glande est détruite ou si le canal ne donne passage à aucun liquide pancréatique les selles peuvent contenir de grandes quantités de graisse, il peut y avoir glycosurie et diminution d'indican dans l'urine d'une manière notable.

*Diagnostic.* Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer un kyste du pancréas et comme le dit Robson, sans une histoire clinique intelligente le diagnostic est une conjecture. Cependant la maladie doit être soupçonnée dans tous les cas où surviennent des attaques successives de fortes douleurs à l'épigastre ou à l'hypocondre gauche, surtout si elles sont accompagnées de colapse. Ces douleurs paroxystiques n'existeraient, d'après

certains auteurs, dans aucun autre kyste abdominal, et devraient faire songer au kyste du pancréas chaque fois qu'on les rencontre.

Toutefois le diagnostic restera problématique jusqu'à l'apparition de la tumeur dans la région intéressée.

Le diagnostic différentiel doit être fait de l'anévrisme, du kyste échinocoque du foie ou de la rate, de l'hydronéphrose, du kyste de la vésicule biliaire et du kyste ovarien. L'anévrisme est pulsatile ; dans le kyste du foie ou de la vésicule biliaire la matité du foie se continue avec celle de la tumeur sans " *bande sonore* " telle que rencontrée dans le kyste du pancréas, exception faite des cas où la tumeur se fraye un chemin entre l'estomac et la face inférieure du foie ; le kyste échinocoque de la rate (seule tumeur kystique dont cet organe soit le siège) est plus difficile à différencier, même impossible parfois, sans l'examen du contenu ; dans l'hydronéphrose la tumeur a plutôt son siège à la région lombaire et est accompagnée d'une histoire de coliques néphrétiques et de troubles urinaires ; le kyste ovarien se développe de bas en haut et plus d'un côté que de l'autre ; mais si la tumeur est grosse le diagnostic est loin d'être facile.

Les kystes de l'arrière-cavité des épiploons et du mésentère sont différenciés avec beaucoup de difficultés.

Dans tous les cas douteux il est conseillé d'extraire un peu de liquide si c'est possible et d'en faire l'analyse pour rechercher la présence des ferments pancréatiques et juger de ses propriétés digestives. Cependant la ponction du kyste dans un but de diagnostic est un procédé bien discutable, car il y a toujours danger de traverser un viscère, un vaisseau en position anormale, sans compter les hémorrhagies que l'on peut produire en perforant un sac dont les parois sont très vasculaires. Il vaut mieux recourir de suite à la laparotomie que l'asepsie a rendue si facile et si bénigne.

*Pronostic.* Il est malaisé de connaître avec certitude la rapidité avec laquelle croissent les kystes du pancréas, mais il est probable qu'ils existent longtemps sans causer de troubles et se développent lentement.

On en rencontre à croissance rapide qui doivent être opérés sans retarder afin de ne pas exposer le malade à diverses complications dont la plus redoutable est la rupture du kyste dans la cavité péritonéale. La durée de l'affection est incertaine, et l'apparition ou la disparition de la tumeur est expliquée par le fait que le contenu peut se vider dans l'estomac ou les intestins.

*Traitement.*—Une revue des cas rapportés ici et là montre que la maladie doit être traitée chirurgicalement et que l'opération doit être faite aussitôt que possible. La formule de Dieulafoy pour l'appendicite peut être appliquée au kyste du pancréas.

Les moyens chirurgicaux qui ont été employés, sont : la ponction, l'application de caustiques à l'intérieur du sac, l'incision et la marsupialisation du sac en un ou deux temps, l'ouverture et le drainage du kyste dans la région lombaire et l'extirpation de la tumeur en partie ou en totalité. La ponction du sac est condamnable à cause de ses dangers et de son insuffisance. Il en est de même de l'application de caustiques, intervention qui a déjà causé la mort. L'extirpation totale constitue la seule opération rationnelle puisque ces tumeurs sont souvent de nature néoplasique et susceptibles de récidives et de généralisation. Mais il faut le reconnaître, l'extirpation totale et complète est souvent impossible à cause de la grande vascularité de la région et des adhérences nombreuses qui unissent le kyste aux organes qui l'entourent, facile quelques fois lorsque la tumeur est petite l'ablation est généralement impraticable lorsqu'elle est grosse.

L'opération la plus souvent pratiquée de nos jours est l'irisation et la marsupialisation du kyste. Fusrenbauer est le père de cette méthode qui a été adoptée par tous les chirurgiens. Elle consiste à suturer le sac aux lèvres de l'incision abdominale et à drainer la cavité au moyen de gaze stérilisée ou de tubes à drainage. L'opération peut se faire en un ou deux temps. Il est conseillé de la faire en deux temps, c-à-d d'ouvrir le sac deux ou trois jours après l'avoir suturé à la paroi musculo-péritonéale, lorsque rien ne presse ou lorsqu'on n'est pas sûr de son asepsie.

Boeckel, dans la "Revue de Chirurgie" du 10 septembre 1900, rapporte 99 cas traités par ce procédé opératoire, avec 92 guérisons et 7 morts. Dans 16 cas l'opération a été faite en deux temps avec 16 guérisons. Ceci parle bien en faveur de l'incision avec drainage. Le même auteur a rassemblé 24 observations d'extirpation partielle ou complète du sac avec une mortalité de 16.4% et celles de Koerte donnent 29% de mortalité. Dans 7 des 21 cas rapportés par ce dernier les difficultés étaient si grandes que l'opération n'a pu être complétée.

Une comparaison des résultats donnés par les statistiques semblerait indiquer que l'incision avec drainage devrait être l'opération de routine pour le traitement des kystes du pancréas, et cependant une étude plus approfondie des formes cliniques que le kyste peut présenter, avec une observation plus minutieuse de la convalescence des sujets drainés peut porter le chirurgien à tenter l'extirpation du sac plus fréquemment avec de meilleurs résultats.

Chez presque tous les opérés la nutrition ne tarde pas à s'améliorer bien que le liquide pancréatique continue à couler de la plaie. On a quelques fois beaucoup de difficultés à fermer la fistule et si elle ne se ferme pas en 6 à 8 semaines elle peut persister des années.

DR L. G. PINAULT.

## *Thérapeutique*

---

### HAUTE FREQUENCE ET HYPERTENSION ARTERIELLE

---

P. C. PETIT de Paris.

La haute fréquence, l'hypertension artérielle, le diabète sont questions d'actualité. Elles ont vu le baptême du feu au dernier congrès de Lyon et l'écho des discussions a retenti dans la presse. Il me semble utile à ce sujet, d'entrer dans quelques détails afin que les praticiens sachent ce qu'ils peuvent tirer de ces nouveaux procédés de thérapeutique.

*Appareillage.*—La source du courant de haute fréquence est un courant de haute tension fourni par une machine ou, plus ordinairement, par une puissante bobine de Rumkhorff. Ces deux appareils fournissent un courant de haut potentiel, de haute tension ; mais le nombre de périodes ou la *fréquence* du courant est relativement basse, ce qui le rend dangereux. Nous pouvons relier les bornes de la bobine à un condensateur, une bouteille de Leyde, par exemple. En pratique, on se sert de condensateurs plus compliqués, mais toujours ils reposent sur les mêmes principes. Relions encore notre condensateur à un solénoïde, celui-ci sera à son tour parcouru par un courant de haute tension. Mais le condensateur en a fait aussi un courant de haute fréquence, non dangereux, et qui jouit de propriétés particulières, par exemple de rester insensible pour le sujet qu'il traverse.

Le courant de haute fréquence peut être appliqué localement au moyen d'électrodes diverses, par exemple dans le trai-

tement de la fissure anale. Mais je n'ai pas ici en vue cette modalité.

L'hypertension est un symptôme d'ordre général, de toute nécessité il lui faut opposer des applications généralisées. Dans le cas particulier, le solénoïde employé prend le nom de "grand solénoïde ou cage" et le mode d'application reçoit celui d'autoconduction. Cette cage est formée de montants de bois verticaux sur lesquels courent des spires d'un fil isolé. Les bornes du condensateur sont reliées aux deux extrémités de ce dernier et l'ensemble est parcouru par un courant de haute fréquence. Le sujet est introduit dans la cage dont un mouvement de poulie rend accessible l'intérieur.

Comment le malade reçoit-il le courant? Dans la bobine de Runkhorff, il y a une bobine secondaire qui se déplace le long de la bobine primaire sans la toucher et cependant le courant induit parcourt cette bobine secondaire. Il en est de même ici, le corps humain joue le rôle de la bobine secondaire par rapport à la primaire qui est la cage. Il est induit par elle et en lui se développent les courants induits de haute fréquence.

Ceux-ci sont invisibles à l'œil et le sujet ne les perçoit pas (en autoconduction, bien entendu). On peut cependant objectiver leur existence. Le long de la cage court un fil isolé, indépendant du circuit, et qui se ferme sur une lampe. Aussitôt le courant né, la lampe s'allume. Si l'on diminue la résistance du sujet (mains humides) et si on le relie à un circuit de lampe, celle-ci s'allume. C'est la démonstration la meilleure.

Enfin, grâce à M. Doumer, on peut espérer d'ici peu pouvoir mesurer l'intensité de ces courants d'autoconduction.

*Thérapeutique.*—Le sujet ne sent rien pendant les séances. On a cité quelques vertiges, un peu de transpiration; tout cela est possible, mais c'est l'exception. Cinq minutes dans la cage font baisser la pression de plusieurs centimètres.

Le nombre des séances qui la fait tomber à la normale varie. Au congrès de médecine de 1904, MM. Moutier & Challamel ont apporté les chiffres suivants :

1 séance pour 19 cas.		
2	—	10 —
3	—	8 —
4	—	5 —
6	—	2' —
9	—	1 —
11	—	1 —
16	—	2 —

Challamel a revu ses malades dix-huit mois après le traitement, la tension était normale, Et Moutier ajoute "la tension artérielle reste à la normale trois, quatre et même cinq ans après la cessation du traitement."

*Physiologie.*—Un peu de physiologie fera comprendre ces effets. La tension artérielle est, somme toute, la force qui pousse la masse sanguine vers les capillaires. L'artère n'est que la continuation physiologique du cœur. Elle gît entre deux forces, la contraction cardiaque et la résistance des capillaires. On a donc intérêt de connaître la tension dans les états morbides du cœur, des artères et des capillaires. Et ces états sont nombreux. Huchard cite la présclérose, le tabagisme, la néphrite interstitielle, la syncope locale, la maladie de Stokes-Adams, les anévrysmes, l'alimentation carnée intensive. En somme, tout obstacle à la périphérie augmente le travail du cœur et par suite la tension. C'est dire dans combien de cas des plus divers on peut trouver l'hypertension.

En dehors des lésions cardiaques proprement dites, toute la gamme des maladies arthritiques la peuvent produire: la goutte, le diabète gras, l'emphysème, certaines dyspepsies. Citons les hypertensions de la grossesse et de la maladie de Basedow

celles des lésions du foie et des reins, des intoxications par le plomb, le tabac, l'alcool. Enfin les préoccupations, le travail prolongé peuvent y conduire.

Pour bien traiter une hypertension, il faut savoir mesurer une pression normale. La presque unanimité des praticiens en France se sert du sphygmomanomètre de Potain. Les mesures se prennent à la radiale et l'opération, avec un peu d'habitude, est conduite en quelques minutes à bonne fin. Évaluée en centimètres de mercure, la tension normale oscille autour de 15.

L'hypertension artérielle retentit sur le cœur. Hypertrophie, cœur forcé, dilatation, hypotension et déchéance de l'organisme sont les étapes de ce cycle. Si les malades sont pris à temps, on peut voir le cœur diminuer de volume. Si après les séances, on mesure la pression après le passage du sang dans les capillaires, on voit cette pression augmenter. Par ce moyen, la haute fréquence fait disparaître l'obstacle périphérique, le spasme des vaso-constricteurs. Cet obstacle disparu, le travail du cœur, et par suite la tension artérielle diminuent.

L'état général s'améliore aussi. Apostoli avait noté le retour du sommeil, l'augmentation de l'appétit, le relèvement des forces, la gaieté, la résistance au travail. Un de mes malades, après chaque séance, se précipitait chez lui prendre une copieuse collation.

Les matériaux fixes de l'urine augmentent, l'urée suit cette même progression. Le coefficient respiratoire s'accroît. L'oxygène absorbé augmente ainsi que l'acide carbonique émis. La chaleur émise par le corps s'accroît. La fonction respiratoire voit s'exagérer le nombre et l'amplitude des respirations.

L'autoconduction ne s'est cependant pas imposée sans peine. L'instrumentation était défectueuse; les résultats obtenus demandaient tant de temps qu'il fallait peut être les attribuer à la bonne nature. Mais l'instrumentation s'étant perfectionnée

Montier reprenait toute la question et arrivait à ces remarquables résultats que plusieurs ont confirmés après lui.

*Discussion.*—J'avais la certitude d'un triomphe assuré pour l'autoconduction quand je vis mettre l'hypertension à l'ordre du jour du Congrès de Lyon. Il fallut en rabattre et je voudrais ici répondre à quelques objections qui prennent leur importance de la hauteur même où elles sont tombées.

M. Vaquez a tout d'abord protesté contre l'emploi des sphygmomanomètres de Verdin ou de Bloch. Je n'y contredis point ; mais la plupart des tracés de Montier furent pris à l'appareil de Potain et M. Chanoz n'a employé que ce dernier. L'objection tombe donc d'elle-même. Puis après avoir rappelé les formes diverses de l'hypertension et vanté les bons effets du régime et du repos, M. Vaquez conclut que son expérience personnelle sur la valeur thérapeutique de la haute fréquence l'a conduit à une conclusion négative. J'aurais préféré une affirmation moins catégorique et des faits plus nombreux. J'aurais voulu justement que M. Vaquez nous dit combien il a traité d'hypertendus et de quelle sorte, qu'il nous renseignât sur l'appareillage employé, qu'il eût établi des statistiques et apporté des cas cliniques sur lesquels on pût discuter. On eut pu se prononcer alors sur la valeur de l'expérience personnelle de M. Vaquez en haute fréquence, ce qui nous échappe encore pour l'instant. Nous savons tous qu'il y a plusieurs espèces d'hypertension. Mais ce que nous avons tous dit et Montier en tête, c'est qu'il y a un symptôme "*l'hypertension des artères*", indicateur de multiples affections, qui peut devenir le début d'affections graves et conduire à la mort. Nous prétendons qu'en face d'une hypertension, on ne peut pas toujours porter un pronostic sûr ou prévoir l'évolution. Sans doute le régime et le repos peuvent améliorer un certain nombre de malades ; mais non la majorité. La haute fréquence a une action plus durable et plus certaine et

retarde les graves échéances qui guettent les malades. Elle a une action trophique, une action de nutrition sur les tissus et elle sera mieux suivie que régime et repos que peu acceptent pendant longtemps. Notre expérience personnelle est celle de tous ceux qui ont accumulé les faits depuis plusieurs années et pour ceux-là une conclusion positive.

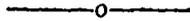
MM. Vidal et Challamel ont aussi lancé leur pierre dans ce jardin. "Chez six hypertendus, disent-ils, jamais le pouls n'a pu redevenir normal, ni la tension s'abaisser jusqu'à la normale, ni les échanges nutritifs s'améliorer." Ceci est du mois d'août 1906 et c'est en 1905 que M. Challamel grossissait sa thèse de 59 observations, la plupart personnelles et, disciple de Moutier, concluait ainsi: "La d'Arsonvalisation ou autoconduction, par son action efficace, énergique, rapide, et qui semble constante et durable si le malade suit un régime convenable, paraît donner actuellement dans le traitement de l'hypertension artérielle transitoire, aussi bien que dans celui de l'hypertension artérielle permanente, des résultats meilleurs que les médications employées jusqu'ici."

Faut-il croire M. Challamel de la thèse inaugurale ou celui du Congrès de Lyon? Je préfère le premier, avec ses 60 observations et son travail inspiré, guidé et contrôlé par Moutier. Six cas malheureux ne prouvent rien, sinon que chaque méthode connaît des insuccès. Ils ne peuvent pas permettre de se déjuger et de démolir un édifice cimenté par tant de maçons sérieux et habiles en leur art.

L'hypertension cède à l'électricité, voilà ce qu'il faut redire aux praticiens. Et pour être vrai, il faut même ajouter: des courants statiques élèvent la tension artérielle et améliorent les hypotendus; la haute fréquence appliquée localement, sous forme d'effluve de résonnance par exemple, a la même action. Appliquée en autoconduction, elle abaisse la tension. Elle ap

paraît donc comme un véritable régulateur de la pression sanguine. Je veux conclure avec d'Arsonval : "La haute fréquence est le plus puissant modificateur de la nutrition intime des tissus que nous connaissions"—et terminer sur cette parole consolante de mon collègue Moutier : "L'action de la d'Arsonvalisation est donc durable. La tension artérielle reste à la normale pendant des semaines, des mois, trois, quatre et même cinq ans après la cessation du traitement."

*Journal de Médecine Interne*, 15 nov. 1906.



## Médecine Pratique

### LE PERBORATE DE SOUDE EN CHIRURGIE

Le perborate de soude est un produit qui dégage facilement en présence des produits organiques d'énormes quantités d'oxygène. On a calculé que 100 grammes de perborate de soude fournissent autant d'oxygène qu'un litre d'eau oxygénée à 12 volumes. Il était important d'expérimenter un produit doué de propriétés aussi importantes. Je l'ai employé dans mon service depuis le commencement de cette année, et j'ai fait à ce sujet d'intéressantes constatations.

Lorsqu'on fait une réunion immédiate des téguments après une opération, comme dans les laparotomies ou les opérations de hernie, le perborate de soude ne saurait avoir une action quelconque puisqu'il n'y a pas de plaie ouverte. ..

Je l'ai essayé sur les ulcères de jambe et sur les plaies fraîches non réunies, mais il m'a semblé que les plaies étaient moins vivaces avec le perborate qu'avec le peroxyde de zinc.

J'ai encore employé le perborate dans les plaies anfractueuses fraîches et largement drainées, comme les amputations du sein ; à cet effet, je saupoudrais l'aisselle cruentée avant de su-

turer avec drainage. L'effet produit n'a été ni bon ni mauvais, les plaies prenaient un aspect grisâtre, dû au dépôt du borate de soude, mais elles n'ont pas, cependant, paru fâcheusement influencées. L'action favorable n'a pas été, non plus, très marquée; de telle sorte que, dans le doigt, je suis arrivé à m'en abstenir dans ces cas.

Mais dans les plaies très infectées, fétides, ou gangreneuses, le perborate a fait merveille.

Chez un homme de soixante-cinq ans, atteint d'une ostéomyélite des plus graves et amputé en plein foyer de suppuration le perborate a rapidement désinfecté le moignon, chassé le bacille pyocyanique et amené une cicatarisation rapide.

De même chez une malade, laparotomisée pour une suppuration pelvienne des plus graves avec pus très fétide, des crayons de perborate ont rapidement désinfecté le foyer.

Chez une malade de soixante-huit ans, à laquelle j'ai enlevé tous les os du pied, le perborate employé pendant les premiers jours a permis une cicatrisation rapide sans infection.

Chez une fille atteinte d'écrasement de la cuisse avec broiement des muscles et fracture du fémur, le perborate a permis d'obtenir la conservation du membre et une cicatrisation très prompte.

Dans un cas de péritonite appendiculaire généralisée, suppurée et très grave, des crayons au perborate introduits chaque jour dans les drains ont amené en peu de temps la désodorisation et la cicatrisation.

Un malade atteint d'une grave morsure de cheval à l'avant bras avec broiement des muscles a rapidement cicatrisé grâce au perborate.

Il serait avantageux de panser à plat, au perborate de soude, les plaies souillées par la terre, le fumier, les dents des chevaux, plaies qui exposent plus spécialement au tétanos. Le dégagement abondant de l'oxygène qui se produit lutte avec succès contre le développement du bacille tétanique.

Dans les infections graves du membre supérieur ou de la jambe, le perborate peut être utilisé sous forme de bams; il remplacera donc avantageusement l'eau oxygénée qui est acide et parfois dangereux.

A égalité de prix de revient, le perborate de soude est préférable à l'eau oxygénée pour les lavages et les injections.

J'ai employé aussi avec de bons résultats le perborate de soude pour les pansements post-opératoires du vagin. Je place dans un petit sac de gaze 10 à 15 grammes de perborate et je place ce sac en contact du foyer cruenté. Ce simple pansement

suffit le plus souvent ; quelquefois il est indiqué de placer par dessus des tampons de gaze aseptique ou de gaze à l'pektogan.

*Conclusions.* — 1° Le perborate de soude ne paraît pas présenter d'avantages marqués pour le traitement des plaies fraîches non menacées de sphacèle ou d'infection, ni pour les ulcères chroniques non infectés.

2° Il présente des avantages considérables :

- a) dans les plaies très infectées, fétides ou gangreneuses ;
- b) dans les cas de sphacèle traumatique ;
- c) dans les plaies souillées de terre et exposées au tétanos ;
- d) dans les foyers suppurés très fétides ; il peut être utilisé dans ces cas sous forme de poudre ou sous forme de crayons.

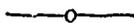
3° Le perborate de soude remplace avantageusement l'eau oxygénée pour les bains antiseptiques, pour les lavages et les injections.

4° Le perborate peut être avantageusement employé pour les pansements vaginaux ; on introduit dans la cavité vaginale de petits sacs de gaze contenant 10 à 15 grammes de perborate de soude.

H. CHAPUT,

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

*La Presse Médicale*, 1er Déc. 1906.



## BOUILLON DE LEGUMES ET SON USAGE (MÉRY)

Pommes de terre : 60 grammes ; carottes, navets : 15 grammes ; pois verts : 6 grammes ; haricots secs : 6 grammes ; eau 1,000 grammes.—On met les légumes dans l'eau froide, on fait bouillir pendant quatre heures dans un vase en terre ou porcelaine, muni d'un couvercle. On passe le jus, on y ajoute l'eau bouillie froide pour obtenir un litre de liquide ; on ajoute 5 grammes de sel de cuisine.

Ce bouillon, de couleur jaunâtre, a une saveur très agréable. Il doit être préparé chaque jour, et être utilisé avant d'être altéré ; on le met dans un endroit frais (seau d'eau froide).

Il est excellent dans les *gastro-entérites des nourrissons*.

Avec lui on prépare des bouillies liquides que l'enfant boit au biberon, bouillies à la farine de riz.

On dilue la farine dans du bouillon, à froid, puis quand la farine est bien écrasée, on ajoute graduellement le bouillon chaud et on fait cuire pendant 15 minutes.

Doses : au-dessous de 6 mois, une demi-cuillerée de farine de farine de riz par 100 grammes de bouillon ;—au-dessus de six mois, une cuillerée à café par 100 grammes de bouillon.

---

AUTRE FORMULE. "DÉCOCTION VÉGÉTALE" OU "BOUILLON VÉGÉTAI." DE COMBY.

Faire bouillir, pendant trois heures, dans trois litres d'eau après avoir ajouté 20 grammes de sel, 30 grammes ou une cuillerée à soupe des graines suivantes, graines de céréales et graines de légumineuses : *blé, orge perlé, maïs concassé, haricots blancs secs, pois secs, lentilles*.

Après ébullition, il reste à peu près un litre de liquide que l'on passe au tamis.

Avec le bouillon ainsi obtenu, on prépare des petites bouillies avec des farines de riz, orge, avoine ou blé, à raison d'une cuillerée à café de farine par 100 grammes de bouillon. — Le bouillon doit être de préparation récente et, par suite, doit être utilisé dans les 24 heures.

H. SAINFERY.

*Journal de Médecine Interne.*



POMMADE DE RECLUS

---

Contre les plaies, les brûlures, les ulcérations qui peuvent être douloureuses, saigner et s'infecter, un bon topique doit être, dit le P. Reclus, analgésique, hémostatique et antiseptique.

D'autre part, il doit contenir plusieurs substances actives, car le pouvoir microbicide d'un mélange d'antiseptiques n'est pas simplement égal à la somme de leurs pouvoirs microbicides, mais beaucoup plus grand, et chacun d'eux a peut être une action élective sur tel ou tel des germes pathogènes associés au niveau de la plaie.

L'antipyrine est analgésique et hémostatique ; l'iodoforme et l'acide phénique sont analgésiques.

Par toutes ces considérations, M. Reclus a été conduit à la formule suivante :

Vaseline.....	200	grammes
Antipyrine.....	5	—
Acide borique.....	3	—
Salol.....	3	—
Iodoforme.....	1	—
Acide phénique neigeux.....	1	—
Sublimé corrosif.....	0	gram. 10 ctg.

Le doses de cette formule type peuvent être modifiées suivant les cas particuliers ; on se souviendra que la vaseline amortit beaucoup l'activité des substances nocives et en retarde notablement l'absorption.

Cette pommade s'emploie, après un lavage avec de l'eau à 50°, dans les cas de plaie ;—dans les grands écrasements, après lavages avec de l'eau à 55° (puis lavages des cavités à l'eau oxygénée) ; elle sert à enduire des lanières de gaze aseptique ; dont on bourre toutes les anfractuosités, tous les espaces morts ; —elle est plus efficace que l'acide picrique dans les brûlures ; —elle guérit rapidement les engelures (bains bi-quotidiens dans de l'eau à 50° pendant dix minutes, puis enveloppement des engelures par de la gaze imprégnée de pommade.)

Cette pommade est utile à la campagne parce qu'elle est peu altérable : il suffit de la renouveler de temps à autre, de peur que les substances qui la composent ne finissent par réagir les unes sur les autres.

*L'extrait éthéré de fougère mâle* est insoluble dans l'eau et désagréable au goût.

Aux adultes, on le donne en capsules, et associé au calomel. La formule de Créquy est celle-ci :

Extrait éthéré de fougère mâle .....	8	grammes
Calomel.....	0	gram. 80

Pour 16 capsules.—A prendre à raison des deux toutes les dix minutes.

Pour l'enfant, on donne l'électuaire de Duchesne.

Huile étherée de fougère mâle.....	2 grammes
Calomel .....	0 gr. 20
Eau.....	15 grammes
Sucre en poudre.....	15 —
Gélatine.....	Q. S. pour faire une gelée

Le toénifuge de Duhourreau a pour formule :

Extrait vert de fougère mâle.....	1 gram. 20
Chloroforme pur.....	3 — 60
Huile de ricin.....	4 — 80
Huile de croton.....	une demi goutte

Pour douze capsules, à prendre en 20 minutes.

H. SAINGERY.

*Journal de Médecine Interne.*

— (o) —

## **Société Médicale**

### SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ARTHABASKA

Séance du 29 janvier 1907 à Stanfold.

La séance a lieu sous la présidence du Docteur E. T. Bel-  
leau.

Présents : Docteurs E. J. Blondin, d'Arthabaska ; P. J. H. Massicotte de Victoriaville ; Brassard et Garneau de Stanfold ; Triganne, Boisvert et Alc. Blondin, de Plessisville ; L. J. O. Si-rois de St-Ferdinand ; Roger de Ste-Julie et Desjardins de Ste-Anastasia.

Lecture du procès-verbal de la dernière assemblée, adopté avec un amendement, relatif à la partie traitant de la question de violation flagrante de la Déontologie médicale.

Le Dr. A. J. Boisvert fait lecture d'un travail scientifique intitulé "Tuberculose du péritoine." Le conférencier a su capter l'attention de ses auditeurs par les côtés pratiques de son travail. L'étiologie, la symptomatologie et le traitement attirent surtout

L'attention par la clarté et la précision de la doctrine. Le conférencier a certainement mérité les félicitations qu'on lui a décernées.

La discussion s'engage surtout au point de vue de l'importance qu'il y a pour le médecin de bien enseigner et répéter à satiété les conseils voulus pour éviter la contamination par le germe tuberculeux en général.

Le Dr. O. Desjardins fait lecture d'une série d'observations de cas de pneumonies, faisant voir les variétés morbides de cette maladie et les difficultés de traitement en certains cas.

Le Dr. Sirois traite ensuite du projet de loi qui doit être soumis à la législature de Québec. L'orateur en fait voir les bons côtés, avouant qu'en certains points, pour ne pas être complets, les amendements proposés sont un bon moyen terme d'arriver plus tard à de meilleures conclusions.

Le Secrétaire est alors chargé d'écrire à messieurs les députés de Drummond, d'Arthabaska, de Mégantic et à l'honorable N. C. Cormier, conseiller législatif, les priant de vouloir bien appuyer ce projet de loi.

Le Dr. Triganne soulève la question du tarif pour examen médical pour les compagnies d'assurance à Stock. Le Dr. Triganne à deux reprises insiste fortement pour que notre société revienne à la motion adoptée en mai dernier et finalement, après un éloquent plaidoyer en faveur de cette motion, il fait adopter qu'à l'avenir les membres de notre société ne fassent plus d'examen à moins d'un honoraire de \$5.00.

Le vote étant pris la motion est adoptée par une majorité de 7 voix.

Le Secrétaire donne lecture de toute la correspondance reçue depuis la dernière assemblée.

L'assemblée proteste contre un article paru dans "Le Journal de Médecine" attaquant notre société.

Le Secrétaire est chargé d'écrire à Messieurs les députés fédéraux des comtés de Mégantic et d'Arthabaska les priant de soutenir le projet de loi qui doit établir les règlements concernant la fabrication de médecines brevetées.

Après une discussion animée au sujet des accusations portées par le Dr Desjardins contre le Dr R... à la dernière assemblée, l'incident est clos par l'acceptation de la résignation du Dr R... vu que ce dernier n'a pas tenu ses promesses.

Le Dr Triganne propose, secondé par le Dr Alc. Blondin

que la prochaine réunion ait lieu à Plessisville et que le Dr Sirois nous prépare un travail sur les intérêts professionnels, et le Dr Brassard d'un travail scientifique. Adoptée.

L'assemblée termine à 7 heures.

OMER E. DESJARDINS, M. D.

Secr.-Soc. Med., d'Arthabaska.

(o)

## Formulaire

### NOTE SUR UNE NOUVELLE FORMULE D'INJECTION HYPODERMIQUE ASSOCIANT LE CAMPHRE A LA CAFÉINE

M. A. Claret prépare de la manière suivante cette solution tonocardiaque et diaphorétique, où le camphre est associé à la caféine :

A 3 centimètres cubes de glycérine pure stérilisée, ajouter 1 centimètre cube de la solution :

Caféine.....	}	à 0 gr. 25
Salicylate de soude.....		
Eau distillée.....		Q. s. p. 1 cc.

Ajouter ensuite :

Alcool camphré à 1/10, 1 gramme ou 1 cc. 25. M.S.A.

Cette solution, qui se conserve longtemps limpide, renferme, sous un volume de 5 centimètres cubes environ, 25 centigrammes de caféine et 10 centigrammes de camphre. (*Société de Thérap.*, 25 octobre 1905.)

### XXVII.—CONTRE LA COQUELUCHE

Dionine.....	de 0 gr. 01 gr. 10
Teinture de drosera.....	} à X gouttes.
Teinture de grindelia.....	
Teinture de belladone.....	V gouttes.
Sirop de Desessartz.....	30 gr.
Carbonate de créosote.....	3 gr.
Huiles d'amandes douces.....	10 gr.
Gomme arabique pulvérisée.....	5 gr.
Eau distillée de tilleul.....	120 gr.

Par cuillerée à café, à dessert ou à soupe, selon l'âge, la dose de dionine devant être de 2 centigr. pour un enfant de 2 ans, et de 0 gr. 10 pour un enfant au-dessus de 7 ans, par 24 heures.